

MOŽNOSTI OCENJEVANJA DEPRESIVNE SIMPTOMATIKE PRI BOLNIKIHZ AFAZIJO ZNOTRAJ REHABILITACIJSKEGA TIMA – PILOTNA RAZISKAVA

THE POTENTIAL FOR DEPRESSION ASSESSMENT WITHIN THE REHABILITATION TEAM IN APHASIC STROKE PATIENTS – A PILOT STUDY

Vesna Mlinarič Lešnik, univ. dipl. psih., Mateja Drljegan, prof. spec. in rehab. pedagog., logop., Patricija Širca Ule, prof. spec. in rehab. pedagog., logop., dr. Barbara Starovasnik Žagavec, spec. klin. psih, mag. Nada Žemva, spec. klin. logop.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča

Izvleček

Izhodišča:

Depresija je pogost zdravstveni zaplet pri osebah, ki imajo po možganski kapi prisotne težave v govorno-jezikovni komunikaciji. V pilotni raziskavi smo preverili merske značilnosti prevoda Lestvice za oceno depresivnosti pri bolnikih z afazijo (angl. Aphasic Depression Rating Scale, ADRS), ki je namenjena oceni depresivnosti.

Metode:

V raziskavo smo vključili osem bolnikov z afazijo. Oceno depresivnosti s pomočjo ADRS so podali člani rehabilitacijskega tima, ki so bili v vsakodnevem stiku z bolnikom (diplomirana medicinska sestra, delovni terapevt in fizioterapevt).

Rezultati:

Primerjava rezultatov med različnimi ocenjevalci je pokazala nizko stopnjo skladnosti med ocenami članov rehabilitacijskega tima za posameznega bolnika.

Zaključki:

Primerjava ocen kaže nizko zanesljivost, zato bo lestvico potrebno prilagoditi, da bi jo lahko uporabljali različni člani rehabilitacijskega tima.

Abstract

Background:

Depression is common in patients who experience speech and language problems after stroke. Our pilot study evaluated the measurement characteristics of the Slovene translation for the Aphasic Depression Rating Scale (ADRS), a rating scale designed for members of the rehabilitation team.

Methods:

We included eight patients with aphasia. Members of the rehabilitation team who were in daily contact with the patient (registered nurse, occupational therapist and physiotherapist) completed the ADRS for each patient.

Results:

We observed a low degree of agreement between the rehabilitation team members.

Conclusion:

The comparison of ratings showed low inter-rater reliability. The scale should therefore be further adapted so that it could be used by different professionals within the rehabilitation team.

Keywords:

stroke; aphasia; depression; Aphasic Depression Rating Scale (ADRS); rehabilitation team

Ključne besede:

možganska kap; afazija; depresija; Lestvica za oceno depresivnosti pri bolnikih z afazijo (ADRS); rehabilitacijski tim

UVOD

Depresija je pogost zdravstven zaplet pri osebah, ki so doživele možgansko kap. V literaturi najdemo podatke, da je depresija v obdobju treh mesecev po možganski kapi prisotna pri kar 70 % bolnikov, po 12 mesecih pa še vedno vztraja pri 62 % bolnikov (1 - 3). Po nekaterih raziskavah je prevalenca hude depresivne motnje v prvem letu po kapi med 11 % in 33 %. (1). Če je do kapi prišlo v levi možganski polobli (3) in so kot posledice možganske kapi prisotne tudi govorno-jezikovne motnje oziroma afazija, je možnost za pojav depresije še večja (4 - 6). Bolniki z afazijo se soočajo s hudimi težavami na področju komunikacije, ki pomembno vplivajo na vsa življenjska področja – naj bodo to odnosi z družino in prijatelji, poklicno udejstvovanje, prosti čas ali opravljanje vsakodnevne rutine (uporaba telefona, avtomobila, nakupovanje).

Zaradi govorno-jezikovnih primanjkljajev pri teh bolnikih je ocena dejanske prisotnosti simptomov depresije in s tem prevalenca depresivnosti zelo otežena. Osebe z afazijo težko zanesljivo in veljavno sodelujejo v običajnem postopku psihološke ocene, saj uporaba uveljavljenih psihodiagnostičnih sredstev pogosto temelji na bralnem razumevanju in govornem izražanju ter rabo dominantne roke pri izvedbi posameznih nalog (4, 5, 7). Iz tega razloga so prav bolniki z afazijo najpogosteje izvzeti iz študij, ki preučujejo depresijo po kapi.

