

افسردگی و ورزش

دکتر علیرضا رضانی

دانشیار دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی

مجتبی انوری

دانشجوی کارشناسی ارشد تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی

اشاره

یکی از شایع ترین مشکلات جوانان و نوجوانان افسردگی است. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک همراه است. افسردگی به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی منجر می‌شود (آکیسکال، ۲۰۰۱). عواملی چون اتفاقات زندگی، شرایط و موقعیت‌ها، بیماری جسمی، شخصیت، الکل، جنسیت، ژن‌ها در بروز افسردگی نقش دارند. احتمال ابتلا به افسردگی از سنین کودکی تا کهنسالی وجود دارد اما در اغلب اوقات، شروع علائم در نوجوانی و اوایل جوانی است (نسیپر، ۱۹۹۷). رشد شناختی نوجوان نیز بسته به جنس، میزان اعتماد به نفس، نیازهای ارتباطی، نحوه جدایی والدین و استحکام روان‌شناختی فرد، برای هر نوجوان به‌طور جداگانه شکل می‌گیرد. بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی، در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (جاکا و همکاران، ۲۰۱۱). ابتلا به افسردگی ممکن است موجب خودکشی، اعتیاد، کاهش اعتماد به نفس و نتایج حاصل از آن، افت تحصیلی و در مجموع اختلال در عملکردهای شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم هزینه‌های هنگفتی را به جامعه تحمیل می‌کند. بنابراین، لازم است هر چه بیشتر با افسردگی و راهکارهای مقابله با آن آشنا شویم.



مقدمه

نوجوان ممکن است به آن‌ها مبتلا شود. این انواع عبارت‌اند از:

افسردگی عمده: شامل حداقل یک دوره از این اختلال (که افسردگی بالینی یا تک‌قطبی هم خوانده می‌شود) که همراه است با حالت غمگینی پایدار و نشانه‌هایی مانند افکار خودکشی، از دست دادن علاقه به فعالیت‌هایی که قبلاً خوشایند بوده‌اند، تغییرات عمده در وزن یا الگوی خواب و کناره‌گیری اجتماعی. این وضعیت می‌تواند به سایر اختلالات روانی مانند اختلالات تغذیه‌ای نیز بینجامد. نوجوانانی که افسردگی عمده را تجربه کرده باشند، به احتمال زیاد در آینده نیز دچار حملات افسردگی خواهند شد.

اختلال دوقطبی: این اختلال که قبلاً بیماری شیدایی-افسردگی نامیده می‌شد، مستلزم دوره‌های متناوب تغییر شدید حال و وضع روانی (شیدایی و افسردگی) است. وضع بیمار در دوره‌های افسردگی مشابه افسردگی عمده است. دوره‌های شیدایی شامل نشانه‌هایی چون نیاز کمتر به خواب، تند حرف زدن، افکار رقابت‌جویانه و رفتار شتاب‌زده و نسنجیده است. نشانه‌های اختلال دوقطبی در جوانان تا حدودی با بزرگسالان تفاوت دارد؛ برای مثال، نوجوانانی که در مرحله شیدایی هستند، بیشتر از بزرگسالان زودرنج، تحریک‌پذیر و دارای رفتارهای تخریبی می‌باشند. سرخوشی آنان نیز معمولاً کمتر از بزرگسالان است. تشخیص اختلال دو قطبی در نوجوانان ممکن است بسیار مشکل باشد؛ زیرا نشانه‌ها و علائم آن گاه با اختلالات شایع دیگر در نوجوانان همچون اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) اختلال رفتاری اشتباه گرفته می‌شود.

افسرده‌خویی: نوعی افسردگی خفیف مزمن است که حداقل یک سال در نوجوانان پایدار می‌ماند. نوجوانانی که افسرده‌خویی دارند همیشه غمگین به‌نظر می‌رسند و حالت زودرنجی و تحریک‌پذیری در آن‌ها نمایان‌تر از افسردگی است. افسرده‌خویی در فرد ممکن است با ADHD و سایر وضعیت‌های روانی و پزشکی ارتباط داشته باشد. بیماران مبتلا به افسرده‌خویی اغلب به افسردگی عمده مبتلا می‌شوند و برعکس.

