

دراسة مدى إنتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن

Study of Depression in children with chronic renal failure

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في طب الأطفال

برئاسة

بإشراف

الأستاذ الدكتور

الأستاذ المساعد الدكتور

عصام أنجق

محمد بشار اسكندر

إعداد الدكتورة

بيمان رمضان العثمان

٢٠١٤

مخطط الدراسة النظرية

أولاً:

مقدمة عن الإكتئاب عند الأطفال:

- مفهوم الإكتئاب وتعريفه
- انتشار الاكتئاب عند الأطفال
- العوامل المؤهبة للإصابة بإكتئاب عند الأطفال
- أعراض الإكتئاب عند الأطفال
- تصنيف الإكتئاب
- تشخيص الإكتئاب عند الأطفال
- جدل تشخيص الإكتئاب عند الأطفال وأدوات القياس
- النظريات المفسرة للإكتئاب

ثانياً: القصور الكلوي المزمن عند الأطفال:

- تعريف القصور الكلوي المزمن
- أسباب القصور الكلوي المزمن عند الأطفال
- مراحل القصور الكلوي المزمن
- التظاهرات السريرية للقصور الكلوي المزمن
- معالجة القصور الكلوي المزمن

ثالثاً: الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن:

- مقدمة
- الآلية المرضية
- الأعراض والعلامات
- التشخيص وأدوات القياس
- الاختلاطات المرافقة
- المعالجة

الاكتئاب عند الأطفال (Depression in children) :

• مفهوم الاكتئاب وتعريفه:

يعتبر الاكتئاب أحد الأمراض النفسية أو المظاهر النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد، ويتسم بالإحباط والفقدان الذي يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، وبذلك فإن الفرق في الاكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة، ومصطلح إكتئاب في حد ذاته يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغير في حياتنا سواء تأثير بسيط أو شديد، معظم الناس يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد تجاه نفس هذه الأحداث، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية والعوامل النفسية التي ربما تتأثر بالعوامل الخارجية. {١}

الاكتئاب هو أحد اضطرابات الوجدان الذي يتميز بسرعة الإستثارة في حالة الأطفال والمراهقين أو فقد الإهتمام أو فقد الاستمتاع في كل الأنشطة أو أغلبها، بالإضافة إلى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل في أغلب ساعات اليوم، تشمل اضطرابات الشهية، وصعوبة التفكير، وتغير الوزن، واضطراب النوم وزيادة النشاط الحركي أو نقصه ونقص الطاقة والشعور بفقد القيمة أو الإحساس بالذنب الشديد غير المناسب، وصعوبة التركيز وتكرار فكرة الموت أو أفكار أو محاولات أنتحارية. {٢}

بينما يعرف بيك Beck الاكتئاب على أنه أحد الاضطرابات الوجدانية الذي يقسم إلى خمسة عناصر

أساسية: {٣}

أولاً: التقلب المزاجي الذي يشمل: الحزن، الشعور بالوحدة والذنب.

ثانياً: مفاهيم خاصة عن الذات تشمل: لوم الذات، انخفاض تقدير الذات.

ثالثاً: رغبات عدوانية وعقابية للذات تشمل: الرغبة في العزلة والموت .

رابعاً: تغيرات جسمية تشمل: الأرق، فقدان الشهية، نقص الطاقة الحيوية.

خامساً: تغير في مستوى النشاط ويشمل القصور والبطء.

وقد يكون الاكتئاب مرضاً قائماً بحد ذاته وفي هذه الحالة يسمى إكتئاب أولي أو قد يكون عرضاً من

أعراض الأمراض الجسدية أو النفسية أخرى وفي هذه الحالة يسمى إكتئاب ثانوي.

• انتشار الاكتئاب عند الأطفال Prevalence of depression in children:

يعاني معظم الأفراد في الحياة المعاصرة من الاكتئاب بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي .

هذه الزيادة السريعة في الاكتئاب قد تعود إلى التحولات و التغيرات السريعة و المتلاحقة في كافة جوانب الحياة، مما أدى إلى العديد من التعقيدات في أساليب الحياة اليومية ،وارتفاع مستوى الآمال والطموحات.

حيث نسبة انتشار الاكتئاب عند اليافعين ١,٩-٣,٤% بين الأطفال في المدرسة الابتدائية ، ٢,٣-٨,٩% بين المراهقين .{٤}

ليس هناك إي اختلافات في حدوث الاكتئاب بالنسبة للجنس قبل عمر ١٥ سنة ،ولكن بعد عمر ١٥ سنة الاكتئاب عند الأنثى يصبح الضعف من حيث حدوثه وشدته،{٥}

إيضاً ٥٠% من الأطفال المكتئبين سيعانون من عودة الاكتئاب على الأقل مرة واحدة خلال فترة الكهولة {٦}.

• العوامل المؤهبة للإصابة باكتئاب عند الأطفال:

قد يكون دور العامل الوراثي في حدوث الاكتئاب عند الأطفال وفي جميع الأعمار عموماً من القضايا المثبتة علمياً، ويتمثل بوجود بنية وراثية عائلية تنتج خللاً في بعض المستقبلات الكيميائية أو الهرمونية والتي يناط بها أن تتحسس وسيطاً عصيباً أو كيميائياً أو هرمونياً، ولكنها قد تكون قليلة العدد أو مشوهة من الناحية البنيوية مما يعيق ارتباطها بذلك الوسيط مما ينتج عنه خلل في التوازن الداخلي للجهاز العصبي والذي يقود في بعض الحالات إلى حدوث الاكتئاب وأمراض جسدية أو نفسية متعددة ،وفي بعض الحالات الأخرى يمكن لنفس الاضطراب الوراثي أن يقود إلى خلل تشريحي في بنية الدماغ والذي يؤول إلى الكثير من الاضطرابات العصبية والنفسية ومنها الاكتئاب. وبالتالي وجود قصة عائلية للإصابة بمرض الاكتئاب يجب أن تجعلنا أكثر قبولاً للشك بأن هذه الأعراض النفسية التي يبديها الطفل والتي قد تكون غير موجهة، قد تكون ناجمة عن اكتئاب لم يتكامل بعد، ويستدعي منا التدخل بسرعة لمحاولة علاجه ومنع تفاقمه .

إن الإصابة بعدد من الأمراض الجسدية يؤهب بشكل كبير للإصابة بالإكتئاب لذلك يجب التعامل مع هؤلاء الأطفال الذين يعانون من هذه الأمراض بكثير من الحذر والكثير من السعي لوضعهم في وضع اجتماعي موافق ومتفهم ،يستطعون الاندماج معه،ومن جهة أخرى فأن معاناة أي طفل من أعراض الإكتئاب جزئياً أو كلياً تستدعي منا وقفة طبية ومسحاً طبياً شاملاً لتحري إي سبب عضوي أو مرض ما شكل المقدمة والسبب الأول لشكاية الاكتئاب هذه .{٧}

• أعراض الاكتئاب عند الأطفال (Symptoms of depression in children):

تقسم أعراض الاكتئاب السريرية إلى أربع فئات أساسية وهي :

١-الأعراض المزاجية Mood symptoms :

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية مثل أن يسود الشخص مزاج حزين معظم اليوم وتقريباً كل يوم لمدة أسبوعين على الأقل .

٢-الأعراض الفسيولوجية Physiological symptoms:

تتواجد الأعراض التالية بصورة متكررة في الأفراد المكتئبين

- فقدان الشهية والوزن ،ومن الممكن أن يحدث العكس فيزيد الوزن وتزداد الشهية

- الإمساك

-اضطراب النوم Sleep disturbance وتتمثل بصعوبة النوم العميق ،الاستيقاظ المبكر ،الأرق و

الكوابيس ،والفرع أثناء النوم .

البعض الآخر قد يحدث لديهم العكس فرط نوم Hyper somnia أو النوم العميق .

٣-الأعراض المعرفية Cognitive symtoms:

وتشير إلى مدى قدرة المريض على التركيز واتخاذ القرار ،وكيفية تقويمهم لأنفسهم .

٤-الأعراض السلوكية Behavioral symptoms:

المظهر والسلوك الخارجي للمريض غالباً ما يكون مؤشراً على وجود الإكتئاب من عدمه، مثال بطء حركة

الجسم وعدم ممارسة الأنشطة، وكذلك قلة الكلام وبطئه ،استجابة المريض بجمل بسيطة وبصفة عامة

،انخفاض مستوى الطاقة ،ونقص الإنتاجية، الانسحاب الاجتماعي.

وتستعرض رابطة الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي (Dsm IV) ثمانية أعراض أساسية مميزة للإكتئاب وهي:

١- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو زيادة شهية وبالتالي زيادة الوزن

٢- الأرق أو فرط النوم

٣- التأخر الحركي النفسي

٤- فقدان الاهتمام والإستمتاع عند ممارسة الأنشطة المعتادة

٥- تناقص الطاقة مع الشعور بالإجهاد

٦- الإحساس بانعدام القيمة Worth lessness ولوم الذات والإحساس بالذنب

٧- الشكوى والتردد Inde cisiveuss

٨- تكرار و التفكير في الموت بصفة دورية ،أفكار انتحارية ،محاولات انتحار .{٨}

عند الأطفال المظهر الأول والأهم هو وضوح الحزن وعدم الاستمتاع على محيا الطفل وعلى سلوكه العام ،حيث يبدي قلة الرغبة في المشاركة في الأحاديث الجماعية وإبداء القليل من الضحك والإبتسامة الخجولة وتترافق تلك المظاهر الخارجية بأعراض نقص شهية للطعام أو حتى انعدامها، وغالباً ما تكون هذه الشكاية ظاهرة بشكل جلي عند الفتيات اللاتي يعانين من الإكتئاب بين عمر ١٤-١٦ سنة ،ويظهر الطفل في هذه الحالة منصرفاً عن الأطعمة التي كان يحبها سابقاً، بحيث يقود الأهل لقلق على الطفل من ناحية تغذيته ونموه وتأثيرها على صحة الطفل الحالية والمستقبلية .وقد يعاني الطفل من اضطرابات النوم وخاصة عند النوم في الليل ،بعدم القدرة على النوم و المعاناة من الكوابيس ،نوب هلع ليلية ،وبشيع الإنسحاب الإجتماعي ،وعدم الإنخراط في الفعاليات الجماعية التي تتناول الإشتراك في فعاليات اللعب والعمل المشترك ،حيث يتزرع في الكثير من الأحيان بالتعب الجسدي وعدم الأحساس بالرغبة في القيام به.

وهناك مجموعة من الشكايات المتفرقة تتراوح بين الوهن العام والتعب غير المفسر و الإحساس بضيق النفس، والأهم من ذلك كله، الشكاية الملازمة بشكل لصيق للإكتئاب، و المتمثلة بعدم القدرة على التركيز في الدراسة والاستيعاب ،ويلاحظ هذا العرض الأخير بشيوع واضح لدى الأطفال الذين يعانون من

الإكتئاب في سن المراهقة .أما في مرحلة سن المدرسة الأولى فقد يتظاهر بالعدوانية والغضب وعدم الانصياع للواجبات الحياتية اليومية و المدرسية ومحاولة التهرب منها. {٧}

• تصنيف الإكتئاب (Classification):

توجد العديد من التصنيفات المختلفة للإكتئاب ويرجع هذا الاختلاف و التباين إلى تباين الخلفيات و التوجهات النظرية للعلماء، فهناك من ينظر إلى الإكتئاب في ضوء شدته إلى ثلاثة مستويات :

بسيط mild،متوسط moderate،شديد sever

وهناك من ينظر ويصنف الإكتئاب في ضوء النظرية التعددية أو النظرية المزدوجة التي تفترض أنه يوجد نمطان للإكتئاب أحدهما عكس الآخر .

جدول (١) تصنيفات الإكتئاب {٩}

التصنيف في ضوء درجة الإكتئاب	الإكتئاب العادي Normal depression	الإكتئاب تحت السريري Subclinical depression	الإكتئاب السريري Clinical depression
وهو مرادف للإكتئاب ارتكاسي reactive وهو رد فعل لحلول كوارث، وهو قصير الأمد ويخبره كل فرد، ولا يشمل مزاج حزين.	أكثر حدة من الإكتئاب العادي ويشمل مزاجاً حزيناً وأعراضاً من ضمنها انخفاض الإهتمام ونقص الشعور بالسعادة، تناقص الوزن، الشعور بالذنب.	اكتئاب شديد مستمر لفترات طويلة ويعوق الشخص عن أداء نشاطاته، ويتطلب التدخل العلاجي.	
التصنيف في ضوء الحدة	اكتئاب خفيف الشدة mild	اكتئاب متوسط الشدة moderate	اكتئاب شديد مع أو بدون أعراض ذهانية sever with or with out psychootic

syntoms			
-شديد ومصحوب بأوهام اكتئابية ومحاولات انتحارية،اضطراب الأداء الإجتماعي -مصاحب بهذيان وأهلاس	-أكثر حدة من الاكتئاب الخفيف -صعوبة قيام الفرد بالأداء الإجتماعي -وجود هياج مع عدم وجود أوهام ،تستمر لمدة أسبوعين على الأقل	- أقرب إلى عسر المزاج وهو خفيف -الفرد قادر على مواجهة المطالب اليومية -لا توجد أوهام أو أفكار انتحارية -ناشئة لظروف طارئة تزول بزوالها	
	يرجع اكتئاب لأسباب بيئية وسوء التكيف والضغوط الخارجية	يرجع اكتئاب لأسباب بيولوجية وخلل في الوظائف الفيسيولوجية للجسم	التصنيف في ضوء الأسباب
	الاكتئاب ثنائي القطب dipolar -وجود نوبة اكتئاب شديدة واحدة أو أكثر - حدوث نوبة أو أكثر من الهوس -من فئاته : سيكلوثيميا cyclothymia وهو عكس disthymia حيث يتسم بالوجدان المضطرب المزمن ويستمر لمدة سنتين وتشمل العديد من نوبات الهوس .	الاكتئاب أحادي القطب unipolar -وجود نوبة اكتئاب شديدة واحدة -لا توجد نوبات هوس إطلاقاً أو نوبات مختلطة أو هوس خفيف -ليس سببها فصام -من فئاته الفرعية: ١-الاضطراب الوجداني الموسمي seasonal وهو نوع من الاكتئاب يصيب الأفراد في	وجه المقارنة

		شهور معينة من السنة وغالباً يحدث شفاء Disthymia أو ٢- عسر المزاج حيث ينتاب المريض مشاعر الحزن وبمارس أنشطته اليومية ويستمر شهرين وتظل على مدى سنتين	
--	--	--	--

• تشخيص الاكتئاب عند الأطفال (Diagnosis of depression in children)

وفقاً لرابطة الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة الأمريكية في دليلها التشخيصي الإحصائي، فإن يجب أن يظهر الأطفال إما مزاج اكتئابي أو فقدان المتعة أو الاستمتاع بالنشاطات اليومية، هذه النشاطات تتضمن المدرسة، اللعب، أو الانسحاب الاجتماعي (الانسحاب من الأقران). المزاجات الاكتئابية عند الأطفال ربما يعبر عنها بشكل شائع بهياج، سلوك متهور أو غالباً رد فعل عدواني أو غاضب .

