

REVIEW

Scale utilizate în îngrijirile paliative în evaluarea domeniului psiho-emoțional

Asist. med. general Daniela Mihalcia^{1,2}

¹Spitalul Județean de Urgență Ploiești - Secția exteroară Obstretică - Ginecologie Ploiești, România, ²Asistent medical general

Primit: 7.07.2022 • Acceptat pentru publicare: 15.07.2022

Rezumat

Conform definiției suferinței psihologice, aceasta este "o experiență emoțională neplăcută multifactorială", a cărei severitate variază de la senzații obișnuite de vulnerabilitate până la tulburări de dispoziție precum depresia și tulburarea de anxietate.

În rândul pacienților cu cancer, depresia, anxietatea, insomnia, nesiguranța și lipsa de speranță sunt o sursă de suferință destul de frecventă, dar în mare măsură ignorată. Toți pacienții cu cancer suferă un răspuns emoțional natural, deși neplăcut, la diagnosticul lor, dar o proporție considerabilă va dezvolta o depresie severă. Atât diagnosticul, cât și tratamentul cancerului au potențialul de a provoca anxietate, instabilitate emoțională și multe boli psiho-emoționale. Planificarea unei îngrijiri psiho-educative, psihosociale și terapeutice adecvate pentru pacienții cu cancer și familiile acestora, ținând cont de diferitele reacții psihologice ale pacienților cu cancer, ar putea fi utilă. Depresia, dacă nu este abordată, poate duce nerespectarea tratamentului, la creșterea duratei de internare în spital și la deces. Faptul că există multiple motive de disconfort sau suferință emoțională și că aceste cauze se modifică în timp și odată cu evoluția bolii evidențiază necesitatea unei examinări amănunțite și continue a stării de sănătate a pacientului. Există mai multe instrumente disponibile pentru a măsura suferința psiho-emoțională. Unele dintre instrumente au fost dezvoltate pentru pacienții cu cancer, în timp ce altele sunt adesea utilizate în cercetările psihiatrice sau pentru populațiile cu afecțiuni medicale. Aceste instrumente diferă foarte mult, de asemenea, în ceea ce privește complexitatea, de la măsuri amănunțite ale calității vieții care încorporează subiecte legate de sănătatea mintală până la scări analogice vizuale simple. Alegerea chestionarului și a scalei utilizate în depistarea și evaluarea domeniului psiho-emoțional ar trebui să țină cont de starea de boală și de tratament. Instrumentele de evaluare ar trebui să fie simple de utilizat și să nu necesite o pregătire substanțială pentru a putea fi utilizate în practică.

Cuvinte cheie: *instrumente, psiho-emoțional, depresie*

REVIEW

Scale used in palliative care for evaluation of psychological distress

Abstract

Accordingly to the definition, psychological distress is "a multi-factorial unpleasant emotional experience" that ranges in severity from ordinary sensations of vulnerability to mood disorders like depression and anxiety disorder. Among cancer patients, depression, anxiety, insomnia, insecurity and hopelessness are a common but largely ignored source of distress. All cancer patients experience a natural, albeit unpleasant, emotional response to their diagnosis, but a considerable proportion will develop severe depression. Both the diagnosis and treatment of cancer have the potential to cause anxiety, emotional instability and many psycho-emotional illnesses. Planning appropriate psycho-educational, psychosocial and therapeutic care for cancer patients and their families, taking into account the different psychological reactions of cancer patients, could be useful. Depression, if left unaddressed, can lead to non-compliance with treatment, increased length of hospital stay and death. There are multiple reasons of for emotional discomfort or suffering, which alter over time and the course of the disease highlights the need for a thorough and continuing examination of the patient's health. There are several tools available to measure psycho-emotional distress. Some of the instruments were developed for cancer patients, while others are often used in psychiatric research or for populations with other medical conditions. These tools differ widely in complexity as well, from thorough quality-of-life measures incorporating mental health topics to straightforward visual analogue scales. The choice of questionnaire and scale used in screening and assessment of the psycho-emotional domain should take into account the disease state and treatment. The evaluation instruments should be simple to use and not require substantial training to enable practical use.

Keywords: *tools, psycho-emotional, depression*

Introducere

Evaluarea emoțională este esențială pentru o îngrijire paliativă eficientă, deoarece emoțiile pacientului (sau ale îngrijitorului) și suferința pot fi subdiagnosticate, minimizate sau subestimate. Fără înțelegerea acestor aspecte emoționale nu putem ajuta în mod eficient pacientul.

