

اصلاح سبک زندگی به منظور پیشگیری از اختلال‌های روانی شایع به‌ویژه اختلال افسردگی

نویسندگان: احمدعلی نوربالا^{۱*}، بهزاد دمازی^۲ و سهند ریاضی^۳

۱. استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، بخش روان‌تنی، تهران، ایران

۲. استادیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، تهران، ایران

۳. دستیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

E-mail: noorbala@tums.ac.ir

* نویسنده مسئول: احمدعلی نوربالا

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به شیوع به‌نسبت بالای اختلال‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی در همه دنیا و از جمله ایران، و سیر صعودی قابل‌توجه شیوع آنها در سال‌های اخیر و همچنین نقش عمده عوامل محیطی و اجتماعی در بروز و تداوم این اختلال‌ها، پیشنهاد مداخلات مناسب در این زمینه به‌منظور اصلاح سبک زندگی در راستای کاهش بروز اختلال‌های روانی به‌خصوص افسردگی، برای ارائه به ذی‌نفعان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت ضروری به‌نظر می‌رسد.

مواد روش‌ها: در پژوهش حاضر به‌منظور بررسی مستندها و مقالات موجود از [روش جستجو در اینترنت توسط موتورهای جستجوگر استفاده شده است؛ سپس، مقالات به‌دست آمده، جمع‌بندی و نتایج بر این اساس استخراج شده‌اند.

نتایج: عوامل روانی اجتماعی، نقشی مهم در سبب‌شناسی اختلال‌های روانی ایفا می‌کنند؛ مهم‌ترین عوامل این گروه، شامل وضعیت تأهل، فقر اقتصادی، حوادث ناخوشایند زندگی، محیط نامتعادل هیجانی، استرس‌های مزمن، ناکامی‌های مکرر، مهاجرت و محیط غیرقابل‌پیش‌بینی هستند. به‌منظور پیشگیری از اختلال‌های روانی در جامعه ضرورت دارد با استفاده از راهکارهای مناسب با این عوامل سبب‌ساز مقابله شود. مهم‌ترین راهکارها به‌طور کلی، مداخلاتی را در برمی‌گیرند که به شرایط امن و آرام، بدون استرس، اعتدال هیجانی، حرمت‌گذاری به افراد و محیط قابل‌پیش‌بینی در جامعه منجر می‌شوند.

نتیجه‌گیری: افزایش حساسیت سیاست‌گذاران، مجریان و آحاد مردم نسبت به اهمیت موضوع سلامت روان، ضروری است. سیاست‌گذاران باید منابع خود را به سمت مداخلات جامعه‌محور سوق دهند و روند کلی این مداخلات باید به سمت فقرزدایی، بهبود شرایط شغلی و ایجاد شرایط باثبات و قابل‌پیش‌بینی در جامعه با تکیه بر توانمندسازی محیط باشد. ایجاد محیط آرام و قابل‌پیش‌بینی، با کمک همکاری‌های بین بخشی و استفاده از تمامی ظرفیت‌های موجود در دستگاه‌های «اجرایی، قضایی و قانون‌گذار» و همکاری با بخش خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد، انجام‌پذیر است.

واژگان کلیدی: پیشگیری، اختلال‌های روان‌پزشکی، افسردگی، سبک زندگی.

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست‌ودوم-شماره ۱۱۳
آبان ۱۳۹۳

دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۱۹

آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۳/۰۷/۲۸

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۸/۰۴

مقدمه

هدف از [انجام] مطالعه حاضر، بررسی عوامل سبب‌ساز در ایجاد اختلال‌های روانی، به‌ویژه اختلال افسردگی و ارائه راهکارهایی در جهت اصلاح سبک زندگی در راستای پیشگیری از بروز، شیوع و زمان این اختلال‌ها برای ارائه به ذی‌نفعان و سیاست‌گذاران نظام سلامت است.

مواد و روش‌ها

به‌منظور بررسی مستندها و مقالات موجود با استفاده از کلیدواژه‌های مناسب، جستجویی در موتورهای جستجوگر scholar.google.com و google.com و پایگاه‌های داده amagiran.com و medlib.ir و www.irandoc.ac.ir، iranmedex.com، sid.ir، pubmed.org و sciencedirect.com انجام شد و تمامی مقالات مربوط استخراج شدند که در مجموع، ۶۷ مقاله به‌دست‌آمد. مقالات جمع‌آوری‌شده ابتدا از نظر ارتباط (Relevancy) با موضوع، بررسی و مقالات نامرتبط کنارگذاشته شدند (Exclude) که درنهایت، ۳۹ مقاله مرتبط با موضوع شناسایی شدند؛ سپس، این مقالات براساس محل انجام مطالعات (ایران و خارج از ایران) به دو گروه تقسیم‌شده، مقالات هر دو گروه به‌طور کامل، مورد بررسی قرارگرفتند و اطلاعات آنها جمع‌آوری شدند. علاوه بر بررسی مقالات و کتب مرجع در زمینه بحث مورد نظر، در بخش مربوط به عوامل معنوی، از قرآن کریم، احادیث معتبر و کتب مرتبط نیز به‌عنوان منابع استفاده شد و البته با تلفیق کردن مسائل بومی و فرهنگ دینی، درنهایت، راهکارهای پیشگیری از این اختلال‌ها در راستای اصلاح سبک زندگی که شانزده مورد را دربرمی‌گرفتند، ارائه شدند.

یافته‌ها

تاکنون بیش از چهارصد نوع اختلال روان‌پزشکی شناخته‌شده‌اند و هریک از این اختلال‌ها دارای عوامل سبب‌ساز مخصوص به خود هستند. در مطالعه حاضر به

اختلال‌های روان‌پزشکی، شیوعی بالا و باری قابل‌ملاحظه دارند. در حدود ۹۱۹ میلیون نفر در جهان از اختلال‌های روان‌پزشکی رنج می‌برند و طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، ۱ نفر از هر ۴ نفر در جهان در طول زندگی به یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی مبتلا خواهد شد و در هر زمان، حدود ۱۹ درصد از جمعیت بزرگسال به اختلال‌های روانی مبتلا هستند (۱)؛ علاوه بر آن در سال ۲۰۱۰، «اختلال افسردگی اساسی»، دومین علت سال‌های زندگی با معلولیت^۱ در جهان را به خود اختصاص داده بود و ۸/۲ درصد از کل سال‌های زندگی با معلولیت در جهان به این اختلال، مربوط بود؛ همچنین «اختلال افسردگی اساسی» مسئول ۱۶ میلیون از موارد خودکشی و ۴ میلیون از موارد بیماری‌های ایسکمیک قلبی در سال ۲۰۱۰ بود (۲)؛ علاوه بر این، براساس پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۳۰ میلادی، «اختلال افسردگی اساسی»، رتبه نخست بار بیماری‌ها در کشورهای توسعه‌یافته و رتبه دوم در کشورهای در حال توسعه را پس از بیماری «ایدز» از آن خود خواهد کرد (۳)؛ در کشور ایران نیز براساس مطالعات انجام‌شده، شیوع افسردگی در میان جمعیت‌های مختلف ایرانی از ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد، متغیر بوده است (۴) و مقایسه میزان شیوع افسردگی در ایران با سایر کشورهای جهان نشان می‌دهد که شیوع این اختلال در ایران به‌صورت نسبی بالاست.

