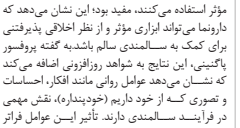
اعصاب و روان

اهمیت قدرت ذهن در سالمندی

پژوهشگران ایتالیایی دریافتند سالمندانی که به مدت سه هفته قرص‌های بی‌اثر (دارونما) مصرف کردند، حتی با آگاهی از بی‌اثربودن آن‌ها، بهبود چشمگیری در حافظه و عملکرد جسمی خود تجربه کردند. این یافته نقش ذهن را در سالمندی سالم برجسته می‌کند.

مطالعه جدید دانشگاه کاتولیکا در میلان نشان می‌دهد که ذهن قادر است برخی از اثرات پیری را کند نماید. پژوهشگران دریافتند سالمندانی که به مدت سه هفته از مکمل‌های دارونما (قرص‌های بی‌اثر) استفاده کردند، بهبودهای چشمگیری در حافظه، عملکرد جسمی و سلامت روان خود تجربه کردند؛ حتی زمانی که افراد از بی‌اثربودن قرص‌ها آگاه بودند. این بهبودها همچنان مشاهده شد. این یافته‌ها به شواهد رو به رشدی اضافه می‌کند که نشان می‌دهد انتظارات، باورها و سایر عوامل روانشناختی می‌توانند بر سلامت جسمی و ذهنی تأثیر بگذارند.یافته‌ها نشان می‌دهد که استفاده از دارونما می‌تواند جنبه‌های مختلف عملکرد سالمندان را بهبود بخشد. استفاده آگاهانه از دارونما، دست‌کم به اندازه هنگامی که افراد گمان می‌کردند یک قرص مؤثر استفاده می‌کنند، مفید بود؛ این نشان می‌دهد که دارونما می‌تواند ابزاری مؤثر و از نظر اخلاقی پذیرفتنی برای کمک به سالمندی سالم باشد.به گفته پروفسور پاگنینی، این نتایج به شواهد روزافزونی اضافه می‌کند که نشان می‌دهد عوامل روانی مانند افکار، احساسات و تصوری که از خود داریم (خودپنداره)، نقش مهمی در فرآیند سالمندی دارند. تأثیر این عوامل فراتر از سلامت روان است و می‌تواند بر عملکرد جسمی و ذهنی نیز تأثیر بگذارد.

چرا وقتی دیگری آسیب می‌بیند، ما هم احساس ناراحتی می‌کنیم



پژوهشگران دریافته‌اند که هنگام تماشای دیگران، مغز ما اطلاعات بصری را به گونه‌ای پردازش می‌کند که گویی خودمان آن احساس را تجربه می‌کنیم. این کشف می‌تواند به درک بهتر همدلی، اوتیسم و حتی توسعه هوش مصنوعی کمک کند.

تصور کنید به همراه دوستتان در حال آشپزی هستید که او ناگهان دست خود را با چاقو می‌برد. تقریبا بلافاصله، شما هم صورتتان را جمع می‌کنید یا حتی دست خود را به عقب می‌کشید. این واکنش‌ها به این دلیل رخ می‌دهند که ناحیه پردازش لامسه در مغز فعال می‌شود؛ حتی اگر اتفاق فیزیکی برای شما نیفتاده باشد. اما پژوهشگران می‌خواستند بدانند که چگونه تماشای یک فرد دیگر می‌تواند حس لامسه مغز را فعال کند؟

•استفاده از فیلم برای مطالعه تجربه انسانی

پژوهشگران برای بررسی این موضوع، به سراغ داده‌های غیرمنتظره‌ای رفتند: فیلم‌ها. آن‌ها اطلاعات داوطلبانی را بررسی کردند که در زمان تماشای فیلم‌هایی مانند شبکه اجتماعی» The Social Network و تلقین» Inception زیر دستگاه اسکن مغز قرار گرفته بودند. هدف آن‌ها این بود که بفهمند مغز چگونه تصاویری را که می‌بینیم به تجربیات واقعی و ملموس تبدیل می‌کند.

