

میزان افسردگی و عوامل موثر بر آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز

نویسندگان:

مرجان مردانی حموله^۱، هایده حیدری^۲

۱- کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان فاطمه زهرا (س) نجف آباد اصفهان

۲- دانشجوی دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی شایعترین و مهمترین مشکل روانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و به ویژه بیماران تحت درمان با همودیالیز می باشد که می تواند بر کیفیت زندگی، پذیرش درمان و سیر بیماری آنها تاثیر منفی داشته باشد. مطالعه حاضر هم در همین راستا صورت گرفته است.

روش کار: این مطالعه، یک پژوهش توصیفی است که طی آن ۹۸ بیمار تحت درمان با همودیالیز به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف از بیماران مراجعه کننده بخش همودیالیز بیمارستان سینا در اهواز انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و مقیاس استاندارد افسردگی بک جمع آوری شد و در نهایت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمونهای تی و کای دو) انجام گردید.

یافته ها: میانگین نمره افسردگی در بیماران مرد $10/9 \pm 6/81$ و در بیماران زن $10/2 \pm 6/07$ به دست آمد. همچنین ۴۶ درصد مردان و ۴۵ درصد زنان تحت درمان با همودیالیز، افسردگی داشتند. همچنین سن ($P=0/001$) و وضعیت تاهل ($P=0/02$) با افسردگی نمونه ها رابطه معنی دار آماری مشاهده شد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، شناسایی سریع و به موقع بیماران دیالیزی در معرض ابتلا به افسردگی ضروری به نظر می رسد تا بتوان این افراد را به مراکز مشاوره ارجاع داد.

واژه های کلیدی: افسردگی، عوامل موثر، همودیالیز

مقدمه

افسردگی یکی از چهار بیماری عمده در دنیا و شایعترین علت ناتوانی ناشی از بیماریها می باشد. افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، اشتها و سایر ریتمهای بیولوژیک همراه است (۱). این بیماری، عامل ناراحتی های جسمانی متعددی است که از جمله می توان به خستگی، کم خوابی، کاهش میل جنسی، اسهال و یبوست اشاره نمود. احتمال ابتلا به افسردگی از سنین کودکی تا کهنسالی وجود دارد ولی در اغلب اوقات شروع علائم در نوجوانی و اوایل جوانی است. به طور کلی خطر ابتلا به افسردگی در جمعیت ها از ۲۵-۱۰ درصد برای زنان و ۱۲-۵ درصد برای مردان متغیر است (۲). از طرفی افسردگی، یکی از شایعترین و مهمترین اختلالات روانپزشکی در بیماران تحت درمان با همودیالیز است که می تواند اثر سوء بر سیر بیماری و روند درمان داشته باشد و به عنوان عامل خطر مستقل در مرگ و میر این بیماران دخالت کند (۳). محمودی و نزاریان (۱۳۸۴) در مطالعه خود نشان دادند که ۱۶/۴ درصد بیماران دیالیزی دارای افسردگی شدید می باشند و میزان افسردگی آنها با سن، جنس و وضعیت تاهل رابطه معنی دار نداشته است (۴). در واقع همودیالیز روش درمانی با فناوری بالا برای درمان بیماران دارای نارسایی

مزمن کلیه است؛ ولی این روش با شیوع بالایی از عوارض روانی مثل اضطراب و افسردگی همراه می باشد که میزان آن از ۲۲/۴ درصد تا ۵۱/۶ درصد متغیر می باشد (۵). در مطالعه پیری و همکاران (۱۳۸۴) نیز ۶۳/۶ درصد بیماران دیالیزی وضعیت روانی مطلوب، ۲۴/۲ درصد وضعیت روانی نسبتاً خوب و ۱۲/۱ درصد وضعیت روانی ضعیف داشته اند. همچنین نتایج تحقیق مذکور نشان داد بین وضعیت روانی بیماران با مدت زمان دیالیز، جنس و سن ارتباط معنی دار وجود ندارد (۶). در این میان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می گردد (۷). از سوی دیگر هر چند با پیشرفت دانش و فناوری، درمان و افزایش امید به زندگی، طول عمر بسیاری از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه افزایش یافته است ولی بیماریهای مزمن همچنان به عنوان یک مشکل اساسی بهداشتی و درمانی در سراسر دنیا مطرح می باشند (۸). بیماران تحت درمان با همودیالیز به دلیل نیاز به درمانهای متعدد دارویی، برنامه غذایی خاص و کسب مهارتهای لازم در سازگاری با ناتوانی های جسمی و روانی، نیازمند توجهات ویژه و مداوم هستند (۹). تا از رهگذر این توجهات نشانه های افسردگی در آنها کاهش یابد. در واقع، شناخت افسردگی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در راستای بهبود کیفیت زندگی آنها موثر است و می توان از شناخت درمانی در بهبود

