

گزارش موردی علائم اضطراب و شروع بیماری دیابت نوع ۱ در دانش آموز دختر ۱۱ ساله (۱۴۰۲-۱۴۰۳)

مریم ربیب^۱، داریوش فرهود^۲، کامبیز پوشنه^۳، حسن عشایری^۴، شبنم ربیب^۵

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز

^۲ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران

^۳ گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز

^۴ گروه توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

^۵ کارشناسی ارشد روانشناسی کودکان استثنایی

*مریم ربیب rabibmaryam@yahoo.com

*شبنم ربیب maryamrabib@yahoo.com

خلاصه:

دیابت نوع ۱، که به عنوان دیابت وابسته به انسولین نیز شناخته می‌شود، یک بیماری خودایمنی است که در آن سیستم ایمنی بدن به سلول‌های تولیدکننده انسولین در پانکراس حمله می‌کند. این بیماری معمولاً در کودکان و نوجوانان تشخیص داده می‌شود، اما می‌تواند در هر سنی رخ دهد. این مطالعه به دنبال ارجاع یکی از دانش آموزان دختر ۱۱ سال دارای اختلال نقص توجه و همزمان اختلال در درس ریاضی در دبستان به علت خروج مداوم از کلاس درس به دلیل تکرار ادرار (تشخیص اشتباه والدین و اقدام به انجام درمان های خانگی برای کنترل اضطراب) صورت گرفت و با چک کردن علائم مشترک اضطراب و دیابت نوع یک، و تکمیل پرسشنامه کامپیوتری CBCL نسخه والدین و بالا بودن نمرات دانش آموز مورد نظر در مقیاس های اضطراب (۶۱) و مشکلات توجه و تفکر (۶۰)، قانون شکنی ۵۹ برای انجام آزمایش کامل خون (قند ناشتا، کلسترول و تری گلیسرید، استروژن، Feritine, D3, B12, T3, T4, TSH, CBC diff) و همچنین کورتیزول و نوروپی نفرین و سروتونین در آزمایش ادرار ۲۴ ساعته با رضایت والدین ارجاع گردید ولی قبل از انجام آزمایشات به دنبال کاهش سطح هوشیاری دانش آموز در منزل، به بیمارستان منتقل گردیده و در PICU بیمارستان امام حسین (ع) بستری شده و در بررسی ها و آزمایشات مشخص گردید که دانش آموز مبتلا به دیابت نوع یک است و باید با تزریق انسولین سطح قند خون را کنترل نماید. درنتایج آزمایش خون دانش آموز مورد نظر مشاهده گردید که نامبرده از نظر چربی خون و هورمونهای تیروئیدی و آهن در محدوده سالم و ویتامین D3 در سطح پایین تر از محدوده طبیعی قرار دارد (بین بروز دیابت نوع یک و سطح پایین ویتامین D3 ارتباط مستقیم وجود دارد (میناب، ۱۳۹۲))، کورتیزول ۸ صبح ۸.۲، کورتیزول ۲۴ بالاتر از حداکثر (۷۵) و نوروپی نفرین نزدیک به حداقل (۳.۵) و متاسفانه مبتلا به بیماری دیابت نوع یک گردیده است (FBS:340, HbA1c: 7.91) و متاسفانه به دلیل عدم کارکرد پانکراس باید از تزریق انسولین جهت کنترل قند خون استفاده نماید و با همکاری پرسنل دبستان شرایط و مکان مناسب انجام تزریق در زمان زنگ های تفریح در اختیار وی قرار گرفت و اقدامات درمانی عصب روانشناختی کارکردهای اجرایی مغز و خدمات درمان اختلال ریاضی و

تراپلی جهت کنترل و تنظیم کورتیزول برای ایشان آغاز گردید. نتیجه‌گیری: با انجام چکاپ های دوره ای ، خصوصا قبل از شروع درمان های روانشناسی و روانشناختی در مراجعین و اطمینان از عدم وجود مشکلات فیزیولوژیکی و پزشکی ، می توان خدمات بهتری به بیماران و مراجعین ارائه داده و از بروز اشتباهات تشخیصی و سوگیری درمانی پیشگیری نمود.

