

بیادرمورد افسردگی حرف‌بزنیم

کتاب ویژه کارشناسان سلامت روان

به مناسبت روز جهانی سلامت
۱۸ فروردین ۱۳۹۶

وزارت بهداشت، درمان،
و آموزش پزشکی

دفتر سلامت روانی،
اجتماعی و اعتیاد

دفتر آموزش و
ارتقاء سلامت



فهرست مطالب

پیشگفتار	۳
مقدمه	۴
بیا در مورد افسردگی حرف بزنیم	۶
روز جهانی، پویش ملی	۱۰
افسردگی را به موقع درمان کنیم	۱۶
افسردگی و ضرورت توجه به گروه‌های آسیب پذیر (زنان، نوجوانان، سالمندان)	۲۱
افسردگی و نقش رسانه‌های اجتماعی	۲۶
ارتباط افسردگی و حمایت اجتماعی	۳۲
درمان افسردگی و پیشگیری از خودکشی	۳۸
درمان افسردگی و پیشگیری از سوء مصرف مواد	۴۴
گسترش خدمات روانپزشکی در طرح تحول سلامت جمهوری اسلامی ایران	۵۲
منابع	۵۴

نویسندگان:

علی اسدی، سهیلا امیدنیا، دکتر مریم عباسی نژاد، مهرو محمد صادقی قویم، صدیقه خادم، طاهره زیادلو، معصومه قاسم زاده، شهناز حسینی، سید سپهر هاشمیان
ویرایش علمی و ادبی: دکتر مریم عباسی نژاد
زیر نظر: دکتر احمد حاجبی، مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
تقدیر و تشکر: جناب آقای دکتر رفیعی فر، سرپرست محترم دفتر آموزش و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
طراح جلد: شیوا اسدی
گرافیک و صفحه آرا: منصور عیوضی اینانلو

پیشگفتار

وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی حوزه سلامت در کشور، همواره در تلاش است تا با توجه به اهمیت جایگاه کرامت انسان، هدف والای تأمین عدالت در دسترسی به خدمات را تحقق بخشد و در راستای وظیفه خطیر خدمت رسانی به مردم از طریق پایش مؤلفه های تعیین کننده سلامت و توسعه خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه، بستر لازم را برای سلامت همه جانبه شهروندان ایرانی فراهم نماید. ما در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، باورمان بر این است که انسان سالم، محور توسعه پایدار است و انسان بیمار، ناامید و در رنج، نمی تواند نقش های متعدد فردی، اجتماعی و اقتصادی را که به عهده اش گذاشته می شود، به درستی ایفا کند؛ چنانکه در تعریف سازمان جهانی بهداشت نیز، تعریف سلامتی در برگیرنده سلامت توانان جسمانی، روانی و اجتماعی است.

در سند نهایی چشم انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، تأمین سلامت، رفاه و عدالت اجتماعی برای آحاد جامعه و نهاد مستحکم خانواده مورد تأکید قرار گرفته است. در بند سوم سیاست های کلی سلامت که توسط مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ ابلاغ گردید، به ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی ایرانی اسلامی، تحکیم بنیان خانواده، رفع عوامل تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، و ترویج آموزش های اخلاقی و معنوی و ارتقاء

شاخص های سلامت روانی اشاره شده است. از این رو در راستای طراحی و استقرار طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، حوزه سلامت روان نیز مورد توجه ویژه قرار گرفته و ارتقاء زیرساخت های لازم برای افزایش دسترسی و گسترش خدمات مورد نیاز در این حوزه، به ویژه برای اقشار آسیب پذیر و محروم و ساکنین حاشیه شهرها، در اولویت قرار گرفته است. در اجرای این طرح، نه تنها ارتقاء کیفیت خدمات برای ۲۸ میلیون جمعیت روستایی، عشایری، و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر حائز اهمیت بوده است، بلکه برای حدود ۱۱ میلیون جمعیت ساکن حاشیه شهرها نیز، زیرساخت های ارائه خدمات بهداشتی ایجاد گردیده است، اما آنچه مسلم است این است که تا رسیدن به نقطه ایده آل راه زیادی همچنان در پیش است.

بدون شک، نام گذاری روز جهانی سلامت در سال ۲۰۱۷ با محوریت اختلال افسردگی، فرصتی مغتنم خواهد بود تا در جهت تقویت جایگاه و اهمیت بُعد سلامت روانی و سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی آحاد جامعه و همچنین در راستای حفظ و تقویت سرمایه انسانی و اجتماعی و کاهش بار بیماری و آسیب های اجتماعی گام های محکم و مؤثری برداریم.

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه

اختلالات روانپزشکی جزء شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌ها هستند. مطالعه بار بیماری‌ها در ایران و جهان نشان می‌دهد که اختلالات روانپزشکی از دلایل عمده سال‌های از دست رفته عمر به دلیل بیماری و ناتوانی هستند. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، یک نفر از هر چهار نفر در طول زندگی خود به یکی از اختلالات روانپزشکی مبتلا می‌شود. اختلالات روانپزشکی در ایران در مجموع رتبه دوم بار بیماری‌ها را پس از حوادث غیر عمدی در کشور به عهده دارد و ۱۶ درصد بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. بر اساس پیمایش ملی سلامت روان که در سال ۱۳۹۰ انتشار یافته است، به طور کلی ۲۳/۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله ساکن کشور دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی بودند. اختلال افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder) با ۱۲/۷ درصد، بیشترین شیوع را در بین اختلالات روانپزشکی به خود اختصاص داده است، لذا افزایش آگاهی جمعیت عمومی پیرامون این اختلال، علل و انواع آن، راه‌های مؤثر پیشگیری و درمان آن و همچنین گسترش فرهنگ گفتگو پیرامون آن، با هدف کاهش انگ اجتماعی تحمیل شده در این حوزه، و تشویق مبتلایان به مراجعه برای دریافت خدمات امری ضروری است. بسیاری از افراد در جامعه ممکن است هنوز علائم این بیماری را نشانند و آن را حالتی طبیعی و تحت تأثیر شرایط محیطی خود بدانند و دیگران نیز آنها را به خاطر داشتن

علائم افسردگی، مورد سرزنش قرار دهند، به آنها برچسب بزنند، و نسبت به این موضوع آگاهی ندارند که با حمایت فرد بیمار، راهنمایی او جهت مراجعه و دریافت خدمات تخصصی، می‌توانند به او کمک نمایند تا درمان شود و به زندگی عادی بازگردد. یکی از راهبردهای مهم برای نیل به هدف فوق، تلاش برای افزایش سطح سواد سلامت روان، تشخیص به موقع اختلالات، و تلاش برای کاهش انگ اجتماعی بیماری افسردگی است. خوشبختانه، با استقرار طرح تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران و ایجاد زیرساخت برای تقویت خدمات حوزه سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و همچنین گسترش برنامه‌های سلامت روان، امید آن می‌رود که به تدریج و با ایجاد دسترسی و افزایش آگاهی مردم در حوزه سلامت روان، به سمت تشخیص و درمان به موقع در نهایت کاهش بار ناشی از این بیماری‌ها پیش برویم. نام‌گذاری روز جهانی سلامت سال ۲۰۱۷ با محوریت اختلال افسردگی، می‌تواند نقطه عطفی باشد تا با همکاری کلیه کارشناسان شاغل در حوزه سلامت روان کشورمان در قالب یک برنامه منسجم و کلان همراه با سایر دستگاه‌های مسئول، پویایی را در سطح جامعه برای پیشگیری و درمان افسردگی آغاز نماییم.

دکتر احمد حاجبی

مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیا در مورد افسردگی حرف بزنیم

علی اسدی
رئیس اداره سلامت روان

افسردگی در سراسر جهان و در همه گروه‌های سنی می‌تواند بروز کند و به علت آزرده‌گی روانی که ایجاد می‌کند باعث افت عملکرد در افراد می‌شود، و حتی ممکن است افراد مبتلا برای انجام کارهای روزمره خود نیز دچار مشکل شوند. افسردگی ممکن است آثار مخربی بر روابط بین فردی، روابط خانوادگی و کار کردن بگذارد. افسردگی شدید می‌تواند منجر به اقدام به خودکشی در افراد بشود؛ چنانکه در حال حاضر افسردگی بعد از حوادث رانندگی جاده‌ای دومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال می‌باشد.

افسردگی قابل پیشگیری و درمان است. درک بهتر از پدیده افسردگی و آگاهی از راه‌های پیشگیری و درمان آن، به کاهش انگ پیرامون آن منجر می‌شود و منجر به این خواهد شد که افراد بیشتری برای دریافت خدمات مراجعه نمایند. سازمان جهانی بهداشت پوششی را با هدف افزایش آگاهی جمعیت عمومی از افسردگی، علل و پیامدهای آن و شناخت روش‌های مختلف درمان، تشویق افراد مبتلا به افسردگی به مراجعه جهت دریافت خدمت، تشویق اعضای خانواده، دوستان و همکاران فرد مبتلا به افسردگی در ایفای نقش حمایتی، آغاز کرده است.

درک بهتر از پدیده افسردگی و آگاهی
از راه‌های پیشگیری و درمان آن،
به کاهش انگ پیرامون آن منجر
می‌شود و منجر به این خواهد شد که
افراد بیشتری برای دریافت خدمات
مراجعه نمایند

افسردگی چیست؟

افسردگی بیماری است که در آن، خلق فرد غمگین است و علاقه‌اش را به کارهایی که قبلاً انجام می‌داده است از دست می‌دهد. همچنین عملکرد روزانه‌اش مختل می‌شود و این شرایط حداقل به مدت ۲ هفته ادامه می‌یابد. همچنین کاهش انرژی، تغییراتی در میزان خواب و اشتها، بیقراری و اضطراب، فقدان قدرت تصمیم‌گیری، احساس بی‌ارزشی، عذاب وجدان، ناامیدی، فکر آسیب به خود و یا خودکشی نیز در فرد افسرده وجود دارند. افزایش سطح آگاهی عمومی و ارتقاء سلامت روان در جامعه از مهمترین عوامل مؤثر در پیشگیری و درمان افسردگی است که بی‌شک رسانه‌ها نقش بی‌بدیلی در ارتقاء آگاهی عمومی پیرامون افسردگی، علل و انواع آن و مسیرهای صحیح درمان ایفا می‌کنند. از طرف دیگر رسانه‌ها ممکن است با ارائه تصویری غلط از بیماری روانپزشکی و همچنین توصیه‌های اشتباه در خصوص مدیریت صحیح این اختلالات، نقش مخربی در این خصوص داشته باشند.

کیفیت شبکه اجتماعی افراد شامل حلقه دوستان، گروه همسالان، همکاران و اعضای خانواده هم می‌توانند در



پیشگیری از افسردگی نقش مثبتی ایفا کنند، و هم می‌توانند در مواقع ابتلای فرد به بیماری افسردگی، با نقش حمایتی خویش، آنها را به سمت درمان رهنمون سازند. در عین حال، الگوهای غلط رابطه هم ممکن است تشدید کننده افسردگی و یا مانع از برون رفت فرد از حالت افسرده شود.

سبک زندگی مطابق الگوهای رفتاری صحیح خواب شبانه روزی، وعده‌های غذایی، ورزش، عدم سوء مصرف مواد مخدر، محرک و الکل، و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بدون تجویز پزشک، تلاش برای یادگیری مهارت‌های زندگی مثل برقراری ارتباط موثر، کنترل خشم و استرس، تقویت مهارت‌های حل مساله، و یادگیری مهارت‌های صحیح فرزندپروری نیز، در پیشگیری از افسردگی می‌تواند موثر باشد و در عین حال در فرد مبتلا به بیماری افسردگی، کمک به کاهش رفتارهای مغایر با سلامت، و در نتیجه تسریع روند درمان کند.

پیشگیری از افسردگی در گروه‌های آسیب پذیر (نوجوانان، جوانان، زنان، سالمندان) بسیار مهم است. تحقیقات نشان داده اند که علاوه بر آنکه افسردگی در زنان دو برابر مردان است، بلکه وجود پدیده افسردگی پس از زایمان در درصدی از زنان، سلامت مادران و نوزادان را دچار



خداشه می‌کند، لذا باید در این حوزه، به زنان توجه خاص نمود. نوجوانی و ابتدای جوانی سنی هست که به دلیل احتمال بیشتر رفتارهای تکانشی در فرد مبتلا به بیماری افسردگی، رفتارهای آسیب زننده به خود و خودکشی ممکن است بیشتر بروز نماید. افسردگی در سالمندان ممکن است با تغییرات طبیعی سن اشتباه گرفته شود و فرد افسرده سالمند از تشخیص صحیح و دریافت درمان کافی باز بماند. در ضرورت تشخیص به موقع و درمان افسردگی، باید گفت که هزینه درمان به موقع و مراجعه به یک درمانگر حرفه‌ای در مجموع بسیار کمتر از هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فردی است که در صورت عدم درمان بر وی تحمیل خواهد شد

مجموع این محورهای مهم، به این نکته باز می‌گردیم که افزایش آگاهی و ترویج گفتگو پیرامون افسردگی در جمعیت عمومی و همچنین در سطح سیاست گذاران ضروری است. دست‌اندرکاران حوزه سلامت روان باید به مناسبت نام گذاری روز جهانی سلامت ۲۰۱۷ به نام "افسردگی، بیا حرف بزنیم" به نقش تولی‌گری خود در حوزه سلامت جامعه عمل بپوشانند تا در آینده بتوان شاهد به بار نشستن این تلاش‌ها در عرصه سلامت کشور باشیم.

