



بررسی فراوانی افسردگی در بیماران همودیالیزی بیمارستان شهید هاشمی نژاد در سال ۱۳۷۸

دکتر منصور صالحی*، دکتر احمد نورمحمدی سراب**

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان شیوع افسردگی در بیماران تحت درمان همودیالیزی و مشخص ساختن عوامل خطر ابتلا به افسردگی در بیماران همودیالیزی به منظور پیشگیری از ابتلا به افسردگی و درمان آن می باشد. **روش:** در این پژوهش ۶۰ بیمار (۲۱ مرد، ۳۹ زن) تحت درمان همودیالیزی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به کمک پرسشنامه های جمعیت شناختی و افسردگی بک داده های لازم گردآوری شد و با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** در این بررسی ۵۰ درصد بیماران دچار افسردگی بودند که از این تعداد ۳۳/۳ درصد افسردگی خفیف، ۱۵ درصد افسردگی متوسط و ۱/۷ درصد به افسردگی شدید دچار بودند. بین جنسیت، سن و وضعیت تأهل و مدت زمان دیالیز در دو گروه افسرده و غیر افسرده تفاوت معنادار یافت نشد. تنها در مورد تحصیلات و افسردگی رابطه معکوس دیده شد. **نتیجه:** با توجه به شیوع بالای افسردگی لازم است وضعیت روانی بیماران دیالیزی در حوزه افسردگی مورد توجه و بررسی قرار گیرد و برنامه هایی به منظور پیشگیری و درمان آن ها تدوین و اجرا شود.

Andoosheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۲۰

کلید واژه: افسردگی، همودیالیز، نارسایی مزمن کلیوی، پرسشنامه افسردگی بک

مقدمه

همودیالیز در هفته نیاز دارند که به طور معمول دو تا سه جلسه همودیالیز را در هفته دربرمی گیرد. از آنجا که دیالیز درمانی نگهدارنده و مزمن است، افزون بر عوارض پزشکی (شامل عفونت، ترومبوز و

دیالیز یکی از درمان های درازمدت در نارسایی مزمن کلیه است که به روش دیالیز خونی و صفاقی انجام می شود. بیشتر بیماران به ۹ تا ۱۲ ساعت

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران (نویسنده مسئول).

** پزشک عمومی، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

آنوريسم فيستولها^۱، سپتي سمي^۲، سندرم دمانس دياليزي^۳، استنومالاسي^۴، افزايش بروز هپاتيت هاي ويروسي و ايدز)، واكنش هاي روان شناختي نيز ايجاد مي كند. از افسردگي و انكار به منزله پاسخ هاي اصلي بيماران به همودياليز نام برده شده است (برد^۵، ۱۹۶۹). دياليز هم در بيمارستان و هم در منزل انجام مي شود. بيماراني كه تحت درمان دياليز در خانه قرار دارند، تطابق رواني اجتماعي بهتري نشان داده اند (كورتز^۶ و بويت^۷، ۱۹۹۸). هم چنين دياليز همراه، باعث کاهش اختلال عملکرد فرد مي شود و به وي رضاييت خاطر بيشتري مي دهد (كوتز^۸، بروگان^۹، هال^{۱۰}، هير^{۱۱} و دانيلز^{۱۲}، ۲۰۰۰). شكايات جسمي در اين دسته از بيماران شايع است (آلوارز^{۱۳}، فرناندز-ريز^{۱۴}، وازپز^{۱۵}، مون^{۱۶}، سانچز^{۱۷} و ربلو^{۱۸}، ۲۰۰۱). اختلال هاي روانپزشكي در بيماران تحت همودياليز تا ۵۵ درصد گزارش شده است (آگانوا^{۱۹} و موراكيشو^{۲۰}، ۱۹۹۷). افسردگي شايع ترين مشكل روان شناختي بيماران تحت درمان با همودياليز مي باشد و ميزان آن در يك بررسي ۲۱ درصد گزارش شده است (الهي، ۱۳۷۴). گروه درماني (كمبل^{۲۱} و سينا^{۲۲}، ۱۹۸۰) و مداخله هاي مشاوره اي (بدر^{۲۳}، ۱۹۹۹) در کاهش افسردگي سودمند بوده اند و اثريخشي ضد افسردگي ها در درمان افسردگي اين بيماران گزارش شده (اراتام^{۲۴}، ۱۹۸۹) و به ويژه بر بي زباني و تاثير مثبت فلوكستين تاكيد شده است (بلامفيلد^{۲۵}، لوي^{۲۶}، مسينوويتز^{۲۷}، چاريتان^{۲۸} و دوبي^{۲۹}، ۱۹۹۷).

