

جنبه‌های روان‌شناختی و عوامل مداخله‌گر در بیماران کاندید پیوند ریه و قلب مراجعه کننده به بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

دکتر میترا صفا*، دکتر غفارعلی محمودی**، دکتر کتایون نجفی زاده***، فاطمه قاسم بروجردی****،
دکتر حمیدرضا خدایمی ویشه*****

* متخصص اعصاب و روان، استاد. مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، ایران

** متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، دانشیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
*** فوق تخصص ریه. مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، ایران
**** فوق لیسانس روان‌شناسی. مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، ایران

***** پزشک عمومی. مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، ایران

چکیده

مقدمه: اختلالات روان‌پزشکی در بیماران کاندید پیوند می‌تواند با وخیم شدن کیفیت زندگی بیماران همراه شده و تأثیراتی بر تبعیت بیمار از درمان و نیز پیامدهای پس از جراحی پیوند گذارد. از این رو مهم است که بیماران کاندید پیوند سابقه جدی بیماری‌های خلقی یا فکری رفتاری نداشته باشند و یا در صورت بیماری تحت درمان قرار گرفته باشند. از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای در مورد اختلالات روان‌پزشکی بیماران کاندید پیوند بیمارستان دکتر مسیح دانشوری انجام نشده است، مطالعه حاضر به منظور ارزیابی جنبه‌های روان‌شناختی بیماران کاندید پیوند ریه و قلب مراجعه کننده به این بیمارستان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی- توصیفی- تحلیلی در سال ۱۳۹۱ بر روی ۴۸ بیمار در لیست انتظار پیوند قلب یا ریه انجام شد. بیماریس از مراجعه و انجام مصاحبه بالینی و تشخیص قطعی در این طرح وارد شده، سپس وضعیت روان‌شناختی بیمار توسط روان‌پزشک بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV TR بررسی شده و پس از کسب رضایت جهت همکاری و اطمینان به وی جهت محرمانه بودن اطلاعات، پرسش‌نامه‌ها در محیط آرام و بدون استرس توسط پرسش‌گران از بیماران سوال و تکمیل گردید. پرسش‌نامه‌ها شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک و Scl-90 بودند. پس از جمع‌آوری پاسخ‌نامه‌ها، اطلاعات بیماران به برنامه کامپیوتری SPSS-16 وارد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۱۸ بیمار (۳۸٪) زن و ۳۰ بیمار (۶۲٪) مرد بودند. میانگین سن بیماران 41 ± 13 سال بود. ۳۴ نفر (۷۰٪) متأهل بودند. از این تعداد ۱۹ نفر (۴۰٪) در تهران زندگی می‌کردند. ۲۱ نفر (۴۹٪) سیگار و ۸ نفر (۱۹٪) مواد اعتیاد آور مصرف می‌کردند. در این طرح بیشترین نمره اختلالات روان‌شناختی مربوط به خودبیمارانگاری (۰/۸۵) و افسردگی (۰/۷۸) و کمترین نمره مربوط به افکار بدبینانه و انتساب (۰/۴۶) بود. ارتباط افسردگی با خودبیمارانگاری، وسواس، اضطراب و ترس مرضی معنادار بود. $(P.V=0/004)$ ، $(P.V=0/000)$ ، $(P.V=0/000)$ ، $(P.V=0/076)$. ارتباط اضطراب با خودبیمارانگاری، وسواس، افسردگی و افکار بدبینانه و انتساب معنادار بود $(P.V=0/000)$ ، $(P.V=0/000)$ ، $(P.V=0/000)$.

ارتباط خودبیمارانگاری با ترس مرضی معنادار بود $(P.V=0/007)$ و ارتباط وسواس با افکار بدبینانه و انتساب نیز معنادار بود $(P.V=0/000)$. افرادی که افسردگی در آن‌ها شاخص بود، بیشترین مصرف مواد را داشتند و آن‌هایی که نمرات بالایی در حساسیت بین فردی، اضطراب و پرخاشگری داشتند کمتر از سایرین به اختلال مصرف مواد مبتلا بودند.

افسردگی و خودبیمارانگاری بیشترین، و پرخاشگری کمترین اختلالاتی بود که در بیماران مصرف کننده سیگار دیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر همراه سایر مطالعات نشان داد که بیماران در انتظار پیوند ریه یا قلب از اختلالات روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب، شکایت جسمانی، وسواس جبری، حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار بدبینانه و انتساب رنج

می‌برند. ضروری است که با مشاوره توسط روانپزشکان، بررسی و تشخیص اختلالات روانی حاد و مزمن بیماران پیوند شده و نیز در انتظار پیوند جزء برنامه‌های درمان روتین این دسته از بیماران در نظر گرفته شود، خصوصاً با توجه به نتایج حاصله در بیمارانی که درگیر اختلال مصرف مواد (سیگار و سایر مواد) نیز هستند، مشکلات روانشناختی منجر به نتایج ضعیف درمان، افزایش طول بستری و افزایش میزان استرس و کاهش کیفیت زندگی بیماران پیوندی می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات روانشناختی، بیماران کاندید پیوند قلب و ریه

وصول مقاله: ۹۲/۱۱/۲۶

تایید مقاله: ۹۳/۱۲/۹

نویسنده پاسخگو: گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران mahmoudi.gh@lums.ac.ir شماره تماس: ۰۶۶۳۳۲۲۰۱

مقدمه

زن، مدت زمان طولانی در لیست انتظار پیوند، مشکلات سلامتی پس از پیوند و ویژگی‌های شخصیتی (فقدان دریافت حمایت خانوادگی و استفاده از مقابله اجتنابی) هستند (۴).

