

بررسی فراوانی علایم افسردگی، اضطراب و روان پریشی در بیماران همودیالیزی بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) اصفهان

دکتر غلامحسین احمدزاده^۱، دکتر مسعود مهدی^۲

خلاصه

مقدمه: با توجه به روند رو به افزایش نارسایی مزمن کلیه در کشور و شیوع بالای افسردگی و اضطراب در این بیماران، در مطالعه‌ی حاضر فراوانی علایم افسردگی، اضطراب و روان پریشی در بیماران همودیالیزی بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) اصفهان تعیین و ارتباط آن با برخی عوامل دموگرافیک بررسی شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی و مقطعی تمامی بیماران همودیالیزی واجد پرونده‌ی بخش همودیالیز بیمارستان نور و علی اصغر (ع) مورد مطالعه قرار گرفتند. فراوانی علایم افسردگی، اضطراب و روان پریشی در آن‌ها با استفاده از سؤالات آزمون استاندارد بین المللی SCL-90-R سنجیده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۹۶ بیمار (۱۳۲ مرد و ۶۴ زن) مورد مطالعه قرار گرفتند. علایمی از اختلالات کلی روانی در ۶۹/۹ درصد کل افراد مورد مطالعه وجود داشت. شیوع علایم افسردگی، اضطراب، افسردگی و اضطراب توأم و روان پریشی در بیماران همودیالیزی به ترتیب برابر ۵۰، ۱۲/۲، ۷/۸ و صفر درصد بود. فراوانی این علایم در گروه‌های سنی کمتر از ۲۵ سال و بالای ۷۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی بالاتر بود ($P < ۰/۰۵$). به طور کلی علایم اختلالات روانی در ۶۲/۹ درصد مردان و ۸۴/۴ درصد زنان وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). رابطه‌ی معنی‌داری بین طول مدت همودیالیز و فراوانی این علایم وجود نداشت ولی با دفعات انجام آن ارتباط معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای علایم اختلالات روانی به خصوص افسردگی و اضطراب و بالاخص در گروه سنی زیر ۲۵ سال و بالای ۷۵ سال لازم است، پیشنهاد می‌گردد علاوه بر آموزش روش‌های کنترل و پیش‌گیری از افسردگی و اضطراب به این بیماران، مطالعات وسیع‌تری با هدف بررسی روش‌های مناسب جهت تشخیص زودرس و یا غربالگری این اختلالات در این گروه از بیماران در جامعه طراحی و اجرا گردد.

واژگان کلیدی: افسردگی، اضطراب، روان پریشی، همودیالیز، SCL-90-R.

مقدمه

ناپذیر عملکرد کلیوی است که عوارض جسمانی و روانی متعددی به دنبال دارد و درمان اصلی آن، دیالیز و در نهایت پیوند کلیه است (۲). اگر چه همودیالیز به عنوان درمان اصلی نارسایی مزمن کلیوی، طول عمر مبتلایان را افزایش می‌دهد، اما با این وجود مشکلات روانی-اجتماعی متعددی را برای آن‌ها ایجاد می‌کند. از جمله‌ی این اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب قابل ذکر است (۳).

در چند دهه‌ی اخیر توجه ویژه‌ای به بررسی فراوانی

بیماری مزمن، تجربه‌ی ای چند بعدی است که موجب از هم گسیختگی و ناتوانی فرد در بسیاری از زمینه‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و غیره می‌گردد. بیماری مزمن با گذشت زمان و به تدریج با ایجاد تغییراتی در زمینه‌های مذکور و تداوم این نگرش‌ها در نهایت منجر به اختلالات رفتاری، عاطفی و ارتباطات اجتماعی می‌گردد (۱).

نارسایی مزمن کلیوی، تخریب پیشرونده و برگشت

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر غلامحسین احمدزاده

در مورد روان پریشی و فراوانی آن مطالعه‌ی مشخصی انجام نشده است، ولی به نظر می‌رسد با توجه به موارد فوق شیوع این اختلال نیز در بیماران همودیالیزی بیشتر از جمعیت عمومی باشد.

