

The suicide ideations rate and its risk factors among patients under hemodialysis

Fatemeh Spahbodi¹,
Sayed-Hamzeh Hosseini²,
Atiyeh Makhloogh³,
Omid Sadeghie¹,
Mahla Taghipoor⁴

¹ Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
² Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
⁴ MD, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 7, 2012; Accepted July 10, 2013)

Abstract

Background and purpose: The aim of this study was to assess the prevalence of suicidal ideations in patients under hemodialysis and determination of psychological, clinical and demographic characteristics to early and accurate identification of the disease and prevention of the side effects in future.

Materials and methods: This descriptive-analytical study was performed on 180 patients admitted to dialysis ward of Imam Khomeini and Fatemeh Zahra hospitals (Sari, Iran) in 2011 based consensus sampling method. First, the General Health Questionnaire (GHQ) was filled by the patients and then, the patients asked to complete the Suicide Ideation questionnaire-concept scale (SSI).

Results: Of the 180 patients, 24 (13.3%) were positive for suicidal ideations in GHQ questionnaire, of which, 17 (70.8%) were women. There was a significant relationship between the risk of suicidal thoughts and suicide risk in SSI questionnaire and gender, age, educational level, occupation and duration of dialysis. The prevalence of suicidal ideations among all the studied patients was 10.5%.

Conclusion: Considering our reports, it can be concluded that psychological problems in hemodialysis patients can seriously influence their life.

Keywords: Hemodialysis, suicide, mental health, Iran

تعیین فراوانی شیوع افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران تحت همودیالیز

فاطمه اسپهبدی^۱سید حمزه حسینی^۲عطیه مخلوق^۳امید صدیقی^۱مهلا تقی پور^۴

چکیده

سابقه و هدف: هدف از انجام مطالعه حاضر، بررسی فراوانی خودکشی در بین بیماران تحت همودیالیز و تعیین عوامل روانی، بالینی و دموگرافیک مرتبط با آن‌ها بود تا در جهت شناسایی این عوامل و جلوگیری از عوارض بعدی گامی برداشته شود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان‌های امام خمینی و فاطمه زهرا (س) شهرستان ساری در سال ۱۳۹۰ بود که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر دسترس انتخاب شدند. تعداد نمونه برای این مطالعه ۱۸۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) یا (General health questionnaire) و پرسش‌نامه مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی (Scale for suicide ideation یا SSI) بود.

یافته‌ها: از ۱۸۰ بیمار شرکت کننده در مطالعه، ۲۴ نفر از بیماران (۱۳/۳ درصد) در پرسش‌نامه GHQ افکار خودکشی مثبت داشتند که از میان آن‌ها ۱۷ نفر (۷۰/۸ درصد) مؤنث و ۷ نفر (۲۹/۱۶ درصد) مذکر بودند. از نظر سلامت روانی، ۲۷/۳ درصد مشکوک به مشکل روان‌پزشکی بودند. بین وجود افکار خودکشی پرخطر، کم‌خطر و عدم وجود افکار خودکشی در پرسش‌نامه SSI با جنسیت، سن، سطح تحصیلات افراد، شغل آن‌ها و مدت زمان دیالیز ارتباط معنی‌داری مشاهده شد.

استنتاج: در این مطالعه شیوع افکار خودکشی در میان بیماران مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی و بیمارستان فاطمه زهرا (س) ۱۰/۵ درصد گزارش گردید. با تأمل در این آمارها این نتیجه به دست می‌آید که مشکلات مربوط به مسایل روان‌پزشکی در بیماران تحت دیالیز می‌تواند به شدت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: همودیالیز، خودکشی، سلامت روانی، ایران

مقدمه

نیازمندی است که برای رهایی از مشکلات خود، خودکشی را به عنوان بهترین راه‌حل انتخاب می‌کند. خودکشی عملی اتفاقی و بی‌معنی نیست، بلکه راهی برای رها شدن از یک مشکل یا بحران است که شخص را به طور شدید رنج می‌دهد. خودکشی با نیازهای برآورده نشده، احساس یأس و درماندگی، تعارض‌های دوگانه در زندگی و فشار روانی غیر

خودکشی دارای ریشه لاتین است و مرکب از دو لغت Sui به معنی خود و Caedere به معنی کشتن می‌باشد (۱). مرگی که ناشی از خودکشی عمدی و توسط خود شخص روی می‌دهد، اقدامی آگاهانه در جهت نابودسازی خود می‌باشد. روشن‌ترین دلیل خودکشی، مشکلات پیچیده انسان

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مازندران به شماره ۲۰۰-۹۱ می‌باشد.

