

# 透析患者的憂鬱現象及其護理處置

周麗華

## 摘要

憂鬱是末期腎臟疾病患者常見的心理問題，會影響病人的日常生活和身體功能，嚴重者甚至選擇放棄透析治療或自殺。藉由本文提供護理人員對憂鬱概念、評估工具、治療方式及護理處置有進一步認識，期望護理人員可利用具信效度之量表評估患者的憂鬱狀況。除了增加透析次數外，能使用認知行為策略以增加患者的正向認知，減少負向情緒；並藉由信念的改善，進而減輕病人的憂鬱現象。

**關鍵字：**憂鬱、末期腎臟疾病、血液透析、腹膜透析、護理處置

## 前言

隨著醫療科技進步，國民平均壽命延長，慢性疾病患者日益增多，而腎臟疾病患者亦有逐年增加的趨勢（中華民國腎臟基金會，2008）。末期腎臟疾病（end stage renal disease, ESRD）俗稱尿毒症，是一種不可逆的腎臟功能損壞，除了腎臟移植外，患者須終身接受血液透析（hemodialysis, HD）或腹膜透析（peritoneal dialysis, PD）治療，以維持生命（Sosa-Guerrero & Gomez, 1997）。

根據中華民國腎臟基金會 96 年度統計，國內共有 50,075 人接受透析治療。透析患者面臨疾病、治療、飲食限制、時間受

限、角色改變和失去控制感等困擾，使心理產生極大壓力，壓力的結果引起不適應行為，影響疾病過程和病人服從性，導致病人產生憂鬱現象（Cukor, Cohen, Peterson, & Kimmel, 2007；O'Brien, 1990；Reiss, 1990）。

文獻指出約有 20~40% 末期腎臟疾病患者曾有憂鬱現象（Drayer et al., 2006；Kim et al., 2002；Kimmel, 2001；Wilson et al., 2006）。長期透析患者具憂鬱現象會對身體和心理造成影響、降低生活品質、減少自我照顧的動機以及增加住院率（Kalender, Ozdemir, Dervisoglu, & Ozdemir, 2007；Kimmel,

---

台北馬偕紀念醫院血液透析室護理長

受文日期：98 年 1 月 19 日 修改日期：98 年 2 月 15 日 接受刊載：98 年 4 月 7 日

通訊作者地址：周麗華 台北市中山北路二段 92 號 6 樓 台北馬偕醫院 血液透析室

電話：(02) 25433535 轉 2068 電子信箱：chou30@ms1.mmh.org.tw

2001；Knight, Ofsthun, Teng, Lazarus, & Curhan, 2003；Lopes et al., 2002）。此外，約有 20% 透析病人因憂鬱而選擇放棄治療（Neu, & Kjellstrand, 1986；Cohen, Germain, & Poppel, 2003），甚至有 3.4% 患者因重度憂鬱而產生自殺行為（Blair-West, Cantor, Mell-sop, & Eyeson-Annan, 1999；Kurella, Kimmel, Young, & Chertow, 2005）。所以，護理人員需瞭解透析患者的憂鬱現象並將憂鬱納入護理評估中，以利早期發現、及時提供協助。

## 文獻查證

### 一、憂鬱的概念

憂鬱一詞涵義很多、用詞很廣，是一種複雜的感覺，包括憂愁、無助、失望和沮喪等情緒反應，它常與多重失落和老化過程中許多的生活改變有關，包括慢性疾病、寂寞和缺少社會支持等（胡，1989；Turvey, Carney, Arndt, Wallace, & Herzog, 1999）。Insel 和 Badger（2002）指出憂鬱不是一種單一失調，而是由各種症狀形成，有不同嚴重度，個人常因缺乏興趣及注意力無法集中，出現用字困難及說話速度變慢，導致難以學習新事物。此外，Wang（2001）也認為憂鬱的特徵包括心情低落、悲傷、對未來悲觀、自責或自我批判、激動或遲緩、思考緩慢、注意力無法集中、食慾變差及睡眠障礙等。因此，人在一生中多少都有過憂鬱的經驗，例如遭遇生病、失敗、失戀、親友死亡及意外事故等。當事件發生後，多數人短時間內身心會恢復正常，但有少數人則長期處於情緒低落狀態，產生對壓力耐受力降低，嚴重者會有自殺的意圖及行為產生（魏，1994）。

