

Σχέση Κόπωσης και Κατάθλιψης σε Χημειοθεραπευόμενους Ασθενείς

Μαρία Πολυκανδριώτη,¹ Ελένη Ευαγγέλου,² Ευάγγελος Δούσης,³ Δημήτριος Κουκουλάρης,⁴ Δέσποινα Βασιλείου,⁵ Ελένη Κυρίτση⁶

Relation of Fatigue and Depression

Abstract at the end of the article

¹Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

²Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

³Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

⁴Απόφοιτος Ιατρικής,

⁵Φοιτήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

⁶PhD, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

Υποβλήθηκε: 24.7.2009

Επανυποβλήθηκε: 8.12.2009

Εγκρίθηκε: 18.1.2010

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Ελένη Κυρίτση

Μαγνησίας 47

142 32 Περισσός

Τηλ.: 210 25 86 806

e-mail: ekyr@theiath.gr

Εισαγωγή: Η κόπωση και η κατάθλιψη που βιώνουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, αποτελούν πολυδιάστατα-σύνθετα προβλήματα, τα οποία μοιράζονται κοινά εμπειρικά χαρακτηριστικά. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης κόπωσης και κατάθλιψης, που βιώνουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. **Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 159 χημειοθεραπευόμενοι ασθενείς. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση της κλίμακας "Piper Fatigue Scale, PFS" και της κλίμακας "Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)". Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15 και τη στατιστική δοκιμασία χ^2 . **Αποτελέσματα:** Το 34% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν άνδρες και το 66% γυναίκες. Από τα περιγραφικά αποτελέσματα βρέθηκε ότι όλοι οι ασθενείς βίωναν κάποιου βαθμού κόπωση, αλλά μέτρια έως έντονου βαθμού κόπωση βίωνε το 40,3%, ενώ ήπια έως έντονη κατάθλιψη βίωνε το 32,3% του πληθυσμού της μελέτης. Επίσης, βρέθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι ένιωθαν κόπωση για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σχεδόν πάντοτε βίωναν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, $p \leq 0,001$. Όσον αφορά στην επίδραση της έντασης της κόπωσης στο βαθμό κατάθλιψης βρέθηκε ότι η μέτρια ή και η έντονη ένταση κόπωσης προκαλούσε υψηλού βαθμού κατάθλιψη, $p \leq 0,001$. Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όταν η συνολική βαθμολογία των μεταβλητών της συμπεριφορικής διάστασης της κόπωσης ήταν από μέτρια έως έντονη παρατηρείτο και υψηλού βαθμού κατάθλιψη, $p \leq 0,001$. Η μέτρια ή έντονη ένταση βαθμολογία της διάστασης της νοηματοδότησης της κόπωσης προκαλούσε και έντονη ένταση κατάθλιψη, $p \leq 0,001$. Η μέτρια ή έντονη ένταση βαθμολογία της διάστασης της νοηματοδότησης της κόπωσης προκαλούσε και έντονη ένταση κατάθλιψη, $p \leq 0,001$. Επίσης, η μέτρια ή η έντονη ένταση της συνολικής βαθμολογίας της αισθητηριακής και της γνωσιακής διάστασης της κόπωσης προκαλούσαν έντονη ένταση κατάθλιψη, $p \leq 0,001$, αντίστοιχα. **Συμπεράσματα:** Η ένταση της κόπωσης επηρεάζει την ένταση της κατάθλιψης. Επειδή τα συμπτώματα της κόπωσης και της κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς, οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι υποκειμενικά, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να στηρίζονται στις αναφορές των ασθενών και να συνεκτιμούν τα ατομικά τους χαρακτηριστικά, που τους κάνουν πιο ευάλωτους στην εκδήλωση των συγκεκριμένων συμπτωμάτων.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατάθλιψη, κόπωση, χημειοθεραπεία

Εισαγωγή

Η κόπωση αποτελεί το πιο σύνηθες σύμπτωμα, που βιώνουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Συνήθως, περιγράφεται ως μια ασυνήθης, υπερβολική και επίμονη κατάσταση, η οποία όμως δε σχετίζεται με την καταβολή προσπάθειας, αλλά ούτε και υποχωρεί με την ανάπαυση, γεγονός που τη διαφοροποιεί από την κόπωση, την οποία βιώνει ο γενικός πληθυσμός. Συχνά, το σύμπτωμα παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα και μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας των ασθενών.^{1,2}

Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η διάγνωση του καρκίνου, εκτός από σωματικές επιπτώσεις επιφέρει και αλλαγές στον ψυχικό κόσμο του ασθενούς, οι οποίες ποικίλλουν από ήπιας έντασης λύπη, φόβο έως ανικανότητα, άγχος, κοινωνική απομόνωση και κατάθλιψη.