الأطفال الذين ليس لديهم تطور معرفي أو لغوي ربما يعبرون عن حالات المزاج من خلال معاناة جسدية مثل تعابير وجه حزينة، تواصل عيني ضعيف، الطفل يجب أن يظهر أيضاً أربعة أعراض أخرى لوضع التشخيص تتضمن :

١-تغير بعادات النوم (مثل نوم مزعج أوعدم القدرة على بدء النوم)

٢-نقص الوزن ،انخفاض الشهية

٣-الألم دون إمكانية وجود سبب واضح

٤ - عدم القدرة على التركيز في العمل أو النشاطات

هذه الأعراض تكون متواجدة ومستمرة لمدة أسبوعين أو أكثر { ١٠ }

• جدل التشخيص (Diagnosis controversy):

لتشخيص الإكتئاب عند الأطفال، هناك العديد من أدوات القياس التي طورت لتساعد الأطباء السريريين على وضع التشخيص ومنها :

1- Childhood depression inventory (CDI):

هذا المقياس الذي أعد من قبل ماريا كوفاكس طور من مقياس 1967 (BDI) للبالغين كنموذج ونقطة بدء ، CDI استعماله واسع الإنتشار ، وهو تقييم مقبول لقياس شدة الأعراض الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين مع موثوقية عالية ، ومصدقية جيدة.

المهارات المتاحة لاستخدام هذا المقياس منخفضة المستوى من ناحية القراءة والقدرة على فهم المفردات ، لذلك فهو مناسب للأطفال من عمر ٦ سنوات وأكبر ، يستعمل من عمر (٧-١٧) ، صمم بشكل أساسي للأطفال الذين يتكلمون اللغة الإنكليزية الأمريكية ، وقد ترجمت للعديد من اللغات ومنها اللغة العربية {١١} يتألف CDI من ٢٧ بند جمعت خمس عوامل تتضمن :

مزاج سلبي ، عدم الاستمتاع والتلذذ ، عدم الفاعلية ، تقييم سلبي للنفس ، اضطراب العلاقات الشخصية و الإجتماعية ويعتبر مقياس موضوعي ، نقاطه تتراوح من (٠-٥٤) ، من أجل كل بند يختار الطفل واحد من ثلاث احتمالات (تأخذ نقاط ٠-٢) التي توصفه خلال الأسبوعين الماضيين ، ويكون تشخيص الاكتئاب عند النقاط التي تساوي ٩ نقطة أو أكثر (ونسبها الدرجة الفاصلة) ، ولكن هذا أمر ليس مطلق ، في دراسات عديدة ، سجلت نقاط تشخيص أقل ، لذلك فإن الحالات الخاصة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار {١١}{١٢}{١٣}

النقاط الأعلى تعكس أعراض اكتئابية أشد ، لم يقصد من هذا المقياس أن يكون أداة للتشخيص السريري لذلك يجب استخدامه بحذر بوصفه أداة تشخيصية ، إن تحديد مستوى وتأسيس تشخيص الاكتئاب يتطلب فحص عميق للحالة من جانب أخصائي سريري ، ولذلك نقول أن الطفل لديه أعراض اكتئابية أكثر من أن نقول أن الطفل لديه اكتئاب سريري {١٤}

2- مقياس بيرلسون (Birlson et al, 1987):

لقد طور هذا المقياس كأداة لتقييم درجة الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين ،بعد أن كان يعتقد لسنوات عديدة أن الاكتئاب موجود فقط عند المراهقين ،ويتكون هذا المقياس من بنود مناسبة للأطفال ،وتغطي معظم أعراض الاكتئاب المسجلة لدى الأطفال ،ومع ذلك فإن التشخيص السريري يجب أن لا يعتمد على الدرجات العالية في هذا المقياس لوحده .

ويتكون هذا المقياس من ١٨ بند ،ويتطلب من الطفل وضع إجابته في كل بند في الخانة التي توافق حالته ،وهذه الخانات هي (لا، أحياناً، دائماً)

وهناك دراسة وجدت أنه ليس هناك طفل طبيعي لديه عدد نقاط أكثر من ١١، ومع ذلك فإن الأطفال يتم تشخيصهم سريريّاً على أنهم يعانون من الاكتئاب عندما تكون مجموع درجاتهم ١٧ وأكثر . {١٥}

3- مقياس بيك (BDI) Beck depression inventory:

هو مقياس يستخدم لقياس الاكتئاب عند البالغين ،توجد صورتان لهذا المقياس الذي أعده آدون بيك (وأصبح ذا شهره كبيرة، استخدم المقياس في تقدير الاكتئاب)وهما الصورة الأصلية وتتكون من ٢١ بند نشرت عام ١٩٦١ وخضعت لتعديلات متلاحقة ،والصورة المختصرة وتتكون من ١٣ بند قدمها بيك وزوجته كطريقة سريعة للتعرف على المرض المكتئبين .

تحدد الدرجة أربعة مستويات للاكتئاب : لا يوجد اكتئاب (عدد النقاط أقل من ١٠ درجات)

اكتئاب بين خفيف ومتوسط (١٠-١٨ درجة)

اكتئاب بين متوسط إلى شديد (١٩-٢٩ درجة)

اكتئاب شديد بين (٣٠-٦٣ درجة) . {١١}

• النظريات المفسرة للإكتئاب:

تتعدد النظريات المفسرة للإكتئاب وتختلف باختلاف الإطار المرجعي، فهناك من يفسر الإكتئاب في ضوء مفاهيم التحليل النفسي والتي تربط الاكتئاب بتاريخ الفرد نفسه منذ طفولته، وما حدث له من أحداث، قد تكون هي المؤثرة في حدوثه لدى الفرد .

أما المدرسة السلوكية فهي تفسره في ضوء مفاهيمها الأساسية التي تعتبر أن كل سلوك ناتج عن الإنسان هو سلوك متعلم خاطئ أو صحيح ، وتعتبر التعزيز بشقيه الإيجابي والسلبي هو المؤثر الرئيسي في سلوك الأفراد .

وهناك من يفسر الاكتئاب في ضوء العوامل الفسيولوجية ، التي تركز على وظيفة الهرمونات والعمليات الكيميائية في الجهاز العصبي ، وأن أي خلل بها يؤدي إلى العديد من الاضطرابات والتي من بينها الاكتئاب .

وهنا سنتناول شرح بعض من هذه النظريات

١- النظرية المعرفية Cognitive theory :

يعتبر بيك مؤسس المدرسة أو الاتجاه المعرفي لتفسير الاكتئاب ،حيث ترى هذه النظرية أن هناك ثلاثة نماذج معرفية أساسية تعمل على حدوث الاكتئاب: وهي نظرة الفرد لذاته ،نظرته إلى العالم المحيط ،نظرته إلى مستقبله وهو ما يعرف بالثالث المعرفي (Cognitive triad)

-المكون الأول : التفكير بصورة سلبية للخبرة حيث يرى أن عالمه الشخصي يتضمن صعوبات كبيرة ولا يستطيع أن يحقق أهدافه في الحياة نتيجة المواقف الضاغطة .

-المكون الثاني :النظرة السلبية لذاته ويعتبر نفسه منبوذاً وعديم الكفاءة وينزع إلى أن يربط خبراته الغير سارة إلى نقص عقلي أو مادي أو خلقي في ذاته وبذلك يعتبر نفسه غير مرغوب فيه ويرفض نفسه بسبب هذا النقص .

-المكون الثالث :النظرة بصورة سلبية لمستقبله ويعتبر الصعوبات والمعاناة الحالية سوف تستمر من دون نهاية ولا يرى أمامه سوى الإحباط والحرمان والمصاعب. {١٦}

وقد وضع بيك في نظريته أو نموذج المعرفة ما يسمى بالصيغة المعرفية أو المخطط المعرفي cognitive schenata، حيث أن جميع الأفراد يمتلكون صيغاً معرفية تساعد في استبعاد معلومات معينة، غير متعلقة ببياناتهم و الإحتفاظ بمعلومات هامة، أما الأفراد المكتئبون فيمتلكون كذلك صيغاً ذاتية معرفية سلبية، تستبعد على نحو تلقائي المعلومات الإيجابية عن الذات وتبقى المعلومات السلبية .

ويقترح بيك أنه عند نقطة معينة في الطفولة ينمي الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة وذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية نجدها تنشط ويبدأ المكتئبون في غربة خبراتهم الشخصية السلبية . {١٦}

٢-التفسيرات البيولوجية للاكتئاب Biological Explanation:

وينقسم التفسير البيولوجي إلى التفسير الوراثي للاكتئاب والتفسير الفسيولوجي للاكتئاب وهما :

(أ)-التفسير الوراثي للاكتئاب Genetic Explanate of depression:

يظهر الاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب على وجود علاقة بين مدى استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب إذا كان للوالدين أو أحدهما تاريخ مرضي لإصابة بالاكتئاب وبخاصة إذا هيأت الظروف البيئية بما فيها من ضغوط لإظهار تلك الاستجابات الاكتئابية، وقد أوضحت الدراسات الحديثة ان العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب .

وقد وجد أن حوالي ٥٠% من حالات الاضطرابات الوجدانية (ثنائية القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه، إذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة ٢٥-٣٩%، أما إذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فإن نسبة الإصابة لطفلها ترتفع إلى ٦٠% {٩}

(ب)-التفسير الفسيولوجي للاكتئاب Physiological Explanate:

أكثر النظريات ترجح أن السبب الرئيسي الذي يقف وراء إصابة الإنسان بالاكتئاب هو انخفاض مستوى الناقلات العصبية neuro transmitters في الدماغ أهمها السيروتونين و النورأدرينالين، لذلك يلاحظ أن

تناول المريض للأدوية المضادة للإكتئاب التي ترفع مستوى الناقلات العصبية السابقة يؤدي إلى تخفيف أو القضاء على أعراض الاكتئاب {١٧}

وقد وجد أن هناك خللاً في إفراز بعض الهرمونات في مرضى الاكتئاب قد يقود هذا الخلل إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية .

ويرجع الإكتئاب أيضاً إلى اضطراب الجهاز العصبي الغدي الذي يشمل اضطراباً في محور تحت المهاد -النخامي -الكظري Hypothalamic –Pituitary –Adrenal

وقد تبين أن وجود اضطرابات في هذا المحور من الجهاز العصبي الغدي يشيع في حالات الإكتئاب وتتوفر دلائل تشريحية على زيادة نشاط محور تحت مهاد -نخامي -كظري لدى مرضى الإكتئاب . {١٨}

القصور الكلوي المزمن عند الأطفال

Chronic Renal failure In children

• تعريفه:

وهو تدهور متروك لا عكوس مستمر في وظائف الكلية ناجم عن تخريب البرانشيم وذلك وفق تطور تدريجي خلال فترة زمنية تختلف باختلاف المسبب وصولاً إلى مراحل نهائية لقصور ويترافق هذا مع اختلالات مختلفة.

• أسباب القصور الكلوي المزمن عند الأطفال :

تتعلق أسباب القصور الكلوي المزمن عند الأطفال بالعمر الذي اكتشف فيه القصور الكلوي للمرة الأولى القصور الكلوي المزمن عند الأطفال الأصغر من ٥ سنوات هو نتيجة شائعة للتشوهات التشريحية (نقص التصنع، عسر التصنع، الانسداد)، بينما الأطفال أكبر من ٥ سنوات تسيطر أمراض الكبد المكتسبة (التهاب الكبد والكلية، المتلازمة الإنحلالية اليوريمائية) أو الاضطرابات الوراثية (تتأذر ألبورت، المرض الكيسي). {١٩}

• مراحل تطور الإصابة في القصور الكلوي المزمن:

١- المرحلة الأولى (مرحلة نقص الإحتياطي الكلوي):

وتتميز بتخرب في البرانشيم الكلوي لا يتجاوز (٥٠-٦٠%)، وبالتالي لا ترتفع البولة و الكرياتينين إلا إذا تعرض المريض لعامل خارجي مؤذٍ للكلية حيث تعود القيم لطبيعتها بزاول السبب، انخفاض معدل الرشح الكلوي لكنه لا ينخفض دون ٦٠ مل/د. المريض لا عرضي ولا تكشف حالته إلا بحساب تصفية الكرياتينين أو معدل الرشح الكبي .

٢- المرحلة الثانية (تعطل وظائف الكلية):

وتتميز بوصول تخرب البرانشيم الكلوي إلى (٥٠-٦٠%) فتبدأ البولة و الكرياتينين بالارتفاع ولكن ليس بشدة (البولة دون ٦٠ مغ/دل، الكرياتينين دون ٢ مغ/دل)

وهنا يؤدي تعرض المريض لعامل خارجي مؤذٍ للكلية إلى ارتفاعهما بشدة. انخفاض معدل الرشح الكبي دون ٦٠ مل/د ولكنه يبقى أعلى من ١٠ مل/د. تبدأ المظاهر السريرية للقصور الكلوي بالظهور ولكنها تبقى خفيفة.

٣- المرحلة الثالثة (القصور اللامعاوض):

ارتفاع البولة والكرياتينين بشدة أعلى من القيم السابقة، انخفاض معدل الرشح الكبي دون ١٠ مل/د حيث تظهر المظاهر السريرية للمتلازمة اليوريمائية .

• التظاهرات السريرية:

تطور القصور الكلوي يكون مخاتلاً لكن المرضى المصابين بشذوذات تشريحية تكون التظاهرات الأولى لديهم غير نوعية (صداع، تعب، إنهاك، قمه، أقياء، سهاف، بوال، فشل نمو).

الفحص الفيزيائي يكون أحياناً غير موجه لكن معظم مرضى القصور الكلوي يبدون شحوباً مع ضعف و ارتفاع توتر شرياني، المرضى المصابون بتشوهات تشريحية يتطور لديهم القصور الكلوي بشكل بطيء على مدى سنوات وهؤلاء نجد لديهم خرع مع تأخر نمو { ١٩ }

• المعالجة:

يتطلب تدبير القصور الكلوي المزمن المراقبة الوثيقة للحالة السريرية للمريض (فحص سريري، مراقبة النمو، مراقبة الضغط الشرياني) والحالة المخبرية (فقر الدم، نقص صوديوم، ارتفاع بوتاسيوم، حمض، ارتفاع البولة والكرياتينين، اضطرابات الكلس والفوسفور)

الفحص الدوري للPTH والدراسات الشعاعية لكشف الدلائل المبكرة على وجود حثل عظمي كلوي وصورة الصدر وأيكو القلب يمكن ان تساعد على تقييم وظيفة القلب .

