REVIEW ARTICLE

A Narrative Review of Prevalence of Depression in Patients with Chronic Medical Illnesses in Mazandaran Province, Iran

Arghavan Fariborzifar[1],
Seyed Hamzeh Hosseini[2]

[1] Resident in Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 16, 2017; Accepted April 21, 2018)

Abstract

Depression is widely reported in patients with physical illness, but its prevalence varies in studies and differs from one disease to another. In patients with depression, severity of symptoms may be different in various medical conditions and responses to treatment. We aimed to systematically (a) compare the prevalence of depression between medical illness patients and mentally healthy subjects, (b) assess whether there is an independent association between medical illness and depression, (c) identify associated factors used in interventions (d) and review the relationship between depression and baseline disease severity and treatment outcomes.

We studied 24 researches that had examined medical illness and depression in Mazandaran province, Iran. The prevalence of possible depression in patients with physical illness ranged from 13.1 to 67.4%, depending on diagnostic methods and sensitivity of various depression scales. Depression was found to have a negative influence on the outcomes of physical illness and treatment response.

The significant outbreak of mental disorders, especially depression in patients with physical illness, and the negative impact of mental disorders on the control and treatment of diseases call for regular psychiatric counseling.

Keywords: medical illness, depression, narrative review

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (162): 187-201 (Persian).

*** Corresponding Author: Seyed Hamzeh Hosseini -** Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: shhoseini@mazums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هشتم شماره ۱۶۲ تیر سال ۱۳۹۷ (۲۰۱-۱۸۷)

بررسی شیوع افسردگی در بیماری های مزمن جسمانی: مطالعه ی مروری Narrative در استان مازندران

ارغوان فیروزی فر [۱]
سیدحمزه حسینی [۲]

چکیده

افسردگی در بیماران با بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. در مطالعات متعدد و در بیماری‌های جسمانی مختلف، شیوع متفاوتی دارد و منجر به بروز شدت مختلف علائم در بیماری‌های جسمانی و پاسخ های مختلف به درمان می‌شود. هدف این مطالعه، (۱) بررسی شیوع افسردگی در بیماران جسمانی مزمن در مقایسه با شیوع افسردگی در افراد سالم از لحاظ جسمی، (۲) ارزیابی فرضیه‌ی وجود ارتباط مستقل بین افسردگی و بیماری‌های جسمانی مزمن، (۳) شناسایی فاکتورهایی که ممکن است برای مداخله هدف قرار گیرند و (۴) بررسی ارتباط آن با شدت و پیامدهای بیماری ها، پس از درمان می‌باشد.

بیست و چهار مطالعه که بیماری‌های جسمی مزمن و افسردگی را در استان مازندران بررسی کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع افسردگی احتمالی در بیماران مبتلا به به بیماری‌های مزمن جسمانی، بین ۱۳/۱ تا ۶۷/۴ درصد، بسته به روش تشخیص و حساسیت ابزارهای مختلف افسردگی گزارش شد. شواهد نشان می‌دهند که افسردگی اثری منفی روی پیامدهای بیماری‌های جسمی و پاسخ به درمان در آن‌ها می گذارد.

با توجه به شیوع قابل توجه اختلالات روان به ویژه افسردگی در بیماری‌های جسمانی مزمن و تأثیر منفی اختلالات روانی بر روند کنترل و درمان بیماری‌ها، لازم است مشاوره روانپزشکی به صورت منظم برای بیماران جسمانی مزمن در نظر گرفته شود.

واژه های کلیدی: بیماری های جسمانی مزمن، افسردگی، مطالعه مروری Narrative

مقدمه

افسردگی شایع ترین اختلال روان در سراسر جهان است و یکی از علل عمده ناتوانی می‌باشد(۱). شیوع کل افسردگی درجامعه ایران۱۳/۶ درصد می‌باشد(۲). افسردگی اثر زیادی روی کیفیت زندگی (QOL:Quality of life) و بار اقتصادی دارد(۴،۳). علاوه بر افسردگی به عنوان یک اختلال اولیه، افسردگی همراه با انواع بیماری‌های مزمن پزشکی دیگر یافت شده است و اغلب به علت تمرکز پزشکان و بیماران روی بیماری اولیه و یا دشواری تشخیص افسردگی همراه در برخی از بیماری‌های جسمانی مثل بیماری‌های کلیوی(۵)، افسردگی تشخیص داده نشده باقی می‌ماند(۳). بین سیستم ایمنی، عصبی و روانشناختی ارتباطات زیادی وجود دارد که شامل مسیرهای ارتباطی

مولف مسئول: سیدحمزه حسینی– ساری: ساری، بیمارستان زارع ، بخش روان پزشکی E-mail: shhoseini@mazums.ac.ir
۱. دستیار روان پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استاد، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۶/۸/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۶/۱۱/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۲/۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

از مغز به سیستم ایمنی، به ویـژه هیپوتـالاموس، هیپـوفیز، آدرنال و سیستم عصبی اتونوم اسـت کـه اثـر متغیرهـای سایکولوژیکال مثل استرس و هیجانـات را روی سیسـتم ایمنی و مقاومت به بیماری‌ها، میانجی‌گری می‌کنند. وقتی بدن با پاتوژن‌ها مواجه می‌شود، سیستم ایمنـی بـه عنـوان یک ارگان حسی، با مغز از طریق ترشح سیتوکین‌ها مثل اینترلوکین و اینترفرون، ارتباط برقرار مـی‌کنـد و مغـز را مطلع می‌کند که عفـونتی، سیسـتم ایمنـی را فعـال کـرده است و از طریق رسپتورها روی اعصاب، نورواندوکرین و عملکردهای رفتاری تاثیر می‌گذارد. علاوه بر پاسخ‌های فیزیولوژیک مثل تب و پاسخ‌هـای هورمـونی مثـل فعـال شدن محور HPA[1]، سیتوکین‌های مغزی تغییرات رفتاری ایجاد می‌کنند. فردی با بیماری جسمانی ممکن اسـت خلـق افسرده، کاهش وزن عصبی، خواب‌آلودگی و تغییر الگـوی خواب، خستگی، کندی فعالیت‌های حرکتی، کاهش علاقه به فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی و تخریب توانـایی‌هـای شـناختی را نشـان دهـد. در عفونـت حـاد، ایـن علائـم رفتاری، به طور کل با نام "رفتارهای مرضی" بـه عنـوان یک پاسخ انطباقی در نظر گرفته مـی‌شـود، نـه بـه علـت فرایند بیماری و تب که همراه آن است. بـا ایـن حـال، در طی عفونت‌های مزمن و سایر بیماری‌های مزمن مـرتبط بـا فعال‌سازی شدید ایمنی، سندرم رفتار مرضی می‌تواند بـه یک اپیزود افسـردگی پیشـرفت کنـد. افسـردگی مـرتبط بـا بیماری می‌تواند موجب سطوح بالای دیسترس در یـک بیمار شود و علائم فیزیکی موجـود و پـذیرش درمـان را مختـل کنـد. بـین میـزان بـالای سـیتوکین و اخـتلالات سایکولوژیک به ویژه افسردگی ارتبـاط وجـود دارد. در واقع علائم افسردگی در بیماران با بیماری‌های جسـمانی ممکـن اسـت در نتیجـه‌ی فعالسـازی ایمنـی و ترشـح سیتوکین‌ها، به جای واکنش روانشناختی نسبت بـه نـاراحتی و ناتوانی ناشی از بیماری باشد(۶). از طرفی ارتبـاط قـوی بین افسردگی و پیشرفت بیماری‌های جسمانی وجـود دارد. به نظر مـی‌رسـد بیمـاران مبـتلا بـه افسـردگی مـاژور در معرض خطر شش ویژگی سندرم کوشینگ قرار دارنـد: اختلالات شناختی، کاهش حجم هیپوکامپ، دیابت نوع ۲، افزایش WHR[2]، کـاهش تـراکم اسـتخوان و فشـارخون بالا. با توجه به این یافته‌هـا، بیمـاران افسـرده در معـرض خطـر هـر گونـه ویژگـی سـندرم متابولیـک بـه جـز هیپرلیپیدمی هستند. با توجـه بـه پیامـدهای بـالقوه آن، از جمله شکستگی‌های استخوانی، کوری، بیماری‌های قلبـی عروقی، سکته مغزی و از دسـت دادن حافظـه، خـواه بـه علت افزایش کورتیزول یـا نـه، ایـن یافتـه‌هـا از اهمیـت بهداشتی زیادی برخور دارند. شواهد، بین ترشح بـالا یـا نامنظم کورتیزول که در گروهی از بیماران افسرده دیده می‌شود، با بیماری‌های جسمانی، ارتباط قوی نشان داده‌انـد. خصوصیات خود افسردگی جدای از ترشـح کـورتیزول نیز احتمالاً مسئول برخـی از ایـن یافتـه‌هاسـت(۷). وجـود همزمان افسردگی با بیماری‌های مزمن جسمانی، اغلب با پیامدهای منفی سـلامت مـرتبط اسـت(۹،۸،۳). بـه عنـوان مثال، همراهی افسردگی با بیماری مزمن انسـدادی ریـه، با کیفیت زندگی بدتر، افزایش اسـتفاده از مراقبـت‌هـای بهداشتی و حتی افزایش مرگ و میر مرتبط است. بعد از بای پس عروق کرونر، بیمـاران افسـرده، مـرگ و میـر و بستری مجدد بیش‌تری دارند(۳).

