

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ÚZKOST A DEPRESI U PACIENTŮ V KONEČNÉM STADIU NEMOCI PŘI HOSPITALIZACI

původní práce

Radka Bužgová¹
Erika Hajnová^{1,2}
David Feltl^{2,3}
Milan Stolička^{1,4}

¹Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

²Onkologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

³Katedra zobrazovacích metod, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

⁴Léčebna Dlouhodobě nemocných Klokočov

Kontaktní adresa:

PhDr. Radka Bužgová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence LF OU
Syllabova 19
700 30 Ostrava
e-mail: radka.buzgova@osu.cz

Zpracováno v rámci projektu NT 13417-4/2012 IGA MZ ČR: Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života.

SOUHRN

Bužgová R, Hajnová E, Feltl D, Stolička M. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci

Cíl: Cílem výzkumu bylo zjistit výskyt úzkosti a deprese u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci a porovnat ji dle typu nemoci. Dále pak zjistit, zda věk, funkční stav pacienta, bolest, kvalita života a nenaplněné potřeby při péči souvisí s výskytem úzkosti a deprese.

Materiál a metoda: Výzkumný soubor tvořilo 349 pacientů v konečném stadiu chronické nemoci (n = 124) nebo s onkologickým onemocněním s ukončenou kurativní léčbou (n = 225) hospitalizovaných ve FN Ostrava. Pro sběr dat byla použita škála hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Pro hodnocení nenaplněných potřeb byl použit dotazník PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative Care) a pro měření kvality života dotazník EORTC QOL-C30. Pro analýzu dat byl použit Wilcoxonův test, Spearmanův korelační koeficient a regresní analýza.

Výsledky: Úzkost (HADS_a ≥ 8) byla zjištěna u 111 (32%) pacientů, deprese (HADS_d ≥ 8) byla zjištěna u 158 (45%) pacientů. Nebyl zjištěn rozdíl v hodnocení úzkosti a deprese u pacientů s onkologickým a chronickým onemocněním. Byla zjištěna souvislost mezi úzkostí, depresí a nižší celkovou kvalitou života, nižší kvalitou života ve všech doménách

SUMMARY

Bužgová R, Hajnová E, Feltl D, Stolička M. Factors influencing anxiety and depression in hospitalized terminal patients

Objective: The aims were to determine anxiety and depression rates in hospitalized terminal patients and compare them based on disease types. Also to find out whether a patient's age, functional status, pain, quality of life and unmet care needs are related to anxiety and depression.

Method: The study group comprised 349 patients staying in the University Hospital Ostrava, either with end-stage chronic disease (n=124) or with cancer in whom curative treatment had been discontinued (n=225). Data were collected using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Unmet needs were assessed with the Patient Needs Assessment in Palliative Care (PNAP) questionnaire and the quality of life with the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) quality of life questionnaire (QLQ-C30). Data analysis was performed using the Wilcoxon test, Spearman's correlation coefficient and regression analysis.

Results: Anxiety (HADS_a≥8) was found in 111 patients (32%) and depression (HADS_d≥8) in 158 (45%) patients. There were no differences in anxiety and depression rates between cancer patients and those with chronic disease. An association was found between anxiety and depression and lower overall quality of life, lower quality of life in all functional

funkční škály, bolestí, a větším počtem nenaplněných potřeb v oblasti fyzické a psychosociální. Prediktorem úzkosti byla zjištěna nižší celková kvalita života, bolest, nenaplněné potřeby v doméně smysl života a smíření a autonomie. Prediktorem deprese byla zjištěna nižší celková kvalita života a nenaplněné potřeby v doméně autonomie.

Závěr: Pro řešení úzkosti a deprese je kromě farmakologické léčby a psychoterapie vhodná také adekvátní léčba bolesti, rozpoznání a saturace potřeb v oblasti fyzické a psychosociální.

Klíčová slova: úzkost, deprese, kvalita života, paliativní péče, onkologie, chronické onemocnění.

scale domains, pain and higher rates of unmet physical and psychosocial needs. The predictors of anxiety were lower overall quality of life, pain, unmet needs in the domains meaning of life and reconciliation and autonomy. The predictors of depression were lower overall quality of life and unmet needs in the autonomy domain.