E-mail: hosseinish20@gmail.com

مؤلف مسئول: سید حمزه حسینی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پزشکی، گروه روان‌پزشکی

۱. استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۷/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۲/۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۴/۱۹

قابل تحمل رابطه مستقیم دارد. به نظر می‌رسد خودکشی یک اقدام فردی می‌باشد که امکان دارد از جانب شخص سر بزند و در بروز آن عوامل اجتماعی نیز نقش اساسی دارند (۲).

کشورهای اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی تا استرالیا و ژاپن (موسوم به کمربند خودکشی) با ۲۵ نفر در صد هزار نفر در سال بیشترین و اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر به عنوان یک کشور آفریقایی مسلمان با ۱۰ نفر در صد هزار نفر در سال درصد پایینی را به خود اختصاص می‌دهند (۳). این در حالی است که آمار منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO) در مورد خودکشی برگرفته از گزارش کشورهای مختلف جهان است که تحت تأثیر نگرش‌ها و بسترهای فرهنگی اقوام و ملل گوناگون و متأثر از رویکردهای مذهبی و اخلاقی رایج در بسیاری از جوامع می‌باشد و سبب می‌شود بسیاری از اقدام‌ها گزارش نشود یا مرگ غیر عمدی وانمود گردد (۴). در مطالعه Andersen و همکاران، ۶۶ درصد بیماران که اقدام به خودکشی کردند و در بیمارستان عمومی تحت مراقبت بودند، در ماه قبل از اقدام به خودکشی به پزشک عمومی مراجعه داشتند و ۶۰ درصد از آن‌هایی که سابقه مشکل روان‌پزشکی داشته‌اند با سرویس‌های ارایه دهنده خدمات روان‌پزشکی تماس برقرار کرده‌اند (۵).

این مطالعه نشان دهنده میزان بالای ملاقات با پزشکان در نزدیکی اقدام به خودکشی است. یعنی این افراد قبل از خودکشی به نوعی در جستجوی کمک از دست‌اندرکاران مراقبت طبی بوده‌اند. این افراد بعد از اقدام به خودکشی به واسطه هر روشی که انجام شده باشد، تحت مراقبت پرسنل در مراکز مسمومیت و یا دیگر مراکز طبی قرار خواهند گرفت. به همین دلیل مطالعات زیادی پیشنهاد کرده‌اند که بیمارستان عمومی در سطوح اولیه ارایه خدمات بهداشتی-درمانی، محل مناسبی برای شروع اقدامات پیشگیرانه از اقدام به خودکشی با جلوگیری از اقدام مجدد و شناسایی عوامل زمینه‌ساز آن است (۶). بدین ترتیب شیوع افکار خودکشی و اقدام به خودکشی با گذشت زمان در حال تغییر و رو به افزایش می‌باشد و جزء

اولویت‌های تحقیقاتی وزارت بهداشت است. احتمال بستری شدن به علت بیماری‌های روانی در بیماران همودیالیز نسبت به دیالیز صفاقی بیشتر است.

این تفاوت در بستری شدن، دو علت می‌تواند داشته باشد: ۱- انتخاب بیمار برای نوع دیالیز به خصوص و ۲- افزایش بروز اختلالات روانی در بیماران تحت همودیالیز. البته در مجموع نوع دیالیز تأثیر چشمگیری روی علایم افسردگی، اختلال عملکرد جنسی و رضایت از زندگی ندارد (۷). افسردگی در بیماران تحت دیالیز (شاید به طور مستقل از کفایت دیالیز) باعث افزایش مرگ و میر می‌شود (۸-۱۲). افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی نیازمند بستری در این بیماران است که به طور معمول می‌توان درمان مناسبی برای آن در نظر گرفت. شیوع دقیق افسردگی در بیماران تحت دیالیز مشخص نیست؛ به طوری که از ۶۶-۱۰ درصد گزارش شده است. این طیف وسیع تا حدی به دلیل استفاده از معیارهای مختلف برای ارزیابی اختلالات خلقی می‌باشد.