بنا بر آمار موجود در کشور، تا سال ۱۳۸۷ بیش از ۲۴ هزار نفر در ایران به نارسایی مزمن کلیه مبتلا بوده‌اند که از این تعداد، ۴۸/۵ درصد تحت درمان با پیوند کلیه، ۴۸/۳ درصد تحت درمان با همودیالیز و ۳/۲ درصد نیز تحت درمان با دیالیز صفاقی هستند. نتایج بیشتر بررسی‌ها، رشد چشمگیر بیماری نارسایی مزمن کلیه را نشان می‌دهد و تعداد بیماران تحت همودیالیز در ایران سالانه حدود ۱۵ درصد افزایش می‌یابد (۱۲-۱۴).

با توجه به روند رو به افزایش بیماری نارسایی مزمن کلیه در کشور و شیوع بالای افسردگی و اضطراب در این بیماران و نیز اهمیت یافته‌های اپیدمیولوژیک در بهبود ارائه‌ی خدمات روان‌پزشکی به این بیماران، در مطالعه‌ی حاضر تلاش بر آن بود که فراوانی علایم افسردگی، اضطراب و روان پریشی در بیماران همودیالیزی بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) اصفهان تعیین و ارتباط آن با برخی عوامل خطر مشخص شود.

از آن جایی که عوامل متعددی در احتمال بروز علایم اختلالات روانی در بیماران همودیالیز نقش دارند و نقش این عوامل در جوامع مختلف می‌تواند متفاوت باشد و از سویی نیز مطالعات مختلف با آزمون‌های گوناگونی به سنجش این علایم پرداخته‌اند؛ مطالعه‌ی حاضر با استفاده از آزمون SCL-90-R که در مطالعات قبلی کمتر مورد استفاده قرار گرفته است، انجام شد.

افسردگی و عوارض وابسته به آن در بیماران همودیالیزی شده است. بر اساس این مطالعات، افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی این بیماران می‌باشد که باعث افزایش مرگ و میر آنان شده، پیش‌آگهی بیماری را بدتر می‌کند. Feroze و همکاران (۴) و Drayer و همکاران مرگ و میر بیماران همودیالیزی افسرده را تا ۴ برابر بیماران همودیالیزی غیر افسرده گزارش نموده‌اند (۵).

دیلیریوم نیز اختلال شایعی در بیماران تحت همودیالیز است که در بسیاری موارد تظاهر اصلی آن می‌تواند با علایم سیکوز همراه باشد. اورمی، هیپرپاراتیرویدیسم و داروهای مصرفی توسط بیمار را می‌توان از مهم‌ترین علل بروز دیلیریوم در بیماران همودیالیزی دانست (۶).

مطالعات مختلف گویای آن است که میزان فراوانی علایم اختلالات روانی به خصوص افسردگی در بیماران نارسایی مزمن کلیوی نسبت به بیماری‌های مزمن دیگر، مانند نارسایی مزمن قلبی و بیماری‌های عروق کرونر بیشتر است (۷). فراوانی افسردگی در این بیماران به طور کلی ۲۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است (۸). از طرفی شیوع افسردگی در بیماران همودیالیزی در داخل کشور بین ۵۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (۹).

مطالعات مختلف شیوع اضطراب را بین ۲۷ تا ۴۶ درصد گزارش نموده‌اند. با این حال فراوانی این اختلال اغلب به دلیل تشابه علایم این اختلال با افسردگی و تأثیر آن بر پیش‌آگهی بیماران همودیالیزی به خوبی بررسی نشده است (۱۰). شیوع اضطراب در بیماران همودیالیزی در داخل کشور بین ۲۰ تا ۶۰ درصد بوده است (۱۱).

روش‌ها

این مطالعه ی توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی در بخش همودیالیز بیمارستان نور و علی اصغر (ع) انجام گردید. افراد مورد مطالعه شامل تمامی بیماران همودیالیزی واجد پرونده ی بخش همودیالیز بیمارستان نور و علی اصغر (ع) بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند.

این مطالعه توسط کمیته ی اخلاق و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید و تصویب گردید.

اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی که روایی و پایایی آن تأیید شده بود، توسط بیماران تکمیل و جمع‌آوری شد. قبل از قرار دادن پرسش‌نامه در اختیار بیمار، توضیحاتی در مورد اهداف طرح و نیز اطمینان از جهت محرمانه ماندن اطلاعات به بیمار داده و رضایت‌نامه ی کتبی از کلیه ی بیماران گرفته شد.

پرسش‌نامه ی مورد استفاده شامل دو بخش بود. بخش اول مربوط به خصوصیات فردی و دموگرافیک افراد مورد مطالعه شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات، طول مدت همودیالیز، تعداد دفعات همودیالیز در هفته، سابقه ی بستری شدن، علت بیماری روانی، سابقه ی بستری یکی از اعضای خانواده به علت بیماری روانی، سابقه ی مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر بود.

بخش دوم شامل سؤالات آزمون استاندارد بین‌المللی SCL-90-R بود که در ایران هنجاریابی و ترجمه شده است (۱۵). این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است که توسط آزمودنی گزارش می‌گردد. پاسخ‌های آرایه شده به هر یک از مواد

آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی که از "هیچ" تا "به شدت" می‌باشد، مشخص می‌گردد. ۹۰ سؤال این آزمون، ۹ بعد مختلف روانی را در بر می‌گیرد که شامل جسمانی سازی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس، افکار پارانوییدی و روان پریشی هستند (۱۷-۱۶). انجام آزمون توسط روان‌شناسی بالینی، پرستار و پزشک امکان‌پذیر است که در مطالعه ی حاضر توسط کارورز مجری پژوهشی صورت گرفت. مدت زمان انجام آزمون بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بود و نمره گذاری و جمع ضرایب نیز توسط کارورز و با نظارت یک روان‌شناس بالینی انجام گردید.

افراد دارای سابقه ی بیماری روانی و یا بستری به علت آن و نیز افراد با سابقه ی خانوادگی این بیماری‌ها، افراد دارای سابقه ی مصرف الکل یا مواد مخدر از مطالعه حذف شدند. همچنان پرسش‌نامه های دارای اطلاعات ناقص و یا اشتباه و نیز مواردی که آزمودنی به بیش از ۲۰ درصد سؤالات هر یک از ابعاد مورد مطالعه پاسخ نداده بود، از مطالعه حذف شدند.

تحلیل آماری داده ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های χ^2 و Fisher's exact انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۲۰۳ بیمار همودیالیزی دارای پرونده در بیمارستان نور و علی اصغر (ع)، ۱۹۶ بیمار (۱۳۲ مرد و ۶۴ زن) مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

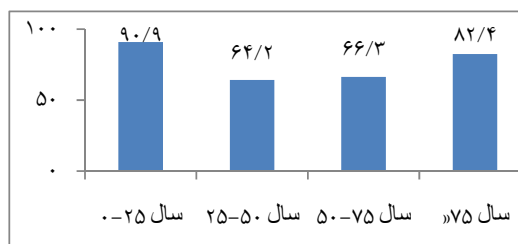
علایم اختلالات روانی در ۶۹/۹ درصد کل افراد

مدت همودیالیز کمتر از یک سال، یک تا ۲/۵ سال و بیش از ۲/۵ سال به ترتیب برابر ۸۳/۸، ۷۰ و ۸۳/۳ درصد بود ($P > ۰/۰۵$).

مورد مطالعه وجود داشت. فراوانی علایم این اختلالات روانی در گروه‌های سنی کمتر از ۲۵ سال و بالای ۷۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی بالاتر بود ($P < ۰/۰۰۱$) (شکل ۱).

