

مقایسه میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه

شهریار محمودی^۱، قادر صالح‌نژاد^۲، سیمین نزاریان^۲، مختار یعقوبی^۲

چکیده

مقدمه: افسردگی چهارمین علت ناتوانی در مردم جهان و یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در بیماران نارسایی مزمن کلیه (ESRD) است. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه میزان افسردگی در بیماران تحت درمان همودیالیز و پیوند کلیه صورت گرفته است.

روش: این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی بیماران دیالیزی و پیوند کلیه در سال ۸۴ در شهر سنجند انجام گرفته است. تعداد نمونه‌ها ۱۰۸ مورد (۶۱ دیالیزی و ۴۷ پیوندی) می‌باشند. داده‌های مورد نیاز از طریق پرسشنامه استاندارد سنجش افسردگی بک (BDI) گردآوری و از طریق نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این پژوهش دو گروه بیماران دیالیزی و پیوندی به ترتیب با میانگین سنی $47/4 \pm 15/5$ و $39/9 \pm 9/7$ سال مورد مطالعه قرار گرفتند. اختلاف معنادار آماری از نظر سنی بین دو گروه با $p < 0/003$ موجود است. میزان افسردگی در زنان و مردان در مقایسه با هم به تفکیک در هر گروه اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد. در مجموع ۹۳٪ از بیماران دیالیزی و نزدیک به ۵۶٪ از بیماران پیوندی با شدت‌های متفاوت (خفیف تا شدید) دچار افسردگی می‌باشند. ۱۶/۴٪ از بیماران دیالیزی و ۶/۴٪ از بیماران پیوندی دارای افسردگی شدید می‌باشند. میانگین نمره افسردگی در بیماران دیالیزی $21/08 \pm 8/04$ و در بیماران پیوند کلیه $13/23 \pm 13/23$ بود (نمره بک بیشتر از ۹) و مقایسه میزان افسردگی دو گروه با $p = 0/000$ از نظر آماری کاملاً معنادار است. از نظر مقایسه میزان افسردگی با سن، جنس، تأهل و میزان تحصیلات اختلاف معنادار یافت نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش میزان افسردگی در هر دو گروه بسیار بالا بوده به طوری که این میزان در بیماران دیالیزی به مراتب بیشتر از بیماران پیوندی می‌باشد. استفاده از تست‌های خود ارزیابی و استاندارد بک (BDI) مانع از اختلال در تشابهات علایم موجود در بیماری ESRD و افسردگی در سنجش و غربالگری بیماران افسرده می‌گردد که راهی بسیار ساده و کم هزینه در تشخیص به موقع و درمان افسردگی در این گروه از بیماران می‌باشد.

کلید واژه‌ها: نارسایی کلیه، همودیالیز، پیوند کلیه، افسردگی، تست افسردگی بک (BDI)

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۶/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱/۲۵

۱ - مربی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیکی: sh200_m@yahoo.com

۲ - مربی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه

ESRD یا بیماری کاملاً پیشرفته کلیه که میزان شیوع آن یک در یک میلیون جمعیت در کشورهای توسعه یافته است (۱)، نوعی اختلال پیشرونده و غیر قابل برگشت کار کلیه است که به همراه آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها مختل می‌شود به علاوه، آمارهای موجود حاکی از آن است که حداقل ۶۰ میلیون نفر به درجات متفاوتی در سطح جهان دچار اختلال عملکرد کلیوی می‌باشند. در ایالات متحده آمریکا (در سال ۲۰۰۳) نزدیک به دو میلیون نفر از نارسایی کلیه (ESRD) رنج می‌برند، به این ترتیب هزینه درمان و مراقبت از بیمارانی که تحت دیالیز قرار می‌گیرند، بالغ بر ۷۰ هزار دلار می‌باشد (۲). آمار نشان می‌دهد که سالانه ۱۵٪ به تعداد بیماران کلیوی کشورمان افزوده می‌شود. تعداد بیماران کلیوی در سال‌های اخیر ۱۱٪ رشد داشته و هم اکنون بیش از ۲۲ هزار و ۳۷۶ نفر بیمار کلیوی در کشور وجود دارد. تعداد بیماران تحت همودیالیز از سال ۱۹۹۰ تاکنون دو برابر شده‌اند. افزایش تعداد روزهای بستری به دلیل بیماری‌های روحی روانی در بیماران ESRD نسبت به کل جمعیت بسیار بالاتر است و شناخت به موقع اختلالات روانی و درمان آن نه تنها در ارتقا مراقبت‌ها و پیگیری درمان بیماران مؤثر است، بلکه کیفیت زندگی بیماران را هم افزایش می‌دهد (۳و۴).