در زمینه ارتباط افسردگی با طول عمر اطلاعات متناقضی وجود دارد (۱۴-۱۰). در مطالعه‌ای بر روی ۲۹۵ بیمار تحت دیالیز، تأثیر افسردگی (با استفاده از معیارهای پرسش‌نامه Beck) و نیز عوامل روانی-اجتماعی بر روی مرگ و میر بررسی شد. در این مطالعه میزان افسردگی با طول عمر ارتباطی نداشت. در مقابل مطالعات دیگری وجود دارند که طول عمر کمتری برای بیماران تحت دیالیز افسرده پیشنهاد می‌کنند (۱۳، ۱۱-۹). یافته‌های حاصل از تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که افسردگی در بیماران تحت دیالیز شایع‌تر از آن چیزی است که تشخیص داده شده و درمان می‌شود (۱۵). این افسردگی از یک طرف باعث کاهش کیفیت زندگی می‌گردد و از طرف دیگر باعث عدم ادامه مناسب درمان و پیروی از شیوه مناسب زندگی بیمار و در نتیجه کاهش طول عمر خواهد شد (۱۴). تغییرات شرایط زندگی بیماران تحت همودیالیز و تطابق با شرایط جدید، از جمله عوامل استرس‌زا برای این بیماران محسوب می‌شود.

طبق نتایج حاصل از مطالعات قبلی، خودکشی در این بیماران با عوامل مختلفی در ارتباط است که از میان این

عوامل می‌توان به سن، جنسیت، نژاد، منطقه جغرافیایی، وابستگی به الکل و مواد، بیماری‌های روانی و بستری اخیر اشاره کرد (۱۵). با توجه به این که در ارتباط با شیوع افکار خودکشی در بیماران تحت همودیالیز در ایران مطالعه‌ای انجام نشده است و همچنین با توجه به شیوع بالای افکار خودکشی در این بیماران در نتایج مطالعات قبلی، تصمیم گرفته شد تا شیوع خودکشی در بیماران تحت همودیالیز بررسی و عوامل خطر شناسایی گردد.

مطالعه حاضر بر روی تمام بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به مراکز همودیالیز بیمارستان‌های امام خمینی و فاطمه زهرا (س) شهرستان ساری در سال ۱۳۹۰ صورت گرفت. در این مطالعه میزان سلامت عمومی و شیوع افسردگی و همچنین میزان افکار خودکشی بیمارستان سنجیده شد. در ضمن علاوه بر میزان افکار خودکشی، شدت افکار خودکشی نیز در بیمارانی که افکار خودکشی داشتند با استفاده از پرسش‌نامه اختصاصی اندازه‌گیری گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که به روش مقطعی انجام گردید. جمعیت مورد مطالعه، همه بیماران مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان‌های امام خمینی و فاطمه زهرا (س) در سال ۱۳۹۰ (شامل ۱۸۰ نفر) بودند که همگی با دارا بودن شرایط ورودی وارد مطالعه شدند. پرسش‌نامه با کسب رضایت از بیماران در اختیار آن‌ها قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از این که بیماران مورد بررسی حداقل ۶ ماه تحت درمان با همودیالیز باشند و تمایل به شرکت در پژوهش را داشته باشند و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل سابقه ابتلا به افسردگی و اقدام به خودکشی قبل از درمان با همودیالیز، وجود سوگ در ۶ ماه اخیر، معلولیت ذهنی و سطح هوشیاری مختل بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه مشتمل بر دو بخش بود که به روش خودگزارش‌دهی طی یک مرحله تکمیل شد. بخش اول، پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) یا