سبک زندگی مطابق الگوهای رفتاری صحیح خواب شبانه روزی، وعده‌های غذایی، ورزش، عدم سوء مصرف مواد مخدر، محرک و الکل، و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بدون تجویز پزشک، تلاش برای یادگیری مهارت‌های زندگی مثل برقراری ارتباط موثر، کنترل خشم و استرس، تقویت مهارت‌های حل مساله، و یادگیری مهارت‌های صحیح فرزندپروری نیز، در پیشگیری از افسردگی می‌تواند موثر باشد و در عین حال در فرد مبتلا به بیماری افسردگی، کمک به کاهش رفتارهای مغایر با سلامت، و در نتیجه تسریع روند درمان کند.

روز جهانی، پویش ملّی

دکتر مریم عباسی نژاد
کارشناس سلامت روان

چرا پویش؟

پویش (campaign) با هدف دستیابی به هدفی مشخص شکل می‌گیرد. پویش ملی پیشگیری و درمان افسردگی، درواقع نوعی پویش آگاهی بخشی عمومی و اجتماعی است. پویش‌ها با هدف تغییر نگرش و رفتار افراد و گروه‌ها و در سطحی کلان به سمت رفتار مطلوب شکل می‌گیرند. آغاز یک پویش مبتنی بر این نظر شکل گرفته است که هر چه گروه‌های هدف اطلاعات بیشتری در زمینه موضوعی داشته باشند، احتمال تغییر رفتارشان بیشتر خواهد بود. از این رو پویش‌ها سعی دارند تا از طریق انتقال دانش جدید و اطلاع رسانی، منجر به ترویج رفتار مطلوب شوند.

گروه‌های هدف ما چه کسانی هستند؟

این پویش یک پویش همگانی است؛ فارغ از گروه سنی، جنس و یا موقعیت اجتماعی. البته گروه‌هایی هستند که در این زمینه آسیب پذیر هستند و لذا در این پویش باید مورد توجه خاص قرار گیرند. این گروه‌ها عبارتند از نوجوانان، جوانان، زنان سنین باروری بخصوص ماه‌های اول بعد از زایمان، و همچنین افراد بالای ۶۰ سال.

پیام‌های اصلی پویش:

- افسردگی بیماری‌ای است که می‌تواند افرادی از همه گروه‌های سنی، از همه نژادها، در همه کشورها و در همه مراحل زندگی را تحت تاثیر قرار دهد.
- عواملی که احتمال بروز افسردگی را افزایش می‌دهند عبارتند از فقر، بیکاری، مرگ عزیزان، شکست‌های عاطفی، بیماری‌های جسمی و همچنین عوارض سوء مصرف الکل و مواد مخدر یا محرک
- افسردگی ممکن است باعث اختلال در عملکرد روزانه افراد شود و آثار ناخوشایندی بر روابط بین فردی او بگذارد.
- فرد مبتلا به افسردگی درمان نشده، به خوبی قبل کار نمی‌کند و حتی ممکن است تمایلی برای شرکت در جمع‌های دوستانه و خانوادگی نیز نداشته باشد.
- در بدترین حالت، افسردگی منجر به خودکشی می‌شود.

می‌توان به خوبی مشاهده کرد که چه پیام‌های غلطی درباره افسردگی در سطح جامعه انتشار می‌یابد، و چقدر نیاز به آموزش و افزایش سواد سلامت روان و افزایش آگاهی عمومی در این حوزه وجود دارد.



پیشنهاد ما به همه همکاران فعال در حوزه سلامت روان (اعم از روانپزشک و پزشک و روانشناس) این است که بیایم مطالب عمومی‌ای که در خصوص افسردگی وجود دارد (اعم از متن کوتاه، پیامک تلگرافی، قصه، داستان کوتاه، رمان، و ...) با این دید نگاه کنیم که این مطلب ممکن است چه اثر ناخودآگاهی بر فرد افسرده بگذارد؟ چه حس ناخودآگاهی را در او به وجود آورد؟

- می‌توان به طور موثری از بروز افسردگی پیشگیری کرد و آن را به طور کامل درمان نمود. درمان معمولاً شامل داروهای ضد افسردگی و یا درمان‌های روانشناختی و یا ترکیبی از هر دو است.
- شکستن فضای انگ اجتماعی پیرامون افسردگی باعث خواهد شد افراد بیشتری درخواست کمک کنند.
- حرف زدن با افرادی قابل اعتماد می‌تواند قدم اول بهبودی باشد.

هسته اصلی پویش:

هسته اصلی پویش، اهمیت حرف زدن در مورد افسردگی، به عنوان یکی از اجزای حیاتی درمان است. انگ پیرامون



بیماری‌های روانپزشکی همچنان مانع از این می‌شود که افراد درخواست کمک نمایند و به دنبال درمان آن باشند. حرف زدن در مورد افسردگی با یک عضو خانواده، دوست و یا درمان‌گر نقشی کلیدی در آغاز درمان ایفا می‌کند. اینکه فرد بتواند با کسی، حتی در جاهایی مثل مدرسه محل کار، و سایر اماکنی که افراد در آنها با یکدیگر تعامل اجتماعی دارند در این خصوص حرف بزند خیلی مهم است. در سطح عمومی، در اخبار، در رسانه‌ها و یا شبکه‌های اجتماعی نیز باید گفتگو در مورد افسردگی تشویق شود. این منجر به این می‌شود که افراد بتوانند راحت‌تر درخواست کمک کنند.

ما به عنوان متخصصین سلامت روان و کارکنان حوزه سلامت، هم مخاطب و هم عضوی از این پویش هستیم؛ چه بسا در این میان خود ما در حال حاضر از افسردگی رنج می‌بریم، اما ترس و شرم اجازه ابراز آن را به ما نمی‌دهد، و چه بسا در میان نزدیکانمان افرادی مبتلا به افسردگی شدید باشند و ما با وجود دسترسی به خدمات، روی آن را نداشته باشیم که این افراد را به خدمات وصل کنیم. چه بسا این افراد افسرده دچار معضلاتی مثل اعتیاد شده باشند، چه بسا رفتارهایی دارند که از دید عموم ناهنجار تلقی می‌شود، و ما نیز که می‌دانیم آنها افسرده‌اند و به کمک نیاز دارند، عملاً کاری برایشان نکنیم. درواقع تصویر یک فرد افسرده ممکن است همیشه برای عموم جامعه قابل قبول نباشد. گاهی ما ناخودآگاه افرادی که از افسردگی طولانی رنج می‌برند و پاسخ خوبی به درمان نداده‌اند، سرزنش کرده‌ایم یا ناخودآگاه، از آنها ناامید شده‌ایم، و آنان را به حال خود واگذار کرده‌ایم. هدف این پویش همین است که این فضا را بشناسیم و تلاش کنیم همگان از این فضای سرد حرف زدن بیرون بیایند. آیا در میان شما هم کسی هست که افسردگی را پشت سر گذاشته باشد؟

”القاء این فکر“ در فرد افسرده که
”باری بر دوش بستگان و اجتماع“
است و یا اینکه ”مادر یا پدر خوبی
برای فرزندش نیست“، افسردگی را
تشدید خواهد کرد و این به احتمال
خیلی زیاد، انگیزه‌ای برای مراجعه
جهت درمان نخواهد بود، بلکه
”تقویت احساس بی‌ارزشی بیمار“
است، و ما می‌دانیم که ”تقویت
احساس عذاب وجدان“ برای بهبودی
و درمان بیمار راهگشا نخواهد بود

اشتباهات رایج در انتشار پیام‌های مرتبط با افسردگی:

گاهی اوقات، پیام‌هایی غیرکارشناسی در فضای عمومی منتشر می‌شود، که به جای اثربخشی مفید، درواقع اثری آسیب‌زننده بر سلامت روان افراد از جمله مبتلایان به افسردگی دارد. در زیر به تعدادی از این اشتباهات رایج اشاره می‌شود:

- فرد در افسردگی خود "مقصر" نیست و وقتی هم که افسرده شده است، ممکن است اراده اش برای بهبودی نیز از بین رفته باشد. ممکن است یک پیام به غلط توصیفی از فرد افسرده ارائه بدهد که باعث ایجاد حس گناه و عذاب وجدان در او شود، که کمکی به او نخواهد کرد.
- افسردگی یک "بیماری فردی" است که در شکل‌گیری آن عوامل اجتماعی نقش دارند و در عین حال، افسردگی یک "فرد"، تأثیراتی بر عملکرد او در اجتماع می‌گذارد. اما این به معنای "تقصیر" و "قصور" او در ایجاد مشکلات نیست. "القاء این فکر" در فرد افسرده که "باری بر دوش بستگان و اجتماع" است و یا اینکه "مادر یا پدر خوبی برای فرزندش نیست"، افسردگی را تشدید خواهد کرد و این به احتمال خیلی زیاد، انگیزه‌ای برای مراجعه جهت درمان نخواهد بود، بلکه "تقویت احساس بی‌ارزشی بیمار" است، و ما می‌دانیم که "تقویت احساس عذاب وجدان" برای بهبودی و درمان بیمار راهگشا نخواهد بود.
- ممکن است یک پیام و یا متن ادبی، فرد دارای علائم افسردگی را توصیف کند ولی از استفاده از عنوان صحیح بیماری که "اختلال افسردگی" هست احتراز کند و لذا این فکر غلط را القاء کند که بیماری افسردگی چیز عجیب و غریبی است، و این پدیده‌ای که توصیف می‌شود، حال یک انسان فکور و فهمیده و دردکشیده است.
- ممکن است در یک متن، در مقابل فردی که افسرده

آیا در میان شما هم کسی هست که افسردگی را پشت سر گذاشته باشد؟

است، به غلط از واژه "برنده" استفاده شود، و این فکر غلط را القا کند که فرد مبتلا به افسردگی، "بازنده است".

- ممکن است یک متن، به فرد افسرده که نیاز به درمان دارد و مکانیسم‌های سازگاری‌اش ضعیف شده‌اند، فقط توصیه یا نصیحت کند که اصطلاحاً "بایستد و نفسی تازه کند و دوباره تلاش کند و یا مقاومت کند"، در صورتی که به فردی که می‌دانیم افسرده است، باید کمک کنیم که برای درمان به پزشک یا روانشناس مراجعه کند و مداخلات درمانی حرفه‌ای را در پیش بگیرد.

پیشنهاد ما به همه همکاران فعال در حوزه سلامت روان (اعم از روانپزشک و پزشک و روانشناس) این است که بیاییم مطالب عمومی‌ای که در خصوص افسردگی وجود دارد (اعم از متن کوتاه، پیامک تلگرافی، قصه، داستان کوتاه، رمان، و ...) با این دید نگاه کنیم که این مطلب ممکن است چه اثر ناخودآگاهی بر فرد افسرده بگذارد؟ چه حس ناخودآگاهی را در او به وجود آورد؟ بیاییم هم با دیدگاه‌های شناختی و هم با دیدگاه‌های تحلیلی در حد آنها را بررسی کنیم، آنگاه کم کم به نکات جالبی پی خواهیم برد؛ اینکه ناخودآگاه یک پیام بهداشتی کارشناسی نشده، چگونه ممکن است اثر منفی بر افراد بگذارد.

یک دستاورد مهم پویش ملی پیشگیری و درمان افسردگی این خواهد بود که از این به بعد، پیام‌هایی را که با قصد اثربخشی مثبت در فضای عمومی منتشر می‌شوند، با دقت بیشتری بررسی کنیم، و ناخواسته نشر دهنده پیام‌هایی نباشیم که خودمان خوب به آن فکر نکرده‌ایم.

می‌توان به خوبی مشاهده کرد که چه پیام‌های غلطی درباره افسردگی در سطح جامعه انتشار می‌یابد، و چقدر نیاز به آموزش و افزایش سواد سلامت روان و افزایش آگاهی عمومی در این حوزه وجود دارد.