Πλήθος ερευνών επισημαίνουν ότι η κόπωση συχνά συνοδεύεται από ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών και σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο αυτών συμπτωμάτων, η οποία όμως δεν έχει μελετηθεί πλήρως.³⁻⁵

Τόσο η κόπωση όσο και η κατάθλιψη αποτελούν πολυδιάστατα-σύνθετα φαινόμενα με ποικίλες φυσικές, συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές συνιστώσες, τα οποία μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά. Από μελέτες φαίνεται ότι τα νεαρά άτομα και οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κόπωσης και κατάθλιψης. Τα υψηλά επίπεδα έντασης της κατάθλιψης και της κόπωσης σχετίζονται με προηγούμενες εγχειρήσεις, τον τύπο του καρκίνου και τις μεταστάσεις. Επίσης, ψυχολογικοί παράγοντες όπως είναι το έντονο άγχος, η σύγχυση και ο θυμός σχετίζονται με υψηλά επίπεδα έντασης κατάθλιψης και κόπωσης.⁶⁻⁹

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης κόπωσης και κατάθλιψης, που βιώνουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

Υλικό—Μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 159 ογκολογικοί ασθενείς, που προσέρχονταν σε τμήματα βραχείας νοσηλείας ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων από τον Ιούνιο έως το Δεκέμβριο του 2007. Για τη συλλογή των στοιχείων συμπληρώθηκε η κλίμακα “Piper Fatigue

Scale, PFS” και η κλίμακα “Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)” μετά από συνέντευξη με τους ασθενείς, ενώ προηγουμένως είχε εξασφαλιστεί προφορική πληροφόρηση συναίνεση.

Η κλίμακα “Piper Fatigue Scale” μετρά τέσσερις διαστάσεις της κόπωσης, όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής και είναι η συμπεριφορική, η νοηματική, η αισθητηριακή και η γνωσιακή διάσταση. Αποτελείται από 22 προτάσεις που βαθμολογούνται από 0–10, όπου το 0 σημαίνει καθόλου κόπωση, το 1–3 ήπιας έντασης κόπωση, το 4–6 μέτριας έντασης κόπωση και το 7–10 σοβαρής έντασης κόπωση.¹⁰

Η κλίμακα SDS είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο διαγνωστικό εργαλείο ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες τοποθετούνται ως αρνητικές ή θετικές δηλώσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με κλίμακα τύπου Likert, τεσσάρων σημείων, όπου το 4 αντιπροσωπεύει την πλέον δυσμενή απάντηση.¹¹

Συνολικά και οι δύο κλίμακες παρουσιάζουν υψηλή αξιοπιστία, μεγάλη εσωτερική εγκυρότητα, όπως φαίνεται από το συντελεστή Cronbach’s alpha που είναι >0,80.

Η κάθε διάσταση της κόπωσης συγκρίθηκε με τις διαβαθμίσεις της κατάθλιψης.

Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15 και τη στατιστική δοκιμασία χ^2 .

Τηρήθηκαν όλες οι δεοντολογικές αρχές που απαιτούνται για τη διεξαγωγή μιας κοινωνικής έρευνας.

Αποτελέσματα

α. Περιγραφικά αποτελέσματα

Από τους 159 ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη, το 34,0% ήταν άνδρες (n=54) και το 66,0% ήταν γυναίκες (n=105). Τα περιγραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης φαίνονται στους πίνακες 1 και 2.

Ως προς την ηλικία των ασθενών, το 25,8% ήταν ηλικίας <50 ετών, το 28,9% ήταν 51–60 ετών, το 20,8% 61–70 ετών και το 24,5% ηλικίας >70 ετών. Από τις γυναίκες, το 3,8% ήταν σε αναπαραγωγική ηλικία, το 16,3% στην κλιμακτήριο και το 79,8% στην εμμηνόπαυση.

Ως προς το επάγγελμα των ασθενών, το 25,9% ήταν ιδιωτικοί ή δημόσιοι υπάλληλοι, το 14,6% ελεύθεροι επαγγελματίες, το 25,9% συνταξιούχοι και το 33,5% ασχολείτο με τα οικιακά.

Όσον αφορά στο μορφωτικό τους επίπεδο, το 25,2%

Πίνακας 1. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Δημογραφικά στοιχεία	n	%
<i>Φύλο</i>		
Άνδρες	54	34,0
Γυναίκες	105	66,0
<i>Γενετήσια ηλικία γυναικών</i>		
Αναπαραγωγική	4	3,8
Κλιμακτήριος	17	16,3
Εμμηνόπαυση	83	79,8
<i>Ηλικία</i>		
<50 ετών	41	25,8
51 - 60 ετών	46	28,9
61 - 70 ετών	33	20,8
>70 ετών	39	24,5
<i>Επάγγελμα</i>		
Ιδιωτικός υπάλληλος	41	25,9
Ελεύθερος επαγγελματίας	23	14,6
Συνταξιούχος	41	25,9
Οικιακά	53	33,5
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>		
Πρωτοβάθμια	40	25,2
Δευτεροβάθμια	73	45,9
Τριτοβάθμια	46	28,9
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Έγγαμος	24	15,1
Άγαμος	135	84,9
<i>Τόπος διαμονής</i>		
Μικρή πόλη	8	5,0
Μεγάλη πόλη	151	95,2

ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 45,9% δευτεροβάθμιας και το 28,9% ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Μεταστατική νόσος υπήρχε στο 32,3% των ασθενών.

Ως προς τη γραμμή των χημειοθεραπειών που ακολούθησαν οι ασθενείς, στο 39% ήταν επικουρική, στο 32,1% ήταν 1ης γραμμής, στο 22% 2ης γραμμής και στο 6,9% ήταν 3ης γραμμής.