١-المعالجة المحافظة:

a-الحمية في القصور الكلوي المزمن :

يتراجع النمو عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن عندما تهبطنسبة الرشح الكبي(GFR) إلى ٥٠% ،السبب الدقيق لفشل النمو غير معروف ،العامل الرئيسي قد يكون الوارد الحروري غير الكافي(أقل من ٧٠%من الوارد الغذائي المسموح به)،الوارد الحروري النموذجي في القصور الكلوي غير معروف لكن يجب محاولة جعل الوارد الحروري اليومي مساوياًأو متجاوزاً (عند الأطفال الذين يعانون من فشل نمو)الوارد المحدد لعمره ،يمكن تعزيز الوارد الغذائي بإضافة كمية غير محددة من السكريات والدهن ،كما أن البروتين يشكل العنصر الأساسي في هذه الحمية وتحدد كميته بحسب قيم ارتفاع البولة والكرياتنين.

b-السوائل والشوارد:

حتى تطور المرحلة الأخيرة من القصور الكلوي المزمن الذي يحتاج إلى التحال يبقى تحديد الماء غير ضرورياً عند مرضى القصور الكلوي لأن متطلبات الماء يتم تنظيمها من قبل مركز العطش في الدماغ . معظم الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن يحافظون على توازن طبيعي بواسطة الصوديوم المأخوذمن الحمية المناسبة .

معظم الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن يحافظون على توازن البوتاسيوم حتى تتدهور وظيفة الكلية إلى درجة يبدأ معها التحال ،قد يتطور ارتفاع بوتاسيوم في المرضى الذين لديهم قصور كلوي معتدل نتيجة زيادة المتناول من البوتاسيوم ،تطور حماض شديد ،نقص ألدوستيرون .يمكن ضبط فرط البوتاسيوم بإنقاص تناول البوتاسيوم وإضافة العوامل المقلونة أو راتنج kayexalate.

c-الحثل العظمي الكلوي:

يستخدم هذا التعبير للإشارة إلى طيف من الأمراض العظمية ناجمة عن خلل التمعن عندما يهبط الرشح الكبي إلى ٢٥%من الطبيعي فإن آليات المعاوضة التي تحرض إطراح الفوسفور تصبح غير كافية مؤدية

إلى فرط فوسفور الدم الذي يحرض نقص الكالسيوم ،وبالتالي الإفراز المستمر لل PTH الذي يؤدي إلى تليف في نقي العظم وهذا ما يسمى ألتهاب العظم الليفي الكيسي .تتضمن أهداف المعالجة إعادة مستوى الكالسيوم والفوسفور إلى الطبيعي والمحافظة على مستوى PTH بين ٢٠٠-٤٠٠ بيكوغرام/مل .

d-الحماض:

يتطور الحماض عند كل المرضى تقريباً وهو لا يحتاج للعلاج ما لم تهبط البيكربونات أقل من ٢٠مك/ل ولتحقيق ذلك يستخدم سيترات الصوديوم أو بيكربونات الصوديوم .

e-فقر الدم :

فقر الدم شائع وينجم بشكل رئيسي عن إنتاج غير كافي للاريثروبيوتين من قبل الكلتين القاصرتين ،لكن يجب ألا ننسى الوارد غير الكافي من الحديد وحمض الفوليك، ويتم التخفيف من مشكلة فقر الدم عن طريق استخدام الاريثروبيوتين الإنساني المأشوب بالإضافة للحديد الفموي وأحياناً الوريدي للمحافظة على تركيز خضاب يتراوح بين ١١-١٢ غ/دل.

f-ارتفاع ضغط الدم الشرياني :

معالجة ارتفاع ضغط الدم الشرياني يمكن ان تتضمن تحديد الأملاح (٢-٣ غ/٢٤ سا)بالمشاركة مع الأدوية الخافضة للضغط (حاصرات الكلس -حاصرات الخميرة القالبة للأنجيوتنسين-حاصرات B).

٢-التحال الدموي والبريتواني :

يتم البدء بالتحال عادة عندما يصل المريض لمرحلة القصور الكلوي النهائي حيث معدل الرشح الكبي أقل من ١٥ مل /د/١,٧٣م² و بالاعتماد على الحالة السريرية للمريض.

a-التحال الدموي:

يعتمد على مبدأ بسيط للغاية يقوم على وجود غشاء نصف نفوذ يفصل بين محلولين مختلفي الضغط الحلوي ،فتمر الشوارد من المحلول ذي الضغط الحلوي المرتفع إلى المحلول ذي الضغط الحلوي المنخفض .

b-التحال البريتواني :

يتم حقن كمية من السوائل داخل جوف البريتوان عبر قثطار خاص بالبطن تحت السرة بقليل ،يلعب البريتوان هنا دور الغشاء نصف نفوذ بسبب ترويته الدموية الغنية والتي تساعد على تبادل الشوارد بين الدم وبين السوائل المحقونة.

٣-زرع الكلية Renal Transplantation:

يعتبر زرع الكلية الطريقة الأفضل لمعالجة القصور الكلوي المزمن في مراحله الإنتهائية ESRD من متبرع حي قريب .{١٩}

الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن

Depression in children with chronic renal failure

• مقدمة:

أن القصور الكلوي من أخطر الأمراض التي يمكن أن تصيب الإنسان وهي ذات معدلات انتشار مرتفعة نسبياً (تقدر ب ١١-٥٩ طفل مريض لكل مليون {٢٠})

القصور الكلوي من أهم الأمراض التي تؤدي إلى حدوث الاكتئاب ، فمن المعروف منذ زمن طويل بأن الأنفعالات النفسية لها علاقة بالحالة الجسمية والجسد عامة ، مثل المصابين بالأمراض وخاصة التي تعوق الإنسان عن القيام بمهامه الطبيعية ، إضافة إلى الإنفعالات السلبية التي تنتاب هؤلاء المرضى .

كما أن التطور الطبي أدى إلى زيادة معدل الحياة عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن وأدى بالتالي إلى زيادة مهمة في حدوث الاضطرابات النفسية عند هؤلاء المرضى {٢١}.

• الآلية الإمراضية:

الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن لديهم فشل نمو، اضطرابات عظمية تالية للحثل العظمي الكلوي ، ندب متعددة تالية للتحال الدموي (علامات مكان إدخال الأبر ، تشوه مكان فاستولا أو شنت وريدي شرياني) وبالتالي تغيرات سلبية في النظرة للجسم والتي سوف تزداد مع ظهور علامات البلوغ الثانوية ، حيث يشعر الطفل بأنه مختلف مع الشعور بالغربة ضمن المجموعة ولهذا فالأطفال والمراهقون المصابون بالقصور الكلوي المزمن هم عرضة للمراضة النفسية بشكل أكبر .

كما أن التبدل في مستوى السيروتونين في السائل الدماغي الشوكي يزيد من الإختلال النفسي، أما الأسباب الأخرى لزيادة الاضطرابات النفسية فتعود إلى التأثيرات الجانبية والمزمنة للتدخل الطبي (فالأطفال المصابون بالقصور الكلوي المزمن وخاصة الموضوعين على التحال معرضون لعدم ارتياح فيزيائي

،معالجة دوائية ،استقصاءات أكثر)،بالإضافة إلى أنهم يتلقون اهتمام أكبر من قبل الأطباء وآباءهم ،وهذا يعزز الاعتماد عندهم أكثر. {٢٢}

• الأعراض والعلامات :

لأن الاكتئاب مؤذي للطفل بعدة طرق ،فمن المهم أن نتعرف على الطفل المصاب بالاكتئاب ،أعراض الاكتئاب ليست كلها متطابقة عند كل الأطفال ، ويشترط وجود أعراض معظم اليوم تقريباً ،كل يوم بشكل أدنى لمدة أسبوعين متتالين على الأقل وهذه الأعراض هي :

- ١-مزاج اكتئابي ،فقدان المتعة في أغلب أو كل النشاطات
- ٢-تغير بعبادات النوم (أرق أو فرط النوم)
- ٣-تغير الشهية أو الوزن (زيادة أو نقصان)
- ٤-تراجع بالنشاط أو هياج أو الشعور بالتعب طوال اليوم
- ٥-تركيز أقل ،والشعور بعدم الأهمية والذنب ،أفكار متردة حول الموت أو الإنتحار .

العديد من هذه الأعراض طبيعي كرد فعل على الشدة المرافقة للمرض المزمن ،لكن إذا كان الطفل حزين أو يائس معظم الوقت مع فقدان المتعة بالنشاطات اليومية لمدة أسبوعين أو أكثر وظهرت على الطفل بعض من الأعراض السابقة الذكر ،فهذا يعني ان الطفل مصاب بالإكتئاب. {٢٣}

• التشخيص :

تشخيص الإكتئاب في الطفل المصاب بالمرض الكلوي المزمن ربما يكون صعب ، معايير تشخيص الاكتئاب هي نفسها بوجود أو عدم وجود القصور الكلوي ،ولكن من الأفضل الشفاء من الحالة اليوريمائية وحالة عدم كفاية التحال قبل تشخيص الاكتئاب وذلك للتشابه بين أعراض الاكتئاب والأعراض العضوية مثلاً:

- ١-أعراض وعلامات المرضى الموضوعين على التحال تتضمن القلق ،فشل نمو ، التي ممكن ان تكون أعراض أكتئاب .

٢- تصحيح ارتفاع الضغط المتكرر والغثيان و الاضطرابات الهضمية ممكن ان تحسن نوعية الحياة عند مريض القصور الكلوي المزمن وهكذا فمثل هذه المعالجة الفعالة تؤثر على الاشارات النفسية التي تقترح الاكتئاب .

٣- الاضطرابات الشائعة في مرضى التحال مثل: التعب المزمن ،الضعف ،الإمساك يمكن أن تعكس الاضطرابات النفسية ،لذلك فإن التقييم الدقيق لمثل هذه الأعراض والعلامات تستدعي معرفة إذا كان الاكتئاب ممكن ان يضاف كتشخيص آخر للحالة .

التأكيد على معرفة مظاهر الاكتئاب المقابلة للشكاية الجسدية ربما يساعد بالتشخيص ،مثال: في حالة الاضطراب العقلي لا بد أن نميز اعتلال الدماغ عن الاكتئاب .
كما أن الاكتئاب ممكن أن يظهر بشكل تحت سريري مثل طلب الإنسحاب من التحال (بشرط أن يكون الطفل مدرك نتيجة هذا الإنسحاب من التحال المتضمنة الموت) .{٢٤}

• أدوات القياس المستخدمة:

نفس أدوات القياس المستخدمة في حال عدم وجود مرض مزمن ومنها Childhood depression inventory(CDI) ويعتبر ذا استخدام واسع بين الأطفال المصابين بمرض مزمن (حالة طبية مزمنة) {٢٥}

النقطة الفاصلة (الدرجة الفاصلة Cut-off point) لهذا المقياس في حالة المرض المزمن هي أكبر من ١٣ والتي تستخدم كمعيار لتشخيص الأعراض الاكتئابية {٢٦} .
في مراجع أخرى النقطة الفاصلة (الدرجة الفاصلة Cut-off point) لهذا المقياس في حالة القصور الكلوي المزمن أكبر من ١٠ .

• الاختلاطات المرافقة للاكتئاب :

الاكتئاب مؤذي فيما إذا كان الطفل مصاب بمرض مزمن (قصور كلوي) أو غير مصاب فهو يمنع الطفل من الإستمتاع بحياته ،يؤذي علاقته مع العائلة ،مع أصدقائه ،وربما يمنع الطفل من العمل بصورة جيدة في المدرسة .

والطفل المصاب بالمرض الكلوي المزمن والمصاب أيضاً بالاكتئاب تصبح المسائل مركبة لديه وأكثر تعقيداً وتؤدي إلى العديد من الإختلاطات ومنها :

١- أعراض القصور الكلوي المزمن ربما تزداد أو تصبح أسوأ .

٢- خطر الموت من المرض الكلوي المزمن قد يزداد (حوالي ٣-٤ مرات وذلك في دراسة عند البالغين الموضوعين على التحال){٢٧}

٣-زيادة عدد مرات الاستشفاء ،وفترة إقامة بالمشفى ،وربما زيادة الاستقصاءات الطبية مقارنة مع الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن وغير مكتئبين .{٢٨}

٤-انخفاض عناية المريض بنفسه وبالتالى عدم متابعته للخطة العلاجية الموصوفة له .

ومن الإختلاطات الخطيرة : الإنتحار وهو شائع بين مرضى القصور الكلوي المزمن وخاصة الموضوعين على التحال المصابين بالاكتئاب مقارنة مع الغير مصابين (وذلك في دراسة عند البالغين){٢٩}ومن العوامل التي تزيد خطورة الإنتحار : ١- ذكر ٢-العرق الأبيض أو الآسيوي ٣-استشفاء متكرر ٤- الاعتماد على الأدوية أو الكحول {٢٩}

• المعالجة:

هي نفس المعالجة المنصوح بها عند بقية المرضى المصابين بالاكتئاب بوجود أو عدم وجود القصور الكلوي المزمن ،وعلى الرغم من أن الدراسات التي أجريت على مرضى القصور الكلوي المزمن قليلة ،لكن المعالجة المشتركة بين مضادات الاكتئاب والمعالجة النفسية أكثر نجاحاً من المعالجة الطبية لوحدها ،حيث أن الدعم النفسي يترافق مع انخفاض معدل المراضة عند مرضى القصور الكلوي المزمن وتعتبر المعالجة النفسية عنصر هام للتدبير{٣٠} ، مع التركيز على ضرورة إدماج الأسرة في السياسة العلاجية المتبعة لما لها -أي الأسرة-من دور محوري في سياسات إعادة دمج الطفل بمحيطه الحيوي ومحاولة الحفاظ على ذلك من خلال تفهمها لحاجات الطفل و للسعي لإدماج الطفل بالمحيط الحيوي له من خلال اللعب والمشاركة بالأعمال الحياتية بشكل محبب ولطيف ومقبول من قبل الطفل بحيث تكون خطوة أولى لإخراج الطفل من دائرة الاكتئاب إلى دائرة الصحة النفسية التي قوامها الأساسي التفاعل الإجتماعي .{٧}

المعالجة الدوائية :

عند البدء بالمعالجة بمضادات الاكتئاب عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن لا بد من

معرفة مايلي :

١-مضادات الاكتئاب يظهر تأثيرها عند ٧٥% من المرضى فقط.

٢- تحتاج مضادات الاكتئاب عادة ٤-٦ أسابيع لإحداث تأثيرها الكامل ،على الرغم من أن معظم المرضى يبدون استجابة باكرة .

