

مقایسه سلامت روانی بیماران دیابتی و مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت

پوشش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۸۴

غلامرضا رفیعی^{۱*}، مجید کاظمی^۲، احمد رضا صیادی^۳

خلاصه

زمینه و هدف: بیماران مزمن به دلیل تغییرات پاتولوژی غیر قابل برگشت، مرتب در معرض استرسورها قرار دارند و انتظار می رود که مشکلات روانی در این افراد، بیشتر دیده شود. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی بیماران دیابت و مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت پوشش بیماری های خاص دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، نمونه گیری از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، به صورت سرشماری از تمام بیمارانی که به بخش همودیالیز مراجعه می کردند و نمونه گیری در بیماران دیابتی به صورت تصادفی سیستماتیک، از لیست بیماران کلینیک دیابت انجام گرفت. در این مطالعه سعی شد یک گروه کنترل از نمونه های در دسترس که احساس سلامت جسمی روانی را بیان داشته و هیچ سابقه ای از بیماری روانی، و بیماری های مزمن به خصوص کلیه و دیابت نداشته و از نظر فراوانی جنس و سن تا حدودی با بیماران مورد مطالعه، همسان سازی شده، انتخاب و وضعیت سلامت روانی آن ها با جامعه بیماران مورد مطالعه، مقایسه گردد. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمت اول آن شامل اطلاعات جمعیت شناختی نمونه ها و قسمت دوم را پرسشنامه ۲۸ گزینه ای سلامت عمومی (GHQ-28) جهت تعیین وضعیت سلامت روانی افراد مورد بررسی و غربالگری آنان از اختلالات روانی تشکیل می داد. داده های پژوهش به کمک آزمون های تی مستقل و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: داده ها نشان داد که از ۳۰ بیمار مزمن کلیه، ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) مذکر، ۲۵ نفر آنها (۸۳/۳ درصد) متاهل و میانگین سنی آنها ۵۱/۸ با انحراف معیار ۱۶/۷ سال بود. همچنین از ۶۷ بیمار دیابتی مورد مطالعه، ۱۹ نفر (۲۸/۴ درصد) مذکر و ۶۵ نفر آنها (۹۷ درصد) متاهل و میانگین سنی بیماران دیابتی مورد مطالعه، ۴۹/۹ با انحراف معیار ۱۱/۸ سال بود. نتایج حاکی است که در گروه بیماران مزمن کلیه، میانگین نمره آزمون GHQ به طرز معنی داری کمتر از دو گروه دیگر بوده و این گروه از بیماران بیش از سایر گروه ها، مشکوک به اختلالات روانی می باشند ($p < 0/05$). اما نتیجه آزمون تی در دو گروه بیماران دیابتی و افراد سالم، تفاوت معنی داری را نشان نداد.

نتیجه گیری: بیماران مزمن به خصوص بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه، استعداد زیادی برای اختلالات روانی دارند. لذا ارزیابی منظم روانی و ارجاع به موقع برای درمان، می تواند باعث افزایش سطح بهداشت روانی آنان گردد.

واژه های کلیدی: سلامت روانی، دیابت، نارسایی مزمن کلیه

*- مربی گروه پرستاری داخلی جراحی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان- نویسنده مسئول

۲- مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و دانشجوی دوره دکترای پرستاری

۳- مربی گروه روان پرستاری و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

معنای لغوی سلامتی، کامل بودن (Wholeness) است. مظهر سلامت روانی در واقع جنبه‌هایی از مفهوم کل سلامتی است. می‌توان گفت یکی از اهداف جهت رسیدن به سلامت روانی، ایجاد امکانات قابل قبول برای تأمین یک زندگی انسانی است به گونه‌ای که فرد، از نظر فیزیکی، روانی و اجتماعی در امنیت کامل به سر برد. سلامت روانی به نحوه تفکر، احساس و عمل مربوط می‌شود. به طور کلی مردمی که از سلامت روانی خوبی برخوردار هستند، دارای نگرش مثبت، آماده برخورد با مشکلات زندگی، دارای احساس خوب در مورد خود و دیگران مسئولیت‌پذیر هستند، همچنین انتظار بهترین چیزها را در زندگی داشته و آماده برخورد با هر حادثه‌ای می‌باشند [۱].