از جمله مشکلات روانی شناخته شده در بیماران ESRD افسردگی، اختلال ذهنی اورگانیک، مصرف مواد و اضطراب می‌باشد.

افسردگی مهم‌ترین مشکل روانی است که در صورت عدم شناسایی یا درمان، می‌تواند منجر به تغییر در وضعیت تغذیه، تأثیر مستقیم و غیر مستقیم در سیستم ایمنی بدن، عدم رعایت رژیم درمانی، افزایش شدت بیماری و در نهایت خودکشی یا قطع درمان گردد (۵و۶).

میزان شیوع افسردگی در بیماران ESRD از ۱۰ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است، این میزان از افسردگی زنگ خطری است که به تأیید آن و استناد به مطالعات اپیدمیولوژی صورت گرفته وقوع خودکشی در این بیماران ۱۰ تا ۱۰۰ برابر بیشتر از افراد عادی است (۷).

افسردگی از اختلالاتی است که هزینه‌های گزافی را به خود اختصاص می‌دهد به طور مثال در آمریکا جزء

یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌ها به شمار می‌رود. مطالعات متعدد حاکی از آن است که بیماران جسمی بستری در بیمارستان که به افسردگی نیز مبتلا بودند از نظر طول مدت اقامت، بیش از ۴۰٪ و از نظر هزینه درمان ۳۵٪ نسبت به سایر بیماران هزینه به سیستم بهداشتی تحمیل کرده‌اند (۸). این مورد می‌تواند ناشی از آن باشد که افسردگی عامل مهمی در کاهش تبعیت بیماران از درمان بوده و عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان مشکلات طبی آنان را افزوده و سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد و در مواردی حتی باعث مرگ زودرس آنان نیز می‌گردد (۹). بیماران با نارسایی پیشرفته کلیه از جمله بیمارانی هستند که به دلیل تغییر در سبک زندگی مرتبط با بیماری و شیوه درمان اغلب با تنش‌زاهای روانی - اجتماعی زیادی دست به گریبان هستند و به همین دلیل افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات روانشناختی آنان محسوب می‌گردد (۱۰).

کیمل و همکاران (۲۰۰۰) با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، بین شدت افسردگی و مرگ و میر در بیماران دیالیزی ارتباط معناداری یافته‌اند (۱۱). در مطالعه دیگری توسط همین گروه، یافته‌ها نشان دادند بیمارانی که نمره افسردگی بیشتری را کسب کرده‌اند، در طول مدت درمان، عوارض بیشتری را متحمل شده‌اند (۱۲).

کالیز و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهش خود به وجود ۲۵ تا ۵۰٪ اختلال افسردگی در بیماران همودیالیز اشاره می‌کنند (۱۳).

آکمن و همکاران (۲۰۰۴) میزان افسردگی در دریافت‌کنندگان پیوند کلیه را به طور معناداری پایین‌تر از بیماران تحت همودیالیز و رد پیوند مزمن گزارش کرده‌اند (۱۴).

بنا به گزارش Haily (۲۰۰۱) ۲۰٪ بیماران همودیالیزی مشکلات روان‌شناختی داشتند و ۴۳٪ از آن‌ها مبتلا به افسردگی بودند (۱۵).