اختيار مضادات الاكتئاب من حيث التكلفة المادية والتأثيرات الجانبية .العديد من مضادات الاكتئاب استقلابها كبدي ،والجرعة لا تحتاج لتحديد في القصور الكلوي المزمن عدا (باروكستين،فنيل فاكستين) . عادة الجرعة غير الكافية من مضادات الاكتئاب هي السبب الأكثر أهمية لفشل المعالجة،بغض النظر عن نمط مضاد الاكتئاب الموصوف .

المعالجة الكاملة يجب أن تستمر ل ٦-١٢ شهر على الأقل لخفض نسبة النكس .

الأدوية المستخدمة :

١-مثبطات إعادة قبط السيروتونين النوعية(SSRIS):تعتبر أكثر تكلفة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ،لكنها جيدة التحمل ،مؤثرة بالجرعة البدئية الموصوفة ،لا تحتاج لمعايرة مصلية .

ومن أهم تأثيراتها الجانبية : اضطرابات الرؤية ،تبدل المزاج والعاطفة والحالة العقلية،ألم عضلي ومفصلي ،خفقان ،طفح جلدي ،تشوش ،حكة

٢- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات:

على الرغم من أنها أقل تكلفة من مثبطات إعادة قبط السيروتونين النوعية (SSRIS) لكنها أقل تحملاً ،وبشكل خاص ظهور أعراض مضادة للكولين (جفاف الفم ، إمساك) أيضاً تأثيرها على النقل القلبي وإحداث هبوط ضغط انتصابي، ولهذا تحدد استخدامها عند مرضى القصور الكلوي المزمن وخاصة الذين لديهم خطورة لحدوث اضطرابات قلبية ،ولكن تأثيراتها المسكنة والمثبطة قد تكون مفيدة في معالجة الألم العصبي في بعض المجموعات .يفضل البدء بجرعة منخفضة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ثم زيادتها تدريجياً مع معايرة مصلية على الأقل للجرعة البدئية وبشكل شهري لخفض احتمال ظهور التأثيرات الجانبية. {٣٠}

مخطط الدراسة العملية

- أولاً: هدف الدراسة
- ثانياً: مكان وزمان الدراسة
- ثالثاً:
- ❖ طريقة الدراسة
- ❖ استمارة المريض
- ❖ أداة قياس الاكتئاب (Childhood depression inventory) CDI
- رابعاً: النتائج :
- ❖ نسبة انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن
- ❖ نسبة انتشار الاكتئاب عند الأطفال الأسوياء
- ❖ مقارنة بين نتائج مجموعتي الدراسة
- ❖ علاقة انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مع:
 - ١-جنس المريض
 - ٢-عمر المريض
 - ٣-عمر المريض عند تشخيص المرض الكلوي
 - ٤-مدة المرض الكلوي المزمن
 - ٥-حالة القصور الكلوي المزمن :
 - A-قصور كلوي مزمن ما قبل نهائي
 - B-تحال(دموي،بريتواني)
 - C-زرع كلية
- مرضى زرع كلية غير موضوعين على التحال (بغض النظر عن النكس)
- مرضى زرع كلية موضوعين على التحال
- خامساً: المناقشة
- سادساً: المراجع

• أولاً:

الهدف من الدراسة:

- معرفة مدى انتشار الاكتئاب بين الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مقارنةً مع انتشاره بين الأطفال الأسوياء .

- كشف مبكر للاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن وبالتالي معالجته والحد منه.
- محاولة إيجاد علاقة بين نسبة انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مع جنس المريض ، عمره وعمره عند تشخيص المرض الكلوي ، مدة المرض الكلوي ، حالة القصور الكلوي (قصور ما قبل نهائي ، تحال ، زرع كلية)

- توعية أسر الأطفال المصابين بالقصور الكلوي حول الظروف النفسية لطفل المصاب وكيفية التعامل معها

• ثانياً:

مكان وزمان الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة في مستشفى الأطفال الجامعي بدمشق في الفترة الممتدة بين الشهر الرابع من عام ٢٠١٣ وحتى الشهر الرابع من عام ٢٠١٤ .

• ثالثاً:

❖ طريقة الدراسة:

١- تم اختيار عينة عشوائية من المرضى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن المراجعين لمستشفى الأطفال الجامعي (٤٤ طفل مريض)، تتراوح أعمارهم بين (٧-١٦ سنة) .مدة المرض الكلوي المزمن لديهم أكثر أو تساوي ٣ أشهر ،مع استبعاد الأطفال الذين لديهم أي اضطراب عقلي .حيث تم تطبيق الاختبار على هذه العينة (استخدام مقياس الاكتئاب المستعمل عند الأطفال CDI) المؤلف من ٢٧ بند وكل بند يتألف من ٣ احتمالات، تتراوح نقاط كل بند بين (٠-٢) ،حيث يختار الطفل الإجابة (الاحتمال) التي توصفه خلال الأسبوعين الماضيين، ثم يتم جمع النقاط لكل البنود مع اعتبار النقطة الفاصلة cut-off point عند ما CDI أكبر من ١٣ { ٢٦ }

وذلك لتشخيص الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن .

٢- تم اختيار عينة عشوائية من الأطفال الأسوياء (٥٠ طفل) أعمارهم بين (٧-٦ سنة) ،حيث تم تطبيق الاختبار على هذه العينة (مقياس الإكتئاب CDI) مع اعتبار النقطة الفاصلة أكبر أو تساوي ١٩ ،ثم مقارنة النتائج بين مجموعتي الدراسة.

٣- مقارنة نسبة انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن وعلاقتها مع جنس المريض ،عمره ،عمره عند التشخيص، مدة المرض الكلوي ،حالة القصور الكلوي .

الوسائل والأساليب الاحصائية المستخدمة في البحث:

٤ - اعتمدنا في تحليل نتائج اسئلة البحث على البرنامج الحاسوبي (Spss)، حيث استخدم ما يلي:

a. المتوسطات الحسابية والتكرارات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية.

b. استخدم اختبار ت ستودنت (T, test) واختبار تحليل التباين الأحادي للتعرف على دلالة الفروق بين متغيرات البحث.

استخدم البرنامج (Excel) لتوضيح نتائج البحث عن طريق الرسوم البيانية

استمارة الطفل

أسم الطفل:	العمر:	الجنس:
السكن:	رقم الهاتف:	رقم الأضبارة:
عدد الأخوة:	الصف:	دخل الأسرة: جيد / متوسط / ضعيف
• العلاقات الاسرية: جيدة متوسطة سيئة		العلاقات الإجتماعية: اجتماعي: نعم/لا
• الأعراض والعلامات: ١- فقدان المتعة والسعادة نعم / لا ٢- تغيير بالعادات النوم: قلة النوم فرط النوم رؤية الكوابيس استيقاظ ليلاً ٤- أفكار الانتحار والموت: يدعو على نفسه نعم / لا ٥- اضطراب سلوكي: عدوانية كثرة صراخ كثرة بكاء قلة الكلام ٦- الأهتمامات: يشاهد التلفاز رياضة		٣- تغير الشهية: نقص بالشهية فرط بالشهية لا تغير بالشهية

كمبيوتر

النشاطات الأخرى

• هل يذهب للمدرسة نعم / لا عدد سنوات الرسوب:

• المستوى المدرسي : جيد متوسط

سيء

• أمراض نفسية في العائلة (اكتئاب) : نعم / لا
عدد مرات الاستشفاء عدد الأدوية المتناولة

المطابقة الدوائية:

• الطفل موضوع على التحال نعم / لا

• زرع الكلية : نعم / لا

• مستوى الخضاب: ناقص / طبيعي

• مدة المرض بالسنوات :

• هدف الطفل:

• أمنيات الطفل

Childhood Depression Inventory(CDI)

- أنا حزين أحياناً
- أنا حزين في أوقات كثيرة
- أنا حزين طوال الوقت
- لاشيء سوف يحدث بشكل جيد بالنسبة لي أبداً
- أنا لست متأكد من أن الأشياء والظروف سوف تبقى جيدة بالنسبة لي
- الأشياء أو الظروف سوف تبقى جيدة بالنسبة لي
- أنا أعمل أغلب الأشياء بطريقة جيدة
- أنا أعمل أشياء كثيرة بطريقة خاطئة
- أنا أعمل الأشياء بطريقة خاطئة
- هناك أشياء كثيرة تفرحني
- هناك بعض الأشياء تفرحني
- لاشيء يفرحني
- في كل الأوقات أنا ليست جيداً
- في أوقات كثيرة لا أكون جيداً
- أحياناً لا أكون جيداً

- أحياناً أفكر ان أشياء ليست جيدة سوف تحدث معي
- أنا قلق ومشغول من ان بعض الأشياء ليست جيدة سوف تحدث معي
- أنا متأكد أن أشياء فظيعة سوف تحدث معي
- أكره نفسي
- أنا لأحب نفسي
- أنا أحب نفسي
- كل الأشياء السيئة من خطئي
- العديد من الأشياء السيئة هي من خطئي
- الأشياء السيئة عادة ليست من خطئي
- أنا لا أفكر أبداً في قتل نفسي
- أنا أفكر في قتل نفسي ولكن لن أفعل ذلك
- أنا أريد قتل نفسي
- أشعر برغبة بالبكاء كل يوم
- أشعر برغبة بالبكاء في العديد من الأيام
- أشعر برغبة بالبكاء أحياناً
- هناك أشياء تضايقتني كل الوقت
- هناك أشياء تضايقتني في العديد من المرات

- هناك أشياء تضايقني أحياناً
- أحب أن أكون بين الناس
- العديد من المرات لا أحب أن أكون بين الناس
- كل الوقت لأحب أن أكون بين الناس
- أنا لا أستطيع التركيز أبداً
- أنا أجد صعوبة في التركيز
- أنا لا أجد صعوبة بالتركيز بل سهولة
- أبدو جميلاً (جيد) OK
- هناك بعض الأشياء السيئة في مظهري
- أنا قبيح
- أنا أدفع نفسي كل الوقت لأقوم بوظائفي
- أنا أدفع نفسي في العديد من المرات لأقوم بوظائفي
- أنا لا أجد مشكلة كبيرة في القيام بوظائفي
- لدي اضطراب بالنوم كل ليلة
- لدي اضطراب بالنوم العديد من المرات
- أنا لدي نوم مريح

- أحياناً أكون متعباً
- العديد من المرات أكون متعباً
- أنا متعب كل الوقت
- معظم الأيام لا أشعر بالرغبة بالطعام
- العديد من الأيام لا أشعر بالرغبة بالطعام
- أنا لدي شهية جيدة للطعام
- أنا لست قلقاً من الألم
- في العديد من المرات أنا قلق من الألم
- كل الوقت أنا قلق من الألم
- لاأشعر بالوحدة
- في العديد من المرات أشعر بالوحدة
- كل الوقت أشعر بالوحدة
- أنا لست سعيداً أبداً بالمدرسة
- أحياناً أكون سعيد بالمدرسة
- العديد من المرات أكون سعيد بالمدرسة

- أنا لدي العديد من الأصدقاء
- أنا لدي بعض الأصدقاء ولكني أتمنى ان يكون لدي أكثر
- أنا ليس لدي إي صديق
- عملي المدرسي يمضي بشكل جيد
- عملي المدرسي ليس جيداً مثل السابق
- أنا سيء جداً في عملي المدرسي الذي كنت جيداً فيه
- لا أستطيع أن أصبح جيداً مثل بقية الأطفال
- أستطيع أن أصبح جيداً مثل بقية الأطفال إذا أردت
- أنا جيد مثل بقية الأطفال
- لا أحد يحبني
- أنا لست متأكد فيما إذا كان أحد يحبني
- أنا متأكد ان بعض الأشخاص يحبونني
- أنا دائماً أفعل ما أقوله
- أنا لا أفعل ما أقوله معظم الوقت
- أنا لا أفعل أبداً ما أقوله
- أنا منسجم مع الناس
- العديد من المرات أدخل في شجار مع الناس
- كل الوقت أدخل في شجار مع الناس. {١٤}

رابعاً: نتائج الدراسة:

تضمنت العينة (٤٤) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن موزعين كمايلي: جدول (٢)

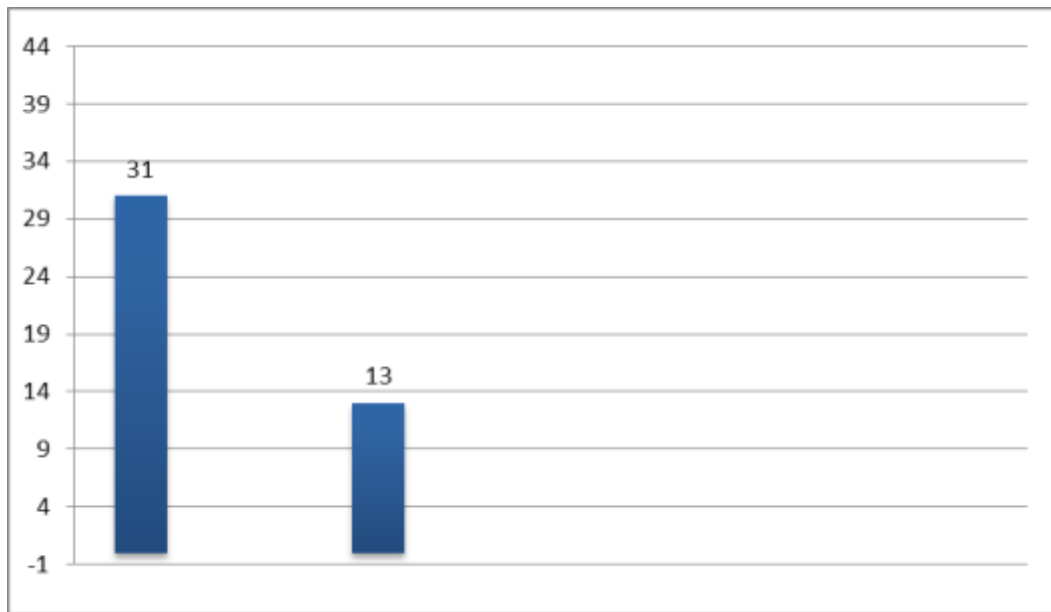
الصفة	العدد (n)	النسبة المئوية %
الجنس		
انثى	١٩	٤٣
ذكر	٢٥	٥٧
العمر		
أقل من 13 سنة	٣٠	٦٨
أكبر أو تساوي 13 سنة	١٤	٣٢
العمر عند التشخيص المرض الكلوي		
أقل من 5 سنوات	٢٤	٥٥
أكبر أو تساوي 5 سنوات	٢٠	٤٥
مدة المرض		
أقل من 3 سنوات	١٣	٣٠
أكبر من 3 سنوات	٣١	٧٠
حالة القصور الكلوي المزمن		
١- قصور كلوي مزمن ما قبل نهائي	٧	١٦
٢- تحال (دموي أوبريتواني)	١٩	٤٣
٣- زرع كلية	١٨	٤١
غير موضوعين على التحال (بغض النظر عن النكس)	١٥	
موضوعين على التحال	٣	

• نسبة انتشار الإكتئاب بين مرضى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن :

بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والذين كان لديهم اكتئاب (أعراض اكتئابية) $CDI > 13$ (13) طفل مريض من أصل 44 مريض تجلت أعراض الاكتئابية لديهم بشكل خاص ب(فقدان المتعة بالحياة ، الشعور بالدونية ، فقدان الثقة بالنفس والشعور بالوحدة ، الرغبة بالموت) .