شواهد زیادی وجود دارد که بیماران بـا افسـردگی اساسـی در مقایسـه بـا بیمـاران بـدون اخـتلالات روان پزشکی، در اثر ابتلا بـه بیمـاری‌هـای جسـمانی، ۵ تـا ۱۰ سال مرگ زودتر دارند. آن‌ها از اختلالات جسمانی مثل بیماری عروقی، دیابت، بیماری انسداد مزمن ریه، آسم و سرطان، که علـت بـیش‌تـرین مـرگ و میـر در جمعیـت عمومی است، می‌میرند. در بیماران با افسـردگی و سـایر اختلالات روان پزشکی، اغلب بیماری‌های جسـمانی بـه دنبـال رفتارهـای پـر خطـر ناسـازگارانه سـلامتی و نیـز تـاثیرات روان شـناختی بیمـاری‌هـای روان پزشـکی، در سنین پایین‌تر پیشرفت می‌کنند. هم‌چنین شواهد جدیدی وجود دارد که نشـان مـی دهنـد نـاراحتی، بـار علائـم و

1. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis (HPA axis)

1. waist-to-hip ratio (WHR)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

اختلالات عملکردی و تغییرات فیزیولوژیکی مرتبط با اختلالات مزمن پزشکی، اغلب سیر بیماری‌های عاطفی را بدتر می‌کند. در واقع بین افسردگی و اختلالات مزمن پزشکی ارتباطی دو جانبه‌ای وجود دارد(۱۱،۱۰). رفتارهای پرخطر سلامتی و تغییرات سایکوبیولوژیک مرتبط با افسردگی خطر ابتلا به اختلالات مزمن پزشکی را افزایش می‌دهد و تغییرات بیولوژیکی و عوارض ناشی از اختلالات مزمن پزشکی ممکن است موجب افسردگی شوند(۱۲). افسردگی همزمان، با افزایش بار علائم پزشکی، اختلال عملکردی، هزینه‌های پزشکی، عدم رعایت رژیم‌های خود مراقبتی و افزایش خطر مرگ و میر در بیماران مبتلا به اختلالات مزمن پزشکی همراه است و می‌تواند سیر اختلالات پزشکی را به دلیل تاثیرش روی فاکتورهای التهابی، محور هیپوتالاموس- هیپوفیز، سیستم عصبی اتونوم و عوامل متابولیکی بدتر کند، علاوه بر این که با خطر بیش‌تر چاقی، شیوه زندگی بی‌تحرک، سیگار کشیدن و عدم رعایت رژیم‌های پزشکی همراه است(۱۰). همان‌طور که ذکر شد، بیماری‌های جسمی مختلف مثل بیماری‌های قلبی، سکته‌ی مغزی، دیابت و سایر بیماری‌های مزمن، ارتباط دوجانبه ای با اختلال افسردگی دارند، از یک طرف منجر به تشدید اختلال افسردگی می‌شوند و از طرفی خود اختلال افسردگی، منجر به تشدید و عدم پاسخ به درمان این بیماری‌های جسمی می‌شود(۱۳،۱۰،۹).

دربسیاری از بیماری‌های مزمن، افسردگی همزمان، میزانی بیش‌تر از جمعیت نرمال دارد(۱۴،۱). به هر حال، تخمین شیوع واقعی افسردگی همزمان و اثر بالقوه آن روی بیماری های مزمن به علل متعدد دشوار است. اول این که بیماران با بیماری پزشکی مزمن در ابتدا توسط متخصصین ماهر درمدیریت آن بیماری جسمی به خصوص درمان می‌شوند، که ممکن است نتوانند علائم افسردگی را تشخیص داده و یا درمان کنند. به علاوه مطالعاتی که فقط روی تشخیص‌های افسردگی همزمان گذشته‌ی پزشک تکیه می‌کنند،ممکن است شیوع افسردگی را کم‌تر از شیوع حقیقی، تخمین بزنند. یک گزارش ابتدایی از شیوع افسردگی مرتبط با بیماری جسمی مزمن، برای تخمین شیوع واقعی آن در کسانی که بیماری‌های جسمی را درمان می‌کنند، حیاتی است؛ همان‌طور که دانستن اثراتش روی تظاهرات کلینیکی و نتایج درمانی آن، برای بهینه کردن مراقبت از بیمارمان مهم است.

هدف این مطالعه ی مروری Narrative، ارزیابی شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری های جسمانی با بررسی مطالعات انجام شده روی این بیماران در استان مازندران می‌باشد. اهداف ثانویه، تخمین ارتباط افسردگی همراه روی بیماری‌های جسمانی، عوامل بالقوه‌ای که می‌توانند پزشکان را از وجود افسردگی تشخیص داده نشده، آگاه کنند و ارتباط افسردگی همزمان روی نتایج درمان بیماری‌های جسمانی می‌باشد. در ضمن پررنگ کردن اهمیت نقش ارتباط دوجانبه‌ی متخصصین سایر رشته‌ها با متخصصین روان پزشکی، جهت بهبود هرچه بهتر کیفیت زندگی در بیماران جسمی با تشخیص و درمان افسردگی در آن‌ها می‌باشد.

بحث

مطالعه مروری Narrative با جستجو برای یافتن مقالات با تاکید بر پژوهش‌های نگارنده و پژوهش‌های صورت گرفته در استان مازندران انجام شد. مقالات تکراری و غیر مرتبط از مطالعه خارج شدند، ۲۴ مقاله به دست آمد که به صورت متن کامل و قابل استفاده در این مطالعه بود. سال انتشار مقالات از ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۷ میلادی بود. در مجموع با بررسی ۲۴ مطالعه انجام شده توسط پژوهشگر، یک مطالعه‌ی سیستماتیک Narrative انجام شد. ۴ مطالعه در مورد افسردگی در بیماران قلبی بود و مطالعات دیگر هر کدام در مورد افسردگی و سایر بیماری‌های روان پزشکی در بیماری‌های جسمانی شامل سکته‌ی مغزی، دیابت، ریفلاکس گاستروازوفاژیال، مولتیپل اسکلروزیس، فیبرومیالژیا، بیماری‌های پوستی (پسوریازیس و سایر بیماری‌های پوستی)، بیماران همودیالیزی، تالاسمی ماژور، بیماران مبتلا به پارکینسون،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

خانم‌های نابارور، افرادی که از وزوز گوش شاکی بودند، جانبازان شیمیایی، افراد دچار قطع اندام تحتانی و آسیب تروماتیک به سر بود.

این مقاله مروری نشان داد که در بیماران با بیماری‌های جسمانی مزمن، احتمال بیماری‌های روان پزشکی به خصوص افسردگی بیش‌تر از جمعیت معمولی است (نتایج مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است). در مطالعات مختلفی که روی بیماری‌های قلبی- عروقی انجام شد، افسردگی را به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی در این بیماران معرفی نمودند. طبق این مطالعات، در سال ۸۵، قائمیان و همکاران نشان دادند که در بیماران با بیماری‌های قلب، افسردگی شایع است و مردان و افراد با وضعیت سلامت پایین‌تر (کسانی که از نظر کلاس عملکرد قلبی نیویورک در کلاس ۳ قرار می‌گیرند، احتمال افسردگی بیش‌تر از کلاس ۲ دارند) و بیماران با نمره بک بالاتر، Ejection fraction (EF) پایین‌تر دارند و نهایت این که در بیماران قلبی، درمان‌های دارویی و غیر دارویی افسردگی باید مدنظر باشد(۱۵).

در سال ۱۳۹۳، حسینی و همکاران مطالعه‌ای در مورد بررسی سطوح اضطراب و افسردگی به عنوان پیشگویی‌کننده مورتالیتی به دنبال انفارکتوس میوکارد در بیماران بستری شده در CCU بیمارستان‌های فاطمه الزهرای ساری و رازی قائم‌شهر را منتشر نمودند. آن‌ها در این مطالعه نشان دادند که در طول ۵ سال پیگیری، اضطراب با مرگ و میر همراه نبود، در حالی‌که افسردگی به‌طور معناداری مرگ را پیش‌بینی کرد که البته این ارتباط با تعدیل اثرات شدت بیماری و عوامل مخدوش‌کننده، معنی‌دار نبود(۱۶). در مقاله منتشر شده دیگری از حسینی و همکاران که نتیجه پیگیری ۵ ساله بیماران دچار انفارکتوس قلبی بود، افسردگی به عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده قوی کیفیت پایین زندگی در آینده بیماران نجات یافته از انفارکتوس قلبی مطرح شد. آن‌ها پیشنهاد کردند که توجه فوری به افسردگی و کاهش آن بعد از انفارکتوس قلبی، ممکن است منجر به بهبود کیفیت زندگی شود(۱۷).

