

ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان بیماران متقاضی پیوند کلیه

دکتر سیدعباس تولایی*، مریم مغانی لنکرانی**
دکتر زهره نادری***، دکتر مصطفی نجفی***

چکیده

مطالعه حاضر به هدف بررسی ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان بیماران داوطلب پیوند کلیه انجام گردید. ۹۷ نفر از بیماران بستری در بیمارستان‌های بقیه الله الاعظم و لبافی‌نژاد که در سال ۱۳۸۰ در نوبت عمل پیوند کلیه بودند، با شیوه نمونه‌گیری تصادفی تحت بررسی قرار گرفتند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا، (MMPI) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و یک فهرست از اطلاعات جمعیت شناختی، سابقه طبی و روانپزشکی بیمار بود. با در نظر گرفتن معیارهای روایی سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا، ۸۰ نفر وارد تحقیق شدند. ۴۳ نفر از بیماران (۵۳/۷٪) دارای حداقل یک اختلال روانشناختی بودند. بر طبق نتایج سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا، افسردگی، فراوان‌ترین اختلال روانشناختی بیماران را تشکیل می‌داد. برحسب پرسشنامه سلامت عمومی، فراوان‌ترین علایم مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی بود. سهم نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی غیرطبیعی در زنان بیشتر از مردان ($p=0/077$) و در افراد دارای سابقه مراجعه به روانپزشک بیشتر از افراد فاقد سابقه مراجعه به روانپزشک

* دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانپزشکی

*** دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)

** دانشگاه آزاد اسلامی تهران، واحد پزشکی

*** دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده پزشکی

بود ($p=0/007$). بین نمره کلی غیرطبیعی پرسشنامه سلامت عمومی و سن، وضعیت ناهل، میزان تحصیلات، سابقه پیوند کلیه و مصرف سیگار رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($p>0/05$). با توجه به نتایج بدست آمده، توجه به خصوصیات روانشناختی و سلامت روان داوطلبین پیوند کلیه - خصوصاً «افسردگی» و «اختلال کارکرد اجتماعی» - ضروری به نظر می‌رسد. نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌کند که بیماران زن، بیماران دارای سابقه مراجعه به روانپزشک، بیماران با سن بالاتر و بیماران دارای سطح تحصیلات پایین‌تر باید بیشتر از دیگران از نظر سلامت روان مورد توجه قرار گیرند.

کلید واژه‌ها: پیوند کلیه، ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان، افسردگی، اختلال کارکرد اجتماعی، پرسشنامه سلامت عمومی.



● مقدمه

صرف نظر از نوع عضو پیوندی، اختلالات روانی در اغلب بیماران کاندیدای پیوند عضو، یکی از جنبه‌های مهمی است که باید بررسی و در صورت امکان مورد درمان قرار گیرد (چاکو و همکاران، ۱۹۹۶ و سنسکی و همکاران، ۱۹۹۳). وجود اختلالات روانی در بیماران مزمن، از اثربخشی درمان می‌کاهد (تران - اسکاندون و همکاران، ۲۰۰۱)، به بستری شدن‌های طولانی منجر می‌شود و با بقا و طول عمر بیماران مرتبط می‌باشد (پاتل و همکاران، ۲۰۰۲).

مرحله انتهایی بیماری کلیوی، یک بیماری ناتوان‌کننده است که در سیر خود، می‌تواند با تغییراتی در جنبه‌های مختلف سلامتی عمومی و روانی بیماران همراه باشد (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱). بیمار داوطلب پیوند کلیه مدت زمان طولانی را بدون اطمینان از اینکه آیا کلیه در زمان حیات آنان آماده پیوند می‌شود یا خیر می‌گذراند. همچنین عنوان شده است بیماران که اعضای خانواده آنان از دادن کلیه به ایشان سرباز می‌زنند، احساس طرد شدن از خانواده را تجربه می‌کنند (تران اسکاندان و همکاران، ۲۰۰۱). از طرفی پیوند کلیه، اگر چه درمان این بیماری محسوب می‌شود، اما خود یک عامل تنش‌زا محسوب می‌گردد.