غياب أعراض اكتئابية	وجود أعراض اكتئابية
n	n
%	%
٣١	١٣
٧٠,٦	٢٩,٥

جدول (٣) انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن



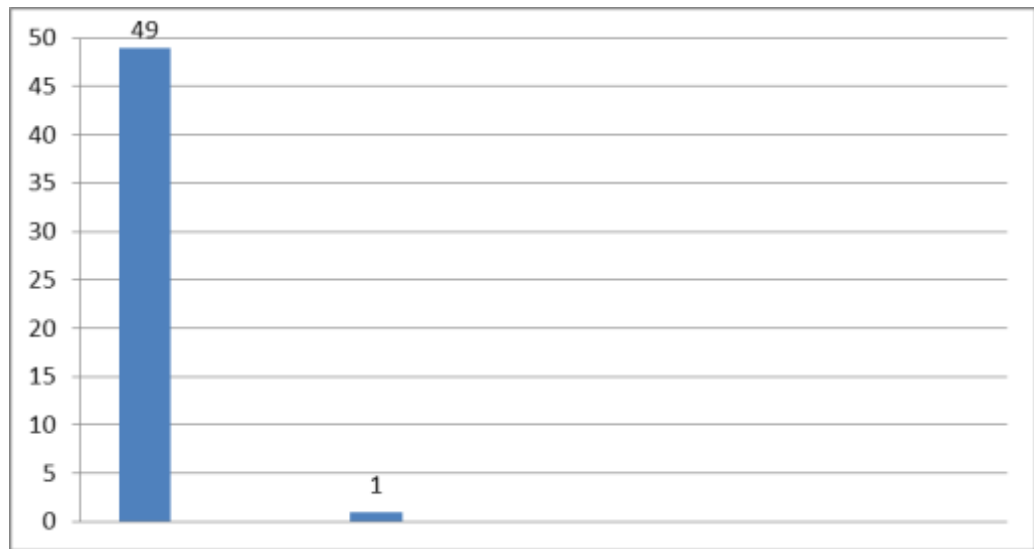
شكل (١) عدد الأطفال المرضى الذين وزعوا حسب معيار CDI ، 31 طفل مريض لديهم CDI أصغر من 13 (غياب أعراض اكتئابية)، 13 طفل مريض لديهم CDI أكثر من 13 (وجود أعراض إكتئابية)

• نسبة انتشار الإكتئاب عند الأطفال الأسوياء (عينة الشاهد):

ضمت العينة (50) طفل سوي (غير مصابين بأمراض مزمنة)، كان عدد الاطفال المصابين بالإكتئاب طفل واحد من أصل 50 طفل .

غياب أعراض اكتئابية		وجود أعراض اكتئابية	
%	n	%	n
٩٨	٤٩	٢	١

جدول (٤) انتشار الاكتئاب بين الأطفال الأسوياء



شكل (2): عدد الأطفال الأسوياء الموزعين حسب معيار CDI، 49 طفل $CDI < 19$ (غياب أعراض الاكتئابية)، طفل واحد $CDI \geq 19$ (وجود أعراض الاكتئابية).

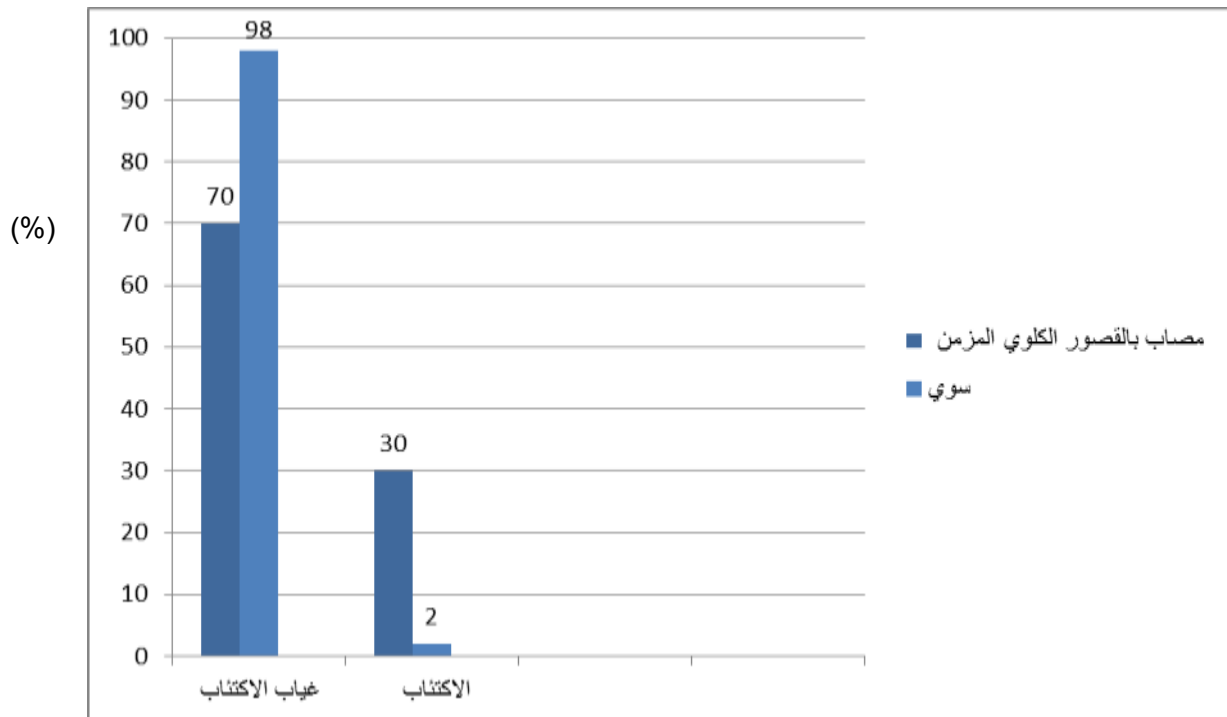
• مقارنة نسبة انتشار الإكتئاب بين مجموعتي الدراسة :

بلغ عدد الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والذين كان لديهم اكتئاب (أعراض اكتئابية) 13 طفل مريض من أصل 44 مريض.

بينما بلغ عدد الاطفال الأسوياء المصابين بالاكتئاب طفل واحد من أصل 50 طفل .

حالة الطفل	n	وجود أعراض اكتئابية %
طفل مصاب بالقصور الكلوي المزمن	١٣	٣٠
سوي	١	٢

جدول (٥) مقارنة بين نسبة انتشار الإكتئاب مجموعتي الدراسة.



شكل (3) مقارنة نسبة انتشار الاكتئاب بين مجموعتي الدراسة

(الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن ،الأطفال الأسوياء)

الدراسة الإحصائية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاكتئاب بين الأطفال الأصحاء والأطفال المرضى.

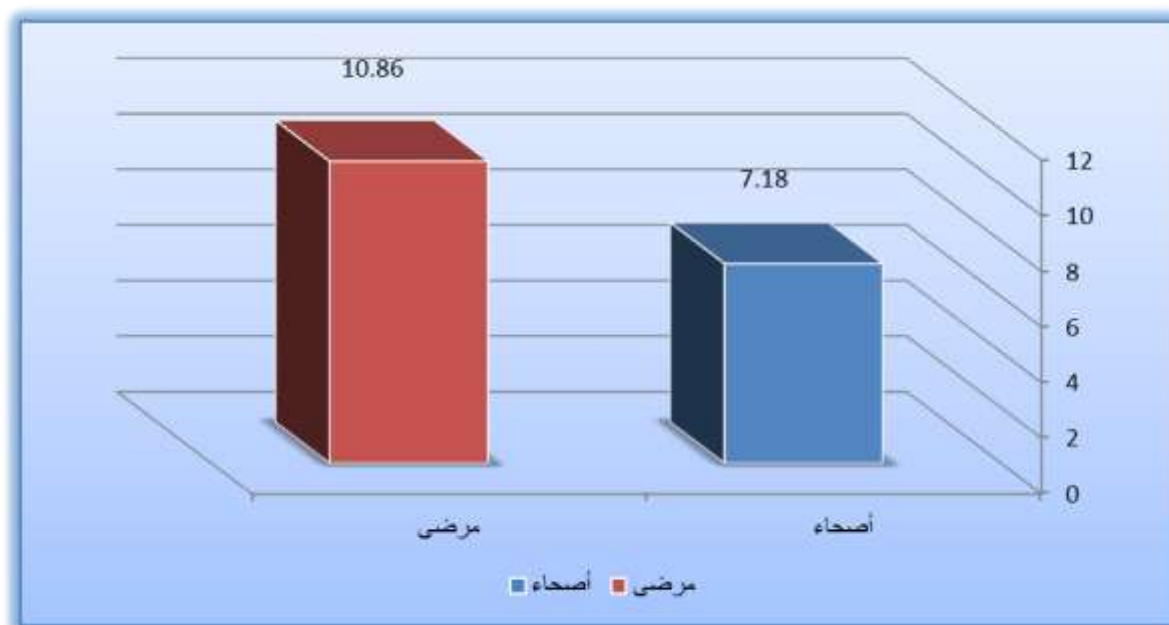
للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار ت ستودنت للعينات المستقلة، حيث حسبت الفروق بين متوسطات درجات الأطفال الأصحاء ومتوسطات درجات الأطفال المرضى على مقياس الاكتئاب، كما هو موضح في الجدول رقم (٦).

متغير وجود المرض	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
أصحاء	50	7.18	3.674	3.773	92	0.000	الفروق دالة
مرضى	44	10.86	5.688				

الجدول (٦) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال الأصحاء ومتوسطات درجات الأطفال المرضى على مقياس الاكتئاب

يلاحظ من الجدول رقم (٦) بأن قيمة ت ستودنت بلغت (3.773)، بينما بلغت القيمة الاحتمالية لها (0.000) وهي أصغر من مستوى دلالة (0,05) وبالتالي فإن الفروق دالة احصائياً، وهذا الفروق هي لصالح الأطفال المرضى لأن متوسط درجاتهم على مقياس الاكتئاب وهو (10.86) أكبر من متوسط درجات الأطفال الأصحاء وهو (7.18)، أي أن درجة الاكتئاب لديهم أعلى بشكل دال احصائياً. والشكل

(٤) يوضح ذلك:



الشكل (٤) يبين الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الاكتئاب حسب متغير وجود المرض

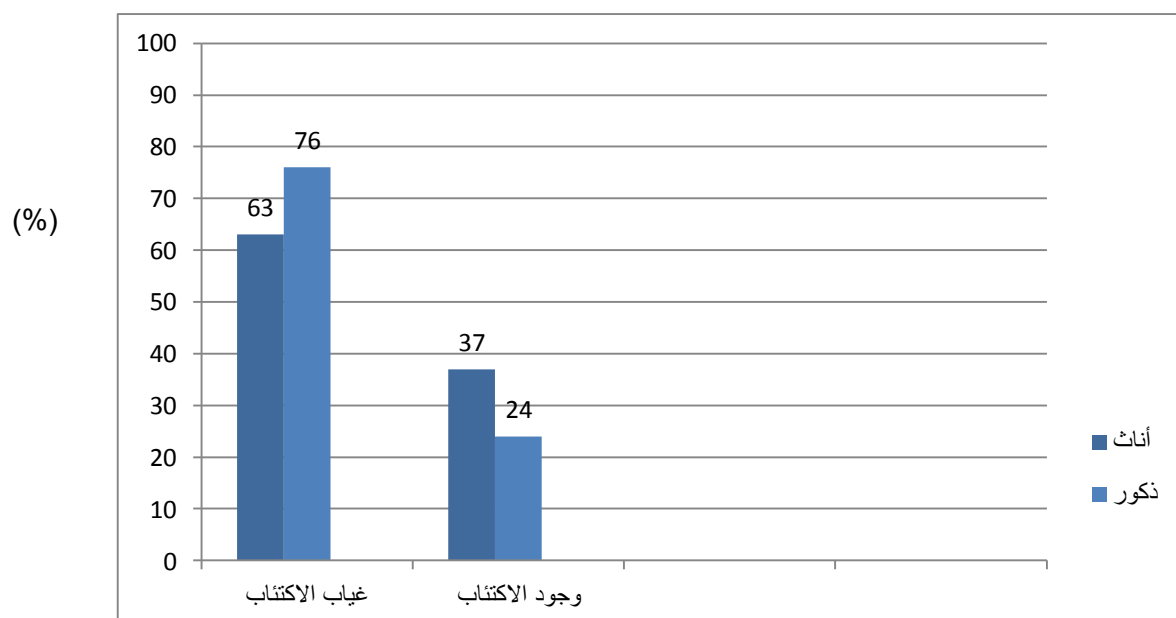
ومما سبق يتبين بأنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على الدرجة الكلية للمقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير وجود المرض لصالح الأطفال المرضى.