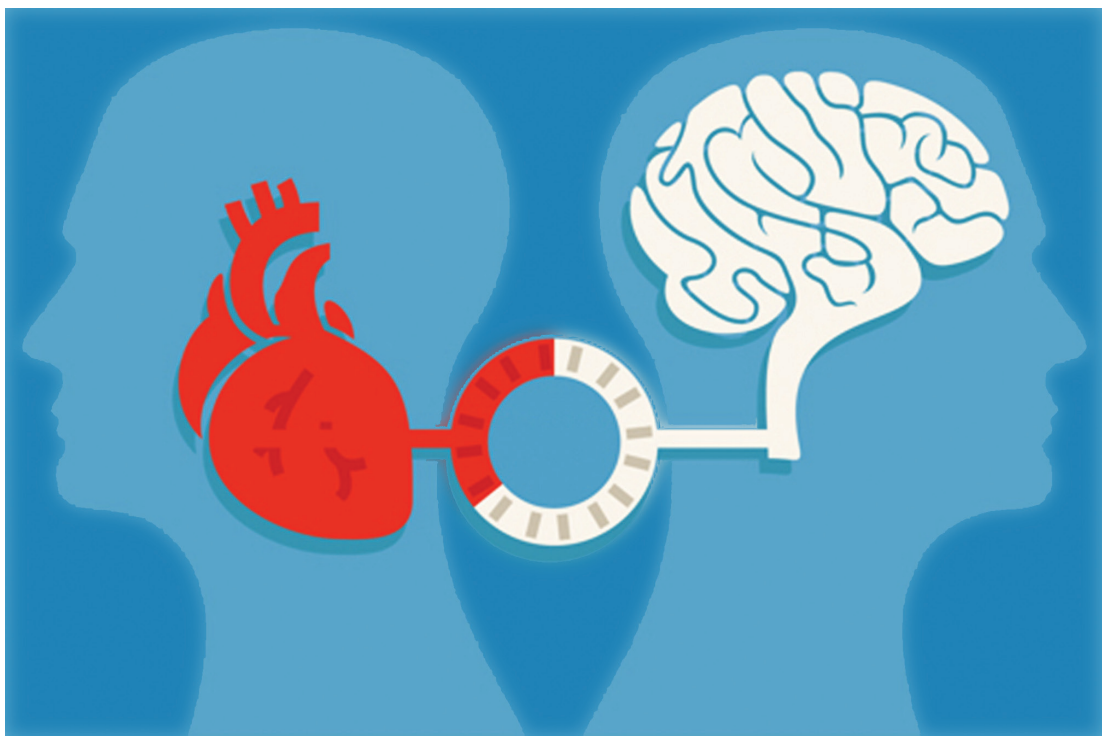
آیا در میان شما هم کسی هست که افسردگی را پسته
سرگذاشته باشد؟

افسردگی را به موقع درمان کنیم

طاهره زیادلو
کارشناس سلامت روان

رویکرد مقابله و پیشگیری از بیماری‌ها پس از گذشت سال‌های موفق در ریشه‌کنی و درمان بیماری‌های واگیر به سمت پیشگیری و درمان زودهنگام بیماری‌های مزمن و غیرواگیر در جهان تغییر کرده است. کنترل بیماری‌های واگیر و افزایش طول عمر باعث بروز بیماری‌های مزمن و مشکلات رفتاری و زیست محیطی شده و هدف‌گذاری کشورها در توسعه بهداشت بر ارتقاء سطح سلامت جسم و روان متمرکز خواهد شد. در ایران نیز با هدف ارائه عادلانه امکانات بهداشت و درمان و همزمان با اجرای طرح تحول نظام سلامت، امکان دسترسی به خدمات سلامت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی فراهم شده است. در این میان، اختلال افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلالات روانشناختی با بار بیماری‌نا‌توان‌کننده در حوزه سلامت روان حائز اهمیت است.

آمارها نشان می‌دهند هم‌اکنون بیماری افسردگی در میان ۱۰ عامل اصلی بار بیماری در جهان، رتبه چهارم (و بر اساس اطلاعات پایه سال ۱۳۸۱ در ایران رتبه سوم) را دارد و تا سال ۲۰۲۰ به رتبه دوم خواهد رسید! درحالی‌که اختلال افسردگی اساسی به تنهایی در لیست ۱۰ عامل بار بیماری‌ها قرار دارد، ابتلاء هم‌زمان و یا بروز عوارض افسردگی در بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، ام‌اس، چاقی و مشکلات قلبی



عروقی شایع است.

افسردگی نوعی اختلال خلقی است که با احساس مداوم غم، اندوه و از دست دادن علاقه همراه است؛ مشکل در انجام فعالیت‌های عادی روزانه و احساس بی‌ارزشی و کم‌شدن کارایی از علائم آن به‌شمار می‌آیند. درحالی‌که تجربه اندوه و غم در طول زندگی بر اثر فشارهای عاطفی و جسمی و یا تجربه یک واقعه دردناک، طبیعی و قسمتی از احساسات سالم به‌شمار می‌رود، تکرار این تجربه هیجانی به همراه خلق پایین در طول روز به‌طوری‌که بر روی عملکرد ما اثرگذار باشد طبیعی نیست و نیاز به پیگیری و درمان دارد.

در ارزیابی‌های سلامت جامعه یکی از مهمترین شاخص‌ها، سال‌های عمر همراه شده با ناتوانی و پیامدهای کشنده و غیرکشنده بیماری‌ها به‌شمار می‌آید. این شاخص با بیان اینکه چگونه یک بیماری مزمن می‌تواند سال‌های پیش‌روی یک انسان بالغ و اثرگذار را به دلیل ابتلا به بیماری با ناتوانی و ناکارمندی



همراه کند، هزینه‌های ناشی از آن را در سطح فردی و اجتماعی ارزیابی می‌کند. بر اساس آخرین آمار رسمی در مردان ایرانی اختلال افسردگی هشتمین عامل از دست رفتن سال‌های عمر همراه با ناتوانی و در زنان اولین عامل به شمار می‌آید؛ این هشدار مهم نشان می‌دهد که چگونه ممکن است یک فرد بالغ، کارآمد، تحصیل کرده و صاحب جایگاه اجتماعی در ابتلا به افسردگی نتواند از سرمایه انسانی خود برای جامعه بهره برداری کند و از طرفی هشدار برای هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم به سیستم بهداشتی به شمار می‌رود.

عدم درمان به موقع و موثر در مواجهه با اختلال افسردگی هزینه‌های برگشت ناپذیری مانند اقدام به خودکشی در پی خواهد داشت که از عوارض اختلال شدید افسردگی به شمار می‌رود؛ برآورد جبران هزینه‌های ناشی از اقدام به خودکشی منجر به فوت برای خانواده‌های بیماران و یا ایجاد معلویت و ناتوانی‌های برگشت ناپذیر جسمی و روانی برای افراد نجات یافته بسیار آسیب رسان و جدی خواهد بود.

علائم معمول افسردگی بالینی شامل احساس خلق پایین همراه با غم و اندوه، تغییر و کاهش رفتار در غذاخوردن و الگوهای خواب است که ممکن است با بی‌اشتهایی و یا پرخوری و همینطور پرخوابی و یا بیخوابی‌های شبانه بروز کند؛ افکار منفی با تم بدبینی در مورد خود فرد و دیگران به همراه احساس ناامیدی از آینده، عدم تمرکز بر روی کار و مطالعه، احساس گناه و یا اضطراب، گریه‌های طولانی و تحریک پذیری بیش از حد در مورد اتفاقات هر چند کوچک، از دست دادن میل جنسی، از دست دادن علاقه به اطرافیان، دوستان و یا حتی کارهای

خوشایندی که در گذشته باعث احساس آرامش، هیجان و یا شادی در او می‌شدند. در برخی موارد ممکن است افراد مبتلا به افسردگی شدید از تجربه دردهای جسمی مانند سردرد، کمر درد و یا درد در ناحیه شکم بدون هیچ توضیح پزشکی شکایت کنند. این نشانه‌ها در افراد مختلف و با توجه به شدت بیماری از یک تا چند مورد بروز می‌کند. پیشگیری از ابتلا به اختلال افسردگی شدید با مشاهده علائم اولیه بیماری مانع بروز عوارض ناتوان کننده‌ای مانند مشکلات حافظه، و عدم تمرکز پایدار خواهد شد.

نشانه شناسی و آگاهی از علائم اختلال افسردگی بخش مهمی در دانش خود مراقبتی برای هر فرد به شمار می‌آید؛ در حالی که تشخیص قطعی افسردگی توسط روانشناسان، پزشکان و روانپزشکان انجام خواهد گرفت، آگاهی از علائم بیماری و مراجعه به موقع و دریافت مشورت‌های تخصصی می‌تواند مسیر درمان را کوتاه و بازگشت به زندگی عادی را سرعت ببخشد و از عواقب جبران ناپذیر بیماری مزمن و اختلال شدید افسردگی مانند اقدام به خودکشی جلوگیری شود.

در بسیاری از موارد با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، دارو درمانی مکمل فرآیند روان درمانی (شامل درمان شناختی رفتاری و یا روان‌درمانی تحلیلی) خواهد بود و از آنجاییکه فرآیند درمان دارویی و عوارض ناشی از آن برای هر فرد ممکن است متفاوت باشد، ضرورت مصرف داروهای ضد افسردگی زیر نظر پزشک یکی دیگر از نکات مهم در مواجهه و مدیریت بیماری به شمار می‌رود.

اهمیت تشخیص به موقع و درمان موثر از آنجایی است که در یک اقدام هدفمند و پیشگیرانه مانند هر اختلال دیگری درمان به موقع از تشدید علائم و پایدار شدن آنها



جلوگیری خواهد کرد، و همچنین کمک می‌کند افراد در مسیر بهبودی با سرعت بیشتر و به «شرایط عادی خودشان» و به دست آوردن عملکرد گذشته دست یابند. درمان به موقع با به حداقل رساندن ناتوانی ناشی از بیماری، مسیر برگشت و کسب ارتقاء مهارت‌ها برای مقابله با شرایط مشابه را هموار می‌کند و اثر بخشی طولانی تری خواهد داشت.

برای متخصصان و کارشناسان حوزه سلامت، مفهوم پیشگیری در تمام سطوح و تشخیص زودهنگام و درمان به موقع اختلال در کنار آمار امیدوار کننده پاسخ موفق به درمان‌های افسردگی، هدف مهم ارتقاء سواد سلامت جامعه به شمار می‌آید. در این میان عدم آگاهی عموم از علائم شایع بیماری و اثربخشی و ضرورت درمان و همچنین "انگ" و برجسب‌های غیر منصفانه برای مبتلایان که باعث امتناع از دریافت کمک خواهد شد، مشکلات ناشی از عوارض داورپی در ابتدای دوره درمان و مشکلات دسترسی کافی به خدمات و بیمه‌ها، از موارد آسیب به این فرآیند به شمار می‌روند. در گذر از این موانع با تلاش مستمر در آموزش و افزایش آگاهی جامعه در ضرورت درمان به موقع می‌توانیم در پیشبرد اهداف سلامت همگام و موثر باشیم.

” در حالی که تشخیص قطعی افسردگی توسط روانشناسان، پزشکان و روانپزشکان انجام خواهد گرفت، آگاهی از علائم بیماری و مراجعه به موقع و دریافت مشورت‌های تخصصی می‌تواند مسیر درمان را کوتاه و بازگشت به زندگی عادی را سرعت ببخشد و از عواقب جبران ناپذیر بیماری مزمن و اختلال شدید افسردگی مانند اقدام به خودکشی جلوگیری شود.

افسردگی و ضرورت توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر: زنان، نوجوانان، سالمندان

صدیقه خادم
کارشناس سلامت روان

تعریف بیماری افسردگی

اختلال افسردگی اساسی از جمله اختلالات روانپزشکی است که با علائمی شامل خلق افسرده، کاهش محسوس علاقمندی یا لذت در اکثریت فعالیت‌ها، کاهش قابل ملاحظه وزن بدون برنامه لاغری یا افزایش وزن یا کاهش یا افزایش اشتها، کم خوابی یا پرخوابی، سرآسیمگی یا کندی روانی حرکتی، احساس خستگی یا از دست دادن انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس عذاب وجدان مفرط یا نامتناسب، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز یا احساس فقدان قدرت تصمیم‌گیری، افکار عود کننده درباره مرگ، فکر مکرر خودکشی. با بروز این علائم در تمام اوقات هر روز طی دو هفته خود را آشکار می‌سازد. اختلال افسردگی یکی از اختلالاتی می‌باشد که منجر به ناتوانی افراد می‌گردد. بی‌انگیزگی و عدم لذت بردن از زندگی، پرخوابی و بی‌حرکی بر عملکرد فرد تاثیر منفی داشته و مانع فرد برای حضور در اجتماع و برقراری ارتباط وی با دیگران می‌گردد. این مساله منجر به از دست دادن دوستان و شغل در افراد شاغل شده و فرد را منزوی می‌کند.

شیوع بیماری افسردگی

میزان افسردگی در دوران سالمندی
نیز بالاتر از افسردگی در جمعیت
عمومی می‌باشد

شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلال دیستایمی و اختلال دوقطبی نوع یک حدود ۱۵ درصد می‌باشد؛ بدین معنا که تقریباً یک نفر از هر ۷ نفر به یکی از انواع اختلالات خلقی مبتلا می‌باشد. در واقع مجموع اختلالات خلقی پس از مجموع اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی می‌باشند. سهم اختلال افسردگی اساسی در اختلالات خلقی از سایر اختلالات بیشتر بوده به طوریکه شیوع آن ۱۲٫۷ درصد می‌باشد و سایر اختلالات خلقی شامل اختلال دوقطبی نوع یک حدود ۰٫۶ درصد و شیوع دیستایمی ۱٫۳ درصد بوده است. در جهان نیز متوسط شیوع اختلال افسردگی ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده است.

