

Poziom lęku i depresji w ocenie pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*

The level of anxiety and depression in estimation of patients hospitalised due to Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Bogumiła Kowalczyk-Sroka¹, Halina Marmurowska-Michałowska²

¹ Z Wojewódzkiego Specjalistycznego ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Chęcinach
Dyrektor: mgr inż. K. Skowronek

² Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

Summary

Aim: The aim of the research was the subjective estimation of an average state of health and intensification of anxiety and depression of people hospitalised from Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Method: 80 people took part in the research. The average age was $M=62.76$ ($SD=8.21$). Both the Self-estimation of Depression Scale according to Zung and Spielberg's State – Trait Anxiety Inventory were used as research instruments.

Results: It was determined that the subjective estimation of state of health depends on the intensification of symptoms of depression and anxiety as state and characteristics of personality. The examined people were characterized by high level of anxiety: STAI X1- $M=46.78$ $SD=10.82$, STAI X2- $M=48.26$ $SD=7.91$.

The symptoms of depression, which were discovered among 36% of the examined people, intensified with aging of the examined, sometimes with a lasting of the illness.

Conclusions: The complex treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, including depressive and anxiety disorder, would have an influence on more successful

Słowa klucze: lęk, depresja, przewlekła obturacyjna choroba płuc

Key words: anxiety, depression, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest schorzeniem układu oddechowego, charakteryzującym się częściowo nieodwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to jest zwykle postępujące i powiązane z nieprawidłową odpowiedzią zapalną tkanki płucnej na przewlekłe działanie szkodliwych substancji [1, 2]. Rozwijające się w przebiegu choroby zaburzenia czynności

* Badanie nie było sponsorowane

płuc doprowadzają do niewydolności oddychania oraz upośledzenia wymiany gazowej w pęcherzykach płucnych, co z kolei powoduje niedotlenienie wszystkich narządów, w tym również mózgu (OUN). Łagodny niedobór tlenu może być przyczyną zgłaszania przez pacjentów objawów neurastenicznych: rozdrażnienia, napięcia, zmęczenia. Skargi mogą dotyczyć również funkcji poznawczych pod postacią zaburzeń pamięci świeżej, gorszej sprawności myślenia, uczenia się, „zmęczenia umysłowego” [3]. Wraz z postępem choroby większość chorych doświadcza uczucia strachu, związanego z występującymi lub przewidywanymi epizodami duszności. Pojawiają się również zaburzenia nastroju pod postacią zespołów depresyjnych [1, 4, 5, 6]. Zaburzenia nastroju wynikają zarówno z uszkodzenia mózgu, zmian w wydzielaniu neurotransmiterów, jak i reakcji psychologicznej na ciężką chorobę, jaką jest przewlekła obturacyjna choroba płuc [7]. Wpływa to w istotny sposób na społeczne i zawodowe funkcjonowanie osób cierpiących na POChP.

Celem pracy była ocena nasilenia lęku oraz depresji u osób z potwierdzonym rozpoznaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP).

Material i metody

Badaniem objęto 80 chorych hospitalizowanych z powodu POChP w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Chęcinach k. Kielc.

Wśród badanych pacjentów mężczyźni stanowili 81,25% (65 osób), kobiety 18,75% (15 osób). Średnia wieku wynosiła $M = 62,76$, rozpiętość od 46 do 80 lat ($SD = 8,21$).

Pacjenci objęci badaniem reprezentowali zróżnicowany poziom wykształcenia. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (46,25%), następnie zawodowym (30%), średnim (21,25%), wyższym (2,5%). 90% badanych (72 osoby) miało status rencisty lub emeryta, 5% – osoby bezrobotnej, i zaledwie 5% – osoby czynnej zawodowo przebywającej na zwolnieniu lekarskim z powodu hospitalizacji.

Wszyscy badani byli na wstępie poinformowani o celu i rodzaju badań, na które wyrazili zgodę. Badanie przeprowadzono w okresie od lutego do sierpnia 2003 r.

Oceny wystąpienia i nasilenia ewentualnych zaburzeń depresyjnych dokonano za pomocą Skali Samooceny Depresji wg Zunga (dalej: Skala Depresji Zunga). Spośród 20 cech wchodzących w skład testu badany określał sobie właściwą częstotliwość (rzadko, czasem, często, stale). Zgodnie z przyjętą interpretacją wyników przez Zunga [8], Terelaka i wsp. [9] wartości poniżej 50 punktów są wartościami prawidłowymi, 50–59 punktów świadczy o obecności depresji stopnia lekkośredniego, 60–69 punktów – depresja stopnia średniociężkiego, 70 i więcej punktów wskazuje na obecność ciężkiej depresji.