به باور شيدلر^{۳۰}، پترسون^{۳۱} و كيمل^{۳۲} (۱۹۹۸) افسردگي مرحله اي طبيعي در سازگاري با شيوه زندگي دياليزي است كه با گذشت زمان و تثبيت وضعيت باليني از ميان خواهد رفت. در عين حال، در برخي از بيماران افسردگي چه بسا از ميان نرود و يا طولاني شود (ريچمن^{۳۳}، ۱۹۷۲). در مجموع شيوع افسردگي در افراد همودياليزي بيشتر از جمعيت عادي گزارش شده است (برد، ۱۹۶۹؛ فراستي، ۱۳۷۸؛ جباري، ۱۳۷۵). افسردگي يكي از مهم ترين عوامل پيش بين نتيجه

درماني و بقاي بيماران همودياليزي دانسته شده است (لوي، ۱۹۸۴؛ ريچمن، ۱۹۷۲؛ برد، ۱۹۶۹؛ هاوس^{۳۴}، ۱۹۸۷).

از اين رو، و با توجه به مجموعه يافته هاي پيش گفته در پژوهش حاضر افسردگي در بيماران همودياليزي بيمارستان شهيد هاشمي نژاد در سال ۱۳۷۸ مورد بررسي قرار گرفت.

روش

در اين پژوهش ۶۰ بيمار (۲۱ مرد، ۳۹ زن) همودياليزي با روش نمونه گيري در دسترس انتخاب شدند. به تمام آنان در ابتدای ورود و پيش از شروع دياليز يك پرسشنامه جمعيت شناختي (شامل سن، جنس، ميزان تحصيلات، وضعيت تأهل، وضعيت اشتغال، مدت زمان همودياليز، مدت زمان نارسايي كليوي، سابقه اختلال روانپزشكي در فرد و خانواده وي و سرانجام دارو هاي مصرفي روانپزشكي) و پرسشنامه افسردگي بک شامل ۲۱ سؤال براي تکميل داده شد. پيش از پاسخگويي بيماران به پرسشنامه ها، براي هر بيمار هدف از پژوهش، نتايج و کاربرد آن توضيح داده مي شد. براي بيماراني كه سواد لازم را نداشتند يا به علت اختلالات بينايي و موارد مشابه خود قادر به ثبت پاسخ ها نبودند، پرسشنامه ها براي آن ها خوانده مي شد و بدون اعمال

1- fistula thrombosis aneurisms

2- sepsis

3- dialysis dementia syndrom

4- osteomalasia

6- Courts

8- Kutner

10- Hall

12- Daniels

14- Fernandes- Reyes

16- Mon

18- Rebollo

20- Morakinyo

22- Sinha

24- Erratum

26- Levy

28- Charytan

30- Sheadler

32- Kimmel

34- House

5- Beard

7- Boyette

9- Brogan

11- Haber

13- Alvarez

15- Vazques

17- Sanchez

19- Aghanva

21- Campbell

23- Beder

25- Blumenfield

27- Spinowitz

29- Dubey

31- Peterson

33- Richman

نظر پاسخ‌های آنان ثبت می‌شد. پس از گردآوری داده‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS و به کمک آزمون آماری خی‌دو داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۶۰ بیمار در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود ۵۰٪ بیماران (۳۰ نفر) افسرده‌اند و بقیه افسرده نیستند. از این میزان ۳۳/۳٪ (۲۰ نفر) افسردگی خفیف، و به ترتیب ۱۵ (۹ نفر) و ۱/۷٪ (۱ نفر) افسردگی شدید و متوسط داشتند.

