

Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek

Prevalence of depressive disorders in patients with end-stage renal failure

Marta Makara-Studzińska¹, Piotr Książek², Anna Koślak³,
Wojciech Załuska⁴, Andrzej Książek⁴

¹ Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego UM w Lublinie

Kierownik: dr hab. n. med. M. Makara-Studzińska

² Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego UM w Lublinie, Pracownia oceny technologii
medycznych, audytu, badań klinicznych, sieciowych systemów informatycznych

Kierownik: prof. dr hab. n. med. P. Książek

³ Katedra i Klinika Psychiatrii UM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

⁴ Katedra i Klinika Nefrologii UM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Książek

Summary

Aim. The depressive symptoms are common in patients with end-stage kidney disease but they are often undiagnosed and can complicate the renal replacement therapy. The aim of this study was to identify significant differences in frequency and severity of depressive symptoms among patients with end-stage renal disease depending on what form of treatment they are undergoing – hemodialysis, peritoneal dialysis and patients after kidney transplantation.

Methods. 323 patients with end-stage renal failure were examined. Among them 206 patients were hemodialysed, 64 – undergoing the peritoneal dialysis and 53 patients were the recipients of kidney transplants. We used a self-constructed questionnaire and Beck Depression Inventory (BDI).

Results. Beck Depression Inventory reflects mild and moderate intensification of symptoms. The results obtained by the use of BDI show the mild and moderate intensification of the depressive symptoms in the study group. The majority of patients suffering from depression were found in the group of patients undergoing peritoneal dialysis, to a lesser degree in the hemodialysis subgroup and among these, depression had moderate intensity. Patients after kidney transplantation were found to be at a smaller risk of depression comparing to dialysed patients.

Conclusions. End-stage renal disease may affect the occurrence of depressive symptoms, the treatment may also play a role in the formation and intensity. We formulated the conclusions of our study carefully, taking into account a multitude of other existing causal factors.

Słowa kluczowe: depresja, schyłkowa niewydolność nerek

Key words: depression, end-stage renal disease

Wstęp

Schyłkowa niewydolność nerek jest krańcowym stadium ich niewydolności, którego jedyną właściwą terapią jest leczenie powtarzanymi dializami pozaustrojowymi, otrzewnowymi lub transplantacja narządu. Towarzyszy jej wiele objawów ze strony większości narządów. Wśród zaburzeń psychicznych literatura przedmiotu wymienia otepienie, psychozy, zaburzenia lękowe oraz depresję [1]. Badania wskazują, że stany depresyjne są najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym w tej grupie chorych [2, 3]. Jego etiologia jest złożona. Schyłkowa niewydolność nerek niesie ze sobą narażenie na wiele stresorów natury fizycznej i psychologicznej: począwszy od ciężkich objawów ze strony narządów wewnętrznych, bólu, bezsenności, poprzez konieczność podporządkowania się rygorowi dietetycznemu, systematycznemu dializowaniu, zmiany trybu życia i pełnionych dotychczasowo ról do pogorszenia się jakości życia. Z drugiej strony pojawienie się depresji wpływa niekorzystnie na ogólny stan zdrowia pacjenta, obniża wskaźniki odżywienia [4, 5, 6], prowadzi do podwyższenia poziomu białka CRP [7], wpływa niekorzystnie na współpracę w leczeniu, zwiększa długość i częstość hospitalizacji [8, 9], w przypadku dializ otrzewnowych zwiększa ryzyko zapalenia otrzewnej [10]. Kilka badań dowiodło wpływu depresji na decyzję o przerwaniu leczenia nerkozastępczego [11] oraz zwiększenie się śmiertelności w grupie pacjentów dializowanych [8], również w wyniku podejmowanych prób samobójczych [12]. Pomimo powyższych danych, rozpoznanie zaburzenia depresyjnego w grupie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek może napotkać pewne trudności. Objawy schyłkowej niewydolności nerek, takie jak zmęczenie, bóle głowy, zaburzenia snu, mogą zostać pomyłone z objawami somatycznymi depresji, a personel pracujący na oddziale nefrologii może nie być przeszkolony w zakresie jej rozpoznawania wśród osób dializowanych [3, 13]. Dlatego rutynowe prowadzenie badań przesiewowych w kierunku depresji, za pomocą takich narzędzi jak Inwentarz Depresji Becka, mogłoby zwiększyć jej rozpoznawalność u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek.