افسردگی این بیماران استفاده نمود (۱۰) با توجه به مطالب مذکور، هدف پژوهش حاضر تعیین میزان افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز و عوامل موثر بر آن بوده است تا نتایج این پژوهش رهگشای طرح های مداخله ای در زمینه ارتقای سلامت روانی بیماران تحت درمان با همودیالیز باشد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقطعی است و جامعه پژوهش آنرا کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان سینا دراهواز تشکیل داده اند. واحدهای پژوهش شامل ۹۸ نفر از این بیماران بوده اند که حداقل ۶ ماه سابقه درمان با همودیالیز داشته، درمان های ضد افسردگی یا سابقه بستری در بخشهای روانپزشکی نداشته و همچنین حادثه استرس زایی در ۶ ماه اخیر تجربه نکرده اند. این تعداد به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف که یک روش غیر احتمالی می باشد، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و مقیاس استاندارد افسردگی بک می باشد. تست افسردگی بک ۲۱ جنبه افسردگی را مورد ارزیابی قرار می دهد و از معتبرترین آزمون های روانشناختی است که مطالعات زیادی اعتبار آنرا تایید کرده اند (۱۰، ۴، ۱۰). تست بک در طیف لیکرت ۴ درجه ای به صورت ۱، ۰، ۲ و ۳ نمره گذاری می شود که کمترین میزان افسردگی صفر و بیشترین آن ۶۳ است. نمره های ۹-۰ بدون افسردگی و ۱۰ و

بیشتر از آن افسرده در نظر گرفته می شود. نمره های ۱۹-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۲۰ افسردگی متوسط، ۳۹-۳۰ افسردگی نسبتاً شدید و ۶۳-۴۰ افسردگی شدید به شمار می روند. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تست تی و کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در این مطالعه، ۵۷/۱ درصد بیماران مرد، بیشترین محدوده سنی بیماران بین ۴۰-۵۰ سال (۴۷/۴٪) و ۸۰ درصد آنها متأهل بوده اند. بیشتر بیماران وضعیت اقتصادی متوسط داشته اند (۴۸/۶٪) و سابقه درمان با همودیالیز در اکثریت آنها ۲-۱ سال (۴۵/۹٪) گزارش شد. همچنین بیشترین فراوانی سطح تحصیلات با ۳۵/۵ درصد به تحصیلات زیر دیپلم تعلق داشت (جدول ۱). میانگین نمره افسردگی نمونه های مرد ۱۰/۹ با انحراف معیار ۶/۸۱ و میانگین نمره افسردگی بیماران زن ۱۰/۲ با انحراف معیار ۶/۰۷ بوده است که تفاوت مشاهده شده بین آنها مطابق آزمون تی با $t=2/12$ معنی دار نبوده است. بر اساس نتایج، ۴۶ درصد بیماران مرد و ۴۵ درصد بیماران زن، افسردگی داشته اند. در این میان ۵۴ درصد بیماران مرد بدون افسردگی اند در حالیکه ۳۰ درصد افسردگی خفیف، ۶ درصد افسردگی متوسط و ۱۰ درصد افسردگی شدید دارند (جدول ۲). در میان مشخصات فردی بین سن ($P=0/001$) و وضعیت تاهل ($P=0/02$) با افسردگی در بیماران، مطابق آزمون کای دو

رابطه معنی دار آماری مشاهده شد ولی با سایر مشخصات فردی آنها این رابطه دیده نشد .

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد میزان افسردگی بیماران تحت بررسی برحسب جنسیت

افسردگی جنس	بدون افسردگی	خفیف	متوسط	نسبتاً شدید و شدید	جمع
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
زن	۲۳ (۵۵)	۱۲ (۲۹)	۶ (۱۴)	۱ (۲)	۴۲ (۱۰۰)
مرد	۳۰ (۵۴)	۱۷ (۳۰)	۳ (۶)	۶ (۱۰)	۵۶ (۱۰۰)

