مقاله مروری

مجله دانشکده پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران
سال نهم ● شماره ۱ ● بهار و تابستان ۱۳۹۳ ● شماره مسلسل ۱۵

مروری بر اختلالات اضطرابی و اقدامات پرستاری آن

مریم عزیزی[۱]، دکتر محمد براتی[۲]

چکیده

اضطراب از شایعترین اختلالات روانپزشکی می‌باشد و در بر گیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری است و در رویارویی با تهدید و خطر به طور خودکار رخ میدهد. اختلالات اضطرابی منجر به مرگ و میر بیش از حد، استفاده مفرط از خدمات مراقبت سلامت و اختلال عملکرد میشوند و با سایر اختلالات روان مانند اسکیزوفرنی، افسردگی، سوء مصرف مواد و بیماری‌های جسمی همراه می‌باشند و نیز خطر خودکشی را افزایش می‌دهند. همچنین اضطراب مزمن میتواند احتمال ابتلا به پارکینگسون، آلزایمر و میزان مرگ و میر به علل قلبی- عروقی و پرفشاری خون را افزایش دهد. اجرای دستورالعمل‌های مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد، یکی از شیوه‌های جدید در ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری و افزایش رضایت‌مندی بیماران بویژه در بخش‌های اعصاب و روان به حساب می‌آیند.

مقدمه

امروزه با صنعتی شدن کشورها اختلالات روانپزشکی من جمله اضطراب در افراد رو به افزایش است. اضطراب یک جز طبیعی و غیر قابل اجتناب در زندگی هر فرد است و در بر گیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری میباشد که در رویارویی با تهدید و خطر به طور خودکار رخ میدهند. این تغییرات شامل احساس منتشر و ناخوشایند و مبهمی ازهراس در کنار نشانه‌های اتونوم همچون گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشار خون، تپش قلب، گشادی مردمکها، بیقراری، لرزش، افزایش ضربان قلب، تکرر و فوریت ادراری، گزگز اندامها و سنکوپ میباشد. اضطراب زمانی به عنوان یک اختلال تلقی میشود که در موقعیتهایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره آمیز بیش از حد معمول طول بکشد. (۱)

اختلالات اضطرابی شایعترین اختلالات روانی در سطح کل جامعه هستند (۲). به طوری که در ایالا ت متحده آمریکا سالانه بیش از ۴۰ میلیون نفر به آن مبتلا می‌شوند و از هر چهار نفر، یک نفر با آن درگیر است (۳).بزرگترین موسسه بهداشت روان در استرالیا اعلام کرد در حال حاضر اضطراب شایعترین بیماری روان در این کشور است همچنین این موسسه پیش بینی کرد اضطراب تا سال ۲۰۲۰ شایعترین مشکل بهداشتی کل دنیا خواهد شد (۴).

موسسه ملی سلامت روان نیز در سال ۲۰۰۹ میزان شیوع اختلالات اضطرابی را در یک دوره‌ی ۶ ماهه ۱۸٪ گزارش گرده است که زنان درصد بالاتری از اختلالات اضطرابی را به خود اختصاص می‌دادند (۵) مطالعات مختلف در ایران شیوع اختلالات روانی من جمله اضطراب را ۳۰/۴٪ گزارش کرده‌اند (۶).

آمار هشدار دهنده‌ی اضطراب، بیانگر نوعی شیوع نوگرایانه این اختلال در سطح جهان می‌باشد بطوریکه قرن بیستم عصر اضطراب نامیده شده است، این در حالی است که تنها یک سوم افرادی که اضطراب دارند تحت درمان قرار گرفته‌اند (۷).

اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانپزشکی هستند که منجر به موربیدیته بیش از حد، استفاده مفرط از خدمات مراقبت سلامت و اختلال عملکرد میشوند. اختلالات اضطرابی مزمن

۱ـ کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۲ـ پژوهشگر، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

[Downloaded from jps.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

میتوانند میزان مرگ و میر به علل قلبی- عروقی را افزایش دهند. یک نفر از هر چهار نفر، واجد معیارهای تشخیصی لازم برای حداقل یکی از اختلالات اضطرابی است. زنان در این باره از مردان مستعدتر هستند. شیوع این اختلالات با بالاتر رفتن سطح اقتصادی اجتماعی افراد کاهش مییابد. (۸)

در سال ۲۰۰۸ حدود ۸۵ میلیون داروی سدایتیو به منظور کاهش علایم اضطراب تجویز شد. در صورتی که این داروها با عوارضی مانند وابستگی، خطر خودکشی و دگر کشی و... برای مصرف کنندگان خود همراه بودند (۴).

