

# OCENA NASILENIA OBJAWÓW LĘKOWYCH I DEPRESYJNYCH ORAZ JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH PRZEWLEKLE LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO

Bartosz J. Sapilak

*Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Akademia Medyczna we Wrocławiu*

## 1 WSTĘP

W XX wieku nastąpił spektakularny rozwój możliwości leczenia i diagnostyki chorych. Postęp techniczny sprawił, że pacjent, jako człowiek, był coraz bardziej zagubiony i osamotniony w procesie diagnostyki i leczenia. W odpowiedzi na ten niekorzystny trend w medycynie końca XX stulecia można odnotować zauważalny zwrot ku szeroko pojętej medycynie holistycznej, która akcentuje nie tylko konieczność zwalczania choroby, ale zwraca również uwagę na poprawę komfortu leczenia i jakości życia pacjentów.

Pacjenci przewlekle hemodializowani stanowią grupę chorych, która dożywotnio skazana jest na jedną z form terapii nerkozastępczej. Leczenie to wymusza istotną zmianę stylu życia chorego i obniża jego jakość. Jest również obciążone szerokim spektrum dolegliwości somatycznych oraz sprzyja rozwojowi depresji i objawów lękowych.

## 2 CEL PRACY

Celem pracy była ocena występowania i nasilenia zaburzeń lękowych i depresyjnych u polskich pacjentów przewlekle leczonych hemodializą, określenie poziomu jakości życia tej grupy chorych oraz poznanie najistotniejszych czynników wpływających na ewolucję powyższych parametrów oraz na ryzyko zgonu osób przewlekle leczonych hemodializą.

Ponadto wyznaczyłem cele dodatkowe:

- skonstruowanie wielowymiarowego formularza badawczego umożliwiającego ocenę cech

określonych w celach podstawowych projektu badawczego,

- przeprowadzenie testów klinicznych stworzonego narzędzia badawczego,
- zebranie doświadczeń i danych, które umożliwią opracowanie skróconej, rzetelnej wersji narzędzia do przesiewowej oceny i monitorowania poziomu depresji, lęku i jakości życia polskich pacjentów leczonych nerkozastępczo,
- ocena ewolucji monitorowanych cech,
- edukacja pacjentów dializowanych i personelu medycznego.

## 3 MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono od marca 2002 r. do lutego 2004 r. na sześciu dolnośląskich stacjach dializ. Udział w badaniu był dobrowolny, każdy z chorych miał możliwość przystąpienia do badania bądź wycofania się z udziału, na każdym etapie obserwacji. Do współpracy zaproszono wszystkich chorych przewlekle leczonych nerkozastępczo, leczonych na współpracujących stacjach dializ, pod warunkiem, że legitymowali się polskim obywatelstwem i rozumieli język polski. Z udziału w badaniu wyłączono jednak pacjentów, którzy dializowali się na Dolnym Śląsku gościnnie, jak również osoby, których ogólny stan zdrowia lub zaawansowane otępienie nie pozwalały na skuteczne wypełnienie ankiety.

Co kwartał chorzy dializowani byli proszeni o wypełnienie formularza badawczego. W trakcie rozmowy z pacjentem oceniałem stan jego psychiki i stopień nasilenia dolegliwości somatycznych. Była to również okazja do wymiany

informacji o wszelkich problemach i niepokojach chorego, a także o dotychczasowym przebiegu obserwacji i leczenia. Następnie lekarz pełniący dyżur na stacji dializ dokonywał oceny stanu pacjentów z wykorzystaniem Skali Karnofskiego [1]. Omawiano również efekty terapii i ewentualne wskazania do inicjacji leczenia przeciwłękowego lub przeciwdepresyjnego. W przypadkach wątpliwych, lub gdy wymagał tego stan pacjenta zapraszano na konsultację lekarza psychiatrę. Co trzy miesiące zbierałem również wyniki badań biochemicznych rutynowo oznaczanych w ośrodkach dializacyjnych.

Do grupy badanej ostatecznie włączono 418 osób (183 kobiety i 235 mężczyzn). Mediana wieku pacjentów wynosiła 52 lata, a średnia wieku  $56,6 \pm 13,8$  lat. Ponieważ pacjenci wypełniali kwestionariusz badawczy kilkakrotnie, do celów analizy statystycznej zebrane formularze przydzielono do dwóch grup badawczych:

- grupy początkowych obserwacji (*HD-BEG*) – obejmującej wyłącznie kwestionariusze wypełnione przy pierwszorazowym badaniu chorych HD ( $n = 418$ ),
- grupy wszystkich obserwacji (*HD-ALL*) – obejmującej wszystkie kwestionariusze zebrane od osób dializowanych ( $n = 1215$ ).