واژه‌های کلیدی: دیابت، اضطراب، نقص توجه/ بیش فعالی FBS,HbA1c,CBCL,Cortisol,Norepinephrine
,Serotonin,D3,CBC diff,

کد اخلاق: IR.IAU.CTB.REC.1403.062

مقدمه:

بیماری دیابت چهارمین مرگ در بین کشورها دارد. بیماری دیابت نوعی بیماری مزمن است که در آن بدن نمی تواند از گلوکز استفاده و یا آن را ذخیره کند. و دیابت نوع یک (دیابت وابسته به انسولین) یک بیماری اتوایمیون است که به دنبال تخریب سلول های بتای جزایر لانگرهانس پانکراس ، در اثر تامل و ارتباط بین انواع ژن های مستعد کننده متفاوت و فاکتورهای محیطی و معمولا قبل از دوران بلوغ ایجاد می شود و مطالعات نشان داده است که در زمان تشخیص حدود ۵۰ الی ۹۰ درصد سلول های بتا از بین رفته اند. بروز این بیماری با عواملی چون کمبود ویتامین D3 ، رژیم غذایی، عفونت های آترو ویروس و سطح بهداشت و سبک زندگی در ارتباط می باشد (Bener A, 2009). انسولین هورمونی است که وجود آن جهت تنظیم سطح قند خون ضروری است و در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱، به دلیل تخریب سلول های بتا، بدن نمی تواند انسولین کافی تولید کند و در نتیجه، قند خون به طور قابل توجهی افزایش می یابد و مبتلایان ناچار به استفاده از تزریق انسولین و استرس و درگیری فکری مداوم با میزان قند دریافتی و محاسبه میزان دوز تزریق انسولین می باشند که با توجه به سن شروع بیماری (در دوره نوجوانی) منجر به کاهش عملکرد و انگیزه زندگی در افراد مبتلا می گردد.

از آنجا که تزریق انسولین نه تنها منجر به درمان قطعی این بیماری نمی شود، برای بیمار آزار دهنده است و قند خون نیز به نحو مناسبی کنترل نمی شود. تلاش جهت جایگزین کردن سلولهای پانکراس از طریق پیوند جزایر پانکراسی و یا سلولهای بنیادی چندان موفقیت آمیز نبوده است، چرا که مشکل اصلی یعنی اثرات خود ایمنی همچنان باقی است. از سوی دیگر در صورت استفاده از سلولهای پانکراسی آلوژنیک، سیستم ایمنی با سلولهای بیگانه مقابله کرده و آنها را پس می زند. پیشنهاد برای جایگزینی سلولهای پانکراس، استفاده از سلولهایی است که سیستم ایمنی قادر به مقابله با آنها نباشد. پروتئین HLA-G با مهار سلولهای T و سلولهای Natural killer و سایر سلولهای سیستم ایمنی مسوول حفظ جنین در برابر سیستم ایمنی مادر در دوران بارداری است. سلولهای بنیادی مزانشیمی و سلولهای انسولین ساز خود فرد، کاندیداهای اصلی برای ژن درمانی توسط مولکول HLA-G هستند. تزریق این سلولهای بنیادی اوتولوگ به بیمار بعد از دستکاری ژنتیکی که منجر به بیان این ژن در سطح مناسب شود، سبب تولید دائمی سلول های بتا پانکراس خواهد شد که از دسترس سیستم ایمنی فرد به دور خواهند بود. از آنجا که این سلول ها خودی هستند، خطر رد پیوند بسیار اندک

است. انتقال این ژن به درون سلول ها از طریق ذرات نانو روش اصلی مورد نظر است، زیرا خطر ایجاد تومور به دلیل ژن درمانی را به حداقل می رساند (منصوره، دوره ۳، شماره ۳، ۱۳۸۸).