Celem niniejszej pracy było porównanie częstości i nasilenia objawów depresji w schyłkowym stadium niewydolności nerek u pacjentów w zależności od formy postępowania leczniczego – hemodializy, dializy otrzewnowej lub transplantacji nerki. Autorzy postawili hipotezę, że schyłkowa niewydolność nerek wiąże się z pojawieniem symptomów depresji i istnieją różnice pomiędzy jej nasileniem a zastosowanym leczeniem niewydolności nerek.

Material

Ogółem przebadano 323 pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, leczonych w ośrodkach w Lublinie, Stalowej Woli i Przemyślu. W grupie badanej 206 pacjentów było poddanych hemodializie, 64 – dializie otrzewnowej, pozostała część – 53 osoby – była po transplantacji nerki.

Metoda

Do badania grupy wykorzystano skonstruowaną przez autorów ankietę, dotyczącą danych socjodemograficznych, przebytych chorób, palenia papierosów i spożycia alkoholu, oraz Inwentarz Depresji Becka (BDI – Beck Depression Inventory).

Do opracowania wyników badań zastosowano test χ^2 , który pozwala obliczyć istotność dla więcej niż dwóch różnic między grupami. Jeżeli wynik testu χ^2 (wynik empiryczny) jest mniejszy od wartości krytycznej odczytanej z tabeli (wynik teoretyczny) to wówczas rozpatrywane cechy uważa się za nieistotne i należy przyjąć hipotezę zerową. Poziom istotności przyjęty w pracy to $\alpha = 0,05$. Przy obecności istotności statystycznej cech obliczano współczynnik siły związku – C. Uwzględniając siłę związku pomiędzy cechami, dokonano następującego podziału: przy sile związku $0,1 \leq C_{\text{kon}} < 0,3$ występuje korelacja słaba dla hipotez alternatywnych H_1 , przy sile związku $0,3 \leq C_{\text{kon}} < 0,5$ występuje korelacja przeciętna dla hipotezy alternatywnej H_1 ; przy sile związku $0,5 \leq C_{\text{kon}} < 0,7$ występuje korelacja wysoka dla hipotezy alternatywnej H_1 [14, 15].

Wyniki

Uzyskane wyniki w Inwentarzu Depresji Becka wskazują na nasilenie objawów depresyjnych w grupie badanej w stopniu łagodnym (56,35%) i umiarkowanym (22,29%). Tylko u 21,36% pacjentów nie stwierdzono depresji. Przypadki depresji o ciężkim nasileniu nie występowały w badanej grupie.

Analiza statystyczna otrzymanych wyników wykazała, że istnieje związek pomiędzy stopniem nasilenia depresji a przynależnością badanych do jednej z podgrup (siła związku $0,3 \leq C_{\text{kon}} < 0,5$; korelacja przeciętna).

Najwięcej pacjentów dotkniętych depresją znajdowało się w podgrupie osób dializowanych otrzewnowo, bo aż 92,19%, z czego 76,56% uzyskało wynik wskazujący na nasilenie depresji w stopniu łagodnym. W podgrupie pacjentów hemodializowanych obecność zaburzeń depresyjnych wykazano u 83,49% osób, w tym 54,85% uzyskało wynik świadczący o depresji łagodnej, 28,64% zaś – o depresji umiarkowanej. W podgrupie dializowanej otrzewnowo depresja umiarkowana dotyczyła 15,63% badanych. W podgrupie pacjentów po transplantacji nerki depresja w stopniu umiarkowanym wystąpiła u 5,66% badanych, co jest najniższym wynikiem w grupie. W podgrupie tej stwierdzono również najmniejszy odsetek tych, którzy doświadczyli objawów depresji łagodnej (37,74%).