Do grupy kontrolnej (*CG*) zakwalifikowano 63 członków rodzin pacjentów (47 kobiet i 16 mężczyzn). Mediana wieku w grupie kontrolnej wyniosła 48 lat, a średnia wieku  $43,2 \pm 15,5$  lat.

Wykorzystany w badaniu formularz ankietowy był narzędziem bardzo obszernym. Obejmował łącznie 266 pytań otwartych i zamkniętych, które zostały zapisane na 44 stronicach formatu A4. Stworzyłem go, łącząc znane i sprawdzone narzędzia badawcze ze skalami własnego autorstwa. Włączyłem do niego dwa narzędzia analizujące nasilenie depresji, dwa oceniające zaburzenia lękowe, dwa opisujące model zachowań osoby ankietowanej w sytuacjach stresowych, a także narzędzie przekrojowo określające powiązaną z chorobą nerek jakość życia pacjenta. Ostatecznie w skład wstępnego formularza badawczego weszły następujące kwestionariusze badawcze: Inwentarz Depresji Becka [2], Kliniczna Skala Lęku [3], Szpitalna Skala Lęku i Depresji [4], Inwentarz Oceny Zachowań w Sytuacjach Stresowych [5], Skala Wsparcia Społecznego [6], Test Orientacji Życiowej [7], Formularz Oceny Jakości Życia w Chorobie Nerek [8], Kwestionariusz danych

demograficznych, Kwestionariusz wywiadu chorobowego, Drabina Cantrila [9], Prosta skala oceny jakości życia, Skala oceny zmęczenia po dializie oraz Skala Karnofskiego.

Analizę statystyczną skal pomiarowych przeprowadzono oddzielnie dla trzech grup respondentów: HD-ALL, HD-BEG i CG. Najpierw przeprowadzono je dla grupy HD-ALL, a następnie dla sprawdzenia otrzymanych wyników powtarzano dla grupy HD-BEG. W grupie CG ze względu na małą liczbę obserwacji w stosunku do liczby zmiennych dokonywano jedynie obliczeń wyników pomiaru cech.

Należy zauważyć, że ponieważ większość pacjentów grupy HD-ALL była badana więcej niż raz, nie można założyć niezależności poszczególnych obserwacji uzyskanych w tej grupie. Odstęp między kolejnymi badaniami wynosił 3 miesiące, co powodowało, iż badane cechy psychologiczne mogły ulec w tym okresie istotnym zmianom. Z tego powodu nie można było wykorzystać metody powtórnego pomiaru do analizy rzetelności wyników grupy HD-ALL. Obserwacje poczynione w grupach HD-BEG i CG były niezależne.

Wyniki pomiaru były obliczane jako średnia arytmetyczna udzielonych odpowiedzi dla pozycji skal pomiaru. Następnie obliczano znormalizowane wyniki pomiaru, przeliczając wyniki na skalę 0-100% możliwych wartości. Jeśli liczba udzielonych odpowiedzi była mniejsza niż połowa pozycji wchodzących w skład danej skali pomiaru, uznawano to za brak danych. Wyniki pomiaru oraz odpowiednie dla nich statystyki obliczano po wykonaniu analizy dobroci pomiaru poszczególnych skal w arkuszu kalkulacyjnym Excel pakietu Office 2003 oraz w programie *STATISTICA PL*.

Na analizę statystyczną skal pomiaru składały się:

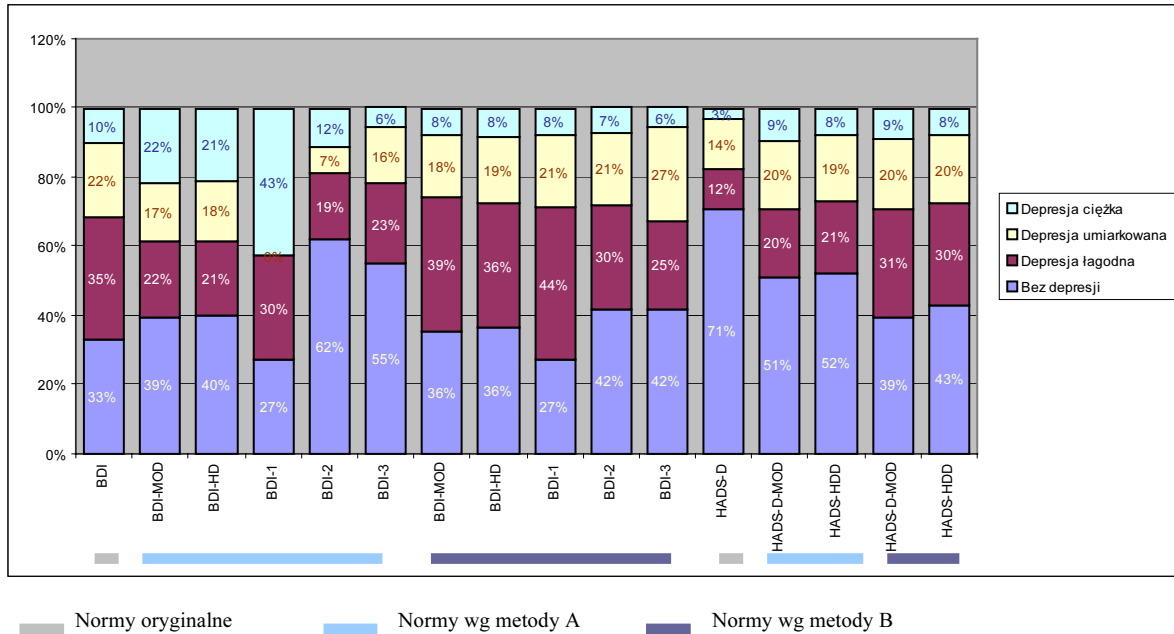
- analiza zmienności pozycji skal,
- analiza dobroci pomiaru,
- normowanie nowostworzonych skal,
- analiza regresji logistycznej,
- analiza zachodzących korelacji.

