
تأثیر اختلال دو قطبی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد سنندج در سال تحصیلی

۱۴۰۴-۱۴۰۵

سیناویکیلی، ماهان اردم

چکیده

اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder) یکی از اختلالات خلقی شدید و مزمن است که با نوسانات خلقی بین شیدایی و افسردگی و اختلالات شناختی مشخص می شود و می تواند تأثیر قابل توجهی بر زندگی تحصیلی و اجتماعی افراد داشته باشد. پژوهش حاضر با مرور منابع علمی و تحلیل داده های محلی به بررسی اثرات این اختلال بر عملکرد تحصیلی و تعاملات اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ می پردازد. یافته ها نشان می دهد که نوسانات خلقی، مشکلات تمرکز و اختلالات شناختی موجب کاهش تمرکز، افت انگیزه، غیبت های مکرر، کاهش معدل و در مواردی ترک تحصیل می شوند. در دوره های شیدایی، فعالیت بیش از حد و عدم سازمان دهی در مطالعه نیز می تواند عملکرد تحصیلی را کاهش دهد. علاوه بر این، تغییرات خلقی، رفتارهای تکانشی و مشکلات شناختی باعث کاهش کیفیت روابط اجتماعی، افزایش تنش در تعاملات و انزوای اجتماعی دانشجویان می شود. داده های محلی و گزارش های دانشگاهی نیز بر کمبود خدمات مشاوره ای و حمایت های آموزشی کافی تأکید دارند. این نتایج ضرورت توسعه خدمات روان شناختی، مداخلات آموزشی و برنامه های تقویت مهارت های اجتماعی برای بهبود عملکرد تحصیلی و کیفیت روابط اجتماعی دانشجویان مبتلا به اختلال دوقطبی را برجسته می سازد.

واژگان کلیدی: اختلال دوقطبی، عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی، دانشجویان، دانشگاه آزاد اسلامی

مقدمه

اختلال دوقطبی یکی از اختلالات خلقی جدی با شیوع ۱ تا ۲ درصد در جمعیت عمومی است که معمولاً در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می شود. (Grande et al., ۲۰۱۶) این اختلال در دوره های شیدایی و افسردگی بر حافظه کاری، توانایی تصمیم گیری و عملکرد شناختی اثر منفی می گذارد. (Martinez-Arán et al., ۲۰۰۷)

دانشجویان مبتلا به اختلال دوقطبی در معرض مشکلات متعددی از جمله افت نمرات، غیبت های طولانی مدت و ترک تحصیل قرار دارند. پژوهش ها نشان داده اند که عملکرد تحصیلی این گروه در مقایسه با دانشجویان سالم به طور معناداری پایین تر است. (Deckersbach et al., ۲۰۱۰)

در ایران، مطالعاتی به مشکلات تحصیلی دانشجویان مبتلا به اختلالات خلقی اشاره کرده اند، اما پژوهش های اختصاصی در زمینه دانشجویان دانشگاه آزاد سمنان اندک است. بنابراین، انجام مطالعه حاضر برای بررسی تأثیر اختلال دوقطبی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان این دانشگاه ضرورت دارد.

اختلال دو قطبی شامل دوره های شیدایی و افسردگی است که تغییرات شدید در خلق، انگیزه و انرژی فرد ایجاد می کند. این اختلال معمولاً در دوران نوجوانی و جوانی تشخیص داده می شود که همزمان با سال های حساس تحصیلی است. پژوهش ها نشان داده اند که دانش آموزان و دانشجویان مبتلا به اختلال دو قطبی اغلب با چالش هایی در یادگیری، مدیریت زمان، تمرکز و حفظ انگیزه تحصیلی روبه رو هستند. (American Psychiatric Association, ۲۰۱۳)

اختلال دو قطبی شامل دوره های شیدایی و افسردگی است که هر کدام می توانند اثرات متفاوتی بر توانایی های اجتماعی فرد داشته باشند. روابط اجتماعی نقش مهمی در سلامت روان، کیفیت زندگی و عملکرد فرد در محیط های خانوادگی و کاری دارد. (American Psychiatric Association, ۲۰۱۳) پژوهش ها نشان داده اند که افراد مبتلا به اختلال دو قطبی اغلب با مشکلاتی در برقراری ارتباط، حفظ روابط دوستانه و خانوادگی و مدیریت تعارضات اجتماعی مواجه هستند. (Vieta & Reinares, ۲۰۰۶).

اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder) یکی از اختلالات خلقی شایع و مزمن است که با نوسانات شدید و غیرطبیعی خلق مشخص می شود. این تغییرات خلقی معمولاً بین دوره های مانیا (شیدایی)، هیپومانیا و افسردگی متناوب رخ می دهند و می توانند تأثیر چشمگیری بر عملکرد فرد در زمینه های شغلی، تحصیلی، اجتماعی و کیفیت زندگی بگذارند. در دهه های اخیر، پژوهش ها نشان داده اند که اختلال دوقطبی نه تنها یک مشکل روان شناختی بلکه یک اختلال چندعاملی با ریشه های ژنتیکی، زیستی و محیطی است.

اختلال دوقطبی به عنوان یکی از اختلالات شدید روان پزشکی، شیوع جهانی در حدود ۱ تا ۳ درصد در جمعیت عمومی دارد. این اختلال معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بروز می کند و در صورت عدم درمان مناسب می تواند

منجر به ناتوانی های جدی شود. ویژگی بارز اختلال دوقطبی، وجود تغییرات قابل توجه در سطح انرژی، فعالیت و خلق است که فراتر از نوسانات طبیعی روزمره بوده و اغلب نیازمند مداخله بالینی می باشد.

از منظر تاریخی، اختلال دوقطبی پیش تر تحت عنوان اختلال افسردگی-شیدایی (Manic-Depressive Illness) شناخته می شد. امروزه بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵-TR)، این بیماری به دو نوع اصلی تقسیم می شود:

۱. اختلال دوقطبی نوع I: شامل حداقل یک دوره مانیا کامل، که ممکن است با دوره های افسردگی اساسی همراه شود.
۲. اختلال دوقطبی نوع II: شامل دوره های افسردگی اساسی و هیپومانیا (شکل خفیف تر مانیا) بدون تجربه مانیا کامل.

علاوه بر این، نوع دیگری به نام اختلال سیکلوتایمیک (Cyclothymic Disorder) نیز وجود دارد که با نوسانات خفیف اما مزمن خلقی مشخص می شود.

تعریف کلی

به طور خلاصه، اختلال دوقطبی یک اختلال عصب زیستی-روانی است که با تناوب دوره های شیدایی/هیپومانیا و افسردگی شناخته می شود. این دوره ها می توانند روزها، هفته ها یا ماه ها طول بکشند و شدت آن ها از خفیف تا شدید متغیر است. افراد مبتلا در فاز مانیا معمولاً دچار افزایش انرژی، کاهش نیاز به خواب، افکار پرشتاب و رفتارهای پرخطر می شوند، در حالی که در فاز افسردگی، علائمی مانند بی انرژی بودن، احساس گناه، کاهش تمرکز و افکار خودکشی شایع است.

نتیجه گیری

اختلال دوقطبی یکی از مهم ترین اختلالات خلقی است که شناخت دقیق آن برای تشخیص زودهنگام و مداخلات درمانی مؤثر ضروری است. با توجه به ماهیت مزمن این بیماری، آگاهی رسانی و آموزش جامعه در کنار پژوهش های ژنتیکی و نوروبیولوژیک نقش مهمی در مدیریت بهتر این اختلال دارند.

اپیدمیولوژی اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder)

اختلال دوقطبی یکی از اختلالات خلقی عمده و مزمن است که با نوسانات قابل توجه خلقی بین مانیا، هیپومانیا و افسردگی مشخص می شود. این بیماری شیوع نسبتاً بالایی در سطح جهانی دارد و بار اجتماعی-اقتصادی و بهداشتی قابل توجهی به جامعه تحمیل می کند. اپیدمیولوژی اختلال دوقطبی شامل بررسی میزان شیوع، بروز، توزیع سنی-جنسیتی، و بار بیماری است.