اختلال سازگاری: نوعی حمله افسردگی است که پس از تغییری عمده در زندگی مانند مرگ

به لحاظ روان‌شناسی و ژنتیک، در چرخه تحول آدمی دوره‌ای که بین کودکی و بزرگسالی قرار می‌گیرد به «دوره نوجوانی» موسوم است و طیف سنی ۱۱ تا ۲۰ سال را در برمی‌گیرد (فتیح آشتیانی و همکاران ۱۳۷۵). اساس سلامت روان و یا آسیب‌شناسی روانی دوران بزرگسالی در این دوره بنا نهاده می‌شود (استین برگ، ۲۰۰۳). دوران نوجوانی، هم از نظر نوجوانان و هم از نظر والدین دشوارتر از دوران کودکی است. نوجوان در این دوره دچار تغییرات فکری می‌شود و تفکراتش به‌صورت انتزاعی در می‌آید. این تحول و دگرگونی در مواردی می‌تواند خطرآفرین باشد و به فرد صدمه و آسیب وارد کند. به گفته یک روان‌شناس، در دوره نوجوانی به احتمال زیاد رنج درونی، فشار عاطفی، نگرانی، ترس، آشفتگی و احساس گناه شدیدتر از دوره‌های دیگر است (قائمی، ۱۳۸۰). در این دوره، نوجوان‌ها به عقاید هم‌تایان خود بی‌نهایت اهمیت می‌دهند و دائم خود را با دیگران مقایسه می‌کنند. به علاوه، هرگونه انحراف از الگوهای مورد انتظار، واقعی یا خیالی، ممکن است موجب احساس حقارت، از دست دادن اعتمادبه‌نفس و افسردگی آن‌ها شود (کاپلان، ۱۳۸۰). معلمان تربیت‌بدنی با توجه به اهمیت درس تربیت‌بدنی و ورزش در درمان افسردگی از طریق تأثیرات فیزیولوژیک و همچنین تأثیرات اجتماعی ورزش (ایجاد رابطه با همسالان به‌خصوص ورزش‌های گروهی)، می‌توانند با آگاهی کافی از جنبه‌های مختلف افسردگی در تشخیص و حتی درمان آن مؤثر واقع شوند. بنابراین، در تحقیق حاضر در نظر داریم افسردگی و راهکارهای مقابله با آن را معرفی کنیم.

کلیدواژه‌ها: دوره نوجوانی، افسردگی، تربیت‌بدنی

افسردگی چیست؟

افسردگی اختلالی روانی است که گروهی از محققان آن را احساس ناامیدی و دل‌مردگی می‌دانند. به عبارت دیگر، افسردگی احساس بیمارگونه غم و اندوه است که با درجانی از رکود واکنش‌ها همراه است. (یونسیان و همکاران، ۱۳۸۸).

انواع افسردگی نوجوانان

چند نوع مختلف افسردگی وجود دارد که یک

عوامل اجتماعی و محیطی مانند از دست دادن والدین در دوران کودکی، تنبیه شدن شدید به وسیله والدین در هنگام کودکی و مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن در آن دوران ممکن است به ایجاد افسردگی در سنین بالاتر منجر شود

در تحقیقی نشان داده شد که تأثیر افسردگی بر احتمال وقوع بیماری‌های سرطان، آسم، بیماری کرونری قلب، دیابت و اختلال معده‌ای بیشتر از چاقی است

یک عزیز و یا یک فاجعه عمده بروز می‌کند. دوره سازگاری در نوجوانانی که دچار این اختلال باشند، بیشتر از حد عادی مورد انتظار طول می‌کشد یا اینکه این دوره با فعالیت‌های روزانه آن‌ها تداخل پیدا می‌کند.

علل

الف. زیستی

افسردگی علل خاصی دارد و علل پاتولوژیک زیادی برای آن بیان شده است اما چهار سازوکار محتمل‌تر عبارت‌اند از: متابولیسم غدد داخلی به خصوص تیروئید و غده فوق کلیه، انتقال‌دهنده‌های سلسله اعصاب مرکزی، متابولیسم مواد معدنی به خصوص کلسیم و سدیم و سرانجام، عوامل ارثی. (یونسیان و همکاران، ۱۳۸۸).

یکی از علل مهم زیستی ایجادکننده افسردگی، استرس است (سالاز و همکاران، ۲۰۱۲). و البته دلیل این هر دو (افسردگی و استرس) ممکن است افزایش سطوح کورتیزول باشد (کریستوف و همکاران، ۲۰۱۳). یکی دیگر از علل مهم این بیماری، اختلال در نظم عملکرد محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) است که این عامل حتی در افسردگی‌های پایین‌تر از ۱۲ سالگی نیز اهمیت دارد. (کیت و همکاران، ۲۰۱۳).

از طرفی، مغز پیام‌برهای شیمیایی طبیعی موسوم به نوروترانسمیتر (انتقال‌دهنده عصبی) تولید می‌کند که پیام‌ها را از یک سلول عصبی به سلول دیگر می‌فرستند. به نظر می‌رسد سروتونین به دلیل اینکه نقش مهمی در تنظیم خلق ایفا می‌کند، نوروترانسمیتر ایجادکننده حس خوب است. پایین بودن میزان سروتونین ممکن است موجب بروز احساس غم و اضطراب شود. دو نوروترانسمیتر مهم دیگر، یعنی دوپامین و نوراپی نفرین نیز بر خلق اثر می‌گذارند. در صورتی که مغز مقدار کافی دوپامین و نوراپی نفرین تولید نکند، احساس خستگی، نداشتن انگیزه و گنجی ایجاد می‌شود.