Do przedstawienia zmienności wyników pozycji skal wykorzystane zostały wykresy ramkowe, które umożliwiały m.in. wyeliminowanie pozycji charakteryzujących się bardzo małą zmiennością.

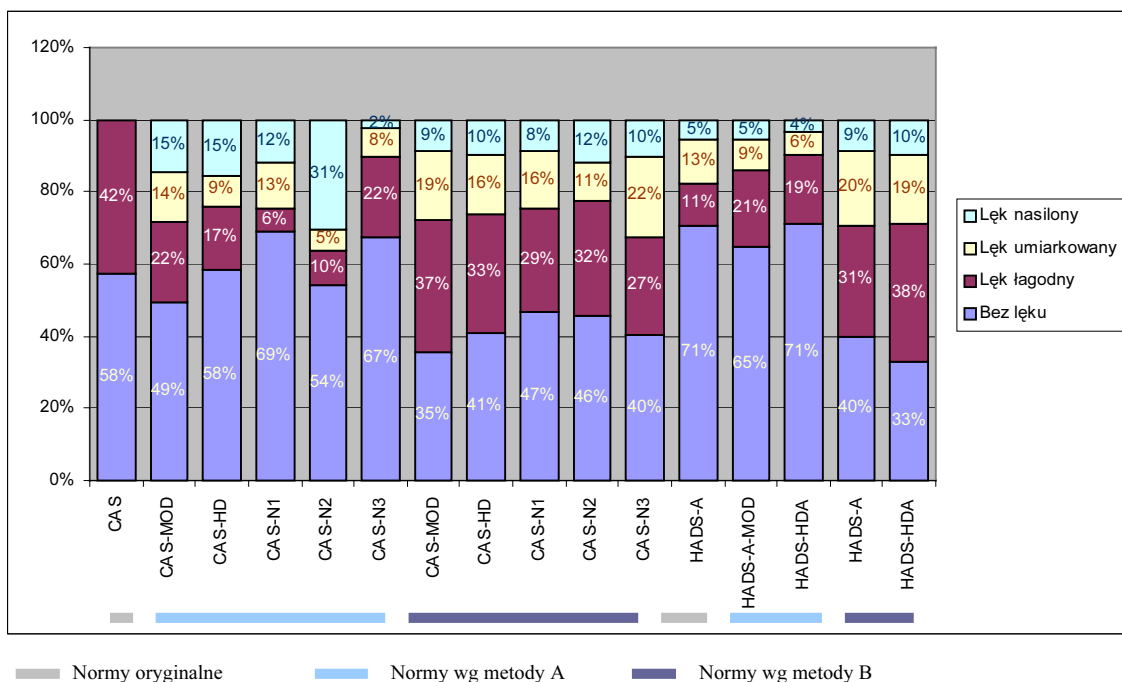
#### 4 WYNIKI

W zależności od zastosowanego narzędzia badania przeprowadzone w grupie HD-ALL określiły występowanie depresji łagodnej na 19-35% (21% dla skal BDI-HD i HADS-HDD), depresji umiarkowanej na 14-22% (17 i 19% dla skal BDI-HD i HADS-HDD), a depresji ciężkiej na 3-22% populacji (8 i 21% dla skal BDI-HD i HADS-HDD) – rys. 1. W CG odsetki te wyniosły odpowiednio 0-19%, 0-6%, 0-5%.

Wykonane grupie HD-ALL testy psychometryczne wskazały na obecność lęku łagodnego u 11-22% populacji (17 i 19% dla skal CAS-HD i HADS-HDA), lęku umiarkowanego u 6-14% (9 i 6% dla skal CAS-HD i HADS-HDA), a lęku nasilonego u 4-15% (15 i 4% dla skal CAS-HD i HADS-HDA) – rys. 2. W grupie CG odsetki te wyniosły odpowiednio 0-15%, 0-7% i 0-5% populacji.