Όσον αφορά στο χρόνο από την έναρξη των χημειοθεραπειών μετά από τη διάγνωση, στο 29,5% ήταν <1 μήνα, στο 20,5% ήταν 2–4 μήνες και στο 50% ήταν >4 μήνες.

Ως προς τον κύκλο των χημειοθεραπειών, κατά την είσοδο στη μελέτη των ασθενών το 26,4% βρισκόταν στον 1ο κύκλο, το 15,7% στο 2ο, το 11,9% στον 3ο, το 10,1% στον 4ο και το 35,8% βρισκόταν στον 5ο κύκλο.

Όσον αφορά στη σίτιση των ασθενών, το 71,7% τη

Πίνακας 2. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τα κλινικά τους χαρακτηριστικά.

Κλινικά χαρακτηριστικά	n	%
<i>Συνύπαρξη μεταστατικής νόσου</i>		
Ναι	51	32,3
Όχι	107	67,7
<i>Χρόνος από την έναρξη ΧΜΘ</i>		
<1	46	29,5
2–4	32	20,5
>4	78	50,0
<i>Κύκλος ΧΜΘ κατά την είσοδο στη μελέτη</i>		
1ος	42	26,4
2ος	25	15,7
3ος	19	11,9
4ος	16	10,1
5ος	54	35,8
<i>Αριθμός προηγούμενων σχημάτων</i>		
Κανένας	72	45,3
1	50	31,4
2	37	23,3
<i>Λήψη συστηματικής φαρμακευτικής αγωγής</i>		
Αντικαταθλιπτικά/υπναγωγά	13	8,3
ΜΣΑΦ/οπιοειδή	16	10,2
Άλλα/σίδηρος/αντιυπερτασικά	52	33,1
Όχι	76	48,4
<i>Συνυπάρχον νόσημα</i>		
Όχι	73	45,9
Μεταβολικά	33	20,8
Καρδιαγγειακά	48	30,2
Άλλο	5	3,1
<i>Διατροφή την τελευταία εβδομάδα</i>		
Επαρκής σίτιση	114	71,7
Ανεπαρκής	45	28,3
<i>Αλλαγή σωματικού βάρους μετά από την έναρξη της ΧΜΘ</i>		
Καμιά	50	31,8
Μείωση ΣΒ	52	33,1
Αύξηση ΣΒ	55	35,0

ΧΜΘ: Χημειοθεραπεία, ΜΣΑΦ: Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη,
ΣΒ: Σωματικό βάρος

χαρκτήριζε ως επαρκή, ενώ το 28,3% ως ανεπαρκή. Επίσης, αλλαγή στο σωματικό του βάρος παρουσίασε το 68,1%, από το οποίο το 33,1% παρουσίασε μείωση και το 35,0% αύξηση.

Ως προς τη χρονική διάρκεια της κόπωσης, ποσοστό 65,4% ανέφερε ότι δεν αισθάνθηκε κόπωση, το 19,5% ότι βίωσε κόπωση διάρκειας κάποιων ημερών και το 15,1% τη χαρακτήριζε σχεδόν μόνιμη.

Αντίθετα, όμως, ως προς την έντασή της, το 59,7% των ασθενών ανέφερε ήπιας έντασης κόπωση, το 33,8% μέτρια και το 6,5% σοβαρής έντασης.

Όσον αφορά στην κατάθλιψη βρέθηκε ότι το 67,7% βίωνε κατάθλιψη εντός φυσιολογικών ορίων, το 21,5% βίωνε κατάθλιψη ήπιας έντασης, το 10,2% μέτρια και μόνο το 0,6% σοβαρής έντασης κατάθλιψη.

Τελικά, μέτρια έως έντονου βαθμού κόπωση βίωνε το 40,3%, ενώ ήπια έως έντονη κατάθλιψη βίωνε το 32,3% του πληθυσμού της μελέτης.

β. Στατιστικά αποτελέσματα

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι αισθάνονταν κόπωση για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σχεδόν πάντοτε βίωναν σοβαρής έντασης κατάθλιψη, $p \leq 0,001$ (πίν. 3).

Όσον αφορά στην επίδραση της έντασης της κόπωσης στο βαθμό κατάθλιψης βρέθηκε ότι η μέτρια ή και σοβαρής έντασης κόπωση προκαλεί σοβαρής έντασης κατάθλιψη, $p \leq 0,001$ (πίν. 4).

Αναλυτικότερα, βρέθηκε ότι όταν η συνολική βαθμολογία των μεταβλητών της κόπωσης που απαρτίζουν τη συμπεριφορική διάσταση ήταν από μέτριας έως σοβαρής έντασης παρατηρήθηκε και σοβαρής έντασης κατάθλιψη, $p \leq 0,001$.

Μέτριας ή σοβαρής έντασης βαθμολογία της διάστασης της νοηματοδότησης προκαλούσε και σοβαρής έντασης κατάθλιψη, $p \leq 0,001$.

Επίσης, όταν η αισθητηριακή και η γνωσιακή διάσταση της κόπωσης είναι από μέτριας έως σοβαρής έντασης παρατηρήθηκε και σοβαρή ένταση κατάθλιψης, $p \leq 0,001$, αντίστοιχα.

