

بررسی اختلالات افسردگی نزد مریضان مراجعه کننده در سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی

کاندید رنحورمل دوکتور احمد سمیر حبیب یار^۱

^۱ ترینر متخصص سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی

چکیده

افسردگی به عنوان یکی از اختلالات روانی رایج و مهم، تأثیر گسترده‌ای بر زندگی افراد دارد و می‌تواند به طور معناداری کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش دهد. افسردگی نه تنها برای فرد مبتلا بلکه برای خانواده و جامعه نیز پیامدهای منفی دارد. در شفاخانه‌ها، که به عنوان مکان‌های ارائه مراقبت به افراد مبتلا به مریضی‌های جسمی و روانی می‌باشند، اختلالات افسردگی نیز از جمله مسائلی است که نیازمند بررسی و مدیریت جدی می‌باشد. با توجه به اهمیت افسردگی در بین مریضان شفاخانه‌ها، تحقیق حاضر به بررسی اختلالات افسردگی نزد مریضان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی می‌پردازد. هدف این تحقیق بررسی اختلالات افسردگی میان مریضان مراجعه کننده در شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی طی سال ۱۴۰۲ می‌باشد. این تحقیق نوع توصیفی-کاربردی بوده داده‌ها به کمک پرسشنامه جمع‌آوری، سپس وارد نرم‌افزار SPSS ۲۷ گردیده آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. بر اساس جدول آمار توصیفی مربوط به اختلالات افسردگی در مریضانی مراجعه کرده‌اند، مشخص شده است که این افراد از اختلالات مختلف روانشناختی رنج می‌برند. به طور خاص، از میان آن‌ها، ۵۹ نفر دارای غم و ناراحتی، ۴۷ نفر عدم تمرکز، ۲۸ نفر درد قفس سینه، ۶۴ نفر مشکلات خواب، ۴۱ نفر سردردی، ۳۳ نفر تغییر در اشتها، ۲۱ نفر تغییر در وزن، ۴۳ نفر کسالت و ۲۳ نفر درد قفس سینه را تجربه کرده‌اند. این اطلاعات نشان می‌دهد که افسردگی می‌تواند به صورت گسترده و متنوع در این مراجعه‌کنندگان نقش داشته باشد نتایج نشان داد که افراد مورد مطالعه با اختلالات مختلف روانشناختی مواجه هستند، از جمله غم و ناراحتی، عدم تمرکز، مشکلات خواب و سایر علائم افسردگی. بر اساس این نتایج، پیشنهاد شد که این مریضان به مشاوره و درمان روانی مناسب دسترسی پیدا کنند تا وضعیت روانی آن‌ها بهبود یابد. ارائه برنامه‌های درمانی و پشتیبانی مناسب نیز تأکید شد تا بهبودی در کیفیت زندگی آن‌ها ایجاد شود. این پیشنهادات می‌تواند برای بهبود وضعیت روانی این مریضان مؤثر باشد. امیدوارم این پیشنهادات به بهبود و رونق بهتر زندگی این مریضان کمک کند.

واژه‌های کلیدی: احساس کسالت، عدم تمرکز، مشکلات خواب، سردردی، ابوعلی سینای بلخی، اختلالات، تغییر در اشتها

مقدمه:

همه‌ی انسان‌ها در دوره‌هایی از زندگی‌شان احساس افسردگی یا Depression می‌کنند. این احساس افسردگی به خاطر رخدادهای ناگوار یا احساسات منفی مانند: از دست دادن شغل، نمره‌ی خوب نگرفتن در امتحانات و ... پدید می‌آید و پس از چند روز یا هفته فرد به زندگی طبیعی باز می‌گردد. در این حالت می‌گوییم فرد دچار خلق‌وخوی افسرده شده است. همانند شادی، ترس، امید، خشم و ... ، خلق‌وخوی افسرده نیز یکی از واکنش‌های طبیعی انسان در برابر رویدادهای زندگی است. اما هنگامی که این خلق‌وخوی افسرده دنباله داشته باشد به اختلال افسردگی می‌انجامد (بیات، ۱۳۸۹: ۱).

اختلال افسردگی، قدرت قضاوت را تضعیف می‌کند و باعث رفتارهای نامعقول می‌شود. در هر یک از موارد، مریض نمی‌تواند زندگی روزمره عادی داشته باشد. افسردگی می‌تواند، باعث ابتلای مریض به انواع امراض جسمی و روانی شود، افسردگی یک اختلال روانی است که باعث احساس غم و ناراحتی مداوم و از دست دادن علاقه می‌شود. شخص افسرده با فرورفتن در خود و بی‌توجهی یا کم‌توجهی به محیط اطراف و دیگران مشخص می‌شود (نقش جهان، ۱۴۰۲: ۱).