Rys. 1. Poziom depresji zmierzony różnymi modyfikacjami skal, grupa HD-ALL.



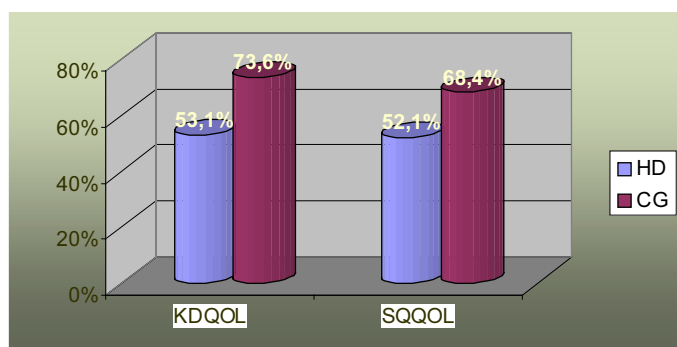
Rys. 2. Poziom lęku zmierzony różnymi modyfikacjami skal, grupa HD-ALL.

Najbardziej czuły w wykrywaniu cech depresji pacjentów HD okazał się normowany zgodnie z zaleceniami autora skali oryginalny inwentarz BDI. Wykrywał on depresję u 67% chorych HD. Czułość tego samego narzędzia (BDI-MOD) oraz jego zmodyfikowanej wersji (BDI-HD) normowanych wg metod analizy statystycznej była nieco niższa – rozpoznawała depresję u 60-61% chorych HD. Zgodnie z oczekiwaniami znacznie mniej czułe okazały się skala HADS i jej modyfikacje, które ujawniły depresję tylko u 37%, 48% i 49% pacjentów grupy HD-ALL.

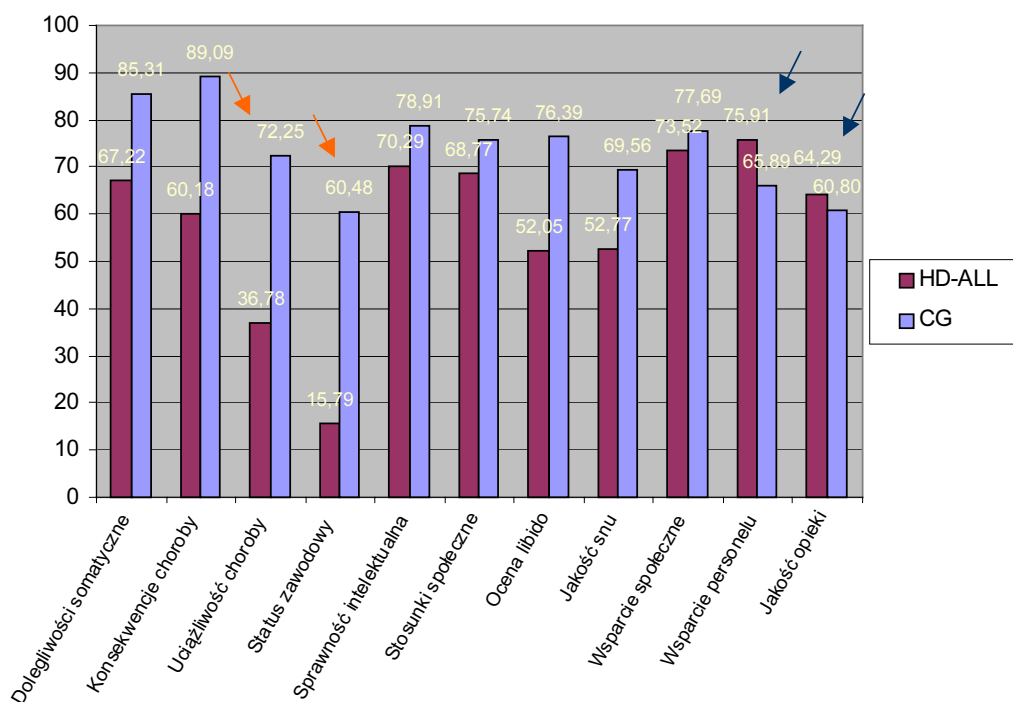
Skale CAS i CAS-HD określiły występowanie lęku u 42%, a skala CAS u 51% pacjentów HD. Mniej czuła była skala HADS-A-MOD – 35%, a najslabiej natężenie cechy oceniali skale HADS-A i HADS-HDA, które wykazały lęk u zaledwie 29% chorych HD. Wymienione skale zdiagnozowały lęk u 15-20% respondentów CG.