انجام غربالگری‌های روانی بیماران داوطلب پیوند کلیه، به دلیل تعداد اندک منابع عضو پیوندی در قیاس با تعداد کثیر داوطلبین ضرورت می‌یابد (لاریجانی و همکاران، ۱۳۷۸). این غربالگری‌ها در برخی از مناطق دنیا به صورت معمول بر روی بیماران داوطلب پیوند کلیه انجام می‌گیرد. در صورتی که نتایج آزمون‌های سلامتی روان بیماران، نشانگر وجود اختلالات روانی باشد، انجام مداخله‌های لازم می‌تواند بیماران را در جهت کسب آمادگی بهتر ذهنی و تطابق بیشتر با تنش حاصل از عمل پیوند یاری رساند (لونسن، ۱۹۹۸).

وضعیت روانی بیماران مبتلا به مرحله انتهایی کلیوی پیش از این توسط اشکانی و همکاران، (۱۳۸۱)، صالحی و همکاران، (۱۳۷۸)، الهی و همکاران، (۱۳۷۴)، و شاه محمدی (۱۳۷۶) در ایران و توسط تران اسکاندون و همکاران، (۲۰۰۱)، فارمر و همکاران، (۱۹۷۹) و بسیاری دیگر در خارج از کشور بررسی شده است. شیوع «افسردگی» در مطالعه اشکانی و همکاران (۱۳۸۱)، صالحی و همکاران (۱۳۷۸) و الهی و همکاران (۱۳۷۴) در بیماران تحت دیالیز به ترتیب ۴۴٪، ۵۰٪ و ۲۱٪ گزارش شده است. تران - اسکاندون و همکاران (۲۰۰۱) سهم افسردگی و اضطراب را در بیماران تحت دیالیز به ترتیب ۹۰-۴۰٪ و ۷۵-۳۳٪ گزارش کرد. چاکو و همکاران (۱۹۹۶)، نیز سهم «اختلالات روانپزشکی» و اختلالات شخصیتی را در داوطلبین پیوند عضو به ترتیب ۶۰٪ و ۳۰٪ و سهم اختلالات روانپزشکی و اختلالات شخصیتی همزمان را ۲۵٪ گزارش کردند. فارمر و همکاران (۱۹۷۹)، شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مرحله انتهایی کلیوی را ۳۱٪ گزارش نمودند. یک مطالعه دیگر، میزان بروز سالانه اختلالات روانپزشکی در بیماران مرحله انتهایی کلیه را ۱۰/۶٪ گزارش کرد (فوکونیشی و همکاران، ۲۰۰۲). شیوع روان گسستگی در بیماران تحت دیالیز در مطالعه الهی و همکاران (۱۳۷۴) ۴٪ و شیوع اختلال «پارانویید» برابر ۱۲٪ بوده است. شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۶)، علایم افسردگی، نمایشی و ضعف روانی را در زنان تحت دیالیز مزمن بیشتر از مردان نشان دادند، اما در مطالعه صالحی و همکاران (۱۳۷۸)، سهم افسردگی در دو جنس یکسان بوده است.

شیوع بالای مرحله انتهایی بیماری کلیوی (لاریجانی و همکاران، ۱۳۷۸)، افزایش بیماران دیالیزی (ظهیرالدین و همکاران، ۱۳۷۹) و روند رو به رشد مقبولیت پیوند کلیه (لاریجانی و همکاران، ۱۳۷۸)، همگی نشانه‌هایی از نیاز به انجام تحقیقاتی پیرامون بررسی جنبه‌های روانشناختی بیماران پیوند کلیه محسوب می‌شوند. بیماران مورد بررسی در اغلب تحقیقاتی که ذکر گردید، بیماران دیالیزی بوده‌اند (نه متقاضیان پیوند کلیه). حال آنکه همانطور که ذکر گردید، مورد انتظار است که به دلیل خاص بودن «متقاضی پیوند کلیه»، وضعیت سلامتی و روانی بیماران مذکور با بیماران دیالیزی متفاوت باشد. بر این اساس، این تحقیق به بررسی ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان بیماران متقاضی پیوند کلیه پرداخته است.