Hkrati pa vemo, da je depresivnost pri bolniku z afazijo po možganski kapi pomembno prepoznati dovolj zgodaj, saj jasno prispeva k funkcionalnemu izidu rehabilitacije in kakovosti življenja (8). Do sedaj so bili za bolnike sicer na voljo nekateri ocenjevalni pripomočki, ki z uporabo vizualnih gradiv osebam z afazijo omogočajo samooceno. Eden takih načinov, kako lahko ocenimo počutje nevroloških bolnikov, so vidne lestvice, kjer bolniki bodisi na navpični črti označijo svoje počutje ali pa označijo obliko razpoloženja, ki je prikazana s podobo obraza (žalosten, prestrašen, jezen, utrujen, poln energije, vesel in zmeden) (9). Vendar so Price in sodelavci ugotovili, da imajo bolniki, pri katerih so težave kognitivne in jezikovne narave izrazitejše, težave tudi pri izpolnjevanju teh lestvic (10).

Bolnikovo počutje lahko ocenjujejo tudi svojci ali zdravstveno osebje. Ena takšnih lestvic je Ocenjevalna lestvica depresivnosti pri bolnikih z afazijo (*angl.* Aphasia Depression Rating Scale, ADRS), ki vsebuje devet opisov vedenja in je namenjena bolnikom z afazijo v subakutnem obdobju po možganski kapi (7). Lestvica

je nastala na osnovi že obstoječih lestvic za depresijo in zajema predvsem vedenjske simptome depresije, torej simptome, ki so opazni tudi zunanjemu opazovalcu in se kažejo v spremenjenem vedenju osebe (npr. spremembe v količini medosebnih stikov, spremenjena obrazna mimika, manjša količina zaužite hrane in podobno). Izločena so nekatera merila za diagnozo depresivne motnje, kot so občutki krivde in črnogledost glede prihodnosti ter simptomi zmanjšane kognitivne učinkovitosti (zmedenost, neodločnost, motnje koncentracije), ki lahko sovpadajo s samimi posledicami možganske kapi. Avtor lestvice Benaim s sodelavci navaja, da ima ADRS dobre merske značilnosti (veljavnost, zanesljivost, občutljivost), ko bolnike ocenjujejo člani rehabilitacijskega tima (7). Uporabnost so potrdili tudi v raziskavi, kjer so bolnike večinoma ocenjevali svojci (11).

Namen naše pilotne raziskave je bil prevod, preverjanje merskih značilnosti in uporabnosti lestvice ADRS pri bolnikih z afazijo na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi. Predvsem nas je zanimala uporabnost instrumenta za člane rehabilitacijskega tima, ki so z bolnikom v vsakodnevnem stiku.

METODE**Preiskovanci**

V pilotno raziskavo smo vključili rezultate osmih bolnikov po možganski kapi, ki so bili med septembrom in decembrom leta 2016 vključeni v bolnišnični program na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča (URI-Soča), na Oddelku za rehabilitacijo po možganski kapi. V raziskavo so bili vključeni bolniki, pri katerih je bila ob logopedski oceni ugotovljena afazija, ki onemogoča ocenjevanje depresivnosti s standardiziranimi samoocenjevalnimi psihometričnimi pripomočki (pri osebah, mlajših od 60 let, Frenchayski presejalni test za afazijo (FAST) < 27 točk oziroma FAST < 25 točk pri osebah, starejših od 60 let) (12). Izključitvena merila so bili prisotnost akutne psihotične simptomatike, nevrodegenerativnih ali drugih degenerativnih bolezni ter odsotnost drugih cerebrovaskularnih dogodkov v preteklosti. Pred vključitvijo v raziskavo so bolniki oziroma njihovi svojci podali izjavo o obveščnem pristanku. Raziskava je bila opravljena skladno z načeli Kodeksa medicinske deontologije in Deklaracije iz Helsinkov. Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (12. 9. 2016).