•نقشه‌های بدنی در قشر بینایی مغز

وقتی دانشمندان علوم اعصاب از نقشه در مغز صحبت می‌کنند، به الگوهای سازمان‌یافته‌ای اشاره دارند که اطلاعات مربوط به بدن و محیط را نمایش می‌دهند. یک مثال معروف در ناحیه پردازش لامسه در مغز طراح می‌شود؛ در این منطقه، نواحی مختلف با بخش‌های مختلف بدن مطابقت دارند.پژوهشگران به طرز شگفت‌آوری، نقشه‌های مشابهی را در ناحیه بینایی مغز پیدا کردند. این موضوع نشان می‌دهد که مغز ممکن است آنچه را که می‌بینیم به روشی سازماندهی کند که شباهت زیادی به نحوه پردازش لامسه فیزیکی دارد.پژوهشگران معتقدند نقشه‌های مختلف وظایف متفاوتی دارند. برخی در شناسایی اعضای بدن تخصص دارند، در حالی که برخی دیگر بیشتر بر مکان آن اعضا در فضا تمرکز می‌کنند. این نقشه‌ها به افراد کمک می‌کنند تا بسته به موقعیت، اطلاعات مختلفی را از بدن دیگران استخراج کنند؛ مثلا گاهی فقط به دست فرد نگاه می‌کنیم تا بفهمیم چه کاری انجام می‌دهد، و گاهی به حالت صورت یا وضعیت بدنی او توجه می‌کنیم تا احساساتش را درک کنیم. هر بار که به کسی نگاه می‌کنیم، مغز ما باید اطلاعات زیادی را از بدن او دریافت کند و این نقشه‌ها بخش اصلی این فرآیند هستند. در واقع این کار مغز را انعطاف‌پذیرتر می‌کند؛ زیرا مغز می‌تواند انواع مختلفی از اطلاعات را در یک ذخیره و پردازش کند.

نانوداروی «شیرین» برای مقابله با مرگبارترین سرطان مغز

گروهی از پژوهشگران دانشگاه ایالتی اورگن آمریکا، با بهره‌گیری از فناوری نانو، روشی نوآورانه برای درمان گلیوبلاستوما، تهاجمی‌ترین نوع سرطان مغز، ارائه کرده‌اند. نانوذرات لیپیدی حامل پیام‌رسان ژنتیکی با یک لایه قندی پوشانده شده‌اند تا بتوانند از سد خونی - مغزی عبور کرده و داروی خود را مستقیماً به سلول‌های سرطانی برسانند. نتایج آزمایش‌های حیوانی نشان می‌دهد این فناوری علاوه بر کوچک کردن تومورها، توانسته است میانگین زمان بقای مبتلایان را تا ۵۰ درصد افزایش دهد؛ دستاوردی که می‌تواند افق تازه‌ای برای درمان سرطان‌های مغزی مقاوم به درمان ایجاد کند.پژوهشگران دانشگاه ایالتی اورگن (Oregon State University) موفق شده‌اند با توسعه یک سامانه پیشرفته دارورسانی مبتنی بر فناوری نانو، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های درمان سرطان مغز را هدف قرار دهند.

این فناوری از نانوذرات لیپیدی پوشیده‌شده با قند طبیعی «مانوز» برای انتقال مواد ژنتیکی درمانی به درون مغز استفاده می‌کند؛ روشی که در آزمایش‌های حیوانی نتایج امیدوارکننده‌ای در مقابله با گلیوبلاستوما، مرگبارترین نوع تومور مغزی، به همراه داشته است.گلیوبلاستوما یکی از تهاجمی‌ترین سرطان‌های شناخته‌شده دستگاه عصبی مرکزی است که رشد بسیار سریعی دارد و درمان آن به دلیل نفوذ گسترده سلول‌های سرطانی در بافت مغز با دشواری فراوان همراه است.

آمارها نشان می‌دهد کمتر از ۳۰ درصد بیماران، دو سال پس از تشخیص بیماری زنده می‌مانند و بیش از ۹۵ درصد آنها نیز کمتر از پنج سال پس از تشخیص جان خود را از دست می‌دهند. به همین دلیل، توسعه روش‌های درمانی جدید برای این سرطان از اولویت‌های مهم پژوهش‌های پزشکی جهان محسوب می‌شود.

به گفته پژوهشگران، دو مانع اساسی همواره بر سر راه درمان مؤثر گلیوبلاستوما قرار داشته است. نخست، عبور دارو از سد خونی-مغزی؛ ساختاری محافظ که همانند یک فیلتر زیستی، از ورود بسیاری از مواد موجود در خون به بافت مغز جلوگیری می‌کند؛ دوم، رساندن دارو به گونه‌ای که عمدتا سلول‌های توموری را هدف قرار دهد و کمترین آسیب را به بافت سالم مغز وارد کند.