精神疾病診斷準則手冊第四版（DSM-IV）對憂鬱症的定義是指病人出現心情憂鬱、失去喜悅或興趣持續 2 週以上，並同時伴隨下列至少五項或以上的症狀，在心理認知症狀包括悲傷、無價值感、低自尊、思考專注力減退、強烈罪惡感、自殺或死亡意念或行為等，在身體症狀包括疲憊、失去活力、睡眠障礙、食慾變差、體重改變等（孔，2002；Chilcot, Wellsted, Silva-Gane, & Farrington, 2008）。

總而言之，憂鬱是一種負向的情緒反應，與生理、心理、社會、環境有關，長時間的情緒低落，不但影響個人功能，甚至威脅其生命。

### 二、透析患者合併憂鬱傾向之相關研究

憂鬱症是透析患者最常見的心理問題，透析病人因多重壓力，造成憂鬱傾向，常見的特徵為無望感和苦惱（Kim et al., 2002）。日復一日的常規透析治療和不穩定的健康狀況會使病人產生無望感，而造成憂鬱。

Koo 等（2003）研究發現血液透析患者貝氏憂鬱量表得分與血清白蛋白（ $r = -0.47$ ;  $p < 0.001$ ）、標準化蛋白質分解代謝率（normalized protein catabolic rate, NPCR）（ $r = -0.32$ ;  $P < 0.05$ ）、主觀整體評估（subjective global assessment, SGA）（ $r = -0.47$ ;  $p < 0.01$ ）、三頭肌厚度（triceps skin fold thickness）（ $r = -0.40$ ;  $p < 0.05$ ）、上臂中段圓周長（midarm muscle circumference）（ $r = -0.57$ ;  $p < 0.01$ ）、身體質量指數（body mass index, BMI）（ $r = -0.28$ ;  $p < 0.05$ ）等營養指標之分數成負相關，顯示血液透析患者憂鬱程度愈嚴重，其營養狀況愈差。Bilgic 等

(2007) 以貝氏憂鬱量表和營養不良-發炎狀態量表 (malnutrition-inflammation score, MIS) 更進一步探討長期血液透析患者憂鬱與營養、發炎之間的關係，結果顯示貝氏憂鬱量表得分  $\geq 19$  分者，其 MIS 得分 ( $9.0 \pm 3.2$  vs.  $6.5 \pm 2.5$ ;  $p < 0.005$ ) 較高，表示具有憂鬱傾向者，其營養不良及體內發炎狀態較嚴重。

透析患者的憂鬱現象除了與營養、發炎反應有關之外，還與死亡率有顯著相關。Diefenthaler 等 (2008) 以貝氏憂鬱量表測量 40 位接受血液透析治療的患者，得分  $\geq 14$  分具憂鬱傾向者有 22 位， $< 14$  分有 18 位，追蹤二年，預測其死亡率，結果二組的存活率分別為 37% 及 95%，憂鬱組之死亡危險性增加 6.5 倍。