گزارش مورد مطالعه:

مطالعه اخیر بخشی از پایان نامه دکتری، با هدف مقایسه اثر بخشی تحریک الکتریکی مغز^۱ (tDCS) و تراپلی بر مهارتهای زبانی و کارکردهای اجرایی مغز (حافظه فعال، بازداری، انعطاف پذیری)، کاهش علایم همبود در مبتلایان به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در دانش آموزان پسر و دختر ۱۰ الی ۱۲ سال، در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ صورت گرفت و از بین مدارس منطقه ۸ تهران ۶ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شده، در تابستان ۱۴۰۲ جهت نمونه گیری در مدارس دوره دوم دبستان منطقه ۸ از کادر آموزشی دبستان درخواست کردیم که مواردی که سال گذشته مشکوک به اختلال توجه و تمرکز / بیش فعالی بوده اند را جهت ارزیابی معرفی نمایند. یکی از دانش آموزان معرفی شده که در درس ریاضی مشکل داشته و در سال تحصیلی به بهانه دست شویی رفتن، به کرات اقدام به خروج از کلاس در ساعات درسی می نمود، هفته اول شهریور به همراه مادر دعوت به حضور در مدرسه شدند. دانش آموز مورد نظر فرزند دوم خانواده با فاصله سنی شش سال کوچکتر از برادر بزرگتر، شغل پدر آزاد و مادر خانه دار بود. از دانش آموز در یک جلسه ۱ ساعته تست های کارکردهای اجرایی کامپیوتری Go/NO Go و N BACK, WISCONSIN و آزمون قلم کاغذی HTP به عمل آمد همزمان از مادر خواسته شد که با توجه به علائمی که طی شش ماه اخیر در دخترش مشاهده نموده است پرسشنامه کامپیوتری CBCL را تکمیل نماید. در مصاحبه مادر دانش آموز علت خروج از کلاس را اضطراب فرزندش ذکر نمود و اذعان داشت که درمانهای خانگی که برای کنترل و کاهش اضطراب انجام داده هیچ سودی نداشته است. بر اساس نتیجه پرسشنامه CBCL (نمرات دانش آموز در مقیاس های نقص توجه: ۶۰ / اختلال تفکر: ۵۹ / افسردگی و اضطراب: ۶۱ / قانون شکنی: ۵۹) و موضوع پایان نامه (تفکیک و بررسی ارتباط بین هورمونهای جنسی و بیوشیمی خون و کورتیزول و دوپامین و نوراپی نفرین، قند خون، چربی خون، ویتامین D3 با شدت علائم اختلال نقص توجه/ بیش فعالی) به خانواده توضیحات طرح پژوهش، شباهت علایم اضطراب و دیابت نوع یک در کودکان و نوجوانان، همچنین چک لیست آزمایشات مقدماتی داده شد و قرار بر این بود که به محض دریافت جوابها خانواده مراجعه نمایند که مادر دانش آموز در ۸ شهریور ماه تماس گرفته و اعلام کرد که به دنبال کاهش سطح هوشیاری دانش آموز در منزل، نامبرده با آمبولانس به بیمارستان امام حسین (ع) اعزام و در بخش PICU بستری گردیده، نتایج آزمایشات اولیه خون در بیمارستان، قندخون بیمار (FBS:431) و HbA1c:12.1, D3: 20.4 بود و با انجام معاینات تخصصی توسط دکتر غدد و انجام آزمایشات تکمیلی طی دوران بستری در PICU تشخیص دیابت نوع یک و آگاه ساختن خانواده و خود دانش آموز از این بیماری و آموزش نحوه تزریق انسولین صورت گرفت و با بهبود شرایط هوشیاری دانش آموز و کنترل قند خون در تاریخ ۱۳ شهریور ۱۴۰۲ ترخیص گردید و پس از دوره نقاهت و انجام آزمایشات مورد نظر پژوهش ما در تاریخ ۱۸ شهریور مجدداً به دبستان مراجعه نمودند و این بار خانواده و دانش آموز با وضعیت مستاصل از غیر قابل درمان بودن بیماری و وابسته شدن فرزندشان به تزریق انسولین و ترس از مشکلات آینده مبهم و دوره بلوغ و... احساس گناه /عذاب وجدان شدید مراجعه نمودند و آمادگی خود را برای هر نوع درمان جهت رفع اختلال نقص توجه و بهبود وضعیت ریاضی فرزندشان اعلام نمودند.