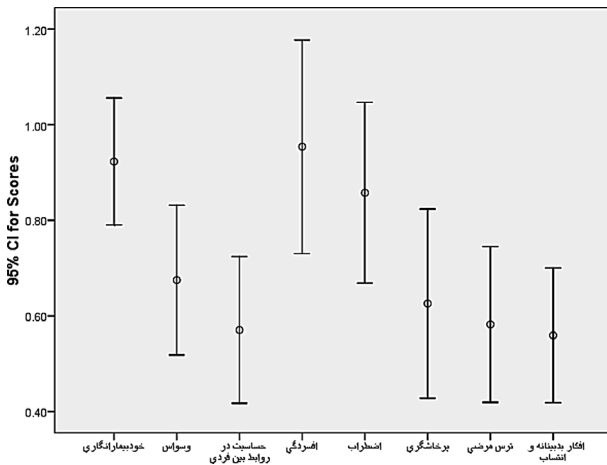
به هر حال موضوع پیوند، مساله بسیار پراسترسی است که می‌تواند بر تمام مراحل پیوند تاثیر گذارد، به ویژه در مورد بیمارانی که سابقه اختلالات روان پزشکی دارند منجر به مشکلات جدی می‌شود. موضوع بسیار مهم آن است که بیمارانی که کاندید پیوند هستند سابقه بیماری‌های خلقی یا رفتاری نداشته باشند و یا به طور جدی تحت درمان قرار گرفته باشند و بعد وارد لسیت انتظار گردند.

شیوع موضوعات روانی- اجتماعی شامل محیط بیمارستان، طرد شدن از خانواده، از دست دادن کنترل مسائل زندگی و مشغله‌های فکری در مورد مرگ، موضوعاتی هستند که موجب افسردگی و اضطراب در بیماران در انتظار پیوند و پیوند شده می‌گردد. درمان اختلالات روانپزشکی برای پیشگیری از تاثیر اختلالات خلقی بر روی تبعیت از درمان و مرگ و میر امر بسیار مهمی است. مطالعات گذشته نگر نشان داده اند که بسیاری از بیماران پس از انجام عمل جراحی پیوند، از اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی اساسی رنج می‌برند (۵). مطالعات قبلی نشان داده اند که بیماری و مشکلات دیگر روانشناختی منجر به: نتایج ضعیف درمان، افزایش طول بستری و افزایش میزان استرس بیمار می‌گردند (۶). علاوه بر این، افرادی که دارای مشکلات روانی هستند، احتمالاً کمتر می‌توانند روابط باثبات و مناسب برقرار کنند. این روابط می‌توانند حمایت اجتماعی را فراهم نمایند و فقدان آن می‌تواند عامل پیش آگهی مهمی در عدم تبعیت درمانی از دستورات پزشکی باشد (۷). حمایت اجتماعی ضعیف به عنوان عاملی است که نقش کلیدی در ایجاد آسیب پذیری بیمار روانی در مواجهه با استرسی مانند بیماری مزمن جسمی، شناخته می‌شود (۸).

از آنجا که تاکنون مطالعه ای در مورد اختلالات روانپزشکی بیماران کاندید پیوند بیمارستان دکتر مسیح دانشوری انجام نشده است، مطالعه حاضر به منظور ارزیابی جنبه‌های روانشناختی بیماران کاندید پیوند ریه و قلب مراجعه کننده به این بیمارستان انجام شده است.

اختلالات روانپزشکی در بین بیماران پیوندی بسیار رایج است و بیماران کاندید پیوند حداقل یکی از علائم روانپزشکی را دارند (۱). قبل از جراحی اختلالات انطباقی، افسردگی و یا اضطراب شیوع بسیار بالایی در جمعیت پیوندی دارد. عمل جراحی پیوند نه تنها به دلیل افزایش طول عمر بیمار، بلکه به دلیل بهبود کیفیت زندگی انجام می‌شود. بیمار باید بتواند با فشارهای زندگی خود مدارا کند و از حداکثر توانمندی خود بهره برد و مهم‌تر اینکه در محدوده زندگی خود نقشی ایفا کند. در نتیجه، همه تیم درمان موظفند به یاری بیمار بشتابند. طبق متآنالیز کیفی، در بیماران بعد از پیوند ۳۳٪ اختلال افسردگی مشاهده شده است. همانند شیوع افسردگی در بیماران مزمن که ۳۹-۲۳٪ است، در حالیکه این رقم در بیماران با مشکل قلبی در انتظار پیوند به ۶۰٪ می‌رسد. میزان افسردگی در دوره یکسال بعد از پیوند و ۲/۳ اول سال (حدود ۸ ماه) به ۱۷-۱۵٪ کاهش می‌یابد و سپس در ۱/۳ آخر سال (حدود ۴ ماه) به ۲۵/۵٪ می‌رسد. لذا نیاز جدی برای شناخت و درمان روانشناختی همزمان در بیماران پیوند شده ریه یا در معرض پیوند مطرح است (۲).

پیوند اعضا هنوز با بسیاری از مشکلات مربوط به عملکرد فیزیکی، مسائل روانشناختی و سلامت روانی، بهبودی و عملکردهای اجتماعی بیمار روبه رو است. اگرچه پیوند اعضا، یک درمان مداخله ای برای بیماران به شمار می‌آید و باعث می‌شود تا از زندگی مجدد و با کیفیت بهتری برخوردار باشند، اما در بعضی موارد، تنوع روانشناختی، اضطراب و افسردگی، اختلالات جنسی، ناراضییتی از ظاهر بدن، پیچیدگی‌های بعد از عمل را سبب می‌شود (۱). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات روانپزشکی پس از پیوند عضو نسبت به اختلالات روانپزشکی قبل از پیوند، ارتباط بیشتری با مرگ و میر و ناراحتی ناشی از پیوند دارد (۳). همچنین شیوع اختلال پانیک در گیرندگان ریه بیشتر از قلب است (۱۸٪ در برابر ۸٪). ریسک فاکتورهای بروز اختلالات روانپزشکی پس از پیوند شامل وجود اختلالات روانپزشکی قبل از پیوند، جنس



همانطور که ملاحظه می‌شود بیشترین نمره اختلالات مربوط به خودبیمارانگاری (۰/۸۵) و افسردگی (۰/۷۸) می‌شود و کمترین نمره مربوط به افکار بدبینانه و انتساب (۰/۴۶) بود.

ارتباط افسردگی با خودبیمارانگاری، وسواس اضطراب و ترس مرضی معنادار بود.