تحقیقات انجام شده در ایران نیز نشان‌دهنده فراوانی بالای افسردگی در بیماران دیالیزی است؛ از جمله، وفایی (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای جهت بررسی فراوانی افسردگی در بیماران همودیالیزی که با استفاده از BDI انجام شد، گزارش نمود ۵۳٪ از بیماران مورد مطالعه افسردگی داشته‌اند (۱۶).

پرسشنامه توسط Rodin (۱۹۹۹) و Beck (۲۰۰۹) تأیید شده است (۲۱ و ۲۰) در این مطالعه نیز به منظور تعیین پایایی این ابزار از روش آزمون مجدد (test-retest) استفاده شد. نمره افسردگی و شدت افسردگی برابر استاندارد افسردگی بک به صورت فاقد افسردگی (۹-۰) خفیف (۱۸-۱۰) متوسط (۲۹-۱۹) و شدید (۶۳-۳۰) تعیین شده است. برای بیمارانی که فاقد سواد لازم بوده یا به دلایلی قادر به ثبت پاسخها نبودند، پرسشهای مورد نظر از آنها سؤال و پاسخهای آنها بدون هیچگونه دخل و تصرفی ثبت می‌گردید.

داده‌های به دست آمده وارد محیط نرم‌افزار آماری SPSS شده و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری t -test و مجذور کای نسبت به تجزیه و تحلیل داده‌ها اقدام شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این مطالعه تعداد ۱۰۸ (۶۱ دیالیزی و ۴۷ پیوندی) نفر از بیماران تحت درمان دیالیز و پیوند مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه دیالیزی $47/4 \pm 15/5$ سال و در گروه پیوندی $39/9 \pm 9/7$ سال می‌باشد که با $p < 0/003$ اختلاف معنادار آماری را نشان می‌دهد.

درصد بیشتری (بیشتر از ۳۰٪) از بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه دارای تحصیلات ابتدایی و درصد بسیار کمی دارای تحصیلات عالی می‌باشند. سطح بی‌سوادی در بیماران دیالیزی از بیماران پیوندی بیشتر بود. نزدیک به ۲۰٪ از بیماران در هر دو گروه مجرد بوده و میزان شیوع افسردگی در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه با افزایش سطح تحصیلات کاهش داشت. میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی در طی زمان و افزایش مدت انجام همودیالیز، افزایش می‌یابد برعکس در بیماران پیوندی با طولانی شدن زمان پیوند کلیه، میزان افسردگی کاهش می‌یابد.

بین شدت افسردگی و جنسیت، سن، مدت درمان و وضعیت تأهل ارتباط معناداری یافت نگردید. میزان افسردگی در زنان و مردان در مقایسه با هم به تفکیک در هر گروه اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد. در مجموع ۹۳٪ از بیماران دیالیزی با شدت‌های متفاوت (خفیف تا

ظهورالدین و همکاران (۲۰۰۶) نیز در یافته‌های خود میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی را با استفاده از تست افسردگی بک (نمره بیشتر از ۹) ۶۹٪ اعلام کرده‌اند (۱۷).

از آنجا که پرستاران بیش از سایر کارکنان درمانی با بیماران دیالیزی در ارتباط هستند، می‌توانند با شناسایی موارد افسردگی و شدت آن در جهت کمک به درمان به موقع آن از آثار منفی و عوارض مخرب افسردگی پیشگیری به عمل آورند. بنابراین با تشخیص به موقع و درمان مؤثر افسردگی می‌توان کیفیت زندگی، پیش آگهی بیماری و بقای بیماران را بهبود بخشید (۱۸). پژوهش حاضر در جهت بررسی میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر سنج صورت گرفته است. امید است که نتایج حاصل از پژوهش در کمک به این گروه از بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

