

بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۸۳-۸۲

غلامحسین نوروزی نژاد^{۱*}، کاظم رادان^{۲**}، محسن حسینی پور^{***}

چکیده

هدف: برای تعیین اینکه چه نوع خدمات روانپزشکی برای جامعه مورد نیاز می باشد لازم است از میزان شیوع انواع اختلالات روانپزشکی آگاهی داشته باشیم. تغییرات شناختی- هیجانی در بیماران جسمی بخصوص اگر سیر مزمن و تحلیل برنده مانند بیماران دیالیزی داشته باشند بیشتر دیده می شود. در تحقیق حاضر برای بررسی شدت و میزان شیوع علائم افسردگی در بیماران دیالیزی ۶۰ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که تحت درمان به روش همودیالیز بودند در یک مقطع چهار ماهه مورد بررسی قرار گرفتند.

روش بررسی: به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نظر از دو پرسشنامه جمعیت شناسی و آزمون بک^۱ که شدت برخی علائم شایع افسردگی را تعیین می کند استفاده شد. پس از گردآوری اطلاعات بدست آمده با استفاده از برنامه آماری SPSS و به کمک آزمون آماری کای-۲ با سطح معنی دار $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** در این تحقیق افراد مورد مطالعه ۶۰ نفر شامل ۲۳ نفر زن و ۳۷ نفر مرد بودند که مشخص شد که فقط ۵ نفر (۸/۳ درصد) دارای نمره آزمون بک کمتر از ۱۰ و غیر افسرده می باشند و ۵۵ نفر (۹۱/۷ درصد) آنها دارای نمره آزمون بک بین ۱۱ تا ۴۰ بودند. که این میزان شیوع افسردگی ۵ تا ۶ برابر شیوع افسردگی در جمعیت عمومی می باشد. **نتیجه گیری:** یافته های پژوهش نشان می دهد که درصد قابل توجهی از بیماران همودیالیز دچار افسردگی همراه می باشند. ضرورت ارزیابی روان شناختی این بیماران و حضور روانپزشک، روانشناس و مددکار در تیم درمانی و فعال شدن خدمات روانپزشکی مشاوره- رابط^۲ در بیمارستانهای عمومی پیشنهاد می شود.

کلید واژه گان: افسردگی، بیماران همودیالیزی، آزمون بک

مقدمه

مغز، خونریزی زیر سخت شامه، مننژیت، التهاب مغز، مسمومیت دارویی و تشنج می تواند باشد که اغلب باعث تیرگی شعور (دلیریوم) اختلال در تمرکز، کونفوزیون، بی حالی میوکلونوس می شوند که با رفع علت زمینه و یا انجام دیالیز عوارض ایجاد شده

تغییرات شناختی اغلب در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه اتفاق می افتد (۱) تغییرات شناختی در مرحله حاد نارسایی کلیه به علت اختلالات متابولیک مانند انباشته شدن مواد سمی در خون، اورمی، کاهش قند خون، بالا رفتن سطح هورمون پاراتورمون، کاهش سطح املاح فسفر خون، کم خونی، و یا عوامل غیر متابولیک مانند بیماریهای عروق

1-Beck

2- Consultation-Liaison-Psychiatry

* استادیار، روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** استادیار، اورولوژیست، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

*** روانپزشک

۱- نویسنده مسؤل

Archive of SID

علائم جسمانی افسردگی (۸) از طرف دیگر تشخیص و درمان به موقع افسردگی در بخشهای دیالیز روز به روز ضرورت بیشتری پیدا می کند (۱۱)

برای اینکه درک درستی از وظیفه تیم روانپزشکی برای ارائه خدمات روانپزشکی به این بیماران داشته باشیم ضروری است بدانیم که شیوع اختلالات روانی در جمعیت مورد نظر چقدر است اگر چه تعیین شیوع اختلالات روانی در جامعه بطور دقیق مشکل است اما تخمین های تقریبی هم برای طرح ریزی خدمات کافی است.

