



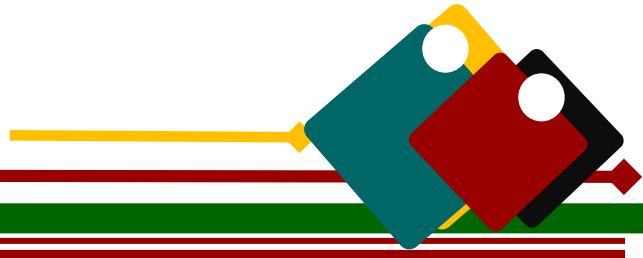
|                                |   |
|--------------------------------|---|
| سرشناسه<br>عنوان و نام پدیدآور | صادقی، فرشاد، ۱۳۵۷- مترجم<br>اختلالات سالمندی همراه با سوالات مقالات، روان پزشکی قانونی، اخلاق پزشکی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴ / Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022 / ترجمه و تالیف فرشاد صادقی، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل تهران : کاردیا ، ۱۴۰۳.            |
| مشخصات نشر<br>مشخصات ظاهری     | ۱۶۴ ص. : مصور ( رنگی )، جدول ( رنگی )، نمودار ( رنگی ) .<br>۴۳۱۰۰۰۰ ریال : 2-073-404-622-978  |
| شابک                           | فیپا  |
| وضعیت فهرست نویسی<br>یادداشت   | کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Sadock's synopsis of psychiatry, 12th. ed, 2022 & Kaplan " به ویراستاری رابرت جوزف بولند، مارشا ال. وردوئن، پدرو روئیز است.<br>چکیده روانپزشکی بالینی.  |
| عنوان دیگر<br>موضوع            | سالمندان -- روانپزشکی Geriatric psychiatry<br>سالمندان -- روان پزشکی -- آزمون ها و تمرین ها ( عالی )<br>Geriatric psychiatry -- Examinations, questions, etc. ( Higher )<br>بولند، رابرت جوزف<br>Boland, Robert Joseph<br>وردوئن، مارشا ال.<br>Verduin, Marcia L.<br>روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م.<br>Ruiz, Pedro<br>کاپلان، هرولد، ۱۹۲۷- م . چکیده روانپزشکی بالینی<br>سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م . چکیده روانپزشکی بالینی |
| شناسه افزوده                   | ۴/۴۵۱RC   |
| شناسه افزوده                   | ۹۷۶۸۹/۶۱۸   |
| شناسه افزوده                   | ۹۲۲۶۷۳۰   |
| شناسه افزوده                   | فیپا  |
| شناسه افزوده                   |   |
| شناسه افزوده                   |   |
| شناسه افزوده                   |   |
| شناسه افزوده                   |   |
| شناسه افزوده                   |   |
| شناسه افزوده                   |   |
| رده بندی کنگره                 |   |
| رده بندی دیویی                 |   |
| شماره کتابشناسی ملی            |   |
| اطلاعات رکورد کتابشناسی        |   |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b> | اختلالات سالمندی همراه با سوالات مقالات، روان پزشکی قانونی، اخلاق پزشکی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴ |
| نوبت چاپ: اول ۱۴۰۳                 |  |
| تیراژ: ۱۰ نسخه                     |  |
| شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۰۷۳-۲            | Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry 2022  |
| بهاء: ۴۳۱،۰۰۰ تومان                | ترجمه و تالیف: دکتر فرشاد صادقی، پاسخدهی به سوالات دکتر زهرا محمدی بینا، دکتر سارا صادقی پور میبیدی، دکتر پریسا حمیدی عدل  |
|                                    | ناشر: انتشارات کاردیا  |
|                                    | صفحه آرا: <b>رزیدنت یار - منیره امیری مقدم</b>   |
|                                    | طراح و گرافیسیت: <b>رزیدنت یار - مهرداد فیضی</b>   |

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



# اختلالات سالمندی

همراه با سوالات مقالات، روان پزشکی قانونی،

اخلاق پزشکی

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی

ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۴

Kaplan & sadock's synopsis Of psychiatry 2022

## ترجمه و تلخیص



دکتر فرشاد صادقی

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی

### پاسخدهی به سوالات

دکتر زهرا محمدی بینا

رتبه ۱۰ درصد برتر بورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دکتر سارا صادقی پور میبیدی

بورد تخصصی ۱۳۹۹

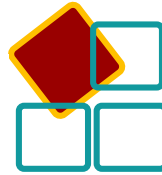
هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر پریسا حمیدی عدل