این در حالی است که اختلالات اضطرابی در آمریکا سالانه بیش از ۴۲ میلیون دلار هزینه میبرد بطوری که افراد با مشکلات اضطرابی برای کاهش علایم شبه جسمانی بیماری نیاز به فردی دارند که از آنها مراقبت کنند، این گروه از افراد ۵-۳ مرتبه بیش از دیگران به پزشک مراجعه میکنند و ۶ مرتبه بیش از افرادی که اضطراب ندارند مستعد بستری شدن در بخش اعصاب و روان میباشند (۳). همچنین در سال ۲۰۱۰ هزینه اختلالات اضطرابی (بجز اختلال استرس پس از سانحه) در اروپا حدود ۶۶ بیلیون یورو برآورد شده است (۹) بالدوین (۲۰۱۱) در مقالهی خود اختلالات هراس، وسواس و اختلال استرس پس از سانحه را که از دستهی اختلالات اضطرابی هستند، از بزرگترین عوامل ناتوانی روانی در افراد معرفی میکند (۱۰).

اختلالات اضطرابی معمولا با سایر اختلالات روان مانند اسکیزوفرنی، افسردگی، سوء مصرف مواد و بیماریهای جسمی همراه میباشند و نیز خطر خودکشی را افزایش میدهند (۱۱).

اختلالات اضطرابی مزمن میتوانند میزان مرگ و میر به علل قلبی- عروقی را افزایش دهند. یافتههای مطالعهی سارن و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی زنان با بیماری اضطراب انجام شد بیانگر این مطلب است (۱۲). پژوهش کابزانسکی (۲۰۰۹) نیز بیانگر ارتباط معنی دار بین اضطراب و پرفشاری خون میباشد (۱۳). مطالعات راماکرز و همکاران (۲۰۱۳)، مارتینز و همکاران (۲۰۱۳) و استفانو و همکاران (۲۰۱۳) همگی حاکی از آن است که که اضطراب سبب تسریع ایجاد آلزایمر و پارکینگسون میشود (۱۴-۱۶).

انواع اختلالات اضطرابی

۱. اختلال هراس با گذرهراسی
۲. اختلال هراس بدون گذرهراسی
۳. آگورافوبیا بدون سابقه اختلال هراس
۴. ترس مرضی ویژه
۵. جامعه هراسی
۶. اختلال وسواسی- جبری
۷. اختلال اضطرابی منتشر
۸. اختلال استرس پس از حادثه
۹. اختلال استرس حاد
۱۰. اختلال اضطرابی به دلیل یک بیماری زمینهای طبی
۱۱. اختلال اضطرابی به دلیل سوء مصرف مواد
۱۲. اختلال اضطرابی طبقه بندی نشده (۱۷).

۱. اختلال هراس

وقوع ناگهای وغیرمنتظره حملات هراس است. این حملات هراس دورههای مجزا از ترس شدید است که میتواند از چندین حمله در یک روز تا فقط تعداد اندکی حمله در عرض یک سال متفاوت باشد. بر اساس طبقه بندی تشخیصی آماری (DSM-IV-TR) یک حملهی هراس به شکل زیر است:

دورهای مشخص از ترس یا ناراحتی شدید است که به طور ناگهانی شروع میشود و در طی ۱۰ دقیقه به اوج خود میرسد و در آن (۴ تا یا بیشتر) از علائم زیر وجود دارند:

۱. تپش قلب، افزایش ضربان قلب(pounding heart)
۲. تعریق
۳. لرزش
۴. احساس تنگی نفس (smothering)
۵. احساس خفگی
۶. درد یا ناراحتی در قفسه سینه
۷. حالت تهوع یا ناراحتی شدید در شکم
۸. احساس گیجی، لرزش، سبکی یا غش
۹. احساس جدایی از خود یا جدایی از واقعیت
۱۰. ترس از دست دادن کنترل یا ابتلا به جنون
۱۱. ترس از مرگ
۱۲. پارستزی
۱۳. گر گرفتگی (۱۸)