Protokol dela

V prvem tednu bolnišnične oskrbe je oceno govorno-jezikovnih sposobnosti in primernost bolnika za vključitev v pilotno raziskavo opravila logopedinja. Trije bolniki so bili med hospitalizacijo napoteni v psihološko oceno in obravnavo, vendar glede na intenzivnost govorno-jezikovnih težav pri teh bolnikih ocena razpoloženske simptomatike z uveljavljenimi psihodiagnostičnimi pripomočki ni bila mogoča. Psihološka obravnava je ob intenzivnem timskem sodelovanju z logopedom zajemala edukacijo svojcev in vključitev v program kognitivne rehabilitacije, predvsem sistema pozornosti. V tretjem ali četrtem tednu rehabilitacijske obravnave so vključene bolnike z lestvico ADRS (Lestvica za oceno depresivnosti pri bolnikih z afazijo, *angl.* Aphasic Depression Rating Scale, 7) ocenili člani rehabilitacijskega tima, ki so bili do tedaj v vsakodnevem stiku z bolnikom (diplomirana medicinska sestra, delovni terapevt in fizioterapevt). Terapevti so v oceno dobili celotni prevod lestvice ADRS, vendar se je pri zbiranju podatkov izkazalo, da nekatere postavke (zaporedne številke 1, 4 in 6) niso bile primerne, da bi jih ocenili delovni terapevti in fizioterapevti. Postavke smo kasneje izključili iz obravnave (glej Razprava). Pred začetkom raziskave smo ocenjevalce različnih strokovnih skupin seznanili z namenom raziskave in jih hkrati vključili v krajše izobraževanje o simptomih depresije pri bolnikih po možganski kapi. Izobraževanje sta izvedla psiholog in logoped, ki sta predstavila simptome oziroma merila depresije po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB verzija 10) in namen uporabe prevoda lestvice. Logoped in psiholog sta bila na voljo za posvete ob kasnejšem izpolnjevanju lestvice.

Ocenjevalni instrumenti

Ocena govorno-jezikovnih sposobnosti je bila opravljena s pomočjo Frenchayskega presejalnega testa za afazijo (*angl.* Frenchay Apasia Screening Test, FAST) (12). Test je primeren za ocenjevanje morebitnih odstopanj govorno-jezikovnih sposobnosti pri bolniku, ki je doživel možgansko kap. Če ocenjevalec glede na rezultate testiranja oceni, da ima oseba težave na področju govorno-jezikovne komunikacije, je potrebna podrobnejša in poglobljena logopedška ocena. Presejalni test je enostaven za uporabo. Sestavljen je iz dveh slikovnih predlog in zajema štiri glavna govorno jezikovna področja: razumevanje ustnih navodil, govor (samostojen opis slikovne predloge in časovno omejeno naštevanje pojmov znotraj enega semantičnega polja), bralno razumevanje (izvedba napisanih navodil) in pisanje (samostojen opis slikovne predloge) (12).

Lestvica za oceno depresivnosti pri bolnikih z afazijo (7) v izvorni verziji zajema devet vedenjskih sklopov oziroma postavk, kjer vsak sklop zajema enega od simptomov depresije:

1. nespečnost,
2. tesnoba (psihično področje),
3. tesnoba (telesno področje),
4. gastrointestinalni sindromi,
5. hipohondrija,
6. izguba teže,
7. opazna žalost,

8. upočasnjena obrazna mimika in
9. utrudljivost.

Pri posamezni postavki je podanih več kategoričnih opisnikov. Prevod lestvice je v Tabeli 1 (avtorice prevoda: Vesna Mlinarič Lešnik, Mateja Drljepan, Patricija Širca Ule). Pri posamezni postavki ocenjevalec za določenega bolnika izbere ustrezn opisnik, ki zajema opaženo težo simptoma. Na podlagi izpolnjenega vprašalnika se izračuna skupni dosežek na lestvici. Ta predstavlja seštevek vseh opisnikov in opisuje intenziteto depresivnosti pri bolniku. Ocenjevalno lestvico izpolnjuje zgolj član rehabilitacijskega tima, ki je z bolnikom v vsakodnevem stiku.