بورد تخصصی ۱۴۰۲

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## فهرست مطالب



|  |     |
|--|-----|
| فصل ۳-۱: بیمار سالمند.....                   | ۱۱  |
| فصل ۲-۲۵: روان پزشکی سالمندان.....           | ۱۵  |
| فصل ۲۹: مسائل پایان عمر و مراقبت تسکینی..... | ۲۹  |
| فصل ۳-۳۲: سالمندی.....                       | ۶۱  |
| سوالات ارتقا و مورد.....                     | ۷۷  |
| سوالات و پاسخنامه مقالات.....                | ۱۰۱ |
| سوالات و پاسخنامه اخلاق پزشکی.....           | ۱۵۳ |
| سوالات و پاسخنامه پزشکی قانونی.....          | ۱۵۹ |



## بیمار سالمند

### معاینه روانپزشکی بیماران سالمند

قالب‌های شرح حال روانپزشکی و معاینه وضعیت روانی سالمندان و بالغین جوان یکی است با این تفاوت که در مورد بیمار سالمند باید مشخص کرد که آیا ماهیت و هدف معاینه خود را می‌فهمد یا خیر. دلیل این کار هم بالاتر بودن شیوع اختلالات شناختی در این گروه سنی است. اگر بیمار سالمند دارای تخریب شناختی باشد شرح حال جداگانه از خانواده لازم است اما این شرح حال جداگانه جایگزین ملاقات خصوصی با فرد سالمند نیست تا حریم رابطه پزشک و بیمار حفظ گردد و افکار خودکشی یا پارانوئید احتمالی مشخص شود.

### شرح حال روانپزشکی

بیماران بالاتر از ۶۵ سال اغلب شکایاتی در مورد اختلالات جزئی حافظه مانند فراموش کردن اسم افراد یا جا و مکان اشیاء دارند. این مشکلات جزئی شناختی ممکن است به دلیل اضطراب در هنگام شرح حال گیری خودش را نشان دهد. اختلالات حافظه که به سن مربوط می‌شود اهمیت ندارد و به آن فراموشکاری سالمندی خوش‌خیم یا benign senescent forgetfulness گویند.

### معاینه وضعیت روانی

روانپزشک ممکن است نتواند با یک معاینه فرد سالمند به تمام سؤالات تشخیصی خود برسد و یا به دلیل نوسانات وضعیت خانوادگی بیمار، معاینه پیاپی لازم باشد.

در صورت درخواست‌های مکرر سالمند برای تکرار سؤال‌ها ضعف شنوایی و نیاز به سمعک باید بررسی گردد.

بیمار سالمند باید از نظر توانایی زندگی مستقل و انجام کارهای روزانه مانند دستشویی رفتن، غذا پختن، لباس پوشیدن، نظافت شخصی و غذا خوردن ارزیابی گردد. کفایت توانایی وی در کارهای روزانه در برنامه‌ریزی طرح درمانی وی بسیار اهمیت دارد.

ارزیابی خودکشی در گروه سنی سالمندان بسیار ضروری است و باید اختصاصاً از آن سؤال گردد. سالمندانی که به خودکشی فکر می‌کنند بیشترین دلیل آن را تنهایی می‌دانند و افسردگی و سوء مصرف الکل دو اختلال شایع قربانیان خودکشی سالمندان بوده‌اند.



همچنین فوت اخیر همسر بیمار سالمند و بیماری جسمی به ویژه بیماری همراه با درد جسمی ریسک خودکشی را بالا می‌برد.

خلق بالا یا یوفوریا علاوه بر نشانه دوره مانیا می‌تواند علامتی از اختلال دمانس نیز باشد. اختلال عملکرد لوب فرونتال منجر به حالتی می‌شود که فرد میل به شوخی و لودگی و سپس خندیدن با صدای بلند را دارد که به آن witzelsucht می‌گویند. اختلال عملکرد لوب غالب مغز موجب از بین رفتن آهنگ طبیعی کلام یا dysprosody و نیز ناتوانی در ابراز احساسات از طریق لحن کلام می‌شود.

توهمات و ایلوژن‌ها در سالمندان ممکن است پدیده‌ای موقت باشند که در نتیجه کاهش حدت حسی به وجود می‌آیند. توهمات به دلیل آسیب‌های موضعی مغزی مثل تومور هم ایجاد می‌گردند. آگنوزیا با بیماری‌های ارگانیک مغز مرتبطند. در بررسی کلام آفازی‌ها در سالمندان به دلیل ارتباط آن‌ها با ضایعات ارگانیک مغزی اهمیت دارند. افت نسبی در توانایی دیداری - فضایی در سالمندان طبیعی است که برای ارزیابی آن می‌توان از بیمار سالمند خواست که یک نقاشی یا شکلی را کپی کند.