روش مطالعه

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است که به صورت مقطعی به اجرا درآمد. نمونه‌های این پژوهش، کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در سال ۱۳۸۴ در مرکز همودیالیز بیمارستان توحید شهر سنج بود که از طریق سرشماری با در نظر داشتن معیارهای حذف و پذیرش نمونه وارد مطالعه شدند. معیارهای پذیرش عبارت بودند از این که نمونه‌های مورد پژوهش حداقل ۶ ماه تحت درمان با همودیالیز بوده و تمایل به شرکت در پژوهش را داشته باشند. معیارهای حذف از مطالعه شامل: سابقه ابتلاء به اختلالات روانپزشکی قبل از درمان با همودیالیز، سوگوار بودن طی ۶ ماه اخیر و معلولیت جسمی و ذهنی بود. بدین ترتیب تعداد کل بیماران که در پژوهش شرکت کردند ۱۰۸ نفر (۶۱ دیالیزی و ۴۷ پیوندی) بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از کسب مجوز و جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش و توضیح درباره اهداف مطالعه مورد نظر، از دو ابزار بهره گرفت. اول: پرسشنامه جمعیت‌شناسی حاوی سؤالاتی در مورد سن، جنس، میزان تحصیلات و ... و دوم: مقیاس افسردگی مرکز پژوهش‌های اپیدمیولوژیک (CES-D) بک (شامل ۲۱ سؤال با ۴ گزینه) روایی و پایایی این

بیشتر از بیماران پیوندی است. از نظر مقایسه میزان افسردگی با سن، جنس، تأهل و میزان تحصیلات اختلاف معنادار یافت نشد.

آزمون آماری مجذور کای ($\chi^2=19/30$) تفاوت معنادار آماری را مابین دو گروه مددجویان دیالیزی و پیوند کلیه با $p=0/000$ و $df=3$ را نشان می‌دهد.

شدید) دچار افسردگی می‌باشند. نزدیک به ۵۶٪ از بیماران پیوندی نیز با شدت‌های متفاوت (خفیف تا شدید) دچار افسردگی می‌باشند. ۱۶/۴٪ از بیماران دیالیزی و ۶/۴٪ از بیماران پیوندی دارای افسردگی شدید می‌باشند. همچنین مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه با $p<0/000$ اختلاف معنادار آماری را نشان می‌دهد (جدول شماره ۱)، به طوری که میزان افسردگی در بیماران دیالیزی به مراتب

جدول ۱ - مقایسه فراوانی، میانگین و انحراف معیار در میزان افسردگی مددجویان گروه‌های دیالیزی، پیوند کلیه

مقایسه دو گروه دیالیز و پیوند						میزان افسردگی
جمع		پیوند		دیالیز		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۰/۴	۲۲	۳۸/۳	۱۸	۶/۶	۴	فاقد افسردگی
۲۸/۹	۴۲	۳۸/۳	۱۸	۳۹/۳	۲۴	خفیف
۲۸/۷	۳۱	۱۷	۸	۳۷/۷	۲۳	متوسط
۱۲	۱۳	۶/۴	۳	۱۶/۴	۱۰	شدید
۱۰۰	۱۰۸	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	۶۱	جمع
۱۷/۱۵±۱۷/۸		۱۳/۲۳±۸/۳۱		۲۱/۰۸±۸/۰۴		میانگین و انحراف معیار

است که همراه با میزان بالای مرگ و میر می‌باشد. میزان افسردگی در بیماران تحت همودیالیز به طور معناداری بیشتر از بیماران پیوندی بود. بسیاری از تحقیقات حاکی از شیوع بیشتر افسردگی در بیماران دیالیزی است که با تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد. در یک بررسی توسط آکمن و همکاران در ترکیه میزان افسردگی دریافت‌کنندگان پیوند کلیه، به طور معناداری پایین‌تر از بیماران تحت همودیالیز و رد پیوند مزمن بود ($p=0/003$) (۱۴) بررسی صورت گرفته در کشور ایتالیا نیز نشان داده بود که در بیماران پیوندی ۴ ماه پس از پیوند کلیه، میزان افسردگی از ۴۵/۸٪ به ۳۲٪ کاهش یافته بود و شدت افسردگی از ۱۶/۴٪ به صفر درصد تغییر یافته بود (۲۱) پینکور و همکاران نیز میزان افسردگی در بیماران پیوند کلیه را به طور معناداری کمتر از بیماران همودیالیزی یافته بودند (۲۲). از آنجا که هدف کلی از مطالعه بررسی مقایسه میزان افسردگی در دو گروه بوده است بنابراین نتایج حاصل در پژوهش‌های مشابه با معیارها و روش‌های تحقیقی متنوع می‌تواند قابل استناد باشد. هر چند در بررسی میزان افسردگی در بیماران سعی بر آن شده است که از پژوهش‌های مشابه با ابزار مشابه استفاده و مورد استناد قرار گیرد.