نسبت بزرگی از افراد، هیچ نوع مراقبت سلامتی برای وضعیت روانی که دچار آن شده‌اند، دریافت نمی‌کنند زیرا اولاً زیرساخت‌ها و خدمات سلامت روانی در بسیاری از کشورها به طور آشکار، تکافوی نیازهای گسترده و روبه‌رشد را نمی‌کند و ثانیاً به دلیل انگ بودن و وجود تبعیض در سطح گسترده و شایع، این افراد از مراجعه برای درخواست کمک امتناع می‌کنند. در ۴۰ درصد از کشورها، سیاستی برای مراقبت سلامت روانی وجود ندارد و در ۲۵ درصد از کشورهایی که دارای چنین سیاستی هستند، بودجه مناسبی برای اجرای آن در نظر گرفته نمی‌شود و مقدار آن بسیار ناچیز است. ۳۶ درصد از کشورها، کمتر از ۱ درصد کل منابع سلامت خود را به مراقبت سلامت روانی، اختصاص می‌دهند. گزارشات حاکی است که نسبت قابل توجهی از بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مانند دیابت و پرفشاری خون، بدخیمی، همودیالیز و ایدز، دچار افسردگی همزمان نیز هستند که تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر پابندی آن‌ها به رژیم‌های مراقبت سلامت می‌گذارد. عوامل رفتاری مربوط به شیوه زندگی، نیز مسئول بسیاری از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر می‌باشند. اگرچه این ارتباط‌ها شناخته شده‌اند، اما بسیاری از کشورها به اندازه کافی از این اطلاعات برای تقویت اثربخشی نظام‌های مراقبت سلامت خود استفاده نمی‌کنند [۲].

بیماری مزمن یک انحراف دائمی از حالت طبیعی بدن به وسیله تغییرات غیر قابل برگشت پاتولوژی می‌باشد که دلالت بر توسعه و گسترش این فرآیند را دارد و بیماران مزمن به دلیل رو بروی مداوم با استرسورها و پاسخ مرتب به آن‌ها، از آگاهی بالاتری نسبت به عملکرد بدن خود برخوردارند [۳]. همچنین درک بیمار از سلامتی یک برآیند مهمی می‌باشد که در بررسی بیماری مزمن و دریافت اقدامات درمانی او موثر می‌باشد اما نکته مهم اینکه سطح سلامت روانی و یا افسردگی، ارتباط زیادی با سطح سازگاری بیماران با بیماری خود دارد [۴]. از آنجا که انتظار می‌رود بیماران مزمن، از سلامت روانی پائین تری برخوردار بوده و بیماری‌های سایکولوژیک در این بیماران بیشتر دیده شود [۳] طوری که کانون شیوع افسردگی را در بیماران مزمن نسبت به افراد عادی ۲۰ تا ۵۰ درصد، بیشتر می‌دانند [۵]، لذا این افسردگی و کاهش سلامت روانی می‌تواند بر انگیزه واراده افراد و بر روند مداخلات درمانی تأثیر گذار باشد [۶]. خطر مشکلات روانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ۱/۶ تا ۲ برابر دیگر بیماران ذکر شده [۲۵]. Tsang و همکاران اظهار می‌دارند که مداخله برای افراد مسن با بیماری‌های مزمن می‌تواند باعث بهبودی سلامت روانی، اجتماعی و زیستی آنها شود [۷]. Jacobson پیشنهاد می‌کند که بررسی روانی اجتماعی بیماران دیابتی می‌تواند در خصوص تشخیص و پیشگیری از مشکلات بعدی آنان کمک کننده باشد [۸].

با توجه به اینکه بیمار دچار نارسایی مزمن کلیه و دیابت جزء بیماری‌های مزمن به شمار می‌روند و بیماران دچار نارسایی کلیه با از دست دادن حس استقلال و وابستگی آنها به دیالیز و روش‌های درمانی، باعث تغییر در شخصیت فرد و منجر به افزایش مشکلات در ارتباط با عزت نفس و وابستگی‌های روانی شده که خود آن می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد بیمار تأثیر گذار باشد. بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه محدودیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی در زندگی و در طول درمان خود دارند که بعضی اقدامات از جمله داشتن یک برنامه ورزشی مناسب، می‌تواند وضعیت روانی و کیفیت

دانش زندگی و انسان متعادل، جایگاهی غیر از شعار و اقدامات تشریفاتی ندارند. جامعه ما و نهادها و افراد مسئول باید درک کنند که انسان وقتی از زندگی لذت نمی برد، انسان سالمی نیست و تعبیر سلامت، فقط به نداشتن بیماری روانی، محدود نمی شود. رویکرد «بهداشت روانی» در جامعه ما به جای آن که رویکردی غالب در مباحث فرهنگی باشد، موضوعی است که به شدت مورد بی مهری و سهل انگاری قرار می گیرد [۱۳].