اختلال تفکر انتزاعی در سالمندان می‌تواند از علائم اولیه دمانس باشد. بیماران سالمندی که اختلال شنوایی دارند ممکن است اشتباهاً پارانویید قلمداد گردند. تخریب شناختی در طیف وسیعی از اختلالات روانپزشکی مانند خلقی، اضطرابی، ساختگی، تبدیلی و شخصیت و به ویژه در جریان استرس‌های شدید جسمی یا محیطی مشاهده می‌گردد. در جریان عدم موقعیت‌سنجی (orientation) صحیح بیمار عدم آگاهی به اشخاص از همه مهم‌تر است سپس زمان و بعد مکان در مرتبه‌های بعدی هستند.

در اختلالات شناختی حافظه نزدیک قبل از حافظه فوری یا دور آسیب می‌بیند. در هنگام بررسی حافظه بیماران که افسانه‌بافی می‌کنند ممکن است هنگام بازگویی داستانی که مصاحبه‌گر برایش تعریف کرده است، چیزی به آن بیفزایند.

### ارزیابی عصبی روانشناختی (نوروسایکولوژی‌یکال)

معاینه مختصر وضعیت روانی یا به اختصار MMSE مرسوم‌ترین آزمون برای ارزیابی کارکرد شناختی فعلی است که آیتم‌های موقعیت‌سنجی، توجه، محاسبه، حافظه فوری و کوتاه مدت زبان و توانایی انجام دستورات ساده را بررسی می‌کند. MMSE هم برای کشف تخریب‌های روانشناختی و هم پیگیری سیر بیماری و هم بررسی پاسخ به درمان استفاده می‌شود. بالاترین نمره در آن ۳۰ است. سن و سطح آموزشی فرد بر آن مؤثر است.

برای ارزیابی هوش از مقیاس تجدیدنظر شده وکسلر برای بزرگسالان (WAIS-R) استفاده می‌شود که هم ضریب هوش کلامی، عملکردی و هم هوش کلی را به ما می‌دهد. بخش عملکردی WAIS-R در نشان دادن ضایعات مغزی از بخش کلامی حساس‌تر است.

آزمون سنجش کلمات برخلاف آزمون‌های مشابه با پیشرفت سن افت می‌کنند. عملکردهای دیداری - فضایی نسبت به روند طبیعی سالمندی حساس است.

آزمون‌های بندر گشتالت و هالستد - ریتان آزمون‌هایی برای بررسی چنین عملکردهایی است.

## روانپزشکی سالمندان

### مشکلات روانی افراد سالمند

با وجود فقدان‌های فراوان در سالمندی اما باز هم شیوع اختلال افسردگی اساسی و دیس تایمی از جوانی کمتر است. دلایل زیر را برای این شیوع کمتر می‌توان برشمرد:

۱- نادر بودن افسردگی از نوع دیررس

۲- مرگ و میر بالاتر افراد افسرده

۳- کاهش اختلالات ناشی از آشفتگی هیجانی یا سوء مصرف مواد در سالمندان

اما نکته‌ای که در افسردگی سالمندان حائز اهمیت است عدم تشخیص آن است چرا که نشانه‌های آن ممکن است نسبت به جوانان در سالمندان متفاوت باشد و در سنین سالمندی و پیری، افسردگی معمولاً با علائم جسمی و مشکلات شناختی همراه است و این‌گونه خود را شبیه دمانس نشان می‌دهد.

میزان خودکشی هم در سالمندان به خصوص مردان سفید پوست بالاست و به ۴۰ در صد هزار می‌رسد. بازماندگان تعبیر یکسانی درباره خودکشی مردها و زن‌ها ندارند. خودکشی مردها را به بیماری جسمی و خودکشی زن‌ها را به بیماری روانی نسبت می‌دهند.

### اختلالات روانی سالمندی

شایع‌ترین اختلالات روانی سالمندان عبارتند از:

۱- اختلال افسردگی

۲- اختلال شناختی

۳- فوبیها

۴- اختلال مصرف الکل

بسیاری از اختلالات روانی سالمندان قابل پیشگیری، کاهش علائم یا برگشت‌پذیر هستند در بین این اختلالات علل برگشت‌پذیر دلیریوم و دمانس اهمیت ویژه دارند چرا که اگر درمان نشوند برگشت‌ناپذیر می‌شوند.



**Table 25-3**  
**Cognitive Domains**

**Gross Cognitive Functioning**

Mini-Mental State Examination: *orientation, repetition, following commands, naming, constructional skill, written expression, memory, mental flexibility, and calculations*

**Intelligence**

Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R) or Wechsler Intelligence Scale-III (WAIS-III): *verbal and nonverbal intelligence*