ب. علل فردی و اجتماعی

عوامل اجتماعی و محیطی مانند از دست دادن والدین در دوران کودکی، تنبیه شدن شدید به وسیله والدین در هنگام کودکی و مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن در آن دوران ممکن است به ایجاد افسردگی در سنین بالاتر منجر شود. به نظر برخی از متخصصان، افرادی که به مدت طولانی در وضعیتی قرار می‌گیرند که نمی‌توانند آن را تغییر دهند، مثلاً

بیمارانی که همیشه باید در بستر یا روی صندلی چرخ‌دار باشند، مستعد ابتلا به افسردگی هستند. از دست دادن افراد و چیزهای مورد علاقه نیز ممکن است موجب شروع افسردگی شود. استرس‌ها، اعم از اینکه به‌طور ناگهانی به‌وجود آمده باشند یا به‌صورت تدریجی، می‌توانند موجب بروز افسردگی شوند. احتمال ایجاد افسردگی در ۶ ماه بعد از یک حادثه استرس‌زای درخور توجه، حدود ۶ برابر شایع‌تر است. (منجمی، ۱۳۸۹؛ نشاط‌دوست، ۱۳۸۱؛ افروز، ۱۳۸۰؛ نریمانی، ۱۳۸۱)

بین شدت افسردگی و آرامش حاکم بر خانواده ارتباط معنادار وجود دارد. یکی از علل اصلی افسردگی دانش‌آموزان نزاع‌های خانوادگی است. (انصاری و نیکویی، ۱۳۹۲)

افسردگی در نوجوانان به دلیل احساس تنهایی و پرورش حس کمال‌گرایی در فرد و در نتیجه، خودسز زنی و عدم رضایت از خود به‌وجود می‌آید. تحمیل انتظارات والدین به نوجوانان - بیش از حد توان و استعداد آنان - موجب ابتلای نسل نوجوان به خطرناک‌ترین نوع افسردگی شود. نتایج به دست آمده از تحقیقات حاکی از آن است که این قبیل افسردگی‌ها بیشتر در کودکان و نوجوانانی دیده می‌شود که والدینی سخت‌گیر و کنترل‌کننده دارند که همه امور شخصی و انفرادی آنان را به دقت پیگیری می‌کنند. دانش‌آموزان متعلق به خانواده‌های خیلی ضعیف، ضعیف و متوسط در مقایسه با دانش‌آموزان متعلق به خانواده‌های با سطوح خوب و خیلی خوب اقتصادی، بیشتر به افسردگی دچار می‌شوند. (منیریور و همکاران، ۱۳۸۳)

بنا بر نتایج تحقیق بفرولی (۱۳۷۸)، متغیرهایی که به لحاظ آماری با افسردگی ارتباط معنی‌دار دارند، عبارت‌اند از: جنسیت، رشته تحصیلی، موفق نشدن در تحصیل، وضعیت اقتصادی خانواده، سابقه بیماری روانی در خانواده، تمایلات جنسی، تفاهم خانواده و دانش‌آموز. در ضمن، در این تحقیق روابط زیر معنی‌دار بوده‌اند: بینش مذهبی دانش‌آموز و وابستگی به خانواده (بینش مذهبی دانش‌آموز و موفقیت در تحصیل)، بینش مذهبی خانواده و وابستگی عاطفی دانش‌آموز به خانواده، بینش مذهبی والدین و تفاهم والدین با یکدیگر. (بفرولی و همکاران، ۱۳۷۸).

علائم و پیامدها

تشخیص افسردگی در نوجوانان کار نسبتاً دشواری است؛ زیرا نوجوانان افت‌وخیزهای خلقی زیادی از

خود نشان می‌دهند. این افت‌وخیزها به‌ویژه در آغاز نوجوانی مشاهده می‌شود. در مورد این دو قشر بهتر است با درمان‌روانی، اجتماعی و تربیتی آغاز کرد و در صورت نیاز به دارو روی آورد. (بهادری و همکاران، ۱۳۹۰)

بعضی از علائم افسردگی در نوجوانان عبارت‌اند از: تمایل نداشتن به شرکت در فعالیت‌ها حتی فعالیت‌های خوشایند؛ عده زیادی از نوجوانان، گاهی اظهار بی‌حوصلگی می‌کنند. این نوع بی‌حوصلگی معمولاً علامت افسردگی نیست. زمانی بی‌حوصلگی نشان‌دهنده افسردگی است که تفریحات و کارهایی که نوجوان قبلاً با لذت انجام می‌داده است در دسترس او باشند ولی او رغبتی به انجام دادن آن‌ها نداشته باشد. این حالت اغلب با احساس گناه، کم‌رویی و خجالت همراه است. (افروز، ۱۳۸۱)

اختلالات خواب: اختلالات خواب به چند صورت ممکن است تظاهر کند؛ نوجوان حوصله رفتن به رختخواب را نداشته باشد و این عمل برایش دشوار باشد، شب‌ها بیدار شود و دوباره خوابش نبرد، صبح خیلی زودتر از معمول بیدار شود، به ندرت ممکن است خواب‌های ناراحت‌کننده و تکراری ببیند یا در خواب راه برود و یا صحبت کند. (بهرامی و ارغنده، ۱۳۸۳؛ غلامی و همکاران، ۱۳۹۰).