Suferința emoțională, depresia, anxietatea, insomnia, nesiguranța și lipsa de speranță sunt forme de durere psihologică care pot coexista cu durerea fizică, depresia fiind unul dintre cele mai frecvente simptome psihologice (1). O analiză sistematică a indicat că apariția concomitentă a durerii și a depresiei este de aproximativ 36.5%. Cu cât durerea este mai intensă, cu atât este mai probabil ca pacientul să fie deprimat. Pacienții cu depresie pot folosi mai multe cuvinte afective pentru a descrie durerea, cum ar fi frică. S-a demonstrat, de asemenea, că este mai redusă calitatea vieții la cei care au atât durere, cât și depresie (2). Depresia s-a dovedit a fi, de asemenea, o barieră semnificativă în gestionarea durerii, subliniind importanța gestionării depresiei pentru a ameliora durerea (3).

În acest context emoțional, ameliorarea suferinței sau a stresului emoțional și îmbunătățirea stării de bine sunt cele două obiective prioritare ale îngrijirii paliative (4). Un prim pas pentru a satisface nevoile pacientului sau pentru a ajuta pacienții și îngrijitorii să facă față emoțiilor negative este de a le detecta. Aceasta înseamnă că este nevoie de a avea instrumente adecvate pentru a evalua suferința sau stresul emoțional și reacțiile emoționale specifice care apar în această situație complexă (5).

Orientările clinice și indicatorii de calitate pentru îngrijirea paliativă specializată recomandă evaluarea continuă a reacției psihologice la boală cu ajutorul unor instrumente de evaluare validate. Cu toate acestea, există indicii conform cărora instrumentele validate nu sunt utilizate frecvent în mediile de îngrijire paliativă de specialitate (6, 7), ceea ce înseamnă că morbiditatea psihologică este potențial subraportată și subtratată (8).

Instrumentele de screening foarte scurte (< 5 itemi) sunt atractive pentru clinicieni datorită ușurinței de utilizare (8), urmate de o evaluare mai lungă, efectuată numai pentru pacienții care raportează scoruri semnificative din punct de vedere clinic

Scala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Depresia este foarte răspândită în rândul pacienților cu cancer, ea este adesea subdiagnosticată și gestionată în mod deficitar, în special în țările în curs de dezvoltare. Aceste neajunsuri pot avea efecte negative substanțiale nu numai asupra prognosticului bolii, ci și asupra calității vieții pacienților. Patient Health Questionnaire-9 este un instrument de screening al depresiei utilizat pe scară largă.

Acest instrument necesită puțin timp pentru a fi aplicat și este simplu de punctat. Acest lucru îl face ideal pentru utilizarea în mediile clinice în care aplicarea unor instrumente de screening structurate sau semi-structurate

complete poate fi dificilă din cauza clinicilor aglomerate și a numărului redus de profesioniști (9). În două studii diferite efectuate în Kenya în rândul pacienților cu afecțiuni medicale cronice, PHQ-9 s-a dovedit a fi un instrument fiabil pentru detectarea depresiei (10,11).

Cu doar 9 întrebări/item, chestionarul are potențialul de a servi ca instrument cu dublă utilizare, care stabilește diagnosticele de tulburare depresivă folosind un algoritm categoric, precum și clasifică severitatea simptomelor depresive (12).

Scala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Anxietatea și depresia sunt simptome psihologice comune la pacienții cu cancer (13). Aceste simptome pot afecta calitatea vieții, aderența la tratament, supraviețuirea cancerului și costurile tratamentului. A fost aplicat la o gamă largă de boli (14) și au fost efectuate multiple studii pentru a testa proprietățile psihometrice ale scalei (15,16). Majoritatea studiilor psiho-oncologice care au utilizat HADS au fost efectuate în țările cu risc crescut.

Scala de Anxietate și Depresie în Spital (HADS) (17) dezvoltată de Zigmond și Snaith, este o măsură bine cunoscută de auto-raportare a suferinței emoționale și este una dintre cele mai frecvent utilizate în mediile oncologice (18), precum și în alte boli somatice (de exemplu, cardiologie, leziuni cerebrale, medicină generală).