● روش

این مطالعه به صورت مقطعی (توصیفی - تحلیلی) بر روی ۹۷ نفر از بیماران بستری در بیمارستان‌های بقیه الله الاعظم و لبافی‌نژاد متقاضی پیوند کلیه ۲ روز پیش از جراحی انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق شامل «سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا»^۱ (MMPI) و «پرسشنامه سلامت عمومی»^۲ (GHQ-28) بود. همچنین یک فهرست حاوی داده‌های جمعیت شناختی، سابقه طبی و روانپزشکی بیماران نیز تکمیل می‌گردید. پرسشنامه‌های مذکور توسط یک روانشناس از بیماران تکمیل می‌گردید.

□ «سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا» (MMPI)، شامل ۷۱ سؤال می‌باشد. مقیاس‌های روایی این سیاهه شامل «دروغ‌پردازی» (L)، «ندرت وقوع» (F) و «بازدارنده» (K) می‌باشد که نمرات غیر مجاز آنها در تحقیق حاضر به عنوان معیار خروج از تحقیق در نظر گرفته شد (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳ و اخوت ۱۳۵۷). معیارهای بالینی این سیاهه شامل خود «بیمار انگاری»^۳ (hs)، «افسردگی»^۴ (d)، «هیستری»^۵ (hy)، «ضداجتماعی»^۶ (pd)، «بدگمانی»^۷ (pa)، «ضعف روانی»^۸ (pt)، «روان‌گسستگی»^۹ (sc) و «آشفته‌گی»^{۱۰} (ma) می‌باشد. اگرچه نمی‌توان مرز مشخصی بین فرد طبیعی و بیمار مشخص کرد، اما بر اساس توصیه منابع پیشین، نمره T بیشتر از ۷۰، غیر طبیعی در نظر گرفته شد (کاپلان و سادوک ۲۰۰۳). به این ترتیب بیماران بر اساس مقایسه نتایج هر یک از مقیاس‌ها با خط برش، به دو گروه دارای اختلال و فاقد اختلال تقسیم‌بندی شدند.

□ «پرسشنامه سلامت عمومی» (GHQ)، به منظور غربالگری اختلالات روانی غیر روان‌گسستگی طراحی شده است و از حساسیت ۸۸-۸۴٪ و ویژگی ۸۲-۷۹٪ برخوردار بوده است (باقری‌زیدی و همکاران، ۱۳۷۴، گلدبرگ ۱۹۸۹، یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴، عبادی و همکاران، ۱۳۸۱ و معتمد و همکاران، ۱۳۸۱). این پرسشنامه دارای ۴ خرده‌آزمون است که علائم جسمانی، علائم اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در طی یک ماه گذشته می‌سنجد. مقیاس علائم جسمانی؛ وضعیت سلامت عمومی و علائم جسمانی، مقیاس اضطراب؛ علائم و نشانه‌های بالینی اضطرابی شدید، بی‌خوابی، تحت فشار بودن، عصبانی بودن و دلشوره، مقیاس کارکرد اجتماعی؛ توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی و مقیاس افسردگی؛ علائم اختصاصی افسردگی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را می‌سنجد. نمره دهی «پرسشنامه سلامت عمومی» بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای (خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد) انجام شد. نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» بین ۰-۸۴ می‌باشد، که نمره بیشتر نشانگر وضعیت نامطلوب می‌باشد. در تحقیق حاضر، نقطه برش برای نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» و خرده‌آزمون‌ها به ترتیب برابر ۲۲/۵ و ۵/۶۲۵ در نظر گرفته شد. افراد با نمره مساوی یا

بیشتر از نقطه برش، دارای اختلال و بقیه فاقد اختلال در نظر گرفته شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون t مستقل و χ^2 استفاده گردید p کوچکتر از ۰/۰۵ معنی دار و p بین ۰/۰۵ و ۰/۱ به صورت مرزی معنی دار تلقی گردید. تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

● نتایج

پس از در نظر گرفتن معیارهای خروج مطالعه بر اساس شاخص‌های روایی «سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا»، ۸۰ نفر وارد تحقیق گردیدند. میانگین و انحراف معیار سنی بیماران برابر ۱۳/۳۸ ± ۳۷/۹۱ سال و محدوده سنی برابر ۷۲-۱۴ سال بوده است. اطلاعات جمعیت شناختی، سابقه طبی و روانپزشکی بیماران در جدول ۱ ذکر گردیده است.