اختلال در اشتها (افزایش یا کاهش): حالتی است که بی‌اشتهایی روانی یا پراشتهایی روانی و بیشتر در دختران نوجوان رخ می‌دهد. بعضی از نوجوانان افسرده در انتخاب غذا خیلی سخت‌گیر می‌شوند و به خوردن تمایلی نشان نمی‌دهند. عده‌ای دیگر برای یافتن آرامش به غذا خوردن پناه می‌برند و خیلی بیشتر از وقت سلامتی غذا می‌خورند. در هر صورت، تغییر عادت غذا خوردن آنان به مدت طولانی ممکن است علامت افسردگی باشد. (آزاد، ۱۳۸۴؛ افروز، ۱۳۸۱)

ناراحتی و غم‌زدگی: که یکی از علائم شاخص افسردگی است، با ناراحتی و غم‌زدگی ناشی از یک موقعیت تفاوت زیادی دارد. غم‌زدگی ناشی از یک موقعیت، زودگذر و موقت است و زندگی فرد را دچار تغییر چندانی نمی‌کند اما افسردگی و غم‌زدگی ناشی از آن، حالتی است که فرد اهداف متعالی و برنامه‌های خود را از دست می‌دهد و زندگی‌اش دچار تزلزل می‌شود. نوجوان افسرده گاهی به مدت چند

هفته احساس غم و بدبختی می‌کند. در این دوره، ممکن است در ساعات مختلف روز یا روزهای مختلف تغییراتی جزئی در روحیه او دیده شود ولی به‌طور کلی، با وجود عوض شدن موقعیت و شرایط محیطی حالت غم‌زدگی او همچنان باقی می‌ماند. گاهی افسردگی با نگرانی همراه می‌شود و به‌صورت دردهای مختلف، به‌خصوص درد معده و سردرد که از نظر پزشکی قابل توجه نیستند، بروز می‌کند. در این حالت، ممکن است والدین به شدت نگران شوند و تمام توجه آنان به پیدا کردن علت جسمی معطوف گردد و غمگینی مداوم نوجوان را از نظر دور بدارند. (افروز، ۱۳۸۰؛ نشاط‌دوست و همکاران، ۱۳۸۱؛ نریمانی، ۱۳۸۱)

نوجوانان افسردگی خود را به‌صورت خستگی و بی‌قراری و تظاهر به بیماری نشان می‌دهند. این افسردگی در حالت افراطی به‌صورت پرخاشگری و نیز رفتار بزهکارانه بروز می‌کند

مشغولیت ذهنی با افکار مخرب و تحمیلی در مورد پوچی و مرگ و خودآزاری و خودکشی: بدون شک این علامت، نگران‌کننده‌ترین علامت افسردگی است. باید دانست تمامی نوجوانانی که به فکر خودکشی افتاده‌اند، دچار افسردگی نیستند. افکار گذرا و کوتاه‌مدت درباره اینکه زندگی ارزش زیستن ندارد، در بین نوجوانان خیلی شایع است. بعضی از نوجوانان که قصد خودکشی دارند و حتی اقدام به آن می‌کنند، ممکن است اصلاً افسرده نباشند. البته شکی نیست که افسردگی جزء علل مهم خودکشی است و هر علامتی که قصد خودکشی جوانان را نشان دهد، باید خیلی مهم تلقی شود. عده‌ای از نوجوانان، به‌خصوص پسران، دائماً در رؤیای شخصیت‌هایی هستند که در داستان‌ها خوانده یا در



افسردگی در حالت افراطی به صورت پرخاشگری و نیز رفتار بزهکارانه بروز می‌کند. (کلرمن، ۱۹۷۸؛ نیکولی، ۱۹۷۸)

افسردگی باعث ایجاد اختلالات جسمانی و روانی می‌شود و احتمال بروز سردرد، کاهش یا افزایش وزن، درد اندام‌ها و... را افزایش می‌دهد (طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۴). در افراد افسرده دستگاہ حاشیه‌ای و هیپوتالاموس دچار اختلال می‌شوند. (متین‌همایی، ۱۳۸۶)

مبتلایان به بیماری افسردگی ماژور (اساسی) در مقایسه با گروه کنترل، تراکم استخوانی کمتر و فراوانی استئوپروز بیشتری دارند. (ذبیحی یگانه و همکاران، ۱۳۸۷)

در تحقیقی نشان داده شد که تأثیر افسردگی بر احتمال وقوع بیماری‌های سرطان، آسم، بیماری کرونری قلب، دیابت و اختلال معده‌ای بیشتر از چاقی است. (مک‌کارتی، ۲۰۱۴)

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۱۲۱ میلیون نفر از مردم جهان دچار افسردگی می‌باشند (دراس، ۲۰۱۰). میزان شیوع این بیماری در زنان بیشتر از مردان، و در مجردها، بیوه‌ها و افراد مطلقه بیشتر از متأهلین است

فیلم‌ها دیده‌اند و در بازی‌های خود از این داستان‌ها استفاده می‌کنند. برای کسب اطمینان از اینکه چنین بازی‌هایی علامت افسردگی یک نوجوان نیست، باید سایر علائم افسردگی را در نظر بگیریم. در صورت نبود سایر علائم، افسردگی در چنین نوجوانی وجود ندارد. (میگونی و همکاران، ۱۳۸۹)