Τέλος, η ανεπαρκής σίτιση προκαλούσε έντονη κόπωση και έντονη κατάθλιψη, $p = 0,044$, καθώς και η αλλαγή του σωματικού βάρους, $p = 0,010$.

Συζήτηση

Κατά τα τελευταία έτη, το ενδιαφέρον των επιστημόνων έχει στραφεί προς τη σχετιζόμενη με τον καρκίνο κόπωση και κατάθλιψη. Παρότι και τα δύο συμπτώματα ενδέχεται να έχουν την ίδια παθολογική αιτία, εντούτοις ο βαθμός αλληλεπίδρασης του ενός συμπτώματος προς το άλλο δεν έχει διερευνηθεί πλήρως.⁶⁻⁸

Στη συγκεκριμένη μελέτη, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη σχέση κόπωσης και κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το επάγγελμα. Βιβλιογραφικά, όμως, αναφέρεται ότι δημογραφικά στοιχεία σχετίζονται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης του

συνδυασμού των δύο συμπτωμάτων.⁶⁻⁸

Στην παρούσα όμως μελέτη, βρέθηκε ότι μέτριας έως σοβαρής έντασης κόπωση βίωνε το 40,3%, ενώ ήπια έως έντονη κατάθλιψη βίωνε το 32,3% του δείγματος της μελέτης. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα της έρευνας των Kim et al,¹² όπου το 21,9% των χημειοθεραπευόμενων ασθενών βίωνε μέτριας και σοβαρής έντασης κόπωση και κατάθλιψη. Επίσης, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, το ανδρικό φύλο αποτελούσε στατιστικά σημαντικό δείκτη πρόγνωσης των αρχικών επιπέδων της κόπωσης, ενώ η μικρότερη ηλικία των αρχικών επιπέδων της κατάθλιψης. Ομοίως, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση βρέθηκε να σχετίζεται με την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης και των δύο συμπτωμάτων.¹³

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, κλινικά συμπτώματα, όπως είναι η αλλαγή του σωματικού βάρους, αύξανε την ένταση της κόπωσης και της κατάθλιψης, εύρημα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα των Kim et al,¹² όπου κλινικά συμπτώματα, όπως η δύσπνοια, η αιμυμία, η απώλεια όρεξης και η δυσκοιλιότητα αποτελούσαν κοινούς παράγοντες που ευθύνονταν για τη συχνότητα εμφάνισης του συνδυασμού κόπωσης-κατάθλιψης. Συνεπώς, είναι επιτακτική ανάγκη οι ανωτέρω παράγοντες να αξιολογούνται λεπτομερώς κατά το σχεδιασμό ενός παρεμβατικού προγράμματος στήριξης και ανακούφισης των ασθενών.^{12,13}

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι ένιωθαν κόπωση για μεγάλο χρονικό διάστημα ή σχεδόν πάντοτε βίωναν σοβαρής έντασης κατάθλιψη. Μια πιθανή εξήγηση του εν λόγω ευρήματος είναι ότι η κόπωση μπορεί να επιφέρει σημαντικού βαθμού κατάθλιψη, εμμέσως. Ο ασθενής που βιώνει κόπωση για μεγάλο χρονικό διάστημα, έχει απολέσει έως ένα βαθμό τη λειτουργική του ικανότητα και αυτοφροντίδα, καταστάσεις, που επιφέρουν σημαντικού βαθμού κατάθλιψη. Η χρόνια ανικανότητα σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, όπως είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η προσαρμοστική ικανότητα προς την κόπωση υπονομεύουν τη συναισθηματική ισορροπία και επηρεάζουν το βαθμό έντασης της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με αυτά των Visser et al,¹³ όπου βρέθηκε ότι η χρόνια κόπωση που δεν ανακουφίζεται, επιφέρει κατάθλιψη. Επίσης, οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι μολονότι, η σχέση κόπωσης και κατάθλιψης είναι αμφίδρομη, ο βαθμός έντασης των δύο συμπτωμάτων δεν ακολουθεί πάντα την ίδια κοινή πορεία.¹³⁻¹⁵

Ανεξάρτητα από την επίδραση της χρονιότητας της κόπωσης στο βαθμό κατάθλιψης, η κόπωση, σύμφωνα

Πίνακας 3. Σύγκριση των μέσων τιμών κόπωσης-κατάθλιψης με τη χρονική διάρκεια της κόπωσης.

Χρονική διάρκεια κόπωσης	Συνολική βαθμολογία κόπωσης-κατάθλιψης				p≤0,001
	Ήπια	Μέτρια	Έντονη	Σύνολο	
Καθόλου κόπωση ή ώρες:					
Κόπωση	82 (78,8%)	21 (20,2%)	1 (1%)	104	
Κατάθλιψη	87,2%	42%	6,7%	100%	
Ημέρες:					
Κόπωση	8 (25,8%)	17 (54,8%)	6 (19,4%)	32	
Κατάθλιψη	8,5%	34,0%	40,0%	100%	
Εβδομάδες ή μόνιμα:					
Κόπωση	4 (16,7%)	12 (50,0%)	8 (33,3%)	24	
Κατάθλιψη	4,3%	24,0%	53,3%	100%	
Σύνολο:					
Κόπωση	94	50	15	159	
Κατάθλιψη	59,1%	31,4%	9,4%	100%	

με τα αποτελέσματα της εργασίας των Curt et al,¹⁶ ασκεί σημαντική επίδραση στο συναισθηματικό κόσμο των ασθενών. Τα αποτελέσματα της ίδιας μελέτης έδειξαν ότι το 90% της μελέτης που βίωνε κόπωση ανέφερε απώλεια συναισθηματικού ελέγχου, το 74% αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης και το 72% αισθήματα μη αποδοχής.