افسردگی مریضی جدی و شایعی است که با اختلال آشکار در خلق مشخص می‌شود. بررسی‌ها میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را به‌طور کلی ۳-۶ فیصد و در زنان دو برابر مردان گزارش نموده اند و شیوع مادام‌العمر این اختلال به ۱۵ الی ۲۵ فیصد می‌رسد (طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۳: ۳۰).

بر اساس اطلاعات وزارت صحت عامه کشور، ۴۷٪ از جمعیت ۳۲ میلیونی افغانستان از مشکلات روانی از جمله افسردگی رنج می‌برند. تنها در سال ۲۰۱۸، دو میلیون نفر دچار نوعی از مریضی روانی داشتند که در مراکز صحتی غرض تداوی مراجعه نمودند). بر اساس گزارش تازه سازمان ملل سطح افسردگی از ۵۷٪ در ماه مارچ به ۶۹٪ در ماه جون سال ۲۰۲۲ رسیده است (۲). به همین ترتیب شیوع افسردگی در جهان رو به افزایش بوده و این مریضی در طول زندگی بین ۲۰-۲۵٪ در زنان و ۱۲-۷٪ در مردان متغیر است (Wang, et al, 2017).

انسان از نظر فکری، احساسی و رفتاری موجود اجتماعی می‌باشد و این ویژگی بر همه‌ی ادوار زندگی وی سایه انداخته است. تحقیقات نشان داده اند که در پیش گرفتن الگوی زندگی سالم، حتی در سالهای آخر عمر، می‌تواند امید به زندگی را افزایش و مریضی و هزینه‌های مربوط به آن را کاهش دهد. بناً افسردگی برای هر کس معنایی دارد و می‌تواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند (یزدخواستی، ۱۳۸۸: ۱۳).

در اختلال شناختی تأکید بر عامل شناخت و حافظه است و بین کارایی شناختی و افزایش سن ارتباط معناداری وجود دارد. تحقیقات وودفرد و جورج در سال ۲۰۰۷، نشانگر آن است که با افزایش سن، تغییراتی در مغز به وجود می‌آید که باعث بروز تفاوت‌هایی در شیوه تفکر و رفتار می‌شود. این تغییرات از تغییرات ناشی از شروع و یک اختلال (معمولاً وابسته به سطح عملکرد شخصی، اجتماعی و شغلی فرد) قابل تفکیک است. آن‌ها همچنین اظهار داشتند که متخصصان تفاوت در شیوه تفکر و رفتار را ناشی از عوامل مختلفی مثل افزایش سن، اختلال شناختی غیر دمانس و دمانس می‌دانند. به نظر آن‌ها، اختلال شناختی حادفاصل بین افزایش سن و دمانس می‌باشد (یزدخواستی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۳).

<https://www.bbc.com/persian/afghanistan-48333510>

<https://www.afintl.com/202309197297>

اختلال های افسردگی، جزو اختلال های خلقی به شمار می روند. افسردگی به هر شکل، دیده شود، شیوه دید فرد از خود، از دیگران و از جهان را تعریف می کند. اختلال افسردگی، قدرت قضاوت را تضعیف می کند و باعث رفتارهای نامعقول می شود. در هر یک از موارد، مریض نمی تواند زندگی روزمره عادی داشته باشد، افسردگی می تواند، باعث ابتلای مریض به انواع مریضی های جسمی و روانی شود (طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۳).

اختلال افسردگی، بیشتر در دهه چهارم عمر، شروع می شود؛ هرچند امکان شیوع آن در تمام سنین، حتی در جوانان ۲۰ تا ۳۰ سال نیز وجود دارد. افسردگی می تواند باعث عدم تمرکز و مسئولیت پذیری در زندگی شود؛ بنابراین، ممکن است که فرد افسرده، کنترل و تمایل خود را برای ادامه زندگی از دست بدهد. افسردگی، موجب لذت نبردن فرد از زندگی می شود. فرد افسرده به سمت بدبینی، ایراد گرفتن، نداشتن اعتماد به نفس، کاهش احساسات و قدرت تخیل، دچار می شود (باغبانین و همکاران، ۱۳۸۷: ۷۸).