جدول ۱ - مشخصات جمعیت شناختی، روانپزشکی و طبی بیماران مورد بررسی

متغیر	سطح	فراوانی
جنس	مرد	۴۶(۰/۵۷/۵)
	زن	۳۴(۰/۴۲/۵)
تحصیلات	ابتدایی	۱۱(۰/۱۳/۸)
	سیکل	۴۲(۰/۵۲/۵)
	دیپلم	۱۵(۰/۱۸/۸)
	تحصیلات دانشگاهی	۱۲(۰/۱۵)
ناهل	متاهل	۶۳(۰/۷۸/۸)
	مجرد	۱۷(۰/۲۱/۳)
مصرف سیگار	مثبت	۱۳(۰/۱۶/۳)
مصرف تریاک	مثبت	۳(۰/۳/۸)
مصرف الکل	مثبت	۳(۰/۳/۸)
سابقه مراجعه به روانپزشک	مثبت	۱۲(۰/۱۵)
سابقه بستری در بخش روانپزشکی	مثبت	۴(۰/۵)
سابقه دیالیز	مثبت	۶۳(۰/۷۸/۸)
سابقه پیوند کلیه	مثبت	۶(۰/۷/۵)
نسبت اهداکننده	غریبه	۷۲(۰/۹۰)
	بستگان	۸(۰/۱۰)

○ ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی

۴۳ نفر از بیماران (۰/۵۳/۷) دارای حداقل یک اختلال روانشناختی بودند. بر طبق نتایج «سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا»، افسردگی فراوان‌ترین اختلال روانشناختی بیماران را

تشکیل می‌داد. نتایج «سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا» بیماران در جدول ۲ ذکر شده است. نتایج بررسی ارتباط نتایج «سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا» و متغیرهای مورد بررسی در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۲- فراوانی و فراوانی نسبی مشکلات مربوط به ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی

مقیاس	فراوانی (%)
شاخص‌های MMPI	
خودبیمارانگاری	۱۴(۱۷/۵)
افسردگی	۲۹(۳۶/۳)
نمایشی	۶(۷/۵)
انحراف روانی مرضی	۴(۵)
بدگمانی	۶(۷/۵)
ضعف روانی	۲۰(۲۵)
روان گسستگی	۸(۱۰)
نیمه آشفتگی	۱(۱/۳)
شاخص‌های GHQ	
علائم جسمانی	۵۶(۷۰)
علائم اضطراب و اختلال خواب	۴۰(۵۰)
اختلال در کارکرد اجتماعی	۶۴(۸۰)
علائم افسردگی	۲۷(۳۳/۸)
مقیاس سلامت عمومی	۴۵(۵۶)

○ متغیرهای مرتبط با ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی

بر حسب «پرسشنامه سلامت عمومی»، فراوان‌ترین علائم مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی بود. نتایج «پرسشنامه سلامت عمومی» بیماران در جدول ۲ ذکر گردیده است. سهم نمره کلی «پرسشنامه سلامت عمومی» غیرطبیعی در زنان بیشتر از مردان ($p = ۰/۰۷۷$) و در افراد دارای سابقه مراجعه به روانپزشک بیشتر از افراد فاقد سابقه مراجعه به روانپزشک بود ($p = ۰/۰۰۷$). بین نمره کلی غیرطبیعی «پرسشنامه سلامت عمومی» و سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه پیوند کلیه و مصرف سیگار رابطه معنی داری مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$). نتایج بررسی ارتباط نتایج «پرسشنامه سلامت عمومی» و متغیرهای مورد بررسی در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳- ارتباط شاخص‌های MMPI و GHQ با متغیرهای مورد بررسی