HADS pare a fi scala de elecție pentru practica clinică în oncologie datorită următoarelor caracteristici:

- specificitatea sa menționată pentru pacienții cu boală organică (17);
- este scurtă și rapidă în administrare (durează 2-5 min) (17);
- proprietățile sale psihometrice sunt descrise ca fiind bune de majoritatea literaturii (18);
- este în general bine acceptată de utilizatori (18).

Scala scurtă de depresie Edinburgh

Scala scurtă de depresie Edinburgh (BEDS) a fost construită din Edinburgh Postnatal Depression Scale, o scală de autoevaluare cu 10 itemi, ca instrument de depistare a cazurilor de depresie, în special la pacienții cu cancer avansat (19). Versiunea prescurtată constă în șase itemi, fiecare evaluat pe o scală de 4 puncte, și oferă o sensibilitate de 72% și o specificitate de 83% cu un scor limită de 6 din 18 și a fost concepută pentru pacienți aflați în îngrijire paliativă (14). BEDS a fost studiat și utilizat în Regatul Unit și în alte țări europene (20,21,22).

Un studiu observațional realizat recent a comparat Hospital Anxiety and Depression Subscale (HADS-D) și Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) ca instrumente de depistare a tulburărilor depresive majore la pacienții cu cancer avansat într-un serviciu de îngrijire paliativă. Rezultatul acestui studiu arată ca BEDS a depășit instrumentul HADS-D în ceea ce privește discriminarea pacienților cu și fără depresie (23).

Insomnia severity index

Insomnia este insuficient recunoscută la pacienții cu cancer. Prin identificarea corelațiilor clinice și a factorilor predispozanți ai insomniei, pot fi inițiate intervenții pentru tratarea insomniei. Prezența tulburărilor de somn contribuie la apariția tulburărilor metabolice și psihiatrice și influențează supraviețuirea (24).

Evaluarea insomniei, care este cuprinzătoare, este probabil să fie mai precisă atunci când corelează somnul cu alte simptome, cum ar fi depresia, oboseala și durerea. Insomnia a primit o atenție limitată ca o potențial contribuitor la suferința pacientului și este adesea combinată cu alte simptome sau boli psihologice atunci când se evaluează suferința (25).

Există un concept înșelător (pervazivă atât în rândul medicilor, cât și al pacienților) că insomnia este o reacție așteptată la cancer și că se va rezolva de la sine (26). Această concepție greșită este o barieră în calea tratării adecvate a acestui simptom, contribuind la o evaluare inadecvată, la un tratament deficitar și la o atitudine de "urmărire și așteptare". Insomnia netratată înrăutățește simptomele asociate (27). Există mai multe instrumente care evaluează insomnia; cu toate acestea, sunt validate 2 chestionare specifice cancerului, Pittsburgh Sleep Quality Index (PQSI) și Insomnia Severity Index (Indicele de severitate a insomniei).

Dezvoltarea celei din urmă s-a bazat pe criteriile de diagnostic pentru insomnie prezentate în cea de-a patra ediție a Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM-IV) și pe Clasificarea internațională a tulburărilor de somn (ICSD). Estimările de fiabilitate ale ISI în ceea ce privește alfa lui Cronbach variază de la 0,74 la 0,92 (28).

Proprietățile psihometrice ale Insomnia Severity Index (ISI) în comparație cu itemul de somn din Chestionarul de Sănătate al Pacientului-9 (PHQ-9) au fost studiate și s-a dovedit ca ISI ar fi un instrument fiabil pentru măsurarea calității somnului percepută subiectiv, instrumentul poate fi recomandat pentru clinicieni și cercetători. Deși itemul privind somnul din PHQ-9 a avut, de asemenea, o performanță relativ bună în detectarea problemelor de somn, utilizarea unei astfel de măsuri cu un singur item în rutina clinică în locul unui chestionar validat, cum ar fi ISI nu este recomandată (29).

Mini Mental State Examination (MMSE)

Tulburările cognitive sunt printre cele mai frecvente complicații psihiatrice la pacienții cu cancer în stadiu avansat și sunt asociate cu o mai mare morbiditate și au un impact asupra înțelegerii pacienților și luarea deciziilor în ceea ce privește boala lor și consimțământul pentru cercetare (30).