General health questionnaire) شامل ۲۸ سؤال بود (۱۶). برای بررسی فراوانی و شدت افکار خودکشی در این بیماران از پرسش‌نامه مقیاس انگاره‌پردازی خودکشی (SSI) یا (Scale for suicide ideation) (شامل ۱۹ سؤال) نیز استفاده گردید (۱۷). در این مقیاس از بیماران مورد بررسی درخواست گردید دور پاسخی که فکر می‌کنند احساسشان را در هفته‌های اخیر به نحو احسن نشان می‌دهد، دایره بکشند. در ضمن برای بیمارانی که سواد لازم جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها را نداشتند یا به علت اختلالات بینایی و موارد مشابه، خود قادر به ثبت پاسخ‌ها نبودند، پرسش‌نامه‌ها خوانده شد و بدون اعمال نظر پاسخ‌های آنان ثبت گردید.

تمام داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ (Version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد و با تنظیم جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی، معیارهای آمار توصیفی برای جمعیت نمونه‌ای محاسبه و متغیرهای پژوهش توصیف گردید. سپس آزمون فرضیه و بررسی اهداف با استفاده از آمار تحلیلی و به کارگیری آزمون‌های ضریب همبستگی، t ، χ^2 و ANOVA انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۸۰ بیمار تحت دیالیز مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک بیماران در جدول شماره ۱ آمده است. از ۱۸۰ بیماری که به پرسش‌نامه پاسخ دادند، ۲۴ نفر از بیماران (۱۳/۳ درصد) در پرسش‌نامه GHQ افکار خودکشی مثبت داشتند که از این بین، ۱۷ نفر (۷۰/۸ درصد) مؤنث و ۷ نفر (۲۹/۱۶ درصد) مذکر بودند. بر اساس پرسش‌نامه سلامت روانی، ۲۷/۳ درصد مشکوک به مشکلات روان‌پزشکی بودند. سپس پرسش‌نامه SSI در اختیار بیماران قرار گرفت که در کل در این مطالعه تعداد ۱۹ بیمار دارای افکار خودکشی و ۱۶۱ بیمار فاقد این افکار بودند.

بین افراد فاقد افکار خودکشی و افراد دارای افکار خودکشی از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل و شغل تفاوت

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران تحت دیالیز و افکار خودکشی

محدوده سنی (سال)	تعداد (درصد)	فاقد افکار خودکشی	افکار خودکشی کم خطر	افکار خودکشی پرخطر
۳۰-۴۰	۱۶ (۸/۸)	۱۴ (۸/۶)	۱ (۸/۳)	۱ (۱۴/۲)
۴۱-۵۰	۴۴ (۲۴/۴)	۳۹ (۲۴/۲)	۳ (۲۴/۹)	۲ (۲۸/۴)
۵۱-۶۰	۶۳ (۳۵/۰)	۵۵ (۳۴/۲)	۵ (۴۱/۵)	۳ (۴۲/۶)
۶۱-۷۰	۵۶ (۳۱/۱)	۵۲ (۳۲/۲)	۳ (۲۴/۹)	۱ (۱۴/۲)
جنس				
زن	۱۲۴ (۶۸/۸)	۱۱۳ (۷۰/۱)	۹ (۷۵/۰)	۲ (۲۵/۸)
مرد	۵۶ (۳۱/۱)	۴۸ (۲۹/۸)	۳ (۲۵/۰)	۵ (۷۱/۴)
تحصیلات				
بی سواد	۴۵ (۲۵/۰)	۴۱ (۲۵/۴)	۳ (۲۴/۹)	۱ (۱۴/۲)
سیکل و کمتر از آن	۷۲ (۴۰/۰)	۶۷ (۴۱/۶)	۳ (۲۴/۹)	۲ (۲۸/۴)
دیپلم و کمتر از آن	۵۴ (۳۰/۰)	۶۶ (۴۰/۹)	۵ (۴۱/۵)	۳ (۴۲/۵)
دانشگاهی	۹ (۵/۰)	۷ (۴/۳)	۱ (۸/۳)	۱ (۱۴/۲)
شغل				
خانه دار	۸۶ (۴۷/۷)	۷۹ (۴۹/۱)	۶ (۵۰/۰)	۱ (۱۴/۲)
کارمند	۱۷ (۲۶/۱)	۱۴ (۸/۶)	۲ (۱۴/۲)	۱ (۱۴/۲)
کشاورز	۵۸ (۳۲/۲)	۵۲ (۳۲/۲)	۴ (۳۳/۳)	۲ (۲۸/۴)
از کار افتاده	۱۵ (۸/۳)	۱۲ (۷/۴)	۰	۳ (۴۲/۶)
مدت دیالیز (ماه)				
۶-۱۲	۲۹ (۱۶/۱)	۲۹ (۱۸/۰)	-	-
۱۳-۲۴	۴۶ (۲۵/۵)	۴۴ (۲۷/۳)	۱ (۸/۳)	۱ (۱۴/۲)
۲۵-۳۶	۶۹ (۳۸/۳)	۶۲ (۳۸/۵)	۴ (۳۳/۳)	۳ (۴۲/۵)
بیشتر از ۳۶	۳۶ (۲۰/۰)	۲۶ (۱۶/۱)	۷ (۵۸/۳)	۳ (۴۲/۵)
وضعیت تأهل				
مجرد	۶۶ (۳۶/۶)	۵۴ (۳۰/۰)	۷ (۵۸/۳)	۵ (۷۱/۴)
متأهل	۱۰۶ (۵۸/۸)	۹۹ (۵۵/۰)	۵ (۴۱/۶)	۲ (۲۸/۵)
مطلقه	۸ (۴/۴)	۸ (۴/۴)	۰	۰

تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند (۵۱/۴ درصد)؛ در حالی که اکثریت افراد دارای $GHQ < 23$ دارای تحصیلات دیپلم بودند. از لحاظ سطح تحصیلات بین افراد این دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P = 0/001$) (جدول شماره ۲). مقایسه بین شدت نارسایی کلیوی در دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد ($P = 0/003$). از نظر مقایسه بین سن بیماران با افراد سالم، میانگین سن افراد سالم $4/72 \pm 51/57$ سال و میانگین سن بیماران $8/53 \pm 54/44$ سال بود که تفاوت معنی داری یافت نشد ($P = 0/036$).

معنی داری مشاهده نشد، اما بین این دو گروه از لحاظ تحصیلات و مدت دیالیز تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$)؛ به طوری که افراد دارای افکار خودکشی به طور معنی داری مربوط به گروه بی سواد و زیر دیپلم بودند، اما افراد طبیعی دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند و همچنین در بیمارانی که مدت دیالیز بیشتری داشتند افکار خودکشی هم بیشتر بود (جدول شماره ۱). در مقایسه از لحاظ وضعیت تأهل نیز بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد ($P > 0/050$). از نظر مقایسه بین سطح تحصیلات، اکثریت افراد سالم دارای

جدول شماره ۲: مقایسه نمره پرسش‌نامه علامت روانی و اجزای آن بر اساس

P	پرسش‌نامه افکار خودکشی		GHQ
	افکار خودکشی (درصد)		
	ندارند	دارند	
< ۲۳	۲۹/۴۰	۱۰/۳۰	
≥ ۲۳	۷۰/۶۰	۸۹/۰۰	
۰/۰۵۰			نشانه‌های جسمی (میانگین)
۰/۰۰۱	۸/۳۰	۴/۸۷	اضطراب و اختلالات خواب (میانگین)
۰/۰۰۱	۱۰/۷۱	۵/۶۶	افسردگی (میانگین)
۰/۰۰۱	۱۱/۶۰	۲/۲۱	کارکرد اجتماعی (میانگین)
۰/۰۰۱	۸/۹۲	۷/۱۹	

GHQ: General health questionnaire

بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، تأکید بر اهمیت توجه به جنبه‌های روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی و تحت همودیالیز و نشان دادن شیوع تمایل به خودکشی در میان این بیماران بود. در این مطالعه شیوع افکار خودکشی در میان بیماران مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان‌های امام خمینی و فاطمه زهرا شهرستان ساری ۱۰/۵ درصد گزارش گردید که با مطالعه‌ای که توسط Martiny و همکاران در برزیل (۱۸) صورت گرفت و خودکشی در بیماران ۱۱/۶ درصد گزارش شده بود و با مشکل افسردگی و اختلال هراس بدون گذرهراسی ارتباط مستقیم داشت، مشابه بود. در مطالعه حاضر افکار خودکشی در افرادی که مشکوک به اختلال روانی بودند، بیشتر گزارش شد.