روش بررسی

نوع مطالعه در این تحقیق توصیفی و روش نمونه برداری به طریق آسان می باشد. و آزمودنی ها از میان ۲۳ زن و ۳۷ مرد مراجعه کننده به مراکز همودیالیز بیمارستانهای سینا و گلستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شرطی که حداقل ۳ ماه از شروع همودیالیز منظم آنها گذشته باشد انتخاب شدند. در این تحقیق به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نظر از دو ابزار پرسشنامه جمعیت شناسی (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات و...) و پرسشنامه افسردگی بک (شامل ۲۱ سؤال با ۴ گزینه جهت ارزیابی علائم و شدت افسردگی استفاده شد. و برای بیمارانی که سواد لازم را نداشتند. یا به علت مشکلات دیگر قادر به ثبت پاسخ ها نبودند اطلاعات مورد نظر از آنها سؤال می شد و بدون هیچگونه دخل و تصرفی پاسخ های آنها ثبت می شد. پس از گردآوری داده ها با استفاده از برنامه آماری SPSS و به کمک آزمون آماری کای-۲ با سطح معنی دار $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. و از آزمون مقایسه نسبتها برای مشخص کردن میزان افسردگی در مقایسه با سایر متغیرها استفاده گردید از

رفع می گردند (۱) و آنچه که مهم است عوارض جسمانی - روانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می باشد. در گذشته پیش آگهی اکثر بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مرگ بود و به این دلیل به این مرحله از بیماری وضعیت نهائی بیماری کلیه^۱ گفته می شد ولی با پیشرفت علوم مختلف بخصوص پیشرفت کمی و کیفی و توسعه مراکز همودیالیز بر عمر این بیماران افزوده شد که خود باعث افزایش تشخیص انواع اختلالات روان شناختی در بیماران دیالیزی مزمن^۲ شد. (۱) آنچه که مسلم است، این است که وقتیکه بیمار احساس کند بقای حیات او در گرو دیالیز مداوم می باشد یک استرس بزرگ تلقی می گردد. بیمار بعد از تجربه این استرس با مکانیسمهای انکار، افسردگی پرخاشگری و پسرفت، از خود واکنش نشان می دهد. ولی بیماران بدون استثناء ناچارند با درجاتی از وابستگی به دیگران با بیماری خود مدارا کنند. می توان انتظار داشت بیمارانی که وارد بخش دیالیز می شوند برای حفظ استقلال خود تقلا کنند و با برون ریزی در مقابل دستورات پزشک مانند، رعایت نکردن رژیم غذایی یا غیبت از جلسات درمان حالت انکار نشان دهند. افسردگی و سایر اختلالات روانپزشکی می توانند برای بیماران همودیالیزی مشکلات جدی از جمله عدم رعایت رژیم دارویی و غیر دارویی و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران ایجاد کند (۲و۳) هولیا تاسکاپان^۳ و همکاران در تحقیقی نشان دادند که اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی می توانند باعث عدم پذیرش برنامه های تغذیه ای شرایط خاص همودیالیز از طرف بیمار شوند و افزایش وزن بدلیل عدم رعایت رژیم تغذیه ای و میزان مصرف مایعات، سوء تغذیه و اختلال خواب در این بیماران به مراتب بیشتر از بیمارانی می باشد که از اختلالات روانپزشکی رنج نمی برند (۴و۵و۷) بطوریکه ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماران دیالیزی از اختلال خواب رنج می برند (۸و۹و۱۰) با توجه به شیوع بالای افسردگی و تأثیرات منفی که بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی ایجاد می کند از یک طرف و مشابهت برخی علائم اورمی با

1- End Stage Renal Disease
2- Chronic Dialysis
3- Hulya Taskapan

(۹۱/۳ درصد) افسرده بوده اند و از تعداد کل مردان مورد مطالعه ۳۴ نفر (۹۱/۸ درصد) افسرده بوده‌اند و بر خلاف اینکه در جمعیت عمومی که زنان معمولاً حدود ۲ برابر بیش از مردان افسرده می‌باشند در این مطالعه میزان بروز افسردگی در بیماران همودیالیزی با جنس آنان ارتباط معنی داری ندارد. با افزایش سن بیماران همودیالیزی میزان بروز افسردگی افزایش می‌یابد جدول (۱) میزان بروز افسردگی در بیماران همودیالیزی با وضعیت تأهل آنان تفاوت معنی داری وجود ندارد. بطوریکه ۱۱ نفر از بیماران مجرد بودند و ۱۰ نفر آنها ۹۰/۹ درصد افسرده بودند و ۴۹ نفر از بیماران متأهل بودند و ۴۵ نفر آنها ۹۱/۸ درصد آنها افسرده بودند جدول (۱). نتایج برحسب میزان تحصیلات تمام بیماران همودیالیزی بی سواد و با تحصیلات دوره ابتدایی افسرده بوده‌اند (۱۰۰ درصد) از بیماران همودیالیزی که تحصیلات در حدود دوره راهنمایی و دبیرستان داشته‌اند ۸۹/۴ درصد افسرده بوده‌اند. بیماران همودیالیزی که تحصیلات دیپلم و بالاتر داشته‌اند ۷۶/۹ درصد افسرده بوده‌اند و میزان شیوع افسردگی در بیماران همودیالیزی با افزایش سطح تحصیلات کاهش می‌یابد جدول (۱).