صیغه	سابقه مراجعه به روانپزشک	سابقه پیوند	وضعیت تاهل	سطح تحصیلات	جنس	شاخص
شاخص‌های سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI)						
NS	۰/۰۳	NS	NS	NS	NS	خودبیمارانگاری
NS	NS	NS	NS	NS	NS	افسردگی
NS	NS	NS	NS	NS	NS	نمایشی
NS	NS	NS	NS	NS	NS	انحراف روانی مرضی
NS	NS	NS	NS	NS	۰/۰۳	بدگمانی
NS	NS	NS	NS	NS	۰/۰۱	ضعف روانی
NS	NS	NS	NS	NS	NS	روان گسستگی
NS	۰/۰۱	NS	NS	NS	NS	نیمه آشفتگی
شاخص‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)						
NS	۰/۰۲	NS	NS	NS	NS	علائم جسمانی
NS	۰/۰۰	NS	NS	NS	۰/۰۴	علائم اضطراب و اختلال خواب
NS	۰/۰۱	NS	NS	NS	NS	اختلال در کارکرد اجتماعی
NS	۰/۰۰	NS	NS	۰/۰۲	۰/۰۴	علائم افسردگی
NS	۰/۰۰	NS	NS	۰/۰۸	۰/۰۶	کلی
* تست مجذور کای						

سن بالا با بدگمانی ($p = 0/03$) و ضعف روانی بیشتر ($p = 0/01$) همراه بود. سابقه مراجعه به روانپزشک با خودبیمارانگاری ($p = 0/03$)، نیمه آشفتگی ($p = 0/01$)، علائم جسمانی ($p = 0/02$)، علائم اضطراب و اختلال خواب ($p = 0/00$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($p = 0/01$)، اختلال افسردگی ($p = 0/00$) و نمره کلی بیشتر از «پرسشنامه سلامت عمومی» ($p = 0/00$) همراه بود. جنس زن با علائم اضطراب و اختلال خواب ($p = 0/04$)، علائم افسردگی ($p = 0/04$) و نمره کلی بیشتر از «پرسشنامه سلامت عمومی» ($p = 0/06$) همراه بود. سطح تحصیلات کمتر با علائم افسردگی ($p = 0/02$) و نمره کلی بیشتر از «پرسشنامه سلامت عمومی» ($p = 0/08$) همراه بود.

جدول ۴- محدوده و میانگین نمرات مقیاس‌های پرسشنامه GHQ-28 در بیماران متقاضی پیوند کلیه

شاخص	محدوده	میانگین (انحراف معیار)
علائم جسمانی	۱-۱۴	$7/1 \pm 3/35$
علائم اضطراب و اختلال خواب	۱-۲۱	$6/9 \pm 4/60$
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰-۱۷	$8/1 \pm 3/44$
علائم افسردگی	۰-۲۱	$5/31 \pm 4/5$
کلی	۶-۶۵	$26/77 \pm 13/33$

● بحث و نتیجه گیری

○ با توجه به نتایج مطالعه حاضر، ویژگی‌های شخصیتی و سلامت عمومی اغلب بیماران داوطلب پیوند کلیه دچار اختلال می‌باشد. پیش از این صالحی و همکاران (۱۳۷۸)، شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۶)، الهی و همکاران (۱۳۷۴) و اشکانی و همکاران (۱۳۸۱) در ایران و تران - اسکاندون و همکاران، (۲۰۰۱)، فارمر و همکاران (۱۹۷۹)، در دیگر کشورها، وضعیت سلامتی بیماران دیالیزی را مورد مطالعه قرار داده‌اند. دقت در مطالعات مذکور نشان می‌دهد که مطالعات مذکور و مطالعه حاضر از نظر جمعیت مورد بررسی (از نظر پراکندگی سن، جنس، شدت و زمان بیماری طبی) حجم نمونه و ابزار پژوهش متفاوت بوده است. یکی از نکات حائز اهمیت که در حین مقایسه نتایج این مطالعات باید مورد توجه قرار گیرد، این است که بیماران مورد بررسی ما علاوه بر اینکه دیالیزی بوده‌اند، «متقاضی پیوند کلیه» نیز بوده‌اند. توجه به این موضوع، با توجه به اینکه پیوند کلیه، خود عاملی تنش‌زا محسوب می‌گردد، پیش از هرگونه مقایسه نتایج تحقیق حاضر و دیگران، ضروری است و می‌تواند توجه‌کننده برخی از تفاوت‌ها در نتایج باشد.

