

## Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα υπό χημειοθεραπεία. Αξιολόγηση με τη Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης HADS

Καραπούλιος Δημήτριος<sup>1</sup>, Γκέτσιος Ιωάννης<sup>2</sup>, Ρίζου Βικτωρία<sup>3</sup>, Τσικλιτάρα Άννα<sup>4</sup>, Κωστοπούλου Στεφανία<sup>5</sup>, Μπαλοδήμου Χρυσάνθη<sup>6</sup>, Μάργαρη Νικολέττα<sup>7</sup>

1. Γενικός Ιατρός, Κέντρο Υγείας Λιτοχώρου
2. Επισκέπτης Υγείας, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Σισμανόγλειο
3. Γενική Ιατρός, ΚΥ Αρμενίου
4. Νοσηλεύτρια, Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Φθιώτιδας
5. Επισκέπτρια υγείας, MSc, Περιφερειακή Ενότητα Τρικάλων
6. Φοιτήτρια Ιατρικής, Παν/μιο Ιωαννίνων
7. Καθηγήτρια Εφαρμογών Νοσηλευτικής Α' ΤΕΙ Αθήνας

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος και ειδικότερα ο καρκίνος πνεύμονα, ο οποίος αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου παγκοσμίως, αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας για τις ανεπτυγμένες χώρες. Εκτός από τα αμιγώς σωματικά προβλήματα, υψηλός είναι και ο επιπολασμός της ψυχολογικής νοσηρότητας.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του επιπολασμού δύο βασικών ψυχικών διαταραχών, του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Εκατόν είκοσι οκτώ ασθενείς (128) επαρχιακού νοσοκομείου συμπλήρωσαν ανώνυμα τη «Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης» (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS). Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p < 0,05$ .

**Αποτελέσματα:** Το 55,5% του δείγματος ήταν άνδρες. Ποσοστό  $< 10\%$  των ασθενών είχε παρουσιάσει πολύ σοβαρές επιπλοκές. Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης ήταν 18%, ενώ του άγχους 10% επί του δείγματος. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην κατάθλιψη και το φύλο ( $p=0,035$ ) και τις επιπλοκές του πεπτικού συστήματος και του άγχους ( $p=0,002$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Το φύλο και οι επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα φαίνονται να σχετίζονται με τις ψυχολογικές διαταραχές.

**Λέξεις Κλειδιά:** Καρκίνος πνεύμονα, κατάθλιψη, άγχος, επιπλοκές.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Μάργαρη Νικολέττα, Αθήνα, e-mail: nkmarg@yahoo.gr

### Anxiety and depression in patients with lung cancer under chemotherapy. Assessment with the Hospital Anxiety and Depression Scale

Karapoulios Dimitrios<sup>1</sup>, Getsios Ioannis<sup>2</sup>, Rizou Viktoria<sup>3</sup>, Tsiklitaras Anna<sup>4</sup>, Kostopoulou Stefania<sup>5</sup>, Balodimou Chrysanthi<sup>6</sup>, Margari Nikolettta<sup>7</sup>

1. MD Health Centre Litochorou
2. Health Visitor, MSc, General Hospital "Sismanogleio"
3. MD, KY Armeniou
4. RN, Hospital for Chronic Diseases Fthiotida
5. Health Visitor, MSc, Regional Unit Trikala
6. Medical student, University of Ioannina
7. Laboratory Instructor, Department of Nursing A', Technological Educational Institute (T.E.I.), Athens, Greece



## ABSTRACT

Cancer and particularly lung cancer, which is the most prevalent form of cancer worldwide, constitute a major health problem in developed countries. Beyond physical problems, the prevalence of psychiatric morbidity is also high.

**Aim:** To investigate the prevalence of two major psychological disorders, anxiety and depression in patients with lung cancer.

**Materials and Methods:** One hundred and twenty eight (128) patients of a provincial general hospital filled in the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Descriptive and analytic statistics was performed. SPSS 17.0 was used for analysis. Statistical significance was set at  $p < 0.05$ .

**Results:** Males were 55.5 % of the sample. Less than 10 % had severe complications. The estimation of depression in the sample was 18%, while anxiety was estimated at 10% of the sample. Statistically significant differences were observed between depression and gender ( $p=0.035$ ) and anxiety and alimentary system complications ( $p=0.002$ ).