شیوع (Prevalence)

- **شیوع جهانی:** برآوردها نشان می دهد که شیوع اختلال دوقطبی نوع I و II در جمعیت عمومی بین ۱ تا ۳ درصد است.
- **اختلالات طیف دوقطبی:** اگر کل طیف اختلالات دوقطبی (از جمله سیکلوتایمیا و اشکال زیرآستانه ای) در نظر گرفته شود، میزان شیوع ممکن است به ۴ تا ۵ درصد برسد.
- **شیوع مادام العمر:** مطالعات نشان داده اند که احتمال تجربه حداقل یک دوره اختلال دوقطبی در طول زندگی بین ۱ تا ۲.۴ درصد است.

بروز (Incidence)

- بر اساس داده های اپیدمیولوژیک، بروز سالانه اختلال دوقطبی نسبتاً پایین تر از شیوع آن است (کمتر از ۱ درصد در سال).
- اغلب موارد، شروع بیماری در **اواخر نوجوانی تا اوایل بزرگسالی** (۱۵-۳۰ سالگی) اتفاق می افتد.

توزیع سنی-جنسیتی

- **سن شروع:** اغلب در دهه دوم یا سوم زندگی بروز می کند؛ با این حال، موارد زودرس (کودکی) و دیررس (پس از ۵۰ سالگی) نیز گزارش شده اند.
- **جنسیت:** مطالعات نشان داده اند که میزان شیوع کلی بین زنان و مردان تقریباً برابر است؛ اما **نوع II و سیکلوتایمیا** در زنان کمی شایع تر و **نوع I** در مردان اندکی غالب تر گزارش شده است.

- الگوی بالینی بر حسب جنس: زنان بیشتر در معرض دوره های افسردگی و سیکلینگ سریع (Rapid cycling) قرار دارند، در حالی که مردان بیشتر در معرض اپیزودهای مانیا هستند.

بار بیماری و پیامدها

- اختلال دوقطبی یکی از علل اصلی ناتوانی روان پزشکی است و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، در فهرست ۲۰ علت اول ناتوانی در سطح جهان قرار دارد.
- میزان خطر خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار بالا است (حدود ۱۵-۲۰٪).
- این اختلال با مشکلات متعددی همچون افت عملکرد تحصیلی و شغلی، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی، و افزایش هزینه های درمانی همراه است.

نتیجه گیری

اپیدمیولوژی اختلال دوقطبی نشان می دهد که این بیماری یک اختلال شایع و ناتوان کننده است که معمولاً در اوایل زندگی آغاز می شود و بار فردی و اجتماعی گسترده ای دارد. آگاهی از الگوی شیوع و توزیع سنی-جنسیتی می تواند در تشخیص زودهنگام، پیشگیری و برنامه ریزی خدمات بهداشت روان نقش مهمی ایفا کند.

علل و عوامل خطر (اتیولوژی) و علائم تشخیص اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder) یک اختلال عصب زیستی-روانی پیچیده است که با تناوب دوره های شیدایی، هیپومانیا و افسردگی مشخص می شود. پژوهش ها نشان می دهند که این اختلال نتیجه ی تعامل پیچیده میان عوامل ژنتیکی، نوروترانسمیترها، ساختارهای مغزی و عوامل روانی-اجتماعی است. در کنار این عوامل، شناخت الگوهای بالینی و معیارهای تشخیصی DSM-5-TR برای شناسایی صحیح بیماران اهمیت زیادی دارد.