Η συχνότητα εμφάνισης του συνδυασμού κόπωσης-κατάθλιψης ποικίλλει από μελέτη σε μελέτη. Σύμφωνα με την έρευνα των Goldstein et al,¹⁷ το 30% του πληθυσμού της μελέτης βίωνε χρόνια κόπωση και καταθλιπτική διαταραχή, ενώ σε παλαιότερη έρευνα των Hickie et al,¹⁸ το 70% των ασθενών βίωνε ταυτόχρονα κόπωση και καταθλιπτική διαταραχή. Οι συγκεκριμένες διαφο-

ροποιήσεις αποδίδονται και σε άλλους παράγοντες που συνευθύνονται για την πρόκληση της χρόνιας κόπωσης, όπως είναι το φύλο, το χαμηλό κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο.

Σύμφωνα με την "International Classification of Diseases criteria for Cancer-related Fatigue", για την ορθή εκτίμηση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι επιτακτική ανάγκη να αποκλείεται η ύπαρξη κατάθλιψης επειδή προσδίδει άλλη εξήγηση για το σύμπτωμα της κόπωσης.^{19,20}

Όσον αφορά στην επίδραση της έντασης της κόπωσης στο βαθμό κατάθλιψης βρέθηκε ότι η μέτριας ή και σοβαρής έντασης κόπωση προκαλεί σοβαρής έντασης

Πίνακας 4. Συνολική βαθμολογία κόπωσης-κατάθλιψης σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία κατάθλιψης.

Συνολική βαθμολογία κόπωσης-κατάθλιψης		Συνολική βαθμολογία κατάθλιψης				
		Ήπια	Μέτρια	Έντονη	Σύνολο	
<i>Φυσιολογική:</i>	Αριθμός	81	24	2	107	$p \leq 0,001$
	Κατάθλιψη/κόπωση	75%	22,4%	1,9%	100,0%	
	Συνολική κατάθλιψη	87,1%	48,0%	13,3%	67,7%	
	Standard residual	2,3	-1,7	-2,6		
<i>Ήπια:</i>	Αριθμός	12	19	3	34	
	Κατάθλιψη/κόπωση	35,3%	55,9%	8,8%	100,0%	
	Συνολική κατάθλιψη	12,9%	38,0%	20,0%	21,5%	
	Standard residual	-1,8	2,5	-0,1		
<i>Μέτρια:</i>	Αριθμός	0	7	10	17	
	Κατάθλιψη/κόπωση	0,0%	41,2%	58,8%	100,0%	
	Συνολική κατάθλιψη	0,0%	14,0%	68,71%	10,8%	
	Standard residual	-3,2%	0,7%	6,6%		
<i>Σύνολο:</i>	Αριθμός	93	50	15	158	
	Κατάθλιψη/κόπωση	58,9%	31,6%	9,5%	100,0%	
	Κατάθλιψη	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

κατάθλιψη. Το εύρημα αυτό της μελέτης αναφέρεται και από τη βιβλιογραφία και αποδίδεται στο γεγονός, ότι διάφοροι παράγοντες συνεπικουρούν στην εκδήλωση υψηλότερων επιπέδων κατάθλιψης, επηρεάζοντας το διαφορετικό επίπεδο ενέργειας που διαθέτει κάθε άτομο. Οι κυριότεροι παράγοντες είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετεί κάθε άτομο, όπως επίσης το άγχος, το φύλο ή ακόμη και βιολογικοί παράγοντες, όπως αλλαγές στο ανοσοποιητικό κ.ά. Σύμφωνα με τη μελέτη των Respini et al,² άτομα ηλικίας <54 ετών, που ένιωθαν κόπωση, βίωναν επίσης και μεγαλύτερου βαθμού κατάθλιψη συγκρινόμενα με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και αυτό αποδίδεται στο γεγονός, ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, έχοντας εκπληρώσει οράματα και φιλοδοξίες ζωής, βιώνουν μικρότερου βαθμού κατάθλιψη.

Επίσης, το έντονο άγχος και οι εξοντωτικοί ρυθμοί που αφορούν στη νόσο και τη θεραπεία είναι από μόνους τους ικανοί παράγοντες να καταβάλλουν τον ευαίσθητο ανθρώπινο οργανισμό και να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Από τα αποτελέσματα ερευνητικών μελετών φάνηκε ότι η προσωπικότητα του ασθενούς, η αισιοδοξία και η ενεργός συμμετοχή σε αντίξοες καταστάσεις, συμβάλλουν στη μείωση της κατάθλιψης, που σχετίζεται με την κόπωση. Οι αισιόδοξοι ασθενείς είχαν καλού βαθμού προσαρμογή προς την κόπωση και τη νόσο γενικότερα και αναζήτησαν νωρίτερα ιατρική φροντίδα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.²⁰⁻²⁴

Ειδικότερα, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι υψηλή βαθμολογία όλων των διαστάσεων που χαρακτηρίζουν την κόπωση (γνωσιακή, αισθητηριακή, συμπεριφορική και νοσηματοδότησης), προκαλεί σοβαρής έντασης κατάθλιψη.