انیس و همکاران در پاکستان میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی را ۵۶/۱٪ ذکر نموده‌اند (۲۳).

بحث

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات افسردگی در بیماران ESRD است. مطالعات متعددی میزان افسردگی در این بیماران را از ۱۰ تا ۱۰۰٪ گزارش کرده‌اند، مخصوصاً این میزان در بیماران همودیالیزی بیشتر است. طی سال‌های اخیر توجه بیشتری به عوامل روانی اجتماعی مؤثر بر نتایج حاصل از درمان مبذول گردیده است. با پیشرفت نارسایی کلیه، بیمار علایم و نشانه‌های حاصل از بیماری را روز به روز بیشتر احساس می‌کند. در این میان بهترین درمان ممکن که قادر به کاهش علایم بیماری و بهبودی نسبی در کیفیت زندگی بیمار باشد، همودیالیز و دیالیز صفاقی است و پیوند کلیه هم در رده نهایی درمان ESRD قرار دارد (۷۶).

از تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از ۱۰۸ (۶۱ نفر دیالیزی و ۴۷ نفر پیوند کلیه) یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۹۳/۴٪ از بیماران تحت درمان با همودیالیز و ۶۱/۷٪ از بیماران پیوند کلیه درجاتی از افسردگی را تجربه نموده‌اند و ۱۶/۴٪ از بیماران همودیالیزی و ۶/۴٪ از بیماران پیوندی افسردگی شدید داشتند. در این بیماران به دلیل مشکلات یا تنش‌های روانی - اجتماعی زیادی که تجربه می‌کنند، افسردگی شایع‌ترین تشخیص روان‌پزشکی آنان گزارش شده

اعتمادی نیز میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی را ۶۵٪ بیان کرده است (۲۴). کو و همکاران ۵/۵۶٪ افسردگی را در بیماران دیالیزی گزارش نموده است (۲۵). تحقیق وفایی در شهر تبریز این درصد را ۳۳/۳ اعلام داشته است (۲۶).

مطالعات دیگری از جمله تحقیقات کایمل و همکارانش، افسردگی در بروز سوء تغذیه، اختلالات سیستم ایمنی بدن و خطر بروز خودکشی در این بیماران را به اثبات رسانده است (۶).

در تحقیق حاضر مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه با $p < 0/000$ اختلاف معنادار آماری را نشان می‌دهد، به طوری که میانگین افسردگی در بیماران دیالیزی $21/08 \pm 1/04$ و در بیماران پیوندی $13/23 \pm 1/31$ می‌باشد. سایر مطالعات نیز میانگین و انحراف معیار را در بیماران همودیالیزی متفاوت اعلام کرده‌اند، از جمله پژوهش کو و همکاران از کره $22/7 \pm 11/4$ ، نوردن و همکاران از ترکیه $14/1 \pm 11/3$ و وایرت و همکاران از ایالات متحده $12/1 \pm 7/7$ ، میانگین افسردگی در بیماران همودیالیزی را به ترتیب گزارش نموده‌اند (۲۸ و ۲۷، ۲۵) که نشان می‌دهد میزان افسردگی در بیماران دیالیزی با توجه به شرایط متفاوت، کاملاً متغیر است. با توجه به از دست دادن شغل، کاهش میزان درآمد، کاهش نقش در خانواده و محیط کار و جامعه و وجود بیماری صعب‌العلاج و استرس‌های حاصله در طول درمان در بیماران مورد مطالعه، افزایش میانگین افسردگی را می‌تواند توجیه نماید و از طرفی اکثریت بیماران مورد مطالعه از خانواده‌های فقیر و کم درآمد با وابستگی مالی به اطرافیان می‌باشند که نشان می‌دهد فقر فرهنگی نیز بی‌تأثیر نخواهد بود.