در مطالعه مشابه دیگری که توسط Chen و همکاران در تایوان صورت گرفت، شیوع افکار خودکشی ۲۱/۵ درصد بود که در مقایسه با این مطالعه بالاتر است (۱۹). میزان خودکشی با افسردگی و اضطراب (مشابه مطالعه حاضر) ارتباط داشته است؛ بنابراین یکی از راه‌های اصلی پیشگیری از خودکشی در بیماران تحت دیالیز، شناخت سریع و درمان به موقع مشکل روان‌پزشکی می‌باشد. در این مطالعه بیماران مشکوک به اختلال روان‌پزشکی در میان بیماران مورد بررسی، ۲۷/۳ درصد گزارش گردید. مطالعه‌ای در بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد صورت گرفت و شیوع علائم افسردگی را ۵۰

درصد گزارش کرد (۲۰) و نیز در مطالعه‌ای که توسط Lee و همکاران انجام گردید، شیوع افسردگی ۴۷/۱ درصد گزارش شد (۲۱). این تفاوت در شیوع مشکل روان‌پزشکی در بیماران این دو مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل متفاوت بودن پرسش‌نامه‌های به کار رفته باشد.

در مطالعه دیگری که توسط نویدیان و همکاران در بیمارستان خاتم‌الانبیا زاهدان صورت گرفت، مشخص شد که بیماران تحت همودیالیز نسبت به افراد سالم از سطح بهداشت روانی پایین‌تری برخوردار هستند (۲۲). مطالعه صورت گرفته توسط Drayer و همکاران (۲۳) نشان داد که میزان شیوع علائم افسردگی در بیماران تحت همودیالیز ۲۸ درصد می‌باشد که مشابه مطالعه حاضر بود. با تأمل در آمارها این نتیجه به دست می‌آید که مشکلات مربوط به مسایل روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه منجر به همودیالیز می‌تواند به شدت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در این مطالعه بیشترین درصد افکار مربوط به خودکشی مربوط به جنس مؤنث بوده است؛ در حالی که شیوع افکار خودکشی پرخطر در مردان بیشتر می‌باشد.

برخی از باورهای حرفه‌ای پزشکی معتقد هستند که ریشه این مسأله از این واقعیت منشأ می‌گیرد که مردان بیشتر علاقه‌مند هستند با وسایل مؤثر و خشونت‌آمیز به زندگی خود پایان دهند؛ در حالی که زن‌ها به طور اولیه از روش‌هایی با شدت کمتر برای خودکشی استفاده می‌کنند (۳). در مطالعه حاضر طی بررسی رابطه بین وضعیت تأهل و وجود افکار خودکشی مشخص گردید که بیشترین درصد افکار خودکشی مربوط به بیماران مجرد (۶۳/۱۵ درصد) می‌باشد و شیوع افکار خودکشی کم‌خطر در بین این بیماران ۵۸/۳۳ درصد و شیوع افکار خودکشی پرخطر ۴۱/۶ درصد گزارش گردید که در مقایسه با درصد افکار خودکشی مربوط به بیماران متأهل (شیوع افکار خودکشی کم‌خطر در بین این بیماران ۷۱/۴ درصد و شیوع افکار خودکشی پرخطر، ۲۸/۵ درصد گزارش گردید)، بالاتر است. با این حال، حاصل نتیجه این مطالعه عدم رابطه معنی‌دار بین تأهل و شدت افکار خودکشی بود.

میزان خودکشی نیز در بیماران ESRD (End stage renal disease) نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است. خودکشی در این بیماران در نتیجه عدم کنترل استرس ناشی از دیالیز و شرایط اجتماعی و روانی خاص به وجود می‌آید. طبق نتایج حاصل شده، خودکشی در این بیماران با عوامل مختلفی در ارتباط است که از میان این عوامل می‌توان به سن و جنسیت اشاره کرد. با توجه به شیوع بالای بیماران مشکوک به مشکل روان‌پزشکی، لازم است وضعیت روانی بیماران تحت دیالیز در حوزه افسردگی مورد توجه و بررسی قرار گیرد و برنامه‌هایی به منظور پیشگیری و درمان آن‌ها تدوین و اجرا شود.