(P. V=0/004)، (P. V=0/000)، (P. V= 0/000) (P. V= 0/076)

ارتباط اضطراب با خودبیمارانگاری، وسواس، افسردگی و افکار بدبینانه و انتساب معنادار بود.

(P. V= 0/000)، (P. V= 0/000)، (P. V=0/000) (P. V=0/000)

ارتباط خودبیمارانگاری با ترس مرضی معنادار بود (P. V=0/007) و ارتباط وسواس با افکار بدبینانه و انتساب نیز معنادار بود. (P. V= 0/000)

شکایت جسمانی برابر با ۰/۸۵ و وسواس جبری ۰/۶۲ که هر دو مورد در مردان بیشتر از زنان بود. حساسیت در روابط بین فردی ۰/۵۵ و پرخاشگری ۰/۶۸ که این موارد هم در مردان بیشتر از زنان بودند. ترس پاتولوژیک ۰/۵۵ که در زنان بیشتر از مردان بود. افسردگی ۰/۷۸ که در مردان بیشتر از زنان و اضطراب ۰/۷۱ و افکار بدبینانه و انتساب برابر با ۰/۴۶ که در مرد و زن به طور مساوی دیده شدند.

از نظر سنی افسردگی در بالاترین سن (۵۴ سال) و پرخاشگری در پایین‌ترین سن (۷ سال) دیده شد. ارتباط بین سن و اختلالات روانشناختی در هیچ‌یک از ابعاد معنی دار نیست اما این رابطه با اضطراب و افکار پارانویید به طور معکوس و با سایر موارد به طور مستقیم است.

پرخاشگری و شکایت جسمانی در متأهلین بیش از مجردین بوده است. درنمرات اختلالات روانشناختی بین دو گروه بیماران که در تهران یا شهرستان زندگی می‌کردند تفاوتی وجود نداشت.

میزان مصرف مواد در افرادی که دارای هر یک از اختلالات روانشناختی بودند متغیر بود. افرادی که هر یک از اختلالات خودبیمارانگاری و افکار بدبینانه و انتساب در آن‌ها شاخص بود ۲۵ درصد مصرف مواد

روش تحقیق

جامعه مورد بررسی بیماران کاندید پیوند ریه و قلب مراجعه کننده به بیمارستان دکتر مسیح دانشوری بود. نمونه مورد بررسی در این مطالعه بیماران فعلی در لیست انتظار پیوند قلب یا ریه به همراه بیمارانی‌باشند که تا پایان سال ۱۳۹۱ در این لیست قرار گرفته بودند و ملاک‌های پذیرش در مطالعه را دارا بودند. کلیه بیماران در لیست انتظار به روش سرشماری انتخاب می‌شدند. مکان انجام مطالعه بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ بود. نمونه از کلیه بیماران مراجعه کننده به درمانگاه پیوند بیمارستان دکتر مسیح دانشوری که کاندید پیوند بودند. در مجموع ۴۸ بیمار کاندید پیوند تحت مطالعه قرار گرفتند. در زمان مراجعه بیماران کاندید پیوند ریه و قلب به درمانگاه تخصصی پیوند بیمارستان و کسب رضایت جهت همکاری و اطمینان به آنان جهت محرمانه بودن اطلاعات، پرسش‌نامه‌ها توسط پرسش‌گران برای بیماران توضیح و در محیط آرام و بدون استرس تکمیلی گردید. اطلاعات شامل پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه SCL-90 و مصاحبه چهره به چهره توسط روانپزشک و تیم روانشناسی بر اساس علائم و معیارهای تشخیصی DSM-IV TR جهت بررسی وضعیت روانشناختی دقیق تر بود.

ابزار گردآوری اطلاعات

اطلاعات از دو پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه روانشناختی SCL-90 جمع آوری شد. پرسشنامه SCL-90 برای بررسی علائم روانشناختی به خوبی شناخته شده و در زبان‌های متعدد مثل فارسی مورد استفاده می‌باشد (۹-۱۲).

از spss-16 برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی و فراوانی نسبی (درصد) و برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی تفاوت متغیرهای کمی بین بیماران دارا و فاقد هر یک از اختلالات روانشناختی از آزمون t مستقل یا معادل غیر پارامتریک آن و برای بررسی تفاوت متغیرهای کیفی بین بیماران دارا و فاقد هر یک از اختلالات روانشناختی از آزمون مجذور کای استفاده شد.

نتایج و یافته‌ها

در مجموع ۱۸ بیمار (۳۸٪) زن و ۳۰ بیمار (۶۲٪) مرد بودند. میانگین سن بیماران 41 ± 13 سال بود. ۳۴ نفر (۷۰٪) متأهل بودند و ۱۹ نفر (۴۰٪) در تهران زندگی می‌کردند. ۲۱ نفر (۴۹٪) سیگار و ۸ نفر (۱۹٪) مواد اعتیاد آور مصرف می‌کردند. میانگین نمره اختلالات روانشناختی بیماران بر اساس پرسشنامه SCL-90 با فاصله اطمینان ۹۵٪ در نمودار زیر قابل مشاهده است:

پیوند ریه زمانی که در بیمارستان یا منزل در انتظار برای دریافت عضو جدید هستند، ممکن است به علت اضطراب بالا قادر به انجام فعالیت‌های روزانه خود نباشند و به طور متناوب به مرگ فکر کنند (۵). به دلیل اینکه بسیاری از بیماران به اندازه کافی زنده نمی‌مانند تا پیوند شوند، از کیفیت زندگی پایینی نیز برخوردار هستند. قسمت اعظم این وضعیت ناشی از اختلالات روانشناختی همزمان در این بیماران است. بیماران با اختلالات روانشناختی عملکرد فیزیکی کمتری داشته، تنگی نفس بیشتری دارند، عادات بهداشتی مثبت کمتری دارند و همچنین از حمایت اجتماعی و خانوادگی کمتری برخوردار هستند. همچنین این بیماران استرس بیشتری داشته و علائم بیشتری از اضطراب و افسردگی نسبت به بیماران بدون اختلالات روانشناختی دارند. نشان داده شده است که وجود اختلالات روانشناختی همزمان در این بیماران مستقل از سن، جنس، نژاد و حتی شدت بیماری ریوی می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی این بیماران گردد (۱۷).