در مطالعه‌ای دیگر، حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۴ نشان دادند تفاوت معناداری در میانگین امتیاز افسردگی، میان افراد سالم و مبتلایان به بیماری قلبی وجود دارد. هم‌چنین تفاوت معنی‌داری در میانگین امتیاز کیفیت زندگی میان افراد سالم و مبتلایان به بیماری قلبی وجود دارد. نتایج نشان داد که افسردگی و کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری در بیماران قلبی و افراد سالم، متفاوت است. افسردگی در افراد با بیماری قلبی بیش‌تر از افراد سالم بود(۱۸).

مطالعه حسن زاده و همکاران در سال ۱۳۹۳ نشان داد که افسردگی متعاقب سکته مغزی از فراوانی بالایی در جامعه برخوردار است و با عوامل خطرسازی چون جنسیت، دیابت و هیپرتانسیون ارتباط دارد. لذا تشخیص و درمان به موقع افسردگی و مداخله روان‌شناسان و روان‌پزشکان می‌تواند منجر به کاهش افسردگی بیماران، خصوصاً درجنس مؤنث شود، امید به زندگی را افزوده و در بهبود زندگی بیماران کمک‌کننده باشد(۱۹). هم‌چنین در مورد بیماران پوستی نیز مطالعاتی انجام گرفته است. گلپور و همکاران طی مطالعه‌ایی که روی بیماران با مشکلات پوستی در سال ۲۰۱۰ انجام دادند دریافتند که افکار خودکشی بین زنان با مشکلات پوستی بیش‌تر از مردان بود که البته این تفاوت بارز نبود که ممکن است ناشی از تعداد نامساوی مردان و زنان شرکت کننده در مطالعه باشد. آن‌ها در این مطالعه بیان کردند که در زنان مبتلا به بیماری‌های پوستی باید به جنبه اختلالات روان پزشکی بیماری توجه بیش‌تری نمود. توجه بیش‌تر به اختلالات روان‌پزشکی و درمان این بیماری‌ها، در بیماران پوستی می‌تواند منجر به کاهش استرس بیماران و بهبود احساس خوب بودن و کیفیت زندگی و حتی در مورد خود بیماری پوستی، رسیدن به مراحل مطلوب‌تر شود. متاسفانه، مطالعات نشان دادند که متخصصین پوست برای شناسایی اختلالات روان در بیماران پوستی موفق نیستند. بنابراین نیاز است متخصصین پوست بتوانند اختلالات روان‌پزشکی را در بیماران مبتلا به اختلالات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

پوستی برای مدیریت بهتر بیماری پوستی و کاهش عوارض جانبی روان‌پزشکی ارزیابی کنند(۲۰).

در مطالعه مورد شاهدی گلپور و همکاران در سال ۱۳۹۱ که روی ۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به پسورسازیس و ۱۰۰ نفر شاهد انجام شد، براساس پرسشنامه‌ی بک و پرسشنامه‌ی اضطراب The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) میزان افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا، به ویژه خانم‌ها، به طور واضح بیش‌تر بود(۲۱).

نصیری و همکاران در یک مقاله مروری منتشر شده در سال ۱۳۹۲، ۷ مقاله مربوط به وضعیت سلامت روان در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور را بررسی کردند و نشان دادند که بیماران با تالاسمی ماژور در ریسک اختلالات روان پزشکی می‌باشند و مشکلات سایکوسوشیال بیش‌تری نسبت به جمعیت عادی دارند. البته این مقاله شیوع اختلالات روان‌پزشکی و این که آیا بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور مثل سایر افراد جمعیت عادی در ریسک هستند یا ریسک بیش‌تری دارند را مشخص نکرد، لذا مشاهدات و مشاوره‌های روان پزشکی و مصاحبه ساختار یافته را به عنوان یک تست تشخیصی DSM4، برای تشخیص اختلالات محور ۱ (افسردگی ماژور) و رسیدن به داده‌های عمیق‌تر و قابل اعتمادتر، توصیه نمود(۲۲). در بررسی رابطه ناباروری و افسردگی، در سال ۱۳۸۹، پیوندی و همکاران، مطالعه‌ای روی خانم‌های مبتلا به ناباروری انجام دادند و نشان دادند که بین رضایتمندی از زندگی زناشویی و اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و با افزایش شدت افسردگی و اضطراب در فرد نازا، از میزان رضایتمندی زناشویی در آن‌ها کاسته می‌شود(۲۳).

در مورد بیماران تحت همودیالیز نیز نوروزی فیروز و همکارانش، ۲ مقاله راجع به بیماران تحت همودیالیز و اختلالات روان پزشکی منتشر نمودند و نشان دادند که افسردگی و کیفیت خواب ضعیف دو فاکتور مرتبط با بیماران همودیالیزی می باشند، اما بیماران علایم این اختلالات را آشکارا نشان نمی دهند، در ضمن، رابطه‌ی معنی‌داری بین کیفیت خواب و افسردگی پیدا کردند و نشان دادند که ۴۴/۸ درصد بیماران تحت همودیالیز درجاتی از افسردگی را دارند (۳۸/۷ درصد افسردگی خفیف، ۵/۵ درصد متوسط و ۰/۶ درصد شدید). هم‌چنین در این مطالعه، رابطه‌ی معناداری بین افسردگی و پارامترهای کلینیکی یافت شد، بر اساس شاخص تعیین افسردگی بک (BDI)، شاخص توده بدنی (BMI) بالای ۳۰، کاهش میزان اوره و افزایش فسفر به عنوان عوامل افزایش افسردگی پیش‌بینی شدند. طبق نتایج این مقالات، افسردگی به میزان ۱/۷ درصد برای هر واحد افزایش BUN کاهش می‌یافت و یک واحد افزایش فسفر موجب افزایش افسردگی تا ۳۰ درصد می شد و عنوان کردند که به نظر می‌رسد افزایش فسفر در بیماران همودیالیز به علت عدم رعایت رژیم غذایی کم فسفر و عدم مصرف داروهای کاهنده فسفر به دنبال افسردگی است و این که علامت افسردگی می‌تواند با علائم شدید جسمی (از دست دادن اشتها، مشکلات خواب و غیره) به علت عوارض روانی اورمیا در بیماران پنهان شود.

نتایج نشان داد که ۵۹/۶ درصد بیماران همودیالیزی از کیفیت خواب پایین رنج می‌بردند، که خودش به‌طور معنی‌داری با افسردگی مرتبط بود، اختلال خواب در هر واحد افزایش نمره افسردگی ۱۳ درصد افزایش یافت. در نهایت با توجه به شیوع افسردگی در بیماران همودیالیزی و ارتباط آن با برخی پارامترهای آزمایشگاهی، توصیه کردند توجه بیش‌تری به اندازه‌گیری منظم این پارامترها شود تا افرادی که در خطر هستند، شناسایی و درمان شوند. علاوه بر این، به دلیل ارتباط معنی‌دار بین افسردگی و کیفیت خواب، تاکید بر لزوم توجه بیش‌تر به این عوامل در سالمندان، زنان و کسانی که دوره‌های کوتاه‌تر همودیالیز در هر هفته دارند، نمودند(۲۵،۲۴). هم‌چنین اسپهبدی و همکاران، در مطالعه‌ای که در مورد اثر آموزش روان شناختی روی افسردگی و اضطراب در بیماران تحت همودیالیز در سال ۱۳۹۳ منتشر نمودند، نشان دادند، آموزش روانشناختی، امتیاز افسردگی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

HADS را به صورت قابل توجهی کاهش داد، اما تغییر قابل ملاحظه‌ای در امتیاز اضطراب ایجاد نکرد(۵) که این مطالعه اهمیت آموزش روان‌شناختی را در این بیماران پررنگ می‌کند.

مطالعه دیگری که در سال ۱۳۸۶ توسط حسینی و همکاران روی بیماران با شکایت وزوز گوش که مشکل ساختمانی (Organic) نداشتند، انجام شد، نشان دادند که افراد با وزوز گوش نسبت به گروه شاهد، اضطراب و افسردگی بالاتری داشتند(۲۴).

در مطالعه مورد شاهدی حسینی و همکاران (۱۳۹۲) روی جانبازان شیمیایی، نشان دادند که ۸۶/۱ درصد این جانبازان کیفیت خواب پایینی دارند و از دیدگاه سلامت روان، ۹۴/۶ درصد با مشکلاتی روبرو بودند و شدت افسردگی در جانبازان شیمیایی نسبت به سایرین بیش‌تر بود(۲۵).

در سال ۱۳۹۳ ارتباط افسردگی و ریفلاکس گاستروازوفاژیال نیز توسط حسینی و همکاران بررسی شد. آن‌ها نشان دادند که بین سلامت روان با بیماری ریفلاکس معده- مری ارتباط متقابل وجود دارد. سلامت روان در افراد مبتلا به ریفلاکس در مقایسه با افراد سالم در سطح پایین‌تری قرار داشت و فاکتورهای روانی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس بر برخی از بیماری‌های جسمی همچون اختلالات گوارشی (ریفلاکس) تاثیر می‌گذارند(۲۶).

حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۳، مطالعه‌ای در زمینه بررسی اختلالات روان پزشکی محور یک در مبتلایان به فیبرومیالژیا انجام دادند و نشان دادند که فراوانی اختلالات خلقی در بیماران فیبرو میالژیا ۳۴/۳۴ درصد می‌باشد و ۶۵/۶۵ درصد از مبتلایان به فیبرومیالژیا دچار اختلالات اضطرابی هستند و اختلالات سایکوتیک در این بیماران وجود ندارد. افراد دارای وضعیت اجتماعی- -اقتصادی ضعیف، بیش‌تر دچار افسردگی می‌باشند ولی در اختلالات اضطرابی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی برای همه سطوح یکسان است و به میزان اضطراب بستگی ندارد. آن‌ها هم‌چنین نشان دادند فشار خون، دیابت و تیرویید تاثیری بر اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی افراد مبتلا به فیبرو میالژیا نداشته است(۲۷). اما در مطالعه مورد شاهدی داوودی و همکاران در سال ۱۳۹۳ که روی بیماران آمپوته و گروه کنترل انجام شد، ارتباط معنی‌داری میان شیوع علائم افسردگی و اضطراب پس از آمپوتاسیون در میان بیماران در مقایسه با گروه کنترل پیدا نکردند(۲۸).

شیوع افسردگی در نمونه بیماران مبتلا به MS در مطالعه نصیری و همکاران (۱۳۹۵)، ۳۷/۲ درصد بود که بالاتر از شیوع کل افسردگی در جامعه کل ایران (۱۳/۶ درصد) بود(۲).

طبق مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۶)، بین بیماران پارکینسون به لحاظ شیوع افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. با توجه به اطلاعات به دست آمده از ۷۷ نفر بیمار پارکینسون، مشخص شده است که ۲۶ نفر (۳۴ درصد) دچار افسردگی و ۵۱ نفر (۶۶ درصد) فاقد افسردگی بودند. به‌طور کلی ۱۱/۳ درصد از نمونه آماری موجود دارای افسردگی بودند که تقریباً از هر ۳ نفر، یک نفر دچار افسردگی بود(۲۹).

در مطالعه اسکندری و همکاران (۱۳۹۶)، ۲۵/۴ درصد افراد مبتلا به دیابت، به اختلال افسردگی اساسی مبتلا بودند که شیوع بالاتری را در مقایسه با کل جامعه (۱۲/۷ درصد) نشان می‌داد(۳۰).

ناصری و همکاران در سال ۱۳۹۶، مطالعه‌ای در مورد ارتباط افسردگی و آسیب تروماتیک مغزی با ویژگی‌های دموگرافیک افراد انجام دادند و در این مطالعه نشان دادند که ارتباط معنی‌داری بین افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی و جنس وجود داشت و افسردگی در خانم‌ها بیش‌تر بود، اما افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی با سن و سطح تحصیلات و وضعیت تاهل و محل اقامت ارتباطی نداشت(۳۱).

طبق یافته‌های این مطالعات، شیوع اختلالات روان پزشکی به ویژه افسردگی در بیماران جسمانی مزمن زیاد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

است و ریسک بالاتری نسبت به جمعیت عادی برای ابتلا به افسردگی دارند و این مشکل باید در نظر گرفته شود. لذا بررسی و مشاوره روان پزشکی در بیماران جسمانی باید مد نظر باشد و یک مصاحبه‌ی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات روان‌پزشکی در این افراد پیشنهاد می‌شود. مطالعات بیش‌تر با مقالات بیش‌تر و بررسی این موضوع که آیا بیماری جسمی منجر به افسردگی شده یا افسردگی در این بیماران در ابتدا بیش‌تر بوده، مورد نیاز است و تحقیقات بیش‌تر در مورد شرایط متعدد پزشکی ضروری است.

۲۴ مطالعه که در استان مازندران انجام شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت که در مجموع این مطالعات، شیوع افسردگی در بیماری‌های جسمانی در رنج حدود ۱۳/۱ تا ۶۷/۴ درصد بود. بسته به نوع بیماری جسمی، شیوع افسردگی در برخی از انواع بیماری‌های جسمانی مزمن در خانم‌ها، در برخی در آقایان و در تعدادی از بیماری‌های جسمانی مزمن، به طور مساوی، در هر دو جنس مشاهده شد.

در مطالعه Katon (۱۹۹۰)، شیوع افسردگی در بیماری‌های قلبی ۱۵ تا ۲۳ درصد، در دیابت ۱۱ تا ۱۲ درصد و در بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی (COPD[1])، ۱۰ تا ۲۰ درصد بود و شیوع تمام عمر افسردگی در بیماری پارکینسون، ۴۰ تا ۵۰ درصد، در بیماری هانتینگتون، ۴۰ درصد، در MS[2]، ۱۰-۵۰ درصد، در آلزایمر ۵۵-۱۵ درصد و در حملات مغزی عروقی، ۵۰-۳۰ درصد بود. وی نشان داد که افسردگی در همزمانی با بیماری‌های جسمانی مزمن، منجر به تحمیل بار اقتصادی بیش‌تری می‌شود. هم‌چنین افسردگی منجر به ایجاد اثرات ناسازگارانه در بیماری‌های جسمانی مزمن، از جمله تشدید علائم جسمانی (به ویژه درد)، ناتوانی در عملکرد و تشدید رفتارهای تهدیدکننده‌ی سلامتی (چاقی، سیگارکشیدن، بی‌تحرکی)، کاهش مراقبت از خود و کاهش پذیرش درمان‌های پزشکی و اعمال اثرات ناسازگارانه مستقیم توسط سیستم عصبی اتونوم، هیپوتالاموس و اثرات ایمنولوژیک می‌شود(۳۲).

موسوی و همکاران در سال ۲۰۰۷، ۲۴۵۴۰۴ شرکت‌کننده از ۶۰ کشور در تمام مناطق جهان را بررسی کردند. در کل، شیوع یک ساله اپیزودهای افسردگی به تنهایی براساس مصاحبه ساختار یافته ICD10، ۳/۲ درصد، برای آنژین ۴/۵ درصد، برای آرتریت ۴/۱ درصد، آ برای آسم ۳/۳درصد و برای دیابت ۲ درصد بود. میانگینی بین ۹/۳ تا ۲۳ درصد از شرکت‌کنندگان، با یک یا بیش از یک بیماری جسمانی مزمن، افسردگی همزمان داشتند. براساس این نتایج، شیوع افسردگی همزمان با بیماری‌های جسمانی، به طور واضح بالاتر از احتمال افسردگی در غیاب یک بیماری جسمانی مزمن بود. آن‌ها نشان دادند که بعد از تطبیق عوامل اجتماعی-اقتصادی و شرایط سلامتی، افسردگی بیش‌ترین تاثیر را روی تشدید شرایط سلامتی در مقایسه با سایر شرایط مزمن دارد(۳۳).

Yohannes وهمکاران (۲۰۰۹)، در مطالعه‌ی مروری خود عنوان کردند شیوع افسردگی در بیماری COPD و نارسایی قلبی مزمن، بالاست (به ترتیب ۸۰-۸ درصد و ۱۰-۶۰ درصد). البته اشاره نمودند که ضعف متدهای مورد استفاده و استفاده از طیف وسیعی از ابزارهای تشخیصی، رسیدن به یک اجماع در شیوع را دشوار کرده است. میزان زیادی از پیچیدگی‌های تشخیص ناشی از همپوشانی علائم COPD با افسردگی، مثل خستگی و اختلال خواب و هم‌چنین همپوشانی علائم CHF با افسردگی است (در هر دو، خستگی، از دست دادن انرژی، کاهش اشتها، اختلالات خواب و کندی سایکوموتور و اختلال تمرکز دیده می‌شود)، که می‌تواند تشخیص افسردگی را دشوار نماید(۳۴).

Schlosser و همکارانش (۲۰۱۶) در مطالعه مروری سیستماتیک خود، شیوع افسردگی در بیماران با رینوسینوزیت مزمن را در رنج ۱۱ تا ۴۰ درصد گزارش نمودند و عنوان کردند بسته به شیوه‌ی تشخیص و

1. Chronic Obstructive Pulmunary Disease (COPD)
2. Multiple sclerosis(MS)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

حساسیت ابزار ارزیابی افسردگی، شیوع متغیر است(۳۵). در مطالعه مروری سیستماتیک Brostow و همکارانش (۲۰۱۷)، شیوع افسردگی در بیماران با بیماری عروق محیطی، در مطالعات مقطعی، ۱۱ تا ۴۸ درصد و در مطالعات طولی ۳ تا ۳۶ درصد گزارش شد(۱).