بار بیماری افسردگی

پژوهش‌های انجام شده نیز پیش‌بینی می‌کنند که علل اصلی سال‌های از دست رفته عمر به علت ناتوانی یا DALY در ۲۰۳۰ در کل جهان به ترتیب عبارت خواهند بود از ایدز،



افسردگی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی، و تصادفات جاده‌ای در کشورهای با سطح درآمد بالا؛ افسردگی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی و آلزایمر در کشورهای با سطح درآمد متوسط؛ و ایدز، افسردگی و بیماری‌های عروق مغزی در کشورهای با درآمد پایین. به طور کلی می‌توان گفت که افسردگی جزء اولین یا دومین علل ناتوانی افراد در دنیا می‌باشد. براساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت در خصوص بار بیماری در جمهوری اسلامی ایران، علل اصلی بار بیماری‌ها به ترتیب عبارتند از: تروما و حوادث، بیماری‌های قلبی عروقی، افسردگی، اعتیاد و بیماری‌های عروقی مغز. اولین مطالعه بار بیماری‌های در ایران نیز گویای آن است که اختلالات روانپزشکی دومین علت بار بیماری ناشی از ناتوانی در ایران می‌باشد و اختلال افسردگی اساسی به صورت خاص چهارمین علت بار بیماری از بیست و یک علت اول بار بیماری در ایران می‌باشد.

برآورد کلی این است که هر چه کشور، پیشرفته تر و دارای درآمد بالاتری باشد، بیماری‌های غیرواگیر سهم بیشتری از علل مرگ و میر و بار بیماری را در آن کشور تشکیل خواهند داد. البته بیماری ایدز در این زمینه استثناء می‌باشد که به این دلیل هست که بیماری ایدز شامل یک جزء رفتاری نیز می‌باشد.

”افسردگی در زنان تقریباً دو برابر مردان است، که این به دلایل زیستی، روانشناختی و اجتماعی است.“

افراد آسیب پذیر نسبت به بیماری افسردگی

بر طبق آمارهای جهانی، افسردگی در زنان تقریباً دو برابر مردان است، که این به دلایل زیست شناختی، روانشناختی، و اجتماعی است. همچنین در حدود ۲۰ درصد زنان پس از زایمان ممکن است به طیفی از اختلالات افسردگی مبتلا شوند که البته انواع شدید آن به نیاز به درمان پیدا می‌کنند بسیار کمتر از این میزان است. محققان تخمین زده‌اند که ۴۰ درصد از نوزادان مادران افسرده، یا افسردگی و یا اشکال دیگر آسیب شناسی روانی را تجربه می‌نمایند. اعتیاد والدین نیز نقش مهمی در بروز افسردگی فرزندان نوجوان آنها دارد.

کودکان دارای یک والد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، دو تا سه برابر بیشتر از کودکانی که والدین فاقد افسردگی دارند در معرض ابتلا به این اختلال هستند.

وجود فرد افسرده در خانواده، حضور در خانواده‌های پرتنش و پراضطراب، طلاق یا جدایی در والدین، قرار گرفتن در یک رابطه عاطفی منجر به شکست، ناکامی‌های روزمره، عوامل اجتماعی نظیر فقر، بیکاری و به خصوص احساس تبعیض ادراک شده در افراد جامعه، از عواملی هستند که افراد را در معرض آسیب پذیری بیشتر و در نتیجه احتمال بیشتر بروز افسردگی قرار می‌دهد.

به طور کلی، تظاهر اختلالات خلقی در نوجوانان ممکن است مثل بزرگسالان نباشد و در نتیجه تشخیص آن را مشکل سازد. همچنین وجود رفتار تکانشی بیشتر در نوجوانان، منجر به این خواهد شد که او در صورت ابتلا به افسردگی، بیشتر در معرض انجام رفتارهای پرخطر مثل مصرف سیگار، سوء مصرف مواد مخدر، محرک و الکلی، وارد شدن به روابط آسیب زنده و یا اقدام به خودکشی یا خودزنی می‌نماید.

بر اساس پژوهش سجادی و همکاران که در سال ۱۳۹۱ انجام شد، میزان افسردگی در دوران سالمندی نیز بالاتر از افسردگی در جمعیت عمومی می‌باشد. این مطالعه نشان داده است که شیوع افسردگی در سالمندان ساکن منزل ۵۸٫۵۷ درصد و در سالمندان ساکن در سرای سالمندان ۸۱٫۸ درصد می‌باشد. همچنین در پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۹۰) شیوع افسردگی اساسی در زنان حدود ۱٫۵ برابر مردان گزارش شده است. در مطالعه ملی پیشین سلامت روان در ایران نیز شیوع افسردگی در زنان ۲٫۷ برابر مردان گزارش شده بود. اختلالات و بیماری‌های مرتبط با افسردگی، میلیون‌ها نفر را در سال مبتلا می‌کند و این هزینه بسیار سنگینی را بر خود افراد، خانواده‌های آنان، جامعه و نظام بهداشتی کشورشان تحمیل می‌کند. بر اساس نتایج حاصل از پیمایش سلامت روان (۱۳۹۰)، بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی، چهار برابر بیشتر از افراد غیر بیمار متحمل هزینه‌های مصیبت بار (Catastrophic payment) می‌شوند.

وجود رفتار تکانشی بیشتر در نوجوانان، منجر به این خواهد شد که او در صورت ابتلا به افسردگی، بیشتر در معرض انجام رفتارهای پرخطر مثل مصرف سیگار، سوء مصرف مواد مخدر، محرک و الکلی، وارد شدن به روابط آسیب زنده و یا اقدام به خودکشی یا خودزنی نماید

علیرغم همه ی موارد پیشگفت، نکته امیدوار کننده این است که، افسردگی، قابل شناسایی، درمان و کنترل است؛ اما گاهی از نظر شدت به درجه ای می رسد که فرد، قادر به کنترل آن نیست و نیاز به مراجعه به روانشناس بالینی و یا پزشک دارد. از جمله مداخلات موثر در سطح پیشگیری اولیه، می توان به آموزش مهارت های زندگی به گروه های مختلف سنی به منظور تقویت تاب آوری افراد در برابر مشکلات و مسائل پیش رو اشاره نمود. همچنین آموزش مهارت های فرزند پروری به والدین منجر به بهبود روابط متقابل والد و کودک شده و همین امر بر کیفیت زندگی و امیدواری آنان تاثیر مثبت می گذارد. آموزش خود مراقبتی به افراد یکی دیگر از ابزارهای پیشگیرانه محسوب شود. با آموزش خود مراقبتی در حوزه سلامت روان، آگاهی و دانش افراد در زمینه نشانه شناسی اختلالات افزایش یافته و منجر به تشخیص و درمان زود هنگام و اثر بخش بیماری در آنها می گردد.

در سطح پیشگیری ثانویه در نظام بهداشتی کشور نیز به ارائه آموزش های روانشناختی در حیطه خدمات نظام سلامت ادغام یافته و روانشناسان مراکز بهداشتی و درمانی در سراسر کشور در کنار پزشکان به ارائه این خدمت می پردازند. لذا، جای امیدواری بسیار زیادی وجود دارد که

با پذیرش و شناسایی این بیماری و ارجاع به موقع افراد نیازمند مداخلات درمانی، تا حد زیادی از رنج ناشی از این بیماری کاسته شود و روز به روز افراد بیشتری پس از درمان افسردگی خود به چرخه زندگی خود بازگردند.

افسردگی و نقش رسانه‌های اجتماع

مهرو محمدصادقی قویم
کارشناس سلامت روان

مقدمه

افسردگی یک اختلال روانپزشکی نسبتاً شایع است که در دسته اختلالات خلقی قرار می‌گیرد. افسردگی بر احساس، تفکر و عملکرد روزانه افراد اعم از خواب، اشتها، کار، روابط اجتماعی، و... تاثیر می‌گذارد. در این اختلال، خلق افراد افسرده و گاهی تحریک پذیر می‌شود، احساس ناامیدی و بی‌علاقگی می‌کند، میزان خواب و اشتهايش ممکن است تغییر کند و فرد در حوزه‌های مختلف عملکرد اگر فرد به مدت دو هفته علائم مربوطه را داشته باشد به عنوان فرد افسرده تشخیص داده می‌شود.

اختلالات خلقی پس از اختلالات اضطرابی شایعترین اختلال روانپزشکی در جمعیت عمومی است و در این میان سهم افسردگی اساسی از باقی بیشتر بوده است.

این در حالی است که بسیاری از افراد جامعه که دچار این بیماری هستند نسبت به آن آگاهی ندارند و یا به دلیل انگ (stigma) موجود در جامعه اقدامی در جهت درمان آن نمی‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که شناسایی و درمان زودرس این اختلال می‌تواند در مدیریت و کنترل آن بسیار اثر بخش باشد.

در اینجاست که نقش رسانه یا مدیا به عنوان ابزاری برای برقراری ارتباطات پررنگ می‌شود. رسانه‌ها به عنوان منتقل‌کننده

گان پیام می‌توانند در ساخت فرهنگ عمومی، باورها و افکار عمومی موثر باشند، چرا که بدون در نظر گرفتن مرزهای جغرافیایی و عقیدتی و فرهنگی امکان حضور در همه نقاط جغرافیایی را پیدا کرده اند.



رسانه‌ها نقشی بی‌بدیل و انکار ناپذیر در ازدیاد یا کاستن از انگ (استیگما) بیماری‌های روانپزشکی و افزایش آگاهی در مورد آنها دارند. در واقع رسانه‌ها به خصوص رسانه‌های اجتماعی مانند یک شمشیر دو لبه عمل می‌کنند که می‌تواند تأثیرات زیادی در کاهش یا افزایش بار بیماری افسردگی داشته باشد. رسانه‌های اجتماعی یا دنیای مجازی:

رسانه‌های اجتماعی (social media) عنوانی است که در سال‌های اخیر به مجموعه سایت‌ها و ابزارهایی اطلاق می‌گردد که در فضای ایجاد شده به واسطه رسانه‌های نوین از قبیل شبکه‌های ارتباطی، اینترنت و تلفن‌های همراه، متولد شده و رشد پیدا کرده اند. این رسانه‌های جدید ویژگی‌های ارتباطی متفاوتی با رسانه‌های سنتی یا قدیمی‌تر دارند. از این رو برای تعریف این نوع رسانه‌ها، گاهی در مقابل رسانه‌های قدیمی‌تری از جمله تلویزیون، رادیو، کتاب و مطبوعات، از عبارت رسانه‌های اجتماعی (social media) استفاده می‌شود. انواع شبکه‌های اجتماعی، وبلاگ‌ها، ویکی‌ها، پادکست‌ها، فروم‌ها، کامیونیتی‌های محتوایی و میکروبلگ‌ها انواع هفت گانه رسانه‌های اجتماعی هستند.

نقش رسانه در افزایش افسردگی

از جمله عواملی که باعث دامن زدن به انگ در جامعه شده و بیماران افسرده را با رنج مضاعفی مواجه می‌سازد عدم شناخت رسانه‌ها نسبت به بیماری‌های روانپزشکی می‌باشد. کارشناسی

”جنبش حقوق مدنی یک درس بزرگ به ما می‌دهد؛ صحبت کنید و بگذارید صدایتان شنیده شود.“

نبودن برخی مباحث مطرح شده در رسانه‌ها و غیر تخصصی بودن اصطلاحات به کار رفته در رسانه‌ها تصویری ترسناک و غیر قابل پیش بینی از بیماری روانپزشکی به دست می‌دهد.

بنابراین بهتر است فعالیت‌های رسانه‌ها در حوزه کاهش استیگما و افزایش آگاهی، تحت نظر افراد متخصص و صاحب نظر در این حوزه باشد و از نظر کارشناسان بهره گرفته شود تا مبدا در تهیه این برنامه‌ها به جای انگ زدایی در جامعه، "انگ زایی" صورت گیرد.

اگر چه رسانه‌های اجتماعی می‌توانند تأثیر مثبتی بر روی هیجانات ما بگذارند اما مطالعات متعددی نشان می‌دهد که بین استفاده بیش از حد از شبکه‌های اجتماعی و ایجاد افسردگی، انزوای اجتماعی، احساس نا امنی و تشدید احساساتی مانند حس حسادت و حسرت و کاهش اعتماد به نفس افراد ارتباط وجود دارد.

دکتر پائولا درلفسکی (Dr. Paula Durlovsky) روانشناس و وبلاگ نویس، می‌گوید افراد می‌توانند با استفاده از روش‌هایی که در زیر به آنها اشاره شود، تشخیص دهند که آیا استفاده شان از رسانه‌های اجتماعی، افراطی است یا خیر:

در وهله اول خوب است دلایل خودتان را برای استفاده از رسانه‌های اجتماعی بدانید و بفهمید که آیا واقعاً برای شما کمک کننده هستند یا اینکه عملاً مانعی برای برقراری ارتباطات واقعی شما با دیگران شده‌اند؟ و اینکه آیا اثر مثبتی بر سلامت عاطفی شما می‌گذارند یا سلامت عاطفی شما را دچار اشکال می‌کنند؟ زمانی که متوجه شدید کدام نیازهای روانی خود را با رسانه‌های اجتماعی پاسخگو هستید، می‌توانید انتظاراتتان را مطابق با نیازهایتان تنظیم نمایید.



راهنمای زیر به شما کمک می‌کند بین ارتباطات واقعی و مجازی خود تعادل برقرار نمایید

۱. از خودتان بپرسید که چرا دارید از شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنید. آیا برای برقراری ارتباطات حرفه‌ای (شغلی) یا برای ارتباط با دوستان قدیمی یا به منظور برقراری ارتباط با کسانی که در خارج از کشور زندگی می‌کنند؟ زمانی که برای خودتان مشخص باشد که دقیقاً به دنبال چه هستید، می‌توانید اهداف واقع بینانه تری برای خودتان تعیین نمایید.