W podgrupie pacjentów dializowanych otrzewnowo znaleziono związek pomiędzy stopniem nasilenia depresji a wyuczonym zawodem (siła związku $0,3 \leq C_{\text{kon}} < 0,5$; korelacja przeciętna). 96,43% pracowników fizycznych i 91,18% pracowników umysłowych z grupy poddanej dializom otrzewnowym uzyskało wyniki wskazujące na zaburzenia depresyjne w stopniu lekkim lub umiarkowanym, w porównaniu z 50% uczniów i studentów dotkniętych depresją tylko w stopniu łagodnym (tabela 1).

W podgrupie pacjentów poddanych hemodializie wykazano związek pomiędzy nasileniem depresji a miejscem zamieszkania oraz aktualnym statusem zawodowym o korelacji przeciętnej ($0,3 \leq C_{\text{kon}} < 0,5$) (tabela 1). Depresja najczęściej dotyczyła mieszkańców wsi oraz miast wojewódzkich, w mniejszym stopniu miast powiatowych. W dużej grupie rencistów i emerytów (94,7% podgrupy hemodializowanych) ponad 80% uzyskało wyniki wskazujące na nasilenie depresji w stopniu co najmniej lekkim. Wszyscy, zarówno aktywni zawodowo jak i bezrobotni, wykazywali objawy depresji.

W podgrupie tej znaleziono również związek pomiędzy nasileniem depresji a przebyłym urazem głowy z utratą przytomności (siła związku $0,1 \leq C_{kon} < 0,3$; korelacja słaba) – wszyscy pacjenci hemodializowani z urazem głowy z utratą przytomności w wywiadzie wykazywali objawy depresji w stopniu lekkim (16,67%) lub w stopniu umiarkowanym (83,33%) (tabela 1).

Tabela 1. Analiza statystyczna związku nasilenia depresji z danymi socjodemograficznymi i medycznymi w grupie pacjentów poddanych dializie otrzewnowej (PD) i hemodializowanych (HD)

Grupa	Cecha	α	dw	Chi ² empiryczne		Chi ² obliczeniowe	Siła związku	Zależność
PD	Zawód wyuczony	0,05	4	9,488	<	15,288	0,4	+
HD	Miejsce zamieszkania	0,05	8	15,507	<	22,09	0,3	+
	Aktualny status zawodowy	0,05	8	15,507	<	22,09	0,3	+
	Przebyty uraz głowy	0,05	2	5,991	<	9,117	0,2	+

Nie znaleziono związku pomiędzy poziomem depresji a danymi socjodemograficznymi i medycznymi w podgrupie pacjentów po transplantacji nerki.

Omówienie wyników

Nasze badania dowiodły wysokiego rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych w populacji osób ze schyłkową niewydolnością nerek poddanych dializom. Analogiczne prace, wykorzystujące Skalę Depresji Becka do oceny nasilenia objawów depresyjnych w grupie pacjentów dializowanych, wykazały, że dotyczą one od 30% do 50% pacjentów, co stanowi wynik niższy niż uzyskany w naszej grupie [2, 16, 17].

Wśród badanych przez nas pacjentów po transplantacji nerek depresja dotknęła 43,4% tej podgrupy. W świetle literatury przedmiotu transplantacja nerek korzystnie wpływa na zdrowie psychiczne pacjentów w końcowym stadium niewydolności nerek. Potwierdzają to Tavallai i Lankarani [18], którzy porównali stan psychiczny pacjentów przed przeszczepieniem i po zabiegu przeszczepienia nerki. Wykazali znaczne różnice w badanych grupach, chociaż były one mniejsze od oczekiwanych. Porównawcze badania pacjentów po transplantacji nerki i osób powracających do zabiegów hemodializy po odrzuceniu przeszczepu wykazały istotne statystycznie różnice w nasileniu depresji ocenianej za pomocą skali BDI [19]. Obserwacje te potwierdzają badania Cukora i wsp. [20]. Podobne wnioski płyną z badań Zimmermanna i wsp. [21], którzy porównywali stopień nasilenia depresji w trzech grupach pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Najwyższe wyniki uzyskali pacjenci leczeni hemodializami, najniższe osoby po zabiegu przeszczepienia nerki – różnica ta była istotna statystycznie – a wynik pośredni pacjenci poddani dializom otrzewnowym.