مرز باریک فروپاشی و تاب‌آوری؛

خودتنظیمی در برابر بحران‌ها

سارا حاتمی
sarahatami1@yahoo.com

خودتنظیمی به عنوان یکی از بنیادی ترین مهارت های روانشناختی، در سالهای اخیر از حاشیه پژوهش های آزمایشگاهی به متن زندگی روزمره راه یافته است. این مفهوم که ریشه در نظریه های شناختی-اجتماعی دارد، نه تنها به معنای مهار تکانه های آنی نیست، بلکه به مانند یک سیستم مدیریت داخلی عمل می کند که فرد را قادر می سازد در مواجهه با تلاطم های عاطفی و فشارهای محیطی، مسیری پایدار و منطبق با اهداف بلندمدت خود انتخاب کند. در دنیای امروز که بحران ها به شکل های متنوعی چون بیماری های ناگهانی، مرگ عزیزان، شکست های شغلی یا حتی فشارهای مزمن روانی ظاهر می شوند، ظرفیت خودتنظیمی اغلب مرز میان فروپاشی روانی و تاب آوری را تعیین می کند.

برای درک عمیق تر این سازوکار، باید به تفاوت های فردی به عنوان متغیرهای کلیدی توجه کرد. خودتنظیمی یک توانایی واحد و همگانی نیست؛ بلکه تحت تأثیر خلق وخو، سبک های دلبستگی، پیشینه فرهنگی و حتی ساختار ژنتیک مغز، در افراد مختلف متفاوت است. برای نمونه، شخصی با ویژگی های شخصیتی برونگرا و انعطاف پذیر ممکن است در مواجهه با یک بیماری مزمن، از راهبردهای مقابله ای فعال مانند جست وجوی اطلاعات و حمایت اجتماعی بهره ببرد، در حالی که فردی درونگرا با گرایش به نشخوار فکری، بیشتر در معرض افت خودتنظیمی قرار می گیرد و ممکن است به رفتارهای اجتنابی یا انفعالی روی آورد؛ این تفاوت ها نشان می دهند که خودتنظیمی صرفاً یک انتخاب آگاهانه نیست، بلکه تا حد زیادی بازتابی از نیمرخ روانشناختی و تجربیات زیستی هر شخص است.

در این میان، انگیزش درونی نقشی محوری ایفا می کند که اغلب نادیده گرفته می شود. خودتنظیمی زمانی کارآمد خواهد بود که با نیروی پیش برنده ای همراه شود که از درون فرد برسچمه می گیرد؛ نیرویی که ریشه در ارزش ها، علایق و احساس معنا دارد. کسی که انگیزه درونی قوی برای حفظ سلامت خود دارد، در هنگام رویارویی با یک بحران پزشکی، نه از سر اجبار، بلکه از روی تعهد به خویشتن، برنامه درمانی را دنبال و رژیم غذایی سخت را تحمل می کند و حتی در شرایط خستگی و ناامیدی، به رفتارهای خودمراقبتی پایبند می ماند؛ در مقابل، فردی که انگیزه اش بیشتر بیرونی است، مانند تأیید دیگران یا ترس از پیامدهای اجتماعی، به محض کاهش نظارت بیرونی یا افزایش فشار بحران، احتمالا خودتنظیمی خود را از دست داده و تسلیم آشفتگی می شود.

برای روشن تر شدن این مفاهیم، می توان به نمونه های عینی از بحران های روزمره اشاره کرد. تصور کنید شخصی به تازگی شغل خود را از دست داده است؛ این رویداد، فراتر از آسیب اقتصادی، یک بحران هویتی و عاطفی به شمار می رود. فردی با خودتنظیمی بالا و انگیزه درونی مبتنی بر ارزش هایی چون یادگیری و رشد، این شکست را به عنوان یک نقطه عطف تلقی کرده و بلافاصله اقدام به بازنگری در مهارتها، شرکت در دوره های آموزشی و شبکه سازی حرفه ای می کند؛ او اجازه نمی دهد احساس شرم یا درماندگی، مسیر عمل او را مسدود کند، اما فرد دیگری با همان شرایط، که خودتنظیمی او ضعیف تر است و انگیزه اش بیشتر وابسته به تأیید اجتماعی بوده، ممکن است روزها در رختخواب بماند، از تماس با دوستان اجتناب کند و با مصرف بیش ازحد رسانه های اجتماعی، سعی در فرار از واقعیت داشته باشد؛ رفتاری که نه تنها بحران را حل نمی کند، بلکه افسردگی و اضطراب ثانویه را نیز به آن می افزاید.