[Downloaded from jps.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

اختلال هراس معمولا با آگورافوبیا همراهی دارد. آگورافوبیا ترس از تنها بودن در مکانهای عمومی (مانند سوپرمارکتها) است؛ مخصوصا مکان‌هایی که خروج سریع از آنها هنگام دست دادن حملات هراس مشکل باشد. بیماران مبتلا به آگورافوبیا سرسختانه از موقعیتهایی که در آنها دسترسی به کمک مشکل است، اجتناب میکنند و ترجیح می‌دهند در خیابانهای شلوغ، مغازههای پر ازدحام، فضاهای بسته (تونلها، پلها، آسانسورها و وسائل نقلیه بسته متروها، اتوبوس‌ها، هواپیماها) حتما همراه داشته باشند (۱۹).

۲. فوبیای ویژه

به ترس قابل توجه و بیش از حد از یک شی یا موقعیت خاص گفته می‌شود. خود بیمار به بیش از حد بودن و غیر معقول بودن این ترس واقف است. مواجهه با محرک ترس آور مزبور باعث فشار بیش از حد می‌شود و ممکن است با حملات هراس یا غش همراه باشد. از انواع این فوبیا می‌توان به ترس از حیوانات، ترس از ارتفاع، ترس از توفان، ترس از خون، ترس از تزریق، ترس از حشرات و... اشاره نمود (۱۷)

۳. فوبیای اجتماعی

به ترس چشمگیر و پایدار از موقعیتهای اجتماعی و اجرایی گفته می‌شود که در آنها فرد احساس می‌کند توسط دیگران بررسی و نقد می‌شود و ممکن تحقیر؛ شرمگین یا خجالت زده شود. با اینکه خود فرد آگاه است که این ترسها غیر معقول هستند.این ترسها با عملکرد طبیعی فرد تداخل می‌کنند تا جایی که فرد از برخی موقعیتهای اجتماعی اجبار به حضور، با اضطراب و فشار فراوان آنها را تحمل می‌کند. حملات هراس نیز شایع هستند (۱۹).

۴. اختلال استرس پس از حادثه و اختلال استرس حاد

ویژگی بارز و ضروری این دو تشخیص، بروز علایم و نشانه‌های روان شناختی پس از مواجهه‌ی مستقیم یا غیرمستقیم با یک حادثه‌ی شدید است.

اختلال استرس خارج از تحمل فرد است. در صورتی که این علایم و نشانه‌ها حداقل ۲ روز و حداکثر یک ماه پس از حادثه بروز کنند تشخیص اختلال استرس حاد گذاشته می‌شود و اگر بیش از یک ماه بروز کنند اختلال استرس پس از حادثه مد نظر قرار می‌گیرد (۸).

۵. اختلال اضطرابی منتشر

بیمارانی در این دسته طبقه بندی میشوند که غالبا در مورد هر چیزی نگرانی بیش از حد دارند. این اختلال، اضطراب و نگرانی مفرط در مورد وقایع و فعالیتهای زندگی است بیشتر روزها وجود دارد. کنترل این نگرانی مشکل است و با نشانه‌های جسمانی همراهی دارد. این اضطراب به فرد فشار می‌آورد و باعث ضعف عملکرد در جنبه‌های مهم زندگی فرد میشود.

اختلال اضطرابی منتشر یک بیماری شایع است و شایعترین اختلالی است که در همراهی با دیگر اختلالات روانی دیده می‌شود (۱۹). معیار تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال اضطرابی منتشر به این شرح است:

الف. اضطراب و نگرانی بیش از حد راجع به تعدادی وقایع و فعالیت که در بیشتر روزهای یک بازهی زمانی حداقل ۶ ماهه وجود داشته باشد.

ب. کنترل این نگرانی برای فرد مشکل است.

پ. اضطراب و نگرانی با سه تا یا بیشتر از شش علامت زیر همراهی دارند:

۱- بیقراری یا احساس برانگیختگی یا روی لبه بودن

۲- خستگی‌پذیری زودرس

۳- مشکل در تمرکز یا خالی بودن ذهن

۴- تحریک‌پذیری

۵- تنش عضلانی

۶- آشفتگی خواب (مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب یا خواب بدون آرامش)

ت. موضوع نگرانی و اضطراب، آنها را به دیگر اختلالات روانی ربط نمی‌دهد.