**Basic Attention**

WAIS-R or WAIS-III Digit Span: *repetition of digits forward and backward*

**Information-Processing Speed**

WAIS-R or WAIS-III Digit Symbol: *rapid graphomotor tracking*

Trailmaking Part A: *rapid graphomotor tracking*

Stroop A and B: *rapid word reading and color naming*

**Motor Dexterity**

Finger tapping: *right and left index finger dexterity*

**Language**

Boston Naming Test: *word retrieval*

WAIS-R or WAIS-III Vocabulary: *vocabulary range*

**Visual Perceptual/Spatial**

WAIS-R or WAIS-III Picture Completion: *visual perception*

WAIS-R or WAIS-III Block Design: *constructional ability*

Rey–Osterrieth Complex Figure Test: *paper-and-pencil copy of complex design*

Beery Developmental Test of Visual Motor Integration: *paper-and-pencil copy of simple-to-complex designs*

**Learning and Memory**

An 8- to 10-item word list learning task: *learning and recall of rote verbal information*

Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R) or Wechsler Memory Scale-III (WMS-III)

Logical Memory subtest: *immediate and delayed recall of paragraph information*

Visual Reproduction subtest: *immediate and delayed recall of visual designs*

Rey–Osterrieth Complex Figure Test and Recognition Trial: *3-minute immediate recall and 30-minute delayed recall of a complex design*

**Executive Functions**

Trailmaking Part B: *rapid alternation between tasks*

Stroop C: *inhibition of an overlearned response*

Wisconsin Card Sorting Test: *categorization and mental flexibility*

Verbal fluency (FAS and category): *rapid word generation*

Design fluency: *rapid generation of novel designs*



## مسائل پایان عمر و مراقبت تسکینی



### مرگ، مردن و داغدیدگی

#### مرگ و مردن

##### تعاریف

اصطلاحات مرگ (death) و مردن (dying) در ابتدا می‌بایست تعریف شوند. مرگ در تعریف ایستایی کامل تمام عملکردهای حیاتی است اما مردن به فرآیندهایی اطلاق می‌شود که به واسطه آن این عملکردهای حیاتی از دست می‌رود. از این رو مردن از همراهان رشدی زندگی انسان و بخشی از طیف تولد تا مرگ اوست. زندگی تنها یک مرگ ندارد و از نگاهی دیگر موارد متعددی از «مرگ‌های کوچک» (mini-deaths) را شامل می‌شود. مقصود از مرگ‌های کوچک، پایان دوره نمو و آثار آن، بیماری‌های مقل سلامتی، فقدان‌ها، کاهش نیروی حیات و سرزندگی، وابستگی روزافزون فرد سالمند همزمان با بالا رفتن سن وی و دست آخر مردن (dying) می‌باشد. دو اصطلاح مرگ خوب (good death) و مرگ بد (bad death) هم اخیراً به کار رفته‌اند. مرگ خوب مرگی است که در آن از برخی رنج‌های قابل اجتناب چه برای بیمار، چه برای خانواده و مراقبان خبری نباشد و به شکل معقولی با اصول اخلاقی، فرهنگی و بالینی مطابقت داشته باشد اما مرگ بد در آن سوی معیارهای فوق شامل رنج‌های بی‌جهت، تضاد و ستیز میان آرزوها یا باورهای ارزشی فرد و خانواده و یا بر پایه این احساس از دید ناظران بیرونی و درونی مرگ اشخاص است که شایستگی و وقار فرد از دست رفته است.

#### قانون وحدت رویه در اعلام مرگ (Uniform Determination of Death Act):

فردی را مرده می‌دانیم که یکی از دو معیار زیر را شامل شود:



۱) توقف برگشت‌ناپذیر عملکردهای تنفسی و سیستم گردش خون یا  
 ۲) توقف برگشت‌ناپذیر همه عملکردهای مغزی از جمله ساقه مغز  
 در کودکان رهنمودهای خاصی به کار می‌رود. مرگ مغزی مستلزم دست کم **دو ارزیابی** مجزاست که فاصله این دو ارزیابی در سنین مختلف، متفاوت است بدین شکل که در سنین ۱ هفته تا ۲ ماه حداقل ۴۸ ساعت، در سنین ۲ ماه تا یک سال حداقل ۲۴ ساعت و برای کودکان بزرگتر حداقل ۱۲ ساعت باشد.  
 ملاک‌های مرگ مغزی به طور طبیعی درباره شیرخواران با سن کمتر از ۷ روز به کار نمی‌رود.



**Table 29-1**

**Clinical Criteria for Brain Death in Adults and Children**

|   |
|---|
| Coma  |
| Absence of motor responses  |
| Absence of pupillary responses to light and pupils at midposition with respect to dilatation (4–6 mm) |
| Absence of corneal reflexes   |
| Absence of caloric responses  |
| Absence of gag reflex   |
| Absence of coughing in response to tracheal suctioning  |
| Absence of sucking and rooting reflexes   |
| Absence of respiratory drive at a $Paco_2$ that is 60 or 20 mm Hg above normal baseline values        |
| Interval between two evaluations, according to patient's age  |
| Term to 2 mo old, 48 hr   |
| >2 mo to 1 yr old, 24 hr  |
| >1 yr to <18 yr old, 12 hr  |
| ≥18 yr old, interval optional   |
| Confirmatory tests  |
| Term to 2 mo old, two confirmatory tests  |
| >2 mo to 1 yr old, one confirmatory test  |
| >1 yr to <18 yr old, optional   |
| ≥18 yr old, optional  |

**جنبه‌های قانونی مرگ**

پزشک علاوه بر گواهی فوت باید مرگ را از جنبه‌های مختلف مانند علل طبیعی، تصادفی، خودکشی، دیگرکشی یا به علل نامشخص دسته‌بندی و اعلام کند.