۲. اگر حضور در شبکه‌های اجتماعی باعث می‌شود احساس تنهایی و افسردگی نمایید، سعی کنید بیشتر ارتباط‌های خصوصی با افرادی که می‌شناسید برقرار کنید. این سطح از ارتباطات مجازی، صمیمانه تر، شخصی تر و مناسب تر از برقراری ارتباط با یک جمع به طور مثال در یک گروه باز مجازی می‌باشد.

۳. حتماً زمانی را برای دوستان و اقوام خود اختصاص دهید. بین داشتن ارتباطات مثبت و امن و سطح اعتماد به نفس و تاب آوری افراد، یک رابطه قوی وجود دارد. چنین ارتباطاتی در پرورش احساس دل‌بستگی، و کاهش اضطراب و افسردگی نقش بسزایی دارند.

۴. مدت زمانی را که صرف شبکه‌های اجتماعی می‌کنید محدود نمایید. این امر می‌تواند به شما کمک کند که مدت زمانی که در دنیای مجازی حضور دارید، کنترل کنید.

تصویر کلی از روانپزشکی در اخبار و رسانه‌ها عمدتاً تصویری منفی است؛ در یک گزارش رسانه‌ای در این خصوص، بیان شد که در مواردی حتی روانپزشکی را به عنوان گرایشی از پزشکی معرفی می‌کنند که علمی و مبتنی بر شواهد نیست. فیلم سازان ذهنیت‌هایی منفی نسبت به روانپزشکی دارند و طبیعتاً این نگاه منفی به آثارشان نیز تسری می‌یابد. اغلب روزنامه‌ها و فیلم‌ها تصویری منفی از بیمارستان‌های روانپزشکی نشان می‌دهند. به

از خودتان بپرسید که چرا دارید از شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنید. آیا برای برقراری ارتباطات حرفه‌ای (شغلی) یا برای ارتباط با دوستان قدیمی یا به منظور برقراری ارتباط با کسانی که در خارج از کشور زندگی می‌کنند؟ زمانی که برای خودتان مشخص باشد که دقیقاً به دنبال چه هستید، می‌توانید اهداف واقع بینانه تری برای خودتان تعیین نمایید.



این ترتیب این تصاویر به سرعت تعمیم پیدا می‌کند و به تصویر منفی موجود دامن می‌زنند.

وال از اصطلاح انگ غیر مستقیم استفاده کرد. در این حالت گرچه فرد مستقیماً آماج مستقیم طرد و توهین نیستند اما به شیوه‌ای دیگر از طریق رسانه‌ها مورد آزار قرار می‌گیرند. وجود اصطلاحاتی رایج هم چون “دیوانه”، “خُل” و “مَشَنگ” در رسانه‌ها به شکل غیر مستقیم شرم و حس منفی بیمار را افزایش می‌دهد. در رسانه‌ها شاهدیم که بیماران را موجوداتی خطرناک با رفتاری شرور و ذهنیت‌هایی پلید نشان می‌دهند. برخی افراد هم که واجد نشانه‌هایی از بیماری هستند مورد تمسخر قرار می‌گیرند. متأسفانه در اکثر فرهنگ‌ها، در گویش‌های رایج مردم واژگان زیادی را می‌توان دید که با اشاره به شرایط ذهنی بیماران اعصاب و روان آن‌ها را مورد تمسخر قرار می‌دهند.

متأسفانه بیمارستان‌ها و مراکز ارائه دهنده خدمات مدرن سلامت روان به ندرت در رسانه‌ها به تصویر کشیده می‌شوند و یا این که در رسانه‌ها ما شاهدیم که همه‌ی انواع بیماری‌های روانپزشکی کاملاً شبیه هم مطرح می‌گردند. وجه منفی دیگر، تاکید برخی رسانه‌ها بر ارتباط پنهان و سودجویانه روانپزشکی و صنایع داروسازی است.

نقش رسانه در کاهش افسردگی

رسانه‌ها از منابع اصلی ارتقاء سطح سواد سلامت روان عموم مردم می‌باشند. رسانه‌ها می‌توانند باورهای غلط مردم را تغییر داده و تصویر درستی از بیماری‌های روانپزشکی از جمله افسردگی ارائه دهند. رسانه‌ها نقش مؤثری در شکل‌گیری نگرش مردم در مورد جهانی که در آن زندگی می‌کنند و مردمی که در آن ساکن هستند، دارند، اما متأسفانه داستان‌ها و منابعی برای افرادی که دچار بیماری‌های روانپزشکی هستند از جمله افسردگی به ندرت در سرخط خبرها و یا موضوع اصلی فیلم‌ها و برنامه‌های تلویزیونی قرار می‌گیرند و در صورتی هم که به بیماران افسرده در رسانه‌ها توجه شود، آنها را اغلب افرادی درمانده و ضعیف نشان می‌دهند که قادر نیستند زندگی خودشان را کنترل کنند.



در وهله اول خوب است دلایل خودتان را برای استفاده از رسانه‌های اجتماعی بدانید و بفهمید که آیا واقعاً برای شما کمک کننده هستند یا اینکه عملاً مانعی برای برقراری ارتباطات واقعی شما با دیگران شده اند؟ و اینکه آیا اثر مثبتی بر سلامت عاطفی شما می‌گذارند یا سلامت عاطفی شما را دچار اشکال می‌کند؟ زمانی که متوجه شدید کدام نیازهای روانی خود را با رسانه‌های اجتماعی پاسخگو هستید، می‌توانید انتظاراتتان را مطابق با نیازهایتان تنظیم نمایید.



در انتها باید یادآور شویم که رابطه بسیار پیچیده‌ای میان رسانه‌ها، بیماری‌های روانپزشکی، و درک عمومی جامعه وجود دارد. بسیاری از محققین معتقدند که ارتباط این موارد با یکدیگر دایره وار می‌باشد. تصاویر منفی رسانه‌ها باعث افزایش نگرش‌های منفی می‌شوند و متعاقب آن نیز، پوشش رسانه‌ای از درک عمومی منفی تغذیه می‌کند. رسانه‌ها باید بتوانند نقش تغییر دهنده‌ای را در این برداشت‌های منفی ایفا کنند. برای اینکه این تغییر اتفاق بیفتد، داستان‌ها و خبرهای دقیق و مثبتی که در مورد بیماری‌های روانپزشکی و افرادی که دچار این بیماری هستند باید عادی سازی شود. برای افراد فعال در حوزه سلامت روان ضروری است که با به تصویر کشیده شدن منفی این مقولات در رسانه‌ها مبارزه کنند و بر نامه‌های آموزشی عمومی در این حوزه را تقویت نمایند. برجسته سازی داستان‌های افراد بهبود یافته در این میان امری حیاتی است زیرا که چنین داستان‌های امیدوار کننده‌ای اگر به طور صحیح ارائه گردند هم موجب سرگرمی و هم یادگیری مخاطبان می‌شوند.

در نهایت تلاش و مبارزه برای ارائه تصویر دقیق و مثبتی از بیماری‌های روانپزشکی و بیماران در رسانه‌های جمعی مشابه با مبارزات اقلیت‌های دیگر و گروه‌های محروم می‌باشد. وال (۱۹۹۵) این مبحث را به خوبی خلاصه کرد، زمانی که گفت: "جنبش حقوق مدنی یک درس بزرگ به ما می‌دهد؛ صحبت کنید و بگذارید صدایتان شنیده شود."



ارتباط افسردگی و حمایت اجتماعی

سهیلا امیدنیا
رئیس اداره سلامت اجتماعی

هر انسانی نیاز به احساس تعلق دارد. احساس اینکه به کسی، گروهی یا سازمانی وابسته است. در سلسله تکامل زیستی، انسان‌های اولیه برای بقا و نجات خویش از شر آفات و تهدیدات محیطی به گروه نیاز داشتند. بنابراین اجتماعی زیستن آدمی ارزش و کارکردی حفاظتی داشت.

همزمان با یکجانشین شدن انسان و استفاده از زمین و کشاورزی، زندگی اجتماعی انسان‌ها شکل دیگری به خود گرفته و نیاز افراد به اجتماع از نیاز به بقا به نیاز به نیروی کار تغییر ماهیت داد.

همچنان با گسترده شدن شهرها، مکانیزه شدن خدمات کشاورزی و مهاجرت روستاییان، نیاز بشر به زندگی اجتماعی به نیاز صرف به تعلق و معاشرت تغییر جهت داده است. در چنین شرایطی زندگی افراد در فضاهای بسته تر شهری و در انزوای بیشتری جریان می‌یابد. همچنین، ماهیت ساختاری شهرها و کلان شهرها، روابط اجتماعی با اقوام و انساب را کمرنگ نموده و در عین حال روابط اجتماعی در چارچوب برنامه‌های شهری نیز تسهیل نیافته است.

حمایت اجتماعی؛

یکی از عوامل مهم تعیین کننده سلامتی

شواهد زیادی نشان می‌دهند که فقدان احساس حمایت



فرد افسرده می‌داند که با گوشه گیری و سکوت، شانس برقراری ارتباط با دیگران را از دست می‌دهد، با این حال ترس از شرمندگی باعث می‌شود که او تنهایی را به جان بخرد و در نهایت به جز انزوا، چیزی به دست نیاورد. انزوا و محدودیت اجتماعی به تدریج بخشی از سبک زندگی فرد افسرده شده و زمینه را برای احساس بی‌پناهی، احساس بی‌ارزشی و درنهایت افکار خودکشی فراهم می‌آورد.



اجتماعی ارتباط تنگاتنگی با افسردگی دارد. در یک مطالعه مقطعی که با هدف بررسی ارتباط میان حمایت اجتماعی درک شده و افسردگی انجام شد، نشان داده شد که میزان حمایت اجتماعی درک شده (perceived) با اضطراب و افسردگی مرتبط بوده است. این مطالعه که در نمونه‌ای چهل هزار نفری از جمعیت عمومی شمال نروژ و گروه سنی ۲۰ تا ۸۹ ساله انجام شد همچنین نشان داد که میان نیازهای حمایت اجتماعی زنان و مردان تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد، به نحوی که زنان بیشتر به حمایت عاطفی و مردان به حمایت مادی نیاز داشتند. یک مطالعه سیستماتیک دیگر نشان می‌دهد که در مورد کودکان و نوجوانان، والدین و در میان بزرگسالان در درجه اول همسران و بعد خانواده و دوستان به عنوان منابع حمایت اجتماعی محسوب می‌شوند.

بر اساس مطالعه ملی مقیاس سلامت اجتماعی ایرانیان که در سال ۱۳۹۳ توسط وزارت بهداشت انجام شد، خانواده و سپس دوستان و خویشاوندان با فاصله زیاد مهمترین منابع حمایت اجتماعی افراد بالای ۱۵ سال ایرانی محسوب می‌شوند. در این میان نقش حمایت جامعه بسیار کم‌رنگ تر و در مقایسه با نمونه مشابه سال ۱۳۹۱ روبه کاهش بوده است.

البته وجود تعاملات اجتماعی همیشه معادل با حمایت اجتماعی نیست. به طور مثال، یک مطالعه نشان داده است که تعاملات اجتماعی منفی، وضعیت افسردگی در بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید را بدتر می‌نماید. از طرف دیگر وجود حمایت اجتماعی در بهبود علائم افسردگی نیز تاثیر دارد. به جهات مختلف حمایت اجتماعی می‌تواند به فرد افسرده کمک نماید.

حمایت اجتماعی احساس انزوا را در فرد افسرده کاهش می‌دهد. افسردگی در شرایطی تشدید می‌شود که فرد احساس تنهایی و بی‌کسی نیز به آن اضافه می‌شود. احساس شرم، ترس از طرد شدن و نادیده انگاشته شدن، اجازه مشارکت و صحبت در جمع را به فرد افسرده نمی‌دهد. فرد افسرده می‌داند که با گوشه گیری و سکوت، شانس برقراری ارتباط با دیگران را از دست می‌دهد، با این حال ترس از شرمندگی باعث می‌شود که او تنهایی را به جان بخرد و در نهایت به جز انزوا، چیزی به دست





نیارود. انزوا و محدودیت اجتماعی به تدریج بخشی از سبک زندگی فرد افسرده شده و زمینه را برای احساس بی پناهی، احساس بی ارزشی و درنهایت افکار خودکشی فراهم می‌آورد. شکستن این دور باطل و ارتباط برقرار کردن هرچند به نظر کار آسانی نمی‌رسد اما می‌تواند با این ایده که ”انسانها تنها برای سهیم شدن در لحظات خوب با همدیگر ارتباط برقرار نمی‌کنند بلکه در شرایط سخت و ناگوار نیز می‌توانند به کمک همدیگر

بشتابند ” تسهیل گردد.

همه به پیوندهای اجتماعی نیاز دارند چرا که همه انسان‌ها در کوران ترس‌ها، عدم اطمینان‌ها و مشکلات قرار می‌گیرند. بنابر این زندگی حتی هنگامی زیباتر است که انسانها در کنار یکدیگر از گذرهای سخت زندگی عبور نمایند.