此外，Watnick 等 (2003) 以貝氏憂鬱量表測量接受血液透析治療 2~10 天的患者共 123 人，發現約有 54 人 (44%) 呈現輕度到重度憂鬱，其中只有 9 位 (16%) 病人接受治療，治療比率偏低。Taskapan 等 (2003) 針對透析治療 1~2 年的患者共 30 位以漢氏憂鬱量表調查，探討憂鬱與 C-reactive protein (簡稱 CRP, 屬急性發炎指標) 之間的關係，結果約有 46.6% 具憂鬱傾向，但憂鬱與 CRP 值無顯著相關。而 Pang 等 (2001) 針對透析 3 年以上的患者以流行病學研究中心憂鬱量表測量憂鬱狀況與水分控制之間的關係，結果約有 67.4% 具憂鬱傾向，二次透析間體重增加平均值為 0.78kg/天，超過最大建議量 0.9kg/天的患者有 32.6%，但憂鬱狀況與水分控制無顯著相關。由以上得知，不論患者接受透析治療時間長短，均可能出現憂鬱情緒反應。

### 三、評估工具

國內外目前有許多量表用來評估透析患者憂鬱現象，這些量表都具有高度的特異性、敏感性和效度。常見的憂鬱量表包括下列五種：

(一) 台灣人憂鬱問卷 (Taiwanese Depression Questionnaire, TDQ)

由李昱等人於 1998 年發展，曾以高雄社區民眾測試信效度，其 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.90，採同時效度 (concurrent validity)，其 ROC 曲線為 0.92，在分數切點 (cut-off score) 19 分時，敏感度 (sensitivity) 為 0.89，特異度 (specificity) 為 0.92，表示具有高度的效標關聯效度 (criterion-related validity)。問卷共 18 題，採 4 點計分法，從 0 (沒有) 到 3 (嚴重) 分，分數  $\geq 19$  分表示具憂鬱傾向 (Lee, Yang, Lai, Chiu, & Chau, 2000)。

(二) 貝氏憂鬱量表 (Beck Depression Inventory, BDI)

BDI-I 由 Beck 等人於 1961 年發展，問卷之折半信度 (split-half reliability) Pearson  $r$  值為 0.86，共 21 題，採 4 點計分法，從 0 (沒有) 到 3 (嚴重) 分，其分數  $\leq 9$  分表示沒有憂鬱現象、10 - 18 分表示輕度到中度憂鬱、19 - 29 分表示中度到重度憂鬱、 $\geq 30$  分表示重度憂鬱 (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)。BDI-II 於 1996 年由美國精神科協會修訂，內容做部分修訂，仍維持 21 題，採 4 點計分法，從 0 (沒有) 到 3 (嚴重) 分，其分數切點與 BDI-I 有不同，0-13 分表示輕微憂鬱、14-19 分表示輕度憂鬱、20-28 分表示中度憂鬱、29-63 分表示重度憂鬱。與漢氏憂鬱

量表之 Pearson  $r$  值為 0.71，一週後再測信度 Pearson  $r$  值為 0.93，其 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.91 (Beck, Steer, & Brown, 1996)。

(三) 流行病學研究中心憂鬱量表 (the Nation Institute of Mental Health Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D)：

由 Radloff 於 1970 年發展，共 20 題，採 4 點計分法，從 0 (沒有) 到 3 (嚴重) 分，其分數  $\geq 16$  分表示具憂鬱傾向。問卷 Cronbach's  $\alpha$  值在一般族群為 0.85、病人族群為 0.90 (Radloff, 1977)；CES-D 中文版的 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.92，具有高度的內在一致性 (Rankin, Galbraith, & Johnson, 1993)。

(四) 醫院焦慮憂鬱量表 (Hospital Anxiety Depression Rating Scale, HADS)

由 Zigmond 和 Snaith 於 1983 年發展，共 14 題，焦慮和憂鬱各 7 題，採 4 點計分法，0 (沒有) 到 3 (嚴重) 分，其分數 0-7 分表示正常、8-10 分表示邊緣性異常、11-21 分表示各具有焦慮或憂鬱。問卷焦慮之內在信度 (items correlation) 為 0.41-0.76，與 psychiatric ratings 之 Spearman  $r$  值為 0.74；憂鬱之內在信度 (items correlation) 為 0.3-0.6，與 psychiatric ratings 之 Spearman  $r$  值為 0.70 (Zigmond & Snaith, 1983)。