طبق مطالعه مروری Goh و Griva (۲۰۱۸)، بیماران با ESRD[1]، بیش از ۵ برابر جمعیت عمومی از افسردگی رنج می‌برند. میزان شیوع افسردگی گزارش شده در بیماران با CKD[2] در رنج بین ۲۰ تا ۳۰ درصد متغیر بود، البته باید در نظر داشت که روش‌های ارزیابی مورد استفاده برای شناسایی افسردگی، می‌تواند تخمین‌های شیوع را تحت تاثیر قرار دهد. با استفاده از مصاحبه های بالینی (مثل SCID و مصاحبه‌های تشخیصی)، در بیماران تحت دیالیز، میزان شیوع افسردگی ۲۲/۸ درصد گزارش شد. وقتی از پرسشنامه‌های پر شده توسط بیمار یا پزشک استفاده شد (مثل: BDI[3] و HADS[4])، شیوع افسردگی ۳۹/۳ درصد بود که به طور واضح بیش تر از شیوع قبلی بود(۳۶). همان‌طورکه در مطالعه کنونی و مطالعات مختلف مشهود است، دامنه شیوع افسردگی در بیماری‌های جسمانی مزمن بسیار گسترده گزارش شده است. دامنه تغییرات بالای مشاهده شده در این داده‌ها، ممکن است مربوط به عواملی از جمله استفاده از ابزارهای تشخیصی متفاوت، درجات مختلف شدت بیماری‌ها و شیوه و شرایط مطالعات (مثلاً در بیمارستان یا در جامعه) باشد. در غربالگری افسردگی، از مصاحبه بالینی ساختار یافته و یا مقیاس‌های معتبر ارزیابی توسط خود بیمار یا پزشک استفاده می‌شود. اگرچه این پرسشنامه‌ها می‌توانند وجود افسردگی را تشخیص دهند، اما تشخیص کلینیکی قطعی فراهم نمی‌کنند. مصاحبه بالینی ساختار یافته، در کل استاندارد طلایی در تشخیص اختلال افسردگی است که براساس کرایتریای تشخیصی مشخص (مثلاً مصاحبه بالینی ساختار یافته تشخیصی SCID-1) محقق می‌شود. با این حال، در بسیاری از مطالعات، شیوع افسردگی معمولاً توسط پرسشنامه‌های معتبر خود ارزیابی که توسط خود بیمار یا پزشک تکمیل می‌شوند، مثل BDI، PHQ[5] و HADS بررسی می‌شوند. این ارزیابی درکل درشرایط کلینیکی برای غربالگری و در تحقیقات بالینی برای دلایل عملی به منظور کاهش زمان و هزینه‌های مالی به‌کار می‌رود. در حالی‌که این ابزارهای غربالگری، تشخیصی نیستند بلکه در شناسایی کسانی که علائم قابل توجهی دارند، مفید هستند و ممکن است نیاز به ارزیابی بیش‌تری داشته باشند(۳۵).

در یک بررسی صورت گرفته در یک بیمارستان عمومی (بیمارستان امام خمینی ساری)، در مدت ۱۲ ماه، ۶۰۰ بیمار توسط پزشکان به واحد مشاوره روانپزشکی معرفی شدند. در این بررسی نشان داده شد شایع‌ترین علت ارجاع، ارزیابی وضعیت روانی بود. شایع ترین تشخیص‌های روان پزشکی نیز دلیریوم (۱۶ درصد)، اختلال افسردگی (۱۵ درصد)، اختلال شخصیت (۱۴ درصد)، اختلال سازگاری (۱۲/۵ درصد) و اختلال وابستگی به مواد (۱۱/۵ درصد) بود(۳۷). بر اساس تمامی موارد مطرح شده، نیاز شدیدی به تشخیص و درمان افسردگی در بیماری‌های جسمانی وجود دارد. به ویژه بیماری‌هایی که برای بیماران شرایط شدید تهدیدکننده حیات ایجاد کرده است.

در مجموع شیوع کلی افسردگی در بیماری‌های جسمانی مزمن، بر اساس مطالعه کنونی ۱۳/۱ تا ۶۷/۴ درصد براورد شد، که این دامنه تغییرات در شیوع افسردگی با توجه به روش‌های گوناگون غربالگری افسردگی و بیماری‌های جسمانی مختلف با شدت‌های مختلف، قابل توجیه است. با توجه به این‌که در مطالعات جهانی نیز دامنه شیوع افسردگی گزارش شده در بیماری‌های جسمانی مختلف گسترده بوده است، از جمله در Truamtic brain injury، شیوع افسردگی ۶ تا ۷۷

1. End Stage Renal Disease(ESRD)
2. Chronic Kidney Disease(CKD)
3. Beck Depression Inventory(BDI)
4. Hospital Anxiety and Depressive Scale (HADS)
5. Patient Health Questinnare(PHQ)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

درصد، در بیماری پارکینسون، شیوع افسردگی در دامنه ۲۰ تا ۹۰ درصد و یا در MS، شیوع افسردگی ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است(۳۸)، که عملاً دامنه شیوع افسردگی گزارش شده در مطالعات متعدد با شیوع گزارش شده توسط مطالعه ی کنونی مشابهت دارد. در مطالعه‌ی موسوی و همکاران (۲۰۰۷)، شیوع افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های دیابت و آسم و آرتریت و آنژین، بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته، ۹/۳ تا ۲۳ درصد گزارش شد(۳۳). این تفاوت مشاهده شده در گزارش شیوع افسردگی با مطالعه‌ی کنونی می‌تواند به علت روش‌های مختلف غربالگری و استفاده از پرسشنامه‌ها و مصاحبه بالینی باشد، با توجه به این‌که در مطالعه‌ی موسوی و همکارانش، از مصاحبه بالینی ساختار یافته جهت بررسی افسردگی استفاده شد. ضمن این‌که شیوع و شدت افسردگی در بیماری‌های جسمانی مختلف، متفاوت است. در کل جهت تشخیص قطعی افسردگی در این بیماران، بایستی از مصاحبه بالینی ساختار یافته استفاده شود و پرسشنامه فقط برای غربالگری به کار رود.

نهایت این‌که با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی در بیماری‌های جسمانی، لازم است پزشکان با این اختلال و علائم و عوارض آن و در عین حال درمان‌ها و اثر داروهای مختلف در ایجاد و تشدید علائم افسردگی آشنا باشند. این امر با ارتباط دوجانبه پزشکان مختلف با پزشکان مشاور روان پزشک محقق می‌شود.

جدول شماره ۱: افسردگی در بیماری های جسمانی

شماره	مطالعه	محقق	سال	بیماران	منبع نمونه گیری	تعداد	ابزار اندازه گیری افسردگی	تخمین افسردگی (% or Mean)	سایر اندازه گیری ها	نتیجه
۱	بررسی همراهی تالاسمی با افسردگی در شهرستان ساری(۳۹)	غفاری و همکاران	۲۰۰۴	مبتلایان به تالاسمی سنین ۹تا ۱۶ ساله	بیماران ۹ تا ۱۶ ساله ی مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان بوعلی سینا ساری و گروه شاهد دانش آموزان بدون بیماری مزمن در خود و بستگان درجه ۱، همتا با گروه مورد، از طریق انتخاب تصادفی مدارس (۱۶۵ بیمار و ۲۰۱ شاهد)	۳۶۶	CDS[1]	٪۱۴	-	*میزان افسردگی در بیماران مبتلا به تالاسمی به طور معناداری بیش تر از گروه شاهد بود.*
۲	افسردگی در بیماران با نارسایی قلبی و اثر سن، جنس، شدت افسردگی روی نارسایی قلبی بیماران	قائمیان و همکاران	۲۰۰۶ (۶ مهر ۸۵)	*بیماران نارسایی قلب بستری با عملکرد قلبی کلاس ۲،۳،۴ و EF کم تر از ۴۰ درصد از سپتامبر ۲۰۰۴ تا دسامبر ۲۰۰۵*	*بیماران بستری شده در یک مرکز قلب*	۱۹۶	BDI[2]	٪۲۳/۵	_	*-افسردگی در بیماران با نارسایی قلبی شایع است.* *-مردان و بیماران با وضعیت سلامتی پایین تر بیش تر محتمل است که افسرده شوند. (بیمارانی که در طبقه بندی در کلاس عملکردی قلب ۳ قرار می گیرند،بیش تر از بیماران کلاس ۲، احتمال کسب امتیاز افسردگی را دارند و بیماران با امتیاز بالاتر نمره ی یک، EF پایین تر دارند).* *-درمان دارویی یا غیر دارویی افسردگی در بیماران با نارسایی قلبی باید مد نظر باشد.*
۳	بررسی مقایسه ای سلامت روانی مبتلایان بتا تالاسمی ماژور ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی سینا ساری در بین سال های ۸۲ تا ۸۴ با گروه شاهد (۴۰)	حسینی و همکاران	2007 (فروردین ماه ۸۶)	*مبتلایان به تالاسمی ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان بوعلی سینا ساری*	*مبتلایان به تالاسمی ۱۵ تا ۲۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه تالاسمی بیمارستان بوعلی سینا ساری از خرداد ۸۲ تا اردیبهشت ۸۴ و گروه شاهد، از دانش آموزان ۶ دبیرستان و هلال احمر ساری به طور تصادفی (۱۲۵ نمونه، از هر یک از گروه های آزمایشی و شاهد)*	۲۵۰	SCL-90-R[3]	-	پرسشنامه بررسی مشخصات دموگرافیک	شکایت های جسمانی ،حساسیت در رابطه های متقابل، افسردگی، اضطراب و روان پریشی از مقیاس های ۹ گانه به طور معناداری بیش تر از گروه شاهد بود.
۴	بررسی رابطه افسردگی و اضطراب با وزوز گوش	حسینی و همکاران	2007 (۸۶)	بیمارانی با شکایت وزوز گوش که مشکل ساختمانی (Organic) نداشتند.	گروه مورد شامل بیماران مراجعه کننده به درمانگاه گوش و حلق و بینی بوعلی سینا، با شکایت وزوز گوش از حداقل ۶ ماه قبل، که مشکل ساختمانی (Organic) نداشتند. گروه شاهد از همراهان بیماران یا کارکنان بیمارستان	100	BDI	٪۲۰ نسبتا افسرده	پرسشنامه حالت – صفت اسپیلبرگر	-گروه مورد، وزوز گوش، اضطراب و افسردگی بالاتری نسبت به گروه شاهد داشتند -۵۲ درصد گروه مورد در مقایسه با ۸ درصد گروه شاهد افسردگی متوسط تا شدید داشتند.
۵	بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به تالاسمی ماژور در حاشیه ی جنوبی دریای خزر (۴۱)	خانی و همکاران	2009 (زمستان ۸۷)	کلیه ی مبتلایان به تالاسمی بالای ۱۵ سال	کلیه ی مبتلایان به تالاسمی بالای ۱۵ سال وابسته به تزریق خون مراجعه کننده به بخش های تخصصی تالاسمی بیمارستان های استان مازندران	687	SCL-90-R	٪۲۳ (افسردگی و اضطراب)	پرسشنامه ی جمعیت شناختی، SF36، LSI	بیماران مبتلا به تالاسمی در معرض ابتلا به انواع مختلف اختلالات روان پزشکی بوده و نیازمند مشاوران روان پزشکی مجرب می باشند.