انتظار بالا از خود و در نتیجه سرزنش خویش: افرادی که چنین گرایشی دارند، کمال طلب اند و هدف خود را در سطح خیلی بالایی قرار می‌دهند. خود ملامت کردن، علامت شایع افسردگی نیست ولی گاهی از خلال صحبت‌های نوجوانان دربارهٔ مسائلی که باعث وارد آمدن فشار روحی بر آنان شده است، حالت خود ملامت کردن آشکار می‌شود. علامت شایع‌تر، احترام قائل نشدن برای خود است. مبتلایان خود را به شدت پست می‌دانند و ارزشی برای خود قائل نیستند. (نجاری، ۱۳۸۱؛ افروز، ۱۳۸۰)

انزوای طلبی و تغییر خلق و خو: نوجوانی که در گذشته بسیار پر جنب و جوش و در ایجاد ارتباط اجتماعی مصمم بوده است، اگر به‌طور ناگهانی و مدت‌دار منزوی شود، ممکن است افسرده شده باشد (نشاط‌دوست، ۱۳۸۱). نوجوانی که از اول گوشه‌گیر بوده است، با نوجوانی که بسیار اجتماعی بوده ولی به تازگی گوشه‌گیر شده است و از دیدار دوستانش احتراز می‌کند، تفاوت دارد و در مورد دومی باید دقت کرد که چه تغییرات دیگری در روش زندگی روزانه‌اش مشاهده می‌شود.

نوجوانان افسرده نسبت به نوجوانان غیرافسرده زمان بیشتری را به تنهایی می‌گذرانند. جالب اینکه نوجوانان افسرده به هنگام تعامل با همسالان خود، نسبت به نوجوانان غیرافسرده، پرخاشگرتر و منفی‌ترند. بدین معنا که انزوای اجتماعی نوجوانان افسرده ممکن است ناشی از طرد همسالان و گوشه‌گیری اجتماعی باشد. (توزنده جانی و کمال‌پور، ۱۳۸۰)

برخی دیگر از علائم افسردگی در نوجوانی عبارت‌اند از: ضعف در برقراری ارتباط اجتماعی و تمایل به مصرف دخانیات و حتی مواد مخدر. دانش‌آموزان دارای افسردگی استرس و اضطراب بیشتری هم دارند. (کردی و همکاران، ۱۳۹۳)

نوجوانان افسردگی خود را به‌صورت خستگی و بی‌قراری و تظاهر به بیماری نشان می‌دهند. این

مطالعات نشان می‌دهند که میزان افسردگی در سنین کم رو به افزایش است. به علاوه، شمار مبتلایان دختر در سنین کودکی و ابتدای نوجوانی بیش از پسران گزارش شده است



(کاپلان، ۱۹۹۸). ۸۰ درصد این بیماران خود را بی‌ارزش می‌دانند؛ به‌خصوص در زمینه‌هایی مثل هوش، موفقیت، اشتها، جذابیت، سلامتی و توانایی که برایشان بیشترین ارزش‌ها را دارد (اسکوچ و همکاران، ۲۰۱۵). به علاوه، به دلیل اینکه به‌طور تقریبی دو سوم از افراد مبتلا به بیماری افسردگی به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها به همین دلیل به زندگی خود خاتمه می‌دهند. این بیماری همواره جزء برجسته‌ترین معضلات حیطة بهداشت روان بوده است (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹). مطالعات نشان می‌دهند که میزان افسردگی در سنین کم رو به افزایش است. به علاوه، شمار مبتلایان دختر در سنین کودکی و ابتدای نوجوانی بیش از پسران گزارش شده است (بهادری و همکاران، ۱۳۹۱). تحقیقات نشان داده‌اند که شروع بیماری روانی ۵۰ درصد از بزرگسالان از دوران نوجوانی بوده و شیوع مادام‌العمر آن ۱۷/۵ تا ۳۱ درصد گزارش شده است.

ایران کشوری جوان است؛ به‌طوری که کودکان و نوجوانان (زیر ۱۵ سال) ۲۳/۴ درصد (معادل ۱۷/۵ میلیون نفر) و جوانان (۱۵ تا ۲۹ ساله) ۳۱/۵ درصد