Zastosowany w pracy formularz KDQOL określił przeciętną jakość życia pacjentów hemodializowanych na 53,1%, a grupy kontrolnej na 74,5% wartości maksymalnych (rys. 3). Pacjenci HD ocenili zatem swoją jakość życia na poziomie niższym o prawie 1/3 w porówna-

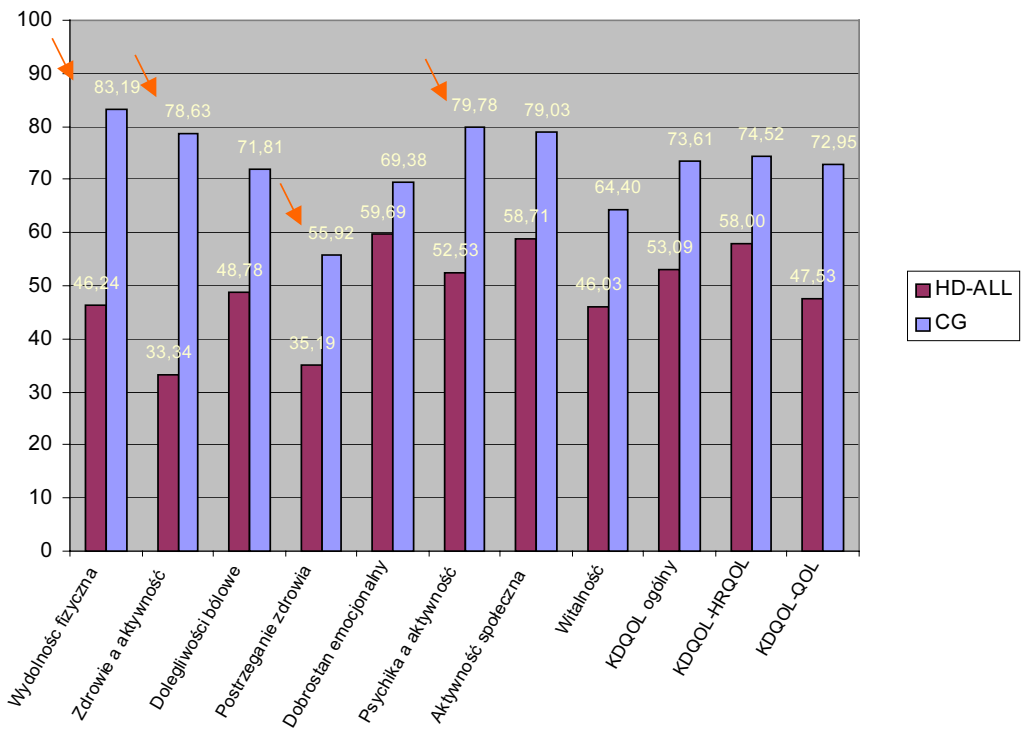
niu do własnych współdomowników. Ocena ogólnego wyniku KDQOL w rozbięciu na poszczególne kategorie oferowane przez to narzędzie badawcze (rys. 4 i 5) wykazała, że chorzy HD paradoksalnie znacznie gorzej niż jakość życia, powiązaną z chorobą nerek i dializoterapią, oceniali swoją ogólną jakość życia. Parametrem wpływającym najsilniej na obniżenie HRQOL pacjentów był stopień, w jakim choroba ogranicza im zdolność wykonywania tych czynności, które wymagają od chorego aktywności fizycznej.



Rys. 3. Poziom jakości życia ocenianej z wykorzystaniem skali KDQOL oraz pytania SQGOL [%].

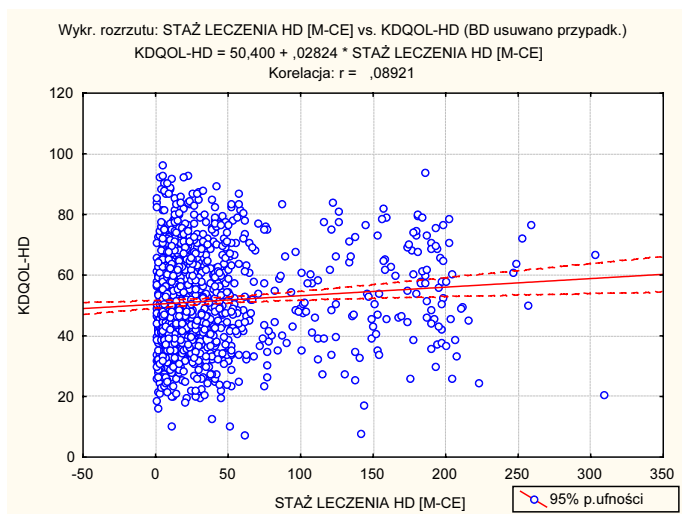


Rys. 4. Wykres średnich wyników skal KDQOL specyficznych dla choroby nerek.