W celu oceny nasilenia lęku użyto Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory STAI) C.D. Spielbergera, w opracowaniu Wrześniewskiego i Sosnowskiego [10, 11, 12]. Inwentarz zawiera 40 stwierdzeń, z których połowa ocenia lęk jako stan uwarunkowany sytuacyjnie (STAI-X1), pozostałe 20 – jako względnie

stałą cechą osobowości (STAI-X2). Inwentarz jest metodą samoopisową i zadaniem osoby badanej było zaznaczenie, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do niej samej poprzez wybór jednej z czterech odpowiedzi. Poziom lęku w obu skalach wyrażony jest liczbą punktów, i oddzielnie dla skali X1 i skali X2. Wyniki surowe, które w każdej ze skal mogą wahać się od 20 (niski poziom lęku) do 80 punktów (wysoki poziom lęku) można ocenić odnosząc je do odpowiednich norm stenowych lub centylowych.

Pomimo że samoocenę pacjenta, zwłaszcza depresyjnego, może modyfikować zaniżona ocena własna, dyssymulacja i agrawacja, specyficzny styl poznawczy [13], to jednak wysokie korelacje między oceną a samooceną depresji w odniesieniu do objawów somatycznych odnotowane przez Wciórkę [14] i innych autorów [13] potwierdzają przydatność skal samooceny. Dzięki nim możliwe jest poznanie subiektywnego rozmiaru cierpienia chorego.

Metody te wybrano ze względu na ich rzetelność i trafność potwierdzoną w piśmiennictwie [8, 9, 12, 14] oraz łatwość stosowania, możliwość porównawczego opracowania wyników (zwłaszcza STAI).

Dodatkowo ankietowani dokonali samooceny ogólnego stanu zdrowia poprzez zaznaczenie na 5-punktowej skali właściwej dla siebie odpowiedzi: 1 – bardzo zły, 2 – zły, 3 – ani zły, ani dobry, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry.

Pozostałe dane zebrano na podstawie standaryzowanego kwestionariusza wywiadu.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Za znamienne statystycznie przyjęto poziom istotności $\alpha < 0,05$.

Wyniki

Uzyskane wyniki badań wskazały, że u ponad połowy badanych nie pojawiły się zaburzenia depresyjne. Żadna z badanych osób nie uzyskała wyniku wskazującego na ciężką depresję w Skali Depresji Zungo. Szczegółowe wyniki badań zawiera tabela 1.

Przedziały Skali Depresji Zungo	Kobiety		Mężczyźni		K+M		Wiek K+M	
	N	%	N	%	ON	%	M	SD
20-40	6	40,00	45	69,23	51	63,75	62,33	8,92
50-59	7	46,67	15	23,08	22	27,50	63,09	6,79
60-69*	2	13,33	5	7,67	7	8,75	64,86	7,54
Razem	15	100,00	65	100,00	80	100,00		

* Maksymalny uzyskany w badaniach wynik = 65 pkt (brak przedziału 70–80)

1.

Z tabeli wynika, że u 29 osób (36,25% badanych) stwierdzono zaburzenia depresyjne o różnym nasileniu, w tym u 22 osób (27,5%) w stopniu lekkośrednim, a u 7 osób (8,75 %) zaburzenia depresyjne osiągnęły stopień średniociężki.

Najczęściej zgłaszanymi przez pacjentów objawami, występującymi często lub

stale były:

1) obniżona aktywność złożona	– 65 badanych (81,25%)
2) obniżenie libido	– 56 badanych (77,00%)
3) poczucie braku satysfakcji życiowej	– 54 badanych (67,50%)
4) poranne złe samopoczucie	– 48 badanych (60,00%)
5) pesymizm	– 46 badanych (57,50%)
6) zaburzenia snu	– 43 badanych (53,75%)
7) zmęczenie, znużenie bez powodu	– 41 badanych (51,25%)
8) obniżenie sprawności myślenia	– 41 badanych (51,25%)
9) tachykardia	– 39 badanych (51,25%)
10) trudności w podejmowaniu decyzji	– 32 badanych (40,00%)
11) niepokój	– 29 badanych (36,25%)
12) rozdrażnienie	– 29 badanych (36,25%)
13) niska samoocena	– 28 badanych (35,00%)
14) brak zainteresowań	– 25 badanych (31,25%)

Ponadto pacjenci zgłaszali:

– zaburzenia łaknienia	– 24 osoby (30,00%)
– przygnębienie	– 22 osoby (27,50%)
– zaparcia	– 16 osób (20,00%)
– płaczliwość	– 12 osób (15,00%)
– brak chęci do życia, myśli samobójcze	– 8 osób (10,00%)
– utratę wagi ciała	– 7 osób (8,75%)

