

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
بیمارستان توانبخشی رفیده



آموزش‌های ضروری در مورد افسردگی در بیماران نیازمند توانبخشی

بهار ۱۴۰۳

آموزش‌های ضروری در مورد افسردگی در بیماران نیازمند توانبخشی



ارتباط جسم با روان

پس از وقوع آسیب‌های مزمن و معلولیت‌ها توجه خانواده و اطرافیان فرد توان‌خواه عموماً معطوف به بعد جسمی آسیب‌بوده و از آسیب‌های روانی و وضعیت سلامت روان فرد غافل می‌شوند. در این میان نکته حائز اهمیت این است که به دلیل طولانی مدت بودن و یا دائمی بودن بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج متأسفانه علاوه بر بعد جسمانی، بعد روانی فرد نیز آسیب‌دیده و تهدید روزمره حیات فرد توسط بیماری، به گسترش و فزونی آسیب‌های روانی منجر می‌گردد.

ارتباط افسردگی و فرایند توانبخشی

افسردگی اغلب مانعی برای پیشرفت فرایند توانبخشی است. اصلاح نگرش بیمار به ناتوانی، تقلیل استرس‌های محیطی و تقویت شبکه حمایتی بیمار همراه با تجویز داروهای ضدافسردگی مانع کناره‌گیری زودرس او از برنامه‌های توانبخشی می‌شود.

گزارش‌های متعددی از نقش مثبت روش‌های روان‌شناختی در ارتقای کیفی توانبخشی بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده در متون علمی به چشم می‌خورد.

بیماری‌های نورولوژیک و افسردگی

بیماری‌های نورولوژیک می‌توانند به افسردگی واضح منجر شوند. بیماری پارکینسون، اسکروز مولتیپل، سکته‌ها، ضربه‌ها و آسیب‌های نخاعی از آن جمله‌اند. این افسردگی ممکن است واکنشی یا ثانوی به فرایند آسیب‌زای مغزی باشد. نشانه‌های بیماری افسردگی معمولاً در سه حوزه قابل مشاهده‌اند: تنظیم خلق، شکایات جسمی و وضعیت شناختی. کناره‌جویی، تمرکز ضعیف و ناامیدی شدید در این بیماران دیده می‌شود که ممکن است با خستگی، بی‌بوست، کاهش اشتها، بیداری سحرگاهی و کاهش میل جنسی همراه باشد.

بیماری‌های مزمن به احتمال بیشتری می‌توانند منجر به مشکلات سلامت روان مانند افسردگی شوند. احساس بد داشتن یا مایوس شدن بعد از یک بیماری مزمن یا زمانی که در تلاش برای مقابله با یک مشکل مزمن مثل درد مزمن هستید، رایج است. ممکن است با محدودیت‌های جدید در کارهایی که می‌توانستید انجام دهید، احساس استرس کنید یا در مورد درمان، پیامدها و آینده نگران باشید. سازگاری با واقعیت جدید، مقابله با تغییرات و درمان جاری همراه تشخیص بیماری ممکن است سخت باشد در این شرایط انجام فعالیت‌های مورد علاقه سخت‌تر می‌شود و احساسات موقتی ناراحتی مورد انتظار است. اما اگر این‌ها و دیگر علائم بیشتر از دو هفته طول بکشد ممکن است به افسردگی دچار شده باشید.