تشخیص شاخص های خلق افسردگی نزد مریضان به خصوص سالمندان بسیار دشوار است چرا که نشانه های افسردگی در سالمندان نسبت به جوانان متفاوت است. ریشه این تفاوت می تواند در تجربه های افسردگی بر انگیزه مانند داغداری، مریضی های دردناک، و یا منتج از اختلالات شناختی مانند نقص حافظه باشد. کارل و امری در دو مطالعه مجزا نشان داد که افسردگی قبل از زوال شناختی در سالمندان عارض می گردد، به نحوی که پس از افسردگی اختلال جهت یابی و نقص در حافظه ظاهر می شود (سالکی و همکاران، ۱۴۰۲). مورفی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که افسردگی نوع متوسط و شدید همراه با اختلال در شناخت، توانایی های اداری حرکتی و توانایی ارتباط با دیگران است (نجاتی و عشایری، ۱۳۸۵: ۱۱۳).

اختلالات افسردگی به صورت احساس بی ارزش بودن و ناراحتی مداوم و فقدان انگیزه برای شرکت در فعالیت هایی که پیش تر برای فرد لذت بخش بوده اند، تعریف می شوند. افسردگی یک احساس غم گذرا که همه ممکن است هر از گاهی آن را تجربه کنند، نیست، بلکه یک مریضی جسمی/ذهنی پیچیده است که در عملکرد روزمره فرد اختلال ایجاد می کند. این مریضی نه تنها دیدگاه فرد را به زندگی تیره می کند، بلکه معمولاً همراه با مشکلات خواب و تغییر در سطوح انرژی و اشتها است. افسردگی ساختار و عملکرد سلول های عصبی را به گونه ای تغییر می دهد که تجزیه و تحلیل و تفسیر تجربیات توسط مغز مختل می گردد. علی رغم احساسات ناامیدی و بی ارزش بودن، اختلالات افسردگی یک مریضی قابل تداوی است.

بر اساس اطلاعات، همه ساله بیش از ۱۶ میلیون بزرگسال در ایالات متحده حداقل یک اپیزود افسردگی شدید را تجربه می کنند. احتمال ابتلای هر فرد به افسردگی در مقطعی از زندگی خود، تقریباً ۱۰ فیصد است (Harter, etal, 2018).

اضطراب اجتماعی طولانی مدت و اختلالات عمده در روابط اجتماعی ریسک فاکتورهای شناخته شده برای ابتلای فرد به افسردگی هستند. اتفاقات منفی زندگی مانند از دست دادن عزیزان یا از دست دادن شغل نیز ریسک افسردگی را افزایش می دهند. ناملایمات های زود هنگام در زندگی، از قبیل جدایی والدین یا بی توجهی والدین یا مورد سوء استفاده واقع شدن، ممکن است از طریق واداشتن سیستم عصبی به پاسخ دادن بیش از حد به استرس، باعث آسیب پذیری بعدی فرد نسبت به افسردگی شدید شوند (Khalizadeh, etal, 2005).

بناً اختلالات افسردگی، یک مریضی است که خلق و افکار فرد را در بر می گیرد. این مریضی انگیزه را از بین برده و در عملکرد عادی زندگی روزمره تداخل ایجاد می کند. این مریضی معمولاً باعث رنجش خود فرد افسرده می شود و هم افرادی که به او

اهمیت می دهند را تحت تأثیر قرار می دهد. افسردگی نه نشانه‌ی ضعف شخصی است و نه وضعیتی است که به اراده و میل فرد از بین برود. افسردگی به صورت اپیزودی رخ می دهد (Zigmanond, etal, 1989).

انواع رایج اختلالات افسردگی

۱. اختلال افسردگی شدید

این نوع از افسردگی به صورت یک غم مداوم به همراه تعدادی از علائمی که با قابلیت کار کردن، مطالعه کردن، خوابیدن، غذا خوردن و لذت بردن از فعالیت‌هایی که قبلاً خوشایند بوده‌اند، تداخل می کنند، در فرد ظاهر می شود. اپیزود ناتوان کننده‌ی افسردگی ممکن است تنها یک بار اتفاق بیافتد، ولی معمولاً چندین بار در طول زندگی رخ می دهد. افسردگی بسیار بیشتر از یک اختلال است. این مریضی عملکرد بسیاری از سیستم‌های بدن را نیز تحت تأثیر قرار می دهد.