براساس پژوهش‌های انجام‌شده در کشور ایران، اختلال‌های رفتاری و روانی در سال ۱۳۸۲، رتبه دوم بار بیماری‌ها را پس از حوادث عمدی و غیرعمدی به خود اختصاص داده و ۱۶ درصد از کل بار بیماری‌ها به دلیل این اختلال‌ها محاسبه‌شده بودند (۵)؛ در مطالعه انجام‌شده دیگری در سال ۱۳۸۴، بار بیماری‌های مربوط به اختلال‌های رفتاری و روانی به میزان ۱۴ درصد گزارش شده است (۶).

1 - Years lived with disability (YLDs)

به‌شمار می‌رود که زنان را در همه سنین و با هر نوع پیش‌زمینه فرهنگی و سطح درآمد، گرفتاری کند (۷)؛ بنابراین جای تعجب نیست که نشان‌داده‌شده برای زنان، بیش از مردان، داروهای روان‌گردان تجویز می‌شود و اختلال افسردگی در زنان به‌طور تقریبی، دو برابر شایع‌تر از مردان است (۸). براساس مطالعات انجام‌شده در کشور ایران نیز، شیوع افسردگی در زنان از ۱۳/۱ تا ۷۵ درصد و در مردان از ۷/۶ تا ۶۷ درصد، متغیر بوده است که نشان‌می‌دهد، افسردگی در زنان، حدود ۱/۱ تا ۱/۷ برابر نسبت به مردان شایع‌تر است (۴).

۲- سن: سن شایع بروز افسردگی، میان ۲۰ تا ۵۰ سالگی است و با افزایش سن، میزان شیوع افسردگی افزایش می‌یابد؛ در کودکان و نوجوانان، کمترین میزان شیوع افسردگی به‌چشم‌می‌خورد و بیشترین شیوع آن در سالمندان مشاهده می‌شود (۸)؛ همچنین در سنین کهولت، افسردگی، اغلب با نشانه‌های جسمانی یا تغییرهای شناختی، همراه است و امکان دارد که شبیه آلزایمر به‌نظر برسد.

۳- سابقه خانوادگی و ژنتیکی: نشان‌داده‌شده که اختلال‌های روانی از جمله افسردگی در افرادی که سابقه این اختلال را در یکی از بستگان درجه یک خود دارند، شایع‌تر از جمعیت عادی است. درخصوص دوقلوهای غیرهمسان در صورت ابتلای یکی از آنها به اختلال افسردگی اساسی، شانس ابتلای دیگری ۱۰ تا ۲۵ درصد و درخصوص دوقلوهای همسان، ۵۰ درصد است؛ همچنین در صورتی که یکی از والدین به اختلال افسردگی اساسی، دچار باشد، شانس ابتلای فرزندان به این اختلال، حدود ۲۵ درصد می‌شود و در صورت ابتلای هر دو والد، این شانس به ۵۰ تا ۷۵ درصد می‌رسد (۸).

۴- بیماری‌های مزمن جسمی: برخی از بیماری‌های مزمن جسمی از قبیل دیابت، بیماری‌های مزمن قلبی، کلیوی، ریوی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی، سرطان‌ها، ایدز و ... می‌توانند باعث ایجاد علائم بالینی افسردگی شوند؛ علاوه بر آن، گاهی اوقات، این بیماری‌ها

سبب‌شناسی اختلال‌های روانی به‌طور عام و به‌صورت خاص با تأکید بر افسردگی پرداخته شده است. تمامی اختلال‌های روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اختلال‌هایی زیستی روانی اجتماعی^۱ هستند و هر سه عامل زیستی (بیولوژیک)، روان‌شناختی (سایکولوژیک) و اجتماعی (سوشیال) بر میزان بروز، شدت و عود این اختلال‌ها مؤثرند و هریک از این عوامل را نیز می‌توان به چهار دسته کلی تقسیم کرد: عوامل مستعدکننده^۲، عوامل آشکارساز^۳، عوامل تداوم‌بخش^۴ و عوامل محافظت‌کننده^۵.

با ملحوظ‌نظر قراردادن مطالب بالا، عوامل سبب‌شناختی درخصوص اختلال‌های روانی به‌ویژه افسردگی را در دو حیطه عوامل زیستی و عوامل روانی اجتماعی قرار داده، درباره آنها به‌اختصار توضیح می‌دهیم.

الف) عوامل زیستی بارز و شناخته‌شده که در بروز اختلال روانی و افسردگی نقش دارند و می‌توان موارد آنها را این‌گونه برشمرد:

۱- جنسیت: در تمام سطوح اجتماعی، اقتصادی، نقش‌هایی متعدد که در جامعه برعهده زنان قرار دارند، آنها را در مقایسه با سایر گروه‌های جامعه در معرض خطر بیشتر ابتلا به اختلال‌های روانی و رفتاری قرار می‌دهند؛ زنان، همچنان بار مسئولیت‌های مربوط به همسر بودن، مادر بودن، معلم بودن و مراقب دیگران بودن را بردوش می‌کشند، درحالی‌که به‌طور روزافزون به‌صورت بخشی ضروری از نیروی کار نیز درآمده‌اند و در یک‌چهارم تا یک‌سوم خانوارها منبع اصلی درآمد هستند. علاوه بر فشاری که به دلیل وظایف فزاینده و اغلب متضاد بر زنان وارد می‌شود، آنها با تبعیض جنسیتی قابل توجه، فقر، گرسنگی، سوء تغذیه، کار بیش از حد و خشونت خانگی و جنسی نیز روبه‌رو هستند. خشونت ضد زنان، یک مشکل عمده اجتماعی و بهداشت عمومی

- 1 - biopsychosocial
- 2 - Predisposing factors
- 3 - precipitating factors
- 4 - perpetuating factors
- 5 - protecting factors

مطلقه‌ها بیشتر از افراد متأهل است (۸)؛ گرچه در مجموعه پژوهش‌های سلامت روان در ایران، طی سال‌های اخیر، شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در افراد متأهل ایرانی، تأمل برانگیز است (۱۱ و ۱۲).

۲- وضعیت اجتماعی- اقتصادی: رابطه میان فقر و سلامت روان، پیچیده و چندجانبه است. اختلال‌های روانی و رفتاری، شامل اختلال‌های سوء‌مصرف مواد در میان فقرا و محرومان، شایع‌تر است؛ این شیوع بالاتر را هم می‌توان با پیدایش بیشتر بیماری‌ها در میان فقرا و هم با پایین‌راندن بیماران روانی به سمت اقشار فقیر جامعه توضیح داد. نشان داده شده که فقر و وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین به‌عنوان یک مؤلفه مستقل، پیش‌بینی‌کننده بروز علایم افسردگی است (۱۳)؛ همچنین افرادی که در کودکی در شرایط اجتماعی- اقتصادی پایین قرار داشته‌باشند، احتمالی بیشتر برای ابتلا به افسردگی در سنین بالاتر درخصوصشان وجود دارد (۱۴)؛ گرچه بر سر اینکه کدام‌یک از این دو سازوکار، مسئول شیوع بیماری‌های روانی در میان فقراست، اختلاف نظر دیده می‌شود؛ شواهد موجود از آن حاکی‌اند که هر دو سازوکار با این امر، مرتبط هستند؛ برای نمونه، سازوکار علی [فقر]، امکان دارد برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، رواتر باشد، درحالی‌که نظریه رانده‌شدن به پایین [رانده‌شدن بیماران روانی به سمت اقشار فقیر جامعه]، شاید توجیهی بهتر برای شیوع بیشتر اختلال‌های روان‌پریشی (سایکوتیک) و سوء‌مصرف مواد در میان فقرا باشد.