در این مطالعه از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در بیماران کاندید پیوند ریه و قلب اختلالات خلقی و اختلال پانیک ذکر شده است (۲۰-۱۷). از اینرو با وجود اینکه در حین غربالگری بیماران برای انتخاب مناسب در لیست انتظار پیوند، اختلالات عمده روانشناختی به طور جدی بررسی می‌گردد، پس از وارد شدن به لیست کاندید پیوند نیز بسیاری از این بیماران به اختلالات روانشناختی جدیدی مبتلا می‌گردند که با گذشت زمان هم تشدید می‌شوند. علاوه بر استرس‌های معمول، بیماران در لیست انتظار پیوند ریه دارای استرس‌های جدیدی نظیر سیر پیشرونده بیماری و ترس از پیدا نشدن، دهنده مناسب ریه در زمان مقرر نیز هستند که باعث می‌شود مدت زمان انتظار این بیماران عامل خطر مهمی برای اختلالات و دیسترس‌های روانشناختی باشد. از اینرو متخصصین برای بیماران تحت پیوند توصیه کرده اند که ۵ مورد روانشناختی مورد تاکید قرار گیرد: (۱) نقش خانواده (۲) درک بیماری (۳) ارزیابی روانشناختی و محیط روانی زندگی قبل از پیوند (۴) زمان انتظار برای عضو و (۵) عوارض طولانی مدت حاصله (۲۱). همچنین نشان داده شده است که مشاوره تلفنی می‌تواند سلامت روانی را بهبود بخشیده و فشار عصبی را کاهش دهد. این مشاوره می‌تواند شامل روش‌های رفع استرس، آموزش در زمینه بیماری و پیشگیری از پس زدن پیوند باشد. همچنین از اینترنت نیز برای مشاوره بیماران استفاده شده است (۲۲).

با توجه به شیوع بالای اختلالات روانپزشکی در بیماران کاندید پیوند و نیز تاثیر آن بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار تشخیص و درمان این اختلالات می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را نیز افزایش دهد. با این حال متأسفانه بسیاری از اختلالات روانپزشکی در این بیماران تشخیص داده نمی‌شود و درصد کمی از آن‌ها تحت درمان مناسب قرار می‌گیرند. در یک مطالعه در مورد اختلالات روانشناختی در بیماران کاندید پیوند فقط ۳۶٪ بیماران تحت درمان قرار گرفتند (۱۷).

داشتند، در حالی که ۲۰ درصد از بیمارانی که در هر یک از اختلالات حساسیت بین فردی، اضطراب و پرخاشگری نمره بالایی داشتند به اختلال مصرف مواد مبتلا بودند. در این میان ۳۰ درصد از افرادی که افسردگی داشتند، ۲۷/۵ درصد از افرادی که ترس مرضی داشتند و ۲۲/۵ درصد از افرادی که وسواس داشتند، اختلال مصرف مواد در آن‌ها دیده شد.

افرادی که افسردگی در آن‌ها شاخص بود، بیشترین مصرف مواد را داشتند و آن‌هایی که نمرات بالایی در حساسیت بین فردی، اضطراب و پرخاشگری داشتند کمتر از سایرین به اختلال مصرف مواد مبتلا بودند. میزان مصرف سیگار نیز متغیر بود. ۵۷/۵ درصد از افرادی که هر یک از اختلالات خودبیمارانگاری و افسردگی را داشتند، مصرف سیگار داشتند. در حالی که بیماران با اختلالات وسواس، حساسیت بین فردی، اضطراب و ترس مرضی ۵۲/۵ و بیماران با پرخاشگری داشتند ۵۰ درصد سیگار مصرف می‌کردند.

خودبیمارانگاری و افسردگی بیشترین، و پرخاشگری کمترین اختلالی بود که مبتلا به اختلال مصرف سیگار بودند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیماران در انتظار پیوند ریه و قلب درجاتی از اختلالات روانشناختی شامل؛ شکایت جسمانی، وسواس جبری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار بدبینانه و انتساب را دارند. بیماری پیشرفته ریوی با دیسترس‌های روانپزشکی قابل توجهی همراه است، به طوری که ۴۷٪ بیماران کاندید پیوند ریه، معیارهایی برای حداقل یک اختلال روانشناختی را دارا هستند (۲۰-۲۲). یک مطالعه در سال ۲۰۰۲ نشان داد در جمعیت بیماران پیوندی قبل از جراحی اختلالات انطباقی، افسردگی و یا اضطراب شیوع بالایی دارد. شیوع افسردگی اساسی ۱۶-۲۰٪ و تقریباً ۳۹٪ بیماران به اختلالات اضطرابی مبتلا بودند (۱).

برخی مطالعات نشان دادند بیماری روانشناختی و نیز مشکلات روانی اجتماعی باعث پیامدهای نامطلوب پس از پیوند نظیر رد پیوند بیشتر، افزایش طول مدت بستری در بیمارستان و افزایش سطح اختلالات روانشناختی عاطفی می‌شود (۱۳، ۱۴، ۱۵). وجود یک دوره افسردگی مازور قبل از پیوند قلب، یک عامل خطر مستقل و معنادار برای بروز وضعیت بد روانی پس از پیوند است. سن، ناراحتی‌های پس از پیوند و تبعیت درمانی کم، پیش بینی کننده‌های معنادار مرگ و میر پس از پیوند هستند (۱۶). در یک مطالعه در سال ۲۰۰۱ عنوان شده است که بیماران کاندید پیوند در قبل و بعد از پیوند اختلالات افسردگی را که تاثیر منفی برای کنار آمدن با عضو جدید، کیفیت زندگی و همچنین بر تبعیت از درمان می‌گذارد، تجربه می‌کنند. اختلالات روانپزشکی در بیماران کاندید پیوند رایج است. تقریباً ۵۰٪ از بیماران کاندید پیوند تاریخچه ای از بیماری‌های روانپزشکی دارند. بسیاری از بیماران کاندید

بسیار زیادی در جمعیت پیوندی دارد. همچنین میزان شیوع افسردگی اساسی ۱۶٫۲٪ بود و تقریباً ۳۹٪ بیماران اختلالات اضطرابی را گزارش کرده بودند (۱).