V izvorni raziskavi o veljavnosti in zanesljivosti instrumenta so bili koeficienti korelacije med ocenjevalci in zanesljivost ob ponovnem ocenjevanju za vseh devet lestvic visoki, v povprečju 0,69 (7). Avtorji so predlagali merilo za klinično pomembno prisotnost depresije pri oceni 9 od 32 točk. Predlagano merilo (7) je glede na diagnozo s strani psihiatra pokazalo ustrezno občutljivost (0,83) in specifičnost (0,71). Za namen raziskave smo opravili tudi prevod lestvice iz slovenskega jezika nazaj v angleščino.

Statistična analiza

Po zaključeni izvedbi pilotne raziskave smo za vse podatke izračunali opisno statistiko in korelacije (Spearmanov koeficient ρ) med ocenami posameznih terapevtov na lestvici ADRS in oceno FAST. Zaradi neustreznosti prej naštetih postavk s strani delovnih terapevtov in fizioterapevtov smo v raziskavo vključili mero s šestimi lestvicami za vse tri strokovne skupine (v rezultatih opredeljene kot Fizioterapija, Delovna terapija, Zdravstvena nega) in oceno celotne lestvice s strani zdravstvene nege (v rezultatih opredeljena kot Zdravstvena nega celota). Pri statistični analizi smo uporabili paket IBM SPSS Statistic 22 (IBM Corp. Armonk, New York, ZDA) in Microsoft Excel 2013 (Microsoft, Redmond, Washington, ZDA).

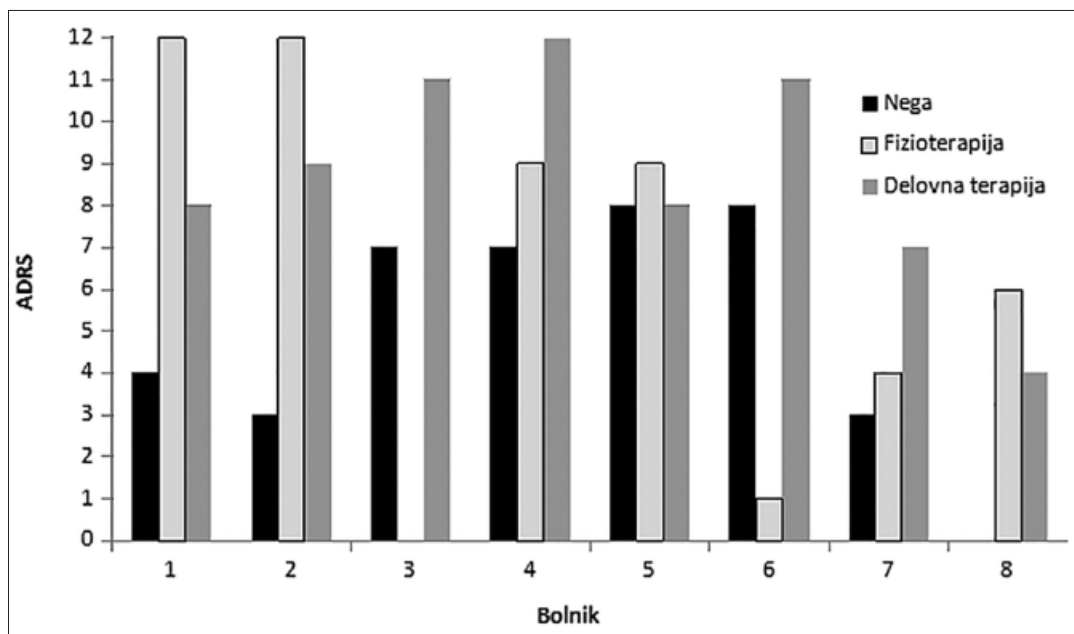
REZULTATI

Bolniki so bili stari od 53 do 72 let, v povprečju 62 let. Vključenih je bilo šest moških in dve ženski. Povprečen čas od nastopa možganske kapi je bil 4,1 mesecev (SO 1,6). Od vseh bolnikov jih je sedem utrpelo kap leve možganske poloble, en bolnik je utrpel kap obeh možganskih polobel. Ob ocenjevanju sta imela dva bolnika predpisano antidepresivno medikamentozno terapijo, pri enem od treh bolnikov, ki so bili vključeni, tudi v psihološko obravnavo (psiholog je ob oceni ugotovil blažjo do zmerno depresivno simptomatiko).