¹) transcranial Direct-Current Stimulation

برای افزایش آگاهی والدین در مورد علایم اضطراب و افسردگی یک جلسه و ۳ جلسه آموزش فرزندپروری بر مبنای تراپلی برای کلیه والدین دبستان در فضای اسکای روم در نظر گرفته شد. یکی از دلایلی که این خانواده مسیر را اشتباه گذراندند و دیر به درمان مشکل پرداختند، نبود اطلاع رسانی و آگاهی والدین در شبا‌هت ظاهری علایم دیابت نوع یک و اضطراب بود. دیابت نوع یک و اضطراب در علائم زیر در گام اول ممکن است که قابل تفکیک نباشد ولی با انجام یک آزمایش ساده (با نمونه ادرار و بدون نیاز به خون گیری) می توان آنها را از هم جدا نموده و اقدام درمانی متناسب را به مراجع ارائه نمود:

۱. تشنگی مفرط: در دیابت نوع ۱ افزایش قند خون باعث می‌شود که بدن برای جبران کمبود آب، تشنگی بیشتری احساس کند و در اضطراب، ممکن است به دلیل تنش و استرس، ممکن است که فرد احساس تشنگی بیشتری نماید.

۲. افزایش ادرار در دیابت نوع ۱ به دلیل افزایش قند خون، بدن سعی می‌کند قند اضافی را از طریق ادرار دفع کند و در اضطراب، ممکن است به دلیل استرس و اضطراب، نیاز به ادرار کردن بیشتر شود.

۳. خستگی و ضعف: در دیابت نوع ۱ کمبود انسولین باعث می‌شود که بدن نتواند به درستی قند را به انرژی تبدیل نماید، که منجر به بروز علائم خستگی می گردد ولی در اضطراب، احساس خستگی و ضعف به دلیل فشار روانی و اضطراب نیز شایع است.

۴. تغییرات در خواب: در دیابت نوع ۱ ، بالا و پایین رفتن قند خون منجر به بروز اختلال در تنظیم چرخه خواب و اختلالات خواب می گردد و در اضطراب نیز اضطراب معمولاً با مشکلات خواب مانند بی‌خوابی یا خواب آشفته همراه است.

۵. تغییرات در اشتها: در دیابت نوع ۱ ممکن است به دلیل تغییرات قند خون، اشتها افزایش یا کاهش یابد. و در اضطراب نیز استرس می‌تواند باعث کاهش یا افزایش اشتها فرد شود.

۶. تحریک‌پذیری و تغییرات خلق و خو: در دیابت نوع ۱ تغییرات قند خون می‌تواند بر خلق و خو تأثیر بگذارد و در اضطراب نیز کودکان مضطرب ممکن است بیشتر تحریک‌پذیر و ناپایدار باشند.

در دانش آموز مورد نظر از آبان ماه سال ۱۴۰۱ ترس از درس ریاضی و عدم تمایل به شرکت در کلاس درس و حل تمرینات ریاضی توسط خانواده ذکر گردید و از آن جا که کمبود ویتامین D3 با بروز بیماری دیابت نوع یک رابطه مستقیم داشته و اضطراب نیز به طور غیرمستقیم بر مدیریت و کنترل این بیماری از طریق تغییرات کورتیزول و تأثیر بر سیستم ایمنی بدن (دیابت نوع ۱ یک بیماری خودایمنی است که در آن سیستم ایمنی بدن به سلول‌های تولیدکننده انسولین حمله می‌کنند) ، تأثیر بر سبک زندگی (اضطراب می‌تواند باعث ایجاد تغییرات در عادات غذایی، فعالیت بدنی و خواب شود و مجموعه این تغییرات ممکن است بر کنترل قند خون تأثیر منفی گذاشته و در نتیجه، مدیریت دیابت را دشوارتر کنند) ، تأثیر بر هورمون‌ها (استرس و اضطراب می‌توانند سطح هورمون‌های استرس مانند کورتیزول را افزایش دهد) این هورمون‌ها می‌توانند بر متابولیسم قند تأثیر گذاشته و احتمال بروز مشکلات مرتبط با قند خون را افزایش دهند. بنابراین، مدیریت اضطراب و استرس در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ بسیار مهم است.