Conclusion: Anxiety and depression should be managed by adequate pain control and recognizing and satisfying both physical and psychosocial needs.

Key words: anxiety, depression, quality of life, palliative care, oncology, chronic disease.

ÚVOD

Výskyt psychiatrických symptomů, jako je úzkost a deprese, není u pacientů v terminálním stadiu nemoci ojedinělý, přesto mnohdy není stanovena diagnóza.¹ U onkologických pacientů může mít úzkost souvislost s onkologickým onemocněním a jeho léčením, deprese potom souvisí s tělesnými potížemi, závažností nemoci a přítomností bolesti.²

Hotopf³ ve svém systematickém přehledu uvádí 15 studií u pacientů v konečném stadiu nemoci s použitím škály HADS, výskyt úzkosti byl zjištěn od 14 do 66 %. Výskyt úzkosti je zpravidla v publikovaných studiích u onkologických pacientů vyšší než výskyt deprese.^{3,4} Deprese i úzkost mají nepříznivý dopad na kvalitu života,^{5,6,7} možnost rozhodování, distres pečovatелů a riziko sebevraždy.⁵

V ČR, podobně jako v ostatních evropských zemích, je nejčastějším místem úmrtí nemocnice a zařízení dlouhodobé péče. V lůžkových zařízeních akutní, následné a dlouhodobé péče není péče o pacienty v závěru života často adekvátní. Dle zprávy Paliativní péče v ČR v roce 2013⁸ jsou nejčastějšími nedostatky: špatná komunikace s rodinou, nedostatečná léčba bolesti a dalších symptomů, vícelůžkové pokoje, malá pozornost věnovaná psychosociálním a spirituálním aspektům nemoci. Kromě toho může být péče v nemocnici zaměřena pouze na fyzické potřeby, a posun k rozpoznání a řešení psychosociálních a duchovních potřeb, včetně adekvátního podávání informací a vhodné komunikace, je mnohdy problematický.^{9,10}

Typickým modelem poskytování paliativní péče v nemocnici je vytvoření specializovaného multidisciplinárního týmu odborníků, kteří poskytují pomoc, pod-

poru nebo přímou péči, případně odbornou konzultaci zdravotnickým pracovníkům daného oddělení. Jedná se o kombinaci všeobecného a odborného (specializovaného) přístupu, který má zajistit efektivní poskytování paliativní péče v nemocnici.¹¹ Přesto specializované multidisciplinární týmy paliativní péče v mnoha nemocnicích chybí. Součástí multidisciplinárního paliativního týmu by měl být také psycholog, případně psychiatr. Úkolem multidisciplinárního týmu je rozpoznat problémy a potřeby pacientů a následně navrhnout intervence k jejich řešení, a to ve všech oblastech: biologické, psychické, sociální i spirituální. McDowell et al.¹² uvádějí, že existují vědecké důkazy potvrzující, že vyšší míra nenaplněných potřeb při hospitalizaci souvisí s výskytem úzkosti a deprese. Potřeby pacientů v závěru života a psychické prožívání mohou být různé podle typu nemoci.

Hodnocením úzkosti a deprese ve výzkumu v oblasti paliativní péče není v ČR věnováno příliš pozornosti. V pilotní studii grantu IGA MZ ČR provedené v roce 2012 bylo zkoumáno 93 onkologických pacientů s ukončenou kurativní léčbou, ve kterém byla zjištěna pomocí škály HADS deprese u 33 % pacientů a úzkost u 15 %.¹³

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit výskyt úzkosti a deprese u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci a porovnat ji dle typu nemoci. Dále pak zjistit, zda věk, funkční stav pacienta, bolest, kvalita života a nenaplněné potřeby při péči souvisí s výskytem úzkosti a deprese. Zjišťovali jsme také reliabilitu škály HADS v české verzi.

MATERIÁL A METODA

Soubor

Výzkumný soubor tvořilo 349 pacientů v konečném stadiu chronické nemoci (n = 124) nebo s onkologickým onemocněním s ukončenou kurativní léčbou (n = 225) hospitalizovaných ve FN Ostrava. Kritéria výběru zařazení do výzkumného souboru byla: pacient starší 18 let; orientován osobou, místem a časem; onkologické onemocnění s ukončenou kurativní léčbou nebo konečné stadium chronické nemoci (konečná stadia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, polymorbidní „křečci“ geriatrickí pacienti ve fázi nezvratně progredujícího onemocnění a terminální fázi).