یا مثالی دیگر از حوزه سلامت؛ شخصی که مبتلا به دیابت تشخیص داده شده است. مدیریت این بیماری نیازمند خودتنظیمی مداوم در قالب پایش قند خون، رعایت رژیم غذایی و فعالیت بدنی منظم است. در اینجا، انگیزه درونی برگرفته از عشق به زندگی خانوادگی و آرزوی دیدن رشد فرزندان، می تواند منبعی تمام نشدنی برای پایبندی به درمان باشد. اما اگر این انگیزه جای خود را به ترس صرف از عوارض بدهد، به مرور زمان خستگی روانی ناشی از نظارت دائمی، فرد را به سمت بی تفاوتی و تخلف از برنامه درمانی سوق خواهد داد؛ بنابراین، خودتنظیمی در بحران های مزمن، بیش از هر چیز به یک قرارداد درونی با خویشتن شباهت دارد که بر اساس انگیزه های عمیق، بازنویسی می شود.

در شرایط از دست دادن و سوگ نیز، خودتنظیمی به معنای سرکوب احساسات نیست، بلکه به معنای تنظیم موج های سهمگین غم به گونه ای است که فرد بتواند هم به سوگ خود پاسخ دهد و هم به کارکردهای روزمره زندگی ادامه دهد. تفاوت فردی در این عرصه به شدت خود را نشان می دهد: برخی افراد با اتکا به معنویت یا آیین های عزاداری جمعی، مسیری هموارتر برای تنظیم عواطف خود می یابند، در حالی که برخی دیگر در خلوت خود غرق در خاطرات خود و نیاز به حمایت درمانی پیدا می کنند. نکته ظریف اینجاست که خودتنظیمی موفق، نه یکنواختی رفتار، بلکه انعطاف پذیری در انتخاب راهبردهای متناسب با ویژگی های فردی و بافت فرهنگی است.

در نهایت، آنچه خودتنظیمی را در مدیریت بحران ها به یک هنر تبدیل می کند، درک این حقیقت است که این توانایی به طور ثابت و خطی افزایش نمی یابد، بلکه فرار و نسیب دارد و تحت تأثیر خستگی تصمیم گیری، استرس مزمن و حتی تغییرات هورمونی قرار می گیرد؛ با این حال، تقویت انگیزش درونی از طریق بازتعریف مداوم ارزش های شخصی، ایجاد اهداف کوچک و قابل دسترس، و پذیرش شکست ها به عنوان بخشی از فرایند یادگیری، می تواند ظرفیت خودتنظیمی را در افراد مختلف، فارغ از نیمرخ اولیه آن، به طور معناداری افزایش دهد. به بیان دیگر، خودتنظیمی نه یک صفت ارثی که یک شایستگی اکتسابی است که در بستر خودآگاهی و تمرین مداوم، رشد می کند و به انسان اجازه می دهد تا در طوفان های زندگی، سکان کشتی وجود خود را محکم تر از پیش به دست گیرد.

آلزایمر، زنان مبتلا به پارکینسون را تهدید می‌کند

پژوهشگران کلینیک مایو در آریزونا، اطلاعات مربوط به ۲۳۰ بیمار را بررسی کردند که ابتلای آنان به پارکینسون پس از مرگ و از طریق کالبدشکافی و بررسی دقیق بافت مغز تایید شده بود. تمام شرکت‌کنندگان در طرح «مطالعه آریزونا درباره سالمندی و بیماری‌های تحلیل‌کننده عصبی» و برنامه «اهدای مغز و بدن» حضور داشتند. این افراد در طول زندگی هر سال تحت ارزیابی‌های پزشکی و آزمون‌های حافظه قرار می‌گرفتند و پس از مرگ نیز بافت مغزشان به‌طور دقیق بررسی شد.