(معادل ۲۳/۷ میلیون نفر) از کل جمعیت آن را تشکیل می‌دهند (مرکز آمار، ۱۳۹۰). در این میان، دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستانی که بالغ بر ۷ میلیون نفر می‌باشند (مرکز آموزش نیروی انسانی، آمار و فناوری وزارت آموزش و پرورش، ۱۳۹۰)، به‌عنوان متصدیان آینده جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و بررسی مشکلات آنان و اقدام برای رفع آن‌ها تأثیر بسیار مثبتی بر کارکرد جامعه دارد. (نوربالا، ۱۳۸۵). نتایج مطالعه‌ای در تهران نشان داد که ۳۴/۱ درصد از دختران و ۲۳/۷ درصد از پسران نوجوان مشکوک به اختلال روانی هستند (ریاسی و همکاران، ۱۳۸۸). دختران ۱۷ و ۱۸ ساله نسبت به دختران ۱۵ ساله بیشتر به افسردگی دچارند (منیرپور و همکاران، ۱۳۸۳). نتایج مطالعه نیمانی نشان داد که حداقل ۲۶ درصد از دانش‌آموزان شرکت‌کننده در مطالعه، دارای افسردگی متوسط و بالاترند. براساس یافته‌های این پژوهش، میانگین افسردگی در دانش‌آموزان پایه چهارم متوسطه، بالاتر از پایه‌های دیگر تحصیلی است و افسردگی دانش‌آموزان با متغیر نوع مدرسه نیز ارتباط دارد. همچنین، کمترین میزان افسردگی در میان دانش‌آموزان مدارس نمونه‌مردمی، دولتی و غیرانتفاعی است و بالاترین میزان افسردگی در میان دانش‌آموزان مدارس شاهد و ایثارگر مشاهده می‌شود. (نیرمانی و روشن، ۱۳۸۱).

افسردگی دانش‌آموزان دوره راهنمایی به‌طور معنی‌داری بالاتر از افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی است (جان‌بزرگی و مستخدمین، ۱۳۸۴). بنابراین، میزان شیوع افسردگی در دوره راهنمایی بیشتر از دوره‌های تحصیلی دیگر است، اما در دوره دبیرستان دانش‌آموزان پایه چهارم بیشترین احتمال ابتلا به افسردگی را دارند.

بررسی وضع روانی دانش‌آموزان به لحاظ اهمیت آن از نظر بنیادی و کاربردی مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان، مشاوران و علمای تعلیم و تربیت و متخصصان بهداشت روانی و سایر افرادی که به نحوی با دانش‌آموزان سروکار دارند، قرار گرفته است. کوشش در دستیابی به یافته‌هایی در این راه می‌تواند راهبردهای مهمی برای مراکز آموزشی به همراه داشته باشد و اطلاعات مهمی در اختیار همه کسانی که به نوعی با آموزش و پرورش ارتباط دارند، قرار دهد.

راهکارهای مختلفی برای مقابله با افسردگی وجود دارد که در اینجا به مهم‌ترین آن‌ها برای رویارویی با

**کورتیزول
یکی از عوامل
احتمالی موثر
در افسردگی
است که مقدار
آن طی تمرین
تغییر می‌کند و به
مرور زمان دچار
سازگاری می‌شود**





مشکلاتی که با آن‌ها مواجه است، به شکل رودررو با درمانگر (روان‌درمانی فردی) یا در یک گروه کوچک با یک یا دو روان‌درمانگر (روان‌درمانی گروهی) صحبت کند. (مرادی، ۱۳۸۶؛ سلیمانی، ۱۳۸۷)

۴. درمان‌های دارویی: درمان‌های دارویی در افسردگی کودکان و نوجوانان، نسبت به درمان‌هایی که تاکنون ذکر شد، اهمیت کمتری دارند و به ندرت مورد استفاده قرار می‌گیرند ولی گاهی این نوع درمان مؤثر است و در مواردی نادر، مهم‌ترین وسیله درمان است. هرگاه نوجوان مشکلات عمده‌ای داشته باشد و به درمان‌های گفت‌وگویی روان‌شناسی جواب ندهد، احتمالاً پزشک (که در این مرحله اغلب روان‌پزشک کودک یا نوجوان است) برای او دارو تجویز می‌کند. (آقایی، ۱۳۸۵)

۵. شناخت درمانی رفتاری: افکار احساسات را شکل می‌دهد و یاد گرفتن روش تغییر الگوهای مخرب می‌تواند فرایند فعالیت فکری فرد را تغییر دهد. واکنش و احساسات او نیز نسبت به شرایط تغییر می‌کند. این روش درمان، روشی کوتاه‌مدت محسوب می‌شود (اغلب ۱۰ تا ۲۰ جلسه) و ثابت شده است که در درمان افسردگی‌های خفیف مانند دارو مؤثر است. (محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۰)

۶. یکی از مؤثرترین روش‌های درمان افسردگی ورزش است که در نوجوانان نیز مفید می‌باشد. میزان تأثیر ورزش بر افسردگی احتمالاً با میزان تأثیر دارویی یا مداخلات روان‌شناسی یکی است. البته هر

افسردگی نوجوانان اشاره می‌شود.