(五) 漢氏憂鬱量表 (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

由 Hamilton 於 1960 年發展，1967 年增修，因此有 17 題及 21 題版本，目前仍以 17 題版本較廣為使用。17 題版本中有 8 題採 3 點計分法，從 0 (沒有) 到 2 (嚴重) 分、9 題採 5 點計分法，從 0 (沒有) 到 4

(嚴重) 分，總分為 0-52 分，分數 0-6 分表示正常、7-17 分表示輕度憂鬱、18-24 分表示中度憂鬱、 $>24$  分表示重度憂鬱。問卷之內在信度 (item-total correlation) 為 0.2-0.8，評量者間信度 (inter-rater reliability) 為 0.84 (Hedlund & Vieweg, 1979)。

以上五種量表，以貝氏憂鬱量表的引用率最高，也是最早被廣泛用於校園和臨床研究 (Chilcot et al., 2008；Cohen, Norris, Acquaviva, Peterson, & Kimmel, 2007)。

#### 四、治療方式

透析患者憂鬱症的治療方式包括腎臟替代治療、藥物和心理治療，以下分別敘述之。

##### (一) 腎臟替代治療

尿毒素會傷害中樞神經系統，影響神經物質的合成和代謝，因此增加透析次數，可以改善病人的憂鬱現象。傳統血液透析治療增加次數的方法，可改為居家血液透析治療，包括短時日間居家血液透析 (short daily home hemodialysis, SDHHD) 或夜間居家血液透析 (nocturnal home hemodialysis, NHHD) 二種；而腹膜透析治療則可增加換液次數或換液量 (Kurella, Suri, & Chertow, 2005；Smogorzewski, Ni, & Massry, 1995；Ting, Kjellstrand, Freitas, Carrie, & Zarghames, 2003)。其次，對透析病人而言，接受腎臟移植也可減少焦慮和憂鬱現象 (Cameron, Whiteside, Katz, & Devins, 2000)。

此外，研究顯示接受腹膜透析治療的患者發生憂鬱現象顯著低於血液透析患者，因為腹膜透析患者居家治療生活型態較

自由，擁有更多的自主權和控制感（Kalender et al., 2007；Wuerth et al., 2002）。

## （二）藥物治療

抗憂鬱藥物包括單胺再吸收抑制藥物（monoamine reuptake inhibitors, MRI）、單胺氧化酶抑制劑藥物（monoamine oxidase, MAOI）、三環抗抑鬱劑（tricyclic antidepressants, TCA）、選擇性血清激素再回收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI）和鎮靜劑五種，其中 MAOI 因使用上禁忌多，較少使用。近年來因 MRI 藥物副作用大，所以臨床上漸漸為 SSRI 取代。SSRI 作用在於阻斷血清激素輸送回細胞的傳輸體，使得血清激素無法回收到神經細胞，因此提高細胞間隙的血清激素濃度，以達到治療憂鬱症的效果，最常見的藥物為百憂解 Prozac（學名 fluoxetine）（廣譯，2001；楊、鄭，2006）。

SSRI 藥物治療通常需要二~三週才有顯著成效，如果與 block cytochrom 450 合併使用，可以增加藥物的交互作用（Chilcot et al., 2008）。

## （三）心理治療

心理治療的目的是透過心理學方法，解決因情緒困擾的行為問題。其作法是運用專業助人的技巧，協助病人建立治療性關係，藉此慢慢改善病人的症狀，甚至改變人格特質，進而使病人更成熟面對未來（楊、鄭，2006）。治療方式包括認知行為治療（cognitive behavior therapy, CBT）和支持性心理治療。

認知行為治療（cognitive behavior therapy, CBT）對於輕、中度憂鬱症的療效

不亞於藥物治療，但對於重度憂鬱症仍以藥物治療為首選。認知行為療法幫助病患檢視自己的想法，並且發展新的認知及行為策略（楊、鄭，2006）。研究顯示認知行為治療可以有效的減輕透析病人的憂鬱現象（Hener, Weisenberg, & Har-Even, 1996；Leake, Friend, & Wadhwa, 1999）。