**Conclusion:** Patients suffering from lung cancer exhibit high levels of anxiety and depression. Gender and alimentary tract complications seem to associate with psychological disorders.

**Keywords:** Lung cancer, depression, anxiety, complications.

**Corresponding Author:** *Margari Nikoletta, Athens, e-mail: nkmarg@yahoo.gr*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας για τις ανεπτυγμένες χώρες και ευθύνεται για το 13% όλων των θανάτων παγκοσμίως.<sup>1</sup> Ο καρκίνος του πνεύμονα ειδικότερα, είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο και για τα δύο φύλα στις ΗΠΑ. Υπολογίζεται ότι το 2009 (το πιο πρόσφατο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία) 205.974 άτομα διαγνώστηκαν στις ΗΠΑ με καρκίνο του πνεύμονα ενώ 158.081 άτομα κατέληξαν από τη νόσο.<sup>2</sup>

Ο καρκίνος επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή. Σωματικά, επέρχεται η σταδιακή εξασθένηση λόγω της κακοήθειας, αλλά και των παρενεργειών της ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης. Οι ανεπιθύμητες συνέπειες για τους ασθενείς είναι η σκέψη ότι θα προσέλθουν για νέο σχήμα χημειοθεραπείας, ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, οι παρεμβατικές πράξεις, οι επιπτώσεις στην

οικογένεια ή στον σύντροφο, οι επιπτώσεις στη δουλειά, το σχολείο ή σε ασχολίες στο σπίτι, το άγχος ή η υπερένταση, ο φόβος, η κατάθλιψη, η κατάπτωση. Οι σωματικές αλλαγές και η γνώση του ασθενή για τη νόσο και τον επερχόμενο θάνατο έχουν άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό του, με αποτέλεσμα αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών διαταραχών. Η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ασθενείς στους οποίους τίθεται για πρώτη φορά η διάγνωση του καρκίνου, είναι υψηλή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Παρότι μειώνεται τα επόμενα χρόνια, εντούτοις παραμένει σημαντικά υψηλότερη του γενικού πληθυσμού για τα σύνολο σχεδόν των καρκίνων, είτε πρόκειται για ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους, είτε για σχετιζόμενους με το κάπνισμα, είτε για ιογενείς.<sup>3</sup> Ο καρκίνος του πνεύμονα ιδιαίτερα συνδυάζεται με υψηλά ποσοστά κατάθλιψης,

που σε προχωρημένα στάδια αφορούν περισσότερους από τους μισούς πάσχοντες.<sup>3,4</sup> Η κατάθλιψη επιβαρύνει την πρόγνωση στους ασθενείς με καρκίνο. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θανάτου σε ασθενείς που δηλώνουν ότι έχουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με άλλους. Στη μελέτη των Satin και συν, οι ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία είχαν έως και 25% ψηλότερα ποσοστά θανάτου, ενώ σε καρκινοπαθείς ασθενείς στους οποίους είχε ήδη διαγνωσθεί ήπια ή σοβαρή κατάθλιψη, η θνητότητα ήταν 39% υψηλότερη σε σχέση με καρκινοπαθείς ασθενείς που δεν είχαν οποιαδήποτε σύμπτωμα κατάθλιψης. Τα αυξημένα ποσοστά θανάτων λόγω κατάθλιψης παρέμεναν ακόμη και μετά από το συνυπολογισμό των άλλων κλινικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν την επιβίωση των καρκινοπαθών ασθενών.<sup>5</sup> Η καταπόνηση του ασθενούς και η στέρηση απολύτως βασικών λειτουργιών του εκλαμβάνονται ως σήμα τελικού σταδίου και πλήττουν την ποιότητα της ζωής του. Άλλοι βιολογικοί παράγοντες, που σχετίζονται επίσης με τη θεραπεία μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση και την επιδείνωση των ψυχολογικών διαταραχών.<sup>6,7</sup> Αναμφισβήτητα ο καρκίνος έχει επιπτώσεις στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο αλλά και στο στενό οικογενειακό περιβάλλον. Το 1/3 των καρκινοπαθών έχει ανάγκη παροχής