در برخی موارد «کالبد شکافی روانی (psychological autopsy)» هم انجام می‌شود. کالبدشکافی روانی یعنی با دوستان، اقوام و پزشکان قبلی فرد متوفی مصاحبه می‌شود تا به صورت گذشته‌نگر، پیشینه روانشناختی و اجتماعی - فرهنگی وی آشکار شود و مثلاً بدانیم بیماری روانی‌ای مانند اختلال افسردگی داشته است یا خیر.

# سالمندی

## ۳-۳۲ سالمندی

برای بسیاری افراد گذار از جوانی به سالمندی به معنای تغییر توجه از جستجوی ثروت به حفظ سلامت است. وضعیت طبیعی در سالمندی، سلامت جسمی و روانی است نه بیماری و ناتوانی.



**Table 32-18**

### Developmental Tasks of Late Adulthood

- To maintain the body image and physical integrity
- To conduct the life review
- To maintain sexual interests and activities
- To deal with the death of significant loved ones
- To accept the implications of retirement
- To accept the genetically programmed failure of organ systems
- To divest oneself of the attachment to possessions
- To accept changes in the relationship with grandchildren

سالمندی به سن بالاتر از ۶۵ سالگی اطلاق می‌گردد که خود به ۲ دوره ۶۵ تا ۷۴ سالگی یا young-old، ۷۵ سالگی به بالا یا old-old و از نگاه برخی به ۸۵ سالگی یا oldest-old تقسیم می‌گردد. از منظری دیگر همچنین می‌توان افراد مسن را به پیران سالم یا well-old و پیران بیمار یا sick-old طبقه‌بندی کرد.

### ویژگی‌های جمعیت‌شناسی

از آنجایی که میزان افزایش رشد سالمندی از رشد کل جمعیت بیشتر است تعداد افراد بالای ۶۵ سال به سرعت در حال افزایش می‌باشد.

تخمین زده می‌شود که امید به زندگی زنان تا سال ۲۰۵۰، ۷ سال بیشتر از مردان باشد.

### بیولوژی پیری

ویژگی پیر شدن یا senescence، کاهش تدریجی عملکرد تمامی دستگاه‌های بدن است اما این باور که پیر شدن همیشه با نقص‌های شدید جسمی و هوشی همراهی دارد، نادرست است.



کاهش تدریجی یاد شده در فرآیند پیری در تمام دستگاه‌های بدن الگوی خطی ندارد یعنی همگی با یک سرعت یکسان افت عملکرد ندارند و الگوی این کاهش هم مشابه نیست و هر کس بنا بر ژنتیک خود یا عوامل استرس‌زای محیطی یا سوء مصرف عمدی، یک یا چند دستگاه بدنی آسیب‌پذیر دارد.



**Table 32-21**

**Biologic Changes Associated with Aging**

**Cellular Level**

Change in cellular DNA (deoxyribonucleic acid) and RNA (ribonucleic acid) structures: intracellular organelle degeneration  
 Neuronal degeneration in central nervous system, primarily in superior temporal precentral and inferior temporal gyri; no loss in brainstem nuclei  
 Receptor sites and sensitivity altered  
 Decreased anabolism and catabolism of cellular transmitter substances  
 Intercellular collagen and elastin increase

**Immune System**

Impaired T-cell response to antigen  
 Increase in function of autoimmune bodies  
 Increased susceptibility to infection and neoplasia  
 Leukocytes unchanged, T lymphocytes reduced  
 Increased erythrocyte sedimentation (nonspecific)

**Musculoskeletal**

Decrease in height because of shortening of spinal column (2-in



## سؤالات و پاسخنامه مقالات

۱. برای فردی که وابستگی به هروئین داشته و اکنون تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار دارد، روزانه ۱۰ میلی گرم ممانتین، دو بار در روز تجویز شده است. بر اساس مقاله زیر، تجویز این دارو منجر به افزایش کدام مورد می شود؟ (بورد ۱۴۰۳)

Allison M. Elias, et al, Adjunctive memantine for opioid use disorder treatment: A systematic review

- الف) ولع به هروئین
- ب) نیاز به متادون
- ج) ماندگاری در درمان
- د) اثرات پاداش مورفین

