

## شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن بی و سی تحت درمان با اینترفرون

سیدمویذ علویان\* M.D.، سیدعباس تولایی\*\* M.D.، سیدمرتضی حسینی\*\*\* M.D.،  
محمد رضا هدایتی\*\*\* M.D.، عباس سپهری نیا\*\*\* M.D.

### چکیده

**هدف:** بیماری مزمن کبدی نهمین علت مرگ و میر در دنیا و شایعترین علت آن هیپاتیت ویروسی می باشد. در کشور ما حدود دو میلیون نفر ناقل هیپاتیت B بوده و از این جمعیت حدود ۳۰۰-۲۰۰ هزار نفر به بیماری کبدی مبتلا می باشند. شیوع هیپاتیت C مزمن نیز در ۲۰۰ میلیون نفر از مردم جهان گزارش شده است. مزمن بودن این بیماری، استفاده از داروهایی از قبیل اینترفرون که دارای عوارض روانی هستند و ترس از عوارض ناشی از بیماری از طرف دیگر می تواند باعث ایجاد علایم روانی از جمله افسردگی در بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن ویروسی شود.

**روش بررسی:** در این مطالعه که یک مطالعه توصیفی مقطعی است بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن B و C مراجعه کننده به مرکز هیپاتیت تهران مورد ارزیابی قرار گرفتند. این بررسی با استفاده از دو پرسشنامه اجرا شده است. پرسشنامه اول شامل اطلاعات دموگرافیک و مشخصات و سیر بیماری هیپاتیت و پرسشنامه دوم پرسشنامه بک می باشد که یک تست استاندارد شده برای ارزیابی علایم افسردگی می باشد. در مجموع ۲۹۰ بیمار به سه گروه تقسیم شدند. داده ها با روشهای آماری t استودنت، تحلیل واریانس، همبستگی و خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** میانگین سنی بیماران  $41/4 \pm 37/4$  با حداقل ۱۳ و حداکثر ۶۹ سال بود. از کل بیماران ۲۲۶ نفر (۷۷/۹٪) مرد و ۴۶ نفر (۲۲/۱٪) زن بوده اند. میانگین نمره بک در مردان ( $10/5 \pm 9/2$ ) و در زنان ( $14/6 \pm 10/5$ ) بود که این اختلاف معنی دار بوده است ( $P < 0/002$ ). درصد شیوع افسردگی در گروه درمانی اینترفرون ۸۶/۷٪، در گروه درمانی اینترفرون و ریبوورین ۶۰٪، در گروهی که دارو مصرف نمی کردند ۴۴/۱٪ و در گروه درمانی لامیوودین ۳۸/۷٪ بوده که گروه درمانی اینترفرون با کلیه گروههای درمانی اختلاف معنی دار داشته است ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران تحت درمان با اینترفرون لازم است این بیماران همزمان تحت ارزیابی روانپزشکی نیز قرار بگیرند. افسردگی علاوه بر افت عملکرد، کاهش کیفیت زندگی، ممکن است به خودکشی بیانجامد. لذا بررسی شیوع علایم افسردگی از اهمیت زیادی برخوردار است.

**واژه های کلیدی:** هیپاتیت مزمن ویروسی، اینترفرون، تست بک، افسردگی.

دریافت مقاله: ۸۳/۱۲/۱۰، اصلاح مقاله: ۸۵/۴/۵، پذیرش مقاله: ۸۵/۵/۱۸

ک\* نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیهاله (عج)، تهران - ایران

\* استاد گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیهاله (عج)، و مرکز تحقیقات گوارش و کبد

\*\* دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیهاله (عج)، و مرکز تحقیقات علوم رفتاری

\*\*\* کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بقیهاله (عج)