عواملی که ممکن است کیفیت زندگی بیماران را تحت‌الشعاع قرار دهد، شامل موارد ذیل است: سن، جنس، نژاد، میزان کم‌خونی، تغذیه، سرعت فیلتراسیون گلوومرولی، کیفیت و تکنیک‌های مؤثر در درمان دیالیزی، فاکتورهای اجتماعی و افسردگی است. از میان تمام عوامل یاد شده افسردگی به عنوان یکی از عوامل مؤثر شناخته شده است که بر پیش‌آگهی و بقاء بیمار نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. مطالعات متعددی ارتباط بین افسردگی و میزان مرگ و میر بیماران را به اثبات رسانده است (۲۹).

در تحقیق حاضر ضمن بررسی میزان افسردگی در این بیماران (دیالیزی و پیوند کلیه) بر عوامل دموگرافیک احتمالی مرتبط با شدت افسردگی نیز پرداخته شده است. از نظر مقایسه میزان افسردگی با سن، جنس و میزان تحصیلات و مدت زمان درمان اختلاف معنادار یافت نشد.

هر چند که در تحقیقات مشابه ارتباط مابین جنس و میزان افسردگی را معنادار گزارش کرده‌اند، وفایی (۲۰۰۳) افسردگی زنان را بیشتر از مردان با تفاوت معناداری عنوان داشته است (۲۶). کو و همکاران نیز تفاوت معناداری مابین سن و میزان افسردگی یافته‌اند (۲۵) ولی اعتمادی ارتباط میان سن و جنس را با افسردگی معنادار نیافته است (۲۴). تحقیق حاضر بیشترین میزان افسردگی در بیماران دیالیزی، در گروه سنی ۴۵ سال و بالاتر و کمترین میزان را در گروه سنی ۲۴-۱۵ نشان می‌دهد. همچنین بیشترین میزان افسردگی در بیماران پیوندی در گروه سنی ۳۴-۳۵ و کمترین میزان را در گروه سنی ۳۴-۲۵ نشان می‌دهد. ۸۰٪ از بیماران دیالیزی و ۵۸٪ از بیماران پیوندی امتیاز بیشتر یا مساوی ۹ کسب نموده‌اند که این امتیاز با افزایش مدت درمان بیماران دیالیزی، افزایش یافته ولی معنادار نبوده است و در بیماران پیوندی تفاوت محسوسی را نشان نمی‌دهد. کو و همکاران مابین افسردگی و مدت درمان دیالیزی، ارتباط معناداری یافته بودند (۲۵).

شدت افسردگی در بیماران مجرد بیشتر از بیماران متأهل است. که با سایر تحقیقات از جمله تحقیق وفایی و اکمن هم‌خوانی دارد (۲۶). هر چند که اعتمادی این میزان را در متأهلین بیشتر عنوان نموده است (۲۴). در این پژوهش با افزایش میزان تحصیلات میزان افسردگی کاهش یافته است هر چند معنادار نمی‌باشد. مطالعات مختلف حاکی از آن است که افسردگی در افرادی که تحصیلات بالایی ندارند شایع‌تر از فارغ‌التحصیلان دانشگاهی بوده است (۲۲).

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 مسایل 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

پیوند کلیه معاینات دوره‌ای روان‌پزشکی صورت گیرد. ضمناً پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری روی تعداد بیشتری از بیماران و با هدف شناسایی سایر عوامل مرتبط نظیر تنش‌زاهای بیماران همودیالیزی صورت گیرد تا بتوان پژوهش‌های مداخله‌ای در جهت افزایش مهارت‌های زندگی برای مقابله با تنش‌زاهای روانی - اجتماعی و در نتیجه پیشگیری و درمان افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی آنان طراحی و اجرا نمود.