۳- وضعیت تغذیه: بررسی‌ها نشان داده‌اند که رژیم غذایی غربی حاوی گوشت قرمز، غذاهای آماده و فست‌فودها با افزایش علایم افسردگی همراه بوده است (۱۵ و ۱۶). افزایش مصرف چربی‌های اشباع ترانس^۱ که در رژیم غذایی غربی به میزانی بیشتر وجود دارند، باعث افزایش ریسک بروز افسردگی می‌شود (۱۷). به‌نظر می‌رسد [استفاده از] غذاهای محلی که طی سالیان متمادی، متناسب با شرایط جغرافیایی و مزاج و سرشت

سبب می‌شوند، وجود اختلال افسردگی اساسی در فردی که به این قبیل بیماری‌ها مبتلاست، مورد غفلت قرار گرفته، تشخیص داده نشده، بیمار درمان نشود و تنها علایم افسردگی به وی نسبت داده شوند (۹).

۵- تغییرهای نوروترنسمیتری: درخصوص عوامل بیولوژیک نشان داده شده که برخی از تغییرها در میزان نوروترنسمیترهای مغز از قبیل کاهش میزان نوراپی‌نفرین و دوپامین یا به‌هم‌خوردگی در تعادل میان استیل‌کولین و نوراپی‌نفرین با افسردگی همراهی دارند؛ گرچه به‌درستی مشخص نشده که این تغییرها اولیه‌اند یا ثانویه (۸).

۶- تغییرهایی در ساختار مغزی: در برخی یافته‌های تصویربرداری مغزی دیده شده که هسته‌های دمدار و لب فرونتال در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با افراد سالم، کوچک‌ترند و البته این یافته نیز عمومیت ندارد و مشابه موارد پیشین، اولیه یا ثانویه بودن آن محرز نشده است.

ب) عوامل روان‌شناختی و محیطی اجتماعی که این عوامل در بروز بیماری‌های جسمی و روانی، نقشی مهم ایفای می‌کنند به‌طوری‌که براساس تخمین کمیسیون تعیین‌کننده عوامل اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی، عوامل زیستی و ژنتیک به میزان ۵ درصد، نظام مراقبت از سلامت ۱۰ درصد، عوامل رفتاری ۳۰ درصد و شرایط اجتماعی به میزان ۵۵ درصد در سلامت جوامع تأثیرگذارند (۱۰). بدیهی است این دسته از عوامل درخصوص اختلال‌های روان‌پزشکی به‌نحوی بارزتر نقش‌آفرین خواهند بود.

از آنجاکه نمی‌توان مرزی مشخص را میان عوامل روان‌شناختی و عوامل محیطی اجتماعی مؤثر بر اختلال‌های روان‌پزشکی و ازجمله اختلال افسردگی تعیین کرد، بنابراین در زیر به عوامل سبب‌شناختی روانی اجتماعی افسردگی اشاره می‌شود.

۱- وضعیت تأهل: نشان داده شده که ازدواج، ایفاگر نوعی نقش حفاظتی در اختلال‌های روانی و افسردگی است و شیوع اختلال‌های روانی در مجردها، بیهوا و

1 - Trans unsaturated fatty acids (TFA)

یک شلیک اولیه، به آرامی اعصاب را به حالت اولیه برمی گرداند (۱۸). به حد مطلوب رساندن هیجان علاقه و شادی، یکی از راهکارهای سلامت روان شناخته می شود؛ محیط دارای تغییرهای هیجانی شدید به ویژه هیجان خشم و غم نیز از عوامل زمینه ساز ایجاد اختلال های روانی است و دیده شده که در خانواده هایی که بروز هیجانی بالا^۱ دارند، عود اختلال های روانی، بیشتر است (۸).

۶- استرس: محیط پیرامونی و جهان ما در هر لحظه با بی شماری از حوادث قدیم و جدید، خوشایند و ناخوشایند مواجه می شود؛ افراد انسانی نیز براساس ویژگی های شخصیتی و یادگیری های پیشین با شیوه های گوناگون، با این حوادث مقابله می کنند و این حوادث معمولی و روزمره فراوان اطراف محیط زندگی ما، پس از انباشته شدن، نقش استرس آور و عامل بیماری زایی را برای انسان ایفا می کنند (۸)؛ همچنین نشان داده شده که خطر ایجاد افسردگی در عرض شش ماه پس از رویدادهای تنش زا [برای افراد درگیر]، شش برابر کسانی است که رویدادی را تجربه نکرده اند (۱۹).

۷- محیط غیرقابل پیش بینی: یکی از مهم ترین عوامل استرس زا که در سال های اخیر به عنوان عامل ایجاد افسردگی، بسیار به آن توجه شده، محیط غیرقابل پیش بینی است. نشان داده شده که شرایط غیرقابل پیش بینی و استرس مزمن خفیف غیرقابل پیش بینی^۲ در مدل های حیوان های آزمایشگاهی، باعث ایجاد علائم افسردگی می شود (۲۰ و ۲۱)؛ برای نمونه، موش هایی که در معرض شرایط استرس پیش بینی نشدنی مانند «کج کردن قفس، ریختن خاک اره، پخش کردن صدای حیوان های درنده، قراردادن در قفس خالی، وارونگی چرخه روز/شب، قرارگرفتن در معرض نور برای یک دوره کوتاه در طول زمان تاریکی و تغییر دادن مدام قفس» قرار می گرفتند، علائمی مشابه با علائم افسردگی از خود نشان می دادند و به تغییرهایی در سایتوکاین های مرتبط با افسردگی و افزایش بیان CD11b

انسان های ساکن در آن منطقه، طبع و استعمال می شده، هم از نظر سلامت جسمی و هم از لحاظ سلامت روانی، مطلوب تر باشند که متأسفانه با سیر جهانی شدن و تبلیغ مصرف کشورهای ثروتمند، این موضوع حیاتی، یعنی ذائقه طبیعی آدمیان، نیز روبه تحریف شدگی است.

۴- اعتیاد: نشان داده شده که علائم افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف یا وابستگی به مواد، شایع تر است و حدود یک سوم تا نیمی از کسانی که سوء مصرف مواد شبه افیونی دارند یا به آن وابسته اند، زمانی در طول عمر خود، واجد ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بوده اند؛ همچنین، مصرف مواد، عامل زمینه ساز عمده برای خودکشی محسوب می شود و احتمال خودکشی موفق، میان مبتلایان به سوء مصرف مواد، به طور تقریبی، بیست برابر بیشتر از کل جمعیت است (۸).