Do výzkumného souboru bylo zahrnuto také 93 pacientů z pilotního šetření.¹³ Po provedeném pilotním šetření nedošlo ke změně v metodice výzkumu, proto byl soubor pacientů zahrnut do celkového souboru.

Výzkum byl schválen etickou komisí Fakultní nemocnice Ostrava. Všichni pacienti byli informováni o záměru výzkumu a podepsali informovaný souhlas.

Sběr dat

Pro sběr dat byla použita škála hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci – HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).¹⁴ Obsahuje 14 položek zjišťujících depresi HADS-d (7 otázek) a úzkost HADS-a (7 otázek). Každá položka má čtyři možnosti odpovědí, s možným skórováním 0–3. Celkový počet bodů v každé škále činí 0–21 bodů. Za hraniční bod je považována hodnota 8 pro mírnou depresi/úzkost a hodnota 11 pro jistou depresi/úzkost (11 až 14 – střední; 15 až 21 – vysoká). Vyhodnoceno je také celkové skóre HADS-t, které se pohybuje od 0 do 42 bodů.

Pro hodnocení nenaplněných potřeb byl použit dotazník PNAP (Patient Needs Assessment in Palliative Care),¹⁵ který obsahuje 40 položek sdružených do 7 domén: fyzické symptomy (12 otázek), sociální oblast (6 otázek), respekt a podpora zdravotnických pracovníků (5 otázek), smysl života a smíření (6 otázek), autonomie (7 otázek), možnost sdílení emocí (2 otázky), religiozní potřeby (2 otázky). V oblasti důležitosti potřeb odpovídají respondenti na škále 1 (vůbec ne) až 5 (velmi důležitá). Respondenti, kteří danou potřebu označí za důležitou nebo velmi důležitou (číslo 4–5), hodnotí, zda byla naplněna na škále 1 (vůbec ne) až 5 (ano, velmi). Za nenaplněné potřeby (nedostatečně saturované) jsou považovány ty potřeby, které respondent určí jako důležité (číslo 4–5) a současně nenaplněné (číslo 1–2). Doménové skóre se pohybuje v rozmezí 0–100. Vyšší číslo ve škále důležitosti znamená větší důležitost potřeb v dané doméně. Vyšší číslo ve škále naplněnosti znamená větší spokojenost se saturací potřeb v dané doméně.

Pro měření kvality života byl použit dotazník EORTC QOL-C30 vytvořený odbornou skupinou Evropské organizace pro výzkum kvality života u onkologicky nemocných.¹⁶ Dotazník je uveden v české verzi. Obsahuje 28 otázek sdružených do následujících oblastí: funkční škála (14

otázek), symptomatická škála (13 otázek) a 2 samostatné otázky hodnotící celkový zdravotní stav nemocného a celkovou kvalitu života. Pro účely tohoto článku jsou uvedeny výsledky funkční škály, která zahrnuje tyto domény: fyzické funkce, rolové funkce, emocionální funkce, kognitivní funkce a sociální funkce. Ze symptomatické škály byla použita doména bolest. Respondenti odpovídají na škále 1 (vůbec ne) až 4 (velmi). Dotazník EORTC QOL – C30 byl vyhodnocen dle manuálu.¹⁶ Doménové skóre kvality života se pohybuje v rozpětí od 0 do 100. Vyšší číslo u celkového hodnocení kvality života a u funkční škály znamená lepší hodnocení kvality života.

Funkční stav pacienta byl hodnocen pomocí Karnofského skóre, které se pohybuje od 0 (smrt) do 100 (normální stav).¹⁷

Analýza dat

Pro analýzu dat byl použit program Stata v. 10. Výsledky byly zpracovány popisnou statistikou (četnost, aritmetický průměr, směrodatná odchylka SD, medián, variační rozpětí). Pro hodnocení rozdílů v úzkosti a depresi podle typu nemoci pacienta a podle počtu nenaplněných potřeb byl použit Wilcoxonův neparametrický test. Pro hodnocení souvislosti mezi jednotlivými proměnnými byl použit Spearmanův korelační koeficient a regresní analýza. Pro hodnocení vnitřní konzistence škály HADS bylo použito Cronbachovo alfa. Všechny statistické testy byly hodnoceny na hladině statistické významnosti 5 %.