υπηρεσιών όπως η μετακίνηση, προσωπική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα για την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Η κακή φυσική κατάσταση, η ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών και το χαμηλό εισόδημα σχετίζονται με την αυξημένη ανάγκη παροχής υπηρεσιών. Επίσης ασθενείς με ουσιαστικά προβλήματα καθημερινής φροντίδας συνηθέστερα έχουν οικονομικές δυσχέρειες πληρώνοντας το 10% του εισοδήματος για υγειονομική φροντίδα. Είναι υποχρεωμένοι να καταφεύγουν στα δάνεια ή να χρησιμοποιούν τις αποταμιεύσεις τους.<sup>8</sup>

Οι προσπάθειες για τον ακριβή προσδιορισμό της κατάθλιψης στους καρκινοπαθείς περιλαμβάνουν διαφορετικές διαγνωστικές προσεγγίσεις και τρόπους αξιολόγησης και τη θέσπιση διαγνωστικών κριτηρίων.<sup>9,10</sup> Οι ιατροί τείνουν να υπο- ή υπερ-εκτιμούν τα συμπτώματα που αναφέρουν οι ασθενείς. Προκειμένου να παρακαμφθεί αυτό το μειονέκτημα στην αξιολόγηση των ασθενών, έχουν επινοηθεί κανονικοποιημένα συστήματα βαθμονόμησης. Δυστυχώς, η όλη αυτή μεθοδολογία επηρεάζει τα συμπεράσματα, καθιστώντας επιφυλακτική την τελική διάγνωση, ενώ στους συγχυτικούς παράγοντες έρχονται να προστεθούν τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, το είδος και το στάδιο της νόσου και οι νοσηλείες του. Σήμερα, η μαρτυρία των ίδιων των ασθενών θεωρείται απαραίτητη για τη σωστή καταγραφή της συχνότητας των σωματικών



και ψυχολογικών τους προβλημάτων, την οριστική διάγνωση και αντιμετώπιση.<sup>9</sup>

Για τη διερεύνηση του βαθμού κατάθλιψης και άγχους των ασθενών έχουν δημιουργηθεί ερωτηματολόγια και κλίμακες για την όσο το δυνατόν καλύτερη προσέγγιση της αλήθειας. Ωστόσο, πολλές φορές οι κλινικοί ιατροί, οι συγγενείς και οι επαγγελματίες υγείας συνολικά δεν μπορούν να δεχθούν τη χρήση κλιμάκων υπολογισμού ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων λόγω παραγόντων, όπως της αντίληψης ότι η κατάθλιψη είναι η φυσιολογική αντίδραση στην «επάρατη νόσο» και επομένως δεν δύναται να αντιμετωπιστεί καθώς και ότι δεν είναι ρεαλιστικά μετρήσιμη.<sup>11-13</sup> Η συμπλήρωση πάντως των ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους ασθενείς αποκαλύπτει πολύ περισσότερα προβλήματα, από αυτά που ανιχνεύονται από τους ιατρούς, σε ποσοστά που φθάνουν το 78% και τα ευρήματα δείχνουν την αναγκαιότητα ψυχολογικών παρεμβάσεων.<sup>14</sup>

Η πρόληψη και θεραπεία της ψυχολογικής νοσηρότητας σε καρκινοπαθείς καθώς και η αναγνώριση πασχόντων με πιθανές ψυχικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσει στην εφαρμογή συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Η αδυναμία αναγνώρισης και εκτίμησης της συνοσηρότητας ψυχιατρικών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπτώσεις, όπως αδυναμία στη συμμόρφωση με τη θεραπευτική παρέμβαση. Ένα από τα

ζητήματα που απασχολεί τους ερευνητές είναι η πολλές φορές διαφορετική αντίληψη για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, που έχουν τόσο οι ίδιοι όσο και οι ιατροί.<sup>15-17</sup>

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού δύο βασικών ψυχικών διαταραχών, του άγχους και της κατάθλιψης, σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα που παρακολουθούνταν στο ογκολογικό τμήμα ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομείου της ελληνικής επαρχίας.