Pri oceni govorno-jezikovnih sposobnosti s FAST so bolniki v povprečju dosegali 9,3 od 27 točk (razpon: 1–22; SO 7,6). Pri posameznih merah testa so na meri razumevanja dosegali v povprečju 4,9 točk (razpon: 1–10; SO 3,0), na meri govornega izražanja 2,4 točk (razpon: 0–8; SO 3,2), na meri branja 1,7 točk (razpon: 1–5; SO 2,2) in na meri pisanja 0,9 točk (razpon: 0–3; SO 1,5).

Tabela 1: Lestvica za oceno depresivnosti pri bolnikih z afazijo.**Table 1:** Aphasia Depression Rating Scale in Slovene language.

Zap. št.	Postavka	Točkovanje
1	Nespečnost	0 = brez težav 1 = bolnik poroča, da je ponoči nemiren in ima težave s spanjem 2 = ponoči se prebuja in vstaja iz postelje (z izjemo obiska stranišča)
2	Tesnoba – psihično področje	0 = brez težav 1 = blaga napetost in razdražljivost 2 = zaskrbljenost zaradi manjših zadev 3 = zaskrbljenost je opazna na bolnikovem izrazu ali v govoru 4 = bolnikove strahove razberemo že iz besednih in nebesednih izrazov brez spraševanja
3	Tesnoba – telesno področje	0 = ni prisotna 1 = blaga 2 = zmerna 3 = huda 4 = bolnika povsem onespособi
4	Telesni simptomi – gastrointestinalni	0 = niso prisotni 1 = izguba apetita, kljub temu se prehranjuje; občutki teže v trebuhu 2 = težave pri prehranjevanju (kjer vzrok ni pareza); zaprosi ali potrebuje odvajala/zdravila za gastrointestinalne simptome
5	Hipohondrija	0 = ni prisotna 1 = osredotočen na telesne spremembe 2 = pretirana obremenjenost z zdravjem 3 = pogoste pritožbe, iskanje pomoči in podobno 4 = hipohondrična prepričanja
6	Izguba teže	0 = manj kot 0,5 kg izgube teže na teden 1 = 0,5 do 1 kg izgube teže na teden 2 = več kot 0,5 kg izgube teže na teden
7	Opazna žalost	0 = ni žalosti 1 = med 0 in 2 2 = deluje potrta, vendar se lahko brez težav razvedri 3 = med 2 in 4 4 = deluje žalosten in nezadovoljen večino časa 5 = med 4 in 6 6 = večino časa deluje zelo nesrečen; deluje izjemno potrta
8	Upočasnjena obrazna mimika	0 = glava se prosto premika, s pogledom opazuje sobo ali je usmerjen na drugo osebo ali predmete, ki ga zanimajo 1 = izraznost obraza je blago zmanjšana, vendar težko določljiva 2 = izraznost obraza je omejena v blažji meri; bolnikov pogled je pogosto nepremičen (vendar sposoben pregledovanja), obrazna mimika je monotona (hkrati še vedno izrazna) 3 = ne premika glave/ne pregleduje sobe, večinoma strmi v strop ali tla, redko pogleda sogovornika; bolnik se težko nasmehne; izraz obraza se ne spreminja 4 = ni premikov na obrazu, obraz je povsem brezizrazen
9	Utrudljivost	0 = utrudljivosti ne opazimo spontano, bolnik jo zanika 1 = utrudljivosti ne opazimo spontano, opazna postane med pogovorom 2 = utrudljivost bolniku povzroča težave v vsakodnevnem življenju (hranjenje, umivanje, oblačenje, hoja po stopnicah ali druga fizična aktivnost, ki jo bolnik kljub motoričnim težavam sicer zmore) 3 = utrudljivost je prisotna v tolikšni meri, da se bolnik izogiba določenih aktivnosti 4 = skoraj popoln umik iz aktivnosti zaradi izrazite utrudljivosti



Slika 1: Ocene postavk Lestvice za oceno depresivnosti pri bolnikih z afazijo za posameznega bolnika (ADRS) s strani članov rehabilitacijskega tima.