支持性心理治療的目的除了維持病人自我功能外，同時也能釋放病人壓抑已久的感覺，透過治療者的協助，撫慰並發洩內在的傷害、內疚、憤怒及失望等感覺，運用同理心，陪伴病人走過心理創傷的歷程（楊、鄭，2006）。

## 五、護理處置

憂鬱症病人常表現悲傷、情緒低落、想法消極、對所有事情沒興趣，甚至有罪惡感，因此，護理人員應該以愛心、耐心以及信心對待患者，並給予肯定、鼓勵。此外，具有自殺意念，是讓家屬和護理人員感到較無力的問題，必須隨時警覺觀察，才可使病人的傷害降至最低。對於照護透析患者合併憂鬱症的護理原則如下（邱，1995；賴，2001；陳，2002；楊、鄭，2006；陳、曾，2007）：

### （一）建立護病關係

護理人員需要以溫和、真誠、瞭解以及支持的態度，協助病人，使病人體會到自己是被接受的。但不要過分同情，否則會增加憂鬱的情緒，只要表示接受的態度。當病人說話時耐心傾聽，不催促，讓病人有安全感，有助於關係的建立。

## （二）協助做決定

猶豫不決是憂鬱患者常見的情況，使得做決定及開始行動會有很大困難。因此要鼓勵病人瞭解自己的喜好，主張自己的權利，並且要支持病人，與病人共同面對問題，剛開始可以暫時先替他做決定，減輕他的負擔，之後慢慢的讓他學習自己獨立作決定，負起責任。

## （三）減輕負向思想

憂鬱是一種情緒反應，伴隨負向的自我概念、低自尊、退縮、罪惡感、無望感及自我懲罰等想法。護理人員為減輕病人的負向思想，要同理他的沮喪與擔心，鼓勵病人瞭解和談論自己的想法與感覺，並學習自我表達，以較正向、積極的態度面對事情，提升自我價值感。當病人出現不合理的想法時，應教導病人增強自我功能並控制病態想法，或主動尋求協助。因此改變病人的思想過程，加強其自尊，發展出實際且正向的自我，讓病人覺得自己能夠被大家接受、有希望、有歸屬感，並且能夠與他人建立良好的人際關係。

## （四）協助家屬察覺及照護

增進家屬對疾病的認識，教導家屬居家注意病人的情緒表現、認知能力、外表裝扮、行為舉止、飲食攝取和睡眠等各方面與以前明顯不同之處。病人常因無價值感而忽略個人衛生和週遭環境，因此護理人員必須耐心引導改善，教導家屬協助病人維持外表整齊清潔，當病人表現進步時，給予肯定與讚美，增加自信心。

在飲食攝取方面，透析病人輕度憂鬱可能會吃東西發洩，造成水分及鉀離子攝

取過多，導致肺水腫及高血鉀危險性；而重度憂鬱者通常不吃東西，造成營養不良，免疫功能下降，因此護理人員必須教導家屬注意病人飲食攝取，對於攝取過多者，須給予限量，對於厭食者，則協助準備食物並鼓勵進食，可採少量多餐方式。

在休息和睡眠方面，透析治療會造成疲憊現象，因此具憂鬱傾向病人居家可能時常臥床，若無法得到真正休息，反而更疲倦，因此護理人員可教導家屬，協助安排病人喜歡且簡單的活動，鼓勵病人參與，減少白天臥床。若晚上入睡困難或半夜醒來無法再睡著，依醫囑可給予非巴比妥鹽類藥物，以達到安眠效果。