۲. افسردگی مزمن

افسردگی مزمن شامل علائم ناراحتی و دلسردی در بیشتر روزها در یک مدت طولانی است. ولی این خلق افسرده ناتوان کننده نیست، گرچه تا حدی عملکرد فرد را مختل می کند. البته بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی مزمن اپیزودهای افسردگی شدید را نیز در برهه‌ای از زندگی خود تجربه می کنند. برخی از اشکال افسردگی شامل تغییرات اندک در خلق و خوی فرد است و تحت شرایط خاصی ایجاد می شود.

۳. اختلال ملال پیش از قاعدگی

این نوع از افسردگی که به عنوان سندروم پیش از قاعدگی نیز شناخته می شود، در هفته‌ی پیش از شروع قاعدگی به وجود می آید. این حس در روزهای پس از شروع قاعدگی فروکش می کند و در هفته‌ی پس از اتمام قاعدگی بهبود می یابد. بر اساس اطلاعات موسسه‌ی ملی صحت، ۳ تا ۸ فیصد زنان در سن باروری، اختلال پیش از قاعدگی را تجربه می کنند.

۴. افسردگی شدید همراه با خصوصیات سایکوتیک

افسردگی سایکوتیک، زمانی رخ می دهد که مریض دچار افسردگی شدید همراه با توهم و هذیان باشد. علائم سایکوتیک ممکن است متجانس با علائم خلقی افسردگی باشند. علائم سازگار با پیش زمینه‌های افسردگی از قبیل احساس عدم کفایت، گناه، پوچ گرایی یا مرگ و یا توهم‌ها و هذیان‌ها ممکن است در این نوع از افسردگی بروز کند.

۵. افسردگی بعد از ولادت

این نوع از اختلالات افسردگی زمانی تشخیص داده می شود که زنی در طول حاملگی یا چهار هفته‌ی پس از ولادت، دچار اپیزود افسردگی شدید شود. تخمین زده می شود که ۳ تا ۶ فیصد زنان افسردگی بعد از ولادت را تجربه می کنند.

۶. افسردگی شدید با الگوی فصلی

اختلال خلقی فصلی به صورت شروع مریضی افسردگی در طول زمان‌های خاصی از سال تعریف می شود. معمولاً، افسردگی در طول ماه‌های زمستان که آفتاب محدود است، ایجاد شده و به طور کامل در ماه‌های بهار و تابستان بهبود می یابد.

در تعداد کمی از موارد افسردگی فصلی، افسردگی در طول ماه های تابستان هم رخ می دهد. اختلال خلقی فصلی می تواند به طور مؤثر توسط نوردرومانی بهبود یابد، اما تقریباً نیمی از افراد مبتلا به اختلال خلقی فصلی، با نوردرومانی بهبود نمی یابند. دواهای ضد افسردگی و روان درمانی می توانند علائم اختلال خلقی فصلی را به تنهایی یا در ترکیب با نوردرومانی کاهش دهند.

پیشینه تحقیق:

صالحی و همکاران در سال ۱۳۸۵ تحقیقی را تحت عنوان بررسی ارتباط بین اختلال افسردگی اساسی و سطح سرمی کلسترول در ایران انجام داد. این تحقیق یک مطالعه مورد-شاهد بوده که در سال ۱۳۸۵ انجام شد. گروه مورد میان ۶۲ نفر از مریضان دچار افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز روانی شهید هاشمی سنجانی و گروه شاهد از بین مریضان بخش گوش و گلو شفاخانه امیرکبیر اراک انتخاب شدند. دو گروه از نظر تعداد، جنس و تحصیلات با هم همسان سازی شدند. از تمام افراد ۵ CC نمونه خون در حالت ناشتا گرفته و سطح سرمی کلسترول آن ها تعیین شد. با تعیین سطح کلسترول دو گروه، داده ها از طریق آزمون کای و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که اوسط سن افراد شرکت کننده در دو گروه ۳۵،۵ ± ۹،۹ سال بود. ۷۷٪ از افراد شرکت کننده در طرح زن و ۲۳٪ مرد بودند. ۶۷،۲٪ متأهل و ۲۵،۸٪ مجرد و ۶،۵٪ مطلقه بودند. مقایسه اوسط سرمی کلسترول در گروه مورد (۴۷،۴ ± ۲۱۵ میلی گرام در دیسی لیتر) و گروه شاهد (۳۱،۲ ± میلی گرام بر دیسی لیتر) نشان داد که افراد گروه مورد، کلسترول بالاتری نسبت به گروه شاهد داشتند (صالحی و همکاران ۱۳۸۵: ۱).