ث. اضطراب یا علایم جسمانی باعث فشار و کاهش عملکرد بارز در حیطه‌های عملکردی اجتماعی، شغلی یا دیگر جنبه‌های مهم میشود.

ج. این آشفتگی و اختلال به دلیل اثر مستقیم فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی زمینهای نیست و در طی یک اختلال خلقی، سایکوتیک یا یک اختلال رشدی فراگیر اتفاق نیفتاده است (۱۸).

[Downloaded from jps.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

۶. اختلال وسواسی - جبری

ویژگی بارز این اختلال، وسواسها و رفتارهای اجباری است که از چنان شدتی برخوردارند که باعث تحمیل فشار قابل توجه به فرد میشوند. این وسواسها و رفتارهای اجباری بسیار زمانبر هستند و به طور چشمگیری با عملکرد، فعالیتها و روابط طبیعی فرد تداخل ایجاد میکنند (۱۷).

عوامل زمینه‌ای مؤثر در شکل گیری اختلالات اضطرابی

- **متغیرهای ژنتیکی:** داشتن سابقه خانوادگی اضطراب و افسردگی
- **جنسیت:** زنان مستعدتر هستند
- **تربیت خانوادگی و شرایط کودکی:** بزرگ شدن توسط والدینی که بیماری روانی دارند، شرایط سخت دوران کودکی، والدین سختگیر و فوق العاده آرمانگرا، تزلزل عاطفی در دوران کودکی، والدینی که اعتماد به نفس کودک را سرکوب میکنند، والدین خونسرد و بی تفاوت
- خجالتی بودن، عدم اطمینان به خود، کم رویی
- افراد دائما نگران
- فشارهای زندگی
- محرومیتهای اجتماعی و اقتصادی
- ضعف سلامت جسمانی
- بار مسؤولیت
- از دست دادن شغل
- سابقه اضطراب
- تجمع استرس در طول زمان
- از دست دادن و بیماری نزدیکان
- تجربه حادثه
- پشتیبانی اجتماعی ضعیف

تشخیص پرستاری

اضطراب، محرومیت از خواب، ترس، نقص حافظه، یبوست، بی اشتهایی، خودکشی، سازگاری ناموثر

اقدامات پرستاری

۱. علل تشویش و نگرانی بیمار را بررسی کنید.
۲. سابقه‌ی بیماری قبلی، اختلالات رفتاری و اضطرابی و مشکلات خانوادگی را در بیمار بررسی کنید.
۳. علائم حیاتی بیمار را بررسی کنید.
۴. از جملات آرام، ساده و واضح در برخورد با مددجو استفاده کنید.
۵. از موسیقی آرام بخش در بخش استفاده شود.
۶. از رژیم غذایی سرشار از سبزیجات و ماهی استفاده شود.
۷. بیمار را تا رفع علایم اضطراب ترک نکنید.
۸. به بیمار در شناسایی عوامل تسریع کننده اضطراب کمک کنید.
۹. از قرار دادن بیمار در موقعیت تصمیم گیری و انتخاب خودداری کنید.
۱۰. به صحبت‌های بیمار کاملا گوش دهید.
۱۱. تحریکات محیط مانند صدا و نور را در اتاق بیمار کاهش دهید.
۱۲. بیمار را با محیط بیمارستان، ابزارها و روشهای درمانی آشنا کنید.
۱۳. بیمار را تشویق به انجام ورزشهایی در حد تحمل کنید.
۱۴. بیمار را به به شرکت در برنامه‌های معنوی تشویق کنید.
۱۵. آموزش به بیمار درمورد عدم مصرف مواد محرک مانند کافئین، نیکوتین و کوکائین آموزش دهید (۱۷، ۱۹-۲۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به افزایش قابل توجه تعداد بیماران اضطرابی در سطح جامعه و در بخش اعصاب و روان، بالا بودن هزینه‌های مراقبتی و درمانی این بیماران، آسیب‌های وارده‌ی ناشی از آن به اقتصاد جامعه لذا آموزش راهکارهای غیر دارویی و ساده به افراد مانند روش‌های آرام سازی عضلانی، روش‌های انجام تنفس عمیق، راهکارهای تخلیه‌ی احساسات و... از پیشرفت این بیماری و همه گیر شدن آن در جامعه می‌کاهد.