VÝSLEDKY

Výzkumný soubor tvořilo 349 pacientů, z nichž bylo 172 mužů (49 %) a 177 žen (51 %). Průměrný věk pacientů činil 68,1 roku (SD = 12,8). Nejvíce pacientů bylo ženatých/vdaných (162; 46 %), dále ovdovělých (116; 33 %), rozvedených (56; 16 %) a svobodných (15; 4 %). 175 (50 %) pacientů žije s životním partnerem, 104 (30 %) pacientů žije samo v domácím prostředí, 50 (14 %) s dětmi, 12 (3 %) s jiným příbuzným a 8 (2 %) v institucionální péči. Většina respondentů (311; 89 %) má děti. Více než polovina (192; 55 %) pacientů se nehlásí k žádné náboženské víře, 153 (44 %) uvedlo křesťanství a 4 (1 %) pacienti uvedli Svědky Jehovovy.

S onkologickou diagnózou bylo 225 (64 %) pacientů, nejčastěji se zhoubným nádorem úst, hltanu a trávicího ústrojí (24 %), ženských pohlavních orgánů a prsu (19 %) a dýchacích orgánů (16 %). V konečném stadiu chronické nemoci bylo 124 (36 %) pacientů, nejčastěji polymorbidní křečci senioři (39 %) a pacienti s chronickým srdečním selháním (35 %). Průměrné Karnofského skóre bylo zjištěno 45,8 (SD = 11,5). Karnofského skóre < 45 bylo zjištěno u 178 (51 %) pacientů. 171 (49 %) pacientů mělo Karnofského skóre 50–60.

Úzkost (HADSa ≥ 8) byla zjištěna u 111 (31,8 %) pacientů. Deprese (HADSd ≥ 8) byla zjištěna u 158 (45,3 %) pacientů. Častěji byla deprese i úzkost zjištěna u pacientů s onkologickým onemocněním (tab. 1). Neparametrickým Wilcoxonovým testem však nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v hodnocení úzkosti (z = 0,060;

Tab. 1. Hodnocení úzkosti a deprese pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci

	Onkologické onemocnění (n = 225)	Chronické onemocnění (n = 124)	Celkem (n = 349)
Deprese			
normální (< 7)	118 (52,4)	73 (58,9)	191 (54,7)
nízká (8–10)	57 (25,3)	27 (21,8)	84 (24,1)
střední (11–14)	41 (18,2)	20 (16,1)	61 (17,5)
vyšoká (15–21)	9 (4,1)	4 (3,2)	13 (3,7)
ar. průměr (s)	7,2 (4,1)	6,7 (4,0)	7,1 (4,1)
min.–max.	0–19	0–21	0–21
Úzkost			
normální (< 7)	149 (66,2)	89 (71,8)	238 (68,2)
nízká (8–10)	44 (19,6)	11 (8,9)	55 (15,7)
střední (11–14)	25 (11,1)	20 (16,1)	45 (12,9)
vyšoká (15–21)	7 (3,1)	4 (3,2)	11 (3,2)
ar. průměr (s)	6,1 (3,9)	5,9 (4,1)	6,0 (3,9)
min.–max.	0–18	0–19	0–19

$p = 0,9523$) ani deprese ($z = 1,141$; $p = 0,2527$) u pacientů s chronickým a onkologickým onemocněním.

Reliabilita škály HADS

Pro obě škály HADS v české verzi byla zjištěna dobrá reliabilita ($\alpha > 0,7$). Pro škálu úzkosti HADS-a bylo zjištěno Cronbachovo alfa 0,82 a pro škálu deprese HADS-d 0,80.