آدرس پست الکترونیکی: sm\_hosseini@yahoo.com

## مقدمه

هیپاتیت B یکی از شایعترین بیماریهای کشور ماست. به طوری که حدود ۲ میلیون نفر که ۳٪ کل جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند ناقل هیپاتیت بوده و از این جمعیت حدود ۳۰۰ - ۲۰۰ هزار نفر به بیماری مزمن کبدی مبتلا می‌باشند (۱). از طرف دیگر هیپاتیت C نیز در ۳٪ از مردم جهان آلودگی ایجاد کرده که این امر بدین معناست که ۲۰۰ میلیون نفر از مردم جهان به فرم مزمن بیماری مبتلا هستند البته آماری از میزان ابتلا در کشور ما به طور دقیق وجود ندارد. در این میان اولاً هیپاتیت مزمن به خودی خود بیماری است که احتمال فعال شدن آن در هر دوره‌ای از زندگی فرد وجود دارد و این وضعیت احتمال ابتلا به عوارض بیماری مثل کارسینوم هیپاتوسلولار و سیروز کبدی را افزایش می‌دهد (۲). ثانیاً درمان این بیماری با مصرف داروهای گران قیمت از جمله اینترفرون همراه است که از عوارض عمده آن مشکلات روانی از قبیل افسردگی و اضطراب می‌باشد (۳). در مطالعه‌ای که جهت بررسی تغییرات شناختی و خلقی و EEG در طی درمان با آلفا اینترفرون صورت گرفت، نتایج نشان داد که درمان با آلفا اینترفرون باعث ایجاد علائم افسردگی و اضطراب و تغییرات EEG می‌گردد (۴). افرادی که در ضمن درمان با این دارو دچار علائم افسردگی می‌شوند همکاری درمانی آنها کاهش می‌یابد، بنابراین شناخت و درمان این علائم اهمیت خاص دارد (۵). لذا از طرفی وضعیت خاص بیماری و ترس از بروز عوارض و از طرف دیگر مصرف اینترفرون در این بیماری می‌تواند عوامل مستعد کننده برای بروز علائم افسردگی در فرد بشود.

مطالعات نشان می‌دهد که شیوع علائم افسردگی در بیماران تحت درمان با پگ اینترفرون کاهش نمی‌یابند. لذا در نظر داشتن و درمان عوارض عصبی-روانی اینترفرون بخصوص افسردگی مورد توجه می‌باشد (۶). افسردگی نیز از بیماریهایی است که می‌تواند علاوه بر ایجاد اختلال در زندگی روزمره و فعالیت‌های فرد در درجات شدید خود منجر به اقدام خودکشی و حتی دیگرکشی در بیمار شود که این موارد در بیماران هیپاتیتی تحت درمان با اینترفرون گزارش شده است (۳). از عوارض و مشخصات اصلی

افسردگی بروز ناامیدی و غمگینی است که باعث می‌شود فرد رکود و حشمتناکی احساس کرده و نتواند تصمیم بگیرد و یا فعالیتی را شروع نماید و یا حتی به چیزی علاقمند شود. در این حالت شخص افسرده در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود. از این رو افسردگی از بیماریهایی است که توجه ویژه‌ای را طلب می‌کند. افسردگی و اضطراب در هیپاتیت C شیوع بالایی دارند با این وجود در بسیاری موارد تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند (۷). برخی مطالعات نشان می‌دهند بیماران هیپاتیت C با سابقه افسردگی ناشی از اینترفرون می‌توانند با استفاده از پگ اینترفرون و ریباورین به اضافه ضدافسردگی‌ها از ابتلا به افسردگی پیشگیری کنند (۸). با توجه به مطالب فوق و همچنین شیوع بالای بیماری و از آنجایی که هیپاتیت مزمن می‌تواند فرد را در هر سنی از جمله سنین جوانی که دوره فعالیت‌های اجتماعی از قبیل تحصیل، اشتغال و ازدواج است، مبتلا نماید. لذا در صورت بروز افسردگی در بیمار این مسأله می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی وی تأثیر گذارد و امکان فعالیت بهینه را از وی بگیرد (۹). بنابراین با بررسی شیوع افسردگی در جامعه بیماران هیپاتیتی و نتایج بدست آمده چنانچه میزان افسردگی بالاتر از جامعه عادی باشد اقدامات تشخیصی و درمانی در بیماران هیپاتیتی ضروری خواهد بود.