تمرکز اصلی پژوهش روی پلاک‌های آمیلوئیدی، توده‌های چسبنده‌ای از پروتئین بود که میان سلول‌های مغزی تجمع می‌کنند و یکی از شاخص‌ترین نشانه‌های بیماری آلزایمر به شمار می‌روند. نتایج نشان داد، زنان مبتلا به پارکینسون به‌طور قابل‌توجهی پلاک‌های آمیلوئیدی بیشتری نسبت به مردان دارند همچنین بیش از نیمی از زنان دارای تجمع زیاد این پلاک‌ها بودند، در حالی که این میزان در مردان حدود ۴۰ درصد بود؛ حتی پس از در نظر گرفتن عواملی مانند سن و وجود ژن «APOE ε4» که خطر ابتلا به آلزایمر را به‌شدت افزایش می‌دهد، زنان همچنان بیش از دو برابر مردان احتمال داشت که دچار تجمع گسترده پلاک‌های آمیلوئیدی باشند.

اریکا دریور- دانکلی، سرپرست این پژوهش گفت: این یافته‌ها نشان می‌دهد، زنان از نظر زیستی ممکن است در صورت ابتلا به پارکینسون، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به تغییرات مغزی مرتبط با آلزایمر داشته باشند؛ با این حال، یکی از یافته‌های جالب پژوهش این بود که افزایش پلاک‌های آمیلوئیدی لزوما با افت محسوس حافظه یا تشخیص بیشتر زوال عقل نائی از آلزایمر همراه نبود. زنان و مردان در آزمون‌های شناختی عملکرد تقریبا مشابهی داشتند، با وجود اینکه زنان آسیب‌شناسی مغزی بیشتری نشان می‌دادند.

پژوهشگران چند توضیح احتمالی برای این موضوع مطرح کردند؛ نخست اینکه ممکن است تعداد شرکت‌کنندگان برای آشکار شدن تفاوت‌های ظریف شناختی کافی نبوده است. احتمال دیگر این است که احتمالا برخی زنان از «ذخیره شناختی» بیشتری برخوردار بودند؛ قابلیتی که به معنا اجازه می‌دهد با وجود آسیب‌های بیشتر، عملکرد طبیعی خود را برای مدت طولانی‌تری حفظ کنند. این نتایج با پژوهش‌های پیشین درباره آلزایمر نیز همخوانی دارد؛ نتایج تحقیقاتی که نشان دادهاند حتی زنانی که پارکینسون ندارند نیز معمولا تغییرات مغزی شدیدتری مرتبط با آلزایمر نسبت به مردان تجربه می‌کنند. این موضوع احتمال وجود آسیب‌پذیری زیستی ویژه در زنان را تقویت خواهد کرد که در صورت ابتلا به پارکینسون اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

شناخت بهتر این تفاوت‌ها می‌تواند در آینده به بهبود مراقبت از بیماران کمک کند. اگر تحقیقات بعدی این یافته‌ها را تایید کنند، پزشکان خواهند توانست زنان مبتلا به پارکینسون را که در معرض خطر بالاتر تغییرات مرتبط با آلزایمر قرار دارند، زودتر شناسایی کرده و وضع حافظه و عملکرد شناختی آنان را با دقت بیشتری پایش کنند. همچنین این نتایج می‌تواند مسیر توسعه درمان‌های جدیدی را هموار کند که روند پیشرفت هر دو بیماری پارکینسون و آلزایمر را کندتر سازند. البته پژوهشگران تاکید کردند که این پژوهش هنوز در یک مجله علمی داوری‌شده منتشر نشده و فقط در کنگره ۲۰۲۶ آکادمی نورولوژی اروپا ارائه شده است، بنابراین نتایج آن مقدماتی محسوب می‌شود و برای تایید نهایی به مطالعات گسترده‌تر و متنوع‌تری نیاز است. نوریج گزارش کرد، با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های جدید بر اهمیت بررسی تفاوت‌های جنسیتی در بیماری‌های مغزی تاکید می‌کند و می‌تواند در آینده به ارائه درمان‌ها و راهکارهای شخصی‌سازی‌شده برای پیشگیری از افت شناختی در افراد مبتلا به پارکینسون منجر شود.

تازه های درمان

۵ دقیقه فعالیت ورزشی با بهبود خلق و خو مرتبط است

یک مطالعه جدید نشان می‌دهد که پنج دقیقه فعالیت بدنی در هر ساعت ممکن است تمام چیزی باشد که برای تقویت خلق و خو، کاهش خستگی و کاهش نشستن‌های طولانی مدت ناسالم لازم است.