روش انجام کار:

بعد از تکمیل ارزیابی ها و همزمان با حاضر شدن نتایج آزمایش های خون و ادرار ۲۴ ساعته ، همزمان با دارو درمانی (تزریق انسولین بر مبنای جدول متخصص غدد و تغذیه ، مصرف قرص ویتامین D3)، جهت بهبود مشکلات توجه و تمرکز ، کارکردهای عصب روانشناختی و بررسی تاثیرات روش تراپلی بر بهبود عملکرد درسی دانش آموز مورد نظر ، جلسات درمانی تراپلی به مدت ۱۲ هفته ، هر هفته دو جلسه به مدت ۴۵ دقیقه و با حضور هر دو والد و یا یکی از اولیای دانش آموز و بر مبنای نتایج به دست آمده از چک لیست MIM و دسته بندی مشکلات مشاهده شده در جلسه ارزیابی والد - دانش آموز (دو جلسه همزمان با فیلم برداری از جلسه) در چهار بعد ساختار، تعامل، مشارکت، نوازش فعالیت های تعامل والد- دانش آموز همراه با تعیین ساختار و نوازش در قالب جلسات درمانی خوشایند (بدون برد و باخت) و پر از فعالیت (هر جلسه ۵ فعالیت) ارایه گردیده و در انتهای هر جلسه حدود ۱۰ دقیقه به نوازش و تغذیه و بحث با دانش آموز و والد در مورد تعیین بهترین و لذت بخش ترین بخش هر جلسه درمانی و همچنین بخش هایی که والد و دانش آموز از آن لذت نبردند و یا برایشان ناخوشایند بود پرداخته شد. و همچنین بعد از اتمام جلسه درمانی به مدت ۱۵ دقیقه جلسه با حضور هر دو والد و یا یکی از والدین به بازبینی فیلم و نکات جلسه درمانی و ارائه راهکارهای مواجه و خنثی سازی مشکلات رفتاری (اضطراب) و ارتباطی (ارتباط منفی همراه با غر زدن در حین انجام کارها) در منزل ، تعیین فعالیت و تکلیف برای فواصل جلسات درمانی اختصاص داده شد. روش درمانی تراپلی به دنبال پروژه هد استارت در سال ۱۹۶۹ و بر مبنای تئوری دلبستگی بالبی در آمریکا (شیکاگو) آغاز گردید (و در حال حاضر در ۲۹ کشور از شیوه های درمانی این روش برای ترمیم دلبستگی و تنظیم هیجانات در سنین زیر ۱۲ سال استفاده می شود). در این پروژه مشاهده گردید که لازمه رشد سالم هیجانات و مواجه با مشکلات آموزشی و تحصیلی ، پاسخگو بودن والدین و باند عاطفی با خانواده و افزایش استقامت و پایداری در انجام تمرینات (sustain