از آنجا که بیماران دیابتی و دیابت باید نسبت به بیماری خود سازگاری و خود مراقبتی داشته باشند و سطح سلامت روانی می تواند بر این سازگاری موثر باشد، لذا دانستن وضعیت موجود، کمکی است برای انجام اقدامات لازم جهت افزایش سطح سازگاری و انجام خود مراقبتی توسط این بیماران. و با توجه به این که عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی بر بروز مشکلات روانی بیماران دیابتی و مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تاثیرگذار هستند، مطالعه حاضر تلاش دارد تا با ارزیابی سلامت روانی، وجود اختلالات روانی در این بیماران را مورد بررسی قرار داد. و با ایجاد دیدگاه روشنی از این بیماران، امکان ارائه خدمات مناسب تر را به این افراد فراهم نماید.

مواد و روش ها

این تحقیق، یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی بیماران دیابت و مبتلا به نارسایی مزمن کلیه انجام گرفت. جامعه پژوهش راکلیه بیماران مبتلا دیابت و نارسایی مزمن کلیه تحت پوشش بیماری های خاص دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تشکیل می دادند. نمونه گیری از بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه، به صورت سرشماری از تمام بیمارانی که به بخش همودیالیز مراجعه می کردند و نمونه گیری در بیماران دیابتی به صورت تصادفی سیستماتیک، از لیست بیماران در کلینیک دیابت انجام، و با مراجعه به درب منازل آن ها اطلاعات جمع آوری گردید حجم نمونه بیماران دیابتی با استفاده از فرمول آماری و $p1=25\%$ ، $p2=40\%$ و آلفا 5% و بتا 10% برابر با ۶۷ نفر تعیین گردید. در این مطالعه سعی شد یک گروه کنترل از

زندگی آن ها را بهبود بخشد. کیفیت سلامتی در زندگی بیماران دیابتی با بیماری انتهایی نارسایی مزمن کلیه ممکن است ناشی از معلولیت و بقاء این افراد باشد و درک سلامت روانی، به عنوان یک فاکتور مستقل جهت بررسی معلولیت و مرگ و میر محسوب گردد. تحقیقات نشان داده که بیماران نارسایی مزمن کلیه سطح بالایی از استرس را دریافت می کنند و استرسورهای روانی به عنوان یک مشکل فیزیولوژیک می باشد و بیماران از روش های سازگاری متفاوتی استفاده می کنند [۹]. اطلاعات ضد و نقیض در ارتباط با سلامت روانی و دیابت وجود دارد به طوری که Vozquez و همکاران در نتایج تحقیق خود برخلاف مطالب فوق، عنوان می کنند که بیماران همودیالیزی از سطح فعالیت بدنی پایین، اما از سلامت روانی طبیعی برخوردارند و فاکتورهایی از جمله سن بالا، عدم موقعیت اشتغال و کمبود حمایت اجتماعی می تواند اثرات منفی داشته باشد [۱۰]. همچنین Terneger نیز در نتایج تحقیق خود اظهار می دارد که عملکرد جسمی بیماران دیابتی نسبت به افراد گروه کنترل، از نمره کمتری برخوردار، در حالی که سلامت روانی این بیماران با افراد کنترل یکسان بوده است [۱۱]. بزرگترین چالش بیماران دیابتی کاهش کیفیت زندگی و عملکرد جسمی و روانی می باشد به طوری که این میزان کاهش را در بیماران دیابتی ۲۷ درصد ذکر می کنند [۱۲].

این واقعیتی تلخ است که جامعه ما برداشتی بسیار محدود و معیوب از سلامت روانی دارد. جالب است که حتی در هفته بهداشت روان نیز بیش از آن که از سلامت و ملاک های آن، سخن گفته شود آمار و ارقام بیماران روانی ارائه می شود. مرتبا اعلام می گردد که: "ایران با افزایش جمعیت بیماران روانی مواجه شده است". این بدان معناست که سلامت روانی یعنی درمان بیماری های روانی! پس بحث پیشگیری چه می شود؟ در موضوع سلامت روانی، دو نکته به شدت مورد غفلت قرار می گیرد:

۱- روش ها و راهکارهای پیشگیری از اختلالات روانی و کمک به ارتقای سطح بهداشت روانی جامعه.

۲- معرفی ملاک های زندگی متعادل و کمک به ارتقای دانش زندگی. بسیار جای تاسف است که مباحث سلامت روانی و

۲ نفر (۶/۷ درصد) بیماران فوق، سابقه بیماری روانی و ۴ نفر (۱۳/۳ درصد) سابقه بیماری جسمی در اطرافیان خود را گزارش کرده اند. بیش از نیمی از بیماران مزمن کلیه مورد مطالعه، بی سواد بوده و میانگین سنی آن ها، ۵۱/۸ با انحراف معیار ۱۶/۷ سال بود.