• العلاقة بين الإكتئاب والجنس في الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن :

من أصل 13 طفل مصاب بالأكتئاب (أعراض اكتئابية) ($CDI > 13$):
بلغ عدد الإناث 7 من أصل 19 طفلة مريضة مصابة بالقصور الكلوي المزمن
عدد الذكور 6 من أصل 25 طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن

الجنس	وجود أعراض اكتئابية	غياب أعراض اكتئابية	دراسة مشفى سياتل 2012 وجود أعراض اكتئابية
	n %	n %	n %
أنثى	٧ ٣٧	١٢ ٦٣	٥ ٣٨
ذكر	٦ ٢٤	١٩ ٧٦	٨ ٢٦

جدول (٧) علاقة الإكتئاب مع الجنس



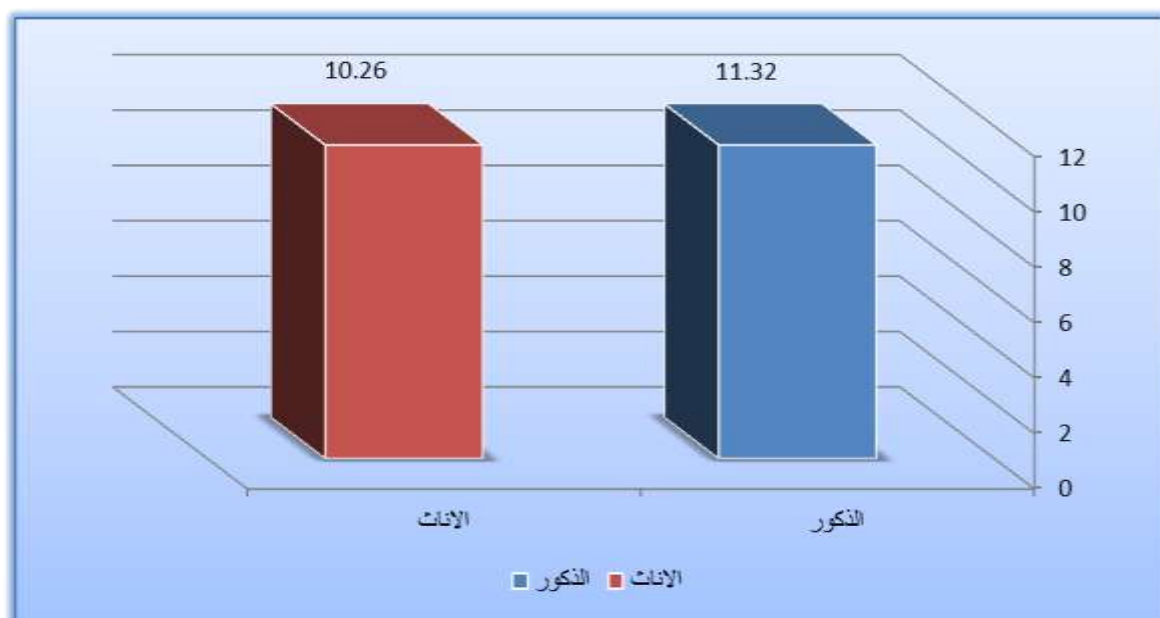
شكل (٥) علاقة بين الإكتئاب والجنس.

الدراسة الإحصائية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب تعزى لمتغير الجنس.

جنس الطفل	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
الذكور	25	11.32	5.15	0.606	42	0.548	الفروق غير دالة
الاناث	19	10.26	6.42				

الجدول (٨) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذكور والاناث على مقياس الإكتئاب

يتبين من خلال الجدول رقم (٨) بأن قيمة ت ستودنت بلغت (0.606)، بينما بلغت القيمة الاحتمالية لها (0.548) وهي أكبر من مستوى دلالة (0,05) وبالتالي فإن الفروق غير دالة احصائياً، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين حدوث الإكتئاب لدى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي من الذكور وبين الأطفال المصابين بالقصور الكلوي من الاناث. والشكل (٦) يوضح ذلك:



الشكل (٦) يبين الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذكور والاناث على مقياس الاكتئاب

ومما سبق يتبين بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائياً بين متوسطات درجات الأطفال الذكور المصابين بالقصور الكلوي والاناث المصابات بالقصور الكلوي على درجة مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير جنس المريض.

- العلاقة بين الإكتئاب والعمر في مرضى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن:

قسمت العينة بالنسبة للعمر إلى قسمين :

١-أقل من 13سنة : بلغ عدد الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالإكتهاب (9) أطفال (30%) من أصل 30 طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن أعمارهم أقل من 13سنة.

٢-أكبرأوتساوي 13 سنة: بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالإكتئاب (4) أطفال (29%) من أصل 14 طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن أعمارهم أكبر أوتساوي من 13سنة.

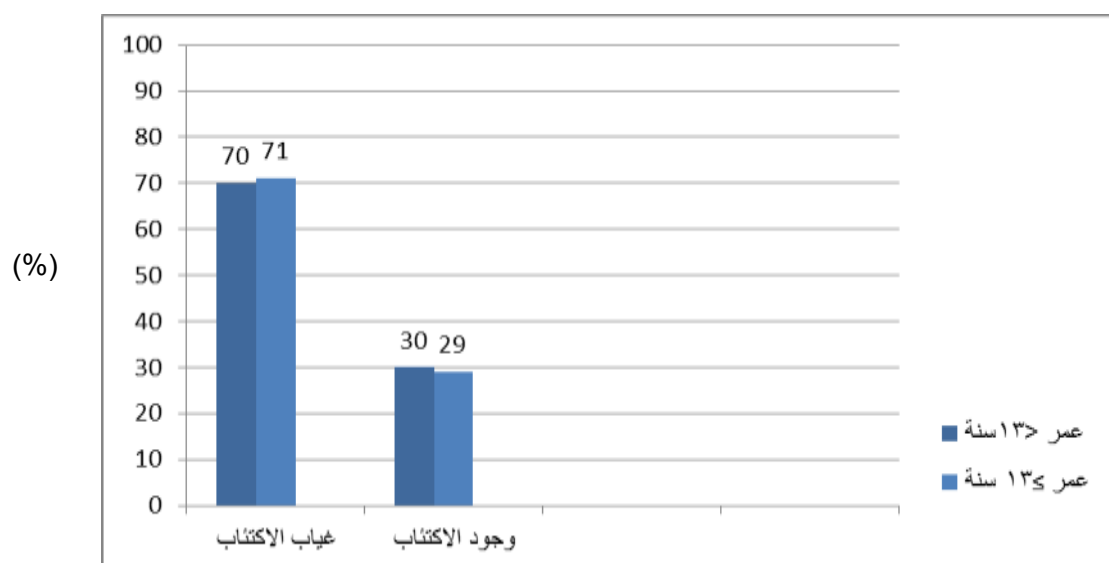
العمر	وجود أعراض اكتئابية	غياب أعراض اكتئابية	دراسة مشفى سياتل 2012 وجود أعراض اكتئابية
	n %	n %	n %
أقل من ١٣ سنة	٩ ٣٠	٢١ ٧٠	٢ ١٨
أكبر أو يساوي ١٣ سنة	٤ ٢٩	١٠ ٧١	١١ ٣٤

جدول (٩) علاقة الاكتئاب بالعمر

بدراسة نسبة انتشار الاكتئاب بين الأناث اللواتي أعمارهم $13 \leq$ سنة، كان لدينا $n=3$ أناث مكتئبات من أصل $n=7$ أناث أعمارهم $13 \leq$ سنة

الجنس/العمر	الاكتئاب
n	%
أناث أعمارهم $13 \leq$ سنة	٣
أناث أعمارهم $13 >$ سنة	٤
ذكور أعمارهم $13 \leq$ سنة	١
ذكور أعمارهم $13 >$ سنة	٥
	٢٧,٧
	١٤,٥
	٣٣
	٤٣

جدول (١٠) علاقة الاكتئاب مع العمر والجنس



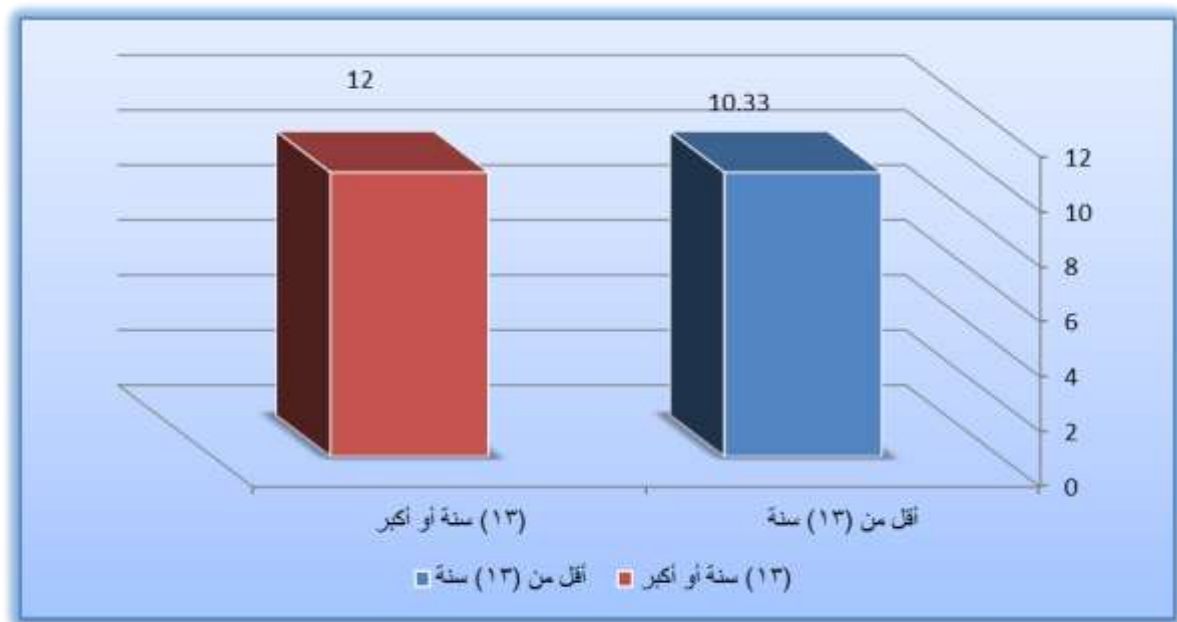
شكل (7) علاقة بين الاكتئاب و العمر

دراسة احصائية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب تعزى لمتغير العمر.

عمر الطفل	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
أقل من (١٣) سنة	30	10.33	5.54	0.903	42	0.371	الفروق غير دالة
(١٣) سنة أو أكبر	14	12.00	6.05				

الجدول (١١) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير العمر

يتبين من خلال الجدول رقم (١١) بأن قيمة t ستودنت بلغت (0.903)، بينما بلغت القيمة الاحتمالية لها (0.371) وهي أكبر من مستوى دلالة (0,05) وبالتالي فإن الفروق غير دالة احصائياً، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجة وشدة الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين تقل أعمارهم عن (١٣) سنة ومتوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين تكون أعمارهم (١٣) سنة أو أكثر. والشكل (٨) يوضح ذلك:



الشكل (٨) يبين الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير عمر الطفل

ومما سبق يتبين بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين تقل أعمارهم عن (١٣) سنة ومتوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين تكون أعمارهم (١٣) سنة أو أكثر على مقياس الاكتئاب .

• العلاقة بين الاكتئاب وعمر المريض عند تشخيص القصور الكلوي المزمن :

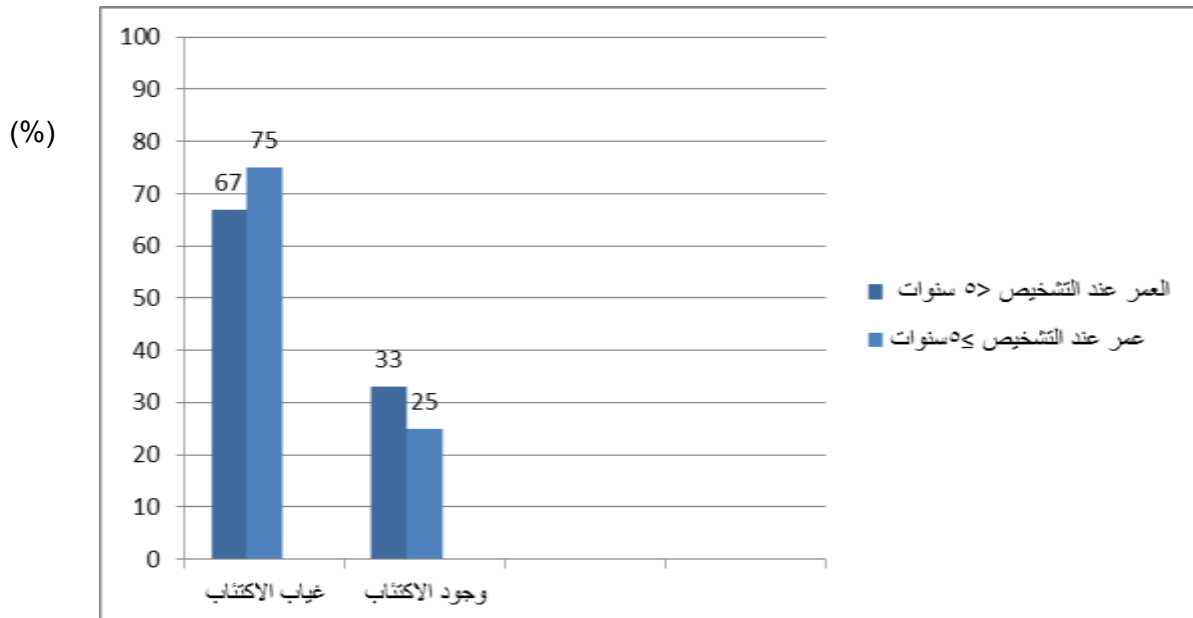
قسمت العينة بالنسبة لعمر المريض عند التشخيص إلى قسمين :

١-العمر عند التشخيص أقل من 5 سنوات : بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالاعتئاب (8) أطفال (33%) من أصل (n=24) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن وأعمارهم عند التشخيص أقل من 5 سنوات .

٣-العمر عند التشخيص أكبر أو يساوي 5 سنوات : بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالاعتئاب (5) أطفال من أصل (n=20) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن وأعمارهم عند التشخيص أكبر أو يساوي 5 سنوات.

العمر عند التشخيص	وجود أعراض اعتئابية	غياب أعراض اعتئابية	دراسة مشفى سياتل 2012
n	%	n	%
٨	٣٣	١٦	٣٦
٥	٢٥	١٥	٢١

جدول (١٢) علاقة الاعتئاب مع عمر المريض عند التشخيص .