جدول ۱- فراوانی توزیع آزمودنی‌های پژوهش برحسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	افسرده		غیر افسرده	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنس				
مرد	۱۲	۵۷/۱۴	۹	۴۲/۸۵
زن	۱۸	۴۶/۱۵	۲۱	۵۳/۸۴
وضعیت تأهل				
مجرد	۵	۱۶/۶۶	۴	۱۳/۳
متاهل	۲۲	۷۳/۳	۲۴	۸۰
مطلقه	۲	۶	۱	۳
بیوه	۱	۳	۱	۳
وضعیت تحصیلی				
بی‌سواد	۱۲	۴۰	۱	۳/۳
زیر دیپلم	۱۳	۴۳/۳	۱۴	۴۶/۷
دیپلم	۳	۱۰	۷	۲۳/۳
فوق دیپلم و لیسانس	۱	۳/۳	۷	۲۳/۳
بالتر از لیسانس	۱	۳/۳	۱	۳/۳
وضعیت شغلی				
شاغل	۱۳	۴۳/۳	۱۴	۴۶/۷
بیکار	۱۷	۵۶/۶	۱۶	۵۳/۳

۱۸ نفر از بیماران زن و ۱۲ نفر از مردان همودیالیزی نیز افسردگی داشتند؛ در حالی که در گروه بیماران همودیالیزی غیر افسرده ۹ نفر مرد و ۲۱ نفر زن بودند. این

تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود. میانگین سنی کل نمونه مورد بررسی حدود ۴۴ سال است که میانگین سنی بیماران افسرده ۴۱/۳ (انحراف معیار = ۱۵/۴) و غیر افسرده ۴۶/۸ (انحراف معیار = ۱۴/۷) می‌باشد که از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار نیست.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، در گروه افسرده ۵ نفر مجرد، ۲۲ نفر متأهل ۲ نفر مطلقه و ۱ نفر بیوه هستند و در افراد غیر افسرده این نسبت به ترتیب ۴، ۲۴ و ۱ نفر می‌باشد. از نظر آماری بین این دو گروه در این متغیر تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

میانگین و انحراف معیار مدت زمان همودیالیز در افراد افسرده ۵۲/۸ و غیر افسرده ۴۵/۷ ماه بوده است. از نظر آماری بین دو گروه از نظر مدت زمان همودیالیز تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

جدول ۱ با ارائه وضعیت سطوح تحصیلی گروه نمونه نشان می‌دهد که بی‌سوادان بیشتری (۱۲ نفر) در گروه افسرده‌ها جای دارند. هم‌چنین به نظر می‌رسد، با بالا رفتن سطح تحصیلی از تعداد افسردگان در گروه مورد بررسی کاسته می‌شود. آزمون خی‌دو^۱ ($P < ۰/۰۱$) تفاوت معنی‌داری در این زمینه نشان می‌دهد.

جدول اخیر وضعیت اشتغال بیماران مورد بررسی را نیز نشان می‌دهد. بنابر جدول ۵۶/۶٪ افسردگان و ۵۳/۳٪ غیر افسردگان بیکار هستند. آزمون خی‌دو تفاوت معنی‌داری را در این زمینه نشان نمی‌دهد.

بحث

در این بررسی فراوانی افسردگی در بیماران همودیالیزی ۵۰ درصد به دست آمد که در این میان ۳۳/۳٪ افسردگی خفیف، ۱۵٪ افسردگی متوسط و ۱/۷٪ افسردگی شدید داشتند. این یافته با یافته‌های اسمیت^۲، هانگ^۳ و رابسون^۴ (۱۹۸۵) نزدیک می‌باشد. وی شیوع افسردگی را با استفاده از پرسشنامه بک ۴۷٪ گزارش کرد. ولی یافته‌های این بررسی با دو بررسی دیگر که

1- Chi-square
3- Hong

2- Smith
4- Robson

حالات روانی در بیماران همودیالیزی را با پرسشنامه SCL-90-R¹ بررسی کرده بودند، کاملاً متفاوت است. در دو مطالعه اخیر، یعنی الهی (۱۳۷۴)، آگانوا و مارکینو (۱۹۹۷) شیوع افسردگی به ترتیب ۲۱٪ و ۳۴٪ گزارش شده بود. این تفاوت می‌تواند به سبب تفاوت در نوع ابزار مورد سنجش باشد.