۵- محیط هیجانی: به طور کلی، پنج نوع هیجان اصلی شناسایی شده اند که هر یک کارکرد طبیعی و دفاعی خاص خود را دارد و نشان داده شده که هر هیجان، دارای سرعت شلیک عصبی مخصوص به خودش است که آن را فعال می کند؛ این پنج هیجان عبارت اند از: ترس، خشم، غم (اندوه)، شادی و علاقه (محبت)؛ خشم، یکی از خطرناک ترین هیجان ها به شمار می رود. در زمان ایجاد هیجان خشم، سرعت شلیک عصبی به سرعت بالایی رود و همچنان بالا باقی می ماند؛ به عبارت دیگر، خشم، تخریب و فرسودگی نورونی را بالایی برد و همچنین به نحوی چشمگیر، احتمال حمله قلبی را افزایش می دهد. غم (اندوه) نیز واکنش هیجانی منفی و آزاردهنده است که از تجربیات جدایی یا شکست، ناشی می شود و باعث بی علاقه و بدبینی می شود. درخصوص هیجان اندوه، سرعت شلیک عصبی از خشم، کمتر است اما در این هیجان نیز سرعت شلیک عصبی به سرعت بالایی رود و همچنان بالا باقی می ماند. در هیجان ترس نیز با آنکه مدت زمان شلیک عصبی به نسبت کوتاه است، سرعت شلیک عصبی در آن بالاست. هیجان سرور و شادی، یکی از بهترین هیجان های شناخته شده است که پس از

1 - High Expressed Emotions (HEE)

2 - Unpredictable Chronic Mild Stress (UCMS)

بیستم، عاملی دیگر است که با ایجاد اختلال‌های روانی و رفتاری ارتباط دارد؛ این تغییرها در فناوری و به‌ویژه انقلاب ارتباطات، فرصت‌هایی بی‌نظیر را برای بهبود انتشار اطلاعات و اختیارات کاربران فراهم کرده‌اند؛ با این حال، پیشرفت‌های یادشده، جنبه منفی خاص خود را نیز در پی دارند. شواهدی در دست‌اند که نمایش رسانه‌ای، بر سطح خشونت، رفتار جنسی و علاقه به پورنوگرافی (هرزه‌نگاری) تأثیر می‌گذارد و تماشای خشونت در بازی‌های ویدئویی، رفتار خشونت‌آمیز و سایر تمایل‌های خشونت‌بار را افزایش می‌دهد. نظام بی‌رحم مبتنی بر بازار، نقشی عمده در جهانی ساختن مصرف‌الکل و دخانیات در میان جوانان داشته و بدین گونه، خطر اختلال‌های مرتبط با سوءمصرف مواد و بیماری‌های جنسی همراه را افزایش داده‌است.

۱۰- نبود تکیه‌گاه دینی و معنوی: سازمان جهانی بهداشت، در تقسیم‌بندی بیماری‌ها، در ICD-10، بعد معنوی را در تأمین سلامت مورد توجه قرار داده‌است و نشان‌داده که توجه به بعد معنوی، تأثیری محسوس بر سلامت جسم و روان افراد باورمند به بعد معنوی و دینی دارد (۲۷).

راهکارهای پیشگیری از بروز و شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی

هدف پیشگیری از اختلال‌های روانی، «کاهش میزان بروز، شیوع و عود این اختلال‌ها و همچنین کاستن از طول مدت زمان علایم یا میزان خطر ابتلا به یک بیماری روانی یا جلوگیری و به‌تأخیرانداختن عود و کاهش تأثیر مخرب بیماری در فرد مبتلا، خانواده او و جامعه» است (۲۸). نشان‌داده‌شده که برنامه‌های پیشگیری از افسردگی می‌توانند تا ۱۱ درصد، میزان علایم این اختلال را کاهش دهند (۲۹). با توجه به آنکه نمی‌توان ریسک فاکتورهای زیستی و بیولوژیک ابتلا به اختلال‌های روانی را حذف کرد، عوامل سبب‌ساز روان‌شناختی و محیطی اجتماعی قابل حذف‌اند. راهکارهای پیشگیرانه را که در عمل، عامل اصلاح سبک زندگی فردی و اجتماعی هم تلقی می‌شوند، می‌توان به‌صورت زیر

در مناطقی از مغز، دچار می‌شدند که با افسردگی ارتباط دارند (۲۲ و ۲۳)؛ علاوه بر آن در مدل‌های حیوانی، رابطه میان شرایط استرس‌زای پیش‌بینی‌نشده با اپیوئیدها به اثبات رسیده‌است؛ برای نمونه نشان‌داده‌شده موش‌هایی که در معرض شرایط استرس‌زای غیرقابل پیش‌بینی قرار گرفتند، در مقایسه با موش‌هایی که در شرایط استرس‌زای قابل پیش‌بینی بودند، حساسیت بیشتری نسبت به کوکائین از خود نشان می‌دادند (۲۴)؛ در انسان نیز، محیط غیرقابل پیش‌بینی به‌عنوان زمینه‌ساز ایجاد اختلال‌های مختلف روان‌پزشکی از قبیل اضطراب، افسردگی، ضعف حافظه و... مطرح است و تاکنون سازوکارهایی مختلف نیز برای آن پیشنهاد شده‌اند (۲۵)؛ همچنین به نظر می‌رسد که دوران نوجوانی، زمانی بسیار حساس از نظر تأثیر استرس پیش‌بینی‌نشده است و بررسی‌ها نشان داده‌اند، افرادی که در دوران نوجوانی و جوانی در معرض استرس غیرقابل پیش‌بینی قرار گرفته‌اند در بزرگسالی، مستعد اختلال‌های روانی از قبیل اضطراب و افسردگی هستند (۲۶).

۸- تبعیض نژادی: گرچه در بعضی مناطق، تمایل به بحث راجع به تعصب نژادی و قومی در زمینه مسائل سلامت روان وجود ندارد، تحقیق‌های روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و مردم‌شناختی نشان داده‌اند که تبعیض نژادی با تداوم مشکلات روانی ارتباط دارد. شواهد موجود حکایت می‌کنند، افرادی که مدت‌ها تحت تبعیض نژادی قرار داشته‌اند، در معرض خطری بیشتر برای ابتلا به مشکلات روانی یا تشدید مشکلات موجود قرار دارند؛ به‌علاوه دیده شده‌است، افرادی که نژادپرست هستند و آن را ترویج می‌کنند، خود به انواعی خاص از اختلال‌های روانی، مبتلا بوده یا مستعد ابتلا به آن هستند. روان‌پزشکانی که به بررسی تأثیر متقابل نژادپرستی و سلامت روان در جوامعی که نژادپرستی در آنها رایج است، پرداخته‌اند، مشاهده کرده‌اند که برای نمونه، نژادپرستی ممکن است افسردگی را تشدید کند (۸).

۹- توسعه خارق‌العاده و سرعت تغییرها در فناوری: سرعت تغییرها در تمامی مسائل پیرامونی در اواخر قرن

دسته‌بندی کرد:

آغاز غربالگری از این سن، در دستور کار متولیان نظام سلامت و بهداشت روان قرار گیرد.

۵- ایجاد محیطی به‌دور از تنش، آرام و پیش‌بینی‌پذیر: به هر مقدار ممکن که میسر باشد، لازم است محیط خانواده، جامعه و محیط سکونت و شغل آحاد جامعه، آرام، امن و دور از تنش باشد. از جمله راهکارهایی که به [ایجاد] شرایط امن و آرام و بدون استرس منجر می‌شوند، می‌توان موارد «عدم [اعمال] تغییرهای سریع در ضوابط، مقررات و تصمیم‌گیری‌ها، عزل و نصب‌ها، فراز و فرودهای ارزش‌ها و حرمت‌گذاری به شخصیت‌های ملی، فرهنگی، دینی و اجتماعی» را برشمرد.