کیت دیاز از مرکز پزشکی دانشگاه کلمبیا در شهر نیویورک و همکارانش داده‌های تقریباً ۱۱۵۰۰ بزرگسال را که در یک چالش حرکتی ۲۱ روزه سازمان‌دهی شده بود، تجزیه و تحلیل کردند.شرکت‌کنندگان هر ۳۰، ۶۰ یا ۱۲۰ دقیقه در طول روز استراحت‌های پیاده‌روی پنج دقیقه‌ای داشتند. سپس هر شب، پرسشنامه‌هایی را برای ارزیابی سلامت روان و جسم و عملکرد کاری خود پـر می‌کردند. نتایج: خستگی و خلق و خوی بد در همه گروه‌ها کاهش یافت، در حالی که خلق و خوی خوب افزایش یافت. هر بـه برنامـه همچنین عملی و آسـان برای گنجانـدن در روز بودند.اما وقتی محققان رویکردهای مختلف را مقایسه کردند، به نظر می‌رسید که اسـتراحت‌های سـاعتی با حرکات ورزشی بهترین تعادل را بین امکان‌پذیری و اثربخشـی برقرار می‌کند. این مطالعه نشـان داد که اسـتراحت‌های کوتاه حرکتی، عملکـرد کاری را تضعیف نمی‌کنـد و در واقع، به طور متوسـط تغییرات کوچک اما مطلوبـی (۴ تا ۷ درصد برای تعامـل و ۱ تا ۳ درصد برای عملکـرد) به همراه دارد.نویسـندگان گفتند که این یافته‌ها نشان می‌دهد که اسـتراحت‌های حرکتی قابل اجرا و مؤثر هسـتند و از پتانسـیل آنها به عنوان یک اسـتراتژی بهداشت عمومی پشتیبانی می‌کنند.

برقراری بیش از ۷۲ هزار تماس با سامانه ۱۹۰ وزارت بهداشت

وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی، اعلام کرد: سامانه تلفنی ۱۹۰ وزارت بهداشت از ابتدای سال جـاری تاکنون، بـا مدیریت بیـش از ۷۲ هزار تماس، خدمات مشـاوره ای رایگانی در حوزه سـلامت روان به مردم ارائه کرده اسـت. خط ۹ سـامانه ۱۹۰ به عنوان بازوی پاسـخگویی سـلامت روان در سـطح کشور، از ابتدای سـال جاری تاکنون بیـش از ۷۲ هزار تماس را دریافـت و با بهره‌گیری از روان‌شناسـان آموزش‌دیده، خدمات مشـاوره‌ای تخصصی رایگان را در سـه شیفت کاری و به مدت ۱۸ ساعت در شبانه‌روز به اقشار مختلف جامعه ارائه کرده است.

بررسی داده‌های آماری این سامانه نشان می‌دهد بیشـترین تماس‌ها برای دریافت خدمات مشاوره تلفنی سـلامت روان در گروه سنی ۳۱ تا ۴۵ سال بوده و ۶۱ درصـد تماس‌گیرندگان را بانوان تشـکیل می‌دهند.بر اسـاس این گزارش، «ترس و اضطـراب»، «تعارض در رابطه»، «مشـکلات ارتباطی با فرزندان» و «اختلالات خـواب» از مهم‌ترین موضوعاتـی بوده‌اند که در تماس با این سامانه مطرح شـده است.مشاوره تلفنی سلامت روان هر روز از سـاعت ۸ تا ۲۴ به صورت رایگان توسط روان‌شناسان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در دسترس مردم قرار دارد و شهروندان می‌توانند برای دریافت خدمات مشاوره و حمایت روانی از این ظرفیت استفاده کنند.

تاثیر خواب کافی در کاهش اضطراب دوران بارداری

پژوهشگران دریافته‌اند که کم‌خوابی در دوران بارداری و پس از زایمان می‌تواند یکی از عوامل اصلی ایجاد اضطراب باشد. به گفته آن‌ها، بی‌خوابی معمولا پیش از علائم اضطراب ظاهر می‌شود و می‌تواند یک «علامت هشدار اولیه» محسوب شود.