Korelace mezi HADS a vybranými faktory

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byla zjištěna souvislost mezi úzkostí, depresí a nižší celkovou kvalitou života, nižší kvalitou života ve všech doménách funkční škály, bolesti, a větším počtem nenaplněných potřeb v oblasti fyzické a psychosociální. Dále byla zjištěna souvislost mezi úzkostí a horším funkčním stavem pacienta

Tab. 2. Korelace mezi HADS a vybranými faktory

	Úzkost		Deprese		T skóre	
	r	p	r	p	r	p
Deprese	0,531	< 0,000	–		0,877	< 0,000
Úzkost	–		0,531	< 0,000	0,863	< 0,000
Karnofského skóre	–0,121	0,024	–0,058	0,286	–0,084	0,119
Věk	–0,060	0,261	0,057	0,294	–0,005	0,926
Kvalita života EORTC QLQ						
Celková kvalita života	–0,333	< 0,000	–0,364	< 0,000	–0,396	< 0,000
Fyzické funkce	–0,290	< 0,000	–0,414	< 0,000	–0,403	< 0,000
Emocionální funkce	–0,664	< 0,000	–0,370	< 0,000	–0,578	< 0,000
Kognitivní funkce	–0,419	< 0,000	–0,413	< 0,000	–0,472	< 0,000
Rolová funkce	–0,308	< 0,000	–0,395	< 0,000	–0,392	< 0,000
Sociální funkce	–0,365	< 0,000	–0,330	< 0,000	–0,394	< 0,000
Bolest	0,319	< 0,000	0,262	< 0,000	0,326	< 0,000
Nenaplněné potřeby PNAP						
Fyzické symptomy	–0,225	< 0,000	–0,290	< 0,000	–0,290	< 0,000
Sociální oblast	–0,186	0,012	–0,292	< 0,000	–0,253	< 0,000
Respekt a podpora ZP	–0,178	0,014	–0,150	0,034	–0,180	0,045
Smysl života a smíření	–0,438	< 0,000	–0,429	< 0,000	–0,435	< 0,000
Autonomie	–0,231	< 0,000	–0,362	< 0,000	–0,295	< 0,000
Možnost sdílení emocí	–0,180	0,023	–0,178	0,034	–0,177	0,044
Religiózní potřeby	0,189	0,149	–0,136	0,305	0,038	0,773

Pozn.: r – Pearsonův korelační koeficient

Tab. 3. Rozdíl v hodnocení úzkosti podle počtu nenaplněných potřeb v jednotlivých doménách

Domény nenaplněných potřeb:	Doménové skóre < 50			Doménové skóre ≥ 50			z	p
	průměr	medián	min.–max.	průměr	medián	min.–max.		
Fyzické symptomy	7,6	7	0–19	5,7	5	0–18	3,072	0,002
Sociální oblast	7,1	6	1–15	7,9	5	0–19	2,265	0,024
Respekt a podpora ZP	10,4	11	0–17	5,9	5	0–19	3,311	0,001
Smysl života a smíření	9,7	10	1–19	5,3	4,5	0–16	7,130	< 0,001
Autonomie	7,4	6	1–17	5,8	5	0–19	2,087	0,037
Sdílení emocí	8,4	7	1–19	6,8	6	0–18	1,990	0,047
Religiózní potřeby	5,3	4,5	1–13	7,5	6	1–18	1,835	0,067

Tab. 4. Rozdíl v hodnocení deprese podle počtu nenaplněných potřeb v jednotlivých doménách

Domény nenaplněných potřeb:	Doménové skóre < 50			Doménové skóre ≥ 50			z	p
	průměr	medián	min.–max.	průměr	medián	min.–max.		
Fyzické symptomy	8,8	9	1–21	6,6	6	0–19	3,722	< 0,001
Sociální oblast	9,7	10	1–18	6,6	6	0–21	4,635	< 0,001
Respekt a podpora ZP	11,3	11,5	1–21	6,9	7	0–19	2,703	0,007
Smysl života a smíření	10,2	10	1–21	6,3	6	0–19	6,487	< 0,001
Autonomie	9,9	10	1–21	6,5	6	0–19	4,636	< 0,001
Sdílení emocí	8,5	8,5	0–20	7,1	7	0–17	1,453	0,146
Religiózní potřeby	7,4	7,5	2–14	7,3	7	0–16	0,194	0,546