## **Υλικό και μέθοδος**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα γενικό νοσοκομείο επαρχιακής πόλης. Στο νοσοκομείο λειτουργεί Ογκολογική Κλινική δυναμικότητας 12 κλινών και Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας 11 κλινών. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα που επισκέφτηκαν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, νοσηλεύτηκαν, ή έλαβαν θεραπεία στη Ογκολογική Κλινική, με παράλληλη αναδρομική έρευνα των ιατρικών αρχείων της κλινικής. Αφού ενημερώθηκαν οι ασθενείς για το είδος και το σκοπό της μελέτης, μετά από προφορική συγκατάθεσή τους για συμμετοχή, συμπλήρωσαν ανώνυμα τα ερωτηματολόγια. Εξηγήθηκε ότι τα ερωτηματολόγια δίδονται για καθαρά ερευνητικούς λόγους, ότι η συμπλήρωσή τους δεν θα επηρεάσει καθ' οποιονδήποτε τρόπο την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής, και

τέλος, τους εξηγήθηκε ότι έχουν την ευχέρεια να μην απαντήσουν σε οποιαδήποτε ερώτηση. Ακολούθως παρουσία ιατρού του τμήματος ή κοινωνικού λειτουργού ή νοσηλεύτη/τριας του τμήματος, πραγματοποιούνταν η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Δεν υπήρχε καμία άρνηση συμμετοχής στην έρευνα, ενώ καταβλήθηκε προσπάθεια ώστε η καταπόνηση ή η συγκίνηση των εξεταζόμενων να περιοριστεί στο ελάχιστο.

### **Επιλογή δείγματος κριτήρια αποκλεισμού**

Ως δείγμα επιλέχθηκαν 128 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα οι οποίοι παρακολουθούνται για τη νόσο τους στο ογκολογικό τμήμα και είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπείες διάρκειας τουλάχιστον 3 μηνών. Τα κριτήρια εξαίρεσης από τη μελέτη αφορούσαν τις παρακάτω περιπτώσεις ασθενών:

- αναλφάβητοι ασθενείς
- ασθενείς με γνωστό προηγούμενο ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών, το οποίο είναι δυνατόν να αποδειχθεί από αντίστοιχες ιατρικές γνωματεύσεις ή φαρμακευτικές αγωγές
- ασθενείς οι οποίοι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν οι ίδιοι

### **Ερωτηματολόγια – στοιχεία καταγραφής**

Η εκτίμηση της επίπτωσης των ψυχικών διαταραχών έγινε με τη χρήση της

«Νοσοκομειακής Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης» (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaith το 1983.<sup>12</sup> Δημιουργήθηκε προκειμένου να προσφέρει στους κλινικούς ιατρούς ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο για την αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης. Η HADS έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως σε περισσότερες από 25 χώρες και παρουσιάζει ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η HADS έχει χρησιμοποιηθεί στο γενικό πληθυσμό, σε ασθενείς γενικού νοσοκομείου, σε μονάδες φροντίδας ασθενών με καρκίνο, ακόμα και σε ασθενείς με σύνδρομο επίκτητης ανοσιακής ανεπάρκειας. Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει σταθμιστεί, με καλά αποτελέσματα, σε μονάδα παρηγορητικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο και σε ασθενείς γενικού νοσοκομείου και είναι διαθέσιμη διαδικτυακά.<sup>18</sup>

Η κλίμακα περιλαμβάνει συνολικά 14 ερωτήσεις από τις οποίες 7 αφορούν την εκτίμηση της ανάπτυξης αγχώδους διαταραχής και οι υπόλοιπες 7 την εκτίμηση της κατάθλιψης. Το κάθε υποερώτημα περιλαμβάνει 4 επιλογές οι οποίες βαθμολογούνται από 0-3. Το συνολικό αποτέλεσμα που προκύπτει για την κάθε διαταραχή ξεχωριστά μπορεί να κυμαίνεται από 0-21. Ως παθολογικές χαρακτηρίζονται οι περιπτώσεις ασθενών τα ερωτηματολόγια