تشریح و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مسؤولین محترم مرکز آموزشی - درمانی بیمارستان توحید، کارکنان محترم بخش همودیالیز و عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، به خصوص بیماران عزیز تحت درمان با همودیالیز و پیوند کلیه تشکر می‌شود که انجام این پژوهش تنها با همکاری صمیمانه آنان میسر گردید.

می‌شود تا ضمن تأمین بهداشت روانی بیماران و تشخیص و درمان به موقع اختلالات روان‌پزشکی از تأثیر منفی این اختلالات بر کیفیت زندگی و روند درمانی بیماری زمینه‌پیشگیری به عمل آید. یکی از محدودیت‌های این مطالعه که در قالب یک تحقیق مقدماتی است، حجم کم نمونه می‌باشد مطالعه‌ای با حجم وسیع‌تر پیشنهاد می‌شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهشی به‌کارگیری فقط یک ابزار روان‌شناختی جهت ارزیابی می‌باشد استفاده از مصاحبه‌های روان‌پزشکی و یا سایر ابزارهای روان‌شناختی جهت اطمینان بیشتر و شناسایی سایر مشکلات روان‌پزشکی این گروه از بیماران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که افسردگی در بیماران نارسایی کلیه خطری جدی محسوب می‌شود و می‌تواند سلامت بیماران را به مخاطره اندازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای تشخیص به موقع و در نهایت درمان افسردگی در بیماران همودیالیزی و

منابع

- 1 - Laurie S. The Trauma Of Life Threatening Illness: End Stage Renal Disease. *Dialysis & Transplantation*. 2002; 31(5): 295-299.
- 2 - David B, Bresnaban, MD. Psychiatric Comorbidity in Epilepsy and End Stage Renal Disease. *Wisconsin Medical Journal*. 2004; 103(6): 64-67.
- 3 - Finkelstein FO, Watnick S, Finkelstein SH, Wuerth D. The treatment of depression in patients maintained on dialysis. *J Psychosom Res*. 2002, 53: 957-960.
- 4 - WWW.Mehrnews.com (وقتی " کلیه " وارد بازار بورس خرید و فروش می‌شود. تاریخ ۱۳۸۴/۳/۱۸)
- 5 - Biris A, Messinis L, Antoniadis G, Skarli V. Quality of life, spouse marital adjustment and Depression in a sample of End-Stage Renal Disease (ESRD) patients in Greece. *HIPPOKRATIA*. 2002; 6(1): 56-61.
- 6 - Kimmel, PL. Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *Journal of psychosomatic Research*. 2002; 53(4): 951-956.
- 7 - Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol*. 1993; 4: 12-27.
- 8 - Levejoy NC, Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer. *Cancer Nursing*. 1996; 20(3): 155-167.
- 9 - Sensky T, Leger C, Gilmour S. Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychother Psychosom*. 1996; 65(1): 36-42.
- 10 - Hailey BJo, Moss SB, Street R, Gersh HA, Calabrese AA, Campbell C. Mental Health Services in an outpatient dialysis practice. *Dialysis & Transplantation*. 2001; 30(11): 732-739.
- 11 - Kimmel P, Peterson R, Weihs K, Simmens S, Boyle D, Verne D, Alleyne S, Cruz I, Veis J. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 5 (10), 2093-2098.
- 12 - Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Cruz I, Umana WO, Alleyne S, Veis JH. (1995). Aspects of Quality of life in Hemodialysis Patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, 6 (5), 1418-1426.