Παρότι πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο και τη θεραπεία επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη ζωή των ασθενών και επηρεάζει το συναισθηματικό τους κόσμο, εντούτοις μικρός αριθμός ερευνητικών δεδομένων εστιάζεται στη σχέση όλων των διαστάσεων της κόπωσης με την κατάθλιψη.

Η γνωστική διάσταση αφορά στην ικανότητα συγκέντρωσης, στην ικανότητα μνημονικής ανάκλησης και στο βαθμό εγρήγορσης. Οι υποκειμενικές εμπειρίες κόπωσης συγκαταλέγονται στην αισθητηριακή διάσταση, ενώ στη συμπεριφορική διάσταση περιλαμβάνονται οι αλλαγές στη διάθεση, στον ύπνο, στη διατροφή, στις κοινωνικές και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες, στο επίπεδο λειτουργικότητας και στην ικανότητα για εργασία.

Η κατάθλιψη και όλες οι διαστάσεις της κόπωσης επηρεάζουν αρνητικά τόσο την πορεία της νόσου όσο και τον ψυχικό κόσμο του ασθενούς. Το έλλειμμα σε κάθε

διάσταση της κόπωσης επηρεάζει την εκδήλωση και το βαθμό κατάθλιψης με μια σειρά αλληλεπιδράσεων. Είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο και οι διαστάσεις που την απαρτίζουν, προκαλούν φυσικούς περιορισμούς, σωματική εξασθένηση, απώλεια του βαθμού λειτουργικότητας. Ως συνέπεια, ο περιορισμός του ρόλου που επιβάλλει η κόπωση, όπως είναι η ανικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες ή στην εργασία του, επηρεάζουν τη συναισθηματική ισορροπία του ασθενούς. Καθώς περιορίζονται οι βασικές ικανότητες επικοινωνίας που απαιτούνται για την εκτέλεση εργασίας και τις καθημερινές δραστηριότητες, ο ασθενής αρχίζει να αποφεύγει τις κοινωνικές επαφές, γιατί νιώθει αδύναμος να συμμετέχει σε φυσιολογικές συζητήσεις, χάνει την αίσθηση του κόσμου που αποτελείται από υγιή άτομα ενώ η επικοινωνία καθίσταται ολοένα και δυσκολότερη. Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες σε συνδυασμό με την απώλεια της θετικής εικόνας εαυτού συντελούν στην εκδήλωση και το βαθμό κατάθλιψης. Η εν λόγω ερμηνεία επιβεβαιώνεται από άλλες μελέτες που έχουν δείξει ότι η μείωση της συνολικής δραστηριότητας των ασθενών με καρκίνο σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την παρουσία και την ένταση των διαστάσεων της κόπωσης.²⁴⁻³³

Όταν προστεθούν και άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως είναι οι οικονομικοί περιορισμοί που απορρέουν από τη νόσο και ο χαμηλός βαθμός στήριξης των ασθενών, τότε η κατάσταση συγχέεται ολοένα και περισσότερο ενώ ο βαθμός επίδρασης του ενός συμπτώματος προς το άλλο είναι δύσκολο να διευκρινιστεί.²⁴⁻³³

Η ανεπάρκεια της γνωσιακής διάστασης αποτελεί σύνηθες φαινόμενο που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο σε κάθε στάδιο της νόσου.³⁴ Μελέτες αναφέρουν ότι το 15-50% των ασθενών που έχουν λάβει χημειοθεραπεία εκδηλώνει διαφορετικού βαθμού γνωστική εξασθένηση, η οποία επιδρά κυρίως στην προσοχή, στη συγκέντρωση, στη μνήμη και στο λόγο. Ειδικότερα, έχει βρεθεί ότι η γνωστική εξασθένηση σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τη σωματική κόπωση και λιγότερο με την πνευματική. Επίσης, άλλες μελέτες έδειξαν ότι η εξασθένηση της μνήμης σχετιζόταν στατιστικώς σημαντικά με τη γενική και την πνευματική κόπωση, ενώ η εξασθένηση του λόγου σχετιζόταν με την πνευματική κόπωση.³⁵⁻⁴⁰

Η πλήρης αιτιολογία της γνωστικής εξασθένησης χημειοθεραπευόμενων ασθενών παραμένει άγνωστη, εντούτοις φαίνεται ότι ευθύνονται αρκετοί μηχανισμοί, όπως είναι η νευροτοξικότητα, το άγχος, η καταστροφή του DNA, η εξασθένηση του ανοσοποιητικού, η απελευθέρωση κυτταροκινών κ.ά.³⁵⁻⁴⁰

Επειδή οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν συχνά έλλειμμα σε όλες τις διαστάσεις της κόπωσης, οι περισσότερες παρεμβάσεις εστιάζονται προς αυτές τις κατευθύνσεις και μπορεί να είναι φαρμακολογικές, συμπεριφορικές, όπως είναι εκπαίδευση-ενημέρωση για στήριξη της προσοχής και παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής, όπως είναι το περιβάλλον εργασίας, που δεν θα προκαλεί απόσπαση της προσοχής ή απασχόληση με ευέλικτο ωράριο.³⁵⁻⁴¹ Σύμφωνα με την έρευνα των Gielissen et al,⁴¹ η θεραπεία της γνωστικής εξασθένησης σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τη μείωση του βαθμού κόπωσης. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να γνωρίζουν ότι η σχέση γνωστικής εξασθένησης και βαθμού κατάθλιψης διαφοροποιείται συνεχώς και

είναι ανάλογη της πορείας της νόσου και άλλων παραμέτρων.