Tab. 5. Výsledky regresní analýzy

Kvalita života Nenaplněné potřeby	Úzkost		Deprese		T skóre	
	beta	p	beta	p	beta	p
Celková kvalita života	-0,063	0,001	-0,056	0,004	-0,121	0,000
EORTC QLQ – Bolest	0,021	0,042	0,000	0,987	0,021	0,214
Fyzické symptomy	-0,008	0,700	-0,035	0,120	-0,041	0,235
Sociální oblast	0,008	0,766	-0,030	0,265	-0,024	0,563
Respekt a podpora ZP	-0,028	0,186	-0,010	0,670	-0,037	0,298
Smysl života a smíření	-0,133	0,000	-0,035	0,134	-0,167	0,000
Autonomie	0,063	0,031	-0,071	0,021	-0,082	0,003
Sdílení emocí	-0,001	0,951	0,005	0,676	0,005	0,802
Constant	16,349	0,000	22,632	0,000	38,895	0,000

(tab. 2). Nebyla zjištěna souvislost mezi úzkostí, depresí a věkem pacienta.

Souvislost mezi mírou nenaplněných potřeb a úzkostí a depresí

Souvislost mezi mírou úzkosti a deprese a nenaplněnými potřebami jsme zjišťovali také pomocí Wilcoxonova testu (tab. 3 a 4). Pacienti byli rozděleni do dvou skupin a to: 1. pacienti s větším počtem nenaplněných potřeb (doménové skóre < 50) a pacienti s menším počtem nenaplně-

ných potřeb (doménové skóre ≥ 50). Vyšší míra deprese i úzkosti byla zjištěna u pacientů s větším počtem nenaplněných potřeb v doméně fyzické symptomy, sociální oblast, respekt a podpora ZP, smysl života a smíření a autonomie. Vyšší míra úzkosti byla zjištěna také u pacientů s větším počtem nenaplněných potřeb v doméně sdílení emocí.

Regresní analýza

Na základě regresní analýzy bylo zjištěno, že prediktorem úzkosti je nižší celková kvalita života, bolest, nenaplněné potřeby v doméně smysl života a smíření a autonomie. Prediktorem deprese byla zjištěna nižší celková kvalita života a nenaplněné potřeby v doméně autonomie (tab. 5).

DISKUSE

V péči o umírající pacienty v nemocnici by měl být kladen důraz také na psychosociální pohodu pacienta a léčbu psychiatrických symptomů. Boleloucký² uvádí depresi asi u čtvrtiny hospitalizovaných onkologických pacientů. Raudenská a Javůrková¹⁸ uvádějí depresi v jakékoli fázi onkologického onemocnění u 40–50 % pacientů, Lloydová-Williamsová¹ uvádí 3–50 %. V našem výzkumu byla zjištěna deprese u 45 % pacientů. Častěji byla deprese zjištěna u pacientů s onkologickým onemocněním, rozdíl však nebyl statisticky významný. Potřeba psychologické péče u pacientů umírajících na chronické onemocnění je stejná jako u onkologic-

kých pacientů.¹ Pro hodnocení úzkosti a deprese jsme použili škálu HADS, která je běžně používanou škálou pro hodnocení deprese a úzkosti u pacientů s nádorovým onemocněním.¹⁹ Je akceptována jako klinický nástroj pro široké použití ve výzkumu i praxi, a to také v oblasti paliativní péče nebo u pacientů v pokročilém stadiu onkologického onemocnění.^{20,21} V našem výzkumu byla prokázána dobrá reliabilita HADS v české verzi ($\alpha > 0,7$) ve škále úzkosti i deprese. Reliabilitu škály HADS v anglické verzi publikovali Woolrich et al.²² a Martin et al.²³ Mitchell et al.²⁴ upozorňují na základě metaanalýzy na silné i slabé stránky této škály, doporučují zařadit HADS do screeningového programu u pacientů v konečném stadiu nemoci, ale ne jako diagnostický nástroj. Dotazník HADS v paliativní péči může pomoci identifikovat pacienty pro další psychologickou či psychiatrickou péči²⁰ a pro další vyšetření a případné stanovení diagnózy. Raudenská a Javůrková¹⁸ doporučují použít pro diagnostiku deprese v terminálním stadiu onkologického onemocnění sebehodnotící Beckovu, Zungovu nebo Hamiltonovu škálu deprese a škálu Montgomeryho a Asbergové. Někteří autoři upozorňují na to, že u pacientů v pokročilém stadiu nemoci jsou tělesné symptomy, včetně anorexie, ztráty chuti a nedostatku energie, součástí procesu umírání, a tudíž sporné pro diagnostiku deprese, a proto navrhuji vyřazení těchto kritérií z diagnostiky deprese.¹ Výhodou škály HADS je, že somatické symptomy neposuzuje.