پاسخ: گزینه ج

\* مقالات

۲. بر اساس مقاله Nezgovorova و همکاران، منتشر شده در psychiatry Comprehensive در سال ۲۰۲۲ با عنوان (Optimizing line first treatments for OCD with adults، کدام درمان دارای بیشترین هزینه - اثربخشی (Cost effectiveness) برای درمان خط اول اختلال وسواسی جبری در بزرگسالان معرفی شده است؟ (بورد ۱۴۰۳)

- الف) CBT به تنهایی
- ب) SSRI + CBT
- ج) SSRI به تنهایی
- د) CBT + کلومیپرامین

پاسخ: گزینه ج

\* مقالات

۳. بر اساس مطالعه کاستر و همکاران منتشر شده در مجله لنست روانپزشکی در سال ۲۰۲۱ بر روی بیماران افسرده بستری شده در بخش روانپزشکی با عنوان:

Risk of serious medical events in patients with depression treated with electroconvulsive therapy: a propensity score-matched, retrospective cohort study



۴. کدام گزینه زیر صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۳)

- الف) شواهدی دال بر افزایش خطر وقایع جدی طبی وجود ندارد.
- ب) می‌تواند باعث افزایش خطر مرگ ناگهانی در یک سال بعد شود.
- ج) تغییر زیادی در کاهش خطر خودکشی ایجاد نمی‌کند.
- د) خطر خودکشی در هفته‌های اول کاهش و سپس افزایش می‌یابد.

پاسخ: گزینه الف

\* مقالات

۵. بر اساس مقاله Gilmour و همکاران تحت عنوان disorder neurological functional of Management که در سال ۲۰۲۰ منتشر شد، در درمان فیبرومیالژی با تحریک مغزی غیرتهاجمی، تحریک در قشر پره فرونتال پشتی جانبی (DLPFC)، علاوه بر بهبود افسردگی همراه، برای بهبود کدام علامت زیر مناسب‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

- الف) درد
- ب) خستگی
- ج) بی‌خوابی
- د) نقایص شناختی

پاسخ: گزینه ب

\* مقالات

۶. بر اساس مطالعه Pearce و همکاران منتشر شده در Psychiatry JAMA در سال ۲۰۲۲ با عنوان between Association meta-analysis and review systematic a depression: of risk and activity physical با فعالیت جسمی و ارتباط آن با افسردگی صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۳)

- الف) فعالیت جسمی صرفاً در صورتی که به مدت و شدت توصیه شده باشد با کاهش افسردگی همراه است.
- ب) ورزش‌های سنگین و قدرتی مانند وزنه‌برداری ارتباطی با کاهش افسردگی ندارد.
- ج) فعالیت جسمی حتی به مدت و شدتی در حد نصف میزان توصیه شده نیز با کاهش افسردگی همراه است.
- د) با توجه به ناهمسان بودن داده‌ها، نمی‌توان فعالیت جسمی را برای کاهش بروز افسردگی توصیه کرد.

پاسخ: گزینه ج

\* مقالات

۷. بر اساس مطالعه مروری انجام شده در سال ۲۰۲۰ توسط Enck و همکاران تحت عنوان and responses Placebo disorders gastrointestinal functional in effects placebo که در مجله Psychiatry in Frontiers منتشر شد، کدام یک از گزینه‌های زیر در دیس‌پپسی عملکردی با پاسخ بهتر به دارونما همراه است؟ (بورد ۱۴۰۳)



## سؤالات و پاسخنامه اخلاق پزشکی

۱. مرد ۲۵ ساله‌ای که به بیماری اعتیاد تزریقی به مواد مخدر مبتلا است با علائم بالینی ابتلا به کرونا به اورژانس منتقل شده است. در سی تی اسکن ابتلای بیش از ۴۵٪ ریه به عفونت مشخص شده و از نظر تنفسی در شرایط بحرانی قرار دارد و لازم است در اورژانس بستری شود. وی مخالف ادامه درمان و بستری شدن می‌باشد. از طرفی بازگرداندن وی به کمپ که امکانات مراقبت فراهم نیست سایر مددجویان را در معرض خطر قرار خواهد داد. مناسب‌ترین تصمیم در این شرایط با توجه به ارزش‌های بومی کدام مورد است؟ (بورد ۱۴۰۳)
- الف) پذیرفتن تقاضای بیمار و ادامه مراقبت در حد امکانات از وی در کمپ
- ب) دادن اطلاعات لازم مناسب با شرایط وی و تلاش برای تصمیم‌گیری و حق مصالح عالیه خود و دیگران
- ج) مخالفت با تقاضای بیمار و بستری نمودن الزامی وی برای درمان در بخش مراقبت ویژه
- د) درخواست مشاوره پزشکی قانونی و اقدام برحسب موازین قانونی

