



# Effect of Adding Homeopathy to the Routine Treatments of Veterans with Chronic Depression

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Mahmoudian SA.\* PhD,  
Kheirabadi GhR.<sup>1</sup> PhD,  
Meracy MR.<sup>2</sup> PhD

### How to cite this article

Mahmoudian SA, Kheirabadi GhR, Meracy MR. Effect of Adding Homeopathy to the Routine Treatments of Veterans with Chronic Depression. Iranian Journal of War & Public Health. 2015;7(1):7-14.

\*Social Medicine Department, Medicine Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>1</sup>Psychology Department, Medicine Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>2</sup>Statistics & Epidemiology Department, Hygiene Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

### Correspondence

Address: Social Medicine Department, Dentistry Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Hezar Jarib Street, Isfahan, Iran  
Phone: +98 3137922510  
Fax: +98 3137922542  
a\_mahmoudian@med.mui.ac.ir

### Article History

Received: June 17, 2014

Accepted: October 25, 2014

ePublished: February 19, 2015

## ABSTRACT

**Aims** Many psychiatrists in treating patients with chronic depression, in addition to conventional and psychological treatment turned to the use complementary therapies such as homeopathy. This study aimed to investigate the effectiveness of adding homeopathy to common depression treatments on depression severity and quality of life of depressed veterans.

**Materials & Methods** This randomized double-blind clinical trial was done on 65 depressed with symptoms similar to Natrium muriaticum hospitalized in Shahid Rajai Hospital of Isfahan in 2012-13. patients randomly assigned into two groups of homeopathy (n=35) and control (n=30) groups. homeopathy group in addition to conventional therapy received homeopathic medicine and placebo administrated for control group. Patients completed the Beck Depression Inventory and Quality of Life Questionnaire before and after the intervention. Data were analyzed by SPSS 20 software with Mann-Whitney and covariance tests.

**Findings** Mean depression scores (p=0.577) and quality of life (p=0.524) was not significantly different after intervention (by controlling the severity of depression and quality of life before the intervention) was not different between two groups, but there was a significant difference between two groups in physical and mental domains of quality of life (p<0.05).

**Conclusion** 6 months homeopathic treatment of chronic depressed veterans depression was not is not effective, but it is effective on their mental and physical aspects of quality of life.

**Keywords** Depression; Homeopathy; Quality of Life; Complementary Therapies

## CITATION LINKS

[1] Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical ... [2] Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of ... [3] Burden of disease-implications for future ... [4] Gender differences in the prevalence of depression: A survey in ... [5] Epidemiology of affective ... [6] Efficacy versus effectiveness: A direct comparison of the outcome of treatment for mild to moderate depression in ... [7] Effects of trauma exposure on the cortisol response to dexamethasone administration in ... [8] Reported trauma, post-traumatic stress disorder and ... [9] Complementary and alternative medicine in the treatment of ... [10] Homeopathy for depression: A systematic review of ... [11] The emerging science of homeopathy: Complexity, biodynamics and ... [12] The mechanism of homeopathy? All that matters is that it ... [13] Homeopathy ... [14] Towards understanding molecular mechanisms of ... [15] Effect of the oral administration homeopathic Arnica montana on ... [16] Effects of two homeopathic complexes on bovine sperm ... [17] Characteristics of visitors to homeopaths in a ... [18] The frequency of Traditional & complementary medicine in ... [19] Homeopathic individualized q-potencies versus Fluoxetine for ... [20] The study of comparative efficacy of ... [21] Integrating homeopathy in ... [22] Management of depression by homeopathic practitioners in ... [23] The burden of severe depression: A review of ... [24] Prevalence of depression in the amputated ... [25] Comparison of depression in students of Islamic Azad University living in ... [26] Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of ... [27] Audit of outcome in 455 consecutive patients treated with ... [28] Outcomes from homeopathic prescribing in ... [29] How healthy are chronically ill patients after eight years of ... [30] Is placebo useful in the treatment of major depression in clinical ... [31] The placebo ... [32] Homeopathy for Depression: A Randomized, Partially Double-Blind, Placebo-Controlled, Four-Armed ... [33] Homeopathic treatments in psychiatry: a systematic review of randomized placebo-controlled ... [34] The feasibility of ... [35] John Rushc and ... [36] Using acupuncture to ... [37] Yoga in the treatment of mood and ... [38] Feasibility, acceptability, and effects of ... [39] The evidence base of complementary and alternative ...

## اثر افزودن هومیوپاتی به درمان‌های معمول جانبازان مبتلا به افسردگی مزمن

سیداحمد محمودیان \* PhD

گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

غلامرضا خیرآبادی PhD

گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

محمدرضا مرائی PhD

گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

### چکیده

**اهداف:** بسیاری از روان‌پزشکان در درمان مبتلایان به افسردگی مزمن، علاوه بر درمان‌های مرسوم دارویی و روان‌شناختی به استفاده از درمان‌های مکمل از جمله هومیوپاتی روی آورده‌اند. هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی افزودن درمان هومیوپاتی به درمان‌های رایج افسردگی بر شدت افسردگی و کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به افسردگی بود.