Figure 1: Item scores of Aphasia Depression Rating Scale (ADRS) for individual patients by members of rehabilitation team.

Tabela 2: Opisne statistike posameznih lestvic in vsota rezultatov Lestvice za oceno depresivnosti pri bolnikih z afazijo (ADRS).

Table 2: Descriptive statistics of individual scales and sum of scores for Aphasia Depression Rating Scale (ADRS).

Področje lestvice za oceno depresivnosti	Fizioterapija		Delovna terapija		Zdravstvena nega	
	Razpon	M [SO]	Razpon	M [SO]	Razpon	M [SO]
Nespečnost *	/	/	/	/	0-2	0,50 [0,76]
Tesnoba – psihično področje	0-3	2,00 [1,20]	0-3	1,86 [1,26]	0-2	1,38 [0,92]
Tesnoba – telesno področje	0-2	1,125 [083]	0-2	1,38 [0,74]	0-2	1,00 [0,53]
Telesni simptomi – gastrointestinalni *	/	/	/	/	0-2	1,25 [10,4]
Hipohondrija	0-1	0,38 [0,52]	0-1	0,75 [0,46]	0	0,00 [0,00]
Izguba teže *	/	/	/	/	0-2	0,25 [0,71]
Opazna žalost	0-4	1,86 [1,46]	2-4	2,63 [0,74]	0-2	1,13 [0,99]
Upočasnjena obrazna mimika	0-8	0,50 [0,93]	1-2	1,25 [0,46]	0-1	0,13 [0,35]
Utrudljivost	0-3	0,75 [1,16]	0-2	0,88 [0,99]	0-3	1,4 [1,06]
Vsota 6 lestvic	0-12	6,6 [4,7]	4-12	8,8 [2,6]	0-8	5,0 [2,9]
Vsota 9 lestvic	/	/	/	/	1-10	7,0 [3,5]

Opomba: Z zvezdico (*) so označene lestvice, pri katerih fizioterapevti in delovni terapevti niso podali odgovora.

Tabela 3: Spearmanov korelacijski koeficient ρ med ocenami fizioterapevta, delovnega terapevta, višje medicinske sestre in celotno vsoto ocen diplomirane medicinske sestre (v oklepajih so vrednosti p).

Table 3: Spearman correlation coefficient ρ between scores of the physiotherapist, the occupational therapist, the nurse and the nurse's summary score (p -values in parentheses).

Terapevt /Therapist	Fizioterapevt	Delovni terapevt	Diplomirana medicinska sestra	Diplomirana medicinska sestra (celota)
Delovni terapevt	-0,134 (0,751)			
Diplomirana medicinska sestra	-0,239 (0,568)	0,620 (0,101)		
Diplomirana medicinska sestra (celota)	-0,370 (0,366)	0,494 (0,214)	0,919 (0,001)	
FAST	-0,012 (0,977)	-0,084 (0,843)	-0,546 (0,162)	-0,439 (0,276)

Opomba: V oklepaju je zabeležena vrednost p .

Legenda: FAST – Frenchay Apasia Screening Test

V Tabeli 2 so prikazane opisne vrednosti ocenjenih simptomov depresije pri bolnikih z afazijo, ki so jih podali člani rehabilitacijskega tima. Glede na priporočena merila za prisotnost klinično pomembne depresije so le-te glede na oceno diplomirane medicinske sestre pri uporabi celotne lestvice ADRS presegali trije bolniki, ki do takrat niso prejeli antidepresivne medikamentozne terapije.

V Tabeli 3 so prikazani korelacijski koeficienti med posameznimi ocenjevalci. Med ocenami različnih članov rehabilitacijskega tima ni pomembnih povezav, pri čemer so bile razlike v oceni za posameznega bolnika spremenljive (Slika 1). Krajša in začetna ocena z ADRS depresivnosti sta bili visoko in statistično značilno povezani.