پاسخ: گزینه ج

۲. در یک کارآزمایی بالینی فاز یک واکسن تولید شده برای کووید ۱۹، آزمودنی پس از امضای فرم رضایت آگاهانه و انجام آزمایش‌ها و معاینات اولیه برای تأیید معیارهای ورود به مطالعه و تزریق دوز اول واکسن از ادامه همکاری در مطالعه اعلام انصراف می‌کند. کدام عبارت از عبارتهای ذیل صحیح است؟ (بورد ۱۴۰۳)
- الف) با توجه به خروج آزمودنی از مطالعه، پژوهشگر در قبال عوارض احتمالی تزریق واکسن به آزمودنی مسئولیتی ندارد.
- ب) آزمودنی باید فرم امتناع آگاهانه جهت خروج از مطالعه را امضاء کند.
- ج) آزمودنی متعهد است هزینه آزمایش‌های بررسی سلامتی وی را در شروع مطالعه پرداخت کند.
- د) آزمودنی به هر دلیل و هر زمان می‌تواند از ادامه همکاری در پژوهش انصراف دهد.

پاسخ: گزینه د

۳. خانم ذاکر منشی مطب دکتر متین، متخصص قلب و عروق، از مدتی قبل به دکتر متین گلایه کرده است که آقای عیدی از بیمارانی که به طور مستمر جهت مراقبت‌ها به کلینیک مراجعه می‌کند، علی‌رغم اعتراض خانم ذاکر در چند نوبت ضمن مطرح نمودن سؤالات شخصی تقاضای دریافت شماره تلفن و ملاقات شخصی نموده است. دکتر متین



ضمن بررسی موضوع و اطمینان از صحت آن، به جهت حفظ فضای حرفه‌ای کلینیک، تصمیم به قطع ارائه مراقبت و ارتباط با آقای عیدی می‌گیرد. قبل از اقدام به این کار، اطمینان از کدام یک از موارد زیر توسط دکتر متین ضروری نیست؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب مشهد)

- الف) مراقبت‌های کافی در کلینیک‌های دیگری در دسترس آقای عیدی هست.
- ب) پرونده اطلاعات پزشکی آقای عیدی، با تأیید او به پزشک بعدی تحویل می‌گردد.
- ج) آقای عیدی با انجام این کار موافق و به آن رضایت داده است.
- د) با این اقدام، سلامتی آقای عیدی به خطر نمی‌افتد.

پاسخ: گزینه د

دوزهای بالاتر از ۶۰۰ میلی‌گرم گاباپنتین در کاهش اضطراب قبل از عمل به طور قابل توجهی مؤثر بود.

۴. اقدام به کدام یک از رفتارهای زیر توسط پزشک، همواره جزو مصادیق سوء رفتار حرفه‌ای است؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب مشهد)

- الف) عدم افشای تعارض منافع
- ب) نقض محرمانگی و اسرار
- ج) پذیرش هدیه از بیماران
- د) نقض مرزهای حرفه‌ای

پاسخ: گزینه الف

۵. بیمار آقای ۵۵ ساله‌ای است که برای نمونه‌برداری پروستات بستری شده است. وقتی همسر بیمار به صورت موقت بخش را ترک می‌کند، بیمار پرستار خود را صدا زده و به ایشان می‌گوید که سه سال است که به هیپاتیت سی مبتلا شده ولی همسرش چیزی در این رابطه نمی‌داند و از پرستار می‌خواهد که اگر این بیماری بر روند نمونه‌برداری تأثیر دارد به متخصص اورولوژی اطلاع دهد و همچنین مراقبت کند که این راز از همراهانش مخفی بماند. کدام گزینه در رابطه با این مورد تصمیم بهتری است؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب شیراز)

الف) با توجه به احتمال آسیب به همسر، لازم است پزشک معالج ابتدا بیمار را آگاه کند و سپس به همسرش اطلاع دهد.

- ب) لازم نیست پرستار موضوع را به پزشک منتقل کند و نمونه‌برداری پروستات باید به صورت عادی انجام گیرد.
- ج) به صورت غیرمستقیم به همسر بیمار می‌فهمانیم که باید آزمایش بدهد و در صورت نیاز درمان را آغاز کند.
- د) چنانچه بیمار تحت نظر پزشک متخصص عفونی است اقدام خاصی لازم نیست و نمونه‌برداری انجام می‌شود.