**مواد و روش‌ها:** این کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور در سال‌های ۹۲-۱۳۹۱ روی ۶۵ نفر از جانبازان مبتلا به افسردگی با علائم مشابه دینامیسم داروی ناتروم موریتیکوم (نات.ام) بستری در بیمارستان شهید رجایی اصفهان انجام شد. بیماران به صورت تصادفی در دو گروه هومیوپاتی (۳۵ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. برای گروه هومیوپاتی علاوه بر درمان رایج، داروی هومیوپاتی و برای گروه کنترل، پلاسبو تجویز شد. افراد قبل و بعد از مداخله، پرسش‌نامه افسردگی بک و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. اطلاعات در نرم‌افزار SPSS 20 و با آزمون‌های من-ویتنی و کوواریانس تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات شدت افسردگی ( $p=0/577$ ) و کیفیت زندگی ( $p=0/524$ ) بعد از مداخله درمانی (با کنترل نمره شدت افسردگی و کیفیت زندگی قبل از مداخله) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت، اما در حیطه‌های جسمانی و روانی از کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p<0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** درمان هومیوپاتی به مدت ۶ ماه بر شدت افسردگی جانبازان مبتلا به افسردگی مزمن موثر نیست، ولی بر محورهای روانی و جسمی کیفیت زندگی آنان موثر است.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی؛ هومیوپاتی؛ کیفیت زندگی؛ طب مکمل

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۸/۰۳

\* نویسنده مسئول: a\_mahmoudian@med.mui.ac.ir

### مقدمه

افسردگی با علائمی چون خلُق افسرده، احساس کاهش علاقه و لذت، اختلال در فعالیت‌های فیزیولوژیک (خواب، اشتها، عملکرد

جنسی)، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی و ناامیدی و گاه افکار مرگ و خودکشی تظاهر نموده و اختلال جدی در عملکرد فرد مبتلا به وجود می‌آورد<sup>[1]</sup>. سازمان جهانی سلامت با بررسی سی‌ساله تخمین می‌زند که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت از کارافتادگی در سراسر دنیا باشد<sup>[2]</sup>. در حال حاضر، در ایالات متحده افسردگی دومین علت از کارافتادگی بین زنان است<sup>[3]</sup>. مطالعات نشان می‌دهد زنان بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند<sup>[4]</sup>. خطر ابتلا در طول عمر برای زنان ۲۶-۲۰٪ و برای مردان ۱۲-۸٪ است<sup>[5]</sup> و این موضوع وابسته به فرهنگ خاصی نبوده و جنبه جهانی دارد<sup>[1]</sup>.

در مطالعات مربوط به اتیولوژی افسردگی، عوامل متنوع زیستی-اجتماعی- روان‌شناختی به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز یا آشکارساز افسردگی مطرح شده است، ولی در یک نگاه کلی می‌توان گفت ناتوانی در مدیریت استرس‌ها در بستر مستعد ژنتیکی، عامل اصلی زمینه‌ساز و آشکارساز افسردگی است<sup>[1]</sup>. گروهی از بیماران مبتلا به افسردگی، بدون درمان یا علی‌رغم درمان دارویی، عود کرده و مزمن می‌شوند و برای درمان آنها نیاز به رویکردی جامع است. در بررسی مطالعات بالینی و متاآنالیزها توسط *وان‌درلم* و همکاران، درمان‌های دارویی افسردگی اثربخشی ۴۷-۲۰٪ داشتند<sup>[6]</sup>. طب جایگزین از جمله هومیوپاتی احتمالاً می‌تواند در افزایش اثربخشی داروها و پاسخ افراد مقاوم به درمان مورد استفاده قرار گیرد، ولی اثربخشی روش‌های مختلف آن باید مورد بررسی قرار گیرد. بسیاری از مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی دیگر به‌ویژه مبتلایان به اختلالات اضطرابی در سیر بیماری خود به افسردگی نیز مبتلا می‌شوند که در این زمینه مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) استعداد ویژه‌ای برای ابتلا به افسردگی دارند<sup>[7]</sup>.

جانبازان جنگ به دلایل مختلفی مبتلا به افسردگی می‌شوند. یکی از انواع مجروحیت‌های رزمندگان جنگ، موج‌گرفتنی بوده است. گروهی از این افراد دچار PTSD و افسردگی مزمن شدند. انفجار خمپاره یا گلوله تانک و غیره در نزدیکی رزمندگان، موجی از ارتعاشات را ایجاد می‌کند که با آسیب اعصاب مصدوم سبب تغییر رفتار، درد شدید و گرفتگی عضلانی می‌شود. این تروما همچنین باعث تغییرات محور آدرنال-هیپوفیز می‌شود<sup>[8]</sup>. درمان مبتلایان به افسردگی مزمن به‌ویژه زمانی که با سایر اختلالات مانند PTSD همراه باشد، چالشی جدی در روان‌پزشکی است که باعث شده روان‌پزشکان علاوه بر درمان‌های مرسوم دارویی و روان‌شناختی به استفاده از درمان‌های مکمل در این بیماران روی بیاورند<sup>[9]</sup>. در این میان، درمان هومیوپاتی مورد توجه خاص بوده است<sup>[10]</sup>.

داروهای هومیوپاتی از رقیق‌کردن عصاره گیاهان، مواد معدنی یا نسوج حیوانی به‌شیوه خاصی تهیه می‌شوند. رقیق‌کردن در آب و الکل به‌صورت متوالی توأم با تکان‌های شدید در هر مرحله انجام می‌شود. با استفاده از شرح حال بیمار، داروی مشابه هر فرد به‌دست می‌آید. دارو یک کنش اولیه در بدن ایجاد می‌کند و براساس این

اصفهان بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۶۵-۱۸ سال، جانباز بودن (چه در جنگ تحمیلی و چه با گروه‌های محارب بعد از جنگ) و ابتلا به افسردگی و علائم مشابه دینامیسم داروی هومیوپاتی ناتروم موربایاتیکوم 30C (نات.ام) بود و معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل سابقه حساسیت شدید دارویی، ابتلا به بیماری‌های عصبی و روماتیسمی نظیر ام‌اس، واسکولیتی، بیماری لوپوس (SLE) و سکتة مغزی (CVA)، ابتلا به سرطان یا دریافت داروهای سایتوتوکسیک، مصرف مواد و درمان با روش‌های مکمل دیگر نظیر گیاهان دارویی و طب سوزنی در یک ماه اخیر بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم رضایت برای ورود به مطالعه و واکنش‌های حساسیتی شدید مانع تجویز داروی هومیوپاتی بود.