بختیاری و همکاران در سال ۱۳۹۶ تحقیقی را تحت عنوان بررسی وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک شده و برخی عوامل مرتبط با آن ها در سالمندان ساکن شهر تهران انجام دادند. این مطالعه مقطعی با ۵۸۰ سالمند ساکن شهر تهران در حوزه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نمونه گیری چندمرحله ای نظامند با گرفتن رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان انجام شد. مریضی نیورولوژیک، ابتلا به اختلالات روانی شناخته شد و سابقه بستری به علت مریضی های روانی معیار خروج از مطالعه بوده است. اطلاعات با پرسشنامه های استندرد افسردگی بک و حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و پرسشنامه اطلاعات جمعیتی جمع آوری گردیده و تجزیه تحلیل صورت گرفت. یافته ها نشان داد که سن شرکت کنندگان $7,91 \pm 69,66$ سال محاسبه شد، ۶۵،۵۳ فیصد آنان فقط با همسرانشان زندگی می کردند و ۴،۰۱ فیصد بی سواد و ۸۹،۶۹ فیصد حداقل صاحب یک منزل مسکونی بودند. پوشش بیمه تداوی ۹۲،۳۸ فیصد محاسبه شد. ۲۹،۶ فیصد از نظر اقتصادی و ۴۶،۹۹ فیصد از افراد نیز از زندگی خود ابراز رضایت کردند. شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۱۷،۴۱، ۸۸،۵۸، ۸،۲۵ فیصد و موافقت با حمایت اجتماعی ادراک شده نیز ۷۲،۳۸ فیصد بدست آمد. آزمون کروسکال والیس نشان داد سطوح مختلف افسردگی با حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنی دار دارد. آزمون همبستگی نیز نشان داد با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده میزان افسردگی کاهش یافته است. متغیرهای وضعیت تأهل، مسکن، بیمه، رضایت از زندگی و رضایت اقتصادی با هر دو متغیر افسردگی و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری نشان داد. تحصیلات با افسردگی رابطه معنی دار آماری داشت، ولی بین جنسیت با افسردگی و نیز تحصیلات و جنسیت با حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط معنی داری برقرار نبود (بختیاری، ۱۳۹۶: ۱۹۵).

طباطبایی و همکاران در سال ۱۳۸۳ به بررسی شیوع علائم جسمی در مریضان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در ایران پرداختند. این تحقیق به شکل توصیفی بالای ۳۳ مریض مبتلا به افسردگی اساسی بر پایه معیارهای تشخیصی (DSM-IV) انجام شد. این گروه مریضان از بین مراجعان به کلینیک ویژه شفاخانه امام رضا و ابن سینا انتخاب گردیدند. نتایج مطالعه نشان داد که ۳۳،۳٪ از پرسونل دانشگاه دچار یکی از انواع اختلالات روانی بوده اند که رقم قابل ملاحظه ای می باشد. این اختلال در

زنان ۲۳،۱٪ و در مردان ۴۰٪ بوده است. ارتباط آماری معنی داری بین وجود اختلالات روانی جنس و نوع استخدام وجود نداشت. ۴۰٪ مریضان علایم جسمی را به صورت شدید تجربه می کنند، ۲۵٪ آن ها علایم متوسط و ۲۱ فیصد از علایم خفیف رنج می برند و در بررسی همبستگی بین شدت افسردگی و شدت علایم جسمی نیز ضریب همبستگی ۰،۷۴ به دست آمد (طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۳: ۲۹).

Golovina و همکاران در تحقیقی به بررسی اختلالات افسردگی نوجوانان در شفاخانه سراپای مسکو پرداختند. این تحقیق شامل ۱۵۸ مریض (۸۹ پسر و ۶۹ دختر) ۱۵-۱۷ ساله با پتالوژی افسردگی با منشأ مختلف بود که در سالهای ۲۰۱۵ الی ۲۰۲۰ به مراکز درمانی مسکو مشاهده شدند، تحقیق بالای آن ها صورت گرفت. یافته ها نشان داد که دختران دارای اختلالات عاطفی (۴۳٪)، اختلالات تشخیصی نوظهور (۲۹٪)، اختلال اسیکتروتایپی (۱۳٪) بود. در مردان جوان، حالات افسردگی بیشتر در ساختار اختلال شخصیت نوظهور (۵۹،۶٪)، اختلال اسیکتروتایپی (۱۵،۷٪) تشخیص داده شد. نتایج تحقیق نشان داد که افسردگی نوجوانان از اختلالات عاطفی ناهمگن هستند (Golovina, et al, 2023).