کم‌خوابی اغلب به عنوان بخشی اجتناب‌ناپذیر از بارداری و مادرشـدن پذیرفته می‌شـود؛ اما یک پژوهـش جدید نشـان می‌دهد که این شـب‌های بی‌خوابی ممکن اسـت فراتر از خسـتگی، نقشـی مهـم در ایجاد اضطـراب در این دوران حسـاس ایفا کنند.افسـردگی پس از زایمان بیشـتر در میان مردم شـناخته شده است، اما اختلالات اضطرابی در واقع از رایج‌ترین مشکلات سـلامت روان در دوران بارداری و پس از آن هسـتند.پژوهشـگران دانشـگاه واشینگتن در سـن‌لوئیس شواهدی یافتند که نشان می‌دهد بی‌خوابی ممکن اسـت یکی از نخسـتین علائم هشـداردهنده باشـد و پیش از بروز علائم اضطراب ظاهر شود. اختلال در خواب در دوران بارداری بسیار رایج اسـت. تغییرات هورمونی، ناراحتی‌های جسمی و بیدارشـدن‌های مکرر در شب از یک سـو، و نیازهای مراقبت از نوزاد از سوی دیگر، همگی می‌توانند خواب منظم و انرژی‌بخش را دشـوار سازند. مطالعات قبلی نشـان داده‌اند که کیفیت خواب اغلب در سه ماهه سـوم بارداری بدتر می‌شـود و کمی پس از زایمان به پایین‌ترین حد خود می‌رسـد.جالب اینجاسـت که توانایی مقابله با مشـکلات، ارتبـاط بین خواب و اضطراب را تحت تأثیر قـرار می‌داد، اما بر ارتباط بین خواب و باورهای وسواسـی تأثیری نداشت. این مطالعه همچنین شـواهدی کمّی پیدا کرد که نشان می‌دهد اضطراب با باورهای وسواسی باعث بی‌خوابی می‌شوند. در واقع، داده‌ها نشان می‌دهد که کم‌خوابی معمولاً زودتر رخ می‌دهد و علائم اضطراب بعد از آن ظاهر می‌شوند.

زخم‌های پنهان قربانیان خشونت

در «روز جهانی قربانیان خشـونت»، جهان صدای کسـانی را بـه یاد مـی‌آورد که رنج کشـیدند، خاموش ماندنـد یا نادیده گرفته شـدند؛ روزی برای همدلی، آگاهی و ایسـتادن در برابر هر شکل از خشونت.

به مناسـبت «روز جهانی قربانیان خشونت» هادی همت‌یار، مشـاور و روانشناس، با تأکید بر اینکه خشونت فقط بدن را زخمی نمی‌کند، بلکه زخم‌های پنهان و ماندگار روانی بر جای می‌گذارد، از «فرهنگ سکوت» به‌عنوان بزرگ‌ترین مانع در مسیر بهبود قربانیان یاد کرد و به بررسی پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت خشونت پرداخت کـه با جایگزینی فرهنگ حمایت به جای شـرم و گناه و از طریق آموزش، می‌تواند مسـیر پیشگیری و التیام آسیب‌دیدگان را آسان کند.

وی با اشاره به نشـانه‌هایی که می‌توان فهمید فردی قربانی خشونت شده است، گفت: خشونت به‌ویژه خشونت خانگی می‌تواند جسمی، رفتاری و روانی باشد؛ معمولا یک نشانه به تنهایی قطعی نیست، مجموعه‌ای از نشانه‌های جسـمی همچون کبودی، زخم، سـوختگی یا شکسـتگی‌های مکرر یا نشـانه‌های رفتاری شامل ترس، اضطراب در حضور یک فرد خاص، کناره‌گیری از دوسـتان و خانواده، حساسـیت شـدید به تماس تلفنی و ...، نشـانه‌های روانی و عاطفی مانند اعتماد به نفس پایین، افسـردگی، اضطراب یا اسـترس شدید، احساس شرم یا گناه زیاد، بی‌خوابی، خستگی و ...، نشانه‌های کنترل یا سوء استفاده مثل کنترل شدید در خرج و مخارج یا پول، تلفن و موبایل یا رفت‌وآمد و فضای مجازی شخص، محدود شدن به دسترسی کار، تحصیل یا ارتباط با دوستان و اقوام، تهدید ... نیز می‌تواند نشـانه‌های خشونت باشد که شخص نیاز به حمایت دارد.