فراوانی بالای افسردگی در این بررسی، افسردگی را به‌شابه یک بیماری شایع در بیماران همودیالیزی معرفی می‌کند. با توجه به اهمیت افسردگی در بیماران همودیالیزی (تاناکا^۱، ۱۹۹۹؛ شیدلر و همکاران، ۱۹۹۸؛ لوی، ۱۹۸۳؛ فراستی، ۱۳۷۸؛ جباری، ۱۳۷۵) ضرورت توجه پزشکان به تشخیص و درمان افسردگی در این بیماران جدی و قابل تأمل است.

در پژوهش حاضر رابطه شیوع افسردگی با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و مدت زمان نارسایی کلیوی بررسی شد. یافته‌های این بررسی نشان داد که فقط بین سطح تحصیلات گروه مورد بررسی و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج به دست آمده در مورد متغیر مدت زمان دیالیز و مدت زمان نارسایی کلیوی در پژوهش حاضر با بررسی فراستی (۱۳۷۸) همخوانی دارد. گرچه در پژوهش فراستی (۱۳۷۸) مردان متأهل کمتر از زنان مجرد و یوه از افسردگی رنج می‌برند. هم‌چنین وضعیت روانی اجتماعی همسر در کاهش و یا افزایش افسردگی مؤثر گزارش شده است (دانکر^۳، کیمل، راینچ^۴، پترسون، ۲۰۰۱). درحالی‌که در پژوهش شیدلر و همکاران (۱۹۹۸) که با آزمون افسردگی بک، پرسشنامه تأثیرات بیماری^۵ و مقیاس رضایت از زندگی^۶ انجام شد برداشت منفی نسبت به بیمار با درجات بالاتر افسردگی همراه بود. هم‌چنین کیمل، تیمر^۷، ریچارد^۸، ری^۹ (۱۹۹۸) طی یک بررسی نشان دادند افسردگی و فراموشی ۱/۵ تا ۳ برابر بیش از سایر بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی و عروقی مغز و دیابت در بیماران همودیالیزی دیده می‌شود.

در این پژوهش میان شیوع افسردگی و میزان تحصیلات رابطه معکوس دیده شد. در حالی‌که در

بررسی فراستی (۱۳۷۸) در بیماران دیالیزی این رابطه معنی‌دار نبود. هم‌چنین بررسی حاضر با یافته‌های دو بررسی زیر همخوان نیست: بررسی کوتتر و همکاران، (۲۰۰۰) و کراون^{۱۰}، رودین^{۱۱}، جانسون^{۱۲} و کندی^{۱۳} (۱۹۷۸) که میان شیوع افسردگی و مدت زمان همودیالیز رابطه معکوس گزارش کردند و نیز با پژوهش شیدلر و همکاران (۱۹۹۸) که در آن برداشت منفی از بیمار همراه با درجات بالای افسردگی گزارش شده همسو است. در پژوهش تاناکا (۱۹۹۹) نیز شیوع افسردگی با میزان آگاهی ارتباط مستقیم داشت که این میزان آگاهی ناشی از میزان تحصیلات بود. در پژوهش آگانوا و مارکینو (۱۹۹۷) شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی به‌طور کلی (و نه افسردگی به‌طور ویژه) در افراد با تحصیلات پایین‌تر شیوع بیشتری نشان داد.

در پژوهش حاضر برخلاف پژوهش کراون و همکاران (۱۹۸۷) که میان شیوع افسردگی با سن، جنس، مدت زمان دیالیز، بیکاری و مجرد رابطه مستقیم نشان داد، رابطه معنی‌داری میان افسردگی با متغیرهای پیش‌گفته دیده نشد.

به‌طور کلی بر پایه یافته‌های پژوهش می‌توان گفت:

- ۱- افسردگی یک علامت شایع در بیماران همودیالیزی است.
- ۲- میان شیوع افسردگی در بیماران همودیالیزی و میزان تحصیلات رابطه معکوس وجود دارد.
- ۳- میان شیوع افسردگی و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، اشتغال و مدت زمان دیالیز و نارسایی کلیه ارتباط معنی‌داری وجود ندارد.

- 1- Symptom Check List-90-Revised
- 2- Tanaka
- 3- Danker
- 4- Ranich
- 5- Illness Effects Questionnaire (IEQ)
- 6- Satisfaction With Life Scale (SWLS)
- 7- Thamer
- 8- Richard
- 9- Rey
- 10- Craven
- 11- Rodin
- 12- Johnson
- 13- Kennedy

Blumenfeld, M., Levy, N. B., Spinowitz, B., Charytan, C. M., Dubey, A. K., Solomon, R. J., Todd, R., Goodman, A., & Bergstrom, R. F., (1997). Fluoxetine in depressed patients on dialysis. *International Journal of Psychiatry*, 27, 71-80.

