

بررسی افسردگی در بیماران تحت درمان همودیالیز مزمن

دکتر علیرضا ظهیرالدین^۱، دکتر مرتضی حیاتی^۲، دکتر مائده جدیدی^۳، دکتر سید مهدی صمیمی^۴

^۱نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی E-mail: azahiroddin@yahoo.com

^۲استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک ^۳پزشک عمومی ^۴استاد یارروانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی شایع ترین مشکل روان شناختی در بیماران مرحله پایانی نارسایی کلیه می باشد. این مطالعه جهت تعیین میزان افسردگی در بیماران تحت همودیالیز مزمن انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۱۲۰ بیمار تحت همودیالیز مزمن که به بخش دیالیز بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه نموده بودند با نمونه برداری در دسترس (غیر تصادفی) انتخاب و پس از حذف ۲۰ نفر به علت نداشتن شرایط تحقیق با پرسشنامه افسردگی بک (Beck) ارزیابی گردیدند. کلیه محاسبات بر اساس نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ با استفاده از آزمون های تی مستقل، تحلیل واریانس، مجذور کای و ضریب همبستگی انجام گردید.

یافته ها: در کل از نظر شدت افسردگی ۶۹٪ این بیماران در طیف افسردگی قرار داشتند (نمره بک بیشتر از نه). از نظر میزان افسردگی ۴۵٪ بیماران همودیالیز مزمن افسرده بودند (نمره بک بیشتر از ۱۵). شدت افسردگی با هیچ متغیر مورد مطالعه رابطه ای نداشت ولی میزان افسردگی در غیر شاغلین بیشتر از گروه مقابلش بود ($p=0/018$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد، غربال بیماران تحت همودیالیز مزمن با پرسشنامه افسردگی بک و سپس ارجاع به یک روانپزشک جهت ارزیابی بیشتر لازم باشد تا بخشی از رنج، ناخوشی و مرگ و میر بیماران کاسته شود.

واژه های کلیدی: افسردگی، همودیالیز مزمن، پرسشنامه افسردگی بک

دریافت: ۸۳/۳/۴ اصلاح نهایی: ۸۳/۹/۷ پذیرش: ۸۴/۳/۱۶

مقدمه

افسردگی شایع ترین عارضه روان شناختی بیماران دیالیزی است که معمولاً واکنشی به فقدان های خیالی یا حقیقی نظیر از دست دادن شغل، درآمد، انرژی، توانایی های جنسی، آزادی، امید به زندگی و ... می باشد [۱]. منابع متنوعی به وجود رابطه بین افسردگی و میزان ناخوشی و مرگ و میر اشاره کرده اند [۲]. اخیراً به تاثیر عوامل روان شناختی روی نتایج مرحله پایانی نارسایی کلیوی (End Stage Renal Disease) توجه بیشتری شده است [۳، ۴]. افزایش پیشرونده در بروز و شیوع این بیماری در سراسر جهان و بالا بودن میزان

مرگ و میر و هزینه رو به افزایش مراقبت از بیماران، موجب شده است تا روی جنبه های روانی که نتایج درمان بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد تاکید بیشتری گردد [۳]. میزان شیوع گزارش شده افسردگی در بیماران دیالیزی متفاوت است، این اختلاف به معیار ها و روش های تحقیق مختلف به کار برده شده در تشخیص افسردگی نسبت داده شده است. در مطالعاتی که از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شده است به طور مشابهی ذکر نموده اند که یک دوم تا یک سوم بیماران دیالیزی حداقل درجاتی از افسردگی (نمره بک بیشتر از ۱۰) را داشته اند [۳]. مطالب مذکور نشانگر