- 13 - Collins AJ, Ho W, Xia H, et al. Mortality risks of peritoneal dialysis and hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 1999; 34: 1065-74.
- 14 - Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant proc.* 2004; 36(1): 111-3.
- 15 - Hailey BJo, Moss SB, Street R, Gersh HA, Calabrese AA, Campbell C. Mental Health Services in an outpatient dialysis practice. *Dialysis & Transplantation.* 2001; 30(11): 732-739.
- 16 - Vafae B. Depression in patients on chronic hemodialysis. *Archives of Iranian medicine.* July 2005; 8(3): 246-247.
- 17 - Zahiraden A, Hayate M, Gadidi M, Samimi M. Survey of depression in chronic hemodialysis patients in aedabil city. *Scientific Journal of Ardabel University of Medical Sciences.* 2006; 5(3): 256-259.
- 18 - O'Donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychother Psychosom.* 1997; 66(1): 38-43.
- 19 - Rodin G, Craven J. Littefield Christine. *Depression in the Medically Ill- An Integrated Approach.* New York: Brunner/Mazel; 1991.
- 20 - Beck AT, Brad A. *Depression Causes and Treatment.* Second Edition, Philadelphia: University of Pennsylvania press; 2009.
- 21 - Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant Proc.* 2007; 39: 1791-3.
- 22 - Penkower Liha, Dew MA, Ellis DC, Sereika SM, Shapiro R. Psychological distress adolescent renal transplant recipients. 2003; 3(11): 1418-1425.
- 23 - Aness M, Barki H, Massod M, Ibrahim M, Mumtaz A. Depression in hemodialysis patients. *Professional Medical Publications.* 2008; 24(4): 560-565.
- 24 - Eatemadi K. Survey of depression in hemodialysis patients in Kermanshah city. 2003 (thesis)
- 25 - Koo JR, Yoon JW, Kim SG, Lee YK, Kim GH, Kim HJ. Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis.* June 2003; 41: 1037-1042.
- 26 - Vafae B. Depression in patients on chronic hemodialysis. *Archives of Iranian Medicine.* July2005; 8(3): 246-247.
- 27 - Nurdan E, Nilgun K, Mukerrem G, Metin S, Murat T, Sadife O, et al. Comparison of patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis in terms of depression, anxiety and disability. *Office Journal of fite Turkish nephrology, Association.* 1998; 3: 137-140.
- 28 - Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Semin dial.* Mar-Apr 2005; 18(2): 142-6.
- 29 - Forum of End Stage Renal Disease Networks Clearinghouse office. Summary report of End Stage Renal Disease (ESRD) Networks annual reports. 2002.

A comparison study of depression between hemodialysis patients and renal transplant recipients

Mahmody¹ Sh (MSc.) - Salhngad² Gh (MSc.) - Nazaryan² S (MSc.) - Yaghoobi² M (MSc.).

Introduction: Depression is the fourth most disabling disease affecting people worldwide. It is also the most common psychological disorder among patients with end-stage renal disease (ESRD). The present study aimed to assess and compare the depression level between hemodialysis patients and renal transplant recipients.

Methods: A cross sectional study was conducted to recruit 180 patients (61 hemodialysis patients and 47 renal transplant recipients) during 1383-84 in Sanandaj city. Depression level was measured using the Beck depression scale (BDI). All statistics were computed by the SPSS.win software using chi-square and t-tests.

Results: The mean age of hemodialysis patients and renal transplantation patients was 47.4+/-15.5 and 39.9+/-9.7 years respectively which was significantly different ($P<0.003$). Male and female participants didn't show any significant difference in their depression level. A total of %93 of hemodialysis patients were depressed (mild to severe) compare to 56% in renal transplantation patients. Severe depression was found among %16.4 of hemodialysis patients and %6.4 of renal transplant recipients. Difference of depression level between these two groups were statistically significant ($P<0.000$). There were no significant difference between the level of depression and demographic factors of age, gender, marital status and education.

Conclusion: The study revealed high rate of depression among hemodialysis patients and renal transplantation recipients which was much higher in the first group. Benefiting self-administrative test of BDI could prevent us mixing up the symptoms of ESRD with depression during assessing and screening depressed patients. Therefore, it offers a simple and economical method to diagnose and treat their depression among on time among.

Key words: Renal failure, Hemodialysis, Renal transplantation

1 - Corresponding author: Kurdistan Blv., Pasdaran, Kurdistan University

e-mail: sh200_m@yahoo.com

2 - Kurdistan Blv., Pasdaran, Kurdistan University