روش تحقیق:

این تحقیق توصیفی-کاربردی بوده و داده های این تحقیق با استفاده از پرسشنامه های استاندارد مربوط به اختلالات افسردگی، جمع آوری گردید. حجم نمونه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده بوده که به صورت تصادفی به ۱۰۰ تن پرسشنامه توزیع گردید. پرسشنامه ها بعد از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS 28 گردیده آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردیده است.

تجزیه و تحلیل داده ها:

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان نظر به جنسیت

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مرد	۷۲	۷۲	۷۲	۷۲
	زن	۲۸	۲۸	۲۸	۱۰۰.۰
	Total	۱۱۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

نتایج جدول (۱) در رابطه به جنسیت مریضان مراجعه کننده در سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی را نشان می دهد که از جمله (۱۰۰) تن، (۷۲) تن مرد (۷۲٪) و (۲۸) تن زن (۲۸٪) می باشد.

جدول (۲) آمار توصیفی مریضان نظر به سن

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	۲۰-۳۰	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲
	۳۰-۴۰	۲۹	۲۹	۲۹	۲۹
	۴۰-۵۰	۲۸	۲۸	۲۸	۲۸
	بزرگتر از ۵۰ سال	۲۱	۲۱	۲۱	۱۰۰.۰
	Total	۱۱۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	

نتایج جدول (۲) در رابطه به سن مریضان مراجعه کننده در سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی نشان می دهد که از جمله (۱۰۰) تن، (۲۲) تن میان سنین ۲۰ الی ۳۰ سال، (۲۹) تن میان سنین ۳۰ الی ۴۰ سال، (۲۸) تن میان سنین ۴۰ الی ۵۰ سال و (۲۱) تن بیشتر از ۵۰ سال سن دارند.

جدول (۳) آمار توصیفی مریضان مبتلا به سکته مغزی

متغیرها	فریکوئنسی	فیصدی
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰
	نامزاد	۱۵
	متاهل	۷۵
تحصیلات	بی سواد	۳۵
	با سواد	۶۵
درآمد ماهانه	۵۰۰۰ - ۲۰۰۰	۲۸
	۱۰۰۰۰ - ۵۰۰۰	۳۲
	بیشتر از ۱۰,۰۰۰	۴۰
محل زندگی	بیرون شهر	۴۸
	داخل شهر	۵۲

جدول (۳) آمار توصیفی مریضان نشان می دهد. یافته ها نشان می دهد که از جمله (۱۰۰) تن، (۱۰) تن مجرد، (۱۵) تن نامزاد و (۷۵) تن متاهل می باشد. یافته ها نشان داد که (۳۵) تن بی سواد و (۶۵) تن باسواد هستند. از جمله مریضان (۴۸) تن در بیرون شهر و (۵۲) تن در داخل شهر زندگی می نمودند. درآمد ماهانه (۲۸) تن آن ها میان ۲ الی ۵ هزار افغانی، (۳۲) تن آن ها ۵ الی ۱۰ هزار افغانی و (۴۰) تن آن ها بیشتر از ده هزار افغانی درآمد داشتند.

جدول (۴) آمار توصیفی مربوط به اختلالات افسردگی نزد مریضان

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	Total
Valid	غم و ناراحتی	۵۹	۵۹	۵۹	۵۹	۱۰۰
	عدم تمرکز	۴۷	۴۷	۴۷	۴۷	۱۰۰
	درد قفس سینه	۲۸	۲۸	۲۸	۲۸	۱۰۰

مشکلات در خواب	۶۴	۶۴	۶۴	۶۴	۱۰۰
سردردی	۴۱	۴۱	۴۱	۴۱	۱۰۰
تغییر در اشتها	۳۳	۳۳	۳۳	۳۳	۱۰۰
تغییر در وزن	۲۱	۲۱	۲۱	۲۱	۱۰۰
احساس کسالت	۴۳	۴۳	۴۳	۴۳	۱۰۰
درد قفس سینه	۲۳	۲۳	۲۳	۲۳	۱۰۰

نتایج جدول (۴) آمار توصیفی مربوط به اختلالات افسردگی را نزد مریضان مراجعه کننده در سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی نشان می دهد، که (۵۹) تن آنها دارای غم و ناراحتی، در (۴۷) تن آنها عدم تمرکز، در (۲۸) تن آنها درد قفس سینه، در (۶۴) تن آنها مشکلات خواب، در (۴۱) تن آنها سردردی، در (۳۳) تن آنها تغییر در اشتها، در (۲۱) تن آنها تغییر در وزن، در (۴۳) تن آنها کسالت و در (۲۳) تن آنها درد قفس سینه مشاهده گردیده است. قابل یادآوری است که این اختلالات میان (۱۰۰) تن نظر به فریکونسی های بدست آمده مشترک بوده و ضریب اشتراک در هر اختلال فرق می کند.