Συμπεράσματα

Η ένταση της κόπωσης είναι ανάλογη του βαθμού έντασης της κατάθλιψης και το αντίστροφο. Σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα είναι παράγοντες που αποτελούν τον πυρήνα της κατάθλιψης αλλά και ταυτόχρονα αποτελούν τον πυρήνα της κόπωσης, συνθέτοντας έτσι μια ολότητα που είναι δύσκολο να διευκρινιστεί. Η επιστημονική ομάδα πρέπει να αξιολογεί ξεχωριστά κάθε σύμπτωμα κόπωσης-κατάθλιψης, ώστε να αντιμετωπίζονται εκάστοτε με τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο.

ABSTRACT

The Relationship between Fatigue and Depression in Patients undergoing Chemotherapy

Maria Polikandrioti,¹ Helen Evagelou,² Evangelos Dousis,³ Dimitrios Koukoularis,⁴ Despina Vasiliou,⁵ Helen Kyritsi⁶

¹Laboratory Instructor, First Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ²Associate Professor, First Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ³Laboratory Instructor, First Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ⁴Doctor, Athens, ⁵Undergraduate Student, First Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ⁶PhD, Professor, First Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens, Athens, Greece

Background: The fatigue and depression that are experienced by patients undergoing chemotherapy are two separate multidimensional problems that share common features. **Aim:** To explore the relationship between fatigue and depression in patients undergoing chemotherapy. **Method:** The study sample consisted of 159 patients undergoing chemotherapy. Data were collected by the completion of the "Piper Fatigue Scale" and the "Zung Self-Rating Depression Scale (SDS)". Statistical analysis was performed by the statistical package SPSS-15 using the χ^2 -test. **Results:** Of the participants, 34% were men and 66% women. The descriptive data showed that all the patients experienced some level of fatigue, but mild to severe intensity of fatigue was experienced by 40.3%, while mild to severe levels of depression were experienced by 32.3%. Patients who experienced fatigue, either for a long period of time or almost continuously, also reported a severe degree of depression ($p \leq 0.001$). Regarding the impact of the intensity of fatigue on the level of depression, it was found that mild or severe intensity of fatigue caused severe level of depression ($p \leq 0.001$). In detail, it was found that when the total score of the variables related to the behavioural dimension of fatigue indicated mild to intense intensity, then a severe degree of depression was observed ($p \leq 0.001$). A score of mild or severe intensity on affective meaning dimension of the fatigue scale was associated with a severe degree of depression ($p \leq 0.001$). A total score indicating mild or intense intensity on the sensory and cognitive dimension of the fatigue scale was also associated with a severe degree of depression ($p \leq 0.001$). **Conclusions:** The intensity of fatigue influences the degree of depression in patients undergoing chemotherapy. Since the symptoms of fatigue and depression that are experienced by patients undergoing chemotherapy are subjective, health professionals should take into consideration the reports of the patients and co-evaluate their personal characteristics that may make them more vulnerable to the manifestation of these symptoms. *NOSILEFTIKI* 2010, 49 (1): 53-61.

Key-words: chemotherapy, depression, fatigue



Corresponding Author: Helen Kyritsi, 47 Magnisias street, GR-142 32 Perissos, Greece, tel.: +30 210 25 86 806, e-mail: ekyr@theiath.gr