۶- مداخله در بحران: برای وضعیت‌هایی نظیر حوادث غیرمترقبه اعم از حوادث طبیعی یا دست‌ساز آدمی، تصادف‌ها، سوگ عزیزان، طلاق و جدایی، ضروری است برنامه مداخله در بحران را در خدمات پیش و پس از فوریت‌ها و نیز ادغام کردن سلامت روان در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی، مدنظر قرارداد.

۷- برقراری اعتدال هیجانی: ضروری است هم در خانواده و هم در جامعه ما، اعتدال هیجانی برقرار شود بدین معنی که با جلوگیری از ایجاد و تداوم هیجان‌های منفی از قبیل ترس، خشم، غم و برقراری و استمرار هیجان سرور و شادمانی در محیط خانواده و جامعه، فضا و جو محیط از نظر روانی، سالم‌تر شود.

۸- فقرزدایی و اشتغال‌زایی: با توجه به آنکه فقر و وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین به‌عنوان مؤلفه‌ای بسیار مهم و مستقل در بروز و تداوم اختلال‌های روانی و افسردگی مطرح است، می‌بایست به سلامت روان قشر آسیب‌پذیر از نظر اقتصادی، افراد کم‌درآمد و بیکاران، به‌طور ویژه توجه و هرگونه سیر نزولی اقتصادی در جامعه به‌عنوان هشدار تلقی شود؛ همچنین کمک به اشتغال سبک و ساده بیماران روانی به‌منظور بازتوانی روانی و حمایت بیمه‌ای از آنان در جهت حل مشکلات اقتصادی ایشان، بایستی مدنظر قرار گیرد.

۱- بازنگری در سیاست‌ها و ارائه خدمات سلامت روان: طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، دولت‌ها در مقام متولیان نهایی سلامت روان، لازم است سیاست‌هایی را در کل نظام‌های سلامت و ترتیبات مالی آنها به‌منظور حفظ سلامت روان جامعه و ارتقای آن تعیین کنند. سیاست‌گذاری سلامت روان باید به کمک سیاست‌های هماهنگ درخصوص اختلال‌های رفتاری و روانی، الکل و مواد مخدر و نیز خدمات رفاه اجتماعی از قبیل مسکن تقویت شود. سیاست‌ها باید با شرکت‌دادن تمامی ذی‌نفعان تدوین شوند و همچنین باید بر اطلاعات پایا و قابل اعتماد، مبتنی باشند (۱).

۲- افزایش آگاهی و دانش عموم مردم نسبت به سلامت روان یا ارتقای سواد سلامت روان: آگاهی‌دادن و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس به افراد در معرض خطر، یعنی جمعیت زنان، سنین ۲۰ تا ۵۰ سالگی، مبتلایان به بیماری‌های مزمن جسمی و افرادی که از نظر سابقه خانوادگی مستعد ابتلا به اختلال‌های روانی هستند، یکی از راهکارهای مهم اصلاح شیوه زندگی و تغییر فرهنگی محسوب می‌شود.

۳- انجام مشاوره‌های پیش از ازدواج درخصوص افراد دارای سابقه خانوادگی ابتلا به اختلال‌های روانی: نظر به اینکه بار ژنتیکی و فامیلی اختلال‌های روانی و نیز درجه سازگاری افراد، تا حدی شناخته شده است، بسیار عاقلانه خواهد بود که افراد، پیش از ازدواج هم از جهت ارزیابی خانوادگی و ژنتیکی و هم از نظر سلامت روانی، تفاهم و سازگاری‌های بعدی، مورد مشاوره و آموزش لازم قرار گیرند.

۴- غربالگری علایم روان‌شناختی و اختلال‌های روانی: نشان‌داده شده که اختلال‌های روان‌پزشکی و افسردگی در اغلب موارد در افراد تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند (۳۰ و ۳۱)؛ به همین سبب، غربالگری برخی از اختلال‌ها از جمله افسردگی در افراد در معرض خطر، اقدامی مناسب به‌شمار می‌آید. با توجه به آنکه سن آغاز افسردگی از حدود ۲۰ سالگی است، توصیه می‌شود

۹- بازنگری در ازدواج و طلاق به‌منظور تحکیم بنیاد خانواده‌ها: در بحث ازدواج باوجود آنکه در کتب مرجع روان‌شناسی و روان‌پزشکی گزارش شده‌است که شیوع اختلال‌های روانی در مجردها، بیوه‌ها و افراد مطلقه، بیشتر از افراد متأهل است (۸)، متأسفانه در ایران، افراد متأهل بنابه دلایل گوناگون از سلامت روانی مطلوب‌تری در قیاس با افراد مجرد، بهره‌مند نیستند و این موضوع، جای تأمل و نگرانی دارد (۱۱ و ۱۲)؛ همچنین در ایران، سیر فزاینده آمار طلاق اعم از شهر و روستا نگران‌کننده است. طبق آمار سازمان ثبت احوال کشور، تعداد ازدواج‌های ثبت‌شده در سال ۱۳۹۱، نسبت به سال ۱۳۹۰، ۵/۱ درصد کاهش و تعداد طلاق ۵/۲ درصد افزایش داشته و در سال ۱۳۹۱ به‌ازای هر ۵/۵ مورد ازدواج، ۱ مورد طلاق ثبت‌شده‌است؛ این روند، همچنان در سال ۱۳۹۲ هم ادامه داشته به‌طوری‌که در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱، تعداد ازدواج‌ها حدود ۶/۷ درصد کاهش و تعداد طلاق‌ها حدود ۳/۳ درصد افزایش داشته و نسبت تعداد ازدواج به تعداد طلاق ثبت‌شده در کشور به ۵ به ۱ رسیده‌است (۲۳ و ۳۳)؛ این شرایط از وجود مشکل و به‌احتمال، آسیب خانواده در جامعه ما حکایت دارد و حداقل اختلال روابط بین فردی را به‌تصویری می‌کشد که لازم است اصول روابط بین فردی در خانواده‌ها، براساس احترام متقابل شناسانده و آموزش داده‌شوند و تقویت مهارت‌های مرتبط با سلامت روان از جمله مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های زندگی سالم و تاب‌آوری فردی^۱ و همچنین مدیریت علمی و جلوگیری از بروز تنش‌های خانوادگی و اجتماعی مورد توجه قرارگیرد.

۱۰- نگاه همه‌جانبه داشتن به اعتیاد: موضوع اعتیاد از مقولات مهم آسیب‌زای روانی-اجتماعی کشور ما محسوب می‌شود. اعتیاد به‌عنوان یکی از عوامل مهمی است که هم در مقام علت و هم در جایگاه معلول اختلال‌های روان‌پزشکی مطرح می‌شود. مهارت‌شدن سیر شیوع پدیده اعتیاد در ایران به‌رغم همه مقابله‌های

صورت‌گرفته پیش و پس از انقلاب، از ناموفق بودن اقدام‌های انجام‌شده حکایت دارد که به توجهی همه‌جانبه به‌ویژه از دیدگاه روانی-اجتماعی نیاز دارد. به‌نظرمی‌رسد با کندوکاوی جدی در علل گرایش به اعتیاد و برگشت دوباره افراد ترک‌کرده، تاحدی قابل‌توجه، راهکارهای اصلاح شیوه زندگی فردی و جمعی را می‌توان استخراج کرد.