των οποίων αποδίδουν βαθμολογία  $>11$ , ενώ συνολικό αποτέλεσμα  $<7$  θεωρείται ως μη παθολογικό. Αποτέλεσμα 8-10 κατατάσσεται σαν αμφίβολη περίπτωση.<sup>12</sup> Αξίζει να αναφέρουμε ότι οι ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τα συμπτώματα κατάθλιψης, δεν αφορούν σωματικά χαρακτηριστικά αυτής, όπως η αύπνια και η ελάττωση του βάρους, τα οποία μπορεί να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα της κλίμακας, αφού μπορεί να εμφανιστούν και ως αποτέλεσμα του καρκίνου ή της θεραπείας, χωρίς να έχει κατάθλιψη ο ασθενής. Βέβαια, σε καμία περίπτωση το ερωτηματολόγιο αυτό δεν μπορεί να αντικαταστήσει τη συνέντευξη και κλινική ψυχιατρική εκτίμηση, η οποία θέτει την τελική διάγνωση. Για την συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη ελληνική έκδοση της κλίμακας, όπως περιγράφηκε από τους Mystakidou και συν.<sup>13</sup> Για τις ανάγκες της συγκεκριμένη εργασίας δημιουργήθηκε ένα φύλλο καταγραφής των δημογραφικών, κοινωνικών και κλινικών πληροφοριών του ασθενούς. Τα στοιχεία που περιελάμβανε ήταν: η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση, η σταδιοποίηση του καρκίνου με το σύστημα σταδιοποίησης της Αμερικανικής Κοινής Επιτροπής για τον Καρκίνο (American Joint Committee on Cancer, AJCC), η χειρουργική αντιμετώπιση, η ύπαρξη επιπλοκής ή τοξικότητα, η νοσηλεία τον τελευταίο μήνα, και η λήψη φαρμάκων

αναλγητικών, ηρεμιστικών, αντικαταθλιπτικών και εισπνεόμενων.

## **Στατιστική Επεξεργασία**

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS.17.0. Για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών, καθώς και των επιπλοκών του δείγματος, κατασκευάστηκαν πίνακες συχνοτήτων και χρησιμοποιήθηκαν εκατοστιαίες θέσεις. Η κανονικότητα των κατανομών ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Smirnov-Kolmogorov. Με βάση τη συνολική βαθμολογία στα ερωτηματολόγια HADS χρησιμοποιήθηκαν τρεις διαβαθμίσεις για το άγχος και την κατάθλιψη [φυσιολογικές τιμές ( $\leq 7$ ), ήπια (8-10) και σοβαρή συμπτωματολογία ( $\geq 11$ )]. Οι συγκρίσεις μεταξύ των υποκατηγοριών του HADS και της ύπαρξης/βαρύτητας των επιπλοκών ή των δημογραφικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν με τη στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$  ή εναλλακτικά το λόγο πιθανοφάνειας (likelihood ratio), όπως δίδεται απ' το στατιστικό πρόγραμμα, παράλληλα με τη δοκιμασία  $\chi^2$  αν οι συχνότητες ήταν μικρές. Η βαρύτητα των επιπλοκών βαθμολογήθηκε σε μια κλίμακα από το 0 (καμία επιπλοκή έως το 3 (μεγάλης βαρύτητας), μετά από αξιολόγηση του φακέλου του ασθενούς. Το επίπεδο

στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5% ( $p < 0,05$ ).

### Αποτελέσματα

Η νόσος είχε διαγνωσθεί στην πλειονότητα των ασθενών (68,8%) ένα χρόνο πριν. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν άνδρες (55,5%). Τον τελευταίο μήνα είχαν νοσηλευτεί 35 άτομα (27,3%) και σε χειρουργική επέμβαση είχε υποβληθεί το 18 %. Η μέση ηλικία των ατόμων ήταν τα  $70,33 \pm 6,16$  έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν σταδίου 1 και 2 (αθροιστικά 53,1%) (πιν. 1). Παυσίπινα και ηρεμιστικά ελάμβαναν οι περισσότεροι ασθενείς (93% και 74% αντίστοιχα), ενώ ένα ποσοστό 23% ελάμβανε αντικαταθλιπτικά. (πιν. 1).

Το 41% και το 60% των ασθενών εμφάνιζε φυσιολογικές τιμές (δηλαδή βαθμολογία  $\leq 7$ ) στις υποκλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους αντίστοιχα. Αποτέλεσμα με ιδιαίτερα αυξημένη υποψία κλινικής κατάθλιψης/ άγχους (οριστικό αποτέλεσμα) σημειώθηκε στο 18% και 10% των ασθενών αντίστοιχα. Οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες ( $p = 0,035$ ), καθώς το 26% των γυναικών έναντι του 14% των ανδρών εμφάνισε βαθμολογία  $\geq 11$ . Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το άγχος και το φύλο. (πιν 2). Όσοι ασθενείς δεν εμφάνισαν επιπλοκή από το πεπτικό είχαν φυσιολογικές

τιμές στην κλίμακα του άγχους ( $p = 0,002$ )(πιν.3). Παράλληλα, εξετάστηκαν συσχετίσεις του άγχους και της κατάθλιψης με επιπλοκές από όλα τα συστήματα του οργανισμού, χωρίς ωστόσο να βρεθούν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ( $p > 0,05$ ).

### Συζήτηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας η επίπτωση της κατάθλιψης και του άγχους σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είναι υψηλή, τουλάχιστον σε σχέση με το γενικό πληθυσμό όπου τα ποσοστά των δύο διαταραχών σπάνια υπερβαίνουν το 10%. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα αντίστοιχων μελετών που δείχνουν ότι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι αναμενόμενη σε καρκινοπαθείς και ιδιαίτερα σε όσους βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειας.<sup>5,15</sup> Πράγματι η έρευνα των Singer και συν.,<sup>19</sup> σε καρκινοπαθείς έδειξε ότι η συχνότερη ψυχιατρική διάγνωση ήταν η κατάθλιψη (11,6%), ενώ η συχνότητα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ήταν 5,7% και της σωματοποίησης 10,4%. Υπάρχουν ωστόσο μελέτες που δείχνουν πολύ υψηλότερα ποσοστά. Οι Dugan και συν.,<sup>20</sup> βρήκαν συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων της τάξης του 35 % σε περιπατητικούς ασθενείς με διάφορα είδη καρκίνου σε διαφορετικά στάδια νόσου. Σε νοσηλευόμενους ασθενείς το ποσοστό υπερβαίνει το 50%. Καλύτερα εμφανίζονται



τα ποσοστά σε περιπατητικούς ασθενείς με γυναικολογικούς καρκίνους, καθώς πλησιάζουν εκείνα του γενικού πληθυσμού.

Συνολικά ωστόσο υπολογίζεται ότι 25% των καρκινοπαθών έχουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης ή μείζονα κατάθλιψη, χωρίς να υπάρχει κάποια υπεροχή των γυναικών, όπως θα συνέβαινε στο γενικό πληθυσμό.<sup>21</sup> Άγχος και κατάθλιψη κατά τη διάγνωση συσχετίστηκαν θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη 6 μήνες μετά τη διάγνωση, ενώ οι ασθενείς που ταξινομούνταν ως αμφίβολες περιπτώσεις (κλίμακα HADS) είχαν 11 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θεωρηθούν επίσης αμφίβολες περιπτώσεις 6 μήνες μετά, σε σύγκριση με εκείνους που είχαν φυσιολογικές τιμές στην αρχική αξιολόγηση.<sup>20</sup> Η προχωρημένη νόσος και η απώλεια κοινωνικών ερεισμάτων επιδεινώνουν τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές.<sup>22</sup>

Ειδικά ο καρκίνος του πνεύμονα και του παγκρέατος συνδυάζονται με υψηλά ποσοστά κατάθλιψης.<sup>3,4</sup> Οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι διαταραχές προσαρμογής και τα οργανικά ψυχοσύνδρομα είναι οι συχνότερες διαταραχές και εμφανίζονται στο 20%-50% των καρκινοπαθών.<sup>5,23,24</sup> Άγχος και κατάθλιψη κατά τη διάγνωση συσχετίστηκαν θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη 6 μήνες μετά τη διάγνωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, ενώ οι ασθενείς που ταξινομούνταν ως αμφίβολες περιπτώσεις (κλίμακα HADS)

είχαν 11 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θεωρηθούν επίσης αμφίβολες περιπτώσεις 6 μήνες μετά, σε σύγκριση με εκείνους που είχαν φυσιολογικές τιμές στην αρχική αξιολόγηση.<sup>23</sup>

Σε μελέτη<sup>25</sup> στην οποία επίσης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο HADS βρέθηκε ότι ασθενείς με καρκίνο του πεπτικού συστήματος είχαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Ωστόσο, ενώ τα συμπτώματα του άγχους σταδιακά υποχωρούσαν ή σταθεροποιούνταν, η κατάθλιψη παρουσίασε αύξηση από την ημέρα εισαγωγής, μέχρι και την ημέρα εξόδου, χωρίς να υποχωρεί στα προ της χειρουργικής επέμβασης επίπεδα, ακόμα και 6 μήνες αργότερα. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι η επίγνωση της νόσου, το στάδιο, αλλά και η απώλεια όρεξης συσχετίστηκαν θετικά με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Ας σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο HADS τείνει να υποεκτιμά τη συχνότητα της κατάθλιψης, όπως έχει διαπιστωθεί από έρευνα σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, ειδικά όταν χρησιμοποιείται ως όριο η τιμή 11. Έχει επίσης προταθεί να χρησιμοποιείται η τιμή 8, η οποία φαίνεται πως πλησιάζει περισσότερο την κλινική πραγματικότητα.<sup>11</sup>