علائم افسردگی در بیماران

افسردگی توانایی شما برای ادامه دادن زندگی روزمره و لذت بردن از خانواده، دوستان، کار و اوقات فراغت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افسردگی، بیماری طبی جدی است و با علائم زیادی همراه است. این علائم شامل علائم فیزیکی و جسمی می‌شود؛ بعضی علائم عبارتند از: عاطفه غمگین دائمی، اضطراب، احساس پوچی، احساس ناامیدی یا بدبینی، احساس تحریک پذیری، زود عصبانی شدن یا بی‌قراری، احساس گناه، احساس خطاکاری یا درمانده بودن، از دست دادن علاقه و لذت در فعالیت‌ها و سرگرمی‌ها، انرژی کاهش یافته، خستگی یا احساس کند بودن، سخت تمرکز کردن، سخت یادآوری کردن یا سخت تصمیم گرفتن، سخت خوابیدن، زود بیدار شدن، زیاد خوابیدن، تغییر در اشتها یا وزن، دردها، سردردها، گرفتگی‌های عضلات، مشکلات غذایی بدون علت جسمی مشخص که با درمان هم بهتر نمی‌شوند، تلاش‌های خودکشی یا افکار مرگ و خودکشی. افسردگی قابل درمان است، حتی اگر بیماری جسمی دیگر یا شرایط مزمنی داشته باشید. بیماران مزمن طبی در معرض خطر بالاتری برای افسردگی قرار دارند. بعضی عوامل خطر برای ابتلا به افسردگی مستقیماً با داشتن یک بیماری دیگر ارتباط دارد؛ برای مثال وضعیتی مثل پارکینسون یا سکته منجر به تغییراتی در مغز می‌شود در بعضی موارد این تغییرات مستقیماً با افسردگی ارتباط دارد. اضطراب مربوط به بیماری یا استرس می‌تواند راه‌انداز علائم افسردگی باشد. بعضی از مردم ممکن است علائم افسردگی را بعد از تشخیص یک بیماری جسمی تجربه کنند. آن علائم می‌تواند با سازگاری با وضعیت جدید کاهش یابد که حضور روانشناس بسیار کارآمد است. بعضی از داروها برای درمان بیماری هم می‌توانند راه‌انداز افسردگی باشند. در بعضی بیماری‌های جسمی مانند MS وضعیت سلامت روان و علائم بیماری جسمی به شدت به هم مرتبط هستند. **مراقبت مشترک جسمی و روانی** می‌تواند سلامت کلی را بهبود ببخشد.

منابع

1. Post, M. W. M., & van Leeuwen, C. M. (2012). Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. *Spinal cord*, 50(5), 382-389.
 2. Dorstyn, D. S., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2010). Psychological intervention during spinal rehabilitation: a preliminary study. *Spinal Cord*, 48(10), 756-761.
 3. Galante E, Gazzi L, Caffara S. Psychological Activities in Neurorehabilitation: from research to clinical practice. 2011; 33(1):19-28.
 4. Nas, K., Yazmalar, L., Şah, V., Aydın, A., & Öneş, K. (2015). Rehabilitation of spinal cord injuries. *World journal of orthopedics*, 6(1), 8.
 5. Peter, C., Müller, R., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review. *Spinal Cord*, 50(3), 188-201.
 6. Mueller, A. D., & THOMPSON, C. E. (1950). Psychological aspects of the problems in spinal cord injuries. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 29(2), 86-95.
 7. Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal cord*, 47(2), 108-114.
 8. Craig, A. R., Hancock, K., Dickson, H., & Chang, E. (1997). Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: results of a controlled trial using cognitive behavior therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(1), 33-38.
 9. Spinal Injuries Association - spinal.co.uk
۹. واحدپرست، حکیمه؛ حسینی، سیده سارا؛ بحرینی، مسعود؛ باقرزاده، راضیه. بررسی ارتباط باور غیرمنطقی و سازگاری زناشویی در زوجین مبتلا به بیماری مزمن. *مجله سلامت و مراقبت*. ۱۴۰۲؛ ۲۵ (۴)، ۳۶۲-۳۷۲.
۱۰. تاجیک اسمعیلی، عزیزالله؛ گیلک حکیم‌آبادی، محلا. عملکردهای جنسی و سازگاری زناشویی در زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*. ۱۳۹۵؛ ۱۰ (۲).
۱۱. فروغان، مهشید. موانع روان‌شناختی در توانبخشی بیماران نورولوژیک. *توانبخشی*. ۱۳۷۹؛ (۳).
۱۲. محمدی، سمیه؛ تاج‌آبادی، علی؛ روشن‌زاده، مصطفی. ارتباط خستگی و افسردگی با سطح عملکرد بیماران ضایعات نخاعی. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*. ۱۳۹۶؛ (۱۷).