RAZPRAVA

Prisotnost depresije po možganski kapi pomembno vpliva na sodelovanje bolnika v rehabilitacijskem programu, izid rehabilitacije kot tudi na dolgoročno kakovost življenja bolnika. Še posebej ranljivo skupino predstavljajo bolniki z afazijo. Zaradi pomena zgodnje prepoznavne in zdravljenja depresivne simptomatike pri bolnikih, ki zaradi govorno-jezikovnih motenj ne zmorejo sami sporočiti svoje stiske, smo prevedli lestvico ADRS. V predhodnih raziskavah se je pokazalo, da je omenjena lestvica uporaben instrument za oceno depresivnosti, ki jo lahko izvedejo člani rehabilitacijskega tima kot tudi bolnikovi svojci.

Naša raziskava je prva, ki je zajela primerjavo ocene depresivnosti med različnimi profili, ki pogosto (vsakodnevno) stopajo v stik z bolnikom, vendar ob svojih obravnavah naslavljajo različne terapevtske vsebine. Pri primerjavi ocen posameznih članov – diplomirane medicinske sestre, fizioterapevta in delovnega terapevta – so se pokazale večje razlike in neskladja pri oceni posameznega bolnika. Ob tem posamezni strokovni profili

rehabilitacijskega tima, ki se z bolnikom srečujejo zaradi izvajanja terapij, posameznih vedenjskih lestvic ozke specifičnosti opisnega simptoma depresije niso zmogli ustrezno izpolniti. Delovni terapevti in fizioterapevti so izpostavili, da pri treh lestvicah nimajo ustreznih informacij za zanesljivo oceno, saj bolnika ne srečujejo v kontekstu, kjer bi se pokazale opisane spremembe. Zato niso mogli oceniti področij nespečnost, gastrointestinalni simptomi in spremembe v teži bolnika (Tabela 1). Zato smo te postavke izključili iz obdelave rezultatov.

Ob posvetih s psihologom ali logopedom so terapevti pri oceni nespečnosti izpostavljali težave pri opredelitvi ocene, saj podatka o spanju bolnika niso imeli, prav tako bolniki zaradi govorno-jezikovnih težav pritožb o slabši kakovosti spanja niso navajali (primer opisnika za oceno 1). Pri nekaterih bolnikih so terapevti pripomnili, da je med terapijo tudi težko ločiti med zaspanostjo in utrudljivostjo bolnikov, ki je v subakutnem obdobju po možganski kapi pogosto prisotna. Ocena gastrointestinalnih simptomov je podobno predstavljala izziv za ocenjevanje s strani terapevtov, saj se veže na vedenje bolnika, ki je večinoma prisotno ob stikih z medicinskimi sestrami in zdravniki. S strani terapevtov smo prejeli podobne povratne informacije tudi glede ocen o morebitni spremembi teže. Terapevti so pripomnili, da se opisniki lestvice, ki zajemajo po 0,5 kg spremembe pri bolniku, ne odražajo v izrazitejših spremembah videza bolnika, ki bi ga terapevti v danem časovnem obdobju zmogli opaziti in oceniti. V razgovorih so se pokazale tudi težave pri razločevanju nekaterih izrazov čustvenih stanj, ki jih bolnik ne zmore besedno izraziti, na primer ločevanje zaskrbljenosti od žalosti.

V nasprotju s terapevti so diplomirane medicinske sestre lestvico lahko izpolnile v celoti. V nadaljnjem postopku smo primerjali njihovo skupno oceno (ki kot v izvorni obliki vključuje vse lestvice) in skrajšano oceno, kjer so iz vsote umaknjene prej omenjene lestvice. V naši raziskavi je sicer omejitev za nadaljnje sklepe

predstavljal majhen vzorec bolnikov, vendar se je pokazala visoka povezanost obeh ocen. Tako bi bilo v prihodnjih raziskavah instrumenta smiselno preverjati morebitno občutljivost in specifičnost krajše in morebiti bolj ekonomične oblike instrumenta, ki bi bile ob dobri napovedni veljavnosti namenjene zdravstveni negi.