مشکلات اجرایی کار بیسوادی برخی از بیماران وعدم همکاری بعضی از آنها به علت عدم تمایل یا نداشتن حوصله لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها و کم بودن تعداد نمونه‌های در دسترس (به علت اینکه حداقل می‌بایست سه ماه از شروع دوره دیالیز مداوم بیمار گذشته باشد و تکراری بودن نمونه‌ها در طول مدت حدود یکسال تحقیق) را می‌توان ذکر کرد.

یافته‌ها

در این تحقیق تعداد افراد مورد مطالعه ۶۰ نفر شامل ۲۳ نفر (۳۸/۳ درصد) آنها زن و ۳۷ نفر (۶۱/۷ درصد) آنها مرد بوده‌اند. کمترین نمره آزمون ۶ بوده است که مربوط به یک زن ۳۳ ساله است و بیشترین نمره بک ۴۰ بوده است که مربوط به یک بیمار زن ۴۴ ساله است. جدول (۱) از بین تمام بیماران فقط ۵ نفر (۸/۳ درصد) نمره آزمون کمتر از ۱۰ دریافت کرده‌اند. ۵۵ نفر (۹۱/۷ درصد) نمره بک ۱۱ تا ۴۰ داشته‌اند تعداد ۱۱ نفر (۱۸/۳ درصد) آزمون بک ۱۶-۱۱، ۲۴ نفر (۴۰ درصد) نمره بک ۳۰-۱۷ و ۲۰ نفر (۳۳/۳ درصد) از بیماران نمره بک ۴۰-۳۱ داشته‌اند جدول (۱). از تعداد کل زنان بیمار مورد مطالعه ۲۱ نفر

جدول ۱: توزیع آزمونی‌ها بر حسب جنس، سن، وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلی

| جنس | مرد | | زن | | فراوانی نسبی |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|
| | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی | |
| سن بر حسب سال | ۳۷ | ۶۱/۷ درصد | ۲۳ | ۳۸/۳ درصد | |
| | ۲ | ۳/۳ درصد | ۲ | ۳/۳۳ درصد | ۱۱-۲۰ |
| | ۶ | ۱۰ درصد | ۹ | ۱۵ درصد | ۲۱-۳۰ |
| | ۱۳ | ۲۰/۱۶ درصد | ۳ | ۵ درصد | ۳۱-۴۰ |
| | ۷ | ۱۰/۱۶ درصد | ۶ | ۹/۹۹ درصد | ۴۱-۵۰ |
| | ۶ | ۱۰ درصد | ۵ | ۸/۳۳ درصد | ۵۱-۶۰ |
| | ۳ | ۵ درصد | ۱ | ۱/۶۴ درصد | ≥۶۱ |
| وضعیت تأهل | ۳۱ | ۵۱/۸ درصد | ۱۸ | ۳۰ درصد | متأهل |
| | ۶ | ۱۰ درصد | ۵ | ۸/۳۳ درصد | مجرد |
| وضعیت تحصیلی | ۶ | ۱۰ درصد | ۱۱ | ۱۸/۳ درصد | بی سواد |
| | ۸ | ۱۰/۳۳ درصد | ۳ | ۵ درصد | دوره ابتدایی |
| | ۱۴ | ۲۰/۳۳ درصد | ۵ | ۸/۳۳ درصد | دوره راهنمایی |
| | ۹ | ۱۵ درصد | ۴ | ۶/۶۶ درصد | دیپلم و بالاتر |

بحث

در این تحقیق میزان شیوع و شدت علائم افسردگی در بیماران تحت درمان با همو دیالیز مورد بررسی قرار گرفت و از ۶۰ نفر مورد مطالعه ۵۵ نفر (۹۱/۷ درصد) دارای علائم خفیف تا شدید افسردگی بودند.