۱. مشاوره‌درمانی: در این روش باید از فردی که تجربه کافی دارد و می‌تواند اعتماد نوجوان را جلب کند، استفاده کرد؛ چون در اغلب موارد نوجوان به خودی خود در درمان شرکت نمی‌کند و برقراری ارتباط با وی دشوار است. (جوکار و همکاران، ۱۳۸۵)

۲. خانواده‌درمانی (والدین): اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده‌درمانی این است که مشکلات بشر بیش از اینکه درون فردی باشد، بین فردی هستند. به همین دلیل، برای حل این مشکلات باید از آن دسته رویکردهای مداخله‌ای بهره گرفت که روابط میان افراد را بهبود می‌بخشد. متخصص خانواده‌درمانی با درک روابط میان افراد خانواده و واکنش‌های آن‌ها نسبت به یکدیگر و تصحیح و تغییر این روابط، سعی در حل مشکل آنان می‌کند. (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۴؛ بهرامی، ۱۳۸۲)

۳. روان‌درمانی: روان‌درمانی، شیوه‌ای درمانی است که روان‌پزشکان و روان‌شناسان از آن برای حل مشکلات مختلف روان‌شناختی افراد، استفاده می‌کنند. این شیوه مستلزم آن است که فرد در مورد

ورزش باعث افزایش میزان سروتونین می‌شود اما ورزش‌های هوازی بیشتر از انواع دیگر ورزش‌ها سروتونین را افزایش می‌دهند

بی‌نوشت‌ها

1. Attention Deficit Hypeactivity Disorder
2. Hypothalamic - Pituitary - Adrenal axis
3. hydroxytryptamine

منابع

۱. بهادری، محمدحسین؛ جهانبخش، مرضیه و امیری شعله، (۱۳۹۱). «پیش‌بینی علامت افسردگی در نوجوانان»، مجله علوم رفتاری، دوره ۶، شماره ۴، ۳۳۹-۳۴۵.
۲. حیدری بهلولیان؛ فرزاد سیر، ک؛ قیابان، م. (۱۳۷۹). «بررسی عوامل روانی، اجتماعی، آموزشی مؤثر بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان استان همدان»، فصل‌نامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۱۸، ص ۷۷.
۳. ضرغام بروجنی، علی؛ یزدانی، محسن و یزدان‌نیک، احمدرضا. (۱۳۸۰). «ارتباط الگوی رفتاری والدین با افسردگی و افکار خودکشی در نوجوانان»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، دوره دوم، نوبت سوم، صفحات ۴۶-۵۴.
۴. مرادی، علیرضا و شکری، امید (۱۳۸۶). «تأثیر روان‌درمانی در درمان افسردگی نوجوانان»، پژوهش در سلامت روان‌شناختی، شماره ۳.
5. Goto K, Takahashi K, Yamamoto M, Takamatsu K. Hormone and recovery responses to resistance exercise with slow movement. J Physiol Science 2008; 58: 7-14.
6. John C. Sieverdes, Billy M. Ray, Xuemei Sui, Duck-chul Lee, Gregory A. Hand, Meghan Baruth, Steven N. Blair. (2012) Association Between Leisure Time Physical Activity and Depressive Symptoms in Men, Med Sci Sports Exerc. 2012; 44(2): 260- 265.
7. Peter Salmon, Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory, Clinical Psychology Review Volume 21, Issue 1, February 2001, Pages 33- 61
8. F. B. Schuch, M. P. Vasconcelos-Moreno, C. Borowsky, A. B. Zimmermann, N. S. Rocha. M. P. Fleck (2015), Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort, Journal of Psychiatric Research. Volume 61, February 2015, Pages 25- 32.
9. Jan Wielopolski, Karin, Reich, Marion Clepce, Marie Fischer, Wolfgang Sperling, Johannes Kornhuber, Norbert Thuerauf, Physical activity and energy expenditure during depressive episodes of major depression, Journal of Affective Disorders Volume 174, 15 March 2015, Pages 310- 316.
10. Janey C. Peterson, Mary E. Charlson Martin T. Wells, Margaret Altemus, (2014), Depression, Coronary Artery Disease, and Physical Activity: How Much Exercise Is Enough. Clinical Therapeutics, Volume 36, Issue 11, 1 November 2014, Pages 1518- 1530
11. F. N. Jacka, J. A. Pasco, L. J. Williams, E. R. Leslie. S. Dodd, Lower levels of physical activity in childhood associated with adult depression, Journal of Science and Medicine in Sport, Volume 14, Issue 3, May 2011, Pages 222- 226.

ورزش‌های هوازی بیشتر از انواع دیگر ورزش‌ها سروتونین را افزایش می‌دهند. دلیل این امر، افزایش بیشتر سطوح 5HT² توسط ورزش هوازی نسبت به نوع دیگر ورزش‌هاست (والیم و همکاران، ۲۰۱۳). در تحقیقی دیگر مشخص شد که تأثیر ورزش‌های قدرتی، استقامتی و ترکیبی بر کاهش افسردگی مشابه است و این تأثیر مستقل از تغییر اسیدآمینۀ فنیل‌آلانین است؛ چون در هر سه نوع تمرین، مقدار اسیدآمینۀ فنیل‌آلانین یکی است. (فتحی و همکاران، ۱۳۸۴).