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک بیماران همودیالیزی مورد مطالعه

متغیر مورد بررسی	تعداد (درصد)
جنس	
- مرد	۱۳۲ (۶۳/۳)
- زن	۶۴ (۳۲/۶)
گروه‌های سنی	
- کمتر از ۲۵ سال	۲۲ (۱۱/۲)
- ۲۵-۵۰ سال	۵۳ (۲۷)
- ۵۰-۷۵ سال	۱۰۴ (۵۳/۱)
- < ۷۵ سال	۱۷ (۸/۷)
وضعیت تأهل	
- مجرد	۲۵ (۱۲/۸)
- متأهل	۱۵۶ (۷۹/۶)
- مطلقه	۵ (۲/۵)
- فوت همسر	۱۰ (۵)
وضعیت شغلی	
- بیکار	۱۴۸ (۷۵/۵)
- کارگر	۴ (۲/۰۴)
- خانه‌دار	۲۵ (۱۲/۸)
- کارمند	۴ (۲/۰۴)
- شغل آزاد	۱۵ (۷/۷)
وضعیت تحصیلی	
- بی‌سواد	۷۷ (۴/۴۴)
- ابتدایی	۴۰ (۲۰/۴)
- راهنمایی یا دبیرستان	۵۴ (۲۷/۶)
- بالای دیپلم	۱۵ (۷/۷)
دفعات دیالیز در هفته	
- یک بار در هفته	۲۵ (۱۲/۷)
- دو بار در هفته	۱۱۳ (۵۷/۶)
- سه بار در هفته	۵۸ (۲۹/۶)
مدت دیالیز	
- > از یک سال	۶۸ (۳۴/۷)
- ۲/۵-۱ سال	۵۰ (۲۵/۵)
- < ۲/۵ سال	۷۸ (۳۹/۸)



شکل ۱. درصد فراوانی اختلالات کلی روانی در بیماران همودیالیزی به تفکیک گروه‌های سنی

علایم اختلالات کلی روانی در ۶۲/۹ درصد مردان و ۸۴/۴ درصد زنان وجود داشت ($P < ۰/۰۰۲$). علایم اختلالات روانی در بیماران مجرد، متأهل، مطلقه و بی‌همسر در اثر فوت به ترتیب ۵۶ درصد، ۷۱/۲ درصد، ۱۰۰ درصد و ۷۰ درصد بود ($P > ۰/۰۵$). علایم اختلالات روانی در بیماران با یک بار دیالیز در هفته، دو بار دیالیز در هفته و سه بار دیالیز در هفته به ترتیب برابر ۴۰ درصد، ۶۵/۵ درصد، ۹۱/۳ درصد بود ($P < ۰/۰۰۱$). علایم اختلالات روانی در بیماران به تفکیک مدت همودیالیز کمتر از یک سال، یک تا ۲/۵ سال و بیش از ۲/۵ سال به ترتیب برابر ۶۳/۸ درصد، ۷۰/۸ درصد و ۷۴/۸ درصد بود ($P > ۰/۰۵$).

علایم انواع اختلالات روانی به تفکیک در بیماران همودیالیزی مورد مطالعه در شکل ۲ ارائه شده است. فراوانی افسردگی در بیماران به تفکیک مدت همودیالیز کمتر از یک سال، یک تا ۲/۵ سال و بیش از ۲/۵ سال به ترتیب برابر ۵۷/۳، ۵۰ و ۶۲/۸ درصد بود ($P > ۰/۰۵$). فراوانی اضطراب در بیماران به تفکیک

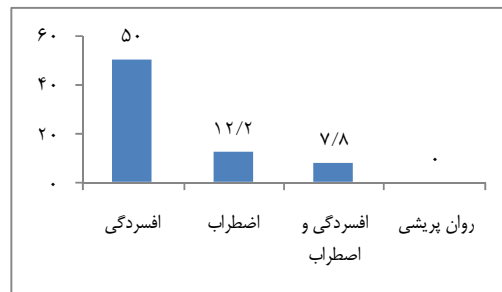
تشخیص داده نمی‌شود و شیوع آن کمتر از مقدار واقعی گزارش می‌گردد (۱۹). در مطالعه‌ای دیگر، شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی با استفاده از معاینه‌ی بالینی به ترتیب ۶۸ و ۵۱ درصد گزارش شد (۲۰).