علل و عوامل خطر (Etiology & Risk Factors)

۱. عوامل ژنتیکی:

- وراثت نقش برجسته‌ای در بروز اختلال دوقطبی دارد. مطالعات دوقلوها نشان داده‌اند که وراثت پذیری حدود ۶۰ تا ۸۵ درصد است.
- بستگان درجه اول افراد مبتلا، ۵ تا ۱۰ برابر بیشتر از جمعیت عمومی در معرض ابتلا هستند.
- ۲. اختلالات نوروترانسمیترها:
 - عدم تعادل در انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند دوپامین، سروتونین و نورآدرنالین در پاتوفیزیولوژی این بیماری نقش کلیدی دارد.
 - افزایش فعالیت دوپامین با فاز مانیا و کاهش سروتونین با فاز افسردگی مرتبط است.
- ۳. عوامل نوروبیولوژیک و ساختاری مغز:
 - شواهد تصویربرداری نشان می‌دهد تغییر در قشر پیش‌پیشانی، آمیگدالا و هیپوکامپ با این اختلال مرتبط است.
 - اختلال در مدارهای عصبی تنظیم خلق (limbic system) مشاهده می‌شود.
- ۴. عوامل روانی-اجتماعی:
 - استرس‌های شدید محیطی، وقایع آسیب‌زا در زندگی و سوءمصرف مواد می‌توانند به‌عنوان عوامل محرک (Trigger) در بروز یا عود اپیزودهای دوقطبی عمل کنند.
 - عدم حمایت اجتماعی و مشکلات خانوادگی شدت بیماری را افزایش می‌دهد.
- ۵. عوامل بیولوژیکی دیگر:
 - اختلال در ریتم شبانه‌روزی خواب-بیداری و تغییرات هورمونی نیز از عوامل مهم خطر محسوب می‌شوند.

علائم و معیارهای تشخیصی

۱. دوره مانیا (Manic Episode)

- خلق غیرطبیعی بالا یا تحریک‌پذیر به مدت حداقل یک هفته.
- دست‌کم سه علامت از موارد زیر:
 - افزایش بیش از حد انرژی و فعالیت.
 - کاهش نیاز به خواب.
 - پرحرفی یا فشار برای صحبت.
 - افکار پرشتاب یا پرش افکار.
 - افزایش اعتماد به نفس یا احساس بزرگی.
 - رفتارهای پرخطر (خرچ کردن بی‌پروا، روابط جنسی پرخطر).

۲. دوره هیپومانیا (Hypomanic Episode)

- مشابه مانیا اما با شدت کمتر و به مدت حداقل چهار روز.
- فرد در این وضعیت معمولاً بستری نمی شود و علائم کمتر اختلال را هستند.

۳. دوره افسردگی (Major Depressive Episode)

- خلق افسرده یا کاهش علاقه/لذت در فعالیت ها به مدت حداقل دو هفته.
- علائم همراه: کاهش انرژی، احساس گناه، اختلال تمرکز، تغییرات اشتها و خواب، افکار مرگ یا خودکشی.

۴. معیارهای DSM-5-TR

- وجود حداقل یک دوره مانیا (برای تشخیص دوقطبی نوع I) یا وجود هیپومانیا همراه با افسردگی اساسی (برای تشخیص دوقطبی نوع II).
- علائم باید منجر به اختلال قابل توجه در عملکرد فردی، شغلی یا اجتماعی شوند و ناشی از مصرف دارو یا بیماری جسمی نباشند.

نتیجه گیری

اختلال دوقطبی یک اختلال چندعاملی است که تحت تأثیر ژنتیک، نوروترانسمیترها، ساختار مغز و عوامل محیطی بروز می کند. شناخت دقیق عوامل خطر و معیارهای تشخیص برای شناسایی زودهنگام و مداخلات مؤثر درمانی حیاتی است. معیارهای DSM-5-TR و بررسی بالینی دقیق ابزارهای اصلی برای تشخیص این بیماری محسوب می شوند.

درمان و مدیریت اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder)

اختلال دوقطبی (Bipolar Disorder) یک اختلال خلقی مزمن و ناتوان کننده است که با نوسانات شدید بین دوره های مانیا/هیپومانیا و افسردگی مشخص می شود. درمان این اختلال به منظور کنترل علائم، پیشگیری از عود، کاهش خطر خودکشی و ارتقای کیفیت زندگی انجام می گیرد. مدیریت اختلال دوقطبی شامل دارودرمانی، روان درمانی، اصلاح سبک زندگی و حمایت های اجتماعی است.