Mini-examenul stării mintale este un test scurt, măsurarea cantitativă a stării cognitive la adulți. Acesta poate fi utilizat pentru a depista afectarea cognitivă la un

moment dat, pentru a urmări evoluția modificărilor cognitive la un individ de-a lungul timpului și pentru a documentarea răspunsului unui individ la tratament. MMSE și-a demonstrat validitatea și fiabilitatea în cazul tulburărilor psihiatrice, neurologice și al altor afecțiuni medicale (31).

Testarea psihometrică a scalei MMSE a furnizat dovezi că elementele de măsurare reflectă în mod corespunzător starea cognitivă la pacienții cu cancer avansat, deoarece testele de validitate și fiabilitate au dat rezultate consistente (32).

CAM (Confusion Assessment Method)

Pacienții cu cancer sunt bine cunoscuți pentru numeroasele complicații asociate cu boala lor și/sau cu modalitățile riguroase de tratament pe care le primesc. Două boli frecvent diagnosticate greșit și potențial fatale sunt starea mentală alterată (AMS) și delirul (33). Diagnosticul și tratamentul AMS și al delirului au nedumerit mult timp clinicienii (34), în special la pacienții cu boli oncologice. Pacienții cu cancer prezintă foarte frecvent AMS și/sau delir, în special la sfârșitul de viață (33).

Au fost dezvoltate mai multe instrumente pentru a facilita detectarea delirului. Wong a arătat că, dintre aceste instrumente, metoda de evaluare a confuziei (Confusion Assessment Method (CAM)) a avut cele mai multe dovezi în sprijinul utilizării sale ca și chestionar de evaluare la patul bolnavului (35). Acest chestionar a fost validat pentru a fi utilizat în populația generală în diferite medii.

Alte instrumente utilizate pentru detectarea delirului includ Scala de detectare a observației delirului, Scala de detectare a delirului în nursing și MMSE. Cu toate acestea, Bush a observat că, deși CAM și majoritatea celorlalte instrumente au fost validate pentru populația generală de pacienți, nu au fost efectuate studii de validare pe populația de pacienți cu cancer. În plus, MMSE, utilizat în mod obișnuit, s-a dovedit a fi cel mai puțin favorabil, deși oferă totuși o evaluare decentă a cogniției de bază (36,37). Instrumente precum Memorial Delirium Assessment Scale și Delirium Severity Scale oferă o bună evaluare a severității delirului și au fost validate pentru utilizarea la populația de pacienți cu cancer și, respectiv, la pacienții în fază terminală (38).

RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)/RASS-PAL

Disponibilitatea unui instrument de cuantificare a severității agitației și a nivelului de sedare facilitează descrierea caracteristicilor clinice și monitorizarea tratamentului pacienților cu cancer avansat, cum ar fi cei cu delir și cei supuși terapiei de sedare paliativă.

Pacienții deliranți pot suferi o gamă largă de situații clinice, de la agitație severă la somnolență intensă, care rezultă atât din expresia clinică a delirului hiper- sau hipoactiv, cât și din tratament (39).

RASS original, dezvoltat pentru pacienții adulți din secția de terapie intensivă (ICU), demonstrează o fiabilitate puternică în acest context (40,41). Este un instrument observațional simplu care evaluează nivelurile de sedare și agitație și care nu necesită intervenția pacientului (42), cu scoruri cuprinse între +4 (reprezentând un pacient deschis combativ) și -5, reprezentând un pacient care nu poate fi trezit nici prin voce, nici prin stimulare fizică. Un studiu recent a constatat că RASS necesită mult mai puțin timp și este mai ușor de utilizat decât alte două instrumente similare (42).

O versiune a RASS ușor modificată pentru populațiile de îngrijire paliativă a fost investigată pentru stabilirea validității și fezabilității. Aceasta este utilizată și recomandată în mediile de îngrijire paliativă, iar un studiu recent demonstrează validitatea și fezabilitatea acestei versiuni RASS modificată pentru populațiile de îngrijire paliativă (RASS-PAL). Acest studiu oferă dovezi preliminare de validitate pentru utilizarea RASS-PAL de către medicii și asistentele medicale care lucrează într-o unitate de îngrijire paliativă, în special pentru evaluarea nivelurilor de sedare și agitație în gestionarea sedării paliative (43).

Deoarece delirul agitat refractar este frecvent la sfârșitul vieții (44), RASS-PAL ar putea totuși juca un rol în justificarea utilizării unei doze de antipsihotic de salvare în cazul delirului agitat și în evaluarea impactului pe termen scurt al acestuia. RASS și RASS-PAL sunt foarte diferite de instrumentele pentru delir, cum ar fi Nu-DESC (45), DRS-R-98 (46) și MDAS (47), care măsoară delirul pe o perioadă de timp extinsă.