1. Children's Depression Scale (CDS)
2. Beck's Depression Inventory (BDI)
3. Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

شماره	مطالعه	محقق	سال	یماران	منبع نمونه گیری	تعداد	ابزار اندازه گیری افسردگی	تخمین افسردگی (% or Mean)	سایر اندازه گیری ها	نتیجه
۶	سلامت روان و افکار خودکشی در بیماران با اختلالات پوستی	گلپور و همکاران	۲۰۱۰ (۸۸)	بیماران با اختلالات پوستی بالای ۱۵ سال	بیماران با اختلالات پوستی که به کلینیک پوست بیمارستان بوعلی سینای ساری ایران ارجاع شده بودند.	۶۸۱	GHQ-28[1], SSI[2] Questionnaire	٪۱۳،۱	پرسشنامه شامل متغیرهای دموگرافیک	-میزان اختلالات روان پزشکی در بیماران بسیار زیاد است که نیاز است تا درمانولوژیست ها توجه بیش تری به این م وضوع داشته باشند. -طبق GHQ-28 از کل شرکت کنندگان، ۵۱ بیمار (۷/۳ درصد) افکار خودکشی داشتند و با استفاده از پرسشنامه ی SSI افکار خودکشی در ۳۹ فرد دیده شد.
۷	شیوع افسردگی، اضطراب، رضایت زناشویی و فاکتورهای مربوط به ناباروری زنان ارجاع شده به کلینیک ناباروری شهر ساری در سال ۲۰۰۸	پیوندی و همکاران	2010 (۱۱ مهر ۸۹)	یماران زن نابارور	خانم های نابارور انتخاب شده از میان یماران ارجاع شده به کلینیک ناباروری امام خمینی و حضرت مریم	۲۰۰	BDI	٪۶۲	1.Ketel anxiety 2.Enrich marital satisfaction questionnaire	-افسردگی در ۶۲ درصد افراد شرکت کننده مشاهده شد. ۲۷/۵ درصد افسردگی خفیف، ۲۵/۵ درصد افسردگی متوسط و ۹ درصد افسردگی شدید. ۵و۴۹ درصد اضطراب داشتند، ۱۹ درصد اضطراب خفیف، ۱۷/۵ درصد اضطراب متوسط، ۱۱ درصد اضطراب شدید و ۲ درصد اضطراب بسیار شدید -ارتباط معناداری بین رضایت زناشویی با شدت افسردگی و اضطراب وجود داشت. در یماران با سطوح پایین تر از نظر شدت افسردگی و اضطراب، رضایت زناشویی بالا تر بود. -ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات و شیوع افسردگی به دست آمد. در سطح تحصیلات زیر دیپلم، افسردگی بیش تر بود.
۸	اختلالات افسردگی و اضطراب میان یماران با پسوریازیس: یک مطالعه ی مورد شاهدی مبتی بر یمارستان	گلپور و همکاران	2012 (۱۷ خرداد ۹۱)	یماران مبتلا به پسوریازیس	۱۰۰ یمار مبتلا به پسوریازیس و ۱۰۰ یمار با مشکلات گوش و حلق و سالم از نظر پوستی (گروه کنترل) که به بخش گوش و حلق و بینی یمارستان بوعلی شهرستان ساری ایران در سال ۲۰۰۷ مراجعه کردند.	۲۰۰	BDI	٪۶۷	Spielberger State-Trait Anxiety Scale I-II	-یماران مبتلا به پسوریازیس به طور معناداری، درجات بالاتری از افسردگی و اضطراب را نسبت به گروه کنترل گزارش کردند. -زنان مبتلا به پسوریازیس نسبت به مردان مبتلا به پسوریازیس افسرده تر بودند.
۹	سطوح اضطراب و افسردگی به عنوان پیشگویی کننده ی مورتالیتی به دنبال انفارکتوس میوکارد: پیگیری ۵ ساله	حسینی و همکاران	2014 (۳فروردین ۹۳)	یماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد	یماران بستری شده با تشخیص MI در بین سال های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ در CCU یمارستان رازی و فاطمه الزهرای دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۲۸۵	BDI	٪۶۷/۴	STAI	در طول ۵ سال پیگیری، اضطراب با مرگ و میر همراه نبود، در حالی که افسردگی به طور معنی داری مرگ را پیش بینی کرد، اما این ارتباط با تعدیل کامل اثرات شدت بیماری و عوامل مخدوش کننده، معنادار نبود.
۱۰	*ارتباط ریسک فاکتورهای احتمالی در شیوع افسردگی بعد از سکته مغزی*	حسن زاده و همکاران	2014 (۱۸ فروردین ۹۳)	سکته ی ایسکمیک مغزی	یماران بستری شده به علت سکته ی ایسکمیک مغزی در بخش نورولوژی یمارستان بوعلی سینای ساری	۱۱۶	DSM IV criteria and HADS[3]	٪۴۷/۴	-	-بعد از سکته ی مغزی، افسردگی بروز بالایی دارد که در زنان بیش تر است. -ارتباط معناداری بین افسردگی بعد از سکته ی مغزی و جنسیت و دیابت و افزایش فشار خون وجود دارد.
۱۱	نقش افسردگی و اضطراب در تخریب کیفیت زندگی در بازماندگان انفارکتوس میوکارد	حسینی و همکاران	2014 (۲۶ فروردین ۹۳)	یماران پذیرش شده در یمارستان به دنبال انفارکتوس قلبی غیرکشنده	یماران دچار انفارکتوس قلبی حاد غیر کشنده ی پذیرش شده در بخش مراقبت عروق کرونر یمارستان رازی و فاطمه زهرای ساری دانشگاه علوم پزشکی مازندران ساری، ایران	۱۹۶	BDI	٪۶۳/۸	STAI[4], SF-12 Quality of life questionnaire	-ارتباط قوی بین افسردگی پایه و کیفیت زندگی در هر دو زمینه ی فیزیکی و روانی وجود دارد؛ -امتیاز افسردگی بیش تر همراه است با کیفیت زندگی پایین تر -افسردگی و نه اضطراب بعد از انفارکتوس قلبی، پیشگویی کننده ی طولانی مدت کیفیت زندگی در بازماندگان انفارکتوس میوکارد است
۱۲	بررسی رابطه ی بین کیفیت خواب و سلامت روان در جانبازان شیمیایی درمقایسه با همسرانشان و یک گروه کنترل	حسینی و همکاران	2014 (۱۲ تیر ۹۳)	جانبازان شیمیایی با جراحت متوسط تا شدید	۳۷ جانباز شیمیایی با جراحت متوسط تا شدید بر اساس استاندارد های بنیاد شهدا و ایثارگران از استان مازندران انتخاب شدند، سپس همسران ۳۱ نفر از آن ها و ۱۵ نفر از اقوام نزدیک آن ها نیز به عنوان گروه کنترل وارد مطالعه شدند	83	GHQ	5.07 +_ 6.83	Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) for sleep quality	-بین سلامت روان و کیفیت خواب در جانبازان و همسرانشان ارتباط مثبت دیده شد. -کیفیت پایین خواب در جانبازان شیمیایی در مقایسه با همسران و اقوام نزدیکشان می تواند ناشی از مشکلات سلامت روانشان باشد نه اثرات شیمیایی و بیماری ریوی مزمن آن ها. لذا درمان سلامت روان می تواند گام مهمی برای بهبود کیفیت خواب جانبازان باشد.
۱۳	بررسی اختلالات روان پزشکی محور یک در یماران مبتلا به فیرومیالژیا	حسینی و همکاران	2014 (۱۵ بهمن ۹۲)	یماران مبتلا به فیرومیالژیا	یمار ۱۸ تا ۶۷ سال مبتلا به فیرومیالژیای مراجعه کننده به یمارستان امام خمینی و درمانگاه طبی شهرستان ساری در مدت ۶ ماه	۶۱	مصاحبه ی بالینی ساختار یافته SCID جهت تشخیص بر اساس DSM-IV-TR	٪۳۰/۳	اطلاعات دموگرافیک	فراوانی اختلالات خلقی در این یماران، ۳۴/۳۴ درصد و اختلالات اضطرابی ۶۵/۶۵ درصد بود که از این میان، ۳۰/۳ درصد اختلالات افسردگی اساسی، ۳/۰۳ درصد اختلالات دیستایمیک، ۲۱/۲۱ درصد اضطراب فراگیر، ۱۸/۱۸ درصد اختلال وسواس، ۱۶ درصد فوبی ها، ۸ درصد استرس بعد از تروما را نشان دادند و اختلالات سایکوتیک در این یماران وجود نداشت.