تمرین ورزشی، به‌خصوص ورزش هوازی، علاوه بر سروتونین بر دوپامین نیز تأثیر مثبت دارد (وفامند و همکاران، ۱۳۹۱؛ موشن و همکاران، ۲۰۱۳). البته ترکیب فعالیت بدنی و ورزش با دارودرمانی (مانند سرتالین) بیشترین اثر را در بهبود افسردگی اساسی دارد. (بابیاق و همکاران، ۲۰۰۰)

تمرین‌های مؤثر بر افسردگی

تمرین استقامتی حتی یک جلسه بدون توجه به شدت آن باعث افزایش دوپامین می‌شود. (اشرفی و محمدی، ۱۳۹۳)

در تحقیقی مشخص شد که یک تمرین ۱۰ تا ۱۴ هفتگی، هر هفته ۵ جلسه و هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بیشترین تأثیر را در کاهش افسردگی دارد. (ریدرست، ۲۰۰۹)

تمرین‌های با شدت بالا (بالتر از ۷۰ درصد VO₂max یا پایین ۴۰ تا ۵۵ درصد VO₂max) یا یک برنامه کشتی در افراد با افسردگی کم تا متوسط، تأثیر یکسانی را در کاهش افسردگی نشان می‌دهند (چو و همکاران، ۲۰۰۹) اما در حالت کلی، تمرین‌های با شدت بالاتر از ۷۵ درصد VO₂max تأثیر بیشتری در کاهش افسردگی دارند؛ البته نه به‌صورت معنی‌دار. (کالاگهان و همکاران، ۲۰۱۱)

برای درمان افسردگی، حداقل ۳۰ دقیقه ورزش هوازی، به مدت هشت هفته و سه بار در هفته باید انجام شود (پراتون و همکاران، ۲۰۱۰) و فرد حداکثر باید ۵ ساعت در هفته تمرین کند. (جان و همکاران، ۲۰۱۲).

نتیجه‌گیری

برای تسریع روند درمان، فعالیت فیزیکی از نوع هوازی ترجیحاً با شدت بالای ۷۵ درصد VO₂max حداقل ۳ روز در هفته و هر بار به میزان ۳۰ دقیقه می‌تواند باعث کاهش افسردگی شود.

دو نوع تمرین‌های هوازی و مقاومتی، و ترکیبی بر کاهش افسردگی اثرگذارند. (ریمر و همکاران، ۲۰۱۲؛ جان و همکاران، ۲۰۱۲؛ اسکوج و همکاران، ۲۰۱۵؛ تولیو و همکاران، ۲۰۱۳؛ سالمون، ۲۰۰۱؛ جان و همکاران، ۲۰۱۴)

سالمون نیز در تحقیق خود با عنوان اثر ورزش بر اضطراب، افسردگی و استرس ثابت کرد ورزش‌های هوازی تأثیر ضدافسردگی و ضداسترس دارند. (سالمون، ۲۰۰۱)

افرادی که در کودکی ورزش کرده‌اند، در بزرگسالی نسبت به افراد دیگر ۳۵ درصد افسردگی کمتری را گزارش کرده‌اند. (جاکا و همکاران، ۲۰۱۱)

ورزش‌های گروهی نسبت به ورزش‌های انفرادی باعث کاهش بیشتر افسردگی می‌شوند (رشیدی، ۱۳۹۱). با توجه به اینکه اغلب تحقیقات تأثیر مثبت ورزش بر افسردگی را تأیید کرده‌اند، لازم است در ادامه به علل احتمالی تأثیر ورزش بر افسردگی و میزان و نوع ورزش مؤثر بر افسردگی پرداخته شود. محققان برای تأثیر ورزش و فعالیت بدنی بر افسردگی دلایل زیادی بیان کرده‌اند. در ادامه، نتایج برخی از تحقیقات صورت گرفته در این زمینه بیان شده‌اند:

ایلارد در تحقیق خود بیان می‌کند که دلیل اثربخشی ورزش بر کاهش افسردگی، افزایش بتاندرورفین خون است (ایلارد، ۲۰۱۳).

کورتیزول یکی از عوامل احتمالی مؤثر در افسردگی است که مقدار آن طی تمرین تغییر می‌کند و به مرور زمان دچار سازگاری می‌شود. مقدار کورتیزول پایه طی ۸ تا ۱۲ هفته تمرین کاهش می‌یابد (قراخلو و همکاران، ۱۳۸۷؛ توماس و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر سازگاری بلندمدت کورتیزول با ورزش و کاهش سطوح پایه آن، مقدار کورتیزول حتی ۳ ساعت پس از ورزش استقامتی از مقدار سطح پایه نیز کمتر می‌شود (ترتیبیان و همکاران، ۱۳۸۸) که احتمالاً این واکنش بدن پس از تمرین‌های استقامتی سازوکار تحریکی فرایندهای آنابولیکی است. (کانسیت و همکاران، ۲۰۰۲)

ورزش باعث افزایش سطوح پایه کاتکولامین‌ها (اپی‌نفرین، نوراپی‌نفرین) می‌شود (بونانی و همکاران، ۲۰۰۴). به گفته گوتو و همکاران (۲۰۰۸)، فعالیت مداوم مراکز حرکتی حین ورزش به علت افزایش دستور مرکزی حین تمرین، ترشح کاتکولامین‌ها را به شدت تحریک می‌کند. ورزش باعث افزایش میزان سروتونین می‌شود اما