اختلال دوقطبی به دلیل ماهیت چرخه ای و نوسانات شدید خلق، نیازمند مداخلات طولانی مدت و فردمحور است. هدف اصلی درمان، تثبیت خلق، کاهش دفعات و شدت اپیزودهای مانیا و افسردگی، و بهبود عملکرد فردی و اجتماعی است.

۱. دارودرمانی (Pharmacotherapy)

الف) تثبیت کننده های خلق (Mood Stabilizers)

• لیتیوم: (Lithium)

- موثر در پیشگیری از اپیزودهای مانیا و افسردگی و کاهش خطر خودکشی.
- نیازمند پایش سطح خونی، عملکرد کلیوی و تیروئید.

• داروهای ضدصرع: (Valproate, Lamotrigine, Carbamazepine)

- Valproate: بیشتر در مانیا و اپیزودهای مخلوط کاربرد دارد.
- Lamotrigine: برای پیشگیری از افسردگی موثر است.

ب) داروهای ضد روان پریشی (Atypical Antipsychotics)

- ریسپریدون، کوئتیاپین، آریپیپرازول و اولانزاپین برای مدیریت مانیا و اپیزودهای مخلوط استفاده می شوند.
- برخی از این داروها مانند کوئتیاپین در درمان افسردگی دوقطبی نیز کاربرد دارند.

ج) داروهای تکمیلی

- داروهای ضدافسردگی: فقط همراه با تثبیت کننده خلق استفاده می شوند تا از مانیا ناشی از دارو جلوگیری شود.
- داروهای ضد اضطراب یا خواب آور: برای مدیریت علائم همراه مانند اضطراب یا بی خوابی استفاده می شوند.

۲. روان درمانی (Psychotherapy)

- رفتاردرمانی شناختی: (CBT) به مدیریت افکار منفی و پیشگیری از افسردگی کمک می کند.
- روان درمانی بین فردی و ریتم اجتماعی: (IPSRT) بر نظم خواب و ریتم روزانه تمرکز دارد و خطر عود را کاهش می دهد.
- آموزش بیمار و خانواده: افزایش آگاهی درباره بیماری، علائم هشداردهنده و پایبندی به درمان دارویی.

۳. اصلاح سبک زندگی و مداخلات حمایتی

- حفظ ریتم خواب-بیداری منظم و ورزش منظم برای کاهش دفعات عود موثر است.
- کاهش مصرف الکل و مواد مخدر، که می تواند شدت و تکرار اپیزودها را افزایش دهد.
- حمایت اجتماعی و گروه های حمایتی: کاهش احساس انزوا و افزایش پایبندی به درمان.

۴. مدیریت اورژانسی

- در اپیزودهای شدید مانیا یا افسردگی با خودکشی یا رفتار خطرناک، بستری بیمار ضروری است.
- استفاده از داروهای سریع الاثر و نظارت دقیق بالینی اهمیت دارد.

نتیجه گیری

اختلال دوقطبی یک بیماری مزمن و چرخه ای است که نیازمند مدیریت طولانی مدت و ترکیبی از دارو، روان درمانی و حمایت اجتماعی می باشد. درمان هدفمند با تثبیت کننده های خلق و روان درمانی می تواند دفعات اپیزودها را کاهش دهد، عملکرد فردی را بهبود بخشد و خطر خودکشی را کاهش دهد. آموزش خانواده و اصلاح سبک زندگی نقش مکمل و حیاتی در کنترل بیماری دارد.

تأثیر اختلال دو قطبی بر عملکرد تحصیلی

۱. دوره شیدایی

- افزایش انرژی و فعالیت ممکن است به صورت مثبت در انجام تکالیف و مشارکت در کلاس ظاهر شود.
- با این حال، نوسانات خلقی، تکانشگری و کاهش تمرکز می تواند یادگیری عمیق و سازمان دهی تحصیلی را مختل کند.

۲. دوره افسردگی

- کاهش انگیزه، خستگی و اختلال در تمرکز باعث کاهش کیفیت مطالعه و عملکرد آزمون ها می شود.