1. 28-Item General Health Questionnare (GHQ-28)
2. Scale for Suicidal Ideation questionnare (SSI)
3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
4. State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

شماره	مطالعه	محقق	سال	بیماران	منبع نمونه گیری	تعداد	ابزار اندازه گیری افسردگی	تخمین افسردگی (% or Mean)	سایر اندازه گیری ها	نتیجه
۱۴	افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در بیماران با امپوتاسیون اندام تحتانی در مقایسه با گروه کنترل در یک پیگیری ۶ ساله	داوودی و همکاران	2015 (۶ اسفند ۹۳)	بیماران با آمپوتاسیون اندام تحتانی	لیستی از بیماران با آمپوتاسیون اندام تحتانی (بین سال های ۸۲ تا ۸۸) از اسناد ثبت شده در بایگانی بیمارستان امام خمینی ساری جمع آوری شد و گروه کنترل نیز از بین افراد مشابه سازی شده از لحاظ مسائل دموگرافیک مانند جنس، سن، شغل و بیماری زمینه ای با گروه بیماران از درمانگاه ارتوپدی و جراحی عروق (۴۱ بیمار و ۴۱ کنترل، تطبیق یافته بر اساس خصوصیات دموگرافیک و بیماری زمینه)	۸۲	HADS, DSM IV	٪۵۰	12-Item Short Form Health Survey (SF-12)	-ارتباط معنا داری میان شیوع افسردگی و اضطراب پس از آمپوتاسیون در میان بیماران در مقایسه با گروه کنترل وجود نداشت. - ۲گروه نتایج مشابه در بعد روان اما پیامدهای متفاوتی در بعد فیزیکی نشان دادند. لذا مهم است که پزشکان روی برنامه های بازتوانی و استفاده از پروتز در چنین بیمارانی فوکوس کنند.
۱۵	کیفیت خواب و افسردگی و ارتباطشان با سایر فاکتورها در بیماران همودیالیز	نوروزی فیروز و همکاران	2015 (۲ آذر ۹۴)	بیماران تحت همودیالیز	مطالعه ی توصیفی همبستگی روی ۳۱۰ بیمار تحت همودیالیز در ۸ مرکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۳۱۰	BDI	٪۴۴/۸	پرسشنامه ی دموگرافیک , Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI).	-ارتباط معناداری بین افسردگی و فسفر و اوره ی بالای خون یافت شد. - کیفیت پایین خواب در ۷۳/۵ درصد بیماران همودیالیز مشاهده شد که ارتباط معناداری با سن، جنس زن و کاهش تواتر هفتگی دیالیز داشت. -افسردگی و کیفیت پایین خواب، دو فاکتور شایع در بیماران تحت همودیالیز می باشد، اما بیماران واضحاً علائم این اختلالات را نشان نمی دهند.
۱۶	مقایسه ی کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران نارسایی قلبی و افراد سالم	حسینی و همکاران	2016 (دی ماه ۹۴)	بیماران قلبی cardiac patients	تمام مراجعین به بیمارستان الزهرای ساری ایران و مطب ۲ پزشک کاردیولوژیست از ۱۰مهر تا ۲۰ آذر ۱۳۹۳، جهت بررسی یا درمان شامل ۲۰۰ بیمار قلبی (هدف) و ۱۰۰ فرد سالم	300	HADS	–	quality of life SF-12	-تفاوت معناداری در افسردگی و کیفیت زندگی بین بیماران نارسایی قلبی و افراد سالم وجود داشت. -افسردگی در افراد با نارسایی قلبی بیش تر از افراد سالم بود. - کیفیت زندگی در بیماران با نارسایی قلبی پایین تر از افراد سالم بود.
۱۷	شیوع اختلالات روان پزشکی در بیماران با مولتیپل اسکلروزیس در مازندران ایران	نصیری و همکاران	2016 (۱۵ تیر ماه ۹۵)	MS patients	اعضای جامعه ی MS مازندران	113	*DSM4(SCID 1)*[1]	٪۳۷,۲	پرسشنامه در مورد اطلاعات دموگرافیک questionnaire on demographic information	-بیماری های همزمان روان پزشکی در بیماران MS شایع است و شیوع اختلالات افسردگی در این افراد در مقایسه با جمعیت عمومی بیش تر است. -اختلالات روان اثر منفی روی سیر بیماری و کنترل آن دارد، لذا مداخلات روان پزشکی برای چنین بیمارانی توصیه می شود.
۱۸	ارتباط شیفت های همودیالیز با کیفیت خواب و افسردگی در بیماران همودیالیزی	نوروزی فیروز و همکاران	2017 (۲۹ تیر ۹۶)	Hemodialysis Patients	مطالعه ی توصیفی همبستگی، نمونه گیری تصادفی از واحد همودیالیز ۸بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران	310	BDI	۴۴/۸	پرسشنامه های دموگرافیک و بالینی، the Pittsburgh sleep quality index (PSQI),	- کیفیت خواب به طور معناداری با سن، جنس زن، بیسوادی، بیکاری، سکونت در مناطق روستایی، اعتیاد به خواب آورها، دیابت و سطوح فسفر مرتبط است. - رابطه ی معناداری بین افسردگی و سطوح فسفر یافت شد. -نمایه ی توده ی بدن بالای ۳۰، اوره ی پایین و فسفر بالا به عنوان فاکتورهای پیش گویی کننده ی افزایش افسردگی بودند.
۱۹	بررسی فراوانی اختلالات روان پزشکی و روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲	اسکندری و همکاران	۲۰۱۷ (۲۷ آبان ۹۶)	مبتلایان به دیابت تیپ ۲ با حداقل یک سال تجربه ی بیماری	مبتلایان به دیابت تیپ ۲ با حداقل یک سال تجربه ی بیماری که به کلینیک غدد شهر ساری ارجاع می شدند	۲۰۲	SCID-I	٪۲۵/۴	GHQ-28 (General health Questionnaire)	- ۲۵/۴ درصد بیماران اختلال افسردگی ماژور داشتند، ۳۴ درصد اختلال وسواس جبری داشتند، ۴/۶ درصد اختلال اضطراب فراگیر داشتند. - بر اساس مصاحبه ی کلینیکی SCID1، ۹/۵۷ درصد حداقل یک اختلال روان پزشکی و بر اساس پرسشنامه ی GHQ-28، ۳۷ درصد یک اختلال سلامت روان داشتند. - شیوع بالایی از اختلالات روان در بیماران مبتلا به دیابت تیپ ۲ یافت شد. این اختلالات اثر منفی روی کنترل و درمان دیابت دارند. لذا مشاوره های روان پزشکی منظم مورد نیاز است.
۲۰	بررسی مقایسه ای میزان افسردگی، سه سال بعد از آسیب تروماتیک مغزی در گروه های مختلف جمعیت شناختی	ناصری و همکاران	۲۰۱۷ (۱۰ دی ۹۶)	بیماران با آسیب مغزی تروماتیک	بیماران امام خمینی ساری بین سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴، از طریق نمونه گیری هدفمند	۹۷	BDI	۳۶/۰۵ (میانگین نمره ی افسردگی بک)	پرسشنامه ی دموگرافیک	-ارتباط معناداری بین افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی و جنس وجود داشت و افسردگی در خانم ها بیش تر بود. -افسردگی بعد از آسیب تروماتیک مغزی با سن و سطح تحصیلات و وضعیت تاهل و محل اقامت ارتباطی نداشت.
۲۱	اختلالات روان پزشکی در بیماران مبتلا به پارکینسون بر اساس مرور ساختار یافته	حسینی و همکاران	۲۰۱۷ ۹۶	Parkinson's patients	بیمار مبتلا به پارکینسون مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی و نورولوژی	۱۰۰	SCID1	۳۴ درصد	demographic questionnaire	-مطالعه نشان داد که اختلالات روان پزشکی، به ویژه اختلالاتی مثل افسردگی در بیماران مبتلا به پارکینسون در مقایسه با جمعیت عمومی، بیش تر است. -با توجه به تأثیر منفی اختلالات روان بر سیر بیماری پارکینسون و هم چنین سیر مزمن بیماری پارکینسون، لازم است مداخلات روانپزشکی برای این بیماران به طور جدی در نظر گرفته شود.

1. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

References

1. Brostow DP, Petrik ML, Starosta AJ, Waldo SW. Depression in patients with peripheral arterial disease: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs 2017; 16(3): 181-193.
2. Nasiri M, Hosseini H, Sakhaei Y, Tabrizi N, Yazdani Cherati J, Abedini M. Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Multiple Sclerosis in Mazandaran, Iran. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(140): 60-70 (Persian).
3. Schlosser RJ, Gage SE, Kohli P, Soler ZM. Burden of illness: A systematic review of depression in chronic rhinosinusitis. Am J Rhinol Allergy 2016; 30(4): 250-256.
4. Battle C, James K, Temblett P. Depression following critical illness: Analysis of incidence and risk factors. Journal of the Intensive Care Society 2015; 16(2): 105-108.
5. Espahbodi F, Hosseini H, Mirzade MM, Shafaat AB. Effect of psycho education on depression and anxiety symptoms in patients on hemodialysis. Iran J Psychiatry Behav Sci 2015; 9(1): e227 (Persian).
6. Yirmiya R. Depression in medical illness: The role of the immune system. West J Med 2000; 173(5): 333-336.
7. Brown ES, Varghese FP, McEwen BS. Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? Biol Psychiatry 55(1): 1-9.
8. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol Psychiatry 2003; 54(3): 216-226.
9. Gleason OC, Pierce AM, Walker AE, Warnock JK. The two-way relationship between medical illness and late-life depression. Psychiatr Clin North Am 2013; 36(4): 533-544.
10. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neuro Sci 2011; 13(1): 7-23.
11. Goldberg D. The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry 2010; 9(1): 16-20.
12. Rao C, Ramu SA, Maiya PP. Depression in adolescents with chronic medical illness. Int J Adolesc Med Health 2011; 23(3): 205-208.
13. Boockvar K. Impact of depression and mental illness on outcomes of medical illness in older adults. Clinical Therapeutics 2014; 36(11): 1486-1488.
14. Sheehan AM, McGee H. Screening for depression in medical research: ethical challenges and recommendations. BMC Med Ethics 2013; 14: 4.
15. Ghaemian A, Mohammadpour RA, Hosseini SH, Emadi SH. Depression in heart failure patients and the influence of age, gender and severity of depression on heart failure patients. The Journal of Tehran University Heart Center 2007; 2(1): 31-34 (Persian).
16. Hosseini SH, Ghaemian A, Mehdizadeh E, Ashraf H. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality following myocardial infarction: A 5-year follow-up. Cardiol J 2014; 21(4): 370-377.
17. Hosseini SH, Ghaemian A, Mehdizadeh E, Ashraf H. Contribution of depression and anxiety to impaired quality of life in survivors of myocardial infarction. Int J Psychiatry Clin Pract 2014; 18(3): 175-181.
18. Mathmir S, Hosseini SH, Nabati M. Comprising the Quality of Life and Depression in Heart Failure Patients and Healthy Individuals. J Curr Res Sci 2016; S(1): 60-63

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

19. Hasanzadeh R, Hosseini SH, Abedini M, Enayati H. The Relationship of Possible Risk Factors in Prevalence of Post Stroke Depression. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(111): 60-66 (Persian).
20. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Mokhmi H. Mental health and suicidal ideation in patients with dermatologic disorders. World Appl Sci J 2010; 11(5): 573-577.
21. Golpour M, Hosseini SH, Khademloo M, Ghasemi M, Ebadi A, Koohkan F, et al. Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. Dermatol Res Pract 2012; 2012: 381905.
22. Nasiri M, Hosseini H, Shahmohammadi S. Mental health status in patients with Thalassemia major in Iran. JPR 2014; 2(1): 55-61 (Persian).
23. Peyvandi S, Hosseini SH, Daneshpour M, Mohammadpour R, Qolami N. The prevalence of depression, anxiety and marital satisfaction and related factors in infertile women referred to infertility clinics of Sari city in 2008. J Mazandaran Univ Med Sci 2011; 20(80): 26-32 (Persian).
24. Firoz MN, Shafipour V, Jafari H, Hosseini SH, Charati JY. Sleep Quality and Depression and Their Association with Other Factors in Hemodialysis Patients. Glob J Health Sci 2016; 8(8): 121-127.
25. Norozi Firoz M, Shafipour V, Jafari H, Hosseini SH, Yazdani-Charati J. Relationship of Hemodialysis Shift With Sleep Quality and Depression in Hemodialysis Patients. Clin Nurs Res 2017; 1054773817731852.
26. Hosseini SH, Poormoosa R, Sheikh Moonesi F, hosseininasab aa. Evaluation of depression and anxiety inpatients with tinnitus. J Mazandaran Univ Med Sci 2008; 17(62): 63-68 (Persian).
27. Hosseini SH, Yaghoobi R, Haghdoost F, Dooshan A, Yekta SJ. Investigating the Relationship between Sleep Quality and Mental Health in Chemical Veterans in Comparison with Their Spouses and a Control Group. Int J Clin Med 2014; 5(4): 162-166.
28. Hosseini SH, Khaleghi Kiadehi N, Fakhri K, Alipour A, Zamani F. The Relationship between Mental Health and Quality of Life with Gastroesophageal Reflux. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 24(122): 81-88 (Persian).
29. Hosseini SH, Yaghoobi H, Mobin M. Analysing Axis One Psychiatric Disorders in Fibromyalgia Patients. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 24(122): 348-353 (Persian).
30. Davoodi M, Hosseini SH, Noorozi K, Mohammadpour Tahamtan RA. Depression, Anxiety and Quality of Life in Patients with Lower Limb Amputation Compared with Controls in a 6-year Follow-up. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(124): 19-25 (Persian).
31. Hosseini SH. Psychiatric disorders in patients suffering from Parkinson's based on structural interviews. 2018.
32. Eskandari Khanghahi M, Hosseini H, Akha O, Nasiri M. Frequency of Psychiatric and Psychological Disorders in Patients with Type II Diabetes. J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27(155): 37-45 (Persian).
33. Naseri Qara FZ, Shafizad M, Hosseini SH. Relationship between Depression after Traumatic Brain Injury and Demographic Characteristics in a Three-Year Follow-up. J Mazandaran Univ Med Sci. 2018; 27(157): 133-143 (Persian).
34. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatry. 1990; 51 Suppl (Suppl 6): 3-11; discussion 12-14.
35. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]

and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet 2007; 370(9590): 851-858.

36. Yohannes A, Willgoss T, Baldwin R, Connolly M. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 25(12): 1209-1221.
37. Schlosser RJ, Gage SE, Kohli P, Soler ZM. Burden of illness: A systematic review of depression in chronic rhinosinusitis. Am J Rhinol Allergy 2016; 30(4): 250-256.
38. Goh ZS, Griva K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges–a narrative review. Int J Nephrol Renovasc Dis 2018; 11: 93-102.
39. Hosseini SH, Mortazavi M. Frequency of Referral Rate and Psychiatric Diagnoses in Sari Imam Khomeini Hospital during 2008 and 2009. J Mazandaran Univ Med Sci 2011; 20(80): 63-68 (Persian).
40. Sadock BJ, Virginia AS, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer; 2017.
41. Ghaffari Saravi V, Zarghmi M, Ebrahimi E. The Prevalence of Depression in Thalassemic Patients in the City of Sari. IJPCP 2004; 9(3): 33-40 (Persian)
42. Hosseini SH, Khani H, Khalilian AR, Vahidshahi K. Psychological Aspects in Young Adults with Beta-Thalassemia Major, control group. J Mazandaran Univ Med Sci 2007; 17(59): 51-60 (Persian).
43. Khani H, Majdi MR, Marzabadi EA, Montazeri A, Ghorbani A, Ramezani M. Quality of life of Iranian beta-thalassaemia major patients living on the southern coast of the Caspian Sea. East Mediterr Health J 2012; 18(5): 539-545.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-29]