در این مطالعه بیشترین درصد افکار خودکشی مربوط به مدت زمان دیالیز در بیماران تحت دیالیز بالاتر از ۳ سال و بیشترین درصد افکار خودکشی کم‌خطر نیز مربوط به مدت زمان دیالیز در بیماران بالاتر از ۳ سال بود؛ در حالی که بیشترین درصد افکار خودکشی پرخطر مربوط به مدت زمان دیالیز در بیماران تحت دیالیز ۲-۳ سال و بالاتر از ۳ سال بود که ارتباط معنی‌داری بین مدت زمان دیالیز و وجود افکار خودکشی یافت شد؛ در حالی که در مطالعه Kurella و همکاران (یک مطالعه کوهورت)، خودکشی موفق با مدت زمان دیالیز ارتباط معکوس داشت و به عبارتی در اوایل انجام دیالیز میزان خودکشی موفق بیشتر بوده است که شاید علت تفاوت در نوع مطالعه باشد (۲۴).

References

- Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi Kh, Godarzi Z. Causes of suicide in married women. *Hayat* 2006; 12(1): 47-53. (Persian).
- Fadem B. Behavioral science in medicine. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Ghaedi H, Mohammadi Baghmollaei M, Hashemi SM, Saniei F, Hoseini Y, Jabbarnejad A. Epidemiological study of suicide attempt in dashtestan region in 2004. *Dena* 2007; 1(3): 53-60. (Persian).
- Amirdivani A. Youth suicide and its motivations. *Journal of Mental Health* 2004; (7): 24-7. (Persian).
- Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(2): 126-34.
- Vajda J, Steinbeck K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34(3): 437-45.
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Balaskas E, Manika A, Markopoulou M, Kaprinis G, et al. Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14(5): 354-60.
- Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993; 4(1): 12-27.
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998; 54(1): 245-54.
- Klein O, Korzets Z, Bernheim J. Is a major psychiatric illness a contraindication to chronic dialysis? *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20(12): 2608-10.
- Beard BH. Fear of death and fear of life. The dilemma in chronic renal failure, hemodialysis, and kidney transplantation. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21(3): 373-80.
- Kutner NG, Fair PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom Res* 1985; 29(1): 23-31.
- Israel M. Depression in dialysis patients: a review of psychological factors. *Can J Psychiatry* 1986; 31(5): 445-51.
- Christensen AJ, Smith TW, Turner CW, Cundick KE. Patient adherence and adjustment in renal dialysis: a person x treatment interactive approach. *J Behav Med* 1994; 17(6): 549-66.
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Verme D, et al. Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995; 5(10): 1826-34.
- Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
- Malakouti SK, Nojomi M, Mashhadi M, Hakim Shoshtari M, Asgharzadeh A, Bolhari J, et al. The Study of Suicidal Behaviors Rates in the Community Sample of Karaj City in 2005. *Sci J*

- Hamdan Univ Med Sci 2008; 15(1): 5-10. (Persian).
18. Martiny C, de Oliveira e Silva AC, Neto JP, Nardi AE. Factors associated with risk of suicide in patients with hemodialysis. *Compr Psychiatry* 2011; 52(5): 465-8.
 19. Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics* 2010; 51(6): 528.
 20. Salehi M, Noormohammadi -Sarab A. Prevalence of Depression in Hemodialysis Patients of Shahid Hashemi Nejad Hospital. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2003; 8(3): 20-5. (Persian).
 21. Lee YJ, Kim MS, Cho S, Kim SR. Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract* 2013; 67(4): 363-8.
 22. Navidian A, Arbabi Sarjou A, Kikhai A. The prevalence of psychological problems in hemodialysis patients admitted to the hospital dialysis unit Anbiya (p) Zahedan. *J Guilan Univ Med Sci* 2006; 15(58): 61-7. (Persian).
 23. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, 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.
 24. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16(3): 774-81.