○ فراوانی اختلالات روانپزشکی و اختلالات شخصیتی در متقاضیان پیوند عضو به ترتیب برابر ۶۰٪ و ۳۰٪ و فراوانی اختلالات روانپزشکی و شخصیتی همزمان برابر ۲۵٪ گزارش شده است (چاکو و همکاران، ۱۹۹۶). یک مطالعه دیگر، شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مرحله انتهایی کلیوی را برابر ۳۱٪ گزارش نموده است (فارمر و همکاران، ۱۹۷۹). اگر چه بیماران مورد بررسی وی از بیماران متقاضی پیوند اعضای مختلف تشکیل می‌شده‌اند و تنها به بیماران پیوند کلیه اختصاص نداشته است. همچنین یک مطالعه آینده نگر، بروز سالانه اختلالات روانپزشکی در بیماران مرحله انتهایی کلیه را برابر ۱۰/۶٪ گزارش کرده است (فوکونیشی و همکاران ۲۰۰۲).

○ تحقیق حاضر شایعترین اختلال روانشناختی متقاضیان پیوند کلیه را افسردگی (۳۶٪) گزارش نمود. شیوع افسردگی در مطالعه اشکانی و همکاران (۱۳۸۱)، صالحی و همکاران (۱۳۷۸) و الهی و همکاران (۱۳۷۴) به ترتیب ۴۴٪، ۵۰٪ و ۲۱٪ بدست آمد. سهم افسردگی در این جمعیت ۹۰-۴۰٪ گزارش شده است (تران - اسکاندون و همکاران، ۲۰۰۱).

○ تحقیق حاضر نشان داد که اختلال عملکرد اجتماعی در ۸۰٪ بیماران مشاهده می‌شود. این جنبه از سلامتی بیماران نیز متأسفانه در تحقیقات مشابه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه حاضر نشان داد که علایم جسمانی در بیش از نیمی از بیماران وجود دارد. این در حالی است که علایم جسمانی در مطالعه الهی و همکاران (۱۳۷۴)، بسیار جزئی گزارش شد.

○ در مطالعه حاضر، اختلال اضطراب نیز در بیش از نیمی از افراد مورد بررسی مشاهده گردید. مطالعات پیشین سهم اضطراب را در بیماران دیالیزی به کلی متفاوت گزارش نموده‌اند. اشکانی و همکاران (۱۳۸۱) سهم «اضطراب» را برابر ۴۹٪ گزارش نمود حال آنکه الهی و همکاران (۱۳۷۴) سهم اضطراب را تنها ۶٪ گزارش نمودند، که تفاوت قابل توجهی دارد. تران - اسکاندون و همکاران (۲۰۰۱) سهم اضطراب را در بیماران دیالیزی ۷۵-۳۳٪ گزارش کردند. دیالیز به عنوان شناخته شده‌ترین عامل استرس‌زا در این بیماران گزارش شده است (الهی، ۱۳۷۴). عوامل تنش‌زای روانی و اجتماعی بیماران تحت درمان با همودیالیز شامل محدودیت فعالیت جسمی، محدودیت زمان، مکان برای تفریح و سرگرمی‌ها و مشکلات اقتصادی در ارتباط با هزینه درمان بوده است (بهرامی‌نژاد، ۱۳۷۹).