References

1- Tiwari N, Baldwin DS. Yogic Breathing Techniques in the Management of Anxiety and Depression: Systematic Review of Evidence of Efficacy and Presumed Mechanism of Action. Anxiety. 2012;320: 228.

[Downloaded from jps.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]

2- Cheraghian B, Fereidooni M, Baraz-Pardejani S,. NB. Test Anxiety and its Relationship with Academic Performance among Nursing Students. Knowledge & Health. 2008;3 (3-4): 25-9.
3- Morgan B, Hoff. LA. psychiatric and mental health Essentials in primary care. 698 wH, editor. new york2011.
4- Supplementary Medicine, Nutrition; Deep Breathing Exercises: The Answer To Anxiety, Stress, and Depression. Mental Health Business Week Nov 3, 2012.
5- Tello-Bernabé E, Sanz-Cuesta T, Cura-González Id, Santiago-Hernando MLd, Jurado-Sueiro M, Fernández-Girón M, et al. Effectiveness of a clinical practice guideline implementation strategy for patients with anxiety disorders in primary care: cluster randomized trial. Implementation Science ,. 2011;6: 123: 2-9.
6- Bagheri Yazdi S, Bolhari J, Peyravi H. Mental health status of newly admitted students toTehran University academic year. (Andeesheh Va Raftar).. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;4 (1): 30-9.
7- Dozeman E, J. F D, van Schaik, J. HW, van Marwijk, 2, Max L. Stek, et al. Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. International Psychogeriatrics Association. 2011;23 (6): 969–78
8- Tello-BernabÃ© E, Sanz-Cuesta T, del Cura-GonzÃ¡lez I, de Santiago-Hernando ML, Jurado-Sueiro M, FernÃ¡ndez-GirÃ³n M, et al. Effectiveness of a clinical practice guideline implementation strategy for patients with anxiety disorders in primary care: cluster randomized trial. Strategies. 2011;95: 25.
9- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21: 718: 779.
10- Baldwin D. Where is the room for improvement in the drug treatment of depression and anxiety? Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2011;26: 1: 3.
11- Asmundson GJG, Steven T, Bovell CV, Collimore K. Strategies for managing symptoms of anxiety. Expert review of neurotherapeutics. 2006;6 (2): 213-22.
12- Sareen J, Cox BJ, Clara I, Mundson A. the relationship between anxiety disorders in U.S. National comorbidity Surveys depression and anxiety. 2008;21: 193-220.
13- Kubzansky k. Going to the heart of the matter: Do nagative emotions cause Coronary Artery disease psychosomatic research. 2009;48 (4): 337-23.
14- Ramakers I, Verhey FR, Scheltens P, H H, Soininen H, Aalten P RM, Verbeek MM, Spiru L, Blennow K, Trojanowski JQ, Shaw LM, Visser PJ. Anxiety is related to Alzheimer cerebrospinal fluid markers in subjects with mild cognitive impairment. Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative and DESCRIPA Investigators. 2013;43 (5): 11-20.
15- Martinez-Martin P, Rojo-Abuin JM, Dujardin K, Pontone GM WD, Forjaz MJ, Starkstein S, Leentjens AF. Designing a new scale to measure anxiety symptoms in Parkinson's disease: item selection based on canonical correlation analysis. European Journal of Neurology 2013: 11-23.
16- Stefanova E, Ziropadja L, Petrovic M, Stojkovic T, V K. Screening for anxiety symptoms in Parkinson disease: a cross-sectional study. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2013;26 (1): 34-40.
17- Katherinem F. Psychiatric Nursing Care Plans. 2012. p. 60-70.
18- Kooshan M, Vaghei S. psychiatric nursing, mental Health 2. 9 ed. Tehran2012. p. 102-19.
19- Foley M. Handbook for psychiatric nursing and care planning2010.
20- M.Schultz J, L.Videbeck S. Lippincotts Manual of psychiatric nursing care plans. Eighth ed: Lippincotts Williams & Wilkins; 2009.
21- Nash. WP, Watson. PJ. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. JRRD. 2012;49 (5): 637-48.

[Downloaded from jps.ajaums.ac.ir on 2026-10-31]