



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

دکتر منصور صالحی\*، دکتر احمد نوره محمدی سراب\*\*

### چکیده

**هدف:** هدف از انجام این پژوهش تعیین میزان شیوع افسردگی در بیماران تحت درمان همودیالیز 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 همودیالیز 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.

**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 آن جا 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 نیاش، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

درمانی و بقای بیماران همودیالیزی دانسته شده است (لوی، ۱۹۸۴؛ ریچمن، ۱۹۷۲؛ برد، ۱۹۶۹؛ هاسوس<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷).

از این رو، و با توجه به مجموعه یافته‌های پیش‌گفته در پژوهش حاضر افسردگی در بیماران همودیالیزی بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد در سال ۱۳۷۸ مورد بررسی قرار گرفت.

## روش

در این پژوهش ۶۰ بیمار (۲۱ مرد، ۳۹ زن) همودیالیزی با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به تمام آنان در ابتدای ورود و پیش از شروع دیالیز یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، مدت زمان همودیالیز، مدت زمان نارسایی کلیوی، سابقه اختلال روانپزشکی در فرد و خانواده وی و سرانجام داروهای مصرفی روانپزشکی) و پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال برای تکمیل داده شد. پیش از پاسخگویی بیماران به پرسشنامه‌ها، برای هر بیمار هدف از پژوهش، نتایج و کاربرد آن توضیح داده می‌شد. برای بیمارانی که سواد لازم را نداشتند یا به علت اختلالات بینایی و موارد مشابه خود قادر به ثبت پاسخ‌ها نبودند، پرسشنامه‌ها برای آن‌ها خوانده می‌شد و بدون اعمال

آنورسیم‌فیستول‌ها<sup>۱</sup>، سپتی‌سمی<sup>۲</sup>، سندرم دمانس دیالیزی<sup>۳</sup>، استئومالاسی<sup>۴</sup>، افزایش بروز هپاتیت‌های ویروسی و ایدز<sup>۵</sup>، واکنش‌های روان‌شناختی نیز ایجاد می‌کند. از افسردگی و انکار به منزله پاسخ‌های اصلی بیماران به همودیالیز نام برده شده است (برد<sup>۶</sup>، ۱۹۶۹). دیالیز هم در بیمارستان و هم در منزل انجام می‌شود. بیمارانی که تحت درمان دیالیز در خانه قرار دارند، تطابق روانی اجتماعی بهتری نشان داده‌اند (کورتز<sup>۷</sup> و بویت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۸). هم‌چنین دیالیز همراه، باعث کاهش اختلال عملکرد فرد می‌شود و به وی رضایت‌خاطر بیشتری می‌دهد (کورتز<sup>۹</sup>، بروگان<sup>۱۰</sup>، هال<sup>۱۱</sup>، هبر<sup>۱۱</sup> و دانیلز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۰). شکایات جسمی در این دسته از بیماران شایع است (آلوارز<sup>۱۳</sup>، فرناندز-ریز<sup>۱۴</sup>، وازپز<sup>۱۵</sup>، مون<sup>۱۶</sup>، سانچز<sup>۱۷</sup> و ربلو<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۱). اختلال‌های روانپزشکی در بیماران تحت همودیالیز تا ۵۵ درصد گزارش شده است (آگانوا<sup>۱۹</sup> و موراکینو<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۷). افسردگی شایع‌ترین مشکل روان‌شناختی بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌باشد و میزان آن در یک بررسی ۲۱ درصد گزارش شده است (الهی، ۱۳۷۴).

گروه درمانی (کمبل<sup>۲۱</sup> و سینا<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۰) و مداخله‌های مشاوره‌ای (بدر<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۹) در کاهش افسردگی سودمند بوده‌اند و اثربخشی ضدافسردگی‌ها در درمان افسردگی این بیماران گزارش شده (اراتام<sup>۲۴</sup>، ۱۹۸۹) و به‌ویژه بر بی‌زبانی و تأثیر مثبت فلوکستین تأکید شده است (بلامنفیلد<sup>۲۵</sup>، لوی<sup>۲۶</sup>، سپینوویتز<sup>۲۷</sup>، چاریتان<sup>۲۸</sup> و دویی<sup>۲۹</sup>، ۱۹۹۷).

به باور شیدلر<sup>۳۰</sup>، پترسون<sup>۳۱</sup> و کیمبل<sup>۳۲</sup> (۱۹۹۸) افسردگی مرحله‌ای طبیعی در سازگاری با شیوه زندگی دیالیزی است که با گذشت زمان و تثبیت وضعیت بالینی از میان خواهد رفت. در عین حال، در برخی از بیماران افسردگی چه‌بسا از میان نرود و یا طولانی شود (ریچمن<sup>۳۳</sup>، ۱۹۷۲). در مجموع شیوع افسردگی در افراد همودیالیزی بیشتر از جمعیت عادی گزارش شده است (برد، ۱۹۶۹؛ فراستی، ۱۳۷۸؛ جباری، ۱۳۷۵).

افسردگی یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بین نتیجه

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
<b>جنس</b>				
مرد	۱۲	۵۷/۱۴	۹	۴۲/۸۵
زن	۱۸	۴۶/۱۵	۲۱	۵۳/۸۴
<b>وضعیت تأهل</b>				
مجرد	۵	۱۶/۶۶	۴	۱۳/۳
متأهل	۲۲	۷۳/۳	۲۴	۸۰
مطلقه	۲	۶	۱	۳
بیوه	۱	۳	۱	۳
<b>وضعیت تحصیلی</b>				
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
<b>وضعیت شغلی</b>				
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<sup>۱</sup> ( $P < 0/01$ ) 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<sup>۲</sup>، هانگ<sup>۳</sup> و رابسون<sup>۴</sup> (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-R<sup>۱</sup> 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 به مثابه یک بیماری شایع در بیماران همودیالیزی معرفی می‌کند. با توجه به اهمیت افسردگی در بیماران همودیالیزی (تاناکا<sup>۲</sup>، 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 بیوه از افسردگی رنج می‌برند. هم‌چنین وضعیت روانی اجتماعی همسر در کاهش و یا افزایش افسردگی مؤثر گزارش شده است (دانکر<sup>۳</sup>، کیمل، راینچ<sup>۴</sup>، پترسون، ۲۰۰۱). در حالی که در پژوهش شیدلر و همکاران (۱۹۹۸) که با آزمون افسردگی بک، پرسشنامه تأثیرات بیماری<sup>۵</sup> و مقیاس رضایت از زندگی<sup>۶</sup> انجام شد برداشت منفی نسبت به بیمار با درجات بالاتر افسردگی همراه بود. هم‌چنین کیمل، تیمر<sup>۷</sup>، ریچارد<sup>۸</sup>، ری<sup>۹</sup> (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 حالی که در

بررسی فراستی (۱۳۷۸) در بیماران دیالیزی این رابطه معنی‌دار نبود. هم‌چنین بررسی حاضر با یافته‌های دو بررسی زیر همخوان نیست: بررسی کوتنر و همکاران، (۲۰۰۰) و کراون<sup>۱۰</sup>، رودین<sup>۱۱</sup>، جانسون<sup>۱۲</sup> و کندی<sup>۱۳</sup> (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 به طور کلی (و نه افسردگی به طور 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.

به طور 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.

#### سپاسگزاری

- 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

Blumenfield, 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-

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

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 افسردگی 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., Mormoto, N., Tashiro, N., Hori, K., Katafuchi, 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.