## روش بررسی

مطالعه انجام شده یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد که به منظور بررسی میزان شیوع علائم افسردگی در بیماران مبتلا به هیپاتیت مزمن B و C مراجعه کننده به مرکز هیپاتیت تهران در سال ۸۲ می‌باشد که به روش سرشماری تحت بررسی قرار گرفته‌اند.

این طرح با استفاده از دو پرسشنامه انجام گردید. پرسشنامه اول حاوی سوالاتی مربوط به مشخصات دموگرافیک، نوع بیماری هیپاتیت، داروهای مصرفی، مدت زمان مصرف دارو و مدت زمان اطلاع فرد از بیماری خود بود. مجریان طرح با مراجعه به مرکز هیپاتیت تهران و با استفاده از مصاحبه و معاینه بالینی، پرسشنامه را برای هر بیمار مبتلا به هیپاتیت مزمن B و C تکمیل کردند.

حداکثر ۶۹ سال و حداقل ۱۳ سال می‌باشد. میانگین سنی مردان  $37/4 \pm 11/4$  و میانگین سنی زنان  $37/3 \pm 12/4$  بود که این اختلاف معنی‌دار نبوده است. گروه سنی کمتر از ۲۱ سال ۱۵ نفر ( $5/2\%$ )، گروه سنی ۲۱ تا ۴۰ سال ۱۶۷ نفر ( $57/6\%$ )، گروه سنی ۴۱ تا ۶۰ سال ۹۸ نفر ( $33/8\%$ ) و گروه سنی بیشتر از ۶۰ سال ۱۰ نفر ( $3/4\%$ ) بودند.

بیشترین تعداد بیماران ۳۵ تا ۳۹ سال داشتند و بیشتر از ۶۰ سال کمترین بودند.  $134 (46/2\%)$  نفر از درجات مختلف افسردگی رنج می‌بردند. نمره تست بک بیشتر از ۹ افسرده محسوب شده است. میانگین نمره تست بک  $11/4$  با انحراف معیار  $9/6$  و بیشترین نمره ۴۶ و کمترین نمره صفر بوده است. میانگین تست بک در مردان  $10/5$  با انحراف معیار  $9/2$  و در زنان  $14/6$  با انحراف معیار  $10/5$  بوده که این اختلاف معنی‌دار بوده است ( $P < 0/002$ ).

میانگین طول مدت بیماری ۴ سال با انحراف معیار ۲ سال و با حداقل ۲ ماه و حداکثر ۳۰ سال بود. میانگین طول مدت بیماری در مردان  $4/4$  سال با انحراف معیار ۲ و در زنان  $2/8$  سال با انحراف معیار ۱ بود که این اختلاف معنی‌دار بوده است ( $P < 0/003$ ).

میانگین طول مدت مصرف دارو  $13/1$  ماه با انحراف معیار  $9/9$  با حداقل یک ماه و حداکثر ۴۸ ماه بود. میانگین مدت زمان مصرف دارو در مردان  $12/6$  ماه با انحراف معیار ۱۰ و در زنان  $15/2$  ماه با انحراف معیار  $9/3$  بود که این اختلاف معنی‌دار نبوده است. در بیماران مورد مطالعه ۱۱۱ نفر ( $38/3\%$ ) هیچگونه دارویی مصرف نمی‌کردند، ۱۵ نفر ( $5/2\%$ ) اینترفرون، ۱۲۴ نفر ( $42/7\%$ ) لامیوودین و ۴۰ نفر ( $13/8\%$ ) اینترفرون به همراه ریباوورین مصرف می‌کردند (جدول ۱).