سهم «روان‌گسستگی» در مطالعه حاضر برابر ۱۰٪ گزارش شد. شیوع این اختلال در مطالعه الهی و همکاران (۱۳۷۴) ۴٪ بوده است. ۷/۵٪ جمعیت مورد مطالعه ما دارای افکار پارانوئیدی بودند. شیوع این اختلال در مطالعه الهی و همکاران (۱۳۷۴)، ۱۲٪ بود.

○ سن بالا با بدگمانی بیشتر و ضعف روانی بیشتر همراه بود. سابقه مراجعه به روانپزشک با خود بیمار انگاری، نیمه آشفتگی، علایم جسمانی، علایم اضطراب و اختلال خواب و اختلال در کارکرد اجتماعی، اختلال افسردگی و نمره کلی بیشتر «پرسشنامه سلامت عمومی» همراه بوده است. جنس زن نیز با علایم اضطراب و اختلال خواب، علایم بیشتر افسردگی و نمره کلی بیشتر «پرسشنامه سلامت عمومی» همراه بود. سطح تحصیلات کمتر نیز با علایم افسردگی و نمره کلی بیشتر «پرسشنامه سلامت عمومی» همراه بود. شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۶)، نشان دادند که علایم افسردگی، نمایی و ضعف روانی در زنان تحت دیالیز مزمن بیشتر از مردان بوده است، اما صالحی (۱۳۷۸)، سهم افسردگی در دو جنس را یکسان گزارش نمود. سهم اختلال روانپزشکی در افراد دارای سابقه مراجعه به روانپزشک بیشتر از دیگران بود. با توجه به اینکه علت مراجعه به روانپزشک، معمولاً نشانه‌ها یا علایم روانی است، این نتیجه می‌تواند تا حدی قابل انتظار به شمار بیاید. عدم وجود رابطه آماری وضعیت سلامتی با سن و وضعیت تاهل با مطالعه صالحی و همکاران (۱۳۷۸)، همخوانی دارد، اما در این مطالعه وضعیت سلامتی با میزان تحصیلات، سابقه پیوند کلیه، مصرف سیگار، رابطه آماری معنی داری نداشت، که با مطالعه ذکر شده همخوانی ندارد.

بنابراین سن بالا، سابقه مراجعه به روانپزشک، جنس زن و سطح تحصیلات پائین تر همگی متغیرهایی هستند، که باید با توجه به آنها، بیماران را نزدیک تر مورد پیگیری روانشناختی قرار

دهیم. و می‌توان اعلام کرد که توجه به وضعیت سلامت روان و اختلالات سلامتی در بیماران داوطلب پیوند کلیه، خصوصاً زنان و افراد دارای سابقه مراجعه به روانپزشک توصیه می‌گردد. طبق نتایج این تحقیق، بیشترین توجهات باید به «افسردگی» و «اختلال عملکرد اجتماعی» بیماران معطوف گردد.



یادداشت‌ها

- 1- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
- 2- General Health Questionnaire (GHQ)
- 3- Hypochondriasis
- 4- Depression
- 5- Histrionic
- 6- Psychopathic deviation
- 7- Paranoia
- 8- Psychastenia
- 9- Schizophrenia
- 10- Mania