جدول شماره ۱: مشخصات فردی واحد های پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنس		
زن	۴۲	۴۲/۹
مرد	۵۶	۵۷/۱
سن به سال		
۳۰-۴۰	۲۰	۲۰
۴۰-۵۰	۴۶	۴۷/۴
بیشتر از ۵۰	۳۲	۳۲/۶
وضعیت تاهل		
مجرد	۲۰	۲۰
متاهل	۷۸	۸۰
وضعیت اقتصادی		
خوب	۱۳	۱۲/۶
متوسط	۴۷	۴۸/۶
ضعیف	۳۸	۳۸/۸
سابقه درمان به سال		
کمتر از ۱	۱۵	۱۵/۳
۱-۲	۴۵	۴۵/۹
بیشتر از ۲	۳۸	۳۸/۸
تحصیلات		
زیر دیپلم	۳۵	۳۵/۵
دیپلم	۳۴	۲۹/۸
بیشتر از دیپلم	۲۹	۳۴/۷
جمع هر متغیر	۹۸	۱۰۰

بحث

نتایج پژوهش بر اساس داده های این تحقیق ، میانگین افسردگی بیماران مرد از زن بیشتر می باشد، ولی این تفاوت معنی دار نبوده است. مطالعه

۵۹

بیستری داسه اند(۱۱). این در حالی است که مطالعات دیگر بر بیشتر بودن میزان افسردگی در زنان تاکید دارند (۳و۶). شاید این یافته را این گونه بتوان توجیه کرد که درگیری های شغلی و اجتماعی مردان از زنان بیشتر است. میزان افسردگی بیماران همودیالیزی در این مطالعه با نتایج حاصل از تحقیقات دیگری که در این زمینه انجام شده است ، همخوانی دارد . به طوری که محمودی و نزاریان نیز میزان افسردگی این گروه از بیماران را در سطح بالا گزارش نموده اند. همچنین جمعی از محققان آمریکایی با بررسی ۶۵ بیمار همودیالیزی به سطوح بالای افسردگی در آنها اشاره نموده اند(۱۲). دیگر پژوهشگران نیز میزان افسردگی بیماران همودیالیزی را ۳۵ درصد گزارش داده اند (۱۱). در این مطالعه بین وضعیت تاهل و افسردگی بیماران مورد مطالعه ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد؛ درحالیکه در پژوهش محمودی و نزاریان تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد . تاهل نیز از عواملی است که با ایجاد آرامش بیشتر و حمایت عاطفی از بیماران باعث کاهش افسردگی در آنها می شود. از یافته های دیگر این پژوهش ، وجود رابطه معنی دار بین سن با افسردگی در بیماران مورد مطالعه بوده است

افسردگی و اضطراب از اختلالات روانی بیماران همودیالیزی هستند. گروهی از محققین در کشور فرانسه به بررسی سطح افسردگی ۲۰۷ نفر از این مبتلایان پرداختند و بیان داشتند که سن ماران در بروز افسردگی نقش داشته مدت زمانی که بیماران تحت همودیالیز بوده اند در این خصوص نقشی نداشته است که هر دو یافته با یافته های تحقیق حاضر همسو می باشند(۱۳). متخصصین بهداشت روانی معتقدند، هنگامی که تغییراتی در شرایط اجتماعی ایجاد شود ، افسردگی به سرعت گسترش می یابد (۱۲و۱۳). در واقع با افزایش سن، بیماران به دلیل مواجه شدن با پدیده هایی چون بازنشستگی ، از دست دادن همسر و ترک شدن توسط فرزندان ، دچار حس بی یار و یابوری می شوند که این خود سهم مهمی در تشدید افسردگی خواهد داشت. یافته اخیر با نتایج پژوهش های محمودی و پیری مطابقت ندارد. (۱۳۸۴). نکته مهم در این میان آن است که ابتلا به افسردگی می تواند بر جنبه های گوناگون کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی اثر بگذارد و به این ترتیب فرایند درمان را با مشکل مواجه نماید. جمعی از محققان با مطالعه ۸۶۱ بیمار همودیالیزی که بیشتر از ۲ ماه از درمان آنها می گذشت دریافتند، هر چه سطوح افسردگی بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیماران تنزل بیشتری می یابد و هرچه درآمد ماهانه افراد بیشتر باشد با افزایش فعالیتهای اجتماعی از میزان افسردگی آنان کاسته می شود(۱۴). گروهی نیز معتقدند، بیماران

بردند بین اشتغال به کار و افسردگی آنان رابطه وجود داشته است (۱۹).