Iz omejitev uporabnosti instrumenta sklepamo na pomen dodatnega izobraževanja o naravi in simptomih depresivnosti, namenjenega osebam, ki stopajo v stik z bolniki. Dodatno izobraževanje bi rehabilitacijskemu timu pomagalo k bolj poglobljenemu poznavanju kognitivnih deficitov, ki spremljajo bolezen in se prepletajo s čustveno-vedenjskimi simptomi (npr. čustvena labilnost, samoregulacija vedenja, motnje pozornosti, utrudljivost, motnje kratkoročnega pomnjenja ...) ter načinov, kako se oboji kažejo v doživljanju, vedenju in odzivanju bolnika. Omenjeni simptomi se namreč v subakutnem obdobju pogosto prekrivajo, ne glede na prisotnost govorno-jezikovnih težav. Predvsem pri bolnikih, kjer so prisotne težje oblike govorno-jezikovnih motenj – globalna afazija – je razumevanje bolnikovega doživljanja situacije izziv. Ob tem se kaže pomembnost timsko usmerjene obravnave in komunikacije znotraj članov o bolniku ter opažanj njegovega doživljanja in vedenja. Glede na dosedanje raziskave, kjer so se svojci pokazali kot dobri ocenjevalci depresivnosti, in naše izsledke, se nakazuje pomembnost njihovega vključevanja v rehabilitacijski program. Ob poznavanju značilnosti bolnika pred nastopom bolezni lahko vtis terapevtov dopolnijo s pomembnimi podatki o spremembah, ki so nastopile po nastopu bolezni kot tudi v sklopu spoprijemanja z njenimi posledicami. Ob opažanju pojava simptomov je vsekakor pomembno nadaljnje usmerjanje v bolj celostno diagnostično oceno, ki ob timski obravnavi vključuje tudi klinično-psihološki in psihiatrični pregled.

ZAKLJUČEK

Ocenjevanje depresivne simptomatike ob prisotnih govorno-jezikovnih težavah predstavlja pomemben izziv. V pilotni raziskavi so oceno depresivnosti bolnikov podali člani rehabilitacijskega tima na Oddelku za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi URI-Soča, ki bolnika srečujejo vsak dan in ga vključujejo v terapije. Pri tem so se pokazale omejitve pri podaji celostne ocene na ocenjevalni lestvici kot tudi razlike v ocenjevanju simptomatike pri bolnikih. Opisne vedenjske lestvice v splošnem sicer predstavljajo možnost objektivnega ocenjevanja, vendar le, če ocenjevalec dobro pozna bolnika v širšem razponu situacij in tudi naravo simptomov depresije.

Literatura:

- Hackett ML, Anderson CS. Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005; 36(10): 2296–301.
- Thomas SA, Lincoln NB. Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*. 2008; 39: 1240-5.
- Alajbegovic A, Djelilovic-Vranic J, Alajbegovic S, Nakicevic A, Todorovic L, Tiric-Campara M. Post stroke depression. *Med Arch*. 2014; 68(1): 47-50.
- Laska AC, Martensson B, Kahan T, von Arbin M, Murray V. Recognition of depression in aphasic stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2007; 24(1):74–9.
- Wipprecht M, Grötzbach H. Poststroke Depression bei Aphasie: Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. *NeuroGeriatric*. 2013; 10(4):149–59.
- Herrmann M, Bartels C, Wallesch CW. Depression in acute and chronic aphasia: symptoms, pathoanatomical-clinical correlations and functional implications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1993; 56(6): 672–8.
- Benaim C, Cailly B, Perennou D, Pelissier J. Validation of the aphasic depression rating scale. *Stroke*. 2004; 35(7):1692–6.
- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013; 202(1): 14–21.
- Arruda JE, Stern RA, Hooper CR, Wolfner GD, Somerville JA, Bishop DS. Visual analogue mood scales to measure internal mood state in aphasic patients: Description and initial validity evidence with normal and neurologically impaired subjects. *Arch Clin Neuropsychol*. 1996;11(5):364–364.
- Price CI, Curlless RH, Rodgers H. Can stroke patients use visual analogue scales?. *Stroke*. 1999; 30(7):1357–61.
- Laures-Gore JS, Farina M, Moore E, Russell S. Stress and depression scales in aphasia: relation between the aphasia depression rating scale, stroke aphasia depression questionnaire-10, and the perceived stress scale. *Top Stroke Rehabil*. 2017; 24(2): 114–118.
- Enderby PM, Wood VA, Wade DT, Hewer RL. The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for non specialists. *Int Rehabil Med*. 1986; 8(4): 166–70.