Przytaczane w literaturze dane dotyczące stopnia nasilenia objawów depresyjnych wśród osób poddawanych dializie otrzewnowej wskazują, że depresja dotyczy 30% tej populacji [10], chociaż w badaniach koreańskich większość osób leczonych dializami otrzewnowymi doświadczała poważnych symptomów depresyjnych [22]. Wuerth i wsp. [23] przebadali za pomocą skali BDI grupę 380 takich pacjentów – depresję co najmniej w stopniu łagodnym zdiagnozowano u 49%.

Wciąż niejednoznaczne wydaje się, która z metod dializowania pacjentów w większym stopniu wiąże się z doświadczeniem depresji. Nasze badania wskazują na dializę otrzewnową, co również potwierdzają Mittal i wsp. [24], chociaż różnica wykazana w ich pracy była niewielka (26,1% vs. 25,4%). Zacytowana powyżej praca Zimmermanna i wsp. pozostaje w sprzeczności z naszymi obserwacjami. Badania Noshada i wsp. [25] oraz Ginieri-Coccosis i wsp. [26], porównujące pacjentów poddawanych dializom otrzewnowym oraz hemodializom, dowiodły wyższej jakości życia osób dializowanych otrzewnowo, również mniejszego rozpowszechnienia objawów depresyjnych w tej grupie chorych. Także praca Panagopoulou i wsp. [27] wykazała, że osoby hemodializowane mają więcej objawów lękowych i depresyjnych w porównaniu z pacjentami dializowanymi otrzewnowo. Na uwagę zasługuje fakt, że w badanej przez nas grupie pacjenci poddani hemodializom doświadczały depresji o większym nasileniu w porównaniu z osobami dializowanymi otrzewnowo.

Podawany najczęściej w literaturze procent rozpowszechnienia depresji wśród osób poddanych hemodializie wynosi co najmniej 25% [28, 29, 30]. Istnieją badania wskazujące tylko na 20% rozpowszechnienie depresji wśród osób hemodializowanych [8]. Z kolei w badaniu Cukora i wsp. [31] 20% opisywanych pacjentów poddanych hemodializom cierpiało na depresję spełniającą kryteria dużej depresji, u kolejnych 9% rozpoznano dystymię lub inne zaburzenia depresyjne. Hedayati i wsp. [32] rozpoznali u 25% hemodializowanych osób dużą depresję wg DSM-IV, a Chilcot i wsp. [33] – u 22%. W badaniach Chen i wsp. [34] 33,4% hemodializowanych pacjentów doświadczało objawów depresji. Tajwańskie badania [35] wykazały 60,5% rozpowszechnienie depresji w skali BDI w grupie 352 hemodializowanych pacjentów. Podobny wynik (61%) zaobserwowano w populacji osób w wieku 65–74 lat poddawanych hemodializom [36]. W naszej pracy pacjenci w tym przedziale wiekowym stanowili prawie 30% grupy, czym częściowo można tłumaczyć wysoki wynik badania.

Wnioski

Analiza uzyskanych wyników badań skłania do sformułowania poniższych wniosków:

- wśród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek istnieje wysokie rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych; uzyskane wyniki w BDI wskazują na nasilenie objawów depresyjnych w grupie badanej w stopniu łagodnym i umiarkowanym;
- najwięcej pacjentów dotkniętych depresją znajdowało się w podgrupie osób dializowanych otrzewnowo, nieco mniej w podgrupie pacjentów hemodializowanych; pacjenci po transplantacji nerek byli znacznie mniej narażeni na zaburzenia depresyjne niż osoby poddawane dializom;

- depresji w stopniu umiarkowanym najczęściej doświadczały osoby poddawane hemodializie.