شكل (٩) علاقة الاعتئاب مع العمر عند التشخيص

الدراسة الإحصائية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات

درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب تعزى لمتغير عمر المريض

عند التشخيص المرض الكلوي

جدول (١٣) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس

الاكتئاب

العمر عند التشخيص	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
أقل من (٥) سنوات	20	10.30	5.06	0.596	42	0.555	الفروق غير دالة
(٥) سنوات أو أكبر	24	11.33	6.23				

يتبين من خلال ملاحظة الجدول رقم (١٣) بأن قيمة ت ستودنت بلغت (0.596)، بينما بلغت القيمة الاحتمالية لها (0.555) وهي أكبر من مستوى دلالة (0,05) وبالتالي فإن الفروق غير دالة احصائياً، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين كانت أعمارهم عند التشخيص أقل من (٥) سنوات ومتوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين كانت أعمارهم عند التشخيص (٥) سنوات أو أكبر. والشكل (١٠) يوضح ذلك:



الشكل (١٠) يبين الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير عمر الطفل عند التشخيص

• العلاقة بين الإكتئاب ومدة المرض الكلوي في الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن :

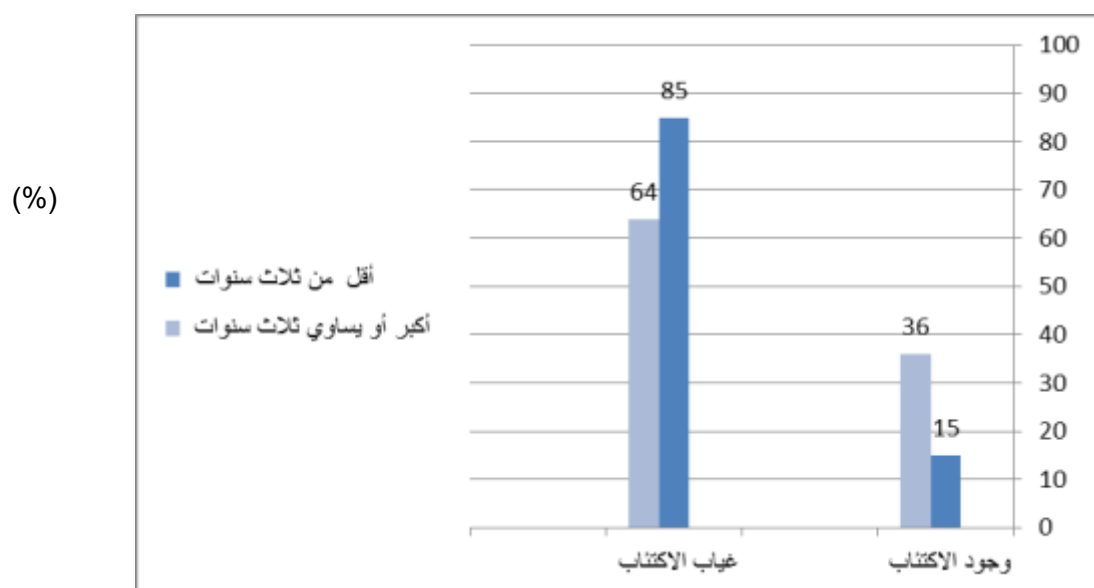
قسمت العينة بالنسبة إلى مدة المرض إلى قسمين :

١-مدة المرض أقل من 3 سنوات : بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالاكتئاب طفلين (15%) من أصل (n=13) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن ومدة المرض لديهم أقل من 3سنوات .

٢-مدة المرض أكبر أو يساوي 3 سنوات : بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالاكتئاب (11) طفل من أصل (n=31) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن ومدة المرض لديهم أكبر أو يساوي 3سنوات.

مدة المرض	وجود أعراض اكتئابية	غياب أعراض اكتئابية	دراسة مشفى سيائل 2012
	n %	n %	وجود أعراض اكتئابية
أقل من ٣ سنوات	٢ ١٥	١١ ٨٥	١ ٩
أكبر أو يساوي ٣ سنوات	١١ ٣٦	٢٠ ٦٩	١٢ ٣٦

جدول (١٤) علاقة الاكتئاب مع مدة المرض الكلوي.



شكل (١١) علاقة الاكتئاب مع مدة المرض.

الدراسة إحصائية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب تعزى لمتغير مدة المرض الكلوي.

مدة المرض	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
أقل من (٣) سنوات	13	9.15	5.52	1.302	42	0.2	الفروق غير دالة
(٣) سنوات أو أكبر	31	11.58	5.69				

الجدول (١٥) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير مدة المرض

يتبين من خلال ملاحظة الجدول رقم (١٥) بأن قيمة ت ستودنت بلغت (1.302)، بينما بلغت القيمة الاحتمالية لها (0.2) وهي أكبر من مستوى دلالة (0,05) وبالتالي فإن الفروق غير دلالة احصائياً، أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائياً بين الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين تبلغ مدة اصابتهم به أقل من (٣) سنوات وبين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي الذين تبلغ مدة اصابتهم به (٣) سنوات أو أكثر. والشكل (١٢) يوضح ذلك:



الشكل (١٢) يبين الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير مدة المرض

• العلاقة بين الإكتئاب وحالة القصور الكلوي المزمن في الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن :

قسمت العينة حسب حالة القصور الكلوي المزمن إلى ثلاثة أقسام :

١- قصور كلوي مزمن ما قبل نهائي Pre –end stage renal disease :

بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالاكتئاب طفلان (28%) من أصل (n=7) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن ما قبل نهائي

٢- تحال (دموي أو بريتواني) : بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالاكتئاب (5) أطفال (26%) من أصل (n=19) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن وموضوع على التحال .

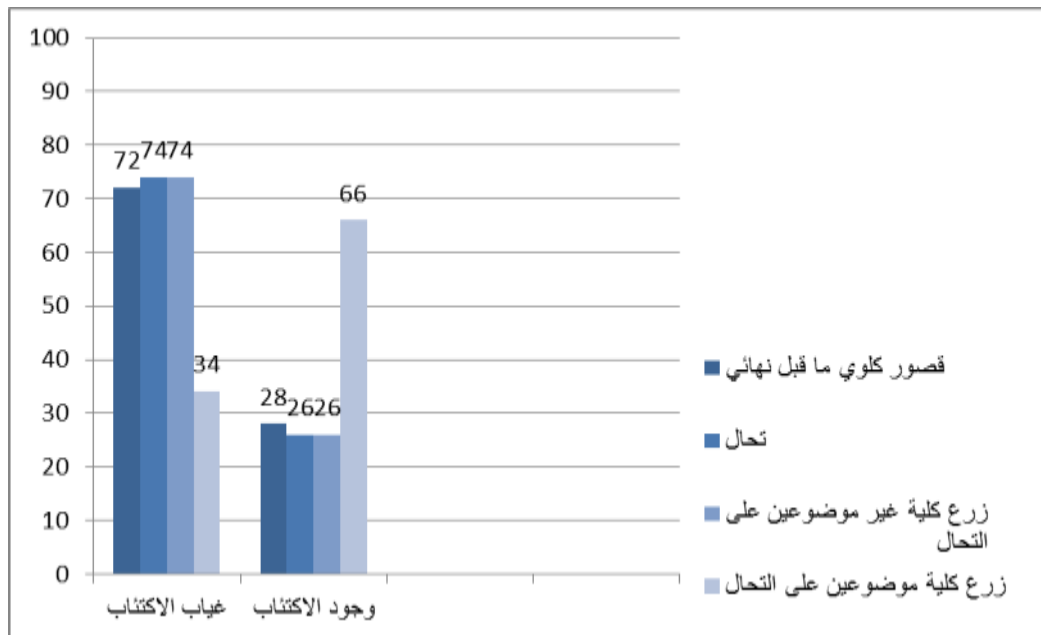
٣- زرع كلية :بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن والمصابين بالاكتئاب (6) أطفال من أصل (n=18) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن مجرى له زرع كلية ،ولكن هذه العينة قسمت إلى

a-مرضى مجرى لهم زرع كلية غير موضوعين على التحال (بغض النظر عن وجود الرفض)،بلغ عدد الأطفال الذين لديهم أعراض اكتئابية(4) (26%)من أصل n=15.

b-مرضى مجرى لهم زرع كلية موضوعين على التحال(رفض) ، بلغ عدد الأطفال الذين لديهم أعراض اكتئابية طفلان(66%) من أصل n=3 .

حالة القصور الكلوي	وجود أعراض اكتئابية	غياب أعراض اكتئابية	دراسة مشفى سياتل 2012 وجود أعراض اكتئابية
n	%	n	%
٢	٢٨	٥	٧٢
٥	٢٦	١٤	٧٤
٦		١٢	
٤	٢٦	١١	٧٤
٢	٦٦	١	٣٣
		٦	٦٧

جدول (١٦) علاقة الاكتئاب مع حالة القصور الكلوي المزمن .



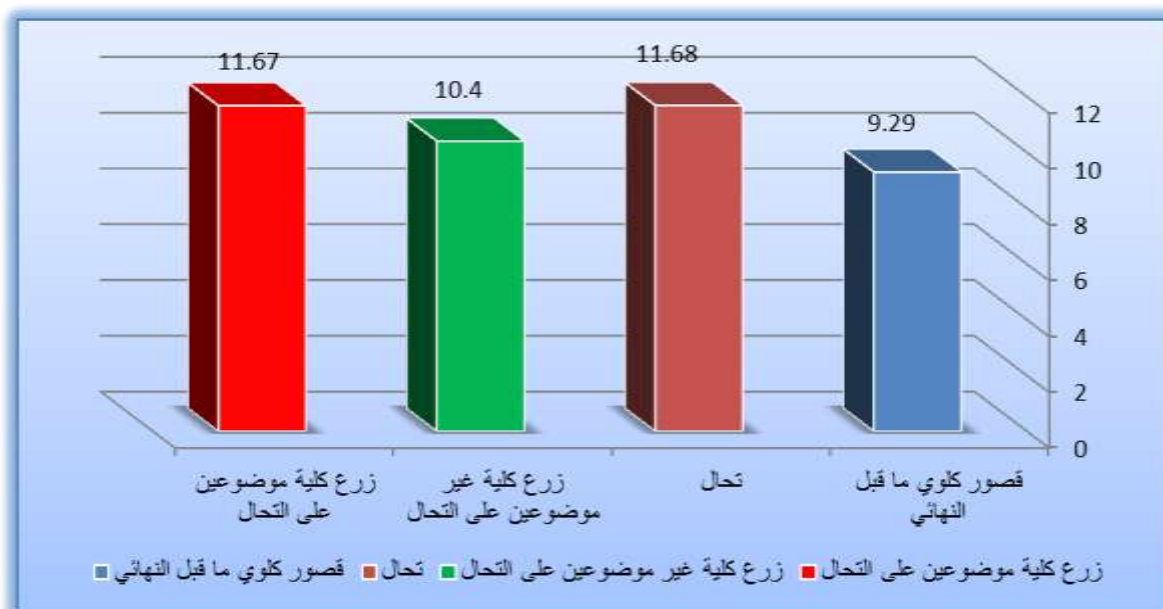
شكل (١٣) علاقة الاكتتاب مع حالة قصور كلوي مزمن .

الدراسة الإحصائية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتتاب تعزى لمتغير حالة القصور الكلوي المزمن.

للإجابة عن هذا السؤال جرى حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل فئة من فئات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي حسب نوع حالة القصور الكلوي المزمن الموجودة لديهم قصور كلوي ما قبل النهائي أو تحال أو زرع كلية غير موضوعين على التحال أو زرع كلية موضوعين على التحال على مقياس الاكتتاب، كما هو موضح في الجدول رقم (١٧) والشكل رقم (١٤).

حالة القصور الكلوي المزمن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
قصور كلوي ما قبل النهائي	7	9.29	5.85
تحال	19	11.68	6.56
زرع كلية غير موضوعين على التحال	15	10.40	4.34
زرع كلية موضوعين على التحال	3	11.67	7.51

الجدول (١٧) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير حالة القصور الكلوي المزمن



الشكل (١٤) يبين الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي مقياس الاكتئاب تبعاً لمتغير حالة القصور الكلوي المزمن

يتضح من الجدول رقم (١٧) والشكل (١٤) احتمال وجود فروق بين المتوسطات الحسابية ذات دلالة احصائية لدرجات كل فئة من فئات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي حسب نوع حالة القصور الكلوي المزمن الموجودة لديهم على مقياس الاكتئاب، وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي والذي يستخدم في حال كان المتغير ثلاثي أو أكثر، حيث حسبت الفروق بين متوسطات درجات كل فئة من فئات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي حسب

نوع حالة القصور الكلوي المزمن الموجودة لديهم على مقياس الاكتئاب، كما هو موضَّح في الجدول رقم (١٨).

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	(ف)	الدالة	القرار
بين المجموعات	٣٥.٣٨١	3	١١.٧٩٤	٠.٣٤٨	0.791	الفروق غير دالة
داخل المجموعات	١٣٥٥.٨٠١	40	٣٣.٨٥٩			
الكلية	١٣٩١.١٨٢	43				

الجدول (١٨) نتائج تحليل التباين لأثر متغير حالة القصور الكلوي المزمن لدرجات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب

يتبين من الجدول رقم (١٨) بأن قيمة (ف) لاختبار تحليل التباين الأحادي بلغت (٠.٣٤٨) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠.٧٩١) وهي أكبر من مستوى دلالة (0,05) وبالتالي فإنَّ الفروق غير دالة احصائياً، أي أنه لا وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات كل فئة من فئات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي حسب نوع حالة القصور الكلوي المزمن الموجودة لديهم سواءً أكان قصور كلوي ما قبل النهائي أو تحال أو زرع كلية غير موضوعين على التحال أو زرع كلية موضوعين على التحال على مقياس الاكتئاب على مقياس الاكتئاب.

• خامساً : المناقشة :

١- شملت الدراسة 44 طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن و 50 طفل سوي (غير مصابين بأمراض مزمنة)، حيث كانت نسبة انتشار الإكتئاب أعلى عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مقارنة مع الأطفال الأسوياء (30% مقارنة مع نسبة 2%) ($p < 0,05$).

قد تفسر نتيجة وجود فروق بين متوسطات درجات الأطفال الأصحاء ومتوسطات درجات الأطفال المرضى على مقياس الاكتئاب إلى أنَّ القصور الكلوي المزمن من الأمراض التي تعوق الإنسان عن القيام بمهامه الطبيعية إضافة إلى الحاجة المتكررة للإستشفاء وكلها من العوامل التي تساعد على حدوث الإكتئاب .

بالمقارنة مع دراسات أخرى:

١- دراسة مجرة من قبل Hernandez ,Reyner Iloza، ضمت ٦٧ مريض مصاب بالقصور الكلوي المزمن (٤٣ مريض تحال بريتواني، ٢٤ مريض تحال دموي) (طفل +مراهق) متوسط العمر ١٤,٧ ± ٢,٧ (من شباط عام ٢٠١١ وحتى حزيران ٢٠١١) كانت نسبة حدوث أعراض الإكتئاب ٥٢,٦% ($n=36$) قسمت إلى:

١- أعراض اكتئابية عالية عند حوالي ١٠,٤٥% ($n=7$)

2 - أعراض اكتئابية دنيا عند حوالي ٤٣,٢٨% (33%). ($n=29$)

٢- دراسة إجريت من قبل Berney-Martinet حيث قيمت نسبة انتشار الاكتئاب عند ٤٠ مراهق مجرى لهم زرع كلية ٢٠، مراهق مصاب بالقصور الكلوي ما قبل نهائي يعيشون في Quebec، كندا، كانت نسبة انتشار الاكتئاب ٣٥% {٣٢}

٣- دراسة إجريت بمصر ضمت (19=n) طفل مريض مصاب بالقصور الكلوي ما قبل نهائي و (19=n) طفل مريض موضوع على التحال وجدت ان نسبة انتشار الاكتئاب ١٠% {٢٢}

٤- دراسة مجرة بمشفى الأطفال Seattle، و مشفى العناية بالأطفال (مركز للمناطق واشنطن، آلاسكا، مونتانا، أيدهو) وذلك من شباط عام ٢٠١١ وحتى كانون الأول من عام ٢٠١٢ والتي استعملت (CDI-2) كمقياس للاكتئاب، عدد الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن و الداخليين بالدراسة كانوا (٤٤

مريض)، وكان عدد الأطفال المصابين بالاكتئاب ١٣ طفل مريض مع نسبة انتشار للاكتئاب ٣٠% {٣١} بشكل مماثل للدراسات .

