

مراقبت از سلامت روان
در روزهای کوتاه و شب‌های بلند

پیشگیری از افسردگی فصلی



خدیجه سادات حسینی

کارشناس مسؤول آموزش بهوزی
دانشگاه علوم پزشکی قزوین



زهرا فتاحی

کارشناس آسیب‌های اجتماعی و مقابله با اعتیاد
دانشگاه علوم پزشکی قزوین



اعظم عبداللہی

کارشناس آموزش بهوزی
دانشگاه علوم پزشکی قزوین



دکتر لادن محمدی زاده

رئیس گروه واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
دانشگاه علوم پزشکی قزوین



اهداف آموزشی

از خوانندگان محترم انتظار داریم پس از خواندن این مقاله:

نشانه‌های افسردگی فصلی را بیان کنند.

علل بروز افسردگی فصلی را شرح دهند.

توصیه‌های خودمراقبتی برای مقابله با افسردگی فصلی را بیان کنند.



تولید هورمون ملاتونین می‌شود. نقش ملاتونین هنوز بدرستی مشخص نشده است اما تصور می‌شود که به فرآیند خوابیدن کمک کند زیرا بدن آن را در شب و در هنگام خواب، آزاد می‌کند. این دو باهم، یعنی کمبود سروتونین که باعث هماهنگی و همکاری سلول‌های عصبی می‌شود و افزایش ملاتونین که بدن را به حالت خواب می‌برد، باعث اختلال افسردگی فصلی می‌شوند. (۳) شیوع افسردگی فصلی در جهان بین ۱ تا ۱۰ درصد تخمین زده شده و (۴) مطالعات نشان داده‌اند که شیوع خودکشی در جمعیت عمومی حدود ۴ تا ۷ درصد است.

علائم و نشانه‌ها

برخی از نشانه‌های اختلال عاطفی فصلی شامل: کاهش تمرکز و هوشیاری، افت کارایی روزانه، دشواری در بیدار شدن صبح‌ها و تمایل شدید به مصرف کربوهیدرات‌ها و شیرینی‌هاست که گاهی با افزایش وزن همراه می‌شود. برهم خوردن ریتم شبانه‌روزی و ساعت بیولوژیک بدن، خستگی مفرط، کاهش علاقه یا لذت نسبت به فعالیت‌هایی که پیش‌تر خوشایند بوده‌اند، احساس غم و افسردگی پایدار و بی‌حوصلگی شدید، رخوت و خواب‌آلودگی مداوم از دیگر نشانه‌های این اختلال هستند. (۵)

این مجموعه علائم پایه‌های اصلی تشخیص اختلال افسردگی فصلی را تشکیل می‌دهند. لازم به ذکر است که این اختلال با افسردگی بالینی

افسردگی فصلی نوعی اختلال خلقی است که هر سال در زمان مشخصی تکرار می‌شود و معمولاً با نشانه‌هایی مانند کاهش انگیزه و انرژی، افزایش مدت خواب، خواب‌آلودگی، تحریک‌پذیری و خستگی مفرط همراه است. این علائم اغلب در ماه‌های پاییز و زمستان ظاهر شده و در بهار یا تابستان فروکش می‌کنند.

مکانیسم‌های زیستی مؤثر در بروز این اختلال شامل تغییر در ترشح ملاتونین، کاهش سطح سروتونین و برهم‌خوردن ریتم شبانه‌روزی بدن است (۱). با توجه به پیامدهای فردی و اجتماعی افسردگی فصلی، شناسایی بموقع، پیشگیری و درمان مناسب آن از اهمیت زیادی برخوردار است.

تعریف بیماری

بر طبق تعریف راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی، اختلال افسردگی فصلی، نوعی افسردگی است که معمولاً در طول ماه‌های سرد زمستان بروز می‌کند و در برخی اقلیم‌ها علائم خلقی اختلال افسردگی فصلی تبدیل به یک اختلال جدی روان‌پزشکی می‌شود که شکل خفیف‌تر آن در مناطق دارای چهار فصل اقلیمی (بهار، تابستان، پاییز و زمستان) با نام «افسردگی زمستانی» طبقه‌بندی می‌شود. علائم افسردگی زمستانی از اواخر پاییز و هنگامی که مدت روشنایی روز کم‌تر می‌شود یا به اصطلاح، روزها کوتاه‌تر می‌شوند، بروز می‌کند و تا اواخر زمستان و اوایل بهار پا برجا می‌ماند و با نزدیک شدن به تابستان کاهش می‌یابد. (۲)