در مطالعه‌ای که به تازگی در تونس انجام شد، شیوع افسردگی را در ۱۰۶ بیمار همودیالیزی ۴۶/۲ درصد گزارش و اضطراب را یک عامل مهم در بروز آن تلقی نمودند (۲۱). در مطالعه‌ای در بوسنی و هرزگوین شیوع کلی افسردگی در بیماران همودیالیزی ۵۱ درصد بود (۲۲). در مطالعه‌ای در نروژ، شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی به ترتیب ۶۱/۵ و ۸۵/۱ درصد گزارش شد (۲۳).

در مطالعه‌ای در تهران در بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران همودیالیزی، فراوانی این اختلالات به ترتیب ۶۰/۵ و ۶۳/۹ درصد تعیین شد (۲۴). در مطالعه‌ای در اهواز، نوروزی نژاد و همکاران شیوع افسردگی با استفاده از دو پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناسی و آزمون Beck را ۹۱/۷ درصد گزارش کردند و به این نتیجه رسیدند که میزان شیوع افسردگی ۵ تا ۶ برابر شیوع افسردگی در جمعیت عمومی می‌باشد (۲۵).

مطالعه‌ی دیگری نشان داد که شایع‌ترین مشکلات بیماران همودیالیزی که به مرکز خدمات بهداشت روانی ارجاع شده بودند، افسردگی (۵۸/۵ درصد) و اضطراب (۲۹/۶ درصد) بود (۱۴).

در مطالعه‌ی ما علایم افسردگی، اضطراب، افسردگی و اضطراب توأم در بیماران همودیالیزی به ترتیب برابر ۱۲/۵۰، ۷/۸ و ۱۲/۵۰ درصد بود. فراوانی این اختلالات در مطالعه‌ی کنونی همانند اکثر مطالعات در کشور و سایر کشورها بود، ولی در مقایسه با برخی کشورهای دیگر



شکل ۲. فراوانی اختلالات روانی به تفکیک اختلال در بیماران همودیالیزی مورد مطالعه

بحث

در مطالعه‌ی کنونی که هدف تعیین فراوانی علایم سه اختلال افسردگی، اضطراب و روان پریشی در بیماران همودیالیزی و تعیین ارتباط آن‌ها با مدت همودیالیز بود، فراوانی کلی علایم این اختلالات در بررسی ۱۹۶ بیمار، ۶۹/۹ درصد بود که در مقایسه با جمعیت عمومی بسیار شایع‌تر می‌باشد.

اکثر مطالعات موجود در این زمینه گویای شیوع به نسبت بالای این اختلالات در بیماران همودیالیزی و تأثیر این اختلالات بر کیفیت زندگی و درمان این بیماران می‌باشند. افسردگی و اضطراب، مهم‌ترین عکس‌العمل‌های بیمار در مقابل بیماری نارسایی مزمن کلیه است و بر بقا و طول عمر بیمار تأثیر می‌گذارند (۱۸).

در مطالعه‌ای در آمریکا، Cukor و همکاران شیوع افسردگی و اضطراب را در بیماران همودیالیزی را با استفاده از پرسش‌نامه‌ی Beck به ترتیب ۲۹ و ۲۷ درصد گزارش نمودند (۱۰). در مطالعه‌ی دیگری توسط این محققان، شیوع اضطراب را ۴۵/۷ درصد گزارش نمودند (۱۰). محققین به این نتیجه رسیدند که تشخیص و درمان اضطراب نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و درمان بیماران مذکور دارد که اغلب به دلیل تشابه علایم این اختلال با افسردگی، به خوبی

فکری و روانی و ایجاد محدودیت فوق در زندگی فعال و پویای یک جوان این مشکلات بروز می‌کند. در افراد سالمند نیز به دلیل انعطاف ناپذیری این مشکلات شایع تر می‌باشد.