یک مطالعه در سال ۲۰۰۲ ارزیابی‌های سلامت روانی در بیماران پیوندی و مراقبت از آنان را مورد بررسی قرار داده است. نتایج حاکی از آن بود اگرچه پیوند اعضا یک درمان مداخله‌ای برای بیماران بشمار می‌آید و باعث می‌شود تا از زندگی مجدد و با کیفیت بهتری برخوردار باشند، اما در بعضی موارد تنوع و پیچیدگی‌های روانشناختی موجب اختلالات اضطرابی و افسردگی، اختلالات جنسی و نارضایتی از ظاهر بدن می‌شود (۳).

یک مطالعه در سال ۱۹۸۸ با عنوان بررسی ویژگی‌های روانشناختی پیوند اعضا انجام شده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که افسردگی اساسی یکی از مسائل روانپزشکی مهمی است که در بیماران پیوندی بسیار رایج است و چنانچه مشکلات افسردگی و اضطراب در بیماران پیوندی درمان نشوند بر نتایج درمان تاثیر می‌گذارد. بیمارانی که افسردگی و اضطراب توأم دارند باید از نظر ابتلا به جنون نیز مورد بررسی قرار گیرند (۲۴).

در یک مطالعه در سال ۲۰۰۳، ۸۱ کودک مبتلا به فیروز سیستمیک و والدین آن‌ها از نظر اختلالات روانپزشکی مورد ارزیابی و پیگیری قرار گرفتند. ۲۰٪ بیماران در لیست انتظار پیوند ریه مبتلا به اختلالات روانپزشکی بودند و ۶۰٪ والدین آن‌ها نیز بر اساس پرسش‌نامه علائم افسردگی داشتند. یک سوم دچار اختلال زناشویی و ۲۰٪ ناهماهنگی خانوادگی را گزارش کردند. در مدت پیگیری نیمی از کودکان به مرحله پیوند رسیدند. ناتوانی جسمانی شدید با پیش آگهی بهتر و اختلاف بین والدین با کوتاهی طول عمر پس از پیوند همراه بود (۲۵).

اکثر مراکز پیوند عضو در کشور آمریکا بیماران خود را از نظر روانی-اجتماعی ارزیابی می‌کنند. بدین منظور برخی ابزارسنجش مانند (P-TRI) (Pediatric Transplant Rating Instrument) تدوین شده است که بیماران را از مسائل روانی و چگونگی پذیرش درمانی مورد بررسی قرار دهد (۲۳ و ۲۶).

مطالعه در بیماران تحت پیوند ریه نشان داد که آن‌ها دائماً تحت فشار عصبی بوده و این فشارهایی توانند هنگام بروز مسائلی همانند پس زدن پیوند و عدم انتخاب برای پیوند افزایش یابند. عوامل مداخله‌گر به طور کلی شامل عوامل روانی (اضطراب، افسردگی و یافتن مفهوم زندگی)، اجتماعی (جدایی و تنها ماندن) و مادی (نگرانی از فشار مالی بر خانواده) می‌توانند به افسردگی منجر گردند. درمان افسردگی در نهایت با ترکیب دارودرمانی و رواندرمانی صورت می‌گیرد. دارودرمانی نیاز به توجه خاص به وضع فیزیکی بیمار و تداخلات دارویی دارد (۲۷). بررسی بیماران تحت پیوند از زمان پیش تا پس از عمل پیوند نشان داده است که زمان انتظار برای پیوند از نظر روانشناختی بسیار دشوار است و سلامت روانی می‌تواند بر پیش آگهی کیفیت زندگی، تمکین درمانی و برنتایج درمان موثر واقع شود. در بیش از ۱۷۰۰ بیمار در

در یک مطالعه در آمریکا ۱۰۰ بیمار بزرگ‌تر از ۱۸ سال در لیست انتظار پیوند ریه در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲ از نظر اختلالات روان‌پزشکی و کیفیت زندگی بررسی شدند. بیماران از نظر جنسیت و سن، مدت زمان انتظار برای پیوند و شدت بیماری هیچ تفاوت مهمی نداشتند. بعد از اعلام رضایت جهت همکاری، به بیمار توسط پست یا در زمان مراجعه به کلینیک پرسش‌نامه‌ای که ویژگی‌های روانی-اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کرد توضیح داده شد و پرسش‌نامه در اختیار آن‌ها گذاشته تا تکمیل شده و یا به وسیله پست بازگردانده شود. شرکت کنندگان بعد از این مرحله توسط روانپزشک بر اساس DSM-IV مورد مصاحبه قرار گرفته و از طریق تلفن بواسطه تیم روانشناسی مجدداً مورد ارزیابی روانشناختی قرار می‌گرفتند. اطلاعات عملکرد ریه از پرونده پزشکی بیماران استخراج می‌شد. از پرسش‌نامه‌های ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی و افسردگی بک ۲ بر اساس نسخه چهارم DSM-IV استفاده شد. نتایج نشان داد که ۲۵ نفر (۲۵٪) بیماران حداقل به یکی از اختلالات اضطراب یا خلقی مبتلا بودند که از این تعداد ۲۸٪ (۷ نفر از ۲۵ نفر)، دوبیمار اختلال اضطراب و افسردگی را با هم داشتند. اختلالات وحشت و اضطراب ۶-۷٪ بیماران را شامل می‌شد. داشتن سابقه اختلال افسردگی در ۱۸٪ بیماران دیده شد (۱۷).