Emocją, która bardzo często towarzyszy chorym, jest lęk. Z analizy danych wynika, iż zdecydowana większość badanych osób (77,50%) uzyskała w podskali STAI-X1 – „lęk jako stan” sumaryczną wartość równą lub wyższą niż 40 punktów. Wskazuje to na występowanie u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc znacznego nasilenia lęku. Dla stanu lęku (STAI-X1) średnia arytmetyczna uzyskała wartość 46,78 (SD=10,82), a dla lęku jako cechy osobowości (STAI-X2) – 48,26 (SD=7,9).

Ocenę wyników surowych w odniesieniu do odpowiednich, pod względem płci,

Tabela 2

STAI – poziom lęku

Poziom lęku	Stan	L- stan		L- cecha	
		N	%	N	%
Niski	1-4	7	8,75	13	16,25
Ośredni	5-6	20	25,0	31	38,75
Wysoki	7-10	47	58,75	56	70,00

przedziału wiekowego, norm stenowych przedstawia tabela 2.

Przedstawione wyniki wskazują, że badani pacjenci z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc nie tylko przejawiają lęk w sytuacjach trudnych, ale mają pewną gotowość do reagowania lękowego.

Ponad połowa badanych (63,75%) określiła swój ogólny stan zdrowia jako bardzo

zły lub zły, 23 osoby (28,75%) jako ani zły, ani dobry, a 6 osób (7,5%) jako dobry.

W analizie statystycznej uzyskanych wyników korelowano ze sobą wskaźniki lęku (X1, X2), depresji oraz poziomu samooceny ogólnego stanu zdrowia.

Wykazano zależność pomiędzy samooceną ogólnego stanu zdrowia a nasileniem depresji ($p = 0,000002$) oraz lęku X-1 ($p = 0,0006$), X-2 ($p = 0,000008$). U osób, które oceniły swój stan zdrowia jako bardzo zły lub zły stwierdzono większe nasilenie zaburzeń depresyjnych oraz wyższy poziom lęku niż u pozostałych badanych.

Płeć różnicowała badanych pod względem nasilenia jedynie zaburzeń depresyjnych ($p = 0,048$). Stwierdzono, że u 60% badanych kobiet, pod wpływem stresu związanego z chorobą oraz leczeniem szpitalnym, występowało większe nasilenie objawów depresji niż u badanych mężczyzn (40%). Natomiast nie stwierdzono korelacji pomiędzy poziomem lęku i depresji a wykształceniem badanych ($p > 0,05$).

Tabela 3

Zróznicowanie zmiennych ze względu na kategorie

Zmienna	Test t-Studenta		ANOVA (Analiza wariancji)			
	Płeć		Samoocena stanu zdrowia		Wykształcenie	
	t	p	F	p	F	p
ZUNG	1,035	0,048*	11,000	0,000002*	1,035	0,101
STAI-X1	0,500	0,570	0,421	0,0000*	1,335	0,254
STAI-X2	0,302	0,001	10,404	0,000008*	0,017	0,000

* poziom istotności $p < 0,05$

Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 3.

Przeprowadzone badanie potwierdziło, że wraz z upływem czasu trwania choroby, gdy nasilają się jej objawy, oraz pogorszeniu ulega ogólny stan zdrowia, dochodzi do występowania objawów depresji odzwierciedlającej narastające uczucie rozpaczki i niezdolności do radzenia sobie z chorobą ($p = 0,0317$). Nie stwierdzono związku pomiędzy poziomem lęku, zarówno jako stanu, jak i cechy osobowości, a czasem trwania choroby ($p > 0,05$).

Tabela 4

Wpływ czasu trwania choroby na poziom depresji i lęku

Czas od rozpoznania choroby (lata)	0-9		10-19		20 i więcej lat		Uwzględnienie F zmienna grupuje czas choroby*	Istotność
	N=47		N=22		N=11			
Zmienna	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
ZUNG	43,17	9,75	46,27	8,47	49,00	10,29	3,616	0,0317*
X-1	46,62	11,81	49,64	9,78	45,73	8,09	0,762	0,4700
X-2	48,06	8,59	48,91	7,16	47,82	6,78	0,103	0,9021

* poziom istotności $p < 0,05$

Ocenę wpływu czasu trwania choroby na poziom lęku i depresji przedstawia tab. 4.