از ۶۷ بیمار دیابتی مورد مطالعه، ۱۹ نفر (۲۸/۴ درصد) مذکر و ۴۸ نفر (۷۱/۶ درصد) مؤنث بودند. ۶۵ نفر (۹۷ درصد) متاهل، ۴۰ نفر (۵۹/۷ درصد) آنها ساکن شهر و نزدیک به دو سوم از بیماران مورد نظر خانه دار بودند (۶۲/۷). تنها ۲ نفر (۳ درصد) از بیماران فوق، سابقه بیماری روانی و ۸ نفر (۱۱/۹ درصد) سابقه بیماری جسمی را در اطرافیان و وابستگان خود گزارش کردند. میانگین سنی بیماران دیابتی مورد مطالعه، ۴۹/۹ با انحراف معیار ۱۱/۸ سال بود.

نتایج این پژوهش نشان داد که در گروه بیماران مزمن کلیه، میانگین نمره آزمون GHQ به طرز معنی داری بیشتر از دو گروه دیگر است به عبارت دیگر، این گروه از بیماران بیش از سایر گروه ها، مشکوک به اختلالات روانی می باشند اما بین نتایج آزمون تی در دو گروه بیماران دیابتی و افراد سالم، تفاوت معنی دار دیده نشد. این داده ها در جدول شماره ۱ به تصویر کشیده شده اند:

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین وانحراف معیار نمرات

آزمون GHQ افراد مورد بررسی

| گروه | تعداد | میانگین نمره | انحراف معیار |
|-------------------|-------|--------------|--------------|
| بیماران مزمن کلیه | ۳۰ | ۲۹/۴ | ۹ |
| بیماران دیابتی | ۶۷ | ۲۳ | ۱۰/۸ |
| افراد سالم | ۴۲ | ۲۰/۸ | ۱۱/۵ |

نتیجه آزمون تی بین بیماران مزمن کلیه و دیابتی:

$$t=2/82 \quad p=0/006$$

نتیجه آزمون تی بین بیماران مزمن کلیه و افراد سالم:

$$t=3/42 \quad p=0/001$$

نتیجه آزمون تی بین بیماران دیابتی و افراد سالم:

$$t=1 \quad p=0/3$$

نمونه های در دسترس که احساس سلامت جسمی روانی را بیان داشته و هیچ سابقه ای از بیماری روانی، و بیماری های مزمن به خصوص کلیه و دیابت نداشته و از نظر فراوانی جنس و سن تا حدودی با بیماران مورد مطالعه، همسان سازی شده، انتخاب و وضعیت سلامت روانی آنان با جامعه بیماران مورد مطالعه، مقایسه گردد.

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمت اول آن شامل اطلاعات جمعیت شناختی نمونه ها و قسمت دوم شامل پرسشنامه ۲۸ گزینه ای سلامت عمومی (GHQ-28) جهت تعیین وضعیت سلامت روانی افراد مورد بررسی و غربالگری آنان از اختلالات روانی بود. پرسشنامه سلامت عمومی، شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که برای اولین بار توسط کلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به طور وسیعی به منظور ارزیابی سلامت روانی افراد جامعه، به کار برده شده است. برای نمره گذاری از روش لیکرت استفاده شد. بدین ترتیب که هریک از سؤالات چهار درجه ای آزمون، به صورت ۰-۱-۲-۳ نمره گذاری، لذا نمره کل هر فرد بین ۰ تا ۸۴ متغیر بود. در ایران و کشورهای مختلف نمره برش ۲۳ در این امتد استفاده شده یعنی افرادی که نمره ای بیش از ۲۳ گرفته باشند، مشکوک به اختلال روانی محسوب می شوند.

جمع آوری اطلاعات توسط یک پژوهشگر ثابت و پس از کسب رضایت افراد، از طریق مصاحبه، انجام گردید. داده های پژوهش پس از جمع آوری وارد کامپیوتر و با کمک نرم افزار SPSS-11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه میانگین نمرات پرسشنامه در سه گروه، از آزمون تی مستقل و برای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با نتیجه سلامت روانی گروه ها از آزمون غیر پارامتریک مجذورکای استفاده گردید.

نتایج

داده های این پژوهش حاکی است که از ۳۰ بیمار مزمن کلیه، ۱۷ نفر (۵۶/۷ درصد) مذکر و بقیه مؤنث بودند. ۲۵ نفر (۸۳/۳ درصد) متاهل، ۲۳ نفر (۷۶/۷ درصد) ساکن شهر و بیش از یک سوم از بیماران مورد نظر خانه دار بودند. تنها

متغیرهای دموگرافیک با نتیجه آزمون سلامت روانی در بیماران دیابتی مورد مطالعه، نتایج حاکی است که هرچه از زمان ابتلا به بیماری گذشته، تمایل به بروز اختلال روانی به طرز معنی داری در بیماران مورد نظر افزایش یافته است ($p=0/04$). به گونه ای که در افراد با کمتر از دو سال سابقه ابتلا، میزان اختلال در سلامت روانی ۲۱/۷ درصد است که این آمار در افراد با بیش از ۹ سال سابقه ابتلا دیابت، به ۵۶ درصد افزایش یافته است.