attention) از طریق ارتباط خوشایند و موثر می باشد. این روش برای جلوگیری از مشکلات رفتاری و عاطفی و ارتباطی طراحی گردید و تفاوت این روش درمانی با سایر روشهای درمانی این است که در این شیوه درمانی، روی دلایل بروز مشکل در حال حاضر تمرکز نکرده و نقطه خروج فرد از رشد طبیعی هیجانات (به دلیل مشکلات اقتصادی، ایجاد احساس نا امنی، افسردگی مادر بعد از دوران زایمان و عدم دریافت حمایت عاطفی و روانی، طلاق و یا بیماری والدین و . . .)، ریشه مشکل ارتباطی و شکل گیری روند معیوب ارتباطی می باشد مطالعات برهانی و نجاتی (۲۰۱۸) در خصوص بازشناسایی حالات هیجانی چهره به عنوان یک کارکرد شناخت اجتماعی نشان می دهد که کودکان دارای نقص توجه/بیش فعالی در بازشناسایی حالات هیجانی چهره، نارسایی دارند (حمیدرضا، ۱۳۹۵) و یکی از مشکلات همراه با نقص توجه و بیش فعالی عدم رعایت نوبت و عدم پایبندی به تشریفات اجتماعی به دلیل تکانشگری است که به تعاملات اجتماعی آن ها آسیب می رساند. هرچند ممکن است که در زمان مراجعه برای درمان عامل آسیب زای رشد برطرف گردیده باشد. این شیوه درمانی بر مبنای تئوری سطوح رشدی و مسولیت های نیمکره راست مغز در پردازش هیجانات ، مهارتهای اجتماعی و بعد غیر کلامی (ریتم و حرکات چهره و زبان بدن) گفتار طراحی گردیده است و بر خلاف اکثر درمان هایی که برای افراد دارای اختلالات افسردگی و خلقی و یا اختلال نقص توجه / بیش فعالی به کار می روند مانند روشهای شناختی رفتاری و تحریک الکتریکی روی نیمکره چپ مغز متمرکز است ، در این روش درمانی تمرکز بر فعالیت ها و تحریکات نیمکره راست مغزی باشد. در این راستا تنظیم و هماهنگی مشترک و همزمان والد- فرزند برای تغییر و تبدیل الگوهای منفی رفتاری و تعاملی به صورت همزمان با هم در جلسه درمانی صورت می گیرد. در شروع کار از توانایی نیمکره راست مغز مثل ارتباط غیرکلامی (چهره به چهره) و ارتباط احساسی مثل نوازش و مراقبت استفاده می گردد (مبنای تراپلی استفاده از نیازهای اولیه هیجانی و توانایی خودتنظیمی کودک، ظرفیت نیمکره راست، به جای در نظر