پژوهش توسط کمیته اخلاق پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان از نظر اخلاق تحقیقاتی مورد تایید قرار گرفت. پس از هماهنگی با مدیریت و روان‌پزشکان بیمارستان شهید رجایی، ۱۰۰ نفر از افراد واجد شرایط از بین بیماران مراجعه‌کننده به این مرکز انتخاب شدند و پزشک هومیوپات با آنان مصاحبه به عمل آورد. این افراد به صورت گروهی یا فردی درباره اهداف، روش اجرای طرح و ماهیت درمان هومیوپاتی توجیه شدند و در صورت تمایل به شرکت در طرح و دریافت داروی هومیوپاتی رضایت‌نامه کتبی مربوطه را امضا نمودند. شرح حال این بیماران توسط پزشک گرفته شد و در صورت وجود علائم مشابه دینامیسم داروی هومیوپاتی نات.ام وارد مطالعه شدند و داروی مربوطه برای آنان تعیین شد. مهم‌ترین علائم این دینامیسم، دلسوزی، افکار گذشته و یاد عزیزان از دست‌رفته و بی‌میلی به جمع است. افسردگی نات.ام معمولاً توأم با تحریک‌پذیری و عصبانیت است. با این وجود می‌تواند به اطراف خود بی‌تفاوت باشند و در افکار و گذشته‌شان فرو بروند. یا زیاد گریه می‌کنند یا بغض دارند ولی نمی‌توانند گریه کنند. دلسوزی آنها توأم با تمایل به کمک‌کردن به دیگران و سرزنش کردن خودشان است. ممکن است همچنان در سوگ دوستان خود باشند و احساس تنهایی کنند. از نظر جسمی حساسیت پوستی، یبوست و سردرد در آنها شایع است. سردرد با استرس، فکر و نیز بدون علت رخ می‌دهد و می‌تواند فشارنده، چکشی یا ضربان‌دار باشد.

فرد تجویزکننده دارو بدون اطلاع بیماران و پزشک هومیوپات، بیماران را به صورت تصادفی در دو گروه هومیوپاتی (به تعداد ۵۵ نفر) و کنترل (به تعداد ۴۵ نفر) قرار داد. برای گروه هومیوپاتی داروی هومیوپاتی ناتروم موربایاتیکوم 30C (نات.ام) و برای گروه کنترل، پلاسبو (آب معمولی) تجویز شد. به این ترتیب پزشک هومیوپات، بیمار و پزشک معالج قبلی از دارو بی‌خبر بودند. هر دو گروه به طور منظم با فواصل ۴-۲ هفته و به مدت ۶ ماه توسط پزشک هومیوپات ویزیت می‌شدند و دستورات دارویی برحسب شرایط بیمار تعدیل می‌شد. هر دو گروه به روال قبل تحت نظر روان‌پزشک قبلی خود

اصل که "دو بیماری مشابه نمی‌تواند هم‌زمان در یک فرد وجود داشته باشد" نیروهای حیاتی که از حالت تعادل و نظم خارج شده‌اند، به حالت طبیعی برمی‌گردند و نشانه‌های بیمار برطرف می‌شود. علائم حاصل از داروهای هومیوپاتی طول عمر کوتاهی دارند و خودبه‌خود برطرف می‌شوند [11-14]. گرچه مکانیزم دقیق عملکرد داروهای هومیوپاتی هنوز ناشناخته است، ولی تحقیقات جدید مکانیزم‌هایی نظیر افزایش فعالیت میتوکندری‌ها و کاهش استرس اکسیداسیون سلولی را با استفاده از داروهای هومیوپاتی نشان داده‌اند [15, 16]. هومیوپاتی در سطح وسیعی در اروپا استفاده می‌شود و یکی از موارد استفاده آن افسردگی است. در نروژ ۴/۳٪ جامعه طی یک سال از هومیوپاتی استفاده می‌کنند [17] که این میزان در تهران ۰/۵٪ است [18]. تحقیقات درباره تاثیر هومیوپاتی در درمان افسردگی متعدد است. ۸ هفته هومیوپاتی در مقایسه با فلوکستین توسط *آدلر* و همکاران در برزیل نتیجه مشابهی نشان داد [19]. *نوابی‌فر* و همکاران نیز این روش را با شناخت‌درمانی مقایسه کرده‌اند و نتیجه مشابهی یافته‌اند [20].

در گذشته، بدون اطلاع از تشخیص بیماری‌ها، درمان‌های نامتناسبی ارایه می‌شد که هومیوپات‌ها آن را مغایر با خود می‌دانستند و با سرکوب نیروی حیاتی علائم را سرکوب می‌کردند، ولی اختلال همچنان ادامه داشت؛ لذا بیمار به انتخاب یکی از روش‌ها محدود می‌شد. امروزه ادغام طب مکمل با طب رایج، بهترین و جدیدترین رویکرد به درمان است. سازمان جهانی بهداشت در چالش رویکرد به سمت ادغام هومیوپاتی در مراقبت‌های اولیه است [21].