از نظر بیولوژیکی هنگامی که نور از چشم‌ها عبور کرده و به مغز می‌رسد، سروتونین در بافت عصبی رها می‌شود. در طول پاییز و زمستان، روشنایی روز کمتر از بهار و تابستان است و این امر باعث پایین آمدن سطح سروتونین در بدن می‌شود. کاهش سروتونین، بسیاری از فعالیت‌های بدن و از جمله حالت‌های عاطفی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر کاهش روشنایی روز، باعث افزایش



تفاوت دارد؛ زیرا افسردگی فصلی الگوی مشخصی از نوسان در طول فصول دارد، در حالی که افسردگی بالینی چنین الگویی ندارد. (۶)

پیشگیری و درمان

تأثیر شناخته شده کمبود نور در ماه های زمستان بر افسردگی فصلی منجر به تلاش های درمانی با استفاده از نور مصنوعی طیف کامل شد. بر اساس دستورالعمل های کنونی، نوردرمانی با نور شدید، درمان انتخابی محسوب می شود و اثربخشی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است. (۷) علاوه بر نوردرمانی، درمان و پیشگیری شامل دارودرمانی با ضدافسردگی ها، روان درمانی و اصلاح سبک زندگی نیز می شود. (۸) برخی بیماران تغییر سبک زندگی را ترجیح می دهند، زیرا احساس مشارکت فعال در روند درمان داشته و ترس کمتری از عوارض جانبی در مقایسه با درمان های سنتی دارند. (۹) ضمن آن که، برخی از عناصر اصلاح سبک زندگی می توانند در کنار درمان های مرسوم کاربرد داشته باشند. برنامه های ورزشی همراه یا بدون نوردرمانی اثر مثبت دارند هرچند این اثرات ممکن است ناشی از افزایش دریافت نور طبیعی در فعالیت های ورزشی بیرون از خانه باشند. (۱۰) تغییر در رژیم غذایی نیز گزینه دیگری در اصلاح سبک زندگی به شمار می رود و پیشنهاد می شود رژیم غذایی شامل غذاهای پروتئین دار، سبزی ها و کربوهیدرات های پیچیده باشد و مصرف محصولات فرآوری شده به حداقل برسد. (۱۱) با این حال، ترکیب بهینه رژیم غذایی برای افسردگی فصلی هنوز مشخص نشده است.

راهکارهای پیشگیری ابتدایی (مدیریت عوامل خطر)

الف) خودمراقبتی فردی

قرار گرفتن در معرض نور طبیعی و پیاده روی صبحگاهی، ورزش منظم، تغذیه سالم با کاهش مصرف قند ساده، رعایت بهداشت خواب، استفاده از روش های آرام سازی و مدیتیشن باید مد نظر قرار گیرد. (۱۲)

ب) خودمراقبتی اجتماعی

حمایت اجتماعی قوی با کاهش ۵۵ درصدی خطر افسردگی ارتباط دارد. بیشترین اثرات حمایتی مربوط به حمایت عاطفی، اطلاعات و تعاملات اجتماعی مثبت است. (۱۳) شرکت در کارگاه های آموزشی سلامت روان در محله ها و مدارس، شرکت در گروه های حمایتی محلی و باشگاه های نشاط اجتماعی، استفاده از فضاهای عمومی روشن و قابل استفاده در فصل زمستان، برنامه های اجتماعی فرهنگی فصلی به عنوان راهکارهای خودمراقبتی اجتماعی می باشد.