Z prezentowanych w tabeli danych wynika, że w grupie osób, które chorowały na POChP nie dłużej niż 9 lat, występowało mniejsze nasilenie objawów depresyjnych, $M= 43,17$, $SD=9,75$, niż w grupie osób starszych, leczonych od 10 do 19 lat, $M= 48,27$, $SD= 8,47$ czy 20 i więcej lat, $M= 49,00$, $SD=10,29$.

Omówienie wyników i dyskusja

Z danych z literatury wynika, że stan psychiczny ma ścisły związek z funkcjonowaniem układu oddechowego. Dolegliwości będące wynikiem zmian w płucach, m.in. duszność, kaszel, odkrztuszanie wydzieliny i świszczący oddech, są niejednokrotnie przyczyną niepokoju, obaw, zmęczenia, przygnębienia [1, 15].

Duszność, która jest głównym i najbardziej dotkliwym objawem choroby, ogranicza aktywność fizyczną chorych, budzi ogromny lęk i powoduje często głęboką depresję, w konsekwencji prowadząc do szeroko pojętej niesprawności ogólnej [1, 16].

Dudley i wsp. określili, że chorzy na POChP żyją w emocjonalnym gorsze, gdyż każde wyrażenie emocji prowadzi do występowania objawów, które są stresujące lub powodujące niepełnosprawność [za: 1].

Wyniki badań przeprowadzonych przez N. Eisera i wsp. pozwalają wnioskować, że syndrom niepokoju (trwogi) w zasadzie nierozzerwalnie łączy się z POChP [7, 17, 18].

Również Kinsman i wsp., badając chorych na przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc, stwierdzili, że u pacjentów, którzy samookreślili się jako w wysokim stopniu niezdolni do codziennego funkcjonowania, występował najwyższy poziom zmęczenia i doświadczania niepokoju. Przejawiali oni częściej niż inni brak zainteresowania codziennymi aspektami życia [za: 15].

Przeprowadzone przez nas badania wykazały, że chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc charakteryzuje wysoki poziom lęku oraz objawy depresyjne o różnym stopniu nasilenia. Uzyskane wyniki są spójne z pracami innych autorów, którzy wskazują na tendencję do występowania lęku, depresji w przebiegu POChP [4, 5, 6].

Zarówno w badaniu naszym, jak i Kacperczyka [19] poczucie choroby u osób badanych było tym większe, im bardziej były nasilone objawy depresyjne, co jest zgodne z obrazem klinicznym zespołów depresyjnych. Poczucie choroby zależne także było od nasilenia lęku jako cechy osobowości oraz jako odpowiedzi na sytuację. Wydaje się to zgodne z definicją lęku jako pewnej stałej cechy osobowości, która powoduje, że człowiek jest skłonny do wyolbrzymiania zagrożenia i tym samym może reagować silniejszym poczuciem choroby w sytuacjach stresowych.

Charakterystyczną właściwością lęku jako stanu jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających. Zatem objawy lęku mogłyby być indukowane przez notowane uczucie duszności oraz poczucie zagrożenia dla życia.

Wg Rosserra u chorych na przewlekłe choroby układu oddechowego występuje wysoki odsetek (50–60%) zaburzeń psychicznych [za 15].

W późnym stadium choroby, kiedy duszność występuje także w spoczynku, częstsze

obturativen Lungenkrankheit hospitalisierten Personen.

Methode: An der Studie nahmen 80 Personen teil. Das Durchschnittsalter betrug $M = 62,76$, $SD = 8,21$. Als Untersuchungsmittel wurde die Skala der Selbstbeurteilung der Depression nach Zung und der Inventar des Zustandes und Angsteigenschaften (STAI) von C.D. Spielberg angewandt.

Ergebnisse: Es wurde festgestellt, dass die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes von der Intensität der Depressionssymptome und von der Angst als Zustand und Eigenschaft der Persönlichkeit abhängig ist. Die Untersuchten charakterisierte ein hoher Angstlevel: $STAI X_1 - M = 46,78$ $SD = 10,82$, $STAI X_2 = 48,26$ $SD = 7,91$. Die Depressionssymptome, die bei 36% der Untersuchten auftraten, wurden mit dem Alter und Zeitdauer der Krankheit intensiver.

Schlussfolgerungen: Eine komplexe Behandlung der chronisch obturativen Lungenkrankheit, darunter auch Depressionsstörungen und Angststörungen könnte einen günstigeren Krankheitsverlauf beeinflussen.

Le niveau d'anxiété et de dépression estimé par les patients hospitalisés à cause des troubles chroniques obstructifs des poumons

Résumé

Objectif: Estimation subjective de l'état général de santé et d'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression des patients hospitalisés à cause des troubles chroniques obstructifs des poumons.