بر اساس مکانیزم و مبانی هومیوپاتی، داروهای مدرن‌تر امروزی که بر اساس فیزیوپاتولوژی تجویز می‌شود نه تنها مغایر با درمان هومیوپاتی نیست، بلکه اثربخشی این روش را بالاتر می‌برد. در تحقیق *ماکیخ* و همکاران روی بیماران مبتلا به افسردگی در استرالیا ۸۴٪ بیماران علاوه بر درمان هومیوپاتی داروهای ضدافسردگی نیز دریافت می‌کردند [22]. این یافته، حداقل نشان می‌دهد که باور امتناع از درمان رایج با هومیوپاتی کمرنگ شده است. افسردگی مزمن یکی از مواردی است که پاسخ درمانی آن به روش‌های مرسوم، با چالش‌های جدی همراه است [23].

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی افزودن درمان هومیوپاتی به درمان‌های رایج افسردگی بر شدت افسردگی و کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به افسردگی بود.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور است که در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش، جانبازان مبتلا به افسردگی تحت پوشش مرکز خدمات‌رسانی جانبازان شهید رجایی

تحقیقات علوم رفتاری پس از انطباق محتوایی با نسخه اصلی استفاده شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ تهیه شده و دارای چهار حیطه: سلامت جسمی، وضعیت روانی، اجتماعی و محیط زندگی است و دو سؤال کلی نیز درباره رضایت از زندگی دارد. هر سؤال از یک تا ۵ نمره می‌گیرد و اعتبار آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ است. ۳ سؤال، منفی است که پاسخ آن معکوس می‌شود و نمرات جمع زده شده و بر حسب ۱۰۰ محاسبه می‌شود. این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه شده و اعتبار آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷ محاسبه شده است [26].

تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده در نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های من-ویتنی و کوواریانس انجام گرفت. از آزمون من-ویتنی برای بررسی همسانی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای مثل تحصیلات، سن و مدت بیماری و از آزمون کوواریانس برای بررسی اختلاف شدت افسردگی و میانگین کل نمره کیفیت زندگی، بعد از مداخله درمانی بین گروه هومیوپاتی و گروه کنترل استفاده شد. همچنین برای بررسی تفاوت بین دو گروه در حیطه‌های جسمانی و روانی از کیفیت زندگی نیز آنالیز کوواریانس چندمتغیره مورد استفاده قرار گرفت.

## یافته‌ها

در مجموع، ۶۵ جانباز مبتلا به افسردگی با و بدون PTSD در دو گروه هومیوپاتی (۳۵ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند که میانگین سنی این افراد ۴۸/۶±۶/۹ سال بود. نمونه‌های مورد مطالعه همگی مردانی بودند که در مدت ۸ سال جنگ ایران و عراق دچار موج‌گرفتگی شده بودند (فقط ۲ نفر از آنان بعد از جنگ در عملیات نظامی مبتلا شده بودند). بعضی از آنان مجروحیت جسمی نیز داشتند. ۴ نفر از همسرشان جدا شده بودند. یک نفر مجرد و بقیه متاهل بودند. میانگین مدت بیماری آنها ۱۰/۲±۲۰/۰ سال با میانه ۲۴ سال و دامنه ۳-۳۱ سال بود که به‌طور متوسط ۱۵/۳±۱۰/۱ سال با میانه ۱۵ سال و دامنه ۳-۳۱ سال داروی ضدافسردگی مصرف می‌کردند و ۵/۴±۴/۷ بار با میانه ۳ بار و دامنه ۱-۲۰ بار در بیمارستان بستری شده بودند. ۵۶ نفر (۸۶/۱٪) از این بیماران، از کارافتاده بودند. ۶ نفر (۹/۲٪) بی‌سواد، ۴۷ نفر (۷۲/۳٪) زیر دیپلم و ۱۲ نفر (۱۸/۵٪) دیپلم و بالاتر بودند. دو گروه از نظر تحصیلات تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p=0/۸۸۹$ ).

در ابتدای مطالعه، بین کیفیت زندگی و شدت افسردگی همبستگی معکوس و معنی‌دار وجود داشت ( $r=-0/۵۱۹$ ;  $p<0/۰۰۱$ ). میانگین نمره شدت افسردگی بعد از مداخله درمانی (با کنترل نمره شدت افسردگی قبل از مداخله، سن، تحصیلات و مدت‌زمان استفاده از دارو) بین گروه هومیوپاتی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت

بودند و داروهای ضدافسردگی و سایر درمان‌های مورد نیاز را دریافت می‌کردند. در مجموع، همه افراد حداقل ۴ ماه (حدود ۴ جلسه) و حداکثر ۷ ماه مصاحبه و درمان دریافت کردند. بیمارانی که اطلاعات آنها آنالیز شده بود، تلفنی و حضوری بررسی شدند و دارو دریافت کردند و در غیر این صورت از مطالعه حذف شدند. تقریباً ۲۰ نفر از گروه هومیوپاتی و ۱۵ نفر از گروه کنترل ریزش داشتند. علت ریزش متفاوت بود؛ بخشی از افراد به دلیل عدم احساس بهبودی آشکار، بعضی به علت نگرانی درباره استفاده از این روش جدید تحقیقاتی و برخی به دلیل دوربودن شهرستان محل سکونت یا حوصله نداشتن از ادامه مصرف دارو انصراف دادند.

تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه قبل از شروع مطالعه و در انتهای مطالعه (۶ ماه بعد) پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) را تکمیل کردند. مقیاس افسردگی بک که بین مقیاس‌های خودارزیابی و درجه‌بندی مشاهده‌گر قرار می‌گیرد، برای اولین بار به‌عنوان یک مقیاس مصاحبه‌مورد استفاده قرار گرفت. بدین ترتیب که مصاحبه‌گر هر آیتم را برای مراجع می‌خواند و مراجع هر کدام را که مطابق با وضعیت خود بود انتخاب می‌کرد. امروزه این مقیاس به‌عنوان یک مقیاس خودسنجی مورد استفاده قرار می‌گیرد. آزمودنی باید جمله‌های هر گروه را به‌دقت مطالعه کند و دور شماره جمله‌ای که بیش از چند جمله دیگر حالت کنونی بیمار را بیان می‌کند، دایره بکشد. این جملات به ترتیب خفیف‌ترین تا شدیدترین میزان اختلال در آن جنبه را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی در هر جنبه می‌تواند نمره بین صفر تا ۳ بگیرد (صفر مبین عدم وجود علائم افسردگی و ۳ نشان‌دهنده شدت علامت در آن جنبه است). در آزمون بک، ۲ آیتم به عاطفه، ۱۱ آیتم به مسایل شناختی، ۲ آیتم به رفتارهای آشکار، ۵ آیتم به علائم جسمانی و یک آیتم به علائم درونی اختصاص داده شده است که تمامی این آیتم‌ها مربوط به علائم افسردگی اصلی است. برای نمره‌گذاری این آزمون، نمره‌هایی که آزمودنی دور آنها دایره کشیده است مورد شمارش قرار گرفته و جمع نمرات محاسبه می‌شود. جمع نمرات می‌تواند بین صفر تا ۶۳ نوسان داشته باشد. در این مقیاس برای تعیین شدت افسردگی، نمره صفر تا ۹ نشانه بهنجاری بودن، ۱۰ تا ۱۶ نشانه افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۹ نشانه افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ نشانه افسردگی شدید است. نقطه برش آن در مطالعات غربالگری در سطح جامعه برای تشخیص وجود افسردگی بالینی ۲۱ است. مطالعات زیادی با این پرسش‌نامه انجام شده و اعتبار و پایایی این آزمون بررسی شده است که همگی حاکی از اعتبار و پایایی بالای این آزمون هستند [24, 25]. این پرسش‌نامه در ایران به‌کرات ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. در این پژوهش از نسخه موجود در مرکز

کیفیت زندگی تحت تاثیر مدت طولانی بیماری و عوامل اقتصادی مختل شده و تغییر آن با شدت افسردگی الزاماً هماهنگ نیست. به هر حال همسانی دو گروه براساس شدت افسردگی تصادفی بودن تحقیق را نشان می‌دهد.

سایر تحقیقات درباره هومیوپاتی و افسردگی نیز نتایج متفاوتی نشان می‌دهد. بعضی از مطالعات، هومیوپاتی را در درمان افسردگی موفق نشان داده‌اند یا این بیماران را از روش هومیوپاتی راضی می‌دانند. موفقیت درمان افسردگی در پیگیری ۴۵۵ بیمار در انگلستان ۸۱٪ به‌دست آمد [27]. در مطالعه *آدلر* و همکاران در برزیل، هومیوپاتی به‌اندازه فلوکستین بر افسردگی موثر بوده است [19]. مطالعه متیه و *راینسون* با تکمیل پرسش‌نامه از حدود ۱۷۰۰ بیمار نشان داد که بیشترین نتایج درمانی را افسردگی، اضطراب و سندروم روده تحریک‌پذیر داشته‌اند [28]. در مطالعه *نوبی‌فر* و همکاران، هومیوپاتی به همان میزان که شناخت‌درمانی شدت افسردگی را کاهش داده، موثر بوده است [20]. لذا اثربخش نبودن این طرح در شدت افسردگی می‌تواند چند دلیل اساسی داشته باشد:

۱) ممکن است مدت درمان هومیوپاتی کافی نبوده باشد. میانگین مدت بیماری ۲۰ سال است و ۶ ماه هومیوپاتی کافی نبوده است. از طرفی محدودیت‌های تحقیق در زمینه مشارکت بیماران در شروع و ادامه مراجعات نیز مطرح است. بنابراین باید زمان بیشتری به درمان اختصاص داده شود. در مطالعه روی بیماران مبتلا به آلرژی مزمن نیز اثرات طولانی هومیوپاتی در مقایسه با گروه دارونما بررسی شد. علی‌رغم اینکه گروه دارونما در ۶ ماه اول مانند گروه هومیوپاتی بهبودی داشتند، ولی نتایج پس از یک و ۲ سال به‌نفع گروه هومیوپاتی تغییر کرد [29]. در پیگیری هشت‌ساله بیماران تحت درمان هومیوپاتی (اغلب سردرد و آلرژی) در حالی که هنوز ۱/۳٪ بیماران به درمان هومیوپاتی ادامه می‌دادند، رضایت از روش بالا بود و شدت بیماری پایین آمده بود [30].

۲) ممکن است انتخاب داروی نام‌به‌عنوان محور درمان مناسب نبوده باشد (طولانی‌شدن بیماری، دینامیسم‌هایی به‌وجود آورده که مربوط به کاهش نیروی حیاتی است. در این شرایط بدون درنظرگرفتن علایم بیمار، داروهایی تجویز می‌شود که نیروی حیاتی تقویت شود و افزایش پاسخ بیمار به درمان دینامیسم افسردگی را به‌دنبال داشته باشد).

۳) بعید نیست که دوز و پوتنس دارو به‌دلیل محدودیت‌ها کافی نبوده باشد. وجود علایمی مثل سردردهای مزمن و مکرر علی‌رغم مصرف داروهای رایج و نفس‌تنگی در بعضی از بیماران به‌دلیل احتمال تشدید این علایم مانع تجویز دوز بالای داروی هومیوپاتی است.