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت بهداشت روان بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه مورد مطالعه، پایین تر از بیماران دیابتی و افراد سالم (گروه کنترل) بود. و اما آزمون آماری تی بین بیماران دیابتی و افراد سالم تفاوت معنی داری را نشان نداد. **clearly** و همکارش در تحقیق خود نیز وضعیت سلامت روانی بیماران دیالیزی را نسبت به افراد عادی پایین تر گزارش کرده و می نویسند: افرادی که از کیفیت دیالیز پایین تری برخوردارند، وضعیت سلامت روان نامناسب تری را نیز دارند [۱۴]. در تحقیقات متعددی وضعیت پایین سلامت روانی در بیماران دیالیزی را مربوط به فاکتورهایی همچون از دست دادن کار، درآمد خانواده، کمبود حمایت های اجتماعی، تاهل و سطح سواد و کیفیت دیالیز می دانند [۱۵-۱۹]. همچنین در مطالعه مقایسه ای بین بیماران دیالیزی در کشورهای آمریکا، ژاپن و پنج کشور اروپایی (فرانسه، آلمان، ایتالیا، اسپانیا و انگلیس) نتایج چنین نشان داد که نمره کلی بیماران در هر سه ملیت، کمتر از افراد سالم بود و بیماران کشور آمریکا از وضعیت سلامت روانی بالاتر برخوردار بودند و بیماران ژاپنی وضعیت بهتری نسبت به اروپایی ها داشتند. محققین، مهمترین فاکتورهای موثر بر بهداشت روانی را وضعیت اجتماعی، اقتصادی و فاکتورهای دیگری همچون کیفیت دیالیز ذکر کردند [۴]. Lew و همکارش میزان افسردگی شدید را در ۲۵ درصد بیماران دیالیزی ذکر می کنند [۱۵] و Petrie نیز احتمال اختلال روانی را در بیماران دیالیزی ۴۳ درصد ذکر می کند و اظهار می دارد که بیماران دیالیزی نسبت به افراد سالم از سازگاری روانی کمتری برخوردارند [۹]. اما برخلاف نتایج فوق،

در این مطالعه، به موجب نقطه برش نمرات پرسشنامه GHQ در نظر گرفته شده، افرادی که نمره ای بیش از ۲۳ کسب کرده بودند مشکوک به اختلال روانی شناخته شدند. جدول شماره ۲ درصد افراد مشکوک به اختلال روانی را در سه گروه مورد مطالعه به نمایش گذاشته است. نتایج آزمون کای دو حاکی از معنی دار بودن اختلافات دارد به گونه ای که فراوانی مشکوک به اختلال روانی در بیماران مزمن کلیه بیش از دو گروه دیگر است (۷۰٪ بیماران فوق در مقابل ۴۰/۳ درصد بیماران دیابتی و ۲۶/۲ درصد افراد سالم).

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی افراد مشکوک به

اختلال روانی در گروههای مورد مطالعه

| گروه | مشکوک به اختلال روانی | | غیر مبتلا | | جمع کل | |
|-----------|-----------------------|------|-----------|------|--------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| مزمن کلیه | ۲۱ | ۷۰ | ۹ | ۳۰ | ۳۰ | ۲۱/۶ |
| دیابتی | ۲۷ | ۴۰/۳ | ۴۰ | ۵۹/۷ | ۶۷ | ۴۸/۲ |
| سالم | ۱۱ | ۲۶/۲ | ۳۱ | ۷۳/۸ | ۴۲ | ۳۰/۲ |
| جمع کل | ۵۹ | ۵۷/۶ | ۸۰ | ۴۲/۴ | ۱۳۹ | ۱۰۰ |

$$X^2 = 9/13$$

$$p = 0/001$$

در این مطالعه سعی شد در هر گروه از بیماران مزمن کلیه و دیابتی به طور جداگانه، ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با درصد مشکوک به اختلال روانی آن ها، مورد ارزیابی قرار گیرد. نتایج نشان داد که اکثر قریب به اتفاق زنان مبتلا به بیماری مزمن کلیه (۹۲/۳ درصد) از نظر وضعیت سلامت روانی، به اختلالات روانی مشکوک بودند در حالی که این آمار در مردان، ۵۲/۹ درصد گزارش شد که این اختلاف از نظر آزمون کای دو نزدیک به معنی دار است ($p=0/05$). همچنین داده ها، حاکی از وجود اختلال روانی در اکثر افراد خانه دار مبتلا به بیماری مزمن کلیه است (۹۰/۹ درصد) در حالی که دو سوم نمونه های با شغل آزاد مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده نشدند (۷۰ درصد) که این اختلاف از نظر آزمون مجذور کای معنی دار است ($p=0/005$). اما در ارتباط بین