Méthode: On examine 80 malades, la moyenne de l'âge – $M=62,76$; $Sd=8,21$. On utilise les échelles: the Self-estimation of Depression Scale d'après Zung et State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger.

Résultats: On note que l'estimation subjective de l'état de santé dépend de l'intensité des symptômes de la dépression et d'anxiété comme état et trait de la personnalité. Le niveau d'anxiété des personnes examinées est très élevé : $STAI X1 - M=46,78$ $SD=10,82$, $STAI X2 - M=48,26$ $SD=7,91$. Les symptômes de la dépression qui se manifestent chez 36% des malades deviennent plus intenses chez les personnes plus âgées et avec la durée plus longue de la maladie.

Conclusion: La thérapie complexe des troubles chroniques obstructifs des poumons et des troubles dépressifs et anxieux peut influencer sur le cours plus salutaire de cette maladie.

Piśmiennictwo

1. *Planowanie i stosowanie programów rehabilitacji pulmonologicznej według zaleceń Amerykańskiego Stowarzyszenia Rehabilitacji Kardiologicznej i Pulmonologicznej.* Rehab. Med. nr specjalny 1999; 3: 10–87.
2. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.* Raport NHLBI/WHO. Med. Praktyczna. Wyd. specjalne 2002; 1: 9–98.
3. Marmurowska-Michałowska H. *Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną: neurastenia i zespół depersonalizacji (derealizacji).* W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria.* Tom II: Psychiatria kliniczna. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner; 2002, s. 510–514.
4. Borak J, Śliwiński P, Piasecki Z, Zieliński J. *Psychological status of COPD patients on long term oxygen therapy.* Eur. Respir. J. 1991; 4: 59–62.
5. Borak J, Chodosowska E, Matuszewski A, Zieliński J. *Emotional status does not alter exercise tolerance in patients with chronic obstructive pulmonary disease.* Eur. Respir. J. 1998; 12: 370–373.
6. Borak J, Śliwiński P, Tobiasz M, Górecka W, Zieliński J. *Psychological status of CPOD patients before and after one year of long-term oxygen therapy.* *Monaldi Arch. Chest Dis.* 1996; 51:

- 7–11.
7. Pietras T. *Przewlekła obturacyjna choroba płuc jako choroba ogólnoustrojowa*. Nowa Klin. 2000; 7, 13: 1320–1322.
 8. Zung WW. *A self rating depression scale*. Arch. Gen. Psychiatry 1965; 12: 63–70.
 9. Terelak J, Tarnowski A, Kwasucki J. *Psychometryczna użyteczność kwestionariuszy Zunga i Hendlera służących do oceny psychologicznego komponentu bólu krzyża*. Przegl. Psychol. 1993; XXXVI, 1: 81–97.
 10. Sosnowski T. *Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Charlesa D. Spielbergera*. Przegl. Psychol. 1997; XX, 2: 349–359.
 11. Sosnowski T. *Polska adaptacja Inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku*. Przegl. Psychol. 1983; XXVI, 2: 393–411.
 12. Wrześniewski K. i wsp. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2002.
 13. Marmurowska-Michałowska H, Ciupak A, Wysocka A. *Związki między wybranymi objawami depresji a ich samooceną*. W: *Pamiętnik siódmych Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego*, Jurata 24–25.09.93. Gdańsk: 1993, s. 131–133.
 14. Wciórka J. *Ocena i samoocena depresji: porównanie*. Post. Psychiatr. Neurol. 1992; 1: 349–360.
 15. Tobiasz-Adamczyk B. i wsp. *Jakość życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego*. Zdrowie Publ. 1999; CIX, 4: 133–137.
 16. Frank-Piskorska A. *Ocena jakości życia i jej udział w rehabilitacji chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego*. Pulmonol. Alergol. Pol. 1997; 65; 7–8: 563–566.
 17. Eiser N, West C, Evans S, Jeffers A, Quirk F. *Effects of psychotherapy in moderately severe COPD: a pilot study*. Eur. Respir J. 1997; 10: 1581–1584.
 18. Kołcz A, Rożek-Mróż K. *Wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na jakość życia pacjentów*. Fizjoter. 2002; 10, 1: 18–24.
 19. Kacperczyk JM. *Lęk w chorobach somatycznych*. Post. Psychiatr. Neurol. 1994; 3: 77–87.

Adres: Bogumiła Kowalczyk-Sroka
Wojewódzki Specjalistyczny ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc
26-060 Chęciny, ul. Czerwona Góra 10

Otrzymano: 9.01.2004

Zrecenzowano: 17.05.2004