بهبود افسردگی در بیماران گروه دارونما علی‌رغم تجویز داروهای ضدافسردگی در گذشته نشان می‌دهد که احتمالاً این بیماران در

( $p=0/577$ ). میانگین کل نمره کیفیت زندگی نیز بعد از مداخله درمانی (با کنترل سن، تحصیلات، مدت‌زمان استفاده از دارو و نمره کیفیت زندگی درمانی و شدت افسردگی قبل از مداخله) بین گروه هومیوپاتی و گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار نبود ( $p=0/524$ ). در حیطه‌های جسمانی و روانی از کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت (جدول ۱).

**جدول ۱)** میانگین نمرات شدت افسردگی و کیفیت زندگی در جانبازان مبتلا به افسردگی مزمن مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رجایی اصفهان، قبل و بعد از مداخله در دو گروه هومیوپاتی (۳۵ نفر) و کنترل (۳۰ نفر)

متغیرها	قبل از مداخله	پس از مداخله
<b>شدت افسردگی</b>		
هومیوپاتی	۳۱/۹±۹/۳	۲۳/۹±۱۰/۷
کنترل	۲۹/۳±۱۰/۳	۲۳/۸±۸/۸
<b>کیفیت زندگی</b>		
هومیوپاتی	۶۹/۹±۱۲/۵	۸۶/۶±۱۵/۳
کنترل	۷۵/۸±۱۳/۳	۸۴/۳±۱۳/۳
<b>حیطه جسمانی</b>		
هومیوپاتی	۳۹/۲±۱۲/۵	۵۲/۰±۱۳/۲
کنترل	۴۸/۱±۱۸/۱	۵۲/۲±۱۴/۸
<b>حیطه روانی</b>		
هومیوپاتی	۴۱/۵±۴/۱	۶۱/۰±۲۰/۴
کنترل	۵۱/۱±۱۶/۸	۶۰/۸±۱۷/۶

## بحث

در این مطالعه در هر دو گروه، شدت افسردگی کاهش و کیفیت زندگی بهبود یافت، اما این تغییرات بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. گرچه میزان افزایش کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه هومیوپاتی نسبت به گروه دارونما بیشتر بود و در حیطه‌های جسمانی و روانی معنی‌دار شده بود، ولی این تغییر در کل معنی‌دار نبود. با درنظرگرفتن شرایط فردی و اجتماعی ناشی از مدت طولانی بیماری مثل بیکاری و استرس‌های خانوادگی که در مدت مداخله تغییری نداشته‌اند، تاثیر هومیوپاتی در بخشی از متغیرها ارزش بالینی دارد و می‌توان گفت واکنش‌های مراحل اول درمان (تغییرات جسمانی و برخی علایم خلّقی)، در گروه هومیوپاتی پدید آمده است. در شیوه درمانی هومیوپاتی حتی با هدف درمان بیماری‌های جسمی، شرح حال ذهنی- رفتاری نیز گرفته می‌شود و با توجه به آن دارو انتخاب می‌شود و بهبودی مشکلات جسمی آنان همراه با بهبود خلّوق خواهد بود؛ لذا بهبود علایم جسمی با هومیوپاتی در این مدت قابل انتظار بود. طبق یافته‌های این پژوهش، افزودن داروی هومیوپاتی ضدافسردگی به‌مدت ۶ ماه در درمان جانبازان مبتلا به افسردگی مزمن در مقایسه با دارونما تاثیری بر شدت افسردگی نداشت.

دارد. در تحقیقات بعدی روی چنین بیماران مزمنی می‌توان با رویکرد چندبُعدی و به‌کاربردن چند روش طب مکمل همراه با روش هومیوپاتی موفقیت درمان افسردگی را بررسی نمود. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، ناآگاهی از روش هومیوپاتی بود که سبب شد برخی آن را نپذیرند یا در حین درمان رها کنند و مدت نمونه‌گیری و ریزش نمونه‌ها افزایش یابد. درمان طولانی و رنج ناشی از افسردگی و مشکلات اقتصادی و خانوادگی نیز انگیزه بیماران برای همکاری در این درمان جدید را کاهش داد که از عوامل دیگر ریزش نمونه‌ها بود. PTSD و پوشش علایم توسط دیگر دینامیسم‌ها هم مشکلات آنان را بیشتر کرده بود و تجویز داروی مناسب هومیوپاتی را دشوار می‌کرد (با توجه به اینکه در هر نوبت نمی‌توان بیش از یک داروی هومیوپاتی تجویز نمود). برای تعیین اثربخشی هومیوپاتی بر افسردگی، تحقیقات بیشتر با مدت طولانی‌تر و با دوره بیماری کوتاه‌تر، همچنین استفاده از داروهای هومیوپاتی متنوع همراه با مراقبت‌های دیگر افسردگی ضروری است.

### نتیجه‌گیری

درمان هومیوپاتی به‌مدت ۶ ماه بر شدت افسردگی جانبازان مبتلا به افسردگی مزمن موثر نیست، ولی بر محورهای روانی و جسمی کیفیت زندگی آنان موثر است.

**تشکر و قدردانی:** این طرح با شماره تحقیقاتی ۱۸۷۰۰۶ در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده است. از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان برای بررسی، پیشنهادات اصلاحی و پشتیبانی این طرح در نمونه‌گیری تشکر می‌نماییم. همچنین از مسئولان، روان‌پزشکان و کارکنان بیمارستان شهید رجایی اصفهان و از منشی تحقیق و تهیه‌کننده داروها و از پزشکان هومیوپات در اصفهان از همفکری و بررسی تعدادی از بیماران سپاسگزاریم.

**تاییدیه اخلاقی:** کمیته اخلاق پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان از نظر اخلاق تحقیقاتی این طرح را تایید نموده است.