V našem výzkumu byla prokázána souvislost mezi depresí, úzkostí a nižší kvalitou života, bolestí a horší úrovní fyzických funkcí. To potvrzuje výsledky již provedených studií, kdy byla potvrzena vyšší úzkost a deprese u pacientů s větší bolestí,⁷ s větší frekvencí a intenzitou fyzických symptomů^{4,21,25} a nižší kvalitou života.^{5,6,7,26} Z tohoto důvodu doporučují Warmenhoven et al.²¹ použití dotazníku HADS v paliativní péči pro odhalení zátěže z fyzických symptomů. Lloydová-Williams¹ předpokládá depresi u pacientů, u kterých nezabírají žádná analgetika a jejichž symptomy nejsou nikdy plně potlačeny.

Přestože v souboru byli zastoupeni pacienti s různým věkem, nezjistili jsme souvislost mezi HADS a věkem, jak uvádějí Austin et al.²⁷ Potvrdila se však souvislost mezi úzkostí, depresí a nenaplněnými potřebami v oblasti fyzické i psychosociální, které pacienti považovali za důležité. Zavádění principů paliativní péče v nemocnicích a důraz na zjišťování hodnot, potřeb a preferencí pacientů v konečném stadiu nemoci a následné intervence mohou přispět k větší emocionální pohodě umírajících pacientů.

Limitace studie

Limitem studie je heterogenita výzkumného souboru. Dvě třetiny výzkumného souboru tvoří pacienti s onkologickým onemocněním s různým typem nádoru. Zbývající část tvoří pacienti s několika typy chronického onemocnění. Z důvodu nízkého počtu pacientů v jednotlivých podskupinách nelze provést porovnání mezi jednotlivými skupinami nemoci. Z tohoto důvodu jsou porovnány pouze dvě velké nehomogenní skupiny, a to pacienti s chronickým a onkologickým onemocněním. Společným kritériem pro onkologické pacienty byla ukončená kurativní léčba a společným kritériem pro pacienty s chronickým onemocněním fáze nezvratně progresujícího onemocnění nebo terminální fáze.

ZÁVĚR

Hodnocení úzkosti a deprese u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci je nezbytné pro poskytování komplexní paliativní péče, zejména z toho důvodu, že úzkost a deprese přispívá k nižší kvalitě života pacientů. Důraz na kvalitu života pacientů je jedním z prioritních principů paliativní péče.²⁸ Škála HADS může být použita jako nástroj pro identifikaci pacientů vhodných pro další psychologickou či psychiatrickou péči. Administraci použití této škály mohou zajistit i pracovníci nelékařských profesí, např. všeobecné sestry. Pro osobní pohodu pacienta (well-being) je nutné také zjištění pro něho důležitých a preferovaných potřeb a následné intervence.

LITERATURA

- Lloydová-Williams M. Emoce a kognice. Psychologické aspekty péče. In: Payneová S, Seymourová J, Ingletonová C (eds). Principy a praxe paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu; 2007: 317–330.
- Boleloucký Z. Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní péči. In: Vorlíček J, Adam Z (eds). Paliativní medicína. Praha: Grada; 1998: 307–356.
- Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J et al. Depression in advanced disease: a systematic review. Palliat Med 2002; 16 (2): 81–97.
- Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. Support Care Cancer 2009; 17 (5): 573–579.
- Castelli L, Binaschi L, Caldera P et al. Fast Screening of depression in cancer patients: the effectiveness of the HADS. Eur J Cancer Care 2010; 20 (4): 528–533.
- Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. Palliat Med 2013; 17 (6): 509–513.
- Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E et al. Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer. Int J Palliat Nurs 2004; 10 (10): 476–483.
- Sláma O, Kabelka L, Špinková M. Paliativní péče v ČR v roce 2013. Perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. Praha a Brno; 2013.
- Parish K, Glaetzer K, Grbich Z. Dying for attention: palliative care in the acute setting. Aust J Adv Nurs 2006; 24 (2): 21–25.
- Desmedt MS, de la Ketthule YL, Deveuquele MI et al. Palliative inpatients in general hospitals: a one day obser-