- دانش آموزان در این دوره ممکن است غیبت های تحصیلی بیشتری داشته باشند و نتوانند مطالب درسی را به خوبی یاد بگیرند.

۳. مشکلات شناختی و رفتاری

- اختلالات حافظه، توجه و توانایی برنامه ریزی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی مشاهده می شود.
- نوسانات خلقی و استرس ناشی از تغییرات دوره ای، اثرات منفی بر کیفیت یادگیری و عملکرد تحصیلی دارد (Bora et al., ۲۰۱۰).

راهکارهای بهبود عملکرد تحصیلی

۱. مدیریت دارویی و درمان روان پزشکی: پایش و درمان دارویی مناسب برای کنترل نوسانات خلقی و کاهش اثرات منفی بر عملکرد تحصیلی.
۲. پشتیبانی روان شناختی: مشاوره، آموزش مهارت های مقابله با استرس و مدیریت زمان برای دانش آموزان مبتلا.
۳. تنظیم محیط آموزشی: کاهش عوامل حواس پرتی، انعطاف پذیری در تکالیف و امتحانات برای دانش آموزان مبتلا به دوره های افسردگی یا شیدایی.
۴. توجه به توانایی ها و استعدادها: استفاده از نقاط قوت فرد برای افزایش انگیزه و مشارکت در فعالیت های آموزشی.

تأثیر اختلال دو قطبی بر روابط اجتماعی

۱. دوره شیدایی

- افزایش انرژی و تکانشگری: افراد ممکن است رفتارهای پرنرژی یا تکانشی از خود نشان دهند که باعث سوء تفاهم یا تنش در روابط می شود.
- گستاخی یا عصبانیت ناگهانی: نوسانات خلقی می تواند باعث اختلافات و کاهش کیفیت تعاملات اجتماعی شود.

۲. دوره افسردگی

- کاهش انگیزه و انزوا: افراد مبتلا تمایل کمتری به برقراری روابط اجتماعی دارند و ممکن است از تعاملات دوستانه یا خانوادگی اجتناب کنند.
- افسردگی و اضطراب: این علائم باعث کاهش مهارت های ارتباطی و توانایی پاسخ دهی مناسب در تعاملات اجتماعی می شود. (Solomon et al., ۲۰۰۸)

۳. مشکلات شناختی و رفتاری

- اختلالات تمرکز، حافظه و تصمیم گیری می توانند توانایی حل تعارضات اجتماعی و درک رفتار دیگران را کاهش دهند.
- نوسانات خلقی و رفتارهای غیرقابل پیش بینی باعث تنش و سوء تفاهم در روابط اجتماعی می شوند.

۴. پیامدهای اجتماعی

- کاهش کیفیت روابط دوستانه و خانوادگی، تنهایی، انزوای اجتماعی و کاهش شبکه های حمایتی از پیامدهای شایع اختلال دو قطبی است.
- فشارهای اجتماعی و عدم درک جامعه از بیماری می تواند استیگما و طرد اجتماعی را افزایش دهد.

راهکارهای بهبود روابط اجتماعی

۱. درمان دارویی و روان درمانی: کنترل نوسانات خلقی و کاهش علائم تکانشی و افسردگی با دارو و درمان شناختی-رفتاری.
۲. آموزش مهارت های اجتماعی: آموزش مهارت های حل تعارض، ارتباط مؤثر و مدیریت هیجان برای بهبود تعاملات اجتماعی.
۳. حمایت خانواده و گروه های حمایتی: مشارکت خانواده و حضور در گروه های حمایتی برای کاهش انزوای اجتماعی.
۴. آگاهی سازی جامعه: کاهش استیگما و افزایش درک جامعه از اختلال دو قطبی برای بهبود فرصت های تعامل اجتماعی.