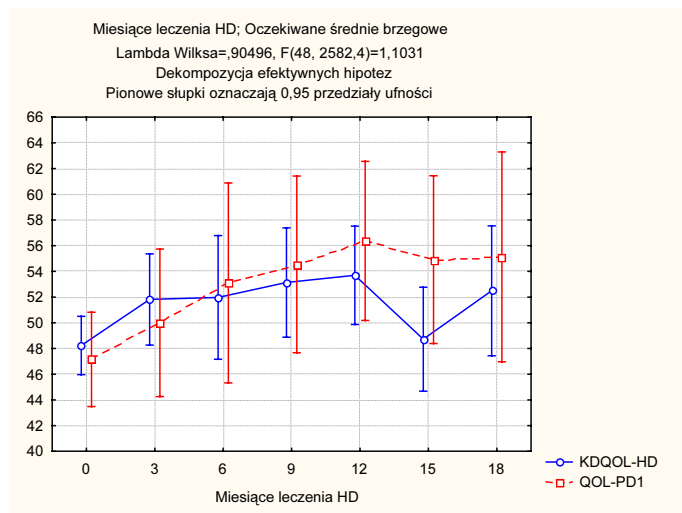
Rys. 5. Wykres średnich wyników skal KDQOL odnoszących się do ogólnego zdrowia.

Ocena zmian QOL chorych HD, do jakich dochodzi w trakcie leczenia nerkozastępczego, pozwoliła wykazać tendencję do powolnej, nieznacznej poprawy QOL na przestrzeni wielu miesięcy. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona QOL pacjentów z przewlekłością leczenia nerkozastępczego wyniósł od  $r = 0,05$  dla SQQOL ( $p < 0,05$ ) do  $r = 0,09$  dla KDQOL-HD ( $p < 0,003$ ) – rys. 6. Opisaną ewolucję towarzyszyło powolne ustępowanie objawów depresji ( $r = -0,09, p < 0,005$ ) i lęku ( $r = -0,07, p < 0,04$ ).



Rys. 6. Korelacja między długością leczenia HD a jakością życia.

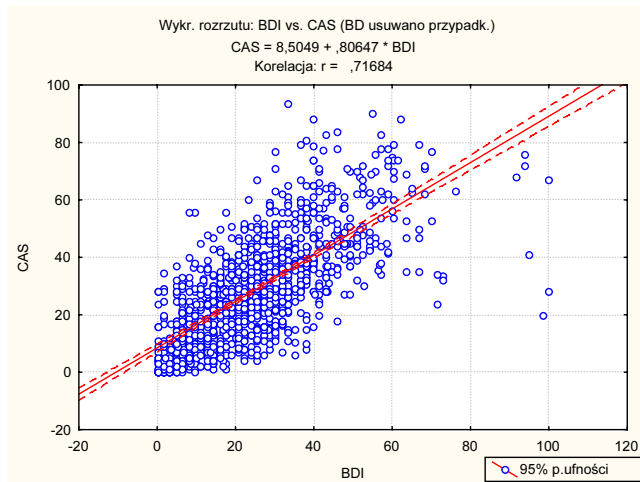
Przeanalizowałem również zmiany QOL, jakie miały miejsce w okresie pierwszych 18 miesięcy terapii chorych rozpoczynających leczenie hemodializą (rys. 7).



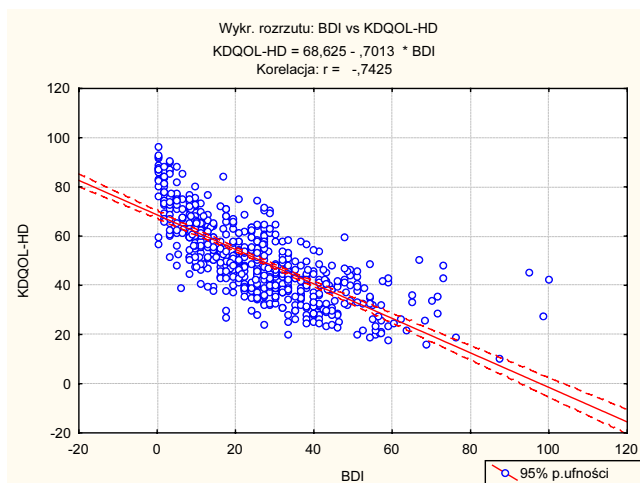
Rys. 7. Wykres przedstawiający ewolucję jakości życia pacjentów rozpoczynających leczenie hemodializą.