خود کاهش عملکرد جسمی و روانی بیماران دیابتی را ۲۷ درصد عنوان کرده و بیان می‌دارد که کیفیت زندگی بیماران از جمله فعالیت‌های روزانه، خواب و رضایت از درمان کاهش یافته است [۱۲]. سپهرمنش در تحقیق خود، میزان افسردگی بیماران دیابتی را ۵۳/۳ درصد ذکر می‌کند [۲۲] و Anderson میزان افسردگی بیماران دیابتی را دو برابر افراد غیردیابتی گزارش می‌نماید [۲۳]. koopmanschap نیز نشان داد که کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی بوده و در بیماری دیابت با پیشرفت بیماری، این کیفیت کاهش می‌یابد و از طرفی کاهش عوارض باعث بهبود کیفیت زندگی می‌گردد [۲۰].

در این تحقیق اختلال روانی بین دو جنس در بیماران دیابتی از نظر آماری معنی‌دار نبود گرچه خانم‌ها اختلال بیشتری داشتند. Borglin و همکاران کیفیت زندگی و وضعیت بهداشت روانی زنان را پایین‌تر از مردان به دست آورده و بیان می‌دارند که زنان درجه بالاتری از عوارض را نشان می‌دهند [۲۴]. سپهرمنش هم نیز در تحقیق خود بیان می‌کند که زنان دیابتی بیشتر از مردان مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشند [۱۳].

بزرگترین چالش بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه و دیابت اختلالات روانی و کاهش کیفیت زندگی می‌باشد که پرستاران و مراکز آموزشی باید از یافته‌های تحقیقات برای بررسی هر چه موثرتر این بیماران استفاده کنند. در این بیماران نیازهای زیادی وجود دارد که هر کشور برای بهبود مراقبت باید اولویت‌هایی را تعیین و سعی در گسترش اولویت‌ها و کاهش نقاط ضعف و تقویت نقاط قوت کند و پرستاران با آگاهی از این موارد می‌توانند راه‌های جدیدی را برای بررسی و تعیین مشکلات یافته و تلاش برای بهبود این مشکلات کنند [۲۵].

در تعریف بهداشت روانی، "ثابت و برقرار نمودن وضعیت‌هایی که سلامت روانی مثبت‌سازنده را به بار می‌آورد" مورد توجه واقع می‌گردد. به عبارت دیگر، تنها "نبودن بیماری" کافی نیست بلکه سلامت فکر یا سلامت روان و بالابردن میزان سلامت و رشد به صورت روزافزون، از اهداف این بعد از بهداشت روانی است. با نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی می‌توان نسبت به ایجاد سیستم با ارزشی در مورد ایجاد تحرک و پیشرفت و تکامل در حد فردی و بین‌المللی، اقدام نمود.

Terenger در نتایج مطالعه خود اظهار می‌دارد که هر چند بیماران دیابتی در مقایسه با گروه کنترل از نظر عملکرد جسمی، نمره کمتری داشته اما از نظر سلامت روانی، وضعیت یکسانی دارند [۱۱]. در حالی که در تحقیق ما، ۷۰ درصد بیماران مزمن کلیه و ۴۰/۳ درصد بیماران دیابتی در مقابل ۲۶/۲ درصد افراد سالم مشکوک به اختلال روانی بودند و مشخص می‌شود که بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه تقریباً ۴۴ درصد بیش از افراد سالم و ۳۰ درصد بیش از بیماران دیابتی، احتمال اختلال سلامت روانی را دارند. همچنین در تحقیق حاضر، مقایسه میانگین نمرات آزمون سلامت روانی بین بیماران دیابتی و افراد سالم نشان داد که هر چند بیماران دیابتی از وضعیت روانی پایین‌تری برخوردار بودند ولی آزمون‌های تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. درحالی‌که بعضی از تحقیقات نشان داده که نشانه‌های افسردگی در بیماران دیابتی شایع است و ارتباط قوی بین علائم دیابت و نشانه‌های افسردگی وجود دارد که در دیابت نوع یک هم ممکن است بیشتر باشد. همچنین بین علائم افسردگی و درک نشانه‌های دیابت ارتباط وجود دارد و بیماران دیابتی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند [۲۱-۲۰].