تحقیقات فراوانی با زوایا و دیدگاههای مختلفی برای نشان دادن تأثیر عوامل اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و هیجانی بر کیفیت زندگی و درمان بیماران همودیالیزی صورت گرفته است که صرف نظر از اختلافات کمی در این تحقیقات همه آنها در تأثیر منفی اختلالات روانپزشکی بخصوص افسردگی و اضطراب بر کیفیت زندگی و روند درمانی این بیماران نتایج مشابهی را ارائه داده‌اند.

Alvarez و همکاران بروز همزمان علائم و شکایات جسمانی بیماران دیالیزی با علائم روانشناختی را مطرح کردند و نتیجه گرفتند که هر چه علائم و شکایات جسمانی بیشتر باشند بروز همزمان اضطراب و افسردگی به ترتیب تا ۶۹ درصد و ۸۱ درصد بالا می‌رود (۱۲).

هولیاتاسکاپان در تحقیقی برای ارتباط بین اختلالات روانپزشکی و افزایش وزن بیماران همودیالیزی مشخص کرد که ۶۵ درصد بیماران دیالیزی دارای اختلالات روانپزشکی می‌باشند که ۳۵ درصد بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی، ۳۳ درصد دارای اختلال شبه جسمی^۱ و ۳۰ درصد آنها مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی بودند همچنین در این تحقیق ارتباطی بین میزان اختلالات روانپزشکی و سن، جنس، طول مدت انجام دیالیز، سطح تحصیلات، مجرد یا متأهل بودن، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و نوع شغل بیماران وجود نداشت (۴).

و این در حالی است که در تحقیق ما شیوع افسردگی در افراد با تحصیلات بالا کمتر می‌باشد Friend و همکاران مشخص کردند که رابطه مستقیمی بین افسردگی و کاهش سطح آلبومین خون که یک عامل خطرناک در بیماران مبتلا به ESRD می‌باشد وجود دارد (۱۳)

Kimmel و همکاران در مطالعه ای بر روی ۲۹۵ بیمار دیالیزی دریافتند که هر چه افسردگی در این بیماران بیشتر باشد مرگ و میر آنها نیز بیشتر می‌باشد (۱۴) در کره جنوبی Koojr و همکاران مشخص کردند که بیماران دیالیزی که بر اساس معیارهای DSM-IV مبتلا به افسردگی اساسی بودند مبتلا به سوء تغذیه می‌باشند (۱۵)

و همکاران رابطه ای مثبت بین شدت Fukunishi آلکسی تایمی^۲ و میزان افسردگی و اضطراب در ۷۲ بیمار تحت درمان به روش دیالیز صفاقی را توضیح دادند (۱۶) و همکاران با مطالعه‌ای بر روی ۱۹۴ بیمار در Vazquez ۴۳ مرکز دیالیز مشاهده کردند که هر چه افسردگی و اضطراب بیماران دیالیزی بیشتر و حمایت‌های اجتماعی از نیز که با استفاده از HRQOL آنها کمتر باشد میزان اندازه گیری شده بود کاهش نشان KKDQOL-SF آزمون می‌دهد (۱۷) همچنین مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که حدود ۵۰ درصد بیماران دیابتی همکاری لازم را برای درمان و ادامه آن ندارند که این موضوع بیشتر به علت مشکلات اجتماعی، هیجانی، و اختلالات روانپزشکی می‌باشد و همین مشکلات باعث پیچیده تر شدن روند درمان و حتی مرگ و میر بیشتر در بین بیماران می‌شود (۱۸، ۱۹، ۲۰) با توجه به نتایج حاصله در این تحقیق و پژوهشهای مشابه که نتایج برخی از آنها ذکر شد به نظر می‌رسد در بخشهای دیالیز باید به مسائل و مشکلات روانشناختی بیماران دیالیزی به صورت ویژه توجه شود بدین منظور به کارگیری خدمات روانپزشکی برای بیمارستانها و بخش‌های تخصصی و فعال کردن خدمات روانپزشکی مشاوره - رابط که به سرعت در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه رو به گسترش می‌باشد توصیه می‌شود تا ضمن تأمین بهداشت روانی بیماران و

1-Somatoform
2-Alexithymia

فقط یک ابزار روان شناختی جهت ارزیابی می باشد استفاده از مصاحبه‌های روانپزشکی و یا سایر ابزارهای روان شناختی جهت اطمینان بیشتر و شناسایی سایر مشکلات روانپزشکی این گروه از بیماران پیشنهاد می‌شود.