- vational study in Belgium. *BMC Palliative Care* 2011; 10 (2): 1–8.
11. Milligan, S. Optimizing palliative and end of life care in hospital. *Nursing standard* 2012; 26 (41): 48–56.
 12. McDowell ME, Occhipinti, S., Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psycho-oncology* 2010; 19 (5): 508–516.
 13. Bužgová R, Hajnová E, Feltl D. Výskyt úzkosti a deprese u pacientů v paliativní péči při hospitalizaci na onkologickém oddělení: pilotní studie. *Psychiatrie* 2013; 17 (3): 117–121.
 14. Zigmond A, Snaith P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psych Scand* 1983; 67 (6): 361–370.
 15. Bužgová R, Zeleníková R. Vytvoření měřicího nástroje pro hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života: Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči (PNAP). *Ošetřovatelství a porodní asistence* 2012; 3 (2): 404–414.
 16. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K et al. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. 3rd ed. Brussels: EORTC Quality of life Group; 2001.
 17. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF et al. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1978; 1: 634–656.
 18. Raudenská J, Javůrková A. Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stadiu onemocnění. *Paliat Med Liec Bolesti* 2011; 4 (1): 12–15.
 19. Néron S, Correa JA, Dajezman E et al. Screening for depressive symptoms in patients with unresectable lung cancer. *Support Care Cancer* 2007; 15 (10): 1207–1212.
 20. Holtom N, Barraclough J. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care? *Palliat Med* 2000; 14 (3): 219–220.
 21. Warmenhoven F, Well Ch, Vissers K et al. Screening Instruments for Depression in Advanced Cancer Patients: What do we actually measure? *Pain Practice* 2013; 13 (6): 467–475.
 22. Woolrich RA, Kennedy P, Tasiemski T. A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, health & Medicine* 2006; 11 (1): 80–90.
 23. Martin CR, Tweed AE, Metcalfe MS. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease. *Br J Clin Psychiatry*. 2004; 43: 51–64.
 24. Mitchel AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2010; 126 (3): 335–48.
 25. Teunissen SCCM, Graeff A, Voest EE. Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliat Med* 2007; 21 (4): 341–346.
 26. Grassi L, Indelli M, Mazola M et al. Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12 (5): 300–307.
 27. Austin P, Wiley S, McEvoy PM et al. Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. *Palliat Support Care* 2011; 9 (4): 393–400.
 28. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care, Strasbourg, 2003.

Felix Irmiš

STRES MEZI LÉKAŘEM, PACIENTEM A ZDRAVOU OSOBOU

Příklady, příčiny, psychosomatika, etika



Komunikace mezi lékařem, pacientem a zdravým člověkem se při důrazu na pomocné objektivní diagnostické metody spíše zhoršuje. Není vždy přímý vztah mezi laboratorními hodnotami, klinickým stavem a subjektivními potížemi, jejichž průběh a intenzita se podrobně nemusí sledovat. Pohled vědecký, stanovisko praktické medicíny a individuální zkušenost pacienta se mohou lišit, což může vyvolávat stresové situace. Ty jsou závislé též na osobnosti lékaře i pacienta, emocích, temperamentu, poruchách informace, různých interpretacích výsledků, na neznalosti přesné diagnózy

a individuální reakce pacienta na nemoc a léčbu, etice, neznalosti životního příběhu pacienta a jeho sociálního prostředí aj. Práce uvádí řadu příkladů zátěžových situací a stresových výroků mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou. Hledá příčiny uvedených nedostatků a upozorňuje na často méně podrobný rozbor dynamiky nemoci. Monografie rozebírá též spirituální (duchovní) přístup v psychosomatické medicíně z biopsychosociálního pohledu a popisuje význam spirituality pro hledání smyslu života pacienta, adaptaci, humanitu, etiku a zlepšení vztahu lékař–pacient.

250 Kč, Galén, první vydání, 139 stran, černobíle, 155 × 225 mm, brožované

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: objednavky@galen.cz
Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lípová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115