در یک مطالعه در سال ۲۰۰۱ میزان اضطراب و افزایش آن در بیماران مبتلا به PTSD به عنوان مهم‌ترین مشکل بیماران در انتظار پیوند در ICU مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ۱۴ تا ۴۴٪ بیماران بستری در ICU این اختلال را تجربه می‌کنند. و بیش از ۲۴٪ تا یک سال پس از پیوند نیز این اختلال را نشان می‌دهند. در نهایت عنوان شده است که افسردگی و اضطراب در زمان پیوند در نتیجه استرس‌های روانشناختی، دارویی ظاهر می‌شود (۵).

یک مطالعه در سال ۲۰۰۱ در روسیه شیوع افسردگی و اضطراب در طول سه سال اول بعد از پیوند قلب را مورد بررسی قرار داده است. تعداد ۱۹۱ نفر در سنین ۱۸ یا بالاتر که تحت پیوند قلب قرار گرفته بودند به منظور بررسی سلامت روان در یک بررسی آینده نگر سه ساله بعد از پیوند وارد مطالعه شدند. شرکت کنندگان برای بررسی نتیجه بعد از پیوند در ماه‌های ۲، ۷، ۱۲ به بیمارستان مراجعه و مصاحبه چهره به چهره می‌شدند. در این پژوهش غیر از مصاحبه به مدت ۱۲ تا ۳۶ ماه بعد از پیوند، از ارزیابی (PTSD) (T) مرتبط با پیوند، اقتباس شده از نسخه میسگان WHO/ADAMHA، ترکیبی از ابزارهای تشخیصی بین‌المللی (CIDI) و تشخیص بر اساس علائم و ضوابط DSM-III-R استفاده شد. نتایج پیگیری در طول سه سال نشان داد که ۲۵٫۵٪ به اختلالات افسردگی اساسی، ۲۰٫۸٪ به اختلال انطباق و سازگاری، ۱۷٫۷٪ به اختلالات اضطرابی، ۱۷٪ به PTSD و ۳۸٫۳٪ به اختلالات دیگر روانی دچار بودند (۲۳).

یک مطالعه در سال ۲۰۰۲ در مورد ارزیابی‌های روانشناختی بیماران کاندید پیوند و مراقبت‌های بعد از پیوند انجام شده است. نتایج نشان داد که قبل از جراحی اختلالات انطباقی، افسردگی و یا اضطراب شیوع

سال ۲۰۰۴ تحت پیوند ریه، ۵۰٪ دچار اختلالات روانپزشکی بودند. بسیاری از مراکز پیوند امروزه بیماران را پیش از عمل، از نظر روانی بررسی کرده و اقدامات درمانی را آغاز می‌کنند. مصاحبه بالینی همراه با ابزارهای سنجش (با توجه به تغییرات خلق، اضطراب، کیفیت زندگی و حمایت اطرافیان) در زمینه بیماران تحت پیوند و خانواده و مراقبین آن‌ها استفاده می‌شوند.

در مطالعه ۱۰۰ بیمار در لیست انتظار پیوند، حداقل ۲۵٪ دچار اختلال خلقی و یا اضطرابی که شایع‌ترین آن‌ها، اختلال پانیک بود و ۲۸٪ از اختلال افسردگی و اضطراب رنج می‌بردند. مطالعات دیگر تا ۴۷٪ شیوع اختلالات روانی را در این گروه گزارش کرده اند که شامل اختلال افسردگی اساسی، اضطراب و اختلال سازگاری بوده است. بیماران دچار فیبروز سیستیک کمتر از سایر بیماران تحت پیوند، اضطراب داشتند و این مربوط به وضعیت روانی آن‌ها قبل از پیوند و سال‌های متمادی زندگی با ناراحتی ریوی مزمن بوده است.

کودکان به دلیل برداشت محدود از چگونگی اثر مراحل پیوند بر زندگیشان، بیشتر از آنچه والدین تصور می‌کنند دچار اختلال روانی می‌شوند و محققین توصیه می‌کنند که مستقیماً از خود کودک در مورد علائم سوال شود (۲۸).

کیفیت زندگی بیماران در لیست انتظار پیوند ریه پایین است. مطالعات نشان می‌دهند که مشاوره تلفنی می‌تواند کیفیت زندگی، خلق و ارتباط با پزشک معالج را بهبود بخشد. در یک مطالعه این روش رفتار درمانی آموزشی بوده است که با توجه به اهداف مد نظر برای بیمار بر اساس سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌شود. همچنین محققین به احتمال ارزشمند بودن گروه درمانی در این بیماران اشاره می‌کنند (۲۹).

در برخی مطالعات عنوان شده است که ارزیابی و بررسی و تشخیص اختلالات روانی حاد و مزمن بیماران پیوند شده و نیز در انتظار پیوند توسط روانپزشکان یک ضرورت است و حتماً جزء برنامه‌های بیماران در نظر گرفته شود (۳۰).

نتایج نشان می‌دهد در بیشتر موارد سلامت فیزیکی و روانی بیماران پس از پیوند بهتر شده است. با این حال توجه به والدین خسته و خانواده این بیماران که همواره تحت فشار روحی قرار داشته اند باید مد نظر باشد و همچنین بر حمایت‌های روانی و اجتماعی آن تاکید شود (۳۱). مطالعات قبلی نشان داده است که بیماری و دیگر مشکلات روانشناختی منجر به نتایج ضعیف درمان، افزایش طول بستری و افزایش میزان استرس بیماران پیوندی می‌گردند (۶).

درمان اختلالات روانپزشکی برای پیشگیری از تاثیر اختلالات خلقی بر روی تبعیت از درمان و مرگ و میر امر بسیار مهمی است. مطالعات گذشته نگر نشان داده است که بسیاری از بیماران پس از انجام عمل

جراحی پیوند، از اختلالات روانپزشکی مانند اختلال افسردگی اساسی رنج می‌برند. میزان اضطراب و افزایش آن در بیمار مبتلا به PTSD مهم‌ترین مشکل بیماران در انتظار پیوند در زمان بستری در ICU است. در حدود ۴۴،۱۴٪ بیماران بستری در ICU این اختلال را تجربه می‌کنند و تقریباً بیش از ۲۴٪ این اختلالات را تا یک سال پس از پیوند نشان می‌دهند. افسردگی و اضطراب در زمان پیوند در نتیجه استرس‌های روانشناختی و مصرف داروهای ایمنونوساپرسیوفاهر می‌شود (۵).