**تعارض منافع:** محققان در این پژوهش هیچ‌گونه سوگرایی نداشتند.

**منابع مالی:** بودجه طرح توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخت شده است.

### منابع

1- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.

مراقبت درمانی‌شان کم‌توجهی داشته‌اند. برای نمونه بعضی از بیماران پس از ورود به تحقیق، تمکین بیشتری در مصرف داروهای ضدافسردگی نشان دادند. همچنین پزشکان معالج که از تحقیق اطلاع داشتند انگیزه بیشتری برای تغییر رژیم دارویی بیمارانی که به درمان پاسخ ن داده بودند، نشان دادند. طولانی‌شدن بیماری افسردگی سبب ناامیدی از درمان می‌شود. بیمارانی که به‌دلیل افسردگی بستری می‌شوند به‌خصوص با حمایت سازمان دولتی، افرادی هستند که موقعیت اجتماعی- اقتصادی مناسبی ندارند و هر توجه جدیدی برای آنها انگیزه‌آور خواهد بود. در همین رابطه باید به نقش شناخت‌درمانی در درمان افسردگی اشاره نمود که باید بیشتر به آن پرداخت. یکی از مکانیزم‌های تاثیر دارونما، توجه و امید است<sup>[30]</sup>. در بعضی از تحقیقات، دارونما در درمان افسردگی ۶۷٪ اثر داشته است<sup>[31]</sup>. بعضی از مطالعات و متاآنالیزها تاثیر هومیوپاتی بر افسردگی را کافی ندانسته‌اند. *اوبیراتان* معتقد است به‌دلیل انتخاب فرد به فرد دارو در هومیوپاتی، تحقیقات در حوزه افسردگی با مشکل روبه‌رو است<sup>[32]</sup>. *دیویدسون* و همکاران<sup>[33]</sup> و کتر و همکاران<sup>[34]</sup>، تاثیر هومیوپاتی در حوزه بیماری‌های روان‌پزشکی را متاآنالیز کرده‌اند و این تاثیر را غیرقطعی دانسته‌اند.

علی‌رغم نظر محققان بر ناکافی بودن شواهد، استقبال از هومیوپاتی در اروپا بسیار زیاد است و منطقی به‌نظر نمی‌آید که این مربوط به اثر دارونمایی باشد. گرچه شواهد برای اثبات اثر این روش در افسردگی کافی نیست، ولی جای تحقیق بیشتر و همراه کردن آن با سایر مراقبت‌های جامع از افسردگی یا سایر روش‌های مکمل پزشکی باقی است.

با توجه به مکانیزم هومیوپاتی که با فعالیت نیروهای طبیعی خود بدن در پاسخ به کنش اولیه دارو رخ می‌دهد، مطلوب آن است که بیمار هرچه‌زودتر در مراحل ابتدایی بیماری با این روش درمان شود که هدف این تحقیق بیماران مزمن بودند. راه دیگر برای افزایش اثربخشی هومیوپاتی این است که مدت درمان خیلی طولانی‌تر باشد. این سؤال باقی است که آیا درمان برای ۲ سال می‌تواند نتیجه بهتری را در بر داشته باشد.

روش‌های دیگر طب مکمل می‌توانند برای کمک به این بیماران همراه با درمان رایج و هومیوپاتی مورد تحقیق و استفاده قرار گیرند. برای مثال، مداخله درمانی با طب سوزنی توسط منبر و همکاران در درمان افسردگی خانم‌های باردار موفق بوده است<sup>[35]</sup>. *ویتینگ* و همکاران نیز امکان‌سنجی طب سوزنی را در درمان افسردگی نشان دادند<sup>[36]</sup>. *متاآنالیز سیلو* و همکاران، تاثیر یوگا را بر افسردگی نشان داده است<sup>[37]</sup>. *پاتریسیا* امکان‌سنجی مشارکت بیماران افسرده در یوگا و موفقیت آن را در افسردگی، تحریک‌پذیری در روابط فردی و افکار منفی نشان داد<sup>[38]</sup>. گرچه شواهد نشان می‌دهد که طب مکمل در درمان افسردگی به‌عنوان کمکی مفید است<sup>[39]</sup>، ولی باید توجه نمود که درمان افسردگی نیاز به مراقبت جامع و چندبُعدی