در بیماران مورد مطالعه ۷۶ نفر ( $26/2\%$ ) ناقل هپاتیت B، ۱۲۹ نفر ( $44/4\%$ ) هپاتیت مزمن B، ۶۶ نفر ( $22/8\%$ ) هپاتیت مزمن C، ۱۷ نفر ( $5/9\%$ ) سیروز ناشی از هپاتیت B و ۲ نفر ( $0/7\%$ ) سیروز ناشی از هپاتیت C داشتند. مقایسه میانگین نمره بک در گروه‌های مختلف سنی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ولی بیشترین شیوع افسردگی در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال و کمترین

پرسشنامه دوم، تست افسردگی ۲۱ سؤالی استاندارد شده بک بود. در تست بک به هر سؤال یک پاسخ داده می‌شود که از صفر تا سه نمره می‌گیرد و جمع نمرات از صفر تا ۶۳ نوسان دارد، شدت افسردگی به شرح ذیل می‌باشد: بدون افسردگی (۰-۹)، افسردگی خفیف (۱۰-۱۸)، افسردگی متوسط (۱۹-۲۹) و افسردگی شدید (۳۰-۶۳) (۱۰).

به هر بیمار مبتلا به هپاتیت مزمن B و C در زمان مراجعه به مرکز هپاتیت تهران یک پرسشنامه بک تحویل داده می‌شد. مجریان طرح در ابتدا برای بیمار هدف از این کار را توضیح داده و در صورت تمایل بیمار برای شرکت در طرح، بیمار شخصاً سؤالات را خوانده و برای هر سؤال بهترین گزینه را انتخاب می‌کرد.

در مرحله بعد نتایج حاصل از تست بک توسط مجریان طرح ارزیابی شده و میزان افسردگی فرد براساس آن مشخص می‌شد. بیمارانی که سابقه بیماری روانی قبل از شروع هپاتیت داشتند از طرح خارج شدند. در صورتی که بیمار از لحاظ افسردگی در سطح بالایی بود به روانپزشک معرفی می‌شد تا علت افسردگی بطور اساسی ارزیابی شود.

اطلاعات پس از ارزیابی نتایج پرسشنامه‌ها وارد برنامه نرم‌افزاری SPSS Ver.10 شده و برای توصیف جمعیت از شاخصهای مرکزی و پراکندگی و نیز تستهای آماری استفاده شد. برای مقایسه داده‌های کمی در دو گروه از T-Test، برای مقایسه داده‌های کمی در سه گروه و بیشتر از ANOVA، برای مقایسه داده‌های کیفی در دو گروه از Chi-Square و برای تعیین ارتباط در داده‌های کمی از Pearson Correlation استفاده شد. همچنین  $P < 0/05$  برای معنی‌دار بودن نتایج در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه جمعاً ۳۲۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفته و تست بک برای آنها انجام شد. بعضی بیماران پرسشنامه بک را به طور کامل پر نمی‌کردند و بعضی نیز به دلایل گفته شده در روش انجام طرح از مطالعه خارج شدند. لذا در نهایت جمعاً ۲۹۰ بیمار حضور داشتند که  $226 (77/9\%)$  نفر مرد و  $64 (22/1\%)$  نفر زن تحت بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران  $37/4 \pm 11/6$  سال با

اینترفرون شایعترین نوع افسردگی، افسردگی متوسط و در بقیه گروهها افسردگی خفیف بوده است.

ارتباط معنی داری بین افزایش مدت زمان مصرف دارو با افزایش نمره تست بک مشاهده نشد ( $P=0/5$  و  $r=0/1$  و  $N=290$ ).

۴۶/۹٪ بیماران مبتلا به ویروس هیپاتیت B افسرده اند در حالی که این میزان برای افراد مبتلا به ویروس هیپاتیت C برابر ۶۰/۳٪ می باشد که این اختلاف معنی دار بوده است ( $P<0/008$ ).

ارتباط معنی داری بین افزایش مدت ابتلا به بیماری و افزایش نمره تست بک مشاهده نشد ( $P=0/4$ ،  $r=0/1$ ،  $N=290$ ).