در خصوص ارتباط بین بروز افسردگی و اضطراب و جنس بیماران دیالیزی نیز نتایج متفاوتی گزارش شده است. برخی رابطه‌ی فوق را تأیید و برخی دیگر رد نمودند. بر اساس یافته‌ها، بیماری جسمی و جنسیت زن از جمله عوامل خطر ساز ابتلا به اختلالات خلقی به شمار می‌روند. علاوه بر آن، زنان تحت درمان با همودیالیز به دلیل عدم برخورداری از حمایت‌های مالی و عاطفی و مسئولیت بزرگی که در نگهداری فرزندان بر عهده دارند، در معرض موارد تنش‌زا قرار گرفته، احتمال ابتلا آن‌ها به اختلال روانی از جمله اضطراب و افسردگی در آنان بیشتر از مردان است (۳۰).

در مطالعات مشهد (۱۱)، کاشان (۲۹)، تهران (۳۱) و در یک بررسی در ترکیه (۳۲) ارتباطی بین بروز افسردگی و اضطراب و جنس بیماران دیالیزی گزارش نشد؛ در حالی که هم‌راستا با مطالعه‌ی ما در یک مطالعه در آمریکا و چندین مطالعه‌ی دیگر، بروز افسردگی و اضطراب در زنان بیشتر بود (۳۳-۳۴).

در اکثر مطالعات، همانند تحقیق کنونی رابطه‌ای بین طول مدت دیالیز و اختلالات فوق وجود نداشت (۳۱، ۳۵). در مطالعه‌ی مشهد رابطه‌ی معنی‌داری بین متغیرهای فوق وجود داشت (۱۱).

در خصوص دفعات انجام دیالیز و بروز افسردگی و اضطراب نیز نتایج متفاوتی گزارش شده است. در مطالعه‌ی افشار و همکاران (۳۱) و برخی مطالعات دیگر (۳۵)، همانند یافته‌های ما با بیشتر شدن دفعات همودیالیز به میزان سه بار یا بیشتر در هفته، افسردگی

بیشتر بود. اگر چه اغلب مطالعات شیوع افسردگی را بیشتر از اضطراب گزارش نموده‌اند، ولی به نظر می‌رسد شیوع اضطراب می‌تواند برابر افسردگی باشد و به دلایلی نظیر وجود علایم مشترک بین دو اختلال فوق و روش تشخیصی به کار رفته کمتر از مقدار واقعی به دست می‌آید.

همان گونه که مشاهده می‌گردد، شیوع افسردگی و اضطراب در مطالعات مختلف دامنه‌ی وسیعی دارد که این تفاوت‌ها می‌تواند به دلیل معیارهای مختلف استفاده شده برای ارزیابی اختلالات خلقی فوق باشد. اگر چه عوامل دیگری نظیر اختلافات نژادی میزان و شدت مشکلات شغلی و اجتماعی و اقتصادی ناشی از بیماری، میزان وابستگی بیمار به دستگاه دیالیز از یک طرف و امکان و سهولت دسترسی به آن از سوی دیگر، سایر بیماری‌های جسمی همراه و عوارض عصبی روانی داروهای مصرفی به دلایل گوناگون در شیوع این اختلالات مؤثرند (۲۶-۲۷).

با این حال پیشنهاد می‌گردد برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر در این زمینه علاوه بر پرسش‌نامه از سایر ابزارهای روان‌شناختی مانند مصاحبه‌های روان‌پزشکی نیز استفاده گردد.

در خصوص ارتباط بین بروز افسردگی و اضطراب و سن بیماران در هنگام دیالیز، نتایج متفاوتی گزارش شده است. برخی رابطه‌ی فوق را تأیید و برخی دیگر رد نمودند (۲۸-۲۹). در این مطالعه با افزایش سن بروز اختلالات فوق افزایش یافت و افزون بر آن در بیماران جوان‌تر (> ۲۵ سال) نیز شیوع آن‌ها بالاتر بود. علت یافته‌های فوق می‌تواند بدان علت باشد که نوجوانان توانایی‌های لازم برای مقابله با استرس‌های روانی و جسمی را ندارند و با توجه به عدم رشد همه جانبه‌ی

بیماران دیالیزی را مشخص می‌نماید. با توجه به این که تشخیص به موقع و درمان مؤثر این اختلالات می‌تواند کیفیت زندگی، پیش‌آگهی بیماری و بقای بیماران را بهبود بخشد، پیشنهاد می‌گردد علاوه بر آموزش روش‌های کنترل و پیش‌گیری از افسردگی و اضطراب به این بیماران، مطالعات وسیع‌تری با هدف بررسی روش‌های مناسب جهت تشخیص زودرس و یا غربال‌گری این اختلالات در این گروه از بیماران در جامعه طراحی و اجرا گردد.