۱۱- درمان سریع و مناسب اختلال‌های روانی: ضروری است پس از بروز هر نوع اختلال روانی به‌ویژه افسردگی با هدف جلوگیری از طولانی و مزمن شدن این اختلال‌ها و کاهش تحت‌الشعاع قرارگرفتن زندگی فرد بیمار و خانواده او، بدون کوچک‌ترین مسامحه‌ای، بیماران و خانواده بیماران برای مراجعه به مراکز تشخیص و درمان تخصصی مرتبط تشویق‌شوند و از به‌تأخیرانداختن مراجعه یا [حضور در] مراجعات غیرعلمی خودداری شود.

۱۲- عزم عمومی و ملی، برای انگ‌زدایی از اختلال‌های روانی و بیماران روانی: شاید از مهم‌ترین [راهکارهای] اصلاح نگرش و شیوه رفتاری در جامعه به‌منظور کاهش شیوع اختلال روانی، عزم همگانی برای انگ‌زدایی از بیماری روانی و تشویق افراد مشکوک به اختلال‌های روانی برای مراجعه به روان‌پزشک باشد، درست، همانند دیگر بیماری‌های جسمی در مراجعه به متخصصان مرتبط و درمان مناسب این افراد و کمک به آنها در جهت داشتن یک زندگی طبیعی.

۱۳- تقویت شبکه‌های ارتباطی محلی و ملی: مشارکت شهروندان فعالیت‌های محله‌ای^۲، توانمندسازی اجتماعی^۳، ایجاد و تقویت نظام‌های حمایت اجتماعی، توسعه سازمان‌های مردم‌نهاد^۴ در زمینه سلامت روان، در نظرگرفتن افراد دارای مشکلات روانی به‌عنوان گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر، حمایت از حقوق انسانی و شهروندی آنان و جلوگیری از انزوای اجتماعی آنها، برخی از راهکارهای مهم در جهت اصلاح فرهنگ

2 - Community Action

3 - Social Empowerment

4 - Non-Government Organization (NGO)

1 - Personal Resilience

در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (۴۶). در یک مطالعه مروری سیستماتیک با بررسی پانزده مطالعه انجام گرفته در کشورهای با درآمد کم و متوسط که یازده مورد آن، مطالعات تصادفی بوده، نشان داده شده، این گونه خدمات می توانند نقشی عمده در پیشگیری از اختلال های روانی از جمله اختلال های افسردگی، در این کشورها (که از نظر تخصیص منابع به مشکلاتی دچارند)، ایفا کنند (۴۷)؛ در کشور ایران، نیز به نظر می رسد که استفاده از بهورزان و ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)، راهکاری مناسب برای پیشگیری از اختلال های روانی و کاهش نابرابری در ارائه خدمات سلامت روان بوده و توسعه کمی و کیفی طرح ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت های اولیه^۴ در روستاها به منظور غربالگری، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران روانی، در حد امکان به صورت رایگان یا با پرداخت هزینه ناچیز و پوشش بیمه ای، از جمله مداخلاتی هستند که باید مورد توجه بیشتر قرار گیرند و البته برای شهرها نیز، توسعه مراکز ارائه خدمات سلامت روان جامعه نگر، از جمله امور قابل توصیه است.

۱۶- تقویت بعد معنوی و دینی و آموزش مدیریت تنش از دیدگاه دینی: اگر سطوح دینی را به سه سطح باورها (اعتقادات)، رفتارها (احکام) و ارزش ها (اخلاقیات) تقسیم کنیم و پذیرای این فرض باشیم که دیندار واقعی به تمام باورها، رفتارها و ارزش های ناب دینی، به طور دقیق و عمیق، پایبند است، او با ملحوظ نظر قراردادن «هدمندی نظام آفرینش و آدمی، اصلاح باورهای شناختی درباره حوادث و آزمون انگاری حوادث، تقویت سازوکارهای دفاعی سازگاران از جمله اصلاح باور شناختی نسبت به حوادث به صورت هیجان زدایی از حوادث، دعوت به صبر و بردباری و پرهیز از یأس و نومیدی در حوادث، انتظار داشتن و آزمون انگاری نسبت به حوادث و توصیه به ریاضت کشی و تمرین عملی» برای مقابله با حوادث

عمومی برای جلوگیری از بروز و کاهش شیوع اختلال های روانی از جمله افسردگی تلقی می شوند.

۱۴- راهکارهای بهبود تغذیه ای: نقش تغذیه در تکامل و کارکرد بافت مغزی در افراد بالغ تأیید شده است (۳۴ و ۳۵). رابطه میان میزان مصرف منیزیم (به عنوان نشانه ای از رژیم غذایی سالم) با کاهش میزان علائم افسردگی در مطالعات مختلف، مورد تأیید قرار گرفته است (۳۶ و ۳۷) و نشان داده شده، رژیم غذایی سالم که به صورت افزایش مصرف میوه و سبزیجات و کاهش مصرف چربی های اشباع و نمک تعریف می شود (۳۸)، به طور معناداری، کاهش علائم افسردگی را در پی دارد (۳۹)؛ همچنین میزان ابتلا و بروز افسردگی در کسانی که از رژیم غذایی مدیترانه ای (که حاوی میوه و سبزیجات فراوان است) استفاده می کنند، کمتر بوده است (۴۰). استفاده از رژیم غذایی سالم در تمام گروه های سنی تأثیرگذار بوده و بررسی ها نشانگر آن بوده اند که حتی در میان جوانان ۱۰ تا ۱۴ ساله نیز افزایش مصرف میوه ها و سبزیجات با کاهش شیوع علائم روان پزشکی همراه است (۴۱)؛ همچنین افزایش مصرف ماهی به عنوان منبعی سرشار از اسیدهای چرب امگا ۳ بر کاهش علائم افسردگی، مؤثر است (۴۲) و طبق مطالعات کوهورت، افرادی که مصرف ماهی کمتری دارند، علائم افسردگی بیشتری داشته اند (۴۳ و ۴۴)؛ در طب سنتی ایرانی نیز، دستورهای تغذیه ای گوناگونی در خصوص پیشگیری و درمان افسردگی بیان شده که از میان آنها مصرف ماهی، سیر، شیر، نعناع، اسفناج، پونه کوهی^۱ و زعفران در مطالعات طب جدید هم تأیید شده است (۴۵).

۱۵- ارائه خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه: براساس مستندهایی که سازمان جهانی بهداشت منتشر کرده، ارائه خدمات سلامت مبتنی بر جامعه^۲ توسط کارکنان غیرمتخصص بخش سلامت^۳، یکی از روش های مرجح برای افزایش دسترسی افراد به خدمات بهداشتی

1 - Oregano

2 - Community based

3 - Lay community Health Workers (LHWs)

4 - Primary Health Care (PHC)

در ضمن از اهم راهکارهای پیشگیری از اختلال‌های روان‌پزشکی در حیطه سبب‌شناسی زیستی، «ارتقاداتن سواد سلامت روان جامعه، مشاوره پیش از ازدواج، غربالگری اختلال‌های روانی ادواری (به‌ویژه در خصوص افراد آسیب‌پذیر)» قابل‌اشاره‌اند و مهم‌ترین راهکارهای پیشگیری از اختلال‌های روانی در حیطه عوامل روانی اجتماعی، به‌طور کلی، مداخلاتی را دربرمی‌گیرند که به «برقراری شرایط امن، آرام، بدون استرس، حرمت‌گذاری به افراد و درکل، ایجاد محیطی دارای اعتدال هیجانی و قابل‌پیش‌بینی در جامعه» منجر شوند.