منابع

- اشکانی، حمید؛ ده بزرگی، غلامرضا؛ شول، فرنگیس. (۱۳۸۱). بررسی آسیب دیدگی روانی در بیماران پیوند کلیه قبل و بعد از عمل. مجله پژوهش در پزشکی (دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی)، ۲۶ (۳)، ص ۱۶۲-۱۵۹.
- اخوت، ولی‌اله؛ دانشمند، لقمان. (۱۳۵۷). ارزشیابی شخصیت. انتشارات دانشگاه تهران.
- الهی، اصغر؛ رضائی، منصوره. (۱۳۷۴). بررسی حالات روانی در بیماران دیالیزی. اندیشه و رفتار. ۱ (۴)، ص ۴۷-۴۰.
- باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهری، جعفر؛ پیروی، حمید. (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۳-۷۴، دانشگاه تهران. اندیشه و رفتار. ۱ (۴)، ص ۳۹-۳۰.
- بهرامی نژاد، نسرین. (۱۳۷۹). عوامل تنش‌زای روانی و اجتماعی بیماران تحت درمان با همودیالیز در قزوین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۴، ص ۹۵-۹۰.
- شاه‌محمدی، اسحق؛ بیان‌زاده، سیداکبر؛ احمدی، جمشید. (۱۳۷۶). میزان استرس و شیوه‌های مقابله در مراقبین بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و بیماران دیالیزی مزمن. اندیشه و رفتار، ۳ (۲-۱)، ص ۷۴-۶۷.
- صالحی، منصور؛ نورمحمدی سراب، احمد. (۱۳۷۸). بررسی فراوانی افسردگی در بیماران همودیالیزی بیمارستان شهید هاشمی نژاد در سال ۱۳۷۸. اندیشه و رفتار، ۸ (۳)، ص ۲۵-۲۰.
- ظهیرالدین، علیرضا؛ صمیمی، سید مهدی. (۱۳۷۹). بررسی ارتباط بین دیالیز و میزان اضطراب. فیض، ۴، ص ۹۵-۹۸.
- عبادی، مهدی؛ حریری، امیر محمود؛ شریعتی، محمد؛ گرمارودی، غلامرضا؛ فاتح، ابوالفضل؛ منتظری، علی. (۱۳۸۱). [ترجمه] تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-۱۲). پایش، فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، ۱ (۳)، ص ۴۶-۳۹.

- لاریجانی، باقر. (۱۳۷۸). نگرشی جامع بر پیوند اعضا. تهران: انتشارات امور بیماری‌های خاص.
- معتمد، نیلوفر؛ آیت الهی، سید علیرضا؛ زارع، نجف؛ حسن آبادی، علی؛ صادقی، (۱۳۸۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در کارکنان دانشکده پزشکی شیراز - ۱۳۸۰. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، ۱۰ (۳۸)، ص ۳۸-۴۶.
- یعقوبی، نوراله؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد؛ شاه محمدی، داوود. (۱۳۷۴). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهرستان صومعه سرا. اندیشه و رفتار. ۱ (۴)، ص ۵۵-۶۰.
- Chacko R. C.; Harper R. G.; Kunik M.; & Young J. (1996) Relationship of psychiatric morbidity and psychosocial factors in organ transplant candidates. *Psychosomatics*. 37(2): 100-7.
- Farmer C. J.; Snowden S. A.; & Parsons V. (1979) The prevalence of psychiatric illness among patients on home hemodialysis. *Psychol. Med.* 9(3): 509-14.
- Fukunishi I.; Kitaoka T.; Shirai T.; Kino K.; Kanematsu E.; & Sato Y. (2002) Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy. *Nephron*. 91(2): 344-7.
- Goldberg D. P. (1989). Screening for psychiatric disorder. In Williams, P.; Wilkson, G.; Rawsley, K. Edition, *The cope of epidemiological psychiatry*. London: Routledge.
- Levenson J. L. (1998). Psychosocial screening and selection of candidates of organ transplantation. 2: 21-41.
- Moore G. L. (1976) Psychiatric aspects of chronic renal disease. *Postgrad Med.* 60(5): 140-6.
- Ozcurumez G.; Tanriverdi N.; & Zileli L. (2003) Psychiatric and psychosocial aspects of chronic renal failure. *Turk Psikiyatri Derg.* 14(1): 72-80.
- Patel S. S.; Shah V. S.; Peterson R. A.; & Kimmel P. L. (2002) Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am. J. Kidney Dis.* 40(5): 1013-22.
- Sensky T. (1993). Psychosomatic aspects of end-stage renal failure. *Psychother Psychosom.* 59(2): 56-68.
- Teran-Escandon D.; Ruiz-Ornelas J.; Estrada-Castillo J. G.; Barajas-Juarez L.; & Diaz-Martinez A. (2001). Anxiety and depression among renal transplantation candidates: Impact of donor availability. *Actas Esp Psiquiatr*; 29(2): 91-4.