在預防自殺方面，病人罹患憂鬱症常有自殺念頭，因此定期做自殺評估及環境安全評估非常重要。此外，平常應讓病人感受到被關心、被尊重，當病人的情緒與認知獲得滿足之後，則會減輕自殺意念。病人產生自殺意念最可能付諸行動的時機，是在恢復期憂鬱症狀開始減輕時，因此必須教導家屬隨時注意居家環境安全，並對病人持續觀察，注意病人的言行舉止，尤其具有動靜脈瘻管的病人，更須預防割瘻管自殺，一旦病人割瘻管會引發大出血，嚴重者幾分鐘內死亡。因此對於具有強烈企圖自殺的病人，應協助家屬安排病人住院就醫治療，避免悲劇產生。

## （五）家屬的支持及協助就醫

憂鬱讓病人心情沮喪，對世界失去興趣，將自己隱藏起來，甚至拒絕接受透析治療。此時病人最需要有人陪伴，當病人感受到有家人支持和關心時，會有意願與家人共同面對自身的問題，因此在協助就

醫過程中，家人扮演鼓勵病人就醫的重要角色。此外，引導家屬共同面對病人的問題，調整家庭的適應能力，並協助病人安排與適應透析治療生活。

### 結論

憂鬱是透析患者常見的心理問題，會影響病人的日常生活和身體功能，嚴重者甚至放棄透析治療或自殺。因此，定期評估透析病人的憂鬱現象，早期發現、早期治療非常重要。雖然憂鬱現象發生在透析患者的比率偏高，但是接受治療的比率卻偏低 (Watnick et al., 2003)。由於抗憂鬱是一條漫長孤單的道路，病人的情緒低落，對未來感到無力、無望。因此，幫助病人和家屬建立正確的觀念以及增加醫護人員對憂鬱症的認知，期許能夠幫助透析病人和家屬渡過憂鬱深谷。

### 參考文獻

- 中華民國腎臟基金會 (2008 年 12 月 1 日)  
)·九十六年度台灣地區透析總人口統計·2008 年 12 月 1 日取自  
<http://www.kidney.org.tw/a96.gif>。
- 孔繁鐘編譯 (2002)·*精神疾病的診斷與統計 (MDS-IV)*·台北：合記。
- 邱麗蓮 (1995)·*情緒障礙病人之護理措施*  
·於蕭淑貞總校閱，精神科護理概論  
(pp. 327-358)·台北：華杏。
- 胡惟恆 (1989)·憂鬱症、精神分裂病與自殺·*中華精神醫學*，3 (4)，197-204。
- 陳春蘭 (2002)·*情感障礙病人的護理*·於徐曼瑩總校閱，精神科護理概論 (三

- 版) (pp. 181-212)·台北：匯華。
- 陳春蘭、曾錦花 (2007)·*情感障礙病人之護理*·於蕭淑貞總校閱，精神科護理概論 (七版) (pp. 365-392)·台北：華杏。
- 楊延光、鄭淑惠 (2006)·*全方位憂鬱症防治手冊*·台北：張老師文化。
- 廣梅芳譯 (2001)·*憂鬱心靈地圖*·台北：張老師文化。
- 賴倩瑜 (2001)·*憂鬱症之個案護理*·於成和玲、賴倩瑜、吳佳珍合著，精神科個案護理 (pp. 139-155)·台北：偉華。
- 魏麗敏 (1994)·憂鬱量表的編制及其在輔導上的應用·*諮商與輔導*，108，15-19。
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blair-West, G. W., Cantor, C. H., Mellsop, G. W., & Eyeson-Annan, M. L. (1999). Lifetime suicide risk in major depression: Sex and age determinants. *Journal of Affective Disorders*, 55 (2), 171-178.
- Bilgic, A., Akgul, A., Sezer, S., Arat, Z., Ozdemir, F. N., & Haberal, M. (2007). Nutritional status and depression, sleep disorder, and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*, 17 (6), 381-388.