اهمیت و لزوم یافتن راهکارهای علمی و عملی جهت برخورد مناسب با مشکلات روانپزشکی و خصوصاً افسردگی در بیماران دیالیزی و اداره بیماری آنها می باشد. از آنجا که اطلاعات کافی در زمینه شیوع و میزان اختلال افسردگی و تاثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی بر روی میزان افسردگی بیماران تحت همودیالیز کشورمان وجود ندارد لذا این مطالعه به منظور ارزیابی میزان افسردگی در تعدادی از بیماران مورد نظر انجام شد، همچنین بررسی ارتباط احتمالی میزان و شدت افسردگی بیماران دیالیزی با تعدادی از متغیرها و فواید حاصل از چنین مطالعه ای علاوه بر یافتن عوامل خطر ساز احتمالی برای ایجاد افسردگی، ایجاد زمینه تحقیقاتی گسترده تر جهت ارایه راهکارهای لازم برای پیشگیری یا کاهش شدت و بروز این اختلال و پیامدهای ناگوار آن از دیگر اهداف مطالعه حاضر بود.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که پس از کسب مجوز از مسئولین بخش های دیالیز بیمارستان های مربوطه، ابتدا توضیحات لازم در زمینه اهداف تحقیق برای هر بیمار داده شده و سپس با جلب رضایت آنان فرم اطلاعاتی و سپس پرسشنامه یک توسط بیمار تکمیل گردید. جامعه مورد بررسی بیماران تحت همودیالیز مزمن بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که با روش نمونه گیری در دسترس (غیر تصادفی) تعداد نمونه اولیه ۱۲۰ مورد بود. (شامل کلیه بیمارانی که در چهار بیمارستان مزبور در دسترس بودند) ۲۰ نفر به علت ندانستن معیارهای لازم جهت اجرای تحقیق شامل همودیالیزهای اورژانس، عدم توانایی همکاری لازم (شامل عقب ماندگی ذهنی و اینتوبه بودن و ناینبایی) و بیماران واجد افسردگی قبل از شروع دیالیز، سابقه فامیلی افسردگی و یا مصرف داروهای دیگری غیر از داروهای نگهدارنده نارسایی مزمن کلیه، فشار خون بالا و دیابت از مطالعه حذف شدند.

نمره افسردگی و شدت افسردگی به صورت افسردگی جزئی (۰-۹)، خفیف (۱۰-۱۶)، متوسط (۱۷-۲۹) و شدید (۳۰-۶۳) [۵] و میزان افسردگی بصورت افسرده (۱۵ >) و غیر افسرده (۱۵ ≤) تعیین شد [۶]. داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون های آماری ضریب همبستگی، T مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته ها

۱۰۰ بیمار تحت همودیالیز مزمن بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی وارد مطالعه شدند که در طیف سنی ۸۲-۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سنی بیماران ۵۳/۵ سال و میانگین نمره افسردگی یک آنها ۱۵/۲۵ و میانگین طول مدت بیماری کلیوی ۷/۷ سال ($95\%CI = 6/35 - 9/1$) و میانگین طول مدت همودیالیز ۴/۱ سال ($95\%CI = 3/3 - 4/9$) به دست آمد. در کل ۶۹٪ بیماران در طیف افسردگی (با نمره یک بیشتر از ۹) قرار گرفتند که ۲۴٪ آنها افسردگی خفیف و ۳۸٪ افسردگی متوسط و ۷٪ افسردگی شدید داشتند. از نظر میزان افسردگی، در کل بیماران، ۴۵٪ افسرده بودند (با نمره بیش از ۱۵). از نظر شدت افسردگی (خفیف تا شدید) (با استفاده از آزمون های مجذور کای و تحلیل واریانس) در هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه اختلاف معنی داری یافت نشد. بین میانگین نمرات افسردگی و سن بیماران با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ($r = 0/24$ و $p = 0/018$). همچنین میانگین نمره افسردگی در گروه غیر شاغلین ($p = 0/01$) و در گروه بیماران بدون سابقه پیوند کلیه ($p = 0/027$) و در بیماران بدون قصد پیوند کلیه ($p = 0/005$) اختلاف آماری معنی داری با گروه مقابل شان داشتند.

میزان افسردگی در گروه غیر شاغل نسبت به گروه شاغل اختلاف معنی دار داشت ($p = 0/018$) (جدول ۱). بین سایر متغیرهای مورد بررسی با شدت

افسردگی و میزان افسردگی و میانگین نمرات افسردگی بک اختلاف معنی داری مشخص نگردید.