Распространение депрессивных нарушений среди пациентов в конечной стадии почечной недостаточности

Содержание

Задание. Депрессивные нарушения среди пациентов в конечной стадии почечной недостаточности являются часто нераспознанные, а также и нелеченные, осложняют неврологическое состояние больного. Заданием настоящей работы было сравнение частоты и утяжеление симптомов депрессии в последнем периоде почечной недостаточности. Принята во внимание зависимость от способа примененного лечения, а именно – гемодиализ, брюшинный диализ или трансплантация почки.

Метод. Исследовано 323 пациентов с конечной стадией почечной недостаточности, в том числе 206 больных, леченных гемодиализом, 64 брюшинном гемодиализом, а остальные 53 пациентов были после трансплантации почки. Для исследования подгрупп больных использована авторская анкета и инвентарь депрессии Бекка.

Результаты. Полученные результаты в инвентаре Бекка указывают на утяжеление симптомов депрессии в исследованной группе в легкой и умеренной степенях. Больше число пациентов с депрессивными симптомами находилось в группе больных с брюшинным гемодиализом, несколько меньше в подгруппе больных, леченных гемодиализом. Депрессия в умеренной степени отмечена у больных при лечении гемодиализом. Пациенты после трансплантации почки были в меньшей степени подвергнуты депрессивным нарушениям, чем больные, леченные гемодиализом.

Выводы. Почечная недостаточность в конечной стадии болезни может оказывать влияние на появление симптомов депрессии, а кроме того, применяемое лечение может играть роль в ее появлении, так и утяжелений. Выводы нашего исследования необходимо рассматривать очень осторожно, принимая во внимание множество иных существующих причинных факторов.

Verbreitung der depressiven Störungen unter Patienten mit postrenalem Nierenversagen

Zusammenfassung

Ziel. Die depressiven Störungen unter den Patienten mit postrenalem Nierenversagen werden oft nicht diagnostiziert und nicht behandelt und sie komplizieren die Nierenersatztherapie. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist der Vergleich der Häufigkeit und Intensität der depressiven Symptome im postrenalen Nierenversagen bei den Patienten abhängig von der Behandlungsweise – nach Hämodialyse, Peritonealdialyse oder Nierentransplantation.

Methode. Es wurden 323 Patienten mit dem postrenalen Nierenversagen untersucht, darunter 206 Personen nach der Hämodialyse, 64 nach der Peritonealdialyse und der Rest nach der Nierentransplantation. Zur Studie wurde die Umfrage angewandt, die die Autoren gebildet hatten, und das Beck-Depressions-Inventar.

Ergebnisse. Die erzielten Ergebnisse im Beck-Depressions-Inventar zeigen auf eine milde und mäßige Intensität der Depressionssymptome in der untersuchten Gruppe. Die meisten mit der Depression betroffenen Patienten befanden sich in der Untergruppe der Patienten nach der Peritonealdialyse, etwas weniger in der Untergruppe der Patienten nach der Hämodialyse. Eine mäßige Depression erlitten am häufigsten die Personen nach der Hämodialyse. Die Patienten nach der Nierentransplantation hatten weniger depressive Störungen als die Personen nach den Dialysen.

Schlussfolgerungen. Das postrenale Nierenversagen kann einen Einfluss auf die depressiven Symptome haben, auch die angewandte Behandlungsweise kann eine bedeutende Rolle bei der Entstehung und Intensität der Depression spielen. Die Schlussfolgerungen aus dieser Studie wurden mit Vorsicht unter Einbeziehung vieler anderer existierender Faktoren und Ursachen formuliert.

La prévalence des troubles dépressifs chez les patients souffrant de l'insuffisance rénale au stade terminal

Résumé

Objectif. Les troubles dépressifs chez les patients souffrant de l'insuffisance rénale au stade terminal ne sont pas souvent diagnostiqués et traités et ils compliquent le traitement de suppléance. Ce travail vise à comparer la fréquence et la sévérité des symptômes dépressifs chez ces patients suivant les divers thérapies : hémodialyse, dialyse péritonéale, transplantation rénale.