در مطالعه ای دیگر ارتباط معناداری را بین کیفیت خواب و افسردگی - اضطراب در مادران کودکانی که از سیستمیک فیبروزیس و آسم رنج می‌بردند، نشان داده است (۳۲).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر همراه سایر مطالعات نشان داد که بیماران در انتظار پیوند ریه یا قلب از اختلالات روانشناختی شامل شکایت جسمانی، وسواس جبری، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار بدبینانه و انتساب، و روان پریشی رنج می‌کشند. ضروری است که با مشاوره توسط روانپزشکان، بررسی و تشخیص اختلالات روانی حاد و مزمن بیماران پیوند شده و نیز در انتظار پیوند جزء برنامه‌های درمان روتین این دسته از بیماران در نظر گرفته شود خصوصاً در کسانی که درگیر سوء مصرف سیگار و مواد نیز هستند، زیرا مشکلات روانشناختی منجر به نتایج ضعیف درمان، افزایش طول بستری و افزایش میزان استرس و کاهش کیفیت زندگی بیماران پیوندی می‌گردد.

محدودیت های پژوهش

بیماران مطالعه شده محدود به پیوند ریه و قلب در بیمارستان دکتر مسیح می‌باشند و پیوندهای سایر اعضا مطالعه نمی‌شوند.

پیشنهاد پژوهشی

۱. غربالگری بیماران از نظر ابتلا به اختلالات روانشناختی در فواصل معین حین زمان انتظار بیمار برای پیوند و پس از پیوند
۲. ارزیابی تاثیر درمان در پیامدهای پس از پیوند در بیماران.

تشکر و قدردانی

ما از کلیه همکاران در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری به دلیل همیاری شان قدردانی می‌کنیم.

References

1. Olbrisch ME, Benedict Sh M, Ashe K, Levenson JL. Psychological Assessment and Care of Organ Transplant Patients, 2002, 70(3): 771-783.
2. Faucerpol P; Piccionni M; Martinelli R; et al. Antideressive therapies after heart transplantation. *Clinical Heart Transplantation* 2008.
3. Rosenberger E M, Dew, M A, Crone C, DiMartini A. Psychiatric disorders as risk factors for adverse medical outcomes after solid organ transplantation. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 2012, 17 (2): 188-192.
4. Mary MA, DiMartini AF, DeVito Dabbs AJ, Fox KR, Myaskovsky L, Posluszny DM, et al. Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 2012, 34 (2): 127-138.
5. Jones C, Griffiths R, et al. Memory , delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder- related symptoms after intensive care. *Critical care*, 2001: 573-580.
6. Crone CC, Gabriel GM. Treatment of anxiety and depression in transplant patients: Pharmacokinetic considerations. *Clinical Pharmacokinetics*, 2004: 361-394.
7. Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, et al. Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. 2009, *Transplantation*, 87:1497-1504.
8. Hammen C. Stress and depression. *Ann Rev Clin Psychol*, 2005, 1: 293-319.
9. Habibzadeh A, SCL-90 R standard test and the evaluation of the mental health of students 15 to 18 years old in the city of Qom in the academic year 2000-2001. Research projects research council education department of Qom province. 2000.
10. Najarian Davoodi B, Iran. Construction and validation of SCL-25 (short form SCL- 90-R). *Journal of Psychology* summer 2000; 5(2 (18): 136-149.
11. Tazyk Sadiq Ali, Besharat S, Rabii MR, Distribution of disorder among students of Golestan University of medical sciences based on questionnaires SCL-90-R. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* in spring and summer 2005; 7 (1 (sequence 15)): 72-74.
12. Bayani AA, Ashour M, Ghorban Mohammad K. Assessment of the mental health status of teachers in Golestan province using psychological symptom checklist (SCL.90.R) in 2004-2005. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, summer 2007; 9(2 (successive 22)): 39-44.
13. Shapiro PA, Williams DL, Foray AT, Gelman IS, Wukich N, Sciacca R, al. Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation*, 1995, 60: 1462-1466
14. Dew MA, Simmons RG, Roth LH, H. Schulberga HC, Thompsona ME, Armitagea JM and Griffitha BP. Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychol Med*, 1994, 24:929-945.
15. Stillely CS, Dew MA, Stukas AA, Switzer GE, Manzetti JD, Keenan RJ, Griffith BP. Psychological symptom levels and their correlates in lung and heart-lung transplant recipients. *Psychosomatics*, 1999, 40:503-509.
16. Favaro A, Gerosa G, Caforio AL, Volpe B, Rupolo G, Zarneri D, et al. Posttraumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: the relationship with outcome and adherence to medical treatment. *General Hospital Psychiatry*, 2011, 33 (1): 1-7.
17. Parekh PI, Blumenthal JA, Babyak MA, Merrill K, Carney RM, Davis RD, Palmer SM. INSPiRE Investigators. Psychiatric disorder and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Chest*, 2003, 124(5):1682-8.
18. Craven J. Psychiatric aspects of lung transplant. *Can J Psychiatry*. 1990, 35:759-764.
19. Singer HK, Ruchinskas RA, Riley KC, et al. The psychological impact of end-stage lung disease. *Chest*, 2001, 120:1246-1252.
20. Woodman CL, Geistg LJ, Vance S, et al. Psychiatric disorders and survival after lung transplantation. *Psychosomatics*, 1999, 40:293-297
21. Fabrizi A, Pecoraro AM. Organ transplants in children and adolescents: social, emotional, and psychopathological problems. *Minerva Pediatr*, 2006, 58(5): 423-41.
22. Barbour KA, Blumenthal JA, Palmer SM. Psychosocial issues in the assessment and management of patients undergoing lung transplantation. *Chest*, 2006, 129(5): 1367-76.
23. Perez-San G, Martin RO, et al. The Influence of Post-transplant Anxiety on the Long-Term Health of Patients. 2006 ; 2406-2408.