Można zauważyć powolną poprawę początkowo niskiego poziomu QOL, w okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia nerkozastępczego oraz nieznaczne (SQQOL) lub silniejsze (KDQOL-HD) obniżenie tych wartości w 15 miesiącu terapii HD. Pierwotnie wysoki poziom

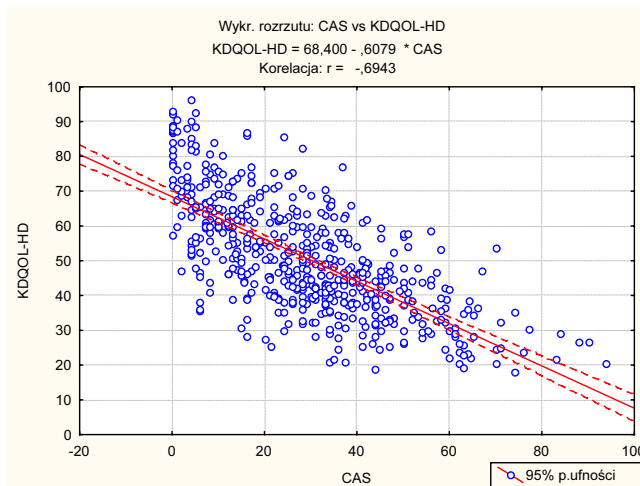
lęku i depresji powoli obniżał się w okresie pierwszych 9 miesięcy leczenia nerkozastępczego, potem jednak spadek wyhamowywał i dochodziło do nasilenia dolegliwości.



Rys. 8. Korelacja poziomu depresji i lęku,  $r = 0,72$ .



Rys. 9. Wykres rozrzutu obrazujący silną ujemną korelację między depresją i jakością życia, grupa HD-ALL (n=1215).



Rys. 10. Wykres rozrzutu obrazujący silną ujemną korelację między lękiem i jakością życia, grupa HD-ALL (n=1215).

Do najistotniejszych korelacji potwierdzonych w pracy badawczej należą bardzo silne skorelowanie wyników depresji i lęku – wartość współczynnika korelacji wyników BDI i CAS wyniosła  $r = 0,72$  (rys. 8). Depresja i lęk silnie, choć ujemnie, korelowały również z QOL pacjentów HD  $r = -0,74$  i  $r = -0,69$  (rys. 9 i 10).

Wyniki ujawniają ujemną korelację poziomu różnych rodzajów wsparcia społecznego z objawami depresji i lęku (tabela 1). Im wyższy był poziom wsparcia okazywany pacjentowi przez rodzinę i przyjaciół, tym obserwowano niższe poziomy lęku i depresji. Siła korelacji nie jest znaczna, choć jest istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ). Najsilniej z objawami depresji i lęku skorelowana jest oryginalna skala wsparcia wartościującego.

Tabela 1. Wartość współczynnika korelacji liniowej Pearsona „r” poszczególnych rodzajów wsparcia społecznego z poziomem depresji i lęku.

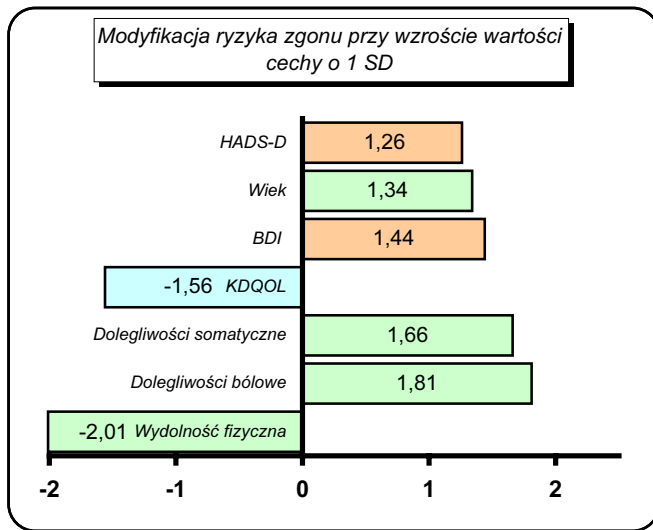
SWS	BDI	CAS
Wsparcie instrumentalne	$r = -0,26$	$r = -0,21$
Wsparcie informacyjne	$r = -0,29$	$r = -0,27$
Wsparcie emocjonalne	$r = -0,37$	$r = -0,35$
Wsparcie wartościujące	$r = -0,41$	$r = -0,38$

Zebrane dane wskazują ponadto, że istnieje znacząca korelacja między typem osobowości a występowaniem objawów depresji i lęku u chorych hemodializowanych (tabela 2). Pacjenci HD, którzy w trudnych sytuacjach życiowych wykazują tendencję do ucieczki w emocje, przeżywania i rozpamiętywania przykrych sytuacji, wykazują znaczącą i istotną statystycznie predyspozycję do reagowania na takie zdarzenia objawami lękowymi i depresyjnymi. Osoby nastawione na podejmowanie wyzwań i walkę z problemem, ewentualnie angażujące się w neutralne czynności zastępcze wykazują ujemną predyspozycję do rozwoju zaburzeń depresyjnych i lękowych.