Πλην των ερωτηματολογίων δε χρησιμοποιήθηκε ψυχιατρική συνέντευξη, η οποία θα μπορούσε να δώσει επιπρόσθετες πληροφορίες, τόσο για την παρούσα ψυχολογική κατάσταση, όσο και για το



ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών, έστω και αν δεν υπήρχε στα βιβλιάρια των ασθενών της μελέτης επίσημη καταγραφή ψυχιατρικής νόσου στο παρελθόν. Επίσης το ερώτημα για τη νοσηλεία αφορούσε μόνο στον τελευταίο μήνα, ενώ δεν χρησιμοποιήθηκε ομάδα ελέγχου από το ίδιο νοσοκομείο. Επίσης ένας στους 4 περίπου ασθενείς ελάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή, γεγονός που μπορεί να επέδρασε στο τελικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα, αν και ενδεικτικά του ψυχικού φόρτου των καρκινοπαθών, αφορούν τους πάσχοντες από καρκίνο του πνεύμονα που παρακολουθούνται σε ένα επαρχιακό γενικό νοσοκομείο και η γενίκευσή τους θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη.

### **Συμπέρασμα**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, ανάλογα εκείνων που αναφέρονται και σε διεθνείς μελέτες. Κατάθλιψη και άγχος συμπορεύονται και μαρτυρούν την αγωνία του ασθενούς, αλλά και την ανάγκη για ένα γαλήνιο τέλος, κοντά σε φιλόξενα περιβάλλοντα και αγαπημένα πρόσωπα.

Η καταπόνηση του ασθενούς με καρκίνο και η στέρηση απολύτως βασικών λειτουργιών του εκλαμβάνονται ως σήμα τελικού σταδίου και πλήττουν την ποιότητα της ζωής του. Το

υψηλό ποσοστό κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη τονίζει τον κίνδυνο υποεκτίμησης των ψυχικών διαταραχών στους καρκινοπαθείς και την ανάγκη για τις ανάλογες παρεμβάσεις. Η φροντίδα και η προσπάθεια για την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής πρέπει να αποτελεί βασικό μέλημα του επαγγελματία υγείας, μέχρι και την τελευταία πνοή του ασθενούς.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Youlden DR, Cramb SM, Baade PD. The International Epidemiology of Lung Cancer: geographical distribution and secular trends. *J Thorac Oncol* 2008;3(8):819-31.
2. U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999–2009 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2013. Available at: <http://www.cdc.gov/uscs>.
3. Dalton SO, Laursen TM, Ross L, Mortensen PB, Johansen C. Risk for hospitalization with depression after a cancer diagnosis: a nationwide, population-based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003. *J Clin Oncol* 2009;27(9):1440-5.
4. Fischer DJ, Villines D, Kim YO, Epstein JB, Wilkie DJ. Anxiety, depression, and pain:



- differences by primary cancer. Support Care Cancer 2010;18(7):801-10.
5. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. Cancer 2009;115(22):5349-61.
  6. Lo C, Zimmermann C, Rydall A, Walsh A, Jones JM, Moore MJ, et al. Longitudinal Study of Depressive Symptoms in Patients With Metastatic Gastrointestinal and Lung Cancer. J Clin Oncol 2010;28(18):3084-9.
  7. Liao YC, Liao WY, Shun SC, Yu CJ, Yang PC, et al. Symptoms, psychological distress, and supportive care needs in lung cancer patients. Support Care Cancer 2011;19(11):1743-51
  8. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. Ann Intern Med. 2000;132(6):451-9.
  9. Trask PC. Assessment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr 2004; (32):80-92.
  10. Shi Q, Smith TG, Michonski JD, Stein KD, Kaw C, Cleeland CS. Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: a report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. Cancer 2011;117(12):2779-90.
  11. Castelli L, Binaschi L, Caldera P, Torta R. Depression in lung cancer patients: is the HADS an effective screening tool? Support Care Cancer 2009;17(8):1129-32.
  12. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale (validity and reliability). Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-370
  13. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. The Hospital Anxiety and Depression Scale in Greek cancer patients: psychometric analyses and applicability, Supportive Care in Cancer 2004;12:821-825.
  14. Palma A, Del Río I, Bonati P, Tupper L, Villaruel L, Olivares P, et al. Frequency and assessment of symptoms in hospitalized patient with advanced chronic diseases: is there concordance among patients and doctors? Rev Med Chil 2008;136(5):561-9.
  15. Βελέντζα Κ, Μαρμπλέκου Ε. Καρκίνος και κατάθλιψη. Ιατρική 2003;83(3):199-211.
  16. Kitagawa R, Yasui-Furukori N, Tsushima T, Kaneko S, Fukuda I. Depression increases the length of hospitalization for patients undergoing thoracic surgery: a preliminary study. Psychosomatics 2011;52(5):428-32.
  17. Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stanton AL. Supportive care