Un studiu realizat în Spania demonstrează ca RASS este o scală utilă pentru a descrie situația clinică a pacienților oncologici cu delir și pentru monitorizarea răspunsului tulburărilor de comportament la tratament (48). Cu toate acestea, RASS nu ar trebui să înlocuiască evaluarea clinică sau informațiile obținute cu alte instrumente, cum ar fi Memorial Delirium Assessment Scale, pentru a stabili ameliorarea delirului (49).

Mini interviul neuropsihiatric internațional

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) este un interviu clinic scurt și structurat și a fost conceput pentru a ajuta la stabilirea unor diagnostice psihiatrice precise, în special a tulburărilor depresive și a tulburărilor de anxietate.

M.I.N.I. a fost dezvoltat de Sheehan (50) pentru a explora unele tulburări psihiatrice în conformitate cu criteriile de diagnosticare DSM și ICD. La fiecare câțiva ani, M.I.N.I. este actualizat și devin disponibile și versiuni validate în alte limbi (50). Inițial, M.I.N.I. a fost conceput pentru a satisface nevoia unui interviu psihiatric scurt, dar valid și fiabil, pentru studii clinice multicentrice și studii epidemiologice.

Concluzie

Deși există multiple scale de evaluare a domeniului psiho-emoțional în îngrijiri paliative, complexitatea suferinței umane în acest domeniu necesită, dincolo de standardizarea evaluării prin utilizarea unor scale, utilizarea corectă a tehnicilor de comunicare și facilitarea dialogului, ascultarea activă și empatia. Toate aceste tehnici și scale combinate permit într-adevăr o explorare profundă a domeniului psiho-emoțional. Depresia și insomnia sunt frecvent întâlnite la pacienții din paliatie și un screening proactiv folosind PHQ9 pentru evidențierea depresiei sau chestionarului Pitsburg pentru insomnie este necesar pentru a institui rapid intervențiile adecvate.

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

1. Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol*. 2014;32(16):1703-1711. Available from DOI:10.1200/JCO.2013.54.4825.
2. Laird BJ, Boyd AC, Colvin LA, Fallon MT. Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. *Psychooncology*. 2009;18(5):459-464. Available from DOI:10.1002/pon.1431.
3. Kwon JH, Oh SY, Chisholm G, et al. Predictors of high score patient-reported barriers to controlling cancer pain: A preliminary report. *Support Care Cancer*. 2013;21(4):1175-1183. Available from DOI:10.1007/s00520-012-1646-x.
4. World Health Organization. Palliative care. In *Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available from Bookshelf ID: NBK195408.
5. Limonero JT, Gil-Moncayo F. Importance of psychological research in palliative care: Barriers in its development. *Palliat Med Hosp Care Open J*. 2014;1(1):1-3. Available from DOI:10.17140/PMHCOJ-1-101.
6. Atkin, N, Vickerstaff, V, Candy, B. 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliat Care* 2017;16(1):69. Available from DOI:10.1186/s12904-017-0245-5.
7. Kozlov, E, Eghan, C, Moran, S, et al. Palliative care providers' practices surrounding psychological distress screening and treatment: a national survey. *Am J Hospice Palliat Med* 2018;35(7):938-944. Available from DOI:10.1177/1049909117743960.
8. Thekkumpurath, P, Venkateswaran, C, Kumar, M, et al. Screening for psychological distress in palliative care: a systematic review. *J Pain Symp Manage* 2008;36(5):520-528. Available from DOI:10.1016/j.jpainsymman.2007.11.010.
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary care evaluation of mental disorders. Patient health questionnaire. *JAMA*. 1999;282(18):1737-44. Available from DOI:10.1001/jama.282.18.1737.
10. Monahan PO, Shacham E, Reece M, et al. Validity/reliability of PHQ-9 and PHQ-2 depression scales among adults living with HIV/AIDS in western Kenya. *J Gen Intern Med*. 2009;24(2):189-97. Available from DOI:10.1007/s11606-008-0846-z.
11. Omoro SA, Fann JR, Weymuller EA, Macharia IM, Yueh B. Swahili translation and validation of the patient health questionnaire-9 depression scale in the Kenyan head and neck cancer patient population. *Int J Psychiatry Med*.