در تحقیق حاضر بر اساس جنس و شغل افراد، مشخص گردید که اکثر زنان مبتلا به نارسایی کلیه، مشکوک به اختلال روانی بودند (۹۲/۳ درصد) و در افراد با شغل خانه‌داری نیز اختلال روانی بیشتری دیده شد. kusztal در تحقیق خود، چنین نتیجه‌گیری کرد که خانم‌های مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، نسبت به مردان از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند [۱۹] در حالی که kusek در بررسی اختلالات روانی در بیماران دیابتی، بیشترین اختلالات را در مردان گزارش کرد [۱۸].

از طرفی در تحقیق حاضر، اختلال روانی در بین رده‌های سنی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، معنی‌دار نبود ولی افرادی که در رده سنی بالاتر قرار داشتند احتمال اختلال روانی کمتری را نشان دادند که kusztal هم در نتایج تحقیق خود اظهار می‌دارد که وضعیت روانی در گروه سنی بالای ۶۵ سال مشابه افراد گروه سنین پایین‌تر می‌باشد [۱۹].

در بیماران دیابتی مورد مطالعه، مدت زمان ابتلا به دیابت بر وضعیت روانی بیمار تاثیر داشته به طوری که افزایش زمان ابتلا، احتمال اختلال روانی بیشتر می‌شود. Ghanbari در تحقیق

5-Katon W, Sullivan M. Depression and chronic medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1990; 56: 3-11.

6- Pek H, Yilidrim Z, Akdovan T, Yilmaz S. Self esteem in Turkish diabetic children. *Pediatr Nurs*. Aug 2002, 17(4):279-82.

7-Tsang HW, Mok CK, Yeung YT, Chan SY. The effect of qigong on general and psychosocial health of elderly. *Epub*. May 2002: 24.

8-Jacobson AM, Hauser ST, Wolfsdorf JI and et al. Psychologic predictors of compliance in children with recent onset of diabetes mellitus: *J Pediatr*. May 1987;110 (5): 805 – 11.

9-Petrie K. Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients. *Br J Med Psychol*. Mar 1989; 62 (Pt 1):91-6.

10- Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D: Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol*. Nov-Dec2003; 16(6):886-94.

11-Terneger TV, Leski M, Chopard-Stoermann C, Martin PY. Assessment of health status in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol*. Mar-Apr2003; 16(2):252-9.

12-Ghanbari A, Yekta ZP, Roushan ZA, Lakeh NM. Assessment of factors affecting quality of life in diabetic patients in Iran. *Public Health Nurs*. Jul-Aug2005; 22(4):311-22.

۱۳- روزنامه همشهری. سلامت روانی در ایران. چهارشنبه ۱۴

آبان ۱۳۸۲ - شماره ۳۲۱۶، ص ۴.

14-Cleary J, Drennan J. Quality of life of patients on haemodialysis for End-Stage Renal Disease. *J Adv Nurs*. Sep 2005; 51(6):577-86.

15-Lew SQ, Piraino B. Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. *Semin Dial*. Mar-Apr2005; 18(2):119-23.

16-Loos C, Briancon S, Frimat L, Hanesse B, Kessler M. Effect of End-Stage Renal Disease

هنگامی که سلامت روانی و معیارهای آن شناخته شد، نسبت به دستیابی به آن اقدام می شود و راه برای تکامل فردی و اجتماعی گشوده می گردد. به این منظور معیارهای سلامت روانی و رشد باید مشخص گردند و راه های دستیابی به آن کشف شوند تا بتوان از طریق آموزش و فراهم آوردن تسهیلات در حد فرد و اجتماع، رشد را به ارمغان آورد. با این برداشت، دستیابی به بهداشت روانی تنها از طریق کشف قوانین و روش هایی است که بتوانند سلامت روانی موردنیاز و رشد انسان را در حد قابل قبولی تامین نمایند. نکته بسیار مهم در آموزش بهداشت روانی، کمک به افراد نسبت به پذیرش واقعیات و طرح برنامه های منطقی برای از بین بردن مشکلات زندگی است. نادیده گرفتن حقایق مسلم و تنها توجه به تمایلات شخصی، یقیناً یک راه حل موقت است و کمکی به از بین بردن مشکلات نخواهد نمود [۱].

نتیجه گیری: با عنایت به نتایج این تحقیق، بیماران مزمن مورد پژوهش، به خصوص نارسائی مزمن کلیه استعداد زیادی برای اختلالات روانی دارند لذا ارزیابی منظم روانی وارجاع به موقع برای درمان می تواند باعث افزایش سطح بهداشت روانی آن ها گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در تصویب این طرح، همچنین از همکاری آقای مجید ملائی و سرکار خانم بهاره رضوی در جمع آوری اطلاعات از بیماران همو دیالیز و دیابتی نهایت امتنان و تشکر به عمل می آید.