•اثرات کوتاه و بلندمدت خشونت

همت‌یـار با بیـان اینکه خشـونت چه تاثیـر کوتاه‌مدت و بلندمدت بر قربانیان می‌گذارد، اظهار کرد: خشـونت چه فیزیکی، چه روانی و چه جنسـی، اثرهای مخرب و عمیقی بر قربانیان خود می‌گذارد کـه هم کوتاه‌مدت و هم بلندمدت هسـتند؛ این اثرات به شـدت و نوع خشونت، به سـن قربانی، حمایت‌های دریافتی و عوامل فردی دیگر بستگی دارد. اثرات کوتاه‌مدت بلافاصله پـس از وقوع و هفته‌های اول پس از حادثـه معمولا واکنش‌های طبیعی به یک موقعیت غیرطبیعی و تهدیدکننده است مثل شوک و ناباوری؛ قربانی ممکن اسـت نتواند آنچه اتفـاق افتاده را باور یا پردازش کند به حس گیجی و بی‌حسـی پیـدا می‌کند یا ترس و اضطراب شـدید و حس خطر دائمی، نگرانـی برای امنیت خود و عزیزان و داشتن دلشوره و بعضی‌ها واکنش‌های فیزیولوژیکی مثل افزایش ضربان قلب و فشارخون، تنگی نفس، تعریق، لرزش تهوع یا مشکلات گوارشی، اختلال در خواب، بی حوابی، خوابهای آشفته، کابوس‌های پرتکرار یا احساس گناه و شرم دارد.

ایـن روانشـناس افزود: متاسـفانه قربانیان گاهـی خود را روانی گفت: ترومای ناشـی از خشـونت، ویژگی‌هـای منحصر به فـردی دارد کـه آن را از بقیه آسـیب‌های روانـی متمایز یا متفـاوت می‌کنـد. ترومای خشـونت مسـتقیما ناشـی از اقدام عمدی یـا بی‌توجهی شـدید از طرف یک یا چند عامل انسـانی اسـت، این عامل می‌تواند یک شخص آشـنا مانند اعضای خانواده یـا شـریک زندگی یا ناآشنا باشد. سایر آسـیب‌های روانی ممکن اسـت ناشی از عوامل مختلفی باشـند مثل حوادث طبیعی، سیل، زلزله، آتش‌سـوزی، جنگ، و ...، نکتـه کلیدی این‌که در ترومای خشـونت، عامل انسـانی و اراده یا بی‌ارادگی شدید نقش اصلی را دارد.

همت‌یار در ادامه صحبت‌هایش اظهار کرد: ترومای خشونت، بیشـتر یک نقـص عمیق اعتمـاد را در بـر دارد، به‌خصوص اگر توسـط فرد نزدیک رخ دهد. این باعث می‌شود که شخص نه تنها امنیت فیزیکی، بلکه امنیت روانی خود را نیز از دست دهد. حس «چه کسـی را می‌توانم باور کنم؟» و «کجا امن هستم؟» به شدت خدشـه‌دار می‌شود. سایر آسـیب‌های روانی، ممکن است حس عدم امنیـت ایجاد کنـد، اما لزوما با نقض اعتماد همراه نیسـتند مثل بلایای طبیعی که فرد از طبیعت شکسـت خـورده نه یک عامل انسانی.

•تفاوت ترومای خشونت با دیگر آسیب‌های روانی

وی در خصوص تفاوت ترومای خشـونت با دیگر آسیب‌های

از تجربه خشونت

به گفته وی اولین قدم‌های روانی برای بازسازی اعتمادبه‌نفس بعد از تجربه خشونت، معمولاً کوچک، امن و آرام و تدریجی است برای کسـی که دچار خشونت شـده، هدف در شروع این نیست که یک دفعه قوی شـود، بلکه این اسـت که دوباره حس امنیت، اختیار و ارزشـمندی را به خودش برگرداند، یعنی امنیت را جدی بگیریـم قبل از هر چیـزی، بدن و ذهنت باید احسـاس کند که خطر تمام یا کمتر شـده؛ اگر هنوز در معرض خشـونت هستیم اولویـت با امنیـت فیزیکی و کمک فوری اسـت و بـا یک فرد امن، مشـاور یا مرکز حمایتی تماس بگیریم تـا حتی الامکان از موقعیت‌ها یا افرادی که خشـونت را تداعی می‌دهند فاصله بگیریم. نکته قابل توجه اینکه احساسـاتمان را طبیعـی بدانیم، نه ضعف بعد از خشـونت، ترس، شرم، خشم، گیجی، بی‌حسی یا ... کاملاً طبیعی هسـتند.

•اولین قدم‌های روانی برای بازسازی اعتمادبه‌نفس بعد