اوقات خوش آن بود که با دوست به سر شد
باقی همه بی حاصلی و بی خبری بود

بنابر این اگر در اطراف خود، کسانی را می‌شناسید که خالصانه به شما توجه دارند بایستی سعی کنید آنها را برای همیشه در کنار خود حفظ نمایید. در عین حال اگر به دلایل مختلف از وجود دوستان و همراهان صمیمی محروم هستید و افرادی با تفکرات مسموم و مخرب سعی در سوءاستفاده از حساسیت و آسیب پذیری شما در جهت منافع خود دارند، بایستی از آنها دوری نموده و جای خالی آنها را با افراد مثبت و مناسب پر نمایید.

بنابراین باز یافتن سلامتی و غلبه بر افسردگی ممکن است در شرایط انزوا و تنهایی به سادگی میسر نباشد و وجود شبکه‌ای از افراد حامی و حتی فردی بسیار نزدیک و صمیمی می‌تواند تغییرات چشمگیری در سبک زندگی، تفکر و روش حل مسئله فرد ایجاد نماید. این شبکه اجتماعی ایمن می‌تواند معجزه نماید و فرد را از قهقرای افسردگی و نومیدی به زندگی بازگرداند.



حمایت اجتماعی؛ بهبود ارتباط فرد افسرده با زندگی روزمره

فرد افسرده فکر می‌کند که با مرگ وی دنیا جای بهتری برای دیگران خواهد شد یا اینکه خود از شر دنیا خلاص خواهد شد. افکار مرگ و احساسات منفی دو علامت خطرناک در افسردگی هستند. در این شرایط دور باطلی به وجود می‌آید که ترس از طرد شدن و قطع ارتباط شانس از بین رفتن روابط و پیوندهای اجتماعی را بیشتر می‌کند. متأسفانه چنین فردی به جای تمرکز بر رشد و ارتقاء خود و محیط، به اجتناب از غم و درد متوسل شده و در انتها مرگ به عنوان پایان همه غم‌ها اندوه‌ها در نظر وی مجسم می‌شود.

این درحالی است که فرد غیر افسرده ارتباطات خوب و معنا داری با دیگران دارد، به زندگی علاقه دارد و با آن ارتباط برقرار می‌کند. چنین فردی چشم انداز مشخصی از آینده داشته، و برای ادامه زندگی برنامه ریزی کرده و تلاش می‌کند تا از آسیب‌های آن پرهیز نماید.

بعضی اوقات وجود فردی حمایت گر می‌تواند در حلقه دیوارهای دفاعی فرد افسرده پلی از ارتباط بسازد. پذیرش چنین ارتباطی در شرایطی که فرد برای مدت‌های طولانی در انزوا و تنهایی به سر برده باشد، ممکن است به سادگی صورت نپذیرد. با این حال، تداوم چنین ارتباطی که می‌تواند توأم با حس اعتماد و پذیرش باشد، و دنیای فرد افسرده را تغییر می‌دهد. در این شرایط انگیزه حیات دوباره بیدار شده و میل به مرگ و نیستی را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد.

حمایت اجتماعی؛ کمک به حل مسائل فرد افسرده

در شرایطی که فرد احساس افسردگی می‌کند ارزیابی وی از شرایط توأم با واقع



بینی نیست و در نتیجه احتمال اتخاذ تصمیمات نامناسب در این شرایط افزایش می‌یابد. ارتباط با فرد غیر افسرده‌ای که فضای توأم با اعتماد و احترام ایجاد نماید به فرد افسرده کمک می‌کند تا مسائل و مشکلات خود را از زوایای روشن‌تر و مؤثرتری نگاه کرده و تصمیمات بهتری بگیرد.

از طرف دیگر خلق افسرده مشکلات مشابه، سناریوهای منفی و پیش‌گویی‌های نامطلوب را باز تولید می‌نماید. بنابراین برای فرد افسرده خلق راه‌حل‌های جدید و تغییر روش‌های تفکر به خودی خود ممکن نیست. دوستان خوب، مشاوران، پرسنل بهداشتی آگاه، اعضای مهربان خانواده و حامیان دیگر می‌توانند زمینه را برای خلق راه و روش‌های جدید فراهم نمایند.

بنابراین باز یافتن سلامتی و غلبه بر افسردگی ممکن است در شرایط انزوا و تنهایی به سادگی میسر نباشد و وجود شبکه‌ای از افراد حامی و حتی فردی بسیار نزدیک و صمیمی می‌تواند تغییرات چشمگیری در سبک زندگی، تفکر و روش حل مسئله فرد ایجاد نماید. این شبکه اجتماعی ایمن می‌تواند معجزه نماید و فرد را از قهقرای افسردگی و نومییدی به زندگی بازگرداند.



درمان افسردگی و پیشگیری از سوء مصرف مواد

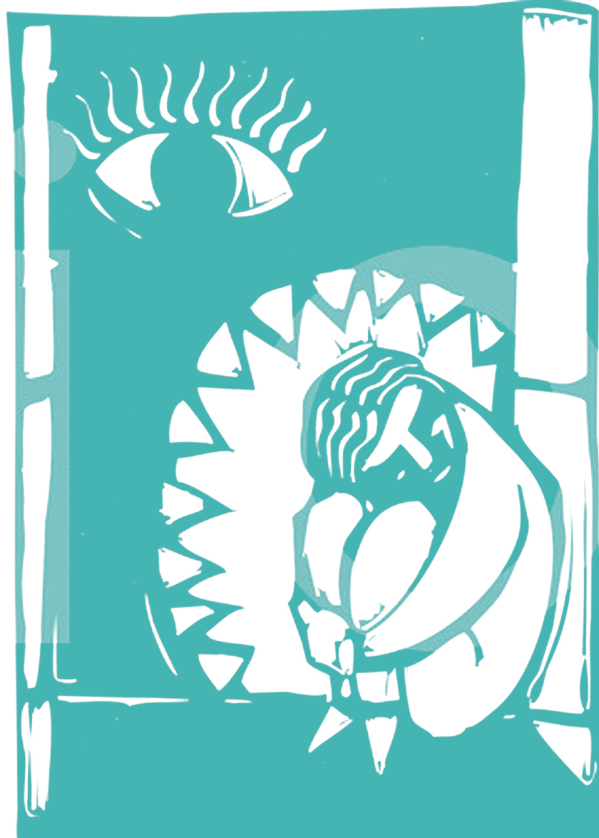
سید سپهر هاشمیان
کارشناس پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

در زندگی پراسترس امروز، اعضای یک جامعه با چالش‌های زیادی روبرو بوده و با مشکلات درونی و بیرونی زیادی مواجه هستند. بارها برای ما پیش آمده است که در اثر ناکامی‌های روزمره زندگی (امری که در زندگی حاضر آن را زیاد تجربه می‌کنیم)، خلق ما افت پیدا کند و حس ناامیدی زیادی را در خود تجربه کنیم، به طوری که حس درماندگی، حس غالب وجود ما بشود. این نشانگان ممکن است گذرا باشند و یک واکنش طبیعی به ناکامی‌های درونی و بیرونی محسوب شوند، اما در صورتی که این نشانگان به مدتی طولانی ادامه پیدا کنند و پایدار شوند، باید به تشخیص افسردگی فکر کنیم.

افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانپزشکی است که بشر امروز با آن درگیر است و می‌توان آن را با ابعاد و اشکال مختلفی مشاهده کرد. سازمان جهانی بهداشت، هدف خود را به طور خاص در سال ۲۰۱۷ افسردگی قرار داده و شعار خودش را چنین عنوان کرده است: افسردگی؛ بیا حرف بزنیم... تخمین‌ها نشان می‌دهد که حدود ۳۵۰ میلیون نفر در جهان در حال حاضر مبتلا اختلال افسردگی اساسی هستند. تا به حال در مورد این اختلال در رسانه‌های جمعی، مطالب زیادی شنیده و خوانده‌ایم، در این مطلب، می‌خواهیم تمرکز خود را بر ارتباط بین افسردگی و مصرف مواد مخدر بگذاریم.



در آغاز این بحث، با یک سوال کلیدی روبرو هستیم که می‌توان آن را در یک ضرب المثل خلاصه نمود: اول مرغ بود یا تخم مرغ؟ این ضرب المثل، نمودی از وضعیت مبهمی است که بسیاری از روانپزشکان و روان‌شناسان بالینی در کلینیک‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی با آن روبرو هستند، یک همبودی پیچیده که در آن مراجعین با شکایت افسردگی مراجعه می‌نمایند و در شرح حالشان، مصرف مواد مخدر نیز دارند. بنابراین چالش اصلی برای درمانگر ممکن است این باشد که آیا مصرف مواد مخدر علت شکل‌گیری افسردگی بوده و یا بالعکس افسردگی زمینه‌ای را برای مصرف مواد مخدر فراهم آورده است. این بحث را اکنون کنار می‌گذاریم و در آخر، با نگاهی جامع‌تر به آن بازمی‌گردیم.



این وضعیت نه تنها بهبودی روان‌شناختی برای فرد فراهم نکرده بلکه ناتوانی‌های شناختی و کارکردهای سالم مکانیسم‌های روانی او را نیز تضعیف می‌کند. از طرفی دیگر، سوء مصرف مواد به خودی خود نیز، بنابر مطالعات متعدد، فرد را مستعد ابتلا به اختلالات خلقی از جمله اختلال افسردگی اساسی می‌کند.

افسردگی با معیارهای مشخصی تعریف شده است، با این حال چنانچه با رویکردی روان‌شناختی به مفهوم افسردگی نگاه کنیم، داده‌های بیشتری به دست می‌آوریم. در این اختلال بالینی، افراد از نظر هیجانی و فکری رنج می‌برند، تا جایی که ممکن است افکار خودکشی نیز پیدا کنند. برخی از خصوصیات و ویژگی‌های شخصیتی افراد، در شرایط بروز افسردگی بالینی در آنها بروز می‌کند. بنابراین افراد افسرده ممکن است با مقاومت درونی بالایی نسبت به تغییر سبک زندگی خود روبرو باشند و توانایی پذیرش مشکلات و تحمل این رنج روانی در آنان به حداقل ممکن برسد، و مکانیسم‌هایی که در واقع توانمندی‌های روانی فرد برای تحمل فشارهای بیرونی و حفظ توانایی حل مساله در شرایط استرس‌زا می‌باشند، ممکن است از کار بیفتند. همچنین

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که میزان انعطاف‌پذیری

شناختی در افراد افسرده در حداقل ممکن

است؛ مولفه‌ای که توانایی سازگاری ما در

موقعیت‌های تنش‌زا را فراهم می‌آورد.

بنابراین در وضعیت افسردگی، افراد

توانایی‌های کارآمد شناختی خود

را از دست داده و از آنجایی که

انسان دائماً از مکانیسم‌های

جبرانی استفاده می‌کند، درصدد

پرکردن جای خالی مکانیسم‌های

روانی مفید خود است. در این

شرایط است که مواد مخدر و الکل

وارد صحنه می‌شوند... مواد مخدر

و الکل به عنوان جایگزین‌هایی برای

مکانیسم‌های روانی سالم افراد افسرده،

مصرف می‌شوند و به تدریج جزئی لاینفک

از ساختار روانی این افراد می‌شوند. مواد مخدر

و الکل در شکل‌گیری ابزارهای روانی ناکارآمد، به

افراد افسرده کمک می‌کنند تا رنج‌های هیجانی خود را فراموش

کنند و بر ناکامی‌های درونی خود، به کمک احساس نشنگی به

دنبال مصرف مواد مخدر افیونی مثل تریاک و هروئین و تجربه

مهارگسیختگی و مستی با مصرف الکل، و تجربه هیجان و حُلق

بالا به کمک مواد محرک، غلبه کنند. بنابراین درگیری فرد با

اختلالات مصرف مواد در چرخه‌ای معیوب، سعی در بیرون

آمدن از وضعیت نابسامان خود دارد؛ این درحالی است که این

وضعیت نه تنها بهبودی روان‌شناختی برای فرد فراهم نکرده بلکه

ناتوانی‌های شناختی و کارکردهای سالم مکانیسم‌های روانی او را

نیز تضعیف می‌کند. از طرفی دیگر، سوء مصرف مواد به خودی

خود نیز، بنابر مطالعات متعدد، فرد را مستعد ابتلا به اختلالات

خلقی از جمله اختلال افسردگی اساسی می‌کند.

در یک مطالعه بزرگ غیرایرانی در خصوص همبودی انواع

اختلالات روانپزشکی (شامل اختلالات خلقی و اضطرابی) و

اختلالات سوء مصرف مواد و الکل، مشخص شد که شیوع تمام





عمر اختلالات روانپزشکی در حدود ۲۲,۵ درصد، شیوع اختلال سوء مصرف الکل در حدود ۱۳,۵ درصد و اختلالات سوء مصرف سایر مواد، ۶,۱ درصد برآورد شده بود و جالب است که حدود یک پنجم از کسانی که در این مطالعه اختلال افسردگی اساسی داشتند، تشخیص همبود اختلال سوء مصرف مواد و یا الکل را نیز داشتند.

اختلال سوء مصرف مواد حتی در میان افراد با تشخیص اختلالات خلقی دوقطبی شایع تر نیز هست، به طوری که مطالعات زیادی نشان داده‌اند که شیوع اختلالات سوء مصرف مواد و الکل در میان مبتلایان به اختلالات خلقی دوقطبی، تا ۵۰ درصد نیز شیوع داشته است.