نیز افزایش می‌یابد. هیچ موردی از روان پریشی در این مطالعه گزارش نگردید. به نظر می‌رسد مطالعات دیگری در این خصوص با روش‌های تشخیصی دیگر لازم باشد. به ویژه ارزیابی دیلیریوم در بیماران که می‌تواند با تابلوی سایکوز همراه باشد. بدین ترتیب، شیوع بالای اختلالات فوق در مطالعه ی کنونی، لزوم یافتن راه کارهای علمی و عملی مناسب به منظور برخورد مناسب با اختلالات فوق در

References

1. Sarafino EP. Health Psychology. 4th ed. New York: John Wiley & Sons Inc (August 19, 2004); 2004.
2. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi Kh, Lakdizaji S. Relationship Between Quality of Life and Social Support in Hemodialysis Patients in Imam Khomeini and Sina Educational Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2007; 29(1): 49-54 [Persian].
3. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Handbook of Dialysis. 4th ed. Boston: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. Iran J Kidney Dis 2010; 4(3): 173-80.
5. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF, III, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28(4): 306-12.
6. Levy NB. Psychopharmacology in patients with renal failure. Int J Psychiatry Med 1990; 20(4): 325-34.
7. Hedayati SS, Finkelstein FO. Epidemiology, diagnosis, and management of depression in patients with CKD. Am J Kidney Dis 2009; 54(4): 741-52.
8. Chilcot J, Wellsted D, Da Silva-Gane M, Farrington K. Depression on dialysis. Nephron Clin Pract 2008; 108(4): c256-c264.
9. Modanlou M, Taziki SA, Khoddam H, Behnampour N. Relationship between depression and associated demographic factors in patients on haemodialysis. J Gorgan Uni Med Sci 2005; 7(1): 47-50.
10. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol 2007; 2(3): 484-90.
11. Nazemian F, Ghafari F, Pourghaznin T. Evaluation of depression and anxiety in hemodialysis patients. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2008; 51(3): 171-6 [Persian].
12. Einollahi B, Taheri S. Renal transplantation practice in Iran and the Middle East: report from Iran and a review of the literature. Ann Transplant 2008; 13(1): 5-14.
13. Monfared A, Safaei A, Panahandeh Z, Nemati L. Incidence of end-stage renal disease in Guilan Province, Iran, 2005 to 2007. Iran J Kidney Dis 2009; 3(4): 239-41 [Persian].
14. Mokhtari N, Nasiri M, Mashauf T, Kazemnejad EA. comparative study on health related quality of life in hemodialysis patients and healthy people. J Health Manag 2006; 25(9): 55-62 [Persian].
15. Mirzaie R. Validity and Reliability of SCL-90-R in Iran [Thesis]. Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 1981. p. 85-95.
16. Aben I, Verhey F, Lousberg R, Lodder J, Honig A. Validity of the beck depression inventory, hospital anxiety and depression scale, SCL-90, and hamilton depression rating scale as screening instruments for depression in stroke patients. Psychosomatics 2002; 43(5): 386-93.
17. Cano A, Sprafkin RP, Scaturro DJ, Lantinga LJ, Fiese BH, Brand F. Mental Health Screening in Primary Care: A Comparison of 3 Brief Measures of Psychological Distress. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2001; 3(5): 206-10.