Méthode. On examine 323 patients avec l'insuffisance rénale au stade terminal : 206 suivant l'hémodialyse, 64 – dialyse péritonéale, 53 – transplantation rénale. Pour cet examen les auteurs utilisent le questionnaire construit exprès par eux et le questionnaire BDI (Beck Depression Inventory).

Résultats. Les résultats de BDI indiquent que l'intensité des symptômes dépressifs reste modérée chez ces patients examinés. La majorité de patients souffrant des troubles dépressifs se fait voir dans le groupe suivant la dialyse péritonéale, un peu moins dans le groupe avec l'hémodialyse, le risque des troubles dépressifs est le plus petit dans le groupe après la transplantation rénale.

Conclusions. L'insuffisance rénale au stade terminale cause parfois les symptômes dépressifs, leur intensité et sévérité dépendent aussi de la thérapie appliquée. Ces conclusions sont formulées prudemment car ils existent aussi d'autres facteurs jouant ici leur rôle.

Piśmiennictwo

1. Manitus A, Rutkowski B. *Przewlekła niewydolność nerek*. W: Wojtczak A, red. *Choroby wewnętrzne*. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995, s. 814–823.
2. Finkelstein FO, Finkelstein SH. *Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment*. *Nephrol. Dialys. Transplant.* 2000; 15 (12): 1911–1913.
3. Kimmel PL. *Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know*. *J. Psychom. Res.* 2002; 53: 951–956.
4. Friend R, Hatchett L, Wadhwa NK, Suh H. *Serum albumin and depression in end-stage renal disease*. *Adv. Perit. Dial.* 1997; 13: 155–157.
5. Kimmel PL, Peterson RA. *Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs*. *Sem. Dial.* 2005; 18 (2): 91–97.
6. Iacovides A, Foutoulakis KN, Balsakas E i in. *Relationship of age and psychosocial factors with biological ratings in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis*. *Aging Clin. Exp. Res.* 2002; 14: 354–360.
7. Dogan E, Erkok R, Eryonucu B, Sayarlioglu H, Agargun MY. *Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients*. *Ren. Fail* 2005; 27 (6): 695–699.
8. Lopes AA, Bragg J, Young E i in. *Dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS): Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe*. *Kidney Int.* 2002; 62: 199–207.
9. Hedayati SS, Grambow SC, Szczech LA, Stechuchak KM, Allen AS, Bosworth HB. *Physician-diagnosed depression as a correlate of hospitalizations in patients receiving long-term hemodialysis*. *Am. J. Kidney Dis.* 2005; 46 (4): 642–649.
10. Juergensen PH, Juergensen DM, Wuerth DB i in. *Psychosocial factors and incidence of peritonitis*. *Adv. Perit. Dialys.* 1996; 12: 196–198.
11. McDade-Montez EA, Christensen AJ, Cvengros JA, Lawton WJ. *The role of depression symptoms in dialysis withdrawal*. *Health Psychol.* 2006; 25 (2): 198–204.
12. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. *Suicide in the US End-Stage Renal Disease Program*. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2005; 16: 774–781.