منابع

۱- روزنامه اطلاعات. روشهای پیشگیری از اختلالات روانی.

۱۸ اردیبهشت ماه ۱۳۸۴، ص ۱۰.

۲- روزنامه همشهری. بیش از ۱۵۰ میلیون افسرده در جهان.

یکشنبه ۸ خرداد ۱۳۸۴، سال سیزدهم، شماره ۳۷۱۰، ص ۹.

3- Crumie A, Lawrence J. *Living with A chronic condition*. Oxford. Butter Worth – heine mann, 2002.

4- Sullivan BJ: *Psychosom Med* 1979 Mar; 41(2):127-38.

- glucose control in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. Jul-Aug2003; 25(4):246-52.
- ۲۲- سپهر منش ز، سرمست ح، سدر س ف، سربلوکی ش. بررسی شیوع و نوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در افراد دیابتی. فصلنامه علمی پژوهشی فیض. شماره ۲۷. پاییز ۸۲. صفحه ۶۹-۷۵.
- 23-Anderson RJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes Meta analysis-diabetes care; Jun 2001; 24(6):1069-78.
- 24-Borglin G, Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *Int J Nurs Stud*. Feb 2005; 42(2):147-58.
- 25- Williams P, Williams AR, and et al. A community-based intervention for sibling and parent of children with chronic illness or disability: the ISEE study. *J Pediatr*. Mar 2004; 144(3):412.
- on the quality of life of older patients. *J Am Geriatr Soc*. Feb 2003; 51(2):229-33.
- 17-Hiescu EA, Coe H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. Sep 2003; 18(9):1947-8.
- 18-Kusek JW, Greene P, Wang SR, Beck G, West D, Jamerson K, Agodoa LY, Faulkner M, Level B. Cross-sectional study of health-related quality of life in African Americans with chronic renal insufficiency: the African American Study of Kidney Disease and Hypertension Trial. *Am J Kidney Dis*. Mar 2002; 39(3): 513-24.
- 19-Kusztal M, Nowak K, Magott-Procelewska M, Weyde W, Penar J. Evaluation of health-related quality of life in dialysis patients. Personal experience using questionnaire SF-36. *Pol Merkuriusz Lek*. Feb 2003; 14(80):113-7.
- 20-Koopmanschap M. Coping with Type II diabetes: The patient's perspective. *Diabetologia*. Jul 2002; 45(7):S18-22.
- 21-Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Hirsch IB. The relationship of depressive symptoms to symptom reporting, self-care and

Mental Health Status in Diabetic and Chronic Renal Failure Patients registered in the clinic of enclusive disease, Rafsanjan (2005).

GH. Rafiee.MSc^{1*}, M. Kazemi.MSc², AR. Sayyadi. MSc¹,

1- Academic Member, Dep of Nursing, University of Medical Sciences, Rafsanjan Iran

2- Academic Member, Student of PhD, University of Medical Sciences, Rafsanjan Iran

*: **Corresponding author Tel: 03915225900**

Background and Objective: Due to the irreversible pathologic changes in Patients with Chronic disease, these are very vaninerable to stress and it is supposable that more mental problems are seen among them. This study was done to investigate the Mental Health status in Diabetic and Chronic Renal Failure (CRF) Patients registered in the clinic of enclusive disease, Rafsanjan(2005).

Material and Methods: In this descriptive analytic study, all patients with CRF defendant on Hemodialysis were eligible for this study however, Diabetic Patients were selected using systematic randomly sampling. Individuals chosen for the control group had a similar age and sex distribution with no history of CRF and Diabetic disease. Questionnaire used in this study was consisted of Demographic Informations and GHQ-28 Checklist to assess the Mental Health status of participants. The data were analyzed by using SPSS, Chi-square and T test.

Results: From 30 CRF patients, 56.7% were male, 83.3% married, with the mean of age 51.8 ± 16.7 years SD for 67 Diabetic patients, these values were 28.4%, 97% and 49.9 ± 11.8 years respectively. The results indicated that the mean of GHQ-28 scores in CRF patients was significantly lower than the other two groups ($p < 0.05$) and this group was more susceptible to mental disorders. However, T test results showed there was no market different in the Diabetic patients with control patients ($p = 0.3$).

Conclusion: Patients with Chronic disease, especially CRF Patients are possibly more susceptible to mental disorders. Therefore a regular follow up as an affective and preventive approach may be super value for these patients.

Keywords: Mental Health - Diabetic - Chronic Renal Failure