### بحث

توجه به شیوع بالای افسردگی در جوامع بشری و تأثیرات متعدد آن مثل کاهش عملکرد فردی، عقب ماندگی تحصیلی، زیانهای اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و حتی خودکشی از یک طرف و همراهی آن با بیماریهای مزمن چون هیپاتیت که می تواند باعث به تعویق انداختن درمان به دلیل عدم همکاری بیمار در درمان شود، بررسی افسردگی را بخصوص در بیماریهای مزمن از جمله هیپاتیت مزمن ضروری می کند. بررسی ها نشان می دهند که بروز نشانه های افسردگی در بیماران هیپاتیت زیاد است. اغلب این نشانه ها شدید نیستند و با درمان ضد افسردگی بهبودی می یابند با این حال ارزیابی دائم بیمار از نظر علائم افسردگی ضروری است. بخصوص در هفته های اول شروع مصرف اینترفرون این ارزیابی ضرورت بیشتری دارد چرا که افسردگی باعث عدم همکاری درمانی بیمار خواهد شد (۱۱).

در این مطالعه دریافتیم ۴۱/۹٪ از بیماران مبتلا به هیپاتیت B و ۶۰/۳٪ بیماران مبتلا به هیپاتیت C مراجعه کننده به مرکز هیپاتیت تهران از درجات مختلف افسردگی رنج می برند. ۴۱/۶٪ مردان و ۶۲/۵٪ زنان دارای درجات مختلف افسردگی بوده اند، بدون علامت ۵۳/۸٪، افسردگی خفیف ۲۳/۱٪، افسردگی متوسط ۱۶/۲٪ و افسردگی شدید ۶/۹٪.

لوفتیس شیوع افسردگی را در ۱۵٪ جامعه (۵٪ مردان و ۲۵٪ زنان) می داند (۹). بالاترین شیوع افسردگی در تحقیقات خارجی انجام شده توسط WHO در اوگاندا (مرد ۲۱٪ و زن ۱۷٪) است

شیوع در گروه سنی بالای ۶۰ سال بوده است. از طرف دیگر شدت افسردگی در گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال بیشترین و در گروه سنی بالای ۶۰ سال کمترین بوده است.

جدول ۱. درصد فراوانی افسردگی براساس نوع دارو و نوع بیماری

گروه دارویی	نوع بیماری و ویروسی	وجود افسردگی ندارد	وجود افسردگی دارد
بدون دارو	ناقل هیپاتیت بی	۵۰٪ (۶۵/۸)	۲۶٪ (۳۴/۲)
	هیپاتیت مزمن بی	۴٪ (۴۴/۴)	۵٪ (۵۵/۶)
	هیپاتیت سی	۱۲٪ (۵۷/۱)	۹٪ (۴۲/۹)
	سیروز (بدنبال هیپاتیت بی)	۳٪ (۱۰۰)	۰
اینترفرون	سیروز (بدنبال هیپاتیت سی)	۰	۲٪ (۱۰۰)
	هیپاتیت مزمن بی	۱٪ (۱۰)	۹٪ (۹۰)
لامیوودین	هیپاتیت مزمن بی	۷۳٪ (۶۶/۴)	۳۷٪ (۳۳/۶)
	سیروز (بدنبال هیپاتیت بی)	۷٪ (۵۰)	۷٪ (۵۰)
	هیپاتیت سی	۱۶٪ (۴۰)	۲۴٪ (۶۰)
ریباورین			

۴۱/۶٪ مردان و ۶۲/۵٪ زنان افسرده اند که این اختلاف معنی دار بود ( $P<0/003$ ). شایعترین نوع افسردگی در هر گروه جنسی افسردگی خفیف است.

میانگین نمره بک در گروهی که هیچگونه دارویی مصرف نمی کردند ۱۰/۲۵ با انحراف معیار ۹/۲، در گروهی که اینترفرون می گرفتند ۲۳ با انحراف معیار ۱۱/۶، در کسانی که لامیوودین مصرف می کردند ۱۰/۲۹ با انحراف معیار ۸/۹ و در کسانی که اینترفرون به همراه ریباورین مصرف می کردند ۱۴/۱ با انحراف معیار ۹/۱ بود. تست Bonferroni انجام شده در این گروهها نشان داد که کسانی که اینترفرون مصرف می کردند با کسانی که نمی گرفتند ( $P<0/001$ ) و با کسانی که لامیوودین می گرفتند ( $P<0/001$ ) و با کسانی که اینترفرون + ریباورین مصرف می کردند ( $P<0/01$ ) از نظر نمره تست بک اختلاف معنی داری دارند.