ج) خودمراقبتی سازمانی

فراهم کردن محیط کاری با نور مناسب، ایجاد دسترسی آسان به خدمات مشاوره و روان پزشکی در امر خودمراقبتی سازمانی باید در نظر گرفته شود. (۱۴)

شناسایی بموقع بیماری ها

بهورزان و مراقبان سلامت در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت، به عنوان سطح اول ارایه خدمات، نقش مهمی در آگاهی بخشی عمومی درباره سلامت روان و علایم افسردگی فصلی ایفا می کنند. آن ها با انجام غربالگری اولیه، شناسایی

نتیجه‌گیری

افسردگی فصلی یکی از اختلالات شایع روانی است که در فصول سرد سال و با کاهش نور خورشید بروز می‌کند. اگرچه این اختلال اغلب خودمحدودشونده است، اما عدم شناسایی و درمان بموقع می‌تواند پیامدهای جدی فردی و اجتماعی به همراه داشته باشد. توجه به خودمراقبتی فردی، اجتماعی و سازمانی، غربالگری منظم در نظام مراقبت اولیه و همکاری تیمی بین بهورز، مراقب سلامت، پزشک و روان‌پزشک نقش مهمی در پیشگیری و درمان این اختلال دارد. اجرای صحیح این اقدام‌ها می‌تواند بار بیماری‌های روانی را در جامعه کاهش دهد و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا بخشد.

افراد مشکوک و ارجاع آنان به مراکز خدمات جامع سلامت، نخستین گام مراقبتی را برمی‌دارند. در مراکز خدمات جامع سلامت، پزشک مرکز نیز پس از بررسی دقیق، ابتدا افتراق افسردگی فصلی از بیماری‌های جسمی مشابه مانند کم‌کاری تیروئید یا کم‌خونی را انجام می‌دهد. سپس در موارد خفیف، مداخلات اولیه و درمان دارویی مناسب را ارایه کرده و در صورت بروز علائم متوسط تا شدید یا مقاومت به درمان، بیمار را به روان‌پزشک ارجاع می‌دهد. سپس بیمار را به کارشناسان سلامت روان ارجاع داده و آنان با ارایه مشاوره‌های کوتاه درباره سبک زندگی، خواب و فعالیت بدنی، نقش حمایتی ایفا می‌کنند و بدین ترتیب زنجیره شناسایی، مراقبت و درمان بیماران تکمیل می‌شود. (۱۵)

منابع:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Rahman SA, Kayumov L, Shapiro CM. Antidepressant action of melatonin in the treatment of Delayed Sleep Phase Syndrome. Sleep Med. 2010;11:131-136.
4. Lam RW, Levitan RD. Pathophysiology of seasonal affective disorder: a review. J Psychiatry Neurosci. 2000;25(5):469-480.
5. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretmad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005;1:16.
6. Partonen T, Lonnqvist J. Seasonal affective disorder. Lancet. 1998;352(9137):1369-1374.
7. American Psychiatric Association. Seasonal affective disorder (SAD) [Internet]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/seasonal-affective-disorder>
8. National Institute of Mental Health. Seasonal affective disorder [Internet]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/seasonal-affective-disorder>
9. Melrose S. Seasonal affective disorder: an overview of assessment and treatment approaches. Depress Res Treat. 2015;2015:178564.
10. Meesters Y, Gordijn MC. Seasonal affective disorder, winter type: current insights and treatment options. Psychol Res Behav Manag. 2016 Nov 30;9:317-327. doi: 10.2147/PRBM.S114906. PMID: 27942239; PMCID: PMC5138072.
11. Jarbøl DE, Larsen PV, Gyrd-Hansen D, Søndergaard J, Brandt C, Leppin A, Barfoed BL, Nielsen JB. Determinants of preferences for lifestyle changes versus medication and beliefs in ability to maintain lifestyle changes: a population-based survey. Prev Med Rep. 2017 Feb 16;6:66-73. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.02.010. PMID: 28271023; PMCID: PMC5331161.
12. Magnusson A. An overview of epidemiological studies on seasonal affective disorder. Acta Psychiatr Scand. 2000;101(3):176-184.
13. Campbell PD, et al. Bright Light Therapy: Seasonal Affective Disorder and Beyond. PMC Research. 2024;12237333.
14. Choi KW, Lee YH, Liu Z, Fatori D, Bauermeister JR, Luh RA, et al. Social support and depression during a global crisis. Nature Mental Health. 2023 Jun;1(6):428-435. doi: 10.1038/s44220-023-00078-0
15. Zimba CC, Malava JK, Mbota M, et al. Barriers and potential solutions for effective integration of depression care into non-communicable diseases clinics in Malawi: a qualitative end-point evaluation of the SHARP randomized controlled trial. Int J Ment Health Syst. 2025;19:8. <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00663-z>