پاسخ: گزینه د





## سؤالات و پاسخنامه پزشکی قانونی

۱. آقای ۷۵ ساله به کمیسیون روانپزشکی قانونی برای تعیین زمان شروع حجر ارجاع می‌شود. حدود ۴ سال قبل نیمی از اموالش را به نام دخترش کرده است. در ارزیابی از میزان درآمد، مخارج زندگی خود، حساب‌های بانکی، اموال منقول و غیرمنقول خود اطلاعی ندارد؛ قیمت‌های بازار را نمی‌داند و توانایی خرید نیز ندارد. در حال حاضر دخترش به امور شخصی و مالی او رسیدگی می‌کند. سوابق پزشکی موجود محدود به چند ماه اخیر است. کدام گزینه در گزارش زمان شروع حجر بیمار مناسب‌تر است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) از ۴ سال قبل همزمان با انتقال اموال به دخترش  
ب) از زمان معاینه و احراز بیماری  
ج) برای تعیین دقیق زمان شروع لازم است بستری شود.  
د) بعد از یک دوره درمان اظهار نظر می‌شود.

پاسخ: گزینه ب

\* روانپزشکی قانونی

گزارش زمان شروع حجر از زمان احراز بیماری می‌باشد.

۲. مرد ۳۰ ساله‌ای که شغلش حسابداری است و منضبط و مقرراتی می‌باشد، در خیابان یکی از دوستان قدیمی خود را که به دلیل ناهل بودنش او را کنار گذاشته است، می‌بیند. در حین گفتگو متوجه می‌شود که آن فرد شماره تماس خواهرش را پیدا کرده و ضمن تماس تلفنی از او تقاضای ازدواج کرده است و ناگهان عصبانی می‌شود و ضربه‌ای را به صورت آن مرد وارد می‌کند و باعث شکستگی بینی او می‌شود. از منظر روانپزشکی قانونی این نوع پرخاشگری را چه می‌نامند؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) خلق الساعه

ب) تکانشی

ج) وسواسی

د) طراحی شده

پاسخ: گزینه ب

\* روانپزشکی قانونی



۳. در کمیسیون پزشکی قانونی با مراجعی مواجه هستید که برای ارزیابی نقص عضو ناشی از اختلالات روانی ارجاع شده است. در ارزیابی متوجه شده‌اید که تمرکز ندارد، توانایی انجام عملکرد اجتماعی خود را از دست داده و توانایی سازگاری با شرایط موجود را ندارد اما می‌تواند فعالیت‌های روزمره را تا حدودی انجام دهد. میزان آرشه که برای او تعیین می‌کنید، چند درصد است؟ (بورد ۱۴۰۳)

الف) ۱-۲۹

ب) ۳۰-۶۹

ج) ۷۰-۸۹

د) ۹۰-۱۰۰

### گزینه ب

\* روانپزشکی قانونی دکتر شهره دالکی

۴. کدام یک از گزینه‌های زیر درباره انواع قصور روانپزشکی در درمان بیماران درست نیست؟ (ارتقا ۱۴۰۳ قطب مشهد)

الف) بی‌مبالاتی به معنی انجام عملی است که از نظر علمی و اصول پزشکی نباید انجام شود.

ب) عدم مهارت می‌تواند از نوع علمی یا عملی باشد.

ج) از جمله انواع قصور می‌توان به بی‌احتیاطی و عدم رعایت مقررات دولتی اشاره کرد.

د) تجویز داروی غیرلازم برای بیمار از مصادیق بی‌احتیاطی است.

### گزینه الف

بی‌مبالاتی: ترک فعلی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود ولی توسط پزشک صورت پذیرفته است. مانند عدم رعایت پروتکل‌های درمانی و عدم انجام اموری که لازمه درمان بیمار بوده است.

قصور به معنای تخلف، کوتاهی یا عدم ارائه خدمات استاندارد پذیرفته شده درمانی در هر رشته پزشکی است به نحوی که سبب آسیب یا فوت بیمار گردد و شامل ترک فعل لازم یا انجام فعل ممنوعه باشد. بر اساس ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی تقصیر شامل موارد زیر است:

۱) بی‌مبالاتی

۲) بی‌احتیاطی: برخلاف بی‌مبالاتی جنبه مثبت و وجودی دارد به این معنا که عملی انجام شده که از نظر علمی و اصول پزشکی نباید انجام می‌گرفت لذا پزشک توجه و دقت کافی در امر درمان و آزمایش را نداشته و در نتیجه ضرر جسمانی یا روانی به بیمار وارد کرده است. مانند جا گذاشتن وسایل جراحی یا پانسمان داخل بدن بیمار یا تجویز داروی غیرلازم.

۳) عدم مهارت: شامل مواردی است که پزشک مهارت لازم و کافی علمی جهت انجام درمان به خصوص را نداشته است. عدم مهارت ممکن است از نوع عملی و ناشی از کم‌تجربگی یا از نوع علمی و حاکی از عدم بهره‌وری کافی از دانش پزشکی باشد.

۴) عدم رعایت مقررات دولتی

(کتاب دیدگاهی نو به روانپزشکی قانونی / دکتر دالکی)