Βιβλιογραφία

- Jacobsen PB. *Assessment of fatigue in cancer patients*. Journal of the National Cancer Institute Monographs. University Press, Oxford, 2004:93–97
- Jereczek-Fossa BA, Santoro L, Alterio D, Franchi B, Fiore MR, Fossati P et al. Fatigue during head-and-neck radiotherapy: Prospective study on 117 consecutive patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007, 68:403–415
- Jean-Pierre P, Figueroa-Moseley CD, Kohli S, Fiscella K, Palesh OG, Morrow GR. Assessment of cancer-related fatigue: Implications for clinical diagnosis and treatment. *Oncologist* 2007, 12(Suppl 1):11–21
- Bower JE. Behavioral symptoms in patients with breast cancer and survivors. *J Clin Oncol* 2008, 26:768–777
- Knoop H, Prins JB, Stulemeijer M, van der Meer JW, Bleijenberg G. The effect of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome on self-reported cognitive impairments and neuropsychological test performance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007, 78:434–436
- Ryan JL, Carroll JK, Ryan EP, Mustian KM, Fiscella K, Morrow GR. Mechanisms of cancer-related fatigue. *Oncologist* 2007, 12(Suppl 1):22–34
- Stone P, Richards M, Hardy J. Fatigue in patients with cancer. *Eur J Cancer* 1998, 34:1670–1676
- Hofman M, Ryan JL, Figueroa-Moseley CD, Jean-Pierre P, Morrow GR. Cancer-related fatigue: The scale of the problem. *Oncologist* 2007, 12(Suppl 1):4–10
- Gutstein HB. The biologic basis of fatigue. *Cancer* 2001, 92(Suppl 6):1678–1683
- Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998, 25:677–684
- Zung WW. Zung self-rating depression scale and depression status inventory. In: Sartorius N, Ban TA (eds) *Assessment of depression*. Springer-Verlag y WHO, Berlin, 1986:221–231
- Kim Y, Hickok JT, Morrow G. Fatigue and depression in cancer patients undergoing chemotherapy: An emotion approach. *J Pain Symptom Manage* 2006, 32:311–321
- Visser MR, Smets EM. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: How are they related? *Support Care Cancer* 1998, 6:101–108
- Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecological cancer. *J Clin Oncol* 2005, 23:3052–3060
- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004, (32):57–71
- Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 2000, 5:353–360
- Goldstein D, Bennett B, Friedlander M, Davenport T, Hickie I, Lloyd A. Fatigue states after cancer treatment occur both in association with, and independent of, mood disorder: A longitudinal study. *BMC Cancer* 2006, 6:240
- Hickie I, Davenport T, Issakidis C, Andrews G. Neurasthenia: Prevalence, disability and health care characteristics in the Australian community. *Br J Psychiatry* 2002, 181:56–61
- Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: A cross-sectional study. *Ann Oncol* 2002, 13:589–598
- Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: Guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999, 4:1–10
- Respini D, Jacobsen PB, Thors C, Tralongo P, Balducci L. The prevalence and correlates of fatigue in older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2003, 47:273–279
- Faller H, Bülzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:756–762
- Heilman MV, Lee KA, Kury FS. Strengths and vulnerabilities of women of Mexican descent in relation to depressive symptoms. *Nurs Res* 2002, 51:175–182
- Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2005, 15:755–761
- Capuron L, Welberg L, Heim C, Wagner D, Solomon L, Papanicolaou DA et al. Cognitive dysfunction relates to subjective report of mental fatigue in patients with chronic fatigue syndrome. *Neuropsychopharmacology* 2006, 31:1777–1784
- Valentine AD, Meyers CA. Cognitive and mood disturbance as causes and symptoms of fatigue in cancer patients. *Cancer* 2001, 92(Suppl 6):1694–1698
- Jansen CE, Miaskowski C, Dodd M, Dowling G, Kramer J. A meta-analysis of studies of the effects of cancer chemotherapy on various domains of cognitive function. *Cancer* 2005, 104:2222–2233
- Stewart A, Bielajew C, Collins B, Parkinson M, Tomiak E. A meta-analysis of the neuropsychological effects of adjuvant chemotherapy treatment in women treated for breast cancer. *Clin Neuropsychol* 2006, 20:76–89
- Falletti MG, Sanfilippo A, Maruff P, Weih L, Phillips KA. The nature and severity of cognitive impairment associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: A meta-analysis of the current literature. *Brain Cogn* 2005, 59:60–70
- Schagen SB, van Dam FS, Muller MJ, Boogerd W, Lindeboom J, Bruning PF. Cognitive deficits after postoperative adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. *Cancer* 1999, 85:640–650
- Meyers CA. Neurocognitive dysfunction in cancer patients. *Oncology (Williston Park)* 2000, 14:75–79
- Vardy J, Wefel JS, Ahles T, Tannock IF, Schagen SB. Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction: An international perspective from the Venice cognitive workshop. *Ann Oncol* 2008, 19:623–629
- Rugo HS, Ahles T. The impact of adjuvant therapy for breast cancer on cognitive function: Current evidence and directions for research. *Semin Oncol* 2003, 30:749–762

34. Heflin LH, Meyerowitz BE, Hall P, Lichtenstein P, Johansson B, Pedersen NL et al. Cancer as a risk factor for long-term cognitive deficits and dementia. *J Natl Cancer Inst* 2005, 97:854–856
35. Ahles TA, Saykin AJ. Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive changes. *Nat Rev Cancer* 2007, 7:192–201
36. Brezden CB, Phillips KA, Abdoell M, Bunston T, Tannock IF. Cognitive function in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *J Clin Oncol* 2000, 18:2695–2701
37. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Skalla K et al. Neuropsychologic impact of standard-dose systemic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *J Clin Oncol* 2002, 20:485–493
38. Kayl AE, Wefel JS, Meyers CA. Chemotherapy and cognition: Effects, potential mechanisms, and management. *Am J Ther* 2006, 13:362–369
39. Vardy J, Rourke S, Tannock IF. Evaluation of cognitive function associated with chemotherapy: A review of published studies and recommendations for future research. *J Clin Oncol* 2007, 25:2455–2463
40. Anderson-Hanley C, Sherman ML, Riggs R, Agocha VB, Compas B. Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer: A meta-analysis and review of the literature. *J Int Neuropsychol Soc* 2003, 9:967–982
41. Gielissen MF, Verhagen S, Witjes F, Bleijenberg G. Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2006, 24:4882–4887