24. Crone C C & Wise T N. Psychiatric aspects of transplantation, II: Preoperative issues. *Critical Care Nurse*, 1999, 19(3): 51-63.
25. Serrano-Ikkos E, Lask B. The psychosocial correlates of transplant survival. *Journal of Cystic Fibrosis*, 2003, 2(1): 49-54.
26. Fung E, Shaw RJ. Pediatric transplant rating instrument- A scale for the pretransplant psychiatric evaluation of pediatric organ transplant recipients. *Pediatric Transplantation*, 2008, 12(1): 57-66.
27. Davison SN. Chronic kidney disease. Psychosocial impact of chronic pain. *Geriatrics*, 2007, 62(2): 17-23.
28. Shemesh E, Annunziato RA, Shneider BL, et al. Parents and children underestimate distress and depression in children who had a transplant. *Pediatric Transplantation*, 2005, 9(5): 673-679.
29. Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, et al. A randomized evaluation of quality of life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 2005, 5(10): 2425-2432.
30. Huffman JC, Popkin MK, Stern TA, et al. Psychiatric considerations in the patient receiving organ transplantation: A clinical case conference. *General Hospital Psychiatry*, 2003, 25(6): 484-491.
31. Spurkland I, Bjorbae T, Hagemo P. Psychosocial functioning in children after transplantation of the heart, and heart and lungs. *Cardiol Young*, 2001; 11(3): 277-84.
32. Safa M, Khalilzadeh S, Talischi F, Alizadeh S. Correlation of anxiety-depression and sleep quality in mothers of children with cystic fibrosis and asthma. *Tanaffos*, 2012; 11(1) :44-48.

Psychological Aspects of Confounding Factors in Patients Undergoing Lung Transplantation and Heart to Masih Daneshvari Hospital

Mitra Safa*- Ghafar Ali Mahmoudi**†- Katayoon Najafizadeh***- Fatemeh Kassem Boroujerdi****-Hamid Reza Khoddami Vishteh*****

* MD, Psychiatrist, Professor of Tuberculosis Research Centre for Clinical & Epidemiology, Institute of Tuberculosis & Lung Diseases, Educational & Research Center of Tuberculosis & Lung Diseases of Masih Daneshvari Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran

** MD, Forensic Medicine Specialist & Poisoning, Associate Professor, Department of Internal, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

*** MD, Lung Subspecialist, Lung Transplantation Research Center, Research Institute for Tuberculosis & Lung Diseases, Research Institute & therapeutic of Tuberculosis & Lung Diseases of Masih Daneshvari Hospital, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Iran

**** Master in Psychology, Chronic Respiratory Disease Research Center, Research Institute for Tuberculosis and Lung Diseases, Educational & Research Center of Tuberculosis & Lung Diseases of Masih Daneshvari Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran

***** MD, General Practitioner, Lung Transplantation Research Center, Research Institute for Tuberculosis & Lung Diseases, Research Institute & therapeutic of Tuberculosis & Lung Diseases of Masih Daneshvari Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran

Abstract

Background: Psychiatric disorders in transplant candidate patients may decrease quality of life of patients and affect the treatment adherence of patients and also post-transplant surgery outcomes. Thus, it is important that transplant candidate patients do not have considerable mood or mental and behavioral disease or they have been under treatment for it, if they had one. Since, there is no study about psychiatric disorders in transplant candidate patients in Masih Daneshvari hospital, current study was done for evaluation of the psychological factors of heart and lung transplant candidate patients in Masih Daneshvari Hospital.

Methods: This cross-sectional-analytical study was conducted in 2012 on 48 patients who were in lung or heart transplant waiting list. Each patient entered to the project after clinical interview and definite diagnosis. Then the mental status of each patient evaluated by psychiatrist according to DSM-IV TR criteria and after informed consent of him or her for cooperation and assurance about confidentiality of information, questionnaires were completed from patients in calm and without stress environment by interviewers. Questionnaires included two parts of demographic information and SCL-90. After collecting questionnaires, data was entered to SPSS-16 computer program and analysis was done.

Findings: 18 patients (38%) were female and 30 (62%) were male. The mean age of patients was 41 ± 13 years. 34 (70%) were married and 19 (40%) were living in Tehran. 21 (49%) were smoker and 8 (19%) used narcotics. In this project the highest scores of psychological disorders were related to hypochondriasis (0.85) and depression (0.78) and lowest score was related to paranoid and reference (0.46). The relation of depression with hypochondriasis, obsession, anxiety and phobia were significant ($P.V=0/004$), ($P.V=0/000$), ($P.V=0/000$), ($P.V=0/076$).

The relation of anxiety with hypochondriasis, obsession, depression and paranoid and reference was significant

($P. V= 0/000$), ($P. V= 0/000$), ($P. V=0/000$), ($P. V=0/000$). The relation of hypochondriasis with phobia was significant ($P. V= 0/007$) and the relation of obsession with paranoid and reference was significant ($P. V= 0/000$). Those who were prominently depressed had highest consumption of narcotics and those who had high scores in interpersonal relationship sensitivity, anxiety and aggression suffered from substance abuse problems less than others. Among smokers, depression and hypochondriasis were most observable disorders and aggression was least observable disorder.

Conclusion: Findings of this study in accordance with results of other studies showed that transplant candidate patients suffer from psychological disorders including depression, anxiety, somatization, obsession- compulsion, interpersonal relationship sensitivity, aggression, phobia, paranoia and reference. It is necessary that evaluation and diagnosis of acute and chronic mental disorders of transplanted patients and also transplant candidate patients considered to be the routine treatment schedules of these patients by consultation with psychiatrist. It is important especially regarding to findings from patients who also had substance abuse (tobacco and other substances) problems. Psychological problems result in poor outcomes of the treatment, increased length of hospitalization, increased stress and reduced quality of life.

Keywords: Psychological Disorders, Lung & Heart Transplant Candidate Patients

Received: 15 Feb 2014

Accepted: 28 Feb 2015

†Correspondence: Faculty of Medicine, the Campus of the University of Medical Sciences, Kmalvand, Khorramabad, Iran

Tel: +989166636948

mahmoudi.gh@lums.ac.ir