گرفتن سن تقویمی فرد می باشد). در این رویکرد درمانی به دلیل درگیر شدن تمام حواس، تجربیات آramش بخش و تنظیم کننده عملکردهای مغزی را والد و کودک به طور همزمان دریافت می کنند. زیرا دلبستگی ایمن مبنای رشد و توسعه مغز در سالهای بعدی می باشد.

بعد از انجام ارزیابی، یک جلسه اختصاصی برای هر دو والد در جهت شناسایی سبک دلبستگی خودشان، در راه برقراری ارتباط ایمن (دلبستگی) و پاسخگویی به فرزندشان، شناسایی تجربیات مشکل ساز در درک مفاهیم درس ریاضی تشکیل گردید و تمرینات اختصاصی تقویت حافظه فعال در قالب تمرینات تراپلی به والدین جهت انجام در منزل آموزش داده شد. مفهوم همدلی و شناسایی شیوه های همدلی با فرزندانشان آموزش داده شد. هرچند در این روش ما به طور مستقیم با دانش آموز کار کردیم ولی این درمان باعث تغییر الگوی پردازش و پاسخ های دانش آموز در مقابل انجام تکالیف و آزمون های ریاضی و نوع و شیوه ارتباطی والدین و دانش آموز گردید. در طی جلسات درمانی که والد و فرزند، هر دو با هم حضور داشتند، به دلیل ایجاد شرایط و الگوی ارتباط فعال، تغییر رفتار و ایجاد رابطه سالم و خوشایند، به والدین و دانش آموزان نمایش داده شده و به دنبال حس خوب کسب شده در جلسه درمان و احساس امنیت والدین (عدم احساس تنهایی والدین در مواجه شدن با مشکلات فرزند و تعامل با فرزند)، تلاش و انگیزه آنها برای ادامه تجربه حس ارتباطی خوب به منزل منتقل می گردد. این روش یک گام جلوتر از نظریه بالبی است، یعنی در هر سنی امکان ترمیم و ایجاد یک الگوی زندگی سالم برای کودکان وجود دارد. بالبی در سال ۱۹۸۸ اعلام کرده بود که ظرفیت دلبستگی تغییر با افزایش سن کاهش می یابد و این تغییرات می توانند باعث بهتر و یا بدتر شدن سبک دلبستگی و رفتارهای خود تنظیمی و تطابق افراد در دوران زندگی شوند و اغلب کسانی که برای درمان ارجاع داده می شوند اغلب اثرات تجربیات ناگوار اولیه طولانی مدت در آنها دیده می شود. الگوهای اولیه دلبستگی و تنظیم هیجانی که اغلب در دوره جنینی و زیر ۲ سال در افراد شکل می گیرند، مبنای افکار، رفتار و احساسات ناخودآگاه فرد نسبت به خود و اطرافیان بوده و زمینه ساز بروز مشکلات بعدی مانند رفتارهای کنترل محیط و اطرافیان، دوری گزینی از والدین و ترس از ارتباط نزدیک، فقدان رفتارهای همدلی با اطرافیان و والدین، رفتارهایی که پیام بی ثباتی عاطفی را به اطرافیان و والدین منتقل می کند که این الگوهای رفتاری ناشی از احساس شرم در دوره کودکی به دلیل استفاده والدین از راهکار سرزنش و عدم تکمیل خود (Self) در سنین زیر ۲ سال می باشد و تجاربی مثل اضطراب و ترس در سنین کودکی منجر به ایجاد حس عدم امنیت و طرد گردیده (احساس طرد با دردهای جسمانی ارتباط مستقیم دارد) و در اغلب موارد حس طرد به خشم تبدیل می شود که خشم به شیوه های مختلف (آسیب به دیگران و یا آسیب به خود) تجلی می یابد (Phyllis B.Booth, 2010).

بحث (توجه، بخشی از نتیجه گیری را می توان در بحث قرار داد):

طبق مطالعات بین عملکردهای اجرایی و تئوری ذهن و بروز اختلالات خلقی و اختلالات درسی (نوشتن، خواندن، ریاضی) ارتباط مستقیم وجود دارد و به دلیل اهمیت رابطه مادر فرزند در تشکیل الگوهای اولیه دلبستگی و همچنین تاثیر سبک دلبستگی در رشد و توسعه عملکردهای نیمکره راست و تنظیم هیجانات لزوم حمایت از مادران و افزایش و ارتقای اطلاعات آنها در زمینه اهمیت و میزان تاثیر در رشد و تکامل مغزی احساس می شود و خلا حمایت سازمان ها و نهادها از تحت پوشش قرار دادن خدمات روانشناختی جهت آموزش و الگوهای صحیح فرزند پروری و ارتباط سالم وجود دارد و در کودکان با اختلال نقص توجه / بیش فعالی به دلیل آسیب هایی که از نظر ارتباطی، در ارتباط با والدین دریافت می کنند (طبق

نتیجه پژوهش دکتر نجاتی)، شبکه Negative affect network آسیب دیده است و این مشکل با عملکرد threat dysregulation دیده می شود و این مشکل با عملکرد شبکه کنترل شناختی در ارتباط است که روی توجه و تمرکز و نشخوار ذهنی و به خصوص کارکردهای اجرایی (حافظه فعال/ بازداري / انعطاف پذیری) موثر است.