در هردو روی سکه‌ای که ذکرشان رفت، باید در برنامه ریزی درمانی برای چنین بیمارانی، مداخلات روانشناختی در کنار دارودرمانی بسیار پررنگ باشند. پس فرآیند درمان بیمار مبتلا به هر دو اختلال افسردگی اساسی و سوء مصرف مواد یا الکل، نیازمند تعاملی تنگاتنگی بین پزشک، روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک آموزش دیده در حوزه اعتیاد است. همچنین

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که به طور کلی، همبودی این دو اختلال، روند درمانی بیمار را ممکن است به نوعی معکوس نماید، به این صورت که برطرف نمودن یکی از این دو اختلال، می‌تواند خودبه‌خود تسهیل‌گر بهبود شرایط بالینی بیمار باشد. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که باید در بیماران افسرده، از سوء مصرف مواد پرسش نمود و از طرفی در درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد، به درمان افسردگی نیز توجه نمود.

باید در بیماران افسرده، از سوء مصرف مواد پرسش نمود و از طرفی در درمان مبتلایان به سوء مصرف مواد، به درمان افسردگی نیز توجه نمود



در وضعیت افسردگی، افراد توانایی‌های کارآمد شناختی خود را از دست داده و از آنجایی که انسان دائماً از مکانیسم‌های جبرانی استفاده می‌کند، درصدد پرکردن جای خالی مکانیسم‌های روانی مفید خود است. در این شرایط است که مواد مخدر و الکل وارد صحنه می‌شوند... مواد مخدر و الکل به عنوان جایگزین‌هایی برای مکانیسم‌های روانی سالم افراد افسرده، مصرف می‌شوند و به تدریج جزئی لاینفک از ساختار روانی این افراد می‌شوند.

درمان افسردگی و پیشگیری از اقدام به خودکشی

معصومه قاسم زاده
کارشناس سلامت روان

دکتر مریم عباسی نژاد
کارشناس سلامت روان

تعریف مساله

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی مثل مشکلات مالی، مشکلات اجتماعی، ناامیدی اجتماعی، ناپایداری شغلی و حتی نارضایتی عمومی صرفاً می‌توانند مثل جرقه‌ای در انبار کاه عمل کرده و موجب کاهش شدید خلق و تقویت این افکار در فرد افسرده شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده‌های بعدی، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره‌های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند. در واقع در همه موارد، به دلایل مختلفی، فردی که اقدام به خودکشی می‌نماید در مدیریت هیجانات خود ضعف دارد و مکانیسم‌های سازگاری مناسبی برای تطابق با استرس‌های وارد شده را ندارد. این که یک فرد خودش بخواهد به زندگی خودش پایان بدهد، نشان دهنده این است که فرد مهارت‌های سازگاری مناسبی با محیط اطراف خود را ندارد و یا به علت بروز افسردگی شدید موقتاً از دست داده است و در جهت رفع درد و رنج و یا کاهش اضطراب کارهایی را انجام می‌دهد که راهگشا نیستند. همچنین فردی که اعتیاد به مواد مخدر دارد، ممکن است در فواصل

حتی یک مورد خودکشی هم در نظام سلامت زیاد است، و ما باید با این رویکرد در حوزه سلامت کار کنیم.



آمارها نشان می‌دهند که اغلب کسانی که دست به خودکشی زده‌اند، اغلب در فاصله یک ماه قبل از آن به یک دلیل دیگری به یک پزشک مراجعه کرده بودند.

بین مصرف مواد، ولع و بیقراری شدیدی برای تامین ماده مورد مصرف دارد، که ممکن است فرد را به قدری دچار تنش کند که به صورت تکانشی درست به خودکشی بزند، و یا اینکه در اثر سو مصرف مواد، دچار اختلال افسردگی شده باشد.

آمار مربوط به اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن

آمار اختلالات روانپزشکی در کشور ما (مثل اختلال افسردگی اساسی) مشابه آمار جهانی است، یعنی به صورت تخمینی می‌توان گفت که بین ۸ تا ۱۲ درصد افراد در طول زندگی شان به یکی از انواع افسردگی مبتلا خواهند شد. اما در کنار این تشابه در شیوع افسردگی، میزان خودکشی منجر به فوت در کشور ما بسیار کمتر از میانگین جهانی است. بر طبق آخرین آمار ثبت شده در سامانه ثبت اطلاعات مربوط به اقدام و فوت ناشی از خودکشی تحت نظر دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، که

هرگونه نشانه‌ای در کلام و رفتار فرد
یا هرگونه تهدید به خودکشی باید
جدی گرفته شود

آمار ثبت شده توسط بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین شبکه بهداشتی و درمانی کشور را شامل می‌شود، در سال ۱۳۹۴، ۳,۲۷ نفر در هر صدهزار نفر فوت ناشی از خودکشی، ثبت شده بوده است. این آمار با آمار ارائه شده از سوی پزشکی قانونی معمولاً تجمیع می‌گردد و در مجموع طبق آمار رسمی، ۵,۱ نفر فوت در هر صدهزار نفر در سال ۱۳۹۴ به ثبت رسیده است. با وجود اینکه این آمار از میانگین جهانی کمتر است، اما این بدان معنی نیست که می‌توان از آن غفلت کرد، چرا که حتی یک مورد خودکشی هم در نظام سلامت زیاد است، و ما باید با این رویکرد در حوزه سلامت کار کنیم.

آمار اقدام به خودکشی در سال ۱۳۹۴، حدود ۱۰۵ نفر در صد هزار نفر بوده است. آمارها نشان می‌دهند که با اینکه اغلب بین ۳ تا ۱۰ درصد موارد اقدام به خودکشی منجر به فوت می‌شوند، اما مراقبت و پیگیری موارد اقدام به خودکشی اهمیت زیادی دارد، زیرا بین ۳۰ تا ۶۰ درصد افرادی که به علت خودکشی فوت می‌کنند، سابقه اقدام به خودکشی را داشته‌اند. ما می‌دانیم که متأسفانه به دلیل انگ اجتماعی پیرامون خودکشی، ممکن است بسیاری از موارد اقدام به خودکشی ثبت نگردند. یکی از دلایل این موضوع هم این است که سازمان‌های بیمه گر، فقط در



صورتی موظف به پرداخت هزینه‌های بیمارستانی بیماران اقدام کننده به خودکشی هستند که پزشک، تشخیص خودکشی به علت بیماری روانپزشکی را در پرونده بیمار درج کرده باشد. در مواردی که پزشک تشخیص را ننوشته باشد و یا اینکه همراه بیمار از پزشک درخواست کرده باشد که اقدام به خودکشی و تشخیص روانپزشکی را در پرونده بیمار ننویسد، ممکن است این موارد در نهایت ثبت نگردند.

در حال حاضر، بیشترین آمار مربوط به اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است. در بین تعداد کمتری از افراد ۳۵ تا ۴۵ ساله‌ای که اقدام به خودکشی کرده اند، نسبت آنهایی که جان خود را متاسفانه از دست می‌دهند بیشتر است. خودکشی در افراد بیکار بیشتر است. در افراد نوجوان و جوان، بدتنظیمی خلق و رفتارهای تکانشی بیشتر است و همین امر سبب می‌شود که آمار اقدام به آسیب به خود و اقدام به خودکشی نیز در آنها بیشتر باشد.

برنامه ملی پیشگیری از خودکشی و نظام ثبت خودکشی

برنامه پیشگیری از خودکشی در ایران در سال ۱۳۷۹ با راهبرد تشخیص و درمان افسردگی در چهار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران، کرمانشاه، و ایلام شروع شد و در سال ۱۳۸۰، شهرهای کوهدشت، و خرم آباد نیز وارد برنامه شدند و نهایتاً در سال ۱۳۸۶، برنامه ملی پیشگیری از اقدام به خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ادغام شد.

هدف کلی برنامه پیشگیری از خودکشی، کاهش میزان بروز اقدام و فوت ناشی از خودکشی در جمعیت تحت پوشش برنامه است. اهداف اختصاصی برنامه پیشگیری از خودکشی عبارتند از ارتقاء سطح آگاهی پرسنل بهداشتی در مورد مدیریت، مراقبت و پیگیری موارد اقدام کننده به خودکشی، ارتقاء سطح آگاهی مدیران، معلمان و مشاورین مدارس در مورد خودکشی و مدیریت موارد آن، ایجاد نگرش صحیح و ارتقاء سطح آگاهی جامعه، ارتقاء کیفیت نظام ثبت داده‌های مربوط به خودکشی، ارائه خدمات

این که یک فرد خودش بخواهد به زندگی خودش پایان بدهد، نشان دهنده این است که فرد مهارت‌های سازگاری مناسبی با محیط اطراف خود را ندارد و یا به علت بروز افسردگی شدید موقتاً از دست داده است و در جهت رفع درد و رنج و یا کاهش اضطراب کارهایی را انجام می‌دهد که راهگشا نیستند.



پیشگیری از خودکشی در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی، کاهش میزان دسترسی به ابزارهای مورد استفاده در خودکشی، بهبود و اصلاح نحوه گزارش خودکشی در رسانه‌ها، و تقویت ساختار نظارتی بر اجرای برنامه در سطوح مختلف ارائه خدمت. در این میان، نقش سازمان‌ها و دستگاه‌هایی که نقش حمایت اجتماعی را ایفا می‌کنند، بسیار مهم و حیاتی است و باید به عنوان یک بازوی مهم همکاری بین بخشی در این برنامه به آن جایگاه بخشید.

ثبت آمار مربوط به اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، فرایندی پیچیده و چند سطحی است که نیاز به تعامل پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی دولتی،

بیمارستان‌های دولتی و همچنین

بیمارستان‌های بخش خصوصی است و افراد زیادی را در سطوح مختلف درگیر می‌نماید. ارزیابی تدابیر پیشگیرانه خودکشی، اغلب بر اساس آمار موجود در نظام ثبت خودکشی است و تا زمانی که آمار نظام ثبت نشانی از اثربخشی برنامه‌های پیشگیری را نداشته باشد، باید در مورد نحوه اجرای صحیح این برنامه‌ها تردید نمود و به دنبال رفع چالش‌های مربوط به آن بود.

شما چه کاری می‌توانید انجام دهید؟

پیشگیری اولیه، مربوط می‌شود به زمانی که باید از اقدام به خودکشی افراد جلوگیری بشود و افرادی که در معرض ابتلا به

بیماری‌هایی مثل افسردگی قرار دارند، شناسایی شوند و تحت آموزش‌های روانشناختی و آموزش مهارت‌های زندگی (کنترل خشم، مدیریت استرس، سازگاری، مهارت‌های ارتباطی) قرار گیرند.

در پیشگیری ثانویه، پیگیری فعالانه صورت می‌گیرد و افرادی که قبلاً در شرح حالشان بیان نموده‌اند که افکار و یا برنامه‌های خودکشی دارند، و یا سابقه اقدام به آن را داشته‌اند، خودکشی می‌کنند یا به شکل‌های مختلف قصد انجام آن را داشته‌اند، شناسایی و در سیستم ثبت می‌شوند و البته در این فرایند، وجود حمایت از طرف خانواده بسیار کمک کننده است. همچنین اقدام کنندگان به خودکشی در صورت مراجعه به بیمارستان پس از انجام اقدامات اورژانس و مراقبت‌های پزشکی اولیه، موظف به ارجاع بیمار به بیمارستان‌های دارای خدمات تخصصی روانپزشکی و یا مشاوره با متخصص روانپزشکی بیمارستان قبل از دستور ترخیص بیمار است. در واقع بر طبق قانون، بیمار دارای افکار خودکشی در صورت تشخیص، مگر در صورت عدم رضایت شخصی همراه او به بستری، قابل ترخیص نمی‌باشد.

در حال حاضر، بیشترین آمار مربوط به اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است. در بین تعداد کمتری از افراد ۳۵ تا ۴۵ ساله‌ای که اقدام به خودکشی کرده‌اند، نسبت آنهایی که جان خود را متاسفانه از دست می‌دهند بیشتر است. خودکشی در افراد بیکار بیشتر است. در افراد نوجوان و جوان، بدتنظیمی خلق و رفتارهای تکانشی بیشتر است و همین امر سبب می‌شود که آمار اقدام به آسیب به خود و اقدام به خودکشی نیز در آنها بیشتر باشد.



آمارها نشان می‌دهند که اغلب کسانی که دست به خودکشی زده اند، اغلب در فاصله یک ماه قبل از آن به یک دلیل دیگری به یک پزشک مراجعه کرده بودند، لذا یکی از برنامه‌های جاری دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد این هست که در قالب برنامه سلامت روان جامعه نگر، تعامل با پزشکان عمومی بیشتر شود تا در صورت وجود هر گونه شکی در مورد احتمال آسیب زدن فرد به خود، بیماران به موقع ارجاع شوند. هرگونه نشانه‌ای در کلام و رفتار فرد یا هرگونه تهدید به خودکشی باید جدی گرفته شود و فرد باید در اسرع وقت به پزشک عمومی یا روانپزشک ارجاع داده شود، و از شروع مشاوره و روان درمانی برای این افراد بدون ویزیت و غربالگری توسط پزشک باید به جد اجتناب نمود.