بحث

مطالعه حاضر میزان بالایی از افسردگی (۴۶٪) را در بیماران همودیالیزی مزمن بیمارستان های تابعه دانشگاه شهید بهشتی تهران نشان می داد. مطالعات اخیر میزان افسردگی (نمره بک بیشتر از ۱۱) را در یک دوم تا یک سوم بیماران تحت همودیالیز مزمن نشان داده اند [۳، ۴، ۷]. در مطالعه دیگری ۵۰٪ بیماران نمره بک بیشتر از ۱۰ و ۳۸٪ نمره بیشتر از ۱۴ داشتند که همگی کمتر از مطالعه حاضر می باشد [۸] مطالعه ای در کره ۶۴/۵٪ بیماران همودیالیزی مزمن، نمره بک بیشتر از ۱۷ داشتند که بیشتر از مطالعه حاضر می باشد [۹]. همچنین در مطالعات واتنیک^۱ و همکاران میزان افسردگی ۴۴٪ [۱۰] و در مطالعه لی^۲ و همکاران [۱۱] ۱۳٪ که احتمالاً این اختلاف در میزان افسردگی می تواند مربوط به معیارها و روش های تحقیق متنوع به کار رفته در تشخیص افسردگی این بیماران باشد [۳]. میانگین نمرات افسردگی بک در افراد مسن تر و بدون سابقه پیوند کلیه و بدون قصد پیوند کلیه از گروه دیگر بیشتر بود ولی بین میزان افسردگی و شدت افسردگی در سه گروه مذکور تفاوت آماری بارزی مشخص نشد. در مطالعه ای ۵۷/۸٪ بیماران دیالیزی واکنش های گوشه گیری به همراه افسردگی داشتند [۱۲]. در نهایت میانگین نمرات افسردگی بک و میزان افسردگی در گروه غیر شاغلین بیش از گروه شاغلین بود ولی شدت افسردگی در دو گروه اختلاف معنی داری نداشت، طبق مطالعه لوی^۳ و همکاران حدود دو سوم این بیماران به شغل قبل از دیالیز بر نخواستند گشت [۱]. در نهایت با توجه به تعداد نمونه محدود و استفاده از نمونه های غیر تصادفی و در دسترس و مشکلات و محدودیت های ذکر شده در معیارهای خروج از مطالعه نتایج این بررسی قابل تعمیم به کلیه بیماران همودیالیزی مزمن نبوده و انجام مطالعات گسترده تر توصیه می گردد. از آنجا که مطالعه ای در سطح جمعیت عمومی کشورمان و با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک یافت نشد لذا

جدول ۱. مشخصات و مقایسه عوامل محتمل بین گروه ها				
گروه مطالعه	افسرده	غیر افسرده	تعداد	درصد
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد
میانگین سنی	۵۵/۵	۴۶	۵۱/۹	۵۴
جنس				
مرد	۲۰	۳۹/۲	۳۱	۶۰/۸
زن	۲۶	۵۳/۱	۲۳	۴۶/۹
تاهل				
متاهل	۳۳	۴۶/۵	۳۸	۵۳/۵
مجرد	۱۳	۴۴/۸	۱۶	۵۵/۲
تحصیلات				
<۶	۱۹	۴۸/۷	۲۰	۵۱/۳
۶-۱۲	۲۵	۴۹	۲۶	۵۱
>۱۲	۲	۲۰	۸	۸۰
شغل				
شاغل	۲	۱۴/۳	۱۲	۸۵/۷
غیر شاغل	۴۴	۵۱/۲	۴۲	۴۸/۸
وضعیت مالی				
خوب	۱	۲۰	۴	۸۰
متوسط	۱۶	۳۹	۲۵	۶۱
ضعیف	۲۹	۵۳/۷	۲۵	۴۶/۳
مدت بیماری کلیوی (سال)	۸/۵	۴۶	۷	۵۴
میانگین مدت همودیالیز	۵	۴۶	۳/۳	۵۴
سابقه پیوند کلیه				
دارد	۶	۳۵/۳	۱۱	۴۶/۷
ندارد	۴۰	۴۸/۲	۴۳	۵۱/۸
قصد پیوند کلیه				
دارد	۸	۳۴/۸	۱۵	۶۵/۲
ندارد	۳۸	۴۹/۴	۳۹	۵۰/۶
بیماری زمینه ای				
دارد	۲	۳۳/۳	۴	۶۶/۷
ندارد	۴۴	۴۶/۸	۵۰	۵۳/۲
مصرف مواد				
دارد	۸	۳۳/۳	۱۶	۶۶/۷
ندارد	۳۸	۵۰	۳۸	۵۰