تشخیص و درمان به موقع اختلالات روانپزشکی از تأثیر منفی این اختلالات بر کیفیت زندگی و روند درمانی بیماری زمینه پیشگیری به عمل آید. یکی از محدودیتهای این مطالعه که در قالب یک تحقیق مقدماتی است، حجم کم نمونه می باشد مطالعه ای با حجم وسیعتر پیشنهاد می‌شود. از دیگر محدودیتهای این پژوهشی بکارگیری

منابع

- 1-Gelder M, Mayou D, Cowen P. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press; 1996;385.
- 2-Baines LS, Jindal RM. Non-compliance in patients receiving hemodialysis: An in depth review. Nephron 2000;85:1-7.
- 3-Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. J Psychosom Res 1975;29: 23-31.
- 4-Hulya T, Fehmi A, Burhanettin K, Murat E, Mine K, Cagatay T. Psychiatric Disorders and Large Interdialytic Weight gain in Patients on Chronic Haemodialysis. Nephrology 2005 Feb; 10(1):15.
- 5-Eduard AI, Helen C, Margo H, McMurray CL, Meers M, Quinn M, Singer A & Hopman M. Quality of sleep and health-related quality of in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2003; 18: 126-32.
- 6- Koo JR, Yoon JW, Kim SG, Lee YK, Oh KH, GH Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2003 May;41(5):1037-42.
- 7-Eryilmaz MM, Ozdemir C, Yurtman F, Cilli A, Karaman T. Quality of sleep and quality of life in renal transplantation patients. Transplant Proc 2005 Jun; 32(5):2072-6.
- 8-Holley JL, Nespor S, Rault R. A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis. Am J Kidney Dis 1992; 19:156-191.
- 9-Walker S, Fine A, Kryger MH. Sleep complaints are common in a dialysis unit. Am J Kidney Dis 1995; 26:751-756.
- 10-Williams SW, Tell GS, Zheng B, Shumaker S, Rocco MV, Sevick MA. Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients. Am J Nephrol 2002;22:18-28.
- 11-Rabindranath KS, Butler JA, Macleod AM, Riderick P, Wallace SA, Daly C. Physical measures for treating depression in dialysis patients. Cochrane Database Syst Rev 2005 Apr; 18 (2): CD004541.
- 12-Alvarez-Ude F, Fernandez-Reyes MJ, Vazquwz A, Mon C, Sanchez R, Rebollo P. Physical symptoms and emotional disorders in patient on a periodic hemodialy program. Nefrologia 2001 Mar-Apr;21(2):191-9.
- 13-Friend R, Hatchett L, Wadhwa NK, Suh H. Serum albumin and depression in end stage renal disease. Adv Perit Dial 1997;133: 155-7.
- 14-Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, Manika A, Markopoulou M, Kaprinis G, Tourkantonis A. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. Aging Clin Exp Res 2002 Oct;14(5):354-60.
- 15-Koo JR, Yoon JW, Kim SG, Lee YK, Oh KH, Kim GH, et al. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2003 May;41(5):1037-42.
- 16-Fukunishi I, Maeda K, Kubota M, Tomino Y, Rahe RH. Severity of alexithymia is related to psychosocial factors in patients with peritoneal dialysis. Psychol Rep 1995 Dec;77(3 Pt 1):763-70.
- 17-Vazquez I, Valderrabano F, Fort J, Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D. Qual Life Res 2005 Feb; 14(1):179-90.
- 18-Kimmel PL, Weihs KL, et al. Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 1995; 5: 1826-34.

19-Kaveh K, Klmmel PL. Compliance in hemodialysis patients Multidimensional measures in search of a gold standard. Am J Kidney Dis 2001;36: 244-66.

20-Curtin RB, Oberley E, Sacksteder P. Compliance and rehabilitation in ESRD patients. Semin. Dial 1997;10:52-4.

Archive of SID

Archive of SID

Archive of SID