نتیجه گیری:

افسردگی یک اختلال روانی شایع است که ممکن است بر روی کیفیت زندگی فرد تأثیرگذار باشد. علایم افسردگی شامل احساس ناراحتی، اضطراب، انرژی کم، عدم علاقه به فعالیت های روزمره، و تغییرات در وزن و خواب می شود. افراد ممکن است احساس تنهایی و بی ارزشی داشته باشند و نتوانند از لذت فعالیت های روزمره بهره مند شوند. افسردگی نیاز به توجه و تداوی مناسب دارد. تداوی افسردگی ممکن است شامل تداوی های روان شناختی، مشاوره، دواها و تغییرات در سبک زندگی شامل ورزش منظم، تغذیه سالم، و مدیتیشن باشد. ارتباط خوب با خانواده و دوستان نیز می تواند در بهبود وضعیت افسردگی کمک کند. اهمیت تشخیص دقیق و به موقع افسردگی، ارایه حمایت و مراقبت مناسب، و آگاهی بخشی به افراد و خانواده آنها نقش حیاتی در بهبود این اختلال دارد. درمان افسردگی از طریق روش های مختلفی انجام می شود. بناً اهمیت تشخیص صحیح و به موقع افسردگی و آغاز تداوی مناسب در جلوگیری از تشدید این اختلال و بهبود وضعیت روانی و فیزیکی فرد بسیار حائز اهمیت است. اطلاعات بیشتر در مورد افسردگی و راه های مدیریت آن می تواند به افزایش آگاهی و بهبود وضعیت افراد مبتلا به این اختلال کمک کند. هدف از تحقیق حاضر بررسی اختلالات افسردگی در مریضان مراجعه کننده به شفاخانه آموزشی حوزوی ابوعلی سینای بلخی می باشد. با توجه به اهمیت شناخت و تداوی این اختلالات، مطالعه ای جامع انجام شده است. یافته ها نشان می دهد که از مجموع ۱۰۰ نفر، ۷۲ نفر مرد (۷۲٪) و ۲۸ نفر زن (۲۸٪) هستند. همچنین بین این افراد، ۲۲ نفر در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲۹ نفر در رده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۸ نفر در رده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و ۲۱ نفر بالای ۵۰ سال قرار دارند. از این ۱۰۰ نفر، ۱۰ نفر مجرد، ۱۵ نفر نامزد و ۷۵ نفر متاهل هستند. ۳۵ نفر از این ۱۰۰ نفر بی سواد هستند و ۶۵ نفر دارای سواد هستند. از این میان، ۴۸ نفر در بیرون شهر و ۵۲ نفر در داخل شهر زندگی می کنند. در زمینه درآمد ماهانه، ۲۸ نفر از آنها در بازه ۲ تا ۵ هزار افغانی درآمد دارند، ۳۲ نفر در بازه ۵ تا ۱۰ هزار افغانی و ۴۰ نفر بیش از ۱۰ هزار افغانی درآمد ماهانه دارند.

بر اساس جدول آمار توصیفی مربوط به اختلالات افسردگی در مریضانی که به سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی مراجعه کرده اند، مشخص شده است که این افراد از اختلالات مختلف روان شناختی رنج می برند. به طور

خاص، از میان آن‌ها، ۵۹ نفر دارای غم و ناراحتی، ۴۷ نفر عدم تمرکز، ۲۸ نفر درد قفس سینه، ۶۴ نفر مشکلات خواب، ۴۱ نفر سردردی، ۳۳ نفر تغییر در اشتها، ۲۱ نفر تغییر در وزن، ۴۳ نفر کسالت و ۲۳ نفر درد قفس سینه را تجربه کرده‌اند. این اطلاعات نشان می‌دهد که افسردگی می‌تواند به صورت گسترده و متنوع در این مراجعه‌کنندگان نقش داشته باشد. بر اساس نتایج جدول آمار توصیفی مربوط به اختلالات افسردگی در مریضان مراجعه‌کننده به سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی، پیشنهاد می‌دهم به این مریضان ارائه مشاوره و تداوی مناسب شود. اختلالاتی مانند غم و ناراحتی، عدم تمرکز، مشکلات خواب و سایر علائم افسردگی نیازمند توجه و مراقبت خاص هستند. همچنین، توصیه می‌شود تا برنامه‌های تداوی و پشتیبانی روانی مناسب برای این افراد ارائه شود تا بهبود و بهبودی در وضعیت روانی آن‌ها ایجاد شود.