در دانش آموز مورد نظر بعد از ۱۲ هفته تراپلی و همزمان درمان دارویی جهت کمبود ویتامین D3، بهبود نمرات والدین در شاخص افسردگی در آزمون MCMI، تغییر و نمرات دانش آموزان در آزمون CBCL کاهش حداقل ۸ نمره را داشته و همچنین بهبود نمرات (بین ۱۰ تا ۱۵ نمره) کارکردهای اجرایی در آزمون BRIEF نسخه والدین (در شاخص های انتقال توجه، سازماندهی و برنامه ریزی) به همراه داشت ، همچنین در آزمایش خون نامبرده سطح کورتیزول خون افزایش یافته (15)، کاهش کورتیزول ۲۴ (۴۳)، افزایش نوروایی نفرین (۱۰) قابل توجه بود. که در مجموع روند فوق در ارزیابی آزمون میان ترم (آذر ۱۴۰۳)، بهبود عملکرد تحصیلی در بر گه های درس ریاضی نامبرده و حذف رفتار ترس و بی رغبتی به درس ریاضی و بهبود شیوه های ارتباطی هر دو والد با فرزندشان گزارش گردید و پیگیری این شیوه درمانی در نمونه فوق تا ۲ سال ادامه خواهد داشت. با افزایش آگاهی والدین از شیوه های تعامل با فرزند خصوصا در سنین بلوغ و کودکان و نوجوانان دارای اختلالات نقص توجه / بیش فعالی در پیشگیری از بروز مشکلات تحصیلی و اختلالات یادگیری و خلقی و رفتاری تاثیر بسزایی داشته همچنین با توجه به ارتباط تغییرات بیوشیمی خون و بروز اختلالات خلقی – اضطرابی (بی توجهی ، کم حوصله شدن ، افسردگی و . .) (Yan-Ge Wei a b c 1, 1 April 2020) با الزام مدارس بر سنجش فاکتورهای بیوشیمی خون در ابتدای تغییر مقطع های تحصیلی (سه ساله دبستان و دوره متوسطه) از عوامل زمینه ساز محیطی و تشدید کننده بروز بیماری های روان تنی در سنین بالاتر می توان پیشگیری نمود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از کار پایان نامه دانشجویی (نویسنده اول) دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است. بدین ترتیب از ریاست دانشگاه و گروه پژوهش و تمام شرکت کنندگان در این مطالعه و افرادی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند که هیچ تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

فهرست مراجع:

۱-آبادی فاطمه، نجاتی وحید، پوراعتماد حمیدرضا(۱۳۹۵). اثر برنامه توانبخشی شناختی پریا بر بهبود توانایی بازشناسی حالات هیجانی در کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با عملکرد بالا. مجله مطالعات علوم پزشکی (مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه). دوره ۲۷، شماره ۷؛ از صفحه ۵۷۰ تا صفحه ۵۷۹

۲- خسروی مهارلویی محسن ، پیمانی پیام ، عطار آرمین ، خسروی امیر ، حسینی احمد ، جابری پور منصوره ، درمان دیابت نوع ۱ از طریق القا افزایش بیان ژن HLA-G توسط ذرات نانو به روش ژن درمانی ، مجله ایرانی نظریه پردازی در علوم پزشکی



۳- صادقی نرگس ، متقی مینو ، قلجایی فرشته ، نارویی فرشته ، هادی مینا ، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی زابل، پاییز ۹۲، دوره ۱، شماره ۱

۴-Margarida Corominas-Roso, PhD ,corresponding author Gloria Palomar, MD, Roser Ferrer, Alberto Real, MD, Mariana Nogueira, PhD, Montserrat Corrales, Miguel Casas, MD, PhD, and Josep Antoni Ramos-Quiroga, MD, PhD, Cortisol Response to Stress in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Int J Neuropsychopharmacol, 2015 Jul; 18(9): pyv027.

۵-Phyllis B. Booth, Ann M. Jernberg, Theraplay (third edition).2010

۶-panelYan-Ge Wei a b c 1, Dong-Bin Cai d 1, Juan Liu b c, Rong-Xun Liu a b c, Shi-Bin Wang e, Yan-Qing Tang b c f, Wei Zheng g 2, Cholesterol and triglyceride levels in first-episode patients with major depressive disorder: A meta-analysis of case-control studies, Journal of Affective Disorders, Volume 266, 1 April 2020, Pages 465-472