میزان افراد افسرده در گروهی که هیچگونه دارویی نمی گرفتند ۴۴/۱٪، در گروهی که فقط اینترفرون می گرفتند ۸۶/۷٪، در افرادی که لامیوودین می گرفتند ۳۸/۷٪ و در افرادی که اینترفرون و ریباورین مصرف می کردند ۶۰٪ بوده است. در گروه درمانی

عوارض اینترفرون افسردگی است که در طول دوره درمان ایجاد می‌شود و پس از اتمام نیز کاهش می‌یابد. در این مطالعه ما به این نتیجه رسیدیم که افسردگی در گروهی که تحت درمان با اینترفرون قرار گرفته‌اند شدت بیشتری نیز دارد. در مقایسه با دیگر گروههای درمانی میزان افرادی که افسرده نبودند در گروه درمانی اینترفرون کمترین و میزان افرادی که افسردگی متوسط و شدید داشتند در این گروه بیشترین بود. از آنجایی که افسردگی از عوارض جدی درمانهای ضدویروسی استفاده شده در درمان HCV عنوان شده است (۳۳،۱۴). لذا بالاتر بودن میزان شیوع افسردگی در این دسته از بیماران قابل انتظار خواهد بود.

در مطالعه ما میزان افسردگی در بیماران مبتلا به هپاتیت C و سیروز ناشی از آن نسبت به هپاتیت B و سیروز متعاقب آن بیشتر بود. که این تفاوت معنی‌دار بوده است ( $P < 0.008$ ) از آنجایی که نحوه انتقال هپاتیت C در کشور ما در حال حاضر اعتیاد تزریقی است می‌توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به هپاتیت C از بیماریهای زمینه‌ای دیگر و نیز از مشکلات روحی روانی ناشی از اعتیاد نیز رنج می‌برند. لذا در این بیماران نسبت به بیماران هپاتیت B که در آنها راه انتقال بیشتر از مادر به نوزاد بوده شیوع افسردگی بیشتر قابل انتظار خواهد بود از طرف دیگر اختلاف معنی‌داری بین شیوع افسردگی در بیماران سیروزی و غیر سیروزی وجود نداشت. چون بیماران سیروتیک دوره‌های بستری و مراجعات مکرر دارند و نیز بیشتر با عوارض و مشکلات ناشی از بیماری درگیر هستند. لذا شیوع افسردگی در آنها بیشتر قابل انتظار خواهد بود ولی از آنجایی که این بیماران تحت درمان با اینترفرون قرار نمی‌گیرند، ممکن است معنی‌دار نشدن تفاوت شیوع افسردگی در این گروه با بیماران غیر سیروزی به همین علت باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های ما ارزش معاینات منظم دوره‌ای و ضرورت پژوهشهای بیشتر را در بیماران هپاتیتی از نظر افسردگی اثبات می‌کند. بنابراین لازم است قبل از شروع اینترفرون برای بیماران ارزیابی روانپزشکی شامل محاسبه تستهای افسردگی انجام شود تا در صورت وجود زمینه‌های قبلی افسردگی نسبت به کنترل افسردگی

(۱۲). دکتر عطاری و همکاران شیوع افسردگی در شهرضا را ۳۲٪ (۳۴٪ زن و ۳۲٪ مرد) ذکر می‌کنند (۱۲). دکتر داویدیان و همکاران شیوع افسردگی در شهرستان رودسر را ۲۴/۳٪ (زنان ۳ برابر مردان) گزارش نموده‌اند (۱۳). دکتر امامی و دکتر سرمست شیوع افسردگی در زندانبان نوجوان شهر یزد را ۱۰۰٪ گزارش نموده‌اند (۱۰). در مطالعه‌ای که بر روی ۳۰ بیمار هپاتیت C انجام شده شیوع افسردگی اساسی ۴۰/۷٪ بوده که می‌تواند بدلیل بیماری مزمن، عوارض آن و همچنین مصرف داروها باشد (۱۴). حسینی سازی شیوع افسردگی را در ۲۳/۳٪ زنان باردار ذکر کرده است (۱۵). مدانلو، در بیماران همودیالیزی ۳۷/۲٪ افسردگی خفیف و متوسط و ۳۱٪ افسردگی شدید و بیش از حد را گزارش نموده است (۱۶). دکتر رجیبی‌زاده افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در بخش رادیوانکولوژی را ۱۵/۴٪ خفیف، در ۳۷/۳٪ متوسط، ۱۲/۷٪ شدید و در ۱/۹٪ خیلی شدید ذکر کرده است (۱۷).