18. Welch JL, Austin JK. Factors associated with treatment-related stressors in hemodialysis patients. *ANNA J* 1999; 26(3): 318-25.
19. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008; 52(1): 128-36.
20. Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA, Kimmel PL. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3(6): 1752-8.
21. Zouari L, Elleuch M, Feki I, Allouch C, Yaich S, Ben TJ, et al. [Depression in chronic hemodialysis patients: report of 106 cases]. *Tunis Med* 2011; 89(2): 157-62.
22. Cengic B, Resic H. Depression in hemodialysis patients. *Bosn J Basic Med Sci* 2010; 10 Suppl 1: S73-S78.
23. Dumitrescu AL, Garneata L, Guzun O. Anxiety, stress, depression, oral health status and behaviours in Romanian hemodialysis patients. *Rom J Intern Med* 2009; 47(2): 161-8.
24. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 2(4): 153-6 [Persian].
25. Norouzinejad GH, Radan K, Hosseinipour M. Prevalence of depression in hemodialysis patients referred to hospitals affiliated to Ahvaz University of Medical Sciences. *Sci Med J Ahvaz Jundishapur Uni Med Sci* 2007; 6(2): 147-52.
26. Weisbord SD, Fried LF, Unruh ML, Kimmel PL, Switzer GE, Fine MJ, et al. Associations of race with depression and symptoms in patients on maintenance haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22(1): 203-8.
27. Levy NB. Psychological reactions to machine dependency: hemodialysis. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4(2): 351-63.
28. Raisi F, Nasehi A, Ekhtiari M. Frequency of depression in hemodialysis patients in imam khomeini hospital. *Advances in Cognitive Science* 2005; 7(2): 55-9 [Persian].
29. Masoudi Alavi N, Sharifi KH, Aliakbarzadeh Z. Depression and anxiety in patients undertaken renal replacement therapy in Kashan during 2008. *FEYZ* 2009; 12(4): 46-51 [In Persian].
30. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6): 1147-56.
31. Afshar R, Ghaedi GH, Sanavi S, Davati A, Rajabpour AA. Prevalence of depression and its related factors in patients undergoing hemodialysis. *Bimonthly Journal of Shahed University* 2010; 88: 59-66. [In Persian]
32. Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant Proc* 2004; 36(1): 111-3.
33. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 2002; 53(4): 951-6.
34. Lopes GB, Matos CM, Leite EB, Martins MT, Martins MS, Silva LF, et al. Depression as a potential explanation for gender differences in health-related quality of life among patients on maintenance hemodialysis. *Nephron Clin Pract* 2010; 115(1): c35-c40.
35. O'Donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychother Psychosom* 1997; 66(1): 38-43.

The Prevalence of Depression, Anxiety and Psychosis among Hemodialysis patients in Nour and Ali Asghar Hospitals in Isfahan

Gholam Hossein Ahmadzadeh MD¹, Masoud Mehdi MD²

Abstract

Background: Considering the increasing rate of chronic renal failure in Iran and the high prevalence of depression and anxiety among these patients, the aim of this research was to determine the prevalence of depression, anxiety and psychosis among hemodialysis patients of Nour and Ali Asghar Hospitals in Isfahan, Iran.

Methods: In this descriptive, analytic cross-sectional study, all hemodialysis patients who referred to Nour and Ali Asghar Hospitals were evaluated. The prevalence of depression, anxiety and psychosis was determined using the standard SCL-90-R questionnaire.

Findings: A total number of 196 patients (132 male and 64 female) were studied. The overall rate of physiological problems was 69.9%. The prevalence of depression, anxiety and psychosis among hemodialysis patients was 50%, 12.2% and 0%, respectively. The prevalence of physiological problems were higher in patients aged < 25 years and >75 years ($P < 0.05$). The prevalence of physiological problems in male and female patients was 69.9% and 84.4%, respectively ($P < 0.05$). There was not a significant relationship between the prevalence of physiological problems and the duration of dialysis. However, there was a significant relationship between the mentioned problems and the frequency of dialysis (per week).

Conclusion: Regarding the high prevalence of depression and anxiety in our studied population, further studies are recommended to determine the proper methods for early diagnosis and screening of depression and anxiety among hemodialysis patients. In addition, patients need to be educated about the methods of prevention and controlling these disorders.

Keywords: Depression, Anxiety, Psychosis, Hemodialysis.

¹ Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Gholam Hossein Ahmadzadeh MD, Email: ahmadzadeh@med.mui.ac.ir