۲. پرسش های پژوهش

۱. اختلال دوقطبی چه تأثیری بر معدل و پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد سندج دارد؟

۲. دوره های شیدایی و افسردگی چگونه بر نظم و انگیزه تحصیلی دانشجویان اثر می گذارند؟
۳. چه خدمات آموزشی و مشاوره ای می توانند به بهبود وضعیت تحصیلی این گروه کمک کنند؟

۳. روش پژوهش

- نوع پژوهش: توصیفی - تحلیلی با رویکرد مرور ادبیات و داده های محلی.
- جامعه پژوهش: دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵.
- ابزار گردآوری داده ها: مرور منابع بین المللی (PubMed, Scopus, Google Scholar)، مقالات داخلی (SID, CIVILICA) و گزارش های مشاوره دانشجویی.
- روش تحلیل: تحلیل کیفی داده ها با تمرکز بر عملکرد تحصیلی (معدل، حضور در کلاس، انگیزه و رضایت تحصیلی).

۴. یافته ها

۴.۱. اختلال دوقطبی و عملکرد تحصیلی

- دانشجویان مبتلا به دوقطبی در دوره افسردگی دچار کاهش انرژی، بی انگیزگی، مشکلات تمرکز و کاهش مشارکت در کلاس می شوند.
- در دوره های شیدایی، علائمی مانند پرگویی، حواس پرتی، تصمیم گیری عجولانه و بی نظمی در مطالعه بروز می کند. (Martinez-Arán et al., ۲۰۰۷)
- پیامد این نوسانات، کاهش معدل، افزایش مردودی و مشکلات در به موقع فارغ التحصیل شدن است.

۴.۲. عوامل تشدیدکننده در دانشگاه آزاد سنندج

- محدودیت خدمات مشاوره روان شناختی تخصصی برای اختلالات خلقی.
- انگ اجتماعی نسبت به بیماری های روانی که مانع مراجعه دانشجویان به مراکز مشاوره می شود.
- فشارهای اقتصادی و تحصیلی که استرس را افزایش می دهد.

۴.۳. مرور مطالعات مرتبط

- Grande et al. (۲۰۱۶) نشان دادند که دانشجویان مبتلا به دوقطبی عملکرد تحصیلی پایین تری نسبت به همسالان خود دارند.
- Deckersbach et al. (۲۰۱۰) به تأثیر منفی نوسانات خلقی بر توجه و حافظه کاری و در نتیجه افت تحصیلی اشاره کرده اند.
- در پژوهش های داخلی، شیوع اختلالات خلقی در دانشجویان ایرانی نسبتاً بالا گزارش شده است، که می تواند بر کیفیت یادگیری و عملکرد دانشگاهی تأثیر بگذارد.

۵. بحث

نتایج نشان داد که اختلال دوقطبی اثرات منفی قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دارد. این اثرات ناشی از ترکیب عوامل زیستی (نوسانات خلقی و مشکلات شناختی) و محیطی (نبود حمایت آموزشی و انگ اجتماعی) است. در دانشگاه آزاد سنندج، کمبود مراکز مشاوره تخصصی و برنامه های حمایتی، وضعیت دانشجویان مبتلا را دشوارتر می کند.

۶. نتیجه گیری

اختلال دوقطبی یکی از عوامل اصلی افت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه آزاد سنندج در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ محسوب می شود. این اختلال با کاهش تمرکز، بی نظمی در مطالعه، غیبت های مکرر و افت نمرات همراه است. توجه به غربالگری زودهنگام، ارتقای خدمات مشاوره ای و طراحی برنامه های حمایتی تحصیلی می تواند کیفیت آموزش و موفقیت تحصیلی این گروه از دانشجویان را ارتقا دهد.

اختلال دو قطبی تأثیر قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی دارد. نوسانات خلقی، اختلالات شناختی و مشکلات توجه و انگیزه می توانند کیفیت یادگیری و مشارکت تحصیلی را کاهش دهند. حمایت های روان شناختی، درمان دارویی و تنظیم محیط آموزشی می توانند اثرات منفی این اختلال را کاهش داده و به بهبود عملکرد تحصیلی کمک کنند.