13. Streltzer J. *Diagnostic and treatment considerations in depressed dialysis patients*. Clin. Exper. Dial. Apher. 1983; 7 (4): 257–274.
14. Sobczyk M. *Statystyka. Podstawy teoretyczne, przykłady, zadania*. Lublin: Wyd. UMCS; 1983.
15. Sobczyk M. *Statystyka*. Warszawa: PWN; 1997.
16. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL. *Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients*. Kidney Int. 2000; 57: 2093–2098.
17. Dervisoglu E, Maral Kir H, Kalender B, Eraldemir C, Caglayan C. *Depressive symptoms and proinflammatory cytokine levels in chronic renal failure patients*. Nephron. Clin. Pract. 2008; 108: 272–277.
18. Tavallaii SA, Lankarani MM. *Improved mental health status in the first 2 weeks after kidney transplantation*. Transplant. Proc. 2005; 37 (7): 3001–3003.
19. Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. *Depression levels before and after renal transplantation*. Transplant. Proc. 2004; 36 (1): 111–113.
20. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL. *Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients*. Kidney Int. 2009; 75: 1223–1229.
21. Zimmermann PR, Poli de Figueiredo CE, Fonseca NA. *Depression and anxiety adjustment in renal replacement therapy: a quality of life assessment*. Clin. Nephrol. 2001; 56 (5): 387–390.
22. Kim JA, Lee YK, Huh W i in. *Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients*. J. Korean Med. Sc. 2002; 17: 790–794.
23. Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein FO. *The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis*. Semin. Dialys. 2005; 18 (2): 142–146.
24. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Mittal VS, Maesaka JK, Fishbane S. *Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients*. Am. J. Nephrol. 2001; 21 (3): 215–220.
25. Noshad H, Sadreddini S, Nezami N, Salekzamani Y, Ardalani MR. *Comparison of outcome and quality of life: haemodialysis versus peritoneal dialysis patients*. Sing. Med. J. 2009; 50 (2): 185–192.
26. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. *Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment*. BMC Nephrol. 2008, 9:14 <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/9/14>.
27. Panagopoulou A, Hardalias A, Berati S, Fourtounas C. *Psychosocial issues and quality of life in patients on renal replacement therapy*. Saudi J. Kidney Dis. Transpl. 2009; 20 (2): 212–218.
28. Rabindranath KS, Daly C, Butler JA, Roderick PJ, Wallace S, MacLeod AM. *Psychosocial interventions for depression in dialysis patients (review)*. Cochr. Libr. 2006; 1: 1–33.
29. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Verme D. *Behavioural compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients*. J. Am. Soc. Nephrol. 1995; 5 (10): 1826–1834.
30. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL i in. *Psychologic functioning, quality of life, and behavioral compliance in patients beginning hemodialysis*. J. Am. Soc. Nephrol. 1996; 7 (10): 2152–2159.
31. Cukor D, Coplan J, Brown C i in. *Depression and anxiety in urban hemodialysis patients*. Clin. J. Am. Soc. Nephrol. 2007; 2: 484–490.
32. Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP i in. *Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression*. Kidney Int. 2008; 74: 930–936.
33. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. *Screening for depression while patients dialyse: an evaluation*. Nephrol. Dial. Transplant. 2008; 23: 2653–2659.

34. Chen Y, Wu S, Wang S, Jaw B. *Depression in chronic haemodialysed patients*. Nephrol. 2003; 8: 121–126.
35. Kao T, Lai M, Tsai T, Jan C, Chie W, Chen W. *Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in Northern Taiwan: A multicenter study*. Artif. Organs 2009; 33 (1): 61–68.
36. Giordano M, Tirelli P, Ciarambino T i in. *Screening of depressive symptoms in young-old hemodialysis patients: relationship between Beck Depression Inventory and 15-item Geriatric Depression Scale*. Nephrol. Clin. Pract. 2007; 106: 187–192.

Adres: Marta Makara-Studzińska
Samodzielna Pracownia
Zdrowia Psychicznego UM
20-093 Lublin, ul. Chodźki 15

Otrzymano: 6.08.2010
Zrecenzowano: 22.11.2010
Otrzymano po poprawie: 30.12.2010
Przyjęto do druku: 10.01.2011

Już wkrótce

Psychiatria Polska

NR 3–2011

W następnym zeszycie *Psychiatrii Polskiej* znajdą Państwo między innymi następujące artykuły:

- *Funkcje wzrokowo-przestrzenne i organizacja czynności grafomotorycznych u dzieci z ADHD*
Autorzy: Aneta R. Borkowska i wsp.
- *Asocjacyjne badanie rodzinne polimorfizmu - 156>T genu MMP-9 w schizofrenii*
Autorzy: Agata Groszkowska i wsp.
- *Wpływ cech osobowości i polimorfizmów genów DRD4 i 5HTT rodziców na predyspozycje ich synów do uzależnienia od alkoholu*
Autorzy: Agnieszka Samochowiec i wsp.
- *Zespół lamliwego chromosomu X – problem dziecka i rodziców*
Autorzy: Małgorzata Z. Lisik i wsp.

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67