مهمترین کاری که می‌توان برای دانش آموزانی که با اختلالات روانپزشکی شایع و یا افکار خودکشی مراجعه می‌کنند انجام داد این است که به آنها مهارت‌های زندگی و خود مراقبتی را بیاموزیم و به خانواده‌های نوجوانان دارای مشکلات رفتاری و خصلت‌های تکانشی بیشتر، مهارت‌های فرزندپروری بیاموزیم تا بتوانند تعامل سازنده و غیر تخریب کننده‌ای با نوجوان خود داشته باشند.

نقش رسانه‌ها

گاهی خودکشی‌ها در نوجوانان به صورت تقلیدی و به دنبال پخش اخبار توام با شور و هیجان و دراماتیزه کردن اخبار مربوط به خودکشی‌های خاص، بدون بررسی سبب شناسی آنها رخ می‌دهد. در خصوص انتشار اخبار و عکس‌های منتشر شده از فرد متوفی و قهرمانانه جلوه دادن اقدامش در پایان دادن به زندگی اش، و احیاناً او را قربانی اجتماع نشان دادن، در پی این اقدامات غلط رسانه‌های گروهی، نوجوان و یا جوان به اشتباه تصور خواهد کرد، پایان دادن به زندگی، عاقبت طبیعی یک فرد تحت فشار اجتماعی است و خودکشی رفتاری مورد تشویق رسانه‌ها و سبب شهرت او خواهد شد. اگر رسانه‌ها به دراماتیک کردن قصه افرادی که خودکشی

آنچه که به مردم جامعه امروزی ایران کمک می‌کند این است که به دنبال شنیدن اخبار مربوط به خودکشی در ملأ عام، رسانه‌ها در یک اقدام هم گام با یکدیگر، مخاطبان را به توجه بیشتر به امر پیشگیری در سلامت روان توجه دهند و در جهت ارتقاء سطح سواد سلامت مردم بکوشند تا نهادهای ارائه کننده خدمت در این خصوص نیز بتوانند خدمت خود را به دست خدمت گیرندگان نیازمند برساند.

کرده‌اند بپردازند، نه تنها کمکی به کاهش آمار خودکشی نمی‌کنند، بلکه ممکن است در مواردی، موجب افزایش پدیده خودکشی‌های تقلیدی به خصوص در نوجوانان نیز بشوند. آنچه که به مردم جامعه امروزی ایران کمک می‌کند این است که به دنبال شنیدن اخبار مربوط به خودکشی در ملا عام، رسانه‌ها در یک اقدام هم گام با یکدیگر، مخاطبان را به توجه بیشتر به امر پیشگیری در سلامت روان توجه دهند و در جهت ارتقاء سطح سواد سلامت مردم بکوشند تا نهادهای ارائه‌کننده خدمت در این خصوص نیز بتوانند خدمت خود را به دست خدمت‌گیرندگان نیازمند برسانند.

با همه این تفاسیر، وزارت بهداشت به تنهایی نمی‌تواند در کاهش میزان خودکشی موفق باشد، چون شواهد علمی موجود در داخل و خارج از کشور بیانگر این واقعیت هستند که عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی بر این پدیده تأثیر مستقیم و غیرمستقیم دارند و برای کنترل آن، نیاز به همفکری و همکاری همه دستگاه‌های متولی در این خصوص وجود دارد.



گسترش خدمات تخصصی روانپزشک در طرح تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

شهناز حسینی
کارشناس سلامت روان

با توجه به بار بالای اختلالات روانپزشکی، بدون شک ارتقاء و بهبود کیفیت خدمات درمانی بستری و تخصصی نیز در کنار گسترش خدمات پایه بهداشتی در حوزه سلامت روان از اهمیت بسزایی برخوردار است. بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تا سال ۱۳۹۴، ۶۰۵۴ تخت روانپزشکی در مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور فعال بودند. این تعداد تخت با احتساب ۱۱۳۰ تخت بیمارستان روانپزشکی رازی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، که تعداد قابل توجهی از آن صرفاً برای نگهداری بیماران مزمن روانپزشکی استفاده می‌گردد، به ۷۱۸۴ تخت می‌رسید. از این تعداد، ۵۸۹۹ تخت (حدود ۸۲٪) تخت در بیمارستان‌های تک تخصصی و ۱۲۸۵ تخت (حدود ۱۸٪) در بیمارستان‌های عمومی بودند. علاوه بر این، ۱۱۴ تخت در بیمارستان‌های روانپزشکی خیریه، شرکت نفت، و نیروی انتظامی، ۵۵۷ تخت در بیمارستان‌های روانپزشکی متعلق به بنیاد شهید، و ۱۴۳ تخت هم در بیمارستان‌های روانپزشکی سایر ارگان‌ها (دانشگاه آزاد، تامین اجتماعی و سازمان زندان‌ها) قرار داشت. در مجموع ۷۱۸۴ تخت دانشگاهی و ۱۴۴۰ تخت غیردانشگاهی وجود داشت که جمع آن ۸۶۲۴ تخت می‌شد. در بهترین شرایط اگر همه این تخت‌های روانپزشکی هم به طور فعال به بیماران روانپزشکی

ارائه خدمت می‌نمودند، میزان کمبود تخت روانپزشکی بر اساس نظام سطح بندی خدمات، تا پایان سال ۱۳۹۳، ۲۵۵۴ تخت می‌بود. همچنین، بسیاری از تجهیزات و فضای فیزیکی و منابع انسانی مراکز روانپزشکی نیز از کیفیت و استاندارد لازم برخوردار نبودند. در چنین شرایطی بود که اجرای برنامه استانداردسازی و گسترش خدمات تخصصی روانپزشکی در وزارت بهداشت آغاز گشت. از اهداف مهم برنامه، ارتقاء ظرفیت بستری تخت‌های روانپزشکی در بیمارستان‌های عمومی، بهره‌مندی و دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت روان، و استانداردسازی بخش‌ها و اورژانس‌های روانپزشکی با هدف بهبود کیفیت ارائه خدمات بستری به مردم است.

در آغاز اجرای این برنامه، در ابتدا نیاز سنجی و اولویت سنجی در خصوص مناطق حائز اهمیت صورت گرفت و بازدیدهای کارشناسی جهت اجرایی شدن روند ایجاد تخت‌ها و توسعه بخش‌های روانپزشکی مطابق استانداردها صورت گرفت و با تخصیص اعتبار از سوی وزارت بهداشت، و همت معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، در طی ۱۸ ماه گذشته، در مجموع حدود ۱۲۰۰ تخت روانپزشکی جدید در بیمارستان‌های عمومی دولتی، از طریق احداث و یا تغییر کاربری ایجاد و با افتتاح رسمی توسط وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی در دی ماه ۱۳۹۵، مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

اهم دستاوردهای این برنامه عبارتند از کاهش زمان دسترسی مردم برای دریافت خدمات روانپزشکی، کاهش پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات روانپزشکی با توجه به سهولت دسترسی در شهر محل اقامت، ارتقاء ظرفیت بستری خدمات روانپزشکی، تاثیر روانشناختی در دسترس بودن اعضای خانواده‌های آنان بیماران روانپزشکی در روند بهبود درمان بیمار، کاهش زمان انتظار بیماران و خانواده‌های آنان جهت دریافت خدمات بستری روانپزشکی، پیشگیری از تمرکز گرایی، و ایجاد احساس امنیت برای بیماران و خانواده‌های آنان از دریافت خدمات روانپزشکی به دلیل امکان دریافت خدمت در شهر محل سکونت.



1. Regier, Narrow, et al. Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. Public Health Rep. 1992 Nov-Dec; 107(6): 663-668.
2. Bijl and Ravelli ,Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study., Am J Public Health. 2000 April; 90(4): 602-607.
3. Andrade, Caraveo-Anduaga, et al , Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ. 2000; 78(4): 413-426.
4. Demyttenaere, Bruffaerts et al, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, World Psychiatry. 2007 Oct; 6(3): 168-176 WHO, 2001
5. World Health Organization, 2005, Global Burden of Disease
6. Murray, C.J. and Lopez, A.D. (1997) Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet, 349, 1269-1276.
7. Naghavi, Abolhassani, et al., The burden of disease and injury in Iran 2003, Popul Health Metr., 2009; 7: 9.
8. Wang, Lane, et al., Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys Lancet. 2007 September 8; 370(9590): 841-850

۹. پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۹۰-۱۳۸۹)

۱۰. نظام ثبت خودکشی اداره سلامت روان وزارت بهداشت، سال ۱۳۹۵

11. World Health Organization, 2017
12. Content source: Centers for Disease Control and Prevention, Program Performance and Evaluation Office /U.S. Department of Health & Human Services (<http://www.who.int>)

۱۳. بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲. نقوی م، ابوالحسنی ف، پورملک ف، جعفری ن و همکاران. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ ۱۳۸۷، دوره ۴

۱۴. انجمن روانپزشکان آمریکا (۲۰۱۳). ملاک‌های تشخیصی DSM-۵. ترجمه: احدیان فرد، پانته آ؛ میزایی گرکانی، محسن و شعبانی، امیر. انتشارات ابن سینا. بهمن ۱۳۹۴.

۱۵. عزیزی، فریدون. پیش بینی مرگ و میرو بار بیماری‌ها در ایران و جهان. مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. دوره ۳۳. شماره ۴. زمستان ۱۳۸۷. صفحات ۲۵۹ تا ۲۶۰

۱۶. توکلی فرد، مهنوش؛ حاتمی، حسین و بختیاری، مریم. بررسی مقایسه‌ی افسردگی در نوجوانان دارای والد مصرف کننده مواد و غیر مصرف کننده. مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی. دوره ۴. شماره ۲۰. اردیبهشت ۹۵. صفحات ۶۲ تا ۶۷

۱۷. نقوی، محسن؛ ابوالحسنی، فرید و پور ملکف فرشاد و همکاران. بار بیماری و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. ۱۳۸۷. دوره ۴. شماره ۱. صفحات ۱-۱۹

۱۸. سجادی، حمیرا. محقق‌ی کمال، سید حسین. وامقی، مروثه. فروزان، آمنه ستاره. رفیعی، حسن. نصرت آبادی، مهدی. مرور نظام مند مطالعات مرتبط با میزان شیوع و عوامل موثر بر افسردگی و مداخلات درمانی آن در سالمندان ایرانی. مجله سالمند ایرانی. سال هفتم. شماره بیست و هفتم. زمستان ۱۳۹۱. صفحه ۷ تا ۱۵

19. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ 2005;83:171-7.
20. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med, 9, 90.
21. Roche AM1, Pidd K1, Fischer JA1, Lee N1, Scarfe A1, Kostadinov V. Men, Work, and Mental Health: A Systematic Review of Depression in Male-dominated Industries and Occupations. Saf Health Work. 2016 Dec;7(4):268-283. Epub 2016 Apr 29.
22. Hammen CL. Children of depressed parents. In: Gotlib IH, Hammen CL, editors. Handbook of depression. 2nd Guilford Press; New York: 2009. pp. 275-297.
23. Joormann J, Eugene F, Gotlib IH. Parental depression: Impact on offspring and mechanisms underlying transmission of risk. In: Nolen-Hoeksema S, editor. Handbook of adolescent depression. Guilford Press; New York: 2008.
24. Ahmad F, Shakya Y, Ginsburg L, Lou W, Ng PT, Rashid M, Ferrari M, Ledwos C, McKenzie K. Burden of common mental disorders in a community health centre sample. Can Fam Physician. 2016 Dec;62(12):e758-e766.

۲۵. دکتر ارسیا تقوا (۱۳۹۴) انجام بررسی موقعیتی، نیازسنجی، توسعه و بسط برنامه ملی عملیاتی، نظارت و ارزیابی بر چارچوب و راهنمای عملی برای مبارزه با انگ

بیماری روانی در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۲۶. دکتر آفرین رحیمی موقر و همکاران ۱۳۸۹-۱۳۹۰ پیمایش ملی سلامت روان معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

27. Wahl, O.F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 25(3)

28. Grav S, Hellzèn O, Romild U, Stordal E. *J Clin Nurs*. 2012 Jan;21(1-2):111-20.

29. Geneviève Gariépy, Helena Honkaniemi, Amélie Quesnel-Vallée

30. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries, *The British Journal of Psychiatry* Oct 2016, 209 (4) 284-293; DOI: 10.1192/bjp.bp.115.169094

۳۱. مطالعه ملی مقیاس سلامت اجتماعی ایرانیان، وزارت بهداشت ۱۳۹۳

32. Jaffee, W. B., Griffin, M. L., Gallop, R., Meade, C. S., Graff, F., Bender, R. E., & Weiss, R. D. (2009). Depression precipitated by alcohol use in patients with co-occurring bipolar and substance use disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(2), 171-176.

33. Quello, S. B., Brady, K. T., & Sonne, S. C. (2005). Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives*, 3(1), 13.

34. Luoma, J., Drake, C. E., Kohlenberg, B. S., & Hayes, S. C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: The development of a new measure. *Addiction Research & Theory*, 19(1), 3-13.

35. Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Psychological distress tolerance and duration of most recent abstinence attempt among residential treatment-seeking substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 208.