نمره افسردگی در زنان بطور معنی‌داری بالاتر است یعنی اینکه زنان مبتلا به هپاتیت نسبت به مردان مبتلا به هپاتیت بیشتر افسرده می‌شوند. با توجه به شرایط ویژه زنان و پذیرش کمتر یک بیماری مزمن بویژه هپاتیت که در فرهنگ جامعه یک بیماری خطرناک به شمار می‌آید و اطرافیان با احتیاطات بیشتری با فرد مبتلا رفت و آمد می‌کنند این مسأله قابل قبول خواهد بود. از طرف دیگر توجه به کاهش فرصتهای ازدواج برای دختران مبتلا و نیز توجه به این مسأله که اگر زنی مبتلا به هپاتیت باشد استرس انتقال آن به شوهر یا فرزندان حتماً بر کیفیت زندگی او تأثیر خواهد گذاشت می‌تواند توجیه کننده شیوع بیشتر افسردگی در زنان هپاتیتی باشد. در مطالعه ما میزان افسردگی در بیماران مبتلا به هپاتیت C و بیماران تحت درمان با اینترفرون بیشتر بود. مطالعات دیگر نیز مؤید این مطلب هستند. در بررسی‌های انجام شده علایم عصبی روانی بویژه اختلالات خلقی همراه با هپاتیت C مزمن شایع بوده‌اند که ثانویه به بیماری و درمان آن بوده است. بخصوص اینکه درمان با اینترفرون قویا با افسردگی همراهی داشته است (۱۸-۲۰).

نمره افسردگی در کسانی که تحت درمان با اینترفرون بودند بیشتر از سایر گروههای درمان بود. این مطلب همانطور که قبلاً نیز ذکر شد در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است (۱۴، ۲۱، ۲۲). یکی از

Prophylactic SSRI during interferon alpha retherapy in patients with chronic hepatitis C and a history of interferon induced depression. *J viral Hept* 2005; 12(1): 96-100.

9. Loftis JM, Socherman RE, Howell CD, Whitehead AJ, Hill JA, Dominitz JA, Hauser P. Association of interferon-alpha-induced depression and improved treatment response in patients with hepatitis C. *Neurosci Lett* 2004; 365(2): 87-91.

۱۰. امامی‌میبدی س. بررسی شیوع افسردگی در زندانیان نوجوان ندامتگاه تأدیبی یزد. پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد سال ۱۳۷۷ - صفحه ۵۵-۵۸.

11. Laguno M, Blanch J, Murillas J. Depressive symptoms after initiation of interferon therapy in human immunodeficiency virus-infected patients with chronic hepatitis C. *Antivir ther* 2004; 9(6): 905-9.

۱۲. عطاری ع، اکرام‌نیا ف. بررسی اپیدمیولوژیک شیوع افسردگی در افراد ۲۰ سال به بالا در شهرضا. مجله پژوهش علوم پزشکی ۱۳۷۷؛ شماره ۱: صفحه ۴۱-۴۴.

۱۳. داویدیان ه، ایزدی س. بررسی مقدماتی شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر، رودسر. مجله بهداشت ایران ۱۳۵۰؛ شماره ۴: صفحه ۱۴۵-۱۴۸.

14. Bonaccorso S, Marino V, Biondi M, Grimaldi F, Ippoliti F, Maes M. Depression induced by treatment with interferon-alpha in patient affected by hepatitis C virus. *J. of Affective Disorders* 2002; 72: 237-241.