٢- كانت نسبة انتشار الاكتئاب أعلى عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والذين كانت مدة المرض الكلوي لديهم ٣ سنوات أو أكثر (٣٦%) مقارنة مع الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن ومدة المرض الكلوي لديهم أقل من ٣ سنوات (١٥%).

• مقارنة مع الدراسة المجراة في مشفى الأطفال Seattle كان عدد الأطفال الداخليين بالدراسة و المصابين بالاكتئاب والذين مدة القصور الكلوي المزمن > ٣ سنوات (n=1) من أصل (n=11) طفل، نسبة انتشار الاكتئاب لديهم ٩% أما في دراستنا ١٥ %، بينما عدد الأطفال الداخليين بالدراسة و المصابين بالاكتئاب والذين مدة القصور الكلوي المزمن ≤ ٣ سنوات (n=12) من (n=33)، نسبة انتشار الاكتئاب لديهم ٣٦% {٣١}، أما في دراستنا ٣٦,٣% (بشكل مماثل لدراستنا).

٣- كانت نسبة انتشار الاكتئاب أعلى عند الإناث المصابات بالقصور الكلوي المزمن (٣٧%) مقارنة مع الذكور المصابين بالقصور الكلوي المزمن (٢٤%)، لكننا لم نجد علاقة إحصائية واضحة بين انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مع جنس المريض وقد تفسر نتيجة عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأطفال الذكور المصابين بالقصور الكلوي والإناث المصابات بالقصور الكلوي على مقياس الاكتئاب إلى أنَّ الاكتئاب ممكن ان يحدث عند كل المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن بغض النظر عن الجنس (ذكر أم أنثى) فحدوث الاكتئاب متعلق بشكل أساسي بالمرض الكلوي المزمن.

بالمقارنة مع دراسات أخرى:

١-دراسة مجراة بالمشفى الأطفال Seattle حيث كان عدد الأطفال المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ٤٤ مريض a- عدد الإناث المصابين بالاكتئاب n=5 من أصل n=13 أنثى، النسبة المئوية ٣٨% في دراستنا ٣٧%. b- عدد الذكور المصابين بالاكتئاب n= 8 من أصل n=31، النسبة المئوية ٢٦% في دراستنا ٢٤%. {٣١}

٢-دراسة مجرة من قبل Hernandez ,Reyner Iloza كان عدد الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والداخلين بالدراسة ٦٧ ،كل المصابين بالاكنتاب منهم كانوا أناث ،النسبة المئوية لإصابة الأناث ١٠٠% {٣٣}

٣-دراسة أخرى مجرة بمصر ،لم يكن هناك إي ارتباط بين حدوث الاكنتاب و الجنس. {٢٢}

٤-كانت نسبة انتشار الإكنتاب متقاربة بين الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن الذين أعمارهم أكبر أو تساوي ١٣ سنة (٢٩%) مع الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والذين أعمارهم أقل من ١٣ سنة (٣٠%) ،كما إننا لم نجد علاقة إحصائية واضحة بين انتشار الإكنتاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مع عمر المريض وقد تفسر نتيجة عدم وجود فروق إلى صغر عينة الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والذين أعمارهم أكبر أو تساوي ١٣ سنة مقارنة مع عينة الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والذين أعمارهم أقل من ١٣ سنة وهذا أدى إلى عدم وجود دلالة إحصائية لمتغير العمر .

بالمقارنة مع دراسات أخرى:

١-دراسة مجرة في مشفى الأطفال Seattle كان عدد الأطفال الداخلين بالدراسة و المصابين بالاكنتاب والذين أعمارهم ١٣ < سنة 2 = n من أصل 11 = n ، نسبة انتشار الاكنتاب لديهم ١٨% أما في دراستنا ٣٠% ، بينما عدد الأطفال الداخلين بالدراسة و المصابين بالاكنتاب والذين أعمارهم ١٣ ≥ سنة 11 = n من أصل 33 = n ، نسبة انتشار الاكنتاب لديهم ٣٤% {٣١} ، أما في دراستنا ٢٩% .

في دراستنا كانت نسبة انتشار الاكنتاب بالنسبة للعمر متقاربة ولكن نسبة انتشار كانت أعلى بكثير عند الأناث اللواتي أعمارهن ١٣ ≤ سنة (٤٣%) مقارنة مع الذكور الذين أعمارهم ١٣ ≤ سنة (١٤,٥%).

٥- كانت نسبة انتشار الإكنتاب متقاربة بين الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن الذين أعمارهم عند التشخيص المرض الكلوي أكبر أو تساوي ٥ سنوات (٢٥%) مع الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن والذين أعمارهم أقل من ٥ سنوات (٣٣%) ،كما إننا لم نجد علاقة إحصائية واضحة بين انتشار الإكنتاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مع عمر المريض عند التشخيص.

بالمقارنة مع دراسات أخرى:

دراسة مجرة في مشفى الأطفال Seattle كان عدد الأطفال الداخلين بالدراسة و المصابين بالاكتئاب والذين أعمارهم عند تشخيص القصور الكلوي المزمن ≤ 5 سنوات $n=9$ من أصل $n=25$ طفل، نسبة انتشار الاكتئاب لديهم ٣٦% أما في دراستنا ٣٣%، بينما عدد الأطفال الداخلين بالدراسة و المصابين بالاكتئاب والذين أعمارهم عند تشخيص القصور الكلوي المزمن ≤ 5 سنوات $n=4$ من أصل $n=19$ ، نسبة انتشار الاكتئاب لديهم ٢١% {٣١}، أما في دراستنا ٢٥%.

٦- كانت نسبة انتشار الاكتئاب كانت أعلى خاصة عند مرضى الزرع الكلوي الناكسين (الموضوعين على التحال) (٦٦%) مقارنة مع مرضى الزرع الكلوي غير ناكسين (٢٦%) ، مرضى التحال (٢٦%) ، ومرضى القصور الكلوي ما قبل نهائي (٢٨%) ، كما إننا لم نجد نجد علاقة إحصائية واضحة بين انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن مع حالة القصور الكلوي المزمن ، وتفسر هذه النتيجة بأن هناك احتمال وجود فروق بين متوسطات الحسابية لدرجات كل فئة من فئات الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن حسب حالة القصور الكلوي المزمن ولكن صغر عينة كل حالة ممكن كان السبب وراء عدم وجود دلالة إحصائية واضحة.

بالمقارنة مع دراسات أخرى:

١- دراسة المجرة في مشفى الأطفال Seattle كان عدد الأطفال الداخلين بالدراسة و المصابين بالاكتئاب والذين لديهم قصور كلوي ما قبل نهائي $n=5$ من أصل $n=20$ طفل، نسبة انتشار الاكتئاب لديهم ٢٥% أما في دراستنا ٢٨% .

بينما عدد الأطفال الداخلين بالدراسة و المصابين بالاكتئاب والموضوعين على التحال $n=2$ من أصل $n=15$ ، نسبة انتشار الاكتئاب لديهم ١٣% ، في دراستنا كانت ٢٦% . كان عدد الأطفال الداخلين بالدراسة و المصابين بالاكتئاب والذين مجرى لهم زرع الكلية مع وجود قصور كلوي (مرحلة 3 - 5) $n=6$ من أصل $n=9$ طفل، نسبة انتشار الاكتئاب لديهم ٦٧% أما في دراستنا كانت نسبة انتشار الاكتئاب ٢٦% عند مرضى زرع الكلية غير موضوعين على التحال ، ٦٦% عند مرضى زرع الكلية موضوعين على التحال .

٢-دراسة Bakr –et al حيث تم دراسة (n=19) طفل مريض مع قصور كلوي مزمن قبل تحال و (n=19) طفل مريض مع قصور كلوي نهائي موضوعين على التحال ،وكانت نسبة انتشار الاكتئاب أعلى في مرضى التحال (٦٨,٣ %) مقارنة مع مرضى ما قبل تحال (٣٦.٨).{٢٢}

التوصيات:

- ١-تشجيع على إجراء دراسات أوسع تشمل عدد أكبر من المرضى من عدة مشافي للوصول إلى نتائج إحصائية أدق وأشمل .
- ٢-تأكيد على ضرورة وجود أخصائي نفسي واجتماعي خاص بوحداث الغسيل الكلوي .
- ٣-ضرورة الكشف المبكر عن الاكتئاب عند مرضى الأطفال المصابين بالقصور الكلوي المزمن وبالتالي الحد منه ومعالجته
- ٤-تدريب هيئة التمريض على مهارات العمل في وحدات الغسيل الكلوي وكيفية التعامل مع المرضى للتغلب على متاعبهم النفسية .
- ٥-عمل ندوات بالمستشفى لتوعية أسر المرضى بالظروف النفسية لطفل المريض وكيفية التعامل معها.

• سادساً: المراجع:

حسب ورودها في الدراسة

المراجع الأجنبية :

1-Lemma ,Alessandra (1996).Indroduction to
Psychopathology.London:Cromwell press

3-Beck,A.(1997).cognitiveTherapies.Essentialpapers
pschoanalysis,Newyork:U.S.A university press.

4-Kovacs,M.,feinberg,T.L.,Crousenvak,M.A.,paulauskas,s.L.,&
finkelstein,R.(1984).Depression–disorders in childhood.1.A longitudinal
prospective–study of characteristics and Archive of General
psychiatry,41(3),229–237.

5-Kessler,R.C.,Avenevoli,s.,& MeriKangas,K.R.(2001).Mood disorders
inchildren and .adolescents:An epideological perspective .Biological
Psychiatry,49(12),1002–1014.

6-ankin,B.L.,Abramson,L.Y.,Mofftt,T.E.,Siilva,p.A.,McGee,R,Angell,K,E.
(1998) Development of depression from preadolescence to young
adulthood:Emerging gender differences in a10–year longitudinal study.Journal
of Abnormal psychology ,107(1),128–1140.

7-Mous ab Azzawi ,Depression in Children ,offcial Website 2004–2010

10-Sutton ,Amy(2012).Depression in children andAdolescents.Detroit:
Omnigraphics.pp.131–143.

- 11-Kovacs,M.(1992).Children Depression InventoryNorth
Tonawanda,NY;Multi-Health Systems,Inc.
- 12-Kazdin,A.E.,Rodgers,A.,&Colbus,D.(1986). The Hopelessness Scale for
Children :Psychometrics and concurrent validity.' Of Consulting and Clinical
Psychology,54(2),241-245 .
- 13-Lobovits,D.A.,& Handal,P.J.(1985).Childhood depression :Prevalence
using DSM-IIIcriteria and validity of parent and child depression scales".
- 14-Self-reported depression symptoms in children entering foster care
(2000)Blachwell Science Ltd,Ambulatory Child Health 6(1),45-57.
- 15-Birleson.P.Hudson:& wolef .s.(1987).Clinical evalation of a self -rating
scale for Depression disorder in child hood .
- 16-Beck,A.CognitiveTherapeis.Essentialpapers Psychoanlysis,Newyork:U.S.A
unversity press 255-256
- 18-Oster,D.&SarahS.Montgomery .(1995).Helping Your Depression Teenager
.New York : John Wiley&Sons
- 19 -Nelson -TextBook of Pediatrics ,Saundeers ,16 ed ,2000.
- 20-Wyatt,R.J.Kag,L.Kritchevskys.B(1996y) Epidemiology of pediatric Kidney
disease .Pediatric Annals 25,288-296
- 21-Frauman A.C,& Lansing L. (1983).The child with chronic renal Failure
.change and challenge issuse in compremeasive pediatrics nuarsing .6,127-
133.

- 22–A.Bakr ,M. Amr,A.Sarhanetal,psychiatric disorders in children with chronic renal failure ,pediatric nephrology ,vol.22,no,pp 128–131–2007
- 23–Jean–Marie Bruzzes Depression in children and adolescent with achronic disease .Newyork,Ny10016(212) 163–6622.
- 24–Kimmel PL,Peterson RA,Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S,Cruz I,Veils JH,Pschosocial factors,behavioral compliance and survival in urban hemodialysise patients .Kidney Int.1998;54(1):245.
- 25–Wysocki T, Nansel TR, Holmbeck GN,et al.; Steering Committee of the Family Management of Childhood Diabetes StudyCollaborative involvement of primary and secondary caregivers: associations withyouths’ diabetesoutcomes. J Pediatr Psychol2009;34:869–881.
- 26–Hood KK, Huestis S, Maher A, Butler D,Volkening L, Laffel LM. Depressive symptomsin children and adolescents withtype 1 diabetes: association withdiabetesspecificcharacteristics.Diabetes Care2006;29:1389–139
- 27–S.Q.Lew and B. Piraino Psychosocial factors patient with chronic kidney disease:quality of life and psychology issue in pertoneal dialysis patient ,Seminars in Dialysis ,vol 18,no.2,pp.119–123,2005.
- 28–Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal SV,Association Between Depression and Mortality in Patients Receiving Long–term Dialysis: A Systematic Review and Meta–analysis.Am J Kidny Dis.2013 Oct.
- 29–Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM ,Suicide in the States end–stage renal disease program.J Am Soc Nephrol. 2005;16(United 3):774.

30–Wuerth D, Finkelstein SH, Finkelstein Foso The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis *Semin Dial*. 2005;18(2):142.

31–Amy J. Kogon, Ann Vander Stoep, Noel S. Weiss, Jodi Smith, Depression and its associated factors in pediatric chronic kidney disease *Pediatr Nephrol* .2013 September ;28(9):1855–1861, doi:10.1007/s00467-013-2397-5

32–Berney–Martinet S, Kay F, Bell L, Lepine S , Clermont MJ
Fombonne E. Psychosocial profile of adolescents with a Kidney transplant
. *Pediatr Transplant*. 2009;13:701–710.

33–G. Hernandez, Reyner Loza, Horacio Vargas, and Mercedes F. Jara
, Depression Symptomatology in Children Adolescents with Chronic renal
insufficiency undergoing chronic dialysis . *international Journal of Nephrology*
, doi:10/4061/2011/798692.

المراجع العربية:

- 2- حمودة ،محمود عبد الرحمن (١٩٩٠). النفس، أسرارها وأمراضها. القاهرة: مكتبة الفجالة.
- 8-عسكر،عبدالله . (1988) الاكتئاب النفسى بين النظرية والنشخيص . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- 9-الميلادي،عبد المنعم . (2004) الأمراض والاضطرابات النفسية .الأسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- 17- .فايد،حسين على . (2004) العدوان والاكتئاب .الأسكندرية :مؤسسة حورس الدول للنشر والتوزيع.