همچنین باوجود آنکه حمایت‌های کوتاه‌مدت سلامت روان، دارای اهمیت‌اند، با توجه به آنکه خدمات جامعه‌نگر، اثربخشی بیشتری دارند (۴۶)، سیاست‌گذاران باید منابع خود را به سمت ساختار این نوع از خدمات سوق دهند و روند کلی مداخلات سلامت روان باید به سمت فقرزدایی، بهبود شرایط شغلی و ایجاد شرایط باثبات و قابل‌پیش‌بینی در جامعه با تکیه بر توانمندسازی محیط باشد.

ایجاد این شرایط به‌تنهایی از حیطه قدرت یک وزارت‌خانه و ارگان خاص مانند وزارت بهداشت خارج است و باید با کمک همکاری‌های بین‌بخشی و استفاده از تجارب و منابع هر سه قوای مجریه، قضاییه و مقننه، در این خصوص اقدام شود؛ همچنین علاوه بر آنکه دولت باید سلامت روان را در برنامه‌های خود ادغام کند، ضرورت دارد تمام بخش‌های دولتی با یکدیگر و با مردم در تعامل باشند، زیرا مردم نیز از طریق سازمان‌های مردم‌نهاد می‌توانند خدماتی از قبیل مراقبت‌های بهداشتی، خدمات اجتماعی و برنامه‌های اجتماعی را ارائه دهند یا حمایت کنند.

سرانجام، اجرای مطالعات بیشتر برای ظرفیت‌سنجی در این زمینه، به‌منظور شناسایی ظرفیت‌های موجود و چگونگی سنجش سهم هریک از دستگاه‌ها در این حوزه نیز پیشنهاد می‌شود.

تلخ قابل‌انتظار بعدی در جریان زندگی، آماده می‌شود؛ برای نمونه، روزه‌داری، نوعی از این مقوته تلقی می‌شود. درحقیقت، فرد دیندار، پیش از وقوع هر حادثه تنش‌زا، با کم‌رنگ کردن و هضم و جذب استرس، خود را آماده، مجهز و مدافع برای مقابله ساخته‌است و با هیجان‌زدایی از حوادث، صبر، توکل، ذکر، گذشت، فروبردن خشم، استعانت از خداوند حکیم دانای توانا، با استفاده از شیوه عقلانی، به حل مسئله و مقابله با حادثه می‌پردازد که درنهایت با استناد به دیدن جزای عمل و گرفتن اجر و پاداش اخروی به نتیجه حاصل از مقابله با حادثه اعم از شکست یا پیروزی ظاهری رضایت دارد و این فرایند، یعنی، مدیریت تنش موفق دینی (۴۸).

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال‌های روان‌پزشکی، درمجموع با سبب‌شناسی چندعاملی سروکار دارند؛ بدین معنی که در هر اختلالی، علاوه بر جنبه‌های زیستی، عوامل روانی اجتماعی و معنوی نیز می‌توانند درگیر باشند و این عوامل می‌توانند هم در بعد زمینه‌ای، آشکارساز و تداوم‌بخش یا حفاظتی، نقش ایفاکنند. ازاساس برای پیشگیری از اختلال‌های روانی، باید توجه داشت که مغفول واقع شدن مبحث سلامت روان در ایران و جهان، خسارت‌بار است و متأسفانه، این موضوع برای دولت‌ها و سیاست‌گذاران، مبحثی جذاب نیست؛ بنابراین باید تلاش شود تا این دیدگاه برای سیاست‌گذاران تقویت شود چراکه سلامت بدون سلامت روان معنا ندارد و باید همان حساسیتی که درخصوص سلامت جسمی وجود دارد، درباره سلامت روان نیز اعمال شود. به‌منظور رسیدن اطلاع‌رسانی درباره شیوع، بار و هزینه اقتصادی و اجتماعی اختلال‌های روانی، راهکاری مؤثر برای افزایش حساسیت سیاست‌گذاران نسبت به اهمیت موضوع سلامت روان باشد؛ علاوه بر آن، به‌منظور تغییر نگرش و رفتار سیاست‌گذاران، وجود ضمانت اجرایی نیز، لازم و ضروری است.

سپاس و قدردانی

انجام این طرح، ما را یاری داده‌اند، صمیمانه، سپاس و تقدیر به عمل آید.

این طرح با پیشنهاد و تصویب گروه بهداشت و تغذیه و حمایت مالی معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران صورت گرفته است که ضرورت دارد از مسئولان ذی ربط و تمامی کسانی که در

منابع

- World Health Organization. World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva, World Health Organization. 2003.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLOS Medicine*. 2013 Nov;10(11):e1001547.
- World Health Organization. Integrating mental health into primary care, A global perspective, Geneva, World Health Organization. 2008.
- Montazeri A, Mousavi S. J, Omidvadi S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *Payesh* 2013; 12: 567-594 [in Persian].
- Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, Mahdavi Hezaveh N, Kazemeini H. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Population Health Metrics*. 2009 Jun 15;7:9. doi: 10.1186/1478-7954-7-9. PubMed PMID: 19527516.
- Iranian ministry of health and medical education. Report on the thirty-year achievements of the Islamic Republic of Iran in mental and social health and Addiction. 2008
- World Health Organization Report. Mental health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization. 2001.
- Kaplan BJ, Sadock VA, Ruiz P (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.
- National Institute of Mental Health Web site. <http://www.nimh.nih.gov/>. Accessed April 20, 2014.
- World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on the Social Determinants of Health, August, 2008.
- Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. A view of mental health in Iran, Tehran; 2001: 73-74.
- Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*. 2004 Jan;184:70-3.
- Johnston E, Johnson S, McLeod P, Johnston M. The relation of body mass index to depressive symptoms. *Canadian Journal of Public Health*. 2004;95: 179-183.
- Krsteska R, Pejaska VG. The association of poor economic condition and family relations in childhood with late-life depression. *Psychiatria Danubina*. 2013 Sep;25(3):241-7.
- Akbaraly TN, Brunner EJ, Ferrie JE, Marmot MG, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *British Journal of Psychiatry*. 2009 Nov;195(5):408-13.
- Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A, Williams LJ, Hodge AM, O'Reilly SL, Nicholson GC, Kotowicz MA, Berk M. Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American Journal of Psychiatry*. 2010 Mar;167(3):305-11.
- Sánchez-Villegas A, Verberne L, De Irala J, Ruiz-Canela M, Toledo E, Serra-Majem L, Martínez-González MA. Dietary fat intake and the risk of depression: the SUN Project. *PLoS One*. 2011 Jan 26;6(1):e16268.
- Reeve J. Understanding motivation and emotion. 4th edition. Translated by Seyyed-Mohammadi Y. Tehran: Nashr Virayesh; 2006. 313-383.
- Paykel ES. The evolution of life events research in psychiatry. *J Affect Disord* 2001; 62(3): 49-141.
- Nollet M, Le Guisquet AM, Belzung C. Models of depression: unpredictable chronic mild stress in mice. *Current Protocols in Pharmacology*. 2013 Jun;Chapter 5:Unit 5. 65.
- Crema LM, Pettenuzzo LF, Schlabitz M, Diehl L, Hoppe J, Mestriner R, Laureano D, Salbego C, Dalmaz C, Vendite D. The effect of unpredictable chronic mild stress on depressive-like behavior and on hippocampal A1 and striatal A2A adenosine receptors. *Physiology & Behavior*. 2013 Jan 17;109:1-7.
- Farooq RK, Isingrini E, Tanti A, Le Guisquet AM, Arlicot N, Minier F, Leman S, Chalou S, Belzung C, Camus V. Is unpredictable chronic mild stress (UCMS) a reliable model to study depression-induced neuroinflammation? *Behavioural Brain Research*. 2012 May 16;231(1):130-7.
- Van den Hove DL, Leibold NK, Strackx E, Martinez-Claros M, Lesch KP, Steinbusch HW, Schruers KR, Prickaerts J. Prenatal stress and subsequent exposure to chronic mild stress in rats; interdependent effects on emotional behavior and the serotonergic system. *European Neuropsychopharmacology*. 2014 Apr;24(4):595-607.
- Haile CN, GrandPre T, Kosten TA. Chronic unpredictable stress, but not chronic predictable stress, enhances the sensitivity to the behavioral effects of cocaine in rats. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001 Mar 1;154(2):213-20.
- Kim JJ, Song EY, Kosten TA. Stress effects in the hippocampus: synaptic plasticity and memory. *Stress*. 2006 Mar;9(1):1-11.
- Hollis F, Isgor C, Kabbaj M. The consequences of adolescent chronic unpredictable stress exposure on brain and behavior. *Neuroscience*. 2013 Sep 26;249:232-41.
- Abbasi M, Shamsi-Kooshki E, Abolghasemi MJ. Introduction to Spiritual Health. Tehran: Hoghooghi Press; 2014.
- Haggerty RJ, Mrazek PJ: Can we prevent mental illness? *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1994, 71(2):300-306.
- Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2003 Nov;183:384-97.
- Egede LE: Failure to recognize depression in primary care: issues and challenges. *Journal of General Internal Medicine*. 2007; 22:701-703.