- 20- Navabifar F, Aghaei A, Omranifard v, Afshar Zanjani H, Moeinipour AR. The study of comparative efficacy of group cognitive therapy based on rational emotive behavior technique with homeopathy method on women's depression disorder. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2008;10(37):41-64.
- 21- Poitevin B. Integrating homeopathy in health systems. *Bull World Health Organ*. 1999;77(2):160-6.
- 22- Makich L, Hussain R, Humphries JH. Management of depression by homeopathic practitioners in Sydney, Australia. *Complement Ther Med*. 2007;15(3):199-206.
- 23- Nemeroff, Charles B. The burden of severe depression: A review of diagnostic challenges and treatment alternatives. *J Psychiatr Res*. 2007;41(3-4):189-206.
- 24- Khademi MJ, Gharib M, Rashedi V. Prevalence of depression in the amputated patients concerning demographic variables. *J War Public Health*. 2012;4(2):12-7.
- 25- Rahnamay Namin M. Comparison of depression in students of Islamic Azad University living in Takestan, Abhar, and Bouin-Zahra dormitories (2009). *J Qazvin Univ Med Sci*. 2012; 16(2):83-86
- 26- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study. *Health Serv Res*. 2008;8:61.
- 27- Sevar R. Audit of outcome in 455 consecutive patients treated with homeopathic medicines. *Homeopathy* 2005;94(4):215-221.
- 28- Mathie RT, Robinson TW. Outcomes from homeopathic prescribing in medical practice: A prospective, research-targeted, pilot study. *Homeopathy*. 2006;95(4):199-205.
- 29- Witt CM, Lüdtke R, Mengler N, Willich SN. How healthy are chronically ill patients after eight years of homeopathic treatment?--Results from a long term observational study. *BMC Public Health*. 2008;8:413.
- 30- Marchesi C, De Panfilis C, Tonna M, Ossola P. Is placebo useful in the treatment of major depression in clinical practice?. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:915-20.
- 31- Teixeira MZ, Guedes CH, Barreto PV, Martins MA. The placebo effect and homeopathy. *Homeopathy*. 2010;99(2):119-29.
- 32- Adler UC, Krüger S, Teut M, Lüdtke R, Schützler L, Martins F. Homeopathy for Depression: A Randomized, Partially Double-Blind, Placebo-Controlled, Four-Armed Study (DEP-HOM). *PLoS One*. 2013;8(9):e74537.
- 33- Davidson JR, Crawford C, Ives JA, Jonas WB. Homeopathic treatments in psychiatry: a systematic review of randomized placebo-controlled studies. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(6):795-805.
- 34- Katz T, Fisher P, Katz A, Davidson J, Feder G. The feasibility of a randomised, placebo-controlled clinical trial of homeopathic treatment of depression in general practice. *Homeopathy*. 2005;94(3):145-52.
- 35- Manber R, Schnyer RN, Allen JJ, Rush AJ, Blasey CM, John Rushc and Christine M. Blaseya. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *J Affect Disord*. 2004;83(1):89-95.
- 36- Whiting M, Leavey G, Scammell A, Au S, King M. Using acupuncture to treat depression: A feasibility study. *Complement Ther Med*. 2008;16(2):87-91.
- 2- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*. 1997; 349(9063):1436-42.
- 3- Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR. Burden of disease-implications for future research. *JAMA*. 2001;285(5):535-9.
- 4- Maier W, Gänssicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzúa RF. Gender differences in the prevalence of depression: A survey in primary care. *J Affect Disord*. 1999;53(3):241-52.
- 5- Boyd JH, Weissman M. Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. *Arch Gen psychiatry*. 1981;38(9):1039-46.
- 6- Van der Lem R, van der Wee NJ, van Veen T, Zitman FG. Efficacy versus effectiveness: A direct comparison of the outcome of treatment for mild to moderate depression in randomized controlled trials and daily practice. *Psychother Psychosom*. 2012;81(4):226-34.
- 7- Yehuda R, Halligan SL, Golier JA, Grossman R, Bierer LM. Effects of trauma exposure on the cortisol response to dexamethasone administration in PTSD and major depressive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29(3):389-404.
- 8- McQuaid JR1, Pedrelli P, McCahill ME, Stein MB. Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychological medicine*. 2001;31(7):1249-57.
- 9- Van der Watt, Gill, Jonathan Laugharne, and Aleksandar Janca. Complementary and alternative medicine in the treatment of anxiety and depression. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008;21(1):37-42.
- 10- Pilkington K, Kirkwood G, Ramesh H, Fisher P, Richardson J. Homeopathy for depression: A systematic review of the research evidence. *Homeopathy*. 2005;94(3):153-63.
- 11- Bellavite P, Signorini AT. The emerging science of homeopathy: Complexity, biodynamics and nanopharmacology. 2<sup>nd</sup> ed. California: North Atlantic Books; 2002.
- 12 Carlston M. The mechanism of homeopathy? All that matters is that it works. *Altern Ther Health Med*. 1995;1(3):96.
- 13- Bayley C. Homeopathy. *J Med Philos*. 1993;18(2):129-45.
- 14- Khuda-Bukhsh AR. Towards understanding molecular mechanisms of action of homeopathic drugs: An overview. *Mol Cell Biochem*. 2003;253(1-2):339-45.
- 15- de Camargo RA, da Costa ED, Catisti R. Effect of the oral administration homeopathic *Arnica montana* on mitochondrial oxidative stress. *Homeopathy*. 2013;102:49-53.
- 16- Aziz DM, Schnurrbusch U, Enbergs H. Effects of two homeopathic complexes on bovine sperm mitochondrial activity. *Homeopathy*. 2012;101(2):99-102.
- 17- Steinsbekk A, Nilsen TV, Rise MB. Characteristics of visitors to homeopaths in a total adult population study in Norway (HUNT 2). *Homeopathy*. 2008;97(4):178-8.
- 18- Tehrani A, Asgharifard H, Haghdoost A, Barghmady M, Mohamad hoseini N. The frequency of Traditional & complementary medicine in tehran. *Payesh*. 2009;7(4):355-62.
- 19- Adler UC, Paiva NM, Cesar AT, Adler MS, Molina A, Padula A, Calil HM. Homeopathic individualized q-potencies versus Fluoxetine for moderate to severe depression: Double-blind, randomized non-inferiority trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2009;e114.

Hatha yoga for women with major depression: Findings from a randomized controlled mixed-methods study. Arch Psychiatr Nurs. 2013;27(3):137-47.  
39- Thachil AF1, Mohan R, Bhugra D. The evidence base of complementary and alternative therapies in depression. J Affect Disord. 2007;97(1-3):23-35.

37- da Silva TL, Ravindran LN, Ravindran AV. Yoga in the treatment of mood and anxiety disorders: A review. Asian J Psychiatr. 2009;2(1):6-16.  
38- Kinser PA, Bourguignon C, Whaley D, Hauenstein E, Taylor AG. Feasibility, acceptability, and effects of gentle