Tabela 2. Wartość współczynnika korelacji liniowej Pearsona „r” poszczególnych stylów zachowań w sytuacjach stresowych z poziomem depresji i lęku.

Styl zachowań (CISS)	BDI	CAS
Styl skoncentrowany na zadaniu	$r = -0,35$	$r = -0,37$
Styl skoncentrowany na angażowaniu w czynności zastępcze	$r = -0,30$	$r = -0,28$
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich	$r = 0,01$	$r = 0,01$
Styl skoncentrowany na emocjach	$r = 0,60$	$r = 0,64$

Do czynników, które najistotniej modyfikowały ryzyko zgonu pacjentów HD, należą: jakość życia oceniana skalą KDQOL-HD oraz poziom depresji określany testem BDI-HD. Uzyskanie w kolejnym badaniu wyższego o 24 punkty wyniku KDQOL-HD lub niższego o 39 punktów wyniku BDI-HD dwukrotnie zmniejszało ryzyko zgonu pacjenta HD. Poziom lęku nie wpływał istotnie statystycznie na ryzyko zgonu. Myśli samobójcze wyrażało aż 9,78% chorych HD (1,59% w grupie kontrolnej).



Rys. 11. Wartość, o jaką zmienia się ryzyko zgonu pacjenta przy wzroście wartości parametru o 1 SD.

## 5 WNIOSKI

- ◆ Oryginalne, opracowane na potrzeby populacji anglojęzycznych, narzędzia badawcze ze względu na wysoki poziom dolegliwości somatycznych polskich pacjentów HD, a także z racji specyficznych cech polskiej mentalności, okazały się nie w pełni dostosowane do badań polskich pacjentów przewlekle leczonych nerkozastępczo.
- ◆ Stanowiąca oryginalny dorobek badawczy dysertacji finalna wersja formularza ankietowego obejmująca zmodyfikowane wersje skal, pozbawiona jest wspomnianych wad. Cechuje ją wysoka rzetelność pomiaru i pożądana równowaga między jego czułością i specyficnością i dzięki skróconej formie nadaje się do prowadzenia szybkich testów przesiewowych omawianej grupy chorych. Opracowany formularz wymaga jednak dalszych badań, które zweryfikują jego

rzeczywistą przydatność w codziennej praktyce klinicznej.

- ◆ Do oceny depresji polskich pacjentów przewlekle leczonych hemodializą najkorzystniej jest posłużyć się testami BDI-HD oraz HADS-HDD, do określenia poziomu lęku skalami CAS-HD i HADS-HDA, a do oceny jakości życia formularzem KDQOL-HD oraz skalą SQQOL.
- ◆ W zależności od wykorzystanego narzędzia objawy depresyjne ujawniono u 48-60% chorych HD (vs. 0-17% w CG), a objawy lękowe u 29-42% (vs. 0-23% w CG).
- ◆ Jakość życia polskich pacjentów HD okazała się istotnie obniżona w stosunku do polskiej grupy kontrolnej – oceniona skalą KDQOL-HD wyniosła przeciętnie 51,48% w porównaniu do 76,39% w CG i korelowała silnie ujemnie z objawami depresji oraz lęku.
- ◆ Do czynników, które najistotniej modyfikowały ryzyko zgonu pacjentów HD, należą jakość życia oceniana skalą KDQOL-HD oraz poziom depresji określany testem BDI-HD. Poziom lęku nie wpływał istotnie statystycznie na ryzyko zgonu.
- ◆ Odnotowałem powolną poprawę wskaźników QOL, depresji i lęku wyrażoną jako korelacja tych parametrów z liczbą miesięcy leczenia nerkozastępczego. Przedstawiłem również zgodną ze wstępnymi obserwacjami ewolucję parametrów QOL, depresji i lęku w trakcie pierwszych dwóch lat leczenia hemodializami.
- ◆ Monitorowanie jakości życia oraz stanu psychiki chorych przewlekle leczonych hemodializą wraz z dążeniem do optymalizacji tych czynników powinno tworzyć nieodłączny element terapii nerkozastępczej.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Karnofski DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Ed. MacLeod CM. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia U. Press, New York 1949.
- 2) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 561-571.
- 3) Snaith RP, Baugh SJ, Clayden AD, et al: The Clinical Anxiety Scale: an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. Br J Psychiatry 1982; 141: 518-23.
- 4) Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67: 361-370.

- 5) Endler NS, Parker JDA. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Multi-Health Systems, Toronto, 1990.
- 6) Kmiecik-Baran K., Skala Wsparcia Społecznego. Teoria i właściwości psychomotoryczne. Przegląd Psychologiczny 1995 (1-2), 38: 191-215.
- 7) Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. J Person Social Psychol, 1994; 67: 1063-1078.
- 8) Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Instrument. Quality of Life Research, 1994; 3: 329-338.
- 9) Cantril H. The Pattern of Human Concerns. Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, 1965.