31. Stojanović-Špehar S, Blažeković-Milanović S, Jokić-Begić N, Pranić SM, Šupe S, Katić M: Unaided General Practitioner's Clinical Diagnosis In Evaluation of Depressive Patients: A Pilot Study. *Psychiatra Danubina* 2010; 22:535-539.
32. Available from: <http://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4769>
33. Available from: <http://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4773>
34. Bourre JM. Roles of unsaturated fatty acids (especially omega-3 fatty acids) in the brain at various ages and during ageing. *Journal of Nutrition Health and Aging*. 2004;8(3):163-74. Review. PubMed PMID: 15129302.
35. Gómez-Pinilla F. Brain foods: the effects of nutrients on brain function. *Nature Reviews Neuroscience*. 2008 Jul;9(7):568-78.
36. Jacka FN, Overland S, Stewart R, Tell GS, Bjelland I, Mykletun A. Association between magnesium intake and depression and anxiety in community-dwelling adults: the Hordaland Health Study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009 Jan;43(1):45-52.
37. Serefko A, Szopa A, Wlaż P, Nowak G, Radziwoń-Zaleska M, Skalski M, Poleszak E. Magnesium in depression. *Pharmacol Rep*. 2013;65(3):547-54.
38. Healthy Eating Index-2005. US Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion Web Site. <http://www.cnpp.usda.gov/Publications/HEI/healthyeatingindex2005factsheet.pdf>. Accessed April 20, 2014.
39. Kuczmarski MF, Cremer Sees A, Hotchkiss L, Cotugna N, Evans MK, Zonderman AB. Higher Healthy Eating Index-2005 scores associated with reduced symptoms of depression in an urban population: findings from the Healthy Aging in Neighborhoods of Diversity Across the Life Span (HANDLS) study. *J Am Diet Assoc*. 2010 Mar;110(3):383-9.
40. Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Serra Majem L, Martínez-González MA. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Oct;66(10):1090-8.
41. Oddy WH, Robinson M, Ambrosini GL, O'Sullivan TA, de Klerk NH, Beilin LJ, Silburn SR, Zubrick SR, Stanley FJ. The association between dietary patterns and mental health in early adolescence. *Prev Med*. 2009 Aug;49(1):39-44.
42. Bountziouka V, Polychronopoulos E, Zeimbekis A, Papaventiou E, Ladoukaki E, Papairakleous N, Gotsis E, Metallinos G, Lionis C, Panagiotakos D. Long-term fish intake is associated with less severe depressive symptoms among elderly men and women: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) epidemiological study. *J Aging Health*. 2009 Sep;21(6):864-80.
43. Li Y, Dai Q, Ekperi LI, Dehal A, Zhang J. Fish consumption and severely depressed mood, findings from the first national nutrition follow-up study. *Psychiatry Res*. 2011 Nov 30;190(1):103-9.
44. Suominen-Taipale AL, Turunen AW, Partonen T, et al. Fish consumption and polyunsaturated fatty acids in relation to psychological distress. *Int J Epidemiol*. 2010;39:494-503.
45. Tavakkoli-Kakhki M, Motavasselian M, Mosaddegh M, Esfahani MM, Kamalinejad M, Nematy M. Food-based strategies for depression management from Iranian traditional medicine resources. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Feb;16(2):e14151.
46. World Health Organisation: Treat train retain. Task shifting: global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organisation; 2007:2009.
47. Mutamba BB, van Ginneken N, Smith Paintain L, Wandiembe S, Schellenberg D. Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct 13;13:412.
48. Sharafi SE, Mohammad-Shirazi M, Noorbala AA. From stress to relaxation. Tehran: Nasl-Noandish; 2013. 61-92.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
22st Year, No.113
October-November,
2014*

Received: 10/09/2014

Last revised: 20/10/2014

Accepted: 26/10/2014

Lifestyle modifications in the prevention of common mental disorders, especially depressive disorders

Ahmadali Noorbala^{1*}, Behzad Damari², Sahand Riazi³

1. Department of Psychosomatics, Imam Khomeini Hospital, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Department of Social Medicine, School of Medicine, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* E-mail: noorbala@tums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Regarding the high prevalence of mental disorders, especially depression in the world and Iran, and their increasing prevalence in recent years, as well as the major role of social and environmental factors in the prevalence and maintenance of these disorders, appropriate interventions to modify lifestyle in order to reduce the incidence of mental disorders, particularly depression, to be presented to stakeholders and policy makers seems necessary.

Materials and Methods: In this study, the literature was examined using search engines. The retrieved articles were then categorized and reviewed.

Results: Psychosocial factors play an important role in the etiology of mental disorders. The main factors in this category are marital status, economic class, unpleasant life events, the uneven emotional stress, chronic and repeated failures, migration and unpredictable environment. In order to prevent mental disorders in the community, appropriate strategies should be undertaken to deal with these factors. These strategies generally include interventions that result in safe and secure low-stress conditions, emotional balance, respecting to people and predictable condition in the community.

Conclusion: Sensitizing policy makers, administrators and the public regarding the importance of mental health is essential. Policymakers need to shift the resources toward community-based interventions. The general trend of these interventions should be directed to poverty alleviation, improving employment conditions and create stable and predictable conditions in society, with an emphasis on empowering people. Creating a calm and predictable environment can be achieved by inter-sectoral cooperation using the capacities of the executive, judicial and legislative organizations with the cooperation of the private sector and NGOs.

Key words: Prevention, Mental disorders, Depression, Lifestyle