- 
- needs in patients with lung cancer. *Psychooncology* 2010;19(5):480-9.
18. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;6(7):4.
19. Singer S, Kuhnt S, Götze H, Hauss J, Hinz A, Liebmann A, et al. Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *Br J Cancer*. 2009;100(6):908-12.
20. Dugan W, McDonald MV, Passik SD, Rosenfeld BD, Theobald D, Edgerton S. Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psychooncology*. 1998;7(6):483-93.
21. DeFlorio ML, Massie MJ: Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression* 1995;3:66-80.
22. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer*. 2001;37(3):376-84.
23. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjöden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001;37(3):376-84.
24. Pirl WF, Temel JS, Billings A, Dahlin C, Jackson V, Prigerson HG, et al. Depression after diagnosis of advanced non-small cell lung cancer and survival: a pilot study. *Psychosomatics* 2008;49(3):218-24.
25. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59(5):576-83.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος

Μεταβλητές	N	%
<b>ΦΥΛΟ</b>		
Γυναίκα	57	44,5
Άνδρας	71	55,5
Σύνολο	128	100,0
<b>Νοσηλεία</b>		
ΟΧΙ	93	72,7
ΝΑΙ	35	27,3
Σύνολο	128	100,0
<b>Χειρουργική επέμβαση</b>		
ΟΧΙ	105	82,0
ΝΑΙ	23	18,0
Σύνολο	128	100,0
<b>ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ</b>		
1	36	28,1
2	32	25,0
3	39	30,5
4	21	16,4
Σύνολο	128	100,0
<b>Είδος φαρμάκων</b>		
<b>Εισπνεόμενα</b>		
ΟΧΙ	42	32,8
ΝΑΙ	86	67,2
Σύνολο	128	100,0
<b>Παυσίπωνα</b>		
ΟΧΙ	9	7,0
ΝΑΙ	119	93,0
Σύνολο	128	100,0
<b>Ηρεμιστικά</b>		
ΟΧΙ	33	25,8
ΝΑΙ	95	74,2
Σύνολο	128	100,0
<b>Αντικαταθλιπτικά</b>		
ΟΧΙ	99	77,3
ΝΑΙ	29	22,7
Σύνολο	128	100,0

**Πίνακας 2.** Κατάθλιψη και άγχος στην κλίμακα HADS στους άνδρες και τις γυναίκες του δείγματος

Κατηγορία	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		ΑΓΧΟΣ	
	ΑΝΔΡΕΣ N (%)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N(%)	ΑΝΔΡΕΣ N (%)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N(%)
Φυσιολογικές τιμές ( $\leq 7$ )	35(49,3)	16(28,1)	44 (61,9)	32 (56,1)
Αβέβαιο αποτέλεσμα (8-10)	26(36,6)	26(45,6)	21 (29,6)	18 (31,6)
Οριστικό ( $\geq 11$ )	10(14,1)	15(26,3)	6 (8,5)	7 (12,3)
	X <sup>2</sup> =6,626, p=0,036		X <sup>2</sup> =0,679, p=0,712	

**Πίνακας 3.** Άγχος και επιπλοκές πεπτικού

		Επιπλοκές πεπτικού				Σύνολο
		Καμία	Ήπιες	Μέτριες	Σοβαρές	
Άγχος	Φυσιολογικές τιμές	7	46	18	5	76
	Αβέβαιο αποτέλεσμα	0	18	21	0	39
	Οριστικό	0	8	3	2	13
Σύνολο		7	72	42	7	128

Likelihood Ratio:21,296, p=0,002