- Cameron, J. I., Whiteside, C., Katz, J., & Devins, G. M. (2000). Differences in quality of life across renal replacement therapies: A meta-analytic comparison. *American Journal of Kidney Diseases*, 35 (4), 625-637.
- Chilcot, J., Wellsted, D., Silva-Gane, M. D., & Farrington, K. (2008). Depression on Dialysis. *Nephron Clinical Practice*, 108 (4), 256-264.
- Cohen, L. M., Germain, M. J., & Poppel, D. M. (2003). Practical considerations in dialysis withdrawal: To have that option is a blessing. *The Journal of the American Medical Association*, 289 (16), 2113-2119.
- Cohen, S. D., Norris, L., Acquaviva, K., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Screening, Diagnosis, and treatment of depression in end-stage renal disease patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2 (6), 1332-1342.
- Cukor, D., Cohen, S. D., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2007). Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18 (12), 3042-3055.
- Diefenthaler, E. C., Wagner, M. B., Poli-de-Figueiredo, C. E., Zimmermann, P. R., & Saitovitch, D. (2008). Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 99-103.
- Drayer, R. A., Piraino, B., Reynolds, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Bernardini, J., Shear, M. K., & Rollman, B. L. (2006). Characteristics of depression in hemodialysis patients: Symptoms, quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry*, 28 (4), 306-312.
- Hedlund, J. L., & Vieweg, B. W. (1979). The Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Operational Psychiatry*, 10 (2), 149-165.
- Hener, T., Weisenberg, M., & Har-Even, D. (1996). Supportive versus cognitive-behavioral intervention programs in achieving adjustment to home peritoneal kidney dialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (4), 731-741.
- Insel, K. C., & Badger, T. A. (2002). Deciphering the 4 D's: Cognitive decline, delirium, depression and dementia — a review. *Journal of Advance Nursing*, 38 (4), 360-368.
- Kalender, B., Ozdemir, A. C., Dervisoglu, E., & Ozdemir, O. (2007). Quality of life in chronic kidney disease: Effect of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *International Journal of Clinical Practice*, 61, 569-576.
- Kim, J. A., Lee, Y. K., Huh, W. S., Kim, Y. G., Kim, D. J., Oh, H. Y., Kang, S. A., Kim, M. Y. H., Kim, H. W., & Kim, J. H. (2002). Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Journal of Korean Medical*



- Science*, 17 (6), 790-794.
- Kimmel, P. L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patient. *Kidney International*, 59 (4), 1599-1613.
- Knight, E. L., Ofsthun, N., Teng, M., Lazarus, J. M., & Curhan, G. C. (2003). The association between mental health, physical function, and hemodialysis mortality. *Kidney International*, 63 (5), 1843-1851.
- Koo, J. R., Yoon, J. W., Kim, S. G., Lee, Y. K., Oh, K. H., Kim, G. H., Kim, H. J., Chae, D. W., Noh, J. W., Lee, S. K., & Son B. K. (2003). Association of depression with malnutrition in chronic hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 41 (5), 1037-1042.
- Kurella, M., Kimmel, P. L., Young, B. S., & Chertow, G. M. (2005). Suicide in United States end-stage renal disease program. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16 (3), 774-781.
- Kurella, M., Suri, R. S., & Chertow, G. M. (2005). Frequent hemodialysis and psychosocial function. *Seminars in Dialysis*, 18 (2), 132-136.
- Leake, R., Friend, R., & Wadhwa, N. (1999). Improving adjustment to chronic illness through strategic self-presentation: An experimental study on a renal dialysis unit. *Health Psychology*, 18 (1), 54-62.
- Lee, Y., Yang, M. J., Lai, T., Chiu, N. M., & Chau, T. T. (2000). Development of the Taiwanese depression questionnaire. *Chang Gung Medical Journal*, 23 (11), 688-694.
- Lopes, A. A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C., Piera, L., Gillespie, B., & Port, F. K. (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International*, 62 (1), 199-207.
- Neu, S., & Kjellstrand, C. M. (1986). Stopping long-term dialysis: An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *The New England Journal of Medicine*, 314 (1), 14-20.
- O'Brien, M. E. (1990). Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 15 (3), 209-214.
- Pang, S. K., Ip, W. Y., & Chang, A. M. (2001). Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese hemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (5), 691-698.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rankin, S. H., Galbraith, M. E., & Johnson, S. (1993). Reliability and validity data for a Chinese translation of the Center for Epidemiological studies-depression. *Psychological Research*, 73, 1291-1298.
- Reiss, D. (1990). Patient, family, and staff responses to end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 15 (3), 194-200.