Cambell, & Sinha, B. K., (1980). Brief group psychotherapy with chronic hemodialysis patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1234-1237.

Courts, N. F., & Boyette, B. G. (1998). Psychosocial adjustment of males on three types of dialysis. *Clinical Nursing Research*, 7, 47-63.

Craven, J. L., Rodin, G. M., Johnson, L., & Kennedy, S. H. (1987). The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosomatic Medicine*, 49, 482-492.

Danaker, B., Kimmel, P. L., Ranich, T., & Peterson, R. A. (2001). Depression and marital dissatisfaction in patients with end-stage renal disease and in their spouses. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 839-846.

Kennedy, S. H., Craven, J. L., & Rodin, G. M. (1989). Major depression in renal dialysis patients: an open trial of antidepressant therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 60-63.

House, A. (1987). Psychosocial problems of the renal unit and their relation to treatment outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 441-452.

Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C. M., & Rey, N. F. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Medicine*, 105, 214-221.

Kutner, N. G., Brogan, D., Hall, W. D., Haber, M., & Daniels, D. S. (2000). Functional impairment, depression, and life satisfaction among older hemodia-

سپاسگزاری

بدین وسیله از کارکنان بخش همودیالیز بیمارستان شهید هاشمی نژاد که در اجرای این پژوهش با ما همکاری صمیمانه‌ای داشتند و هم‌چنین از خانم معصومه ابراهیم‌زاده که زحمت تایپ و تنظیم مقاله را به‌عهده داشتند قدردانی می‌شود.

منابع

الهی، اصغر؛ رضائی، منصوره (۱۳۷۴). بررسی حالات روانی در بیماران دیالیزی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۴۷-۴۰.

جباری، محمد (۱۳۷۵). *تعیین فراوانی انواع اختلالات روانی در بیماران همودیالیز در شهرستان کاشان در زمستان ۱۳۷۴*. پایان‌نامه دکتری پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.

فراستی، حسین (۱۳۷۸). *بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در بیماران دیالیزی شهرستان کاشان در زمستان ۱۳۷۷*. پایان‌نامه دکتری پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان.

Aghanwa, H. S., & Morakinyo, O. (1999). Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. *Journal Psychosomatic Research*, 42, 445-451.

Alvarez-Ude, F., Fernandez-Reyes, M. J., Vazquez, A. Mon, C., Sanchez, R., & Rebollo, P. (2001). Physical symptoms and emotional disorders in patient on a periodic hemodialysis program. *Nephrologia*, 21, 191-199.

Beard, B. H., (1969). Fear of death and fear of life. The dilemma in chronic renal failure, hemodialysis, and kidney transplantation. *Archive of General Psychiatry*, 21, 373-380.

Beder, J. (1999). Evaluation research on the effectiveness of social work intervention on dialysis patients: the first three months. *Social Work Health Care*, 30, 15-30.

lysis patients and age-matched controls: a prospective study. *Archive Physical Medicine Rehabilitation*, 81, 453-459.

Levy, N. B. (1984). Psychological complications of dialysis. Psychonephrology to the rescue. *Bulletin Menninger Clinic*, 48, 237-250.

Richsman, F., & Levy, N. B. (1972). Problems in adaptation to maintenance hemodialysis. A four-years of 25 patients. *Archive of International Medicine*, 130, 859-865.

Shicler, N. R., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (1998). Quality of life and psychosocial relationships in

patients with chronic renal insufficiency. *American Journal of Kidney Diseases*, 32, 557-566.

Smith, M. D., Hong, B. A., & Robson, A. M. (1985). Diagnosis of depression in patients with end stage renal disease. Comparative analysis. *American Journal of Medicine*, 79, 160-166.

Tanaka, K., Mornoto, N., Tashiro, N., Hori, K., Katafu - chi, R., Fujimi, S. (1999). The features of psychological problems and their significance in patients on hemodialysis with reference to social and somatic factors. *Clinical Nephrology*, 51, 161-176.