۱۵. حسینی‌سازی ف، پوررضا ا، حسینی م، شجاعی‌زاده د. افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی، افزایش مشارکت همسران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان دوره هفتم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۸۴، صفحات ۶۰ تا ۶۵.

۱۶. مدانلو م، تازیکی ص، خدام ح، بهنام‌پور ن. افسردگی در بیماران همودیالیزی و رابطه آن با مشخصه‌های فردی آنان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دوره هفتم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۸۴، صفحات ۴۷ تا ۵۰.

اقدام لازم صورت گیرد و در طول درمان نیز این افراد تحت نظر جدی قرار گیرند.

## References

۱. علویان م، بازارگرد ع، زنگنه حر، شیخلو ه. هدایتی مر (۱۳۸۱). هپاتیت ویروسی ویژه پزشکان. چاپ اول، انتشارات نوردانش، صفحات ۳۲-۲۸.
2. Loftis JM, Wall JM, Linardatos E, Benvenga S, Hauser P. A quantitative assessment of depression and thyroid dysfunction secondary to interferon-alpha therapy in patients with hepatitis C. *J Endocrinol Invest* 2004; 27(7): RC16-20.
3. Rifflet H, Vuillemin E, Oberti F, Duverger P, Laine P, Garre JB, Cales P. Suicidal impulses in patients with chronic viral hepatitis C during or after therapy with interferon alpha. *Gastroenterol Clin Biol* 1998; 22(3): 353-7.
- 4- Amodio P, De toni EN, Cavallet to. Mood, cognition and EEG changes during interferon alpha-IFN treatment for chronic hepatitis C. *J Affect Disord* 2005; 84(1): 93-8.
- 5- Raison CL, Broad well SD, Borisov AS. Depressive symptoms and viral cleance in patients receiving interferon alpha and ribavirin for hepatist C. *Brain Behav Immun* 2005; 19(1): 20-2.
- 6- Kraus MR, sehater A, csef H, scheurlen M. Psychiatric side effects of pegylated interferon alfa-2b as compared to conventional interferon alfa- 2b in patients with chronic hepatitis C. *world J Gastroenerol* 2005; 11(12): 1769-74.
- 7- Golden J, odwyer AM, conroy RM. Depression and Anxiety in patients with hepatitis C. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27(6): 431-8.
8. Kraus MR, Schafer A, AL-tale O, scheurlen M.

۱۷. رجبی زاده ق، منصوری م، شکیبی م، رضانی م. بررسی عوامل مرتبط با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در بخش رادیوانکولوژی کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره دوازدهم، شماره ۲، ۱۳۸۴، صفحات ۱۴۲ تا ۱۴۷.
18. Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Argueta JG, Perez-Pruna C, Hinojosa-Becerril C, Sixtos-Alonso MS and etal. Health- related quality of life and depression in patients with chronic hepatitis C. Arch of Medical Research 2003; 34: 124-129.
19. Yates W, Gleason O. Hepatitis C and depression. J Viral Hepat 1998; 7(4): 188-93.
20. Dieperink E, Willenbring M, Ho SB. Neuropsychiatric Symptoms associated with hepatitis C and interferon - alpha. Am j psychiatry 2000; 157(6): 867-76.
21. Horikawa N. Yamazaki T. Izumi N. Uchihara M. Incidence and clinical course of major depression in patients with chronic hepatitis type C undergoing interferon - alpha therapy : a Prospective study . General Hospital Psychiatry 2003; 25: 34-38.
22. Golub ET, Latka M, Hagan H, Havens JR, Hudson SM, Kapadia F, Campbell JV, Garfein RS, Thomas DL, Strathdee SA Screening for depressive symptoms among HCV-infected injection drug users: examination of the utility of the CES-D and the Beck Depression Inventory. J Urban Health 2004; 81: 278-90.
23. Kraus MR, Schafer A, Al-Taie O, Scheurlen M. Prophylactic SSRI during interferon alpha retherapy in patients with chronic hepatitis C and a history of interferon-induced depression. J Viral Hepat 2005; 2(1): 96-100.