نتیجه گیری

پژوهشگران لزوم انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه را به علاقه مندان پیشنهاد می نمایند و بر این باورند که جهت ارتقای سلامت جسمی و روانی بیماران تحت درمان با همودیالیز، شناسایی سریع و به موقع بیماران در معرض ابتلا به افسردگی لازم است تا بتوان آنها را به مراکز مشاوره ارجاع داد. همچنین مشارکت فعال بیماران تحت درمان با همودیالیز در امر درمان خود و افزایش آگاهی های آنان در زمینه مراقبت از خودشان در راستای کاهش افسردگی آنها مد نظر می باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه بیماران همودیالیزی شرکت کننده در تحقیق اعلام می نمایند

همودیالیزی به طور معمول از نظر ابتلا به افسردگی باید مورد غربالگری قرار گیرند (۱۵). در همین رابطه محققان به بررسی رابطه افسردگی و اختلال عملکرد جنسی در ۱۱۲ بیمار همودیالیزی پرداختند و عنوان نمودند ابتلا به افسردگی در این بیماران با اختلال در عملکرد جنسی آنها، کیفیت زندگی شان را نامطلوب ساخته است (۱۶). گروهی از پژوهشگران نیز در کشور یونان با مطالعه ۱۰۱ بیمار تحت درمان با همودیالیز دریافتند افسردگی سبب اختلال خواب در این بیماران شده است (۱۷). از دیگر یافته های این پژوهش، عدم وجود رابطه معنی دار بین وضعیت اقتصادی و میزان افسردگی بیماران بود. در صورتی که محققین دیگر بیان داشتند بین درآمد کم و ابتلا به افسردگی در بیماران همودیالیزی رابطه وجود دارد (۱۸). همچنین محققان مصری با مطالعه این گروه از بیماران پی

منابع

۶۱

3-Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, Switzer GE. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*. 2005 ;16(8):2487-94.

۴- محمودی ش، نزاریان س. بررسی مقیاسهای میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر سنندج. خلاصه مقالات کنگره ملی مراقبت در بیماریهای خاص. اهواز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی. ۱۳۸۵، ص: ۷۵

5-Abdel-Kader K, Unruh ML, Weisbord SD. Symptom burden, depression, and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009 J;4(6):1057-64.

۶- پیری ع، شهرکی ع، چشمکی خ و همکاران. بررسی کیفیت زندگی و کفایت دیالیز بیماران تحت همودیالیز در مرکز همودیالیز شهر زابل. خلاصه مقالات کنگره ملی مراقبت در بیماریهای خاص. اهواز: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی. ۱۳۸۵، ص: ۹۲

7-Odden MC, Whooley MA, Shlipak MG. Depression, stress, and quality of life in persons with chronic kidney disease: the Heart and Soul Study. *Nephron Clin Pract*. 2006;103(1):1-7.

8-Johansen KL, Chertow GM. Chronic kidney disease mineral bone disorder and health-related quality of life among incident end-stage renal-disease patients. *J Ren Nutr*. 2007 ;17(5):305-13.

9-Murtagh FE, Addington-Hall JM, Edmonds PM, Donohoe P, Carey I, Jenkins K, Higginson IJ. Symptoms in advanced renal disease: a cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *J Palliat Med*. 2007 ;10(6):1266-76.

10-Panagopoulou A, Hardalias A, Berati S, Fourtounas C. Psychosocial issues and quality of life in patients on renal replacement therapy. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2009 ;20(2):212-8.

11-Hsu HJ, Chen CK, Wu MS. Lower prevalence of depression in hemodialysis patients who use polysulfone dialyzers. *Am J Nephrol*. 2009;29(6):592-7.

12-Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int*. 2009 ;75(11):1223-9.

13-Untas A, Aguirrezabal M, Chauveau P, Leguen E, Combe C, Rasclé N. Anxiety and depression in hemodialysis: Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Nephrol Ther*. 2009 ;5(3):193-200.

14-Kao TW, Lai MS, Tsai TJ, Jan CF, Chie WC, Chen WY. Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in northern Taiwan: a multicenter study. *Artif Organs*.

۶۲

dialysis modality. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009 ;4(4):711-8.

16-Parikh CR, Coca SG, Smith GL, Vaccarino V, Krumholz HM. Impact of chronic kidney disease on health-related quality-of-life improvement after coronary artery bypass surgery. *Arch Intern Med*. 2006 , 9;166(18):2014-9.

17-Paparrigopoulos T, Theleritis C, Tzavara C, Papadaki A. Sleep disturbance in haemodialysis patients is closely related to depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 ;31(2):175-7.

18-Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalan MR. Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients. *Singapore Med J*. 2009 ;50(2):185-92.

19-Ibrahim S, El Salamony O. Depression, quality of life and malnutrition-inflammation scores in hemodialysis patients. *Am J Nephrol*. 2008;28(5):784-91.