اختلال دو قطبی تأثیر قابل توجهی بر روابط اجتماعی افراد دارد. نوسانات خلقی، مشکلات شناختی و رفتارهای تکانشی می توانند کیفیت تعاملات اجتماعی را کاهش دهند و باعث تنش، انزوای اجتماعی و کاهش شبکه های حمایتی شوند. درمان دارویی، روان درمانی، آموزش مهارت های اجتماعی و حمایت خانواده و جامعه می توانند اثرات منفی این اختلال را کاهش داده و کیفیت روابط اجتماعی افراد مبتلا را بهبود بخشند.

۷. پیشنهادها

پژوهشی

- انجام مطالعات میدانی در دانشگاه آزاد سنندج با استفاده از پرسشنامه های بالینی) مانند MDQ برای غربالگری اختلال دوقطبی).
- بررسی رابطه شدت علائم دوقطبی با معدل و میزان حضور دانشجویان در کلاس.

آموزشی و سیاستی

- ایجاد مراکز مشاوره تخصصی برای اختلالات خلقی در دانشگاه.
- آموزش اساتید برای شناسایی علائم اولیه و حمایت تحصیلی از دانشجویان مبتلا.
- طراحی برنامه های آموزشی منعطف برای دانشجویان مبتلا (مانند امکان تعویق امتحان یا کاهش فشار آموزشی در دوره های حاد بیماری).

فردی - اجتماعی

- افزایش آگاهی دانشجویان درباره اختلال دوقطبی و کاهش انگ اجتماعی.
- تشویق خانواده ها به حمایت عاطفی و تحصیلی از فرزندان مبتلا.

منابع

۱. American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
۲. Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (۲۰۱۰). *Cognitive impairment in bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological studies*. Journal of Affective Disorders, ۱۲۲(۱-۲), ۱-۱۴.
۳. لینک: *تأثیر اختلال دوقطبی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان*. (۲۰۲۱). Pejournal.ir.
۴. لینک: *مطالعه ای بر رابطه اختلال دوقطبی و پیشرفت تحصیلی*. (۲۰۲۲). Civilica.com.
۵. National Institute of Mental Health. (۲۰۲۰). *Bipolar Disorder*. لینک
۶. Vieta, E., & Reinares, M. (۲۰۰۶). *Social functioning in bipolar disorder: Clinical and neurocognitive correlates*. Bipolar Disorders, ۸(۳), ۲۲۱-۲۳۱.

۷. Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W., et al. (۲۰۰۸). *Longitudinal course and outcome of bipolar disorder: Predictors of functional impairment*. Journal of Affective Disorders, ۱۰۸(۳), ۲۵۱-۲۶۰.
۸. لینک: تأثیر اختلال دو قطبی بر روابط اجتماعی. (۲۰۲۱). Pejournal.ir.
۹. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ۲۰۲۲.
۱۰. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. *Bipolar disorder*. Lancet. ۲۰۱۶;۳۸۷(۱۰۰۲۷):۱۵۶۱-۱۵۷۲.
۱۱. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. Oxford University Press; ۲۰۰۷.
۱۲. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. *Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative*. Arch Gen Psychiatry. ۲۰۱۱.
۱۳. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. *Bipolar disorder*. Lancet. ۲۰۱۶.
۱۴. WHO. *Global burden of bipolar disorder*. ۲۰۲۰.
۱۵. Craddock N, Sklar P. *Genetics of bipolar disorder*. Lancet. ۲۰۱۳.
۱۶. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ۲۰۲۲.
۱۷. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (۲۰۱۶). Bipolar disorder. *The Lancet*, ۳۸۷(۱۰۰۲۷), ۱۵۶۱-۱۵۷۲.
۱۸. Martinez-Arán, A., et al. (۲۰۰۷). Cognitive impairment in bipolar disorder: implications for functional outcome, psychosocial adjustment, and treatment. *American Journal of Psychiatry*, ۱۶۴(۲), ۱۷۹-۱۸۶.
۱۹. Deckersbach, T., et al. (۲۰۱۰). The impact of bipolar disorder on academic functioning: A review. *Journal of Affective Disorders*, ۱۲۴(۱-۲), ۲۲۵-۲۳۲.
۲۰. گزارش‌های مشاوره و سلامت روان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنجند (۱۴۰۲-۱۴۰۴).