- Smogorzewski, M., Ni, Z., & Massry, S. G. (1995). Function and metabolism of brain synaptosomes in chronic renal failure. *Artificial Organs*, *19* (8), 795-800.
- Sosa-Guerrero, S., & Gomerz, N. J. (1997). Dealing with end stage renal disease. *The American Journal of Nursing*, *97* (10), 44-50.
- Taskapan, H., Ates, F., Kaya, B., Kaya, M., Emul, M., Taskapan, C., & Sahin, I. (2003). CRP and depression in patients on chronic dialysis. *Clinical Nephrology*, *60* (6), 443-444.
- Ting, G. O., Kjellstrand, C., Freitas, T., Carrie, B. J., & Zarghames, S. (2003). Long-term study of high comorbidity ESRD patients converted from conventional to short daily hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, *42* (5), 1020-1035.
- Turvey, C. L., Carney, C., Arndt, S., Wallace, P. B., & Herzog, R. (1999). Conjugal loss and syndrome depression in a sample of elders age of 70 years or older. *American Journal of Psychiatry*, *156* (10), 1596-1601.
- Wang, J. J. (2001). Prevalence and correlates of depression symptoms in the elderly of rural communities in southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, *9* (3), 1-11.
- Watnick, S., Kirwin, P., Mahnensmith, R., & Concato, J. (2003). The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, *41* (1), 105-110.
- Wilson, B., Spittal, J., Heidenheim, P., Herman, M., Leonard, M., Johnston, A., Lindsay, R., & Moist, L. (2006). Screening for depression in chronic hemodialysis patients: comparison of the Beck Depression Inventory, primary nurse, and nephrology team. *Hemodialysis International*, *10* (1), 35-41.
- Wuerth, D. B., Finkelstein, S. H., Schwetz, O., Carey, H., Kliger, A. S., & Finkelstein, F. O. (2002). Patients' descriptions of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis or hemodialysis. *Peritoneal Dialysis International*, *22* (2), 184-190.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*, 361-370.

# Depression among Dialysis Patients and Related Nursing Interventions

*Li-Hua Chou*

## Abstract

Depression is a common psychopathological condition among patients with end-stage renal disease (ESRD). Depression influences their quality of life and physical functioning. Moreover, some severely depressed patients choose to withdraw from dialysis treatment or even to commit suicide. The purpose of this article is to introduce depression and its assessment scales, treatment types and nursing interventions, so that nurses can use reliable and valid tools and procedures to screen dialysis patients' depression. To improve patients' depression, effective strategies include not only increasing the frequency of dialysis, but also applying cognitive behavior therapy. The literature shows that the more positive the patient's attitude and the less negative the emotions, the more efficacious the relief of depression will be.

**Keywords:** depression, ESRD, hemodialysis, peritoneal dialysis, nursing intervention.

---

HD, Hemodialysis Center, Mackay Makay Memorial Hospital, Taipei

Received : Jan. 19, 2009    Revised : Feb. 15, 2009    Accepted for publication : Apr. 7, 2009

Correspondence : Li-Hua Chou, Hemodialysis Room, Mackay Makay Memorial Hospital, 92, 2sec,  
Taipei

Telephone : (02) 25433535 ext 2068    E-mail : chou30@ms1.mmh.org.tw