مأخذ:

۱. باغبانیان علی، سپهرمنش زهرا، فخاریان اسماعیل. بررسی اختلال افسردگی اساسی در مبتلایان به شکایات جسمی بستری شده در مریضستان روانپزشکی اخوان سال ۱۳۷۸. مجله علوم پزشکی فیض. ۱۳۸۰؛ ۵ (۴): ۷۴-۷۹.
۲. بختیاری مریم، امامی نایینی مهرگان، حاتمی حسین، خداکریم سهیلا، صحاف ربابه. (۱۳۹۶). بررسی وضعیت افسردگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و برخی عوامل مرتبط با آن‌ها در سالمندان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۳. سالمند: مجله سالمندی ایران؛ ۱۲ (۲): ۱۹۲-۲۰۷.
۳. بیات، حسین. (۱۳۹۸). بررسی اختلالات افسردگی و راه‌های درمان آن، کنفرانس بین‌المللی علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره، آموزش و پژوهش، تهران، <https://civilica.com/doc/1010807>
۴. سالکی، مهسا، دهقانی، محسن، مظاهری تهرانی، محمدعلی & حیدری، محمود. (۱۴۰۲). بررسی نقش اضطراب و افسردگی در پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی با تعدیل‌کنندگی درد روانی، فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی. doi: 10.22059/japr.2023.331374.644023. ۲۴۲-۲۲۷، ۱۴(۱).
۵. صالحی بهمن، جعفری سعید، فرجی فردین. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط بین اختلال افسردگی اساسی و سطح سرمی کلسترول. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک؛ ۱۰ (۱): ۸۷-۹۲.
۶. نجاتی وحید، عشایری حسن. بررسی ارتباط بین اختلالات شناختی و افسردگی در سالمندان. سالمند: مجله سالمندی ایران. ۱۳۸۵؛ ۱ (۲): ۱۱۲-۱۱۸.
۷. نقش جهان، آمنه. (۱۴۰۲). بررسی انواع اختلالات افسردگی و راهکارهای پیشگیری و درمان، ششمین همایش بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی، همدان، <https://civilica.com/doc/2003474>
۸. یزدخواستی، فریبا. (۱۳۸۸). بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان و ارتباط آن‌ها با یکدیگر. تازه‌های علوم شناختی؛ ۱۱ (۴): ۱۷-۱۲.
۹. Golovina, A. G., & Kravchenko, N. E. (2023). Depressivnye rasstroistva u podrostkov v ambulatornoi psikiatricheskoi praktike [Depressive disorders in adolescents in outpatient psychiatric practice]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova, 123(9. Vyp. 2), ۵۸-۶۳. <https://doi.org/10.17116/jnevro2023123.09208>.
۱۰. Härter, M., Jansen, A., Berger, M., Baumeister, H., Bschor, T., Harfst, T., Hautzinger, M., Kriston, L., Kühner, C., Schauenburg, H., Schorr, S. G., Schneider, F., & Meister, R. (2018). Psychotherapie depressiver Störungen: Evidenz bei chronischer Depression und bei Komorbidität [Psychotherapy of depressive disorders: Evidence in chronic depression and

- comorbidities]. *Der Nervenarzt*, 89(3), 252–262. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0485-5>.
۱۱. Khalilzadeh R, Yavarian R, Khalkhali H R. The Relationship of Job Stress, Depression and Anxiety of Nursing Staff of Urmia University of Medical Sciences. *Nursing and Midwifery Journal* 2005; 3 (1) URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-166-fa.html>.
 ۱۲. Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(8), e017173. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017173>.
 ۱۳. Yusefi A R, Nikmanesh P, Daneshi S, Bayati M, Rezabeigi Davarani E. Assessing the Correlation Between the Level of Depressive Disorder and Quality of life in Employees Working in Covid-19 Reference Hospital in 2020. *Qom Univ Med Sci J* 2021; 15 (7) :508-517.
 ۱۴. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-4447.1983.tb09716.x>.
 ۱۵. <https://www.bbc.com/persian/afghanistan-48333510>
 ۱۶. <https://www.afintl.com/202309197297>.