¹ Watnick

² Lye

³ Levy

Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int.* 2000; 57(5): 2093-8

5- Sadock B, Sadock V. Comprehensive textbook of psychiatry, 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Press. 2000: 769.

۶- کاویانی حسین، موسوی اشرف السادات، محیط احمد. مصاحبه و آزمون های روانی، چاپ اول، تهران: انتشارات سنا، سال ۱۳۸۰، صفحه ۱۷۹.

7- Steele TE, Baltimore D, Finkelstein SH, Juergensen P, Kliger AS. Quality of life in peritoneal dialysis patients. *J Nerv Ment Dis.* 1996; 184: 368-74.

8- Al-Hihi E, Awad A, Hagedorn A. Screening for depression in chronic hemodialysis patients. *Mo Med.* 2003 May-Jun; 100(3): 266-8.

9- Koo JR, Yoon JW, Kim SG, Lee YK, Oh KH, Kim GH. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *Am J kidney Dis.* 2003 May; 41(5):1037-42.

10- Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis.* 2003 Jan; 41(1): 105-10.

11- Lye WC, Chan PS. Psychosocial and psychiatry morbidity in patients on CAPD. *Adv Perit Dial.* 1997; 13: 134-6.

12- Witroence M. Psychopathologic picture of patients displaying resignation reactions during repeated dialysis treatment. *Psychiatr Pol.* 1992 Jan-Apr; 26 (1-2): 104-9.

نتایج این بررسی را نمی توان با جمعیت عمومی ایران مقایسه نمود و احتمالاً قابل مقایسه با مطالعات دیگر انجام شده در سطح بیماران همودیالیزی و با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک می باشد. از محدودیت های این مطالعه، عدم طبقه بندی بیماری فشار خون بالا و دیابت جزو بیماری های زمینه ای همراه دیالیز بود که علت آن شیوع بالای همزمان این دو بیماری در بیماران تحت همودیالیز مزمن می باشد.

نتیجه گیری

احتمالاً راهکارهای کاربردی مثل ارزیابی روان شناختی بیماران قبل از شروع دیالیز و همین طور ارزیابی دوره ای اختصاصی این بیماران (به عنوان مثال، تکمیل پرسشنامه افسردگی بک هر شش ماه توسط این بیماران) و آگاه نمودن بیشتر پرسنل بخش دیالیز در خصوص احتمال وجود افسردگی و عوارض آن در این بیماران جهت معرفی به موقع به روانپزشک، احتمالاً مواردی هستند که می توانند در کاهش شیوع و بروز افسردگی در بیماران تحت همودیالیز مزمن موثر و مفید باشند.

تشکر و قدردانی

از مسئولین و پرسنل محترم بخش دیالیز بیمارستان های طالقانی، امام حسین (ع)، شهید مدرس و شهدای تجریش تهران و کلیه افرادی که به نوعی در این مطالعه همکاری داشتند کمال تشکر را داریم.

منابع

- 1- Levy NB. Psychology and rehabilitation. In: Daugirdas JT, Ing TS, editors. Handbook of dialysis. 2nd ed, Boston: Little Brown Press; 1994: 369-73.
- 2- Cassem NH. General hospital psychiatry, 3rd ed. Missouri Mosby Inc; 1994: 401-7.
- 3- Finkelstein FO, Finkelstein SH. Derpression in chronic dialysis patient: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant.* 2000 Dec; 15(12): 1911-3.
- 4- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz L, et al.