- 2006;36(3):367–81. Available from DOI:10.2190/8W7Y-0TPM-JVGV-QW6M.
12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613. Available from DOI:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
 13. Linden W, Vodermaier A, MacKenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord.* 2012;141(2–3):343–51. Available from DOI:10.1016/j.jad.2012.03.025.
 14. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—A review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.* 1997;42(1):17–41. Available from DOI:10.1016/s0022-3999(96)00216-4.
 15. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2010;126(3):335–48. Available from DOI:10.1016/j.jad.2010.01.067.
 16. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale—An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002;52(2):69–77. Available from DOI:10.1016/s0022-3999(01)00296-3.
 17. R.P. Snaith, A.S. Zigmond- The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual NFER-Nelson, Windsor: Ontario;1994. Available from DOI:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
 18. A. Vodermaier, W. Linden, C. Siu Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J Natl Cancer Inst* 2009;101(21):1464-1488. Available from DOI:10.1093/jnci/djp336.
 19. Lloyd-Williams M, Shiels C, Dowrick C. The development of the Brief Edinburgh Depression Scale (BEDS) to screen for depression in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders* 2007;99(1–3):259–264. Available from DOI:10.1016/j.jad.2006.09.015.
 20. Lloyd-Williams M, Cobb M, O'Connor C, et al. A pilot randomised controlled trial to reduce suffering and emotional distress in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders* 2013;148(1):141–145. Available from DOI:10.1016/j.jad.2012.11.013.
 21. Rhondali W, Chirac A, Celles L, et al. Dépression et cancer en phase avancée: Concordance entre différentes stratégies de dépistage [Depression and advanced cancer: Agreement between different screening strategies]. *Bulletin Du Cancer* 2014;101(2):137–143. Available from DOI:10.1684/bdc.2014.1897.
 22. Mitchell AJ, Meader N, Davies E, et al. Meta-analysis of screening and case finding tools for depression in cancer: Evidence based recommendations for clinical practice on behalf of the Depression in Cancer Care consensus group. *Journal of Affective Disorders* 2012;140(2):149–160. Available from DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.043.
 23. Rodríguez-Mayoral O, Peña-Nieves A, Allende-Pérez S, Lloyd-Williams M. Comparing the hospital anxiety and depression scale to the Brief Edinburgh Depression Scale for identifying cases of major depressive disorder in advanced cancer palliative patients. *Palliat Support Care.* 2021;19(2):170-174. Available from DOI:10.1017/S1478951520000760.
 24. Troxel WM, Kupfer DJ, Reynolds CF, et al. Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(4):478-485. Available from DOI:10.4088/JCP.11m07184.
 25. McMillan SC, Small BJ. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncol Nurs Forum.* 2002;29(10):1421-1428. Available from DOI:10.1188/02.ONF.1421-1428.
 26. Savard J, Ivers H, Villa J, Caplette-Gingras A, Morin CM. Natural course of insomnia comorbid with cancer: an 18-month longitudinal study. *J Clin Oncol.* 2011;29(26):3580-3586. Available from DOI:10.1200/JCO.2010.33.2247.
 27. Price MA, Zachariae R, Butow PN, et al. Prevalence and predictors of insomnia in women with invasive ovarian cancer: anxiety a major factor. *Eur J Cancer.* 2009;45(18): 3262-3270 . Available from DOI:10.1016/j.ejca.2009.05.030.
 28. Yusufov M, Zhou ES, Recklitis CJ. Psychometric properties of the Insomnia Severity Index in cancer survivors. *Psychooncology* 2019;28:540–546. Available from DOI:10.1002/pon.4973.
 29. Schulte T, Hofmeister D, Mehnert-Theuerkauf A, Hartung T, Hinz A. Assessment of sleep problems with the Insomnia Severity Index (ISI) and the sleep item of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in cancer patients. *Support Care Cancer* 2021;29(12):7377-7384. Available from DOI:10.1007/s00520-021-06282-x.
 30. Pereira J, Hanson J, Bruera E. The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Cancer* 1997;79(4):835–842. Available from DOI: https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19970215)79:4<835::AID-CNCR21>3.0.CO;2-%23.
 31. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189–198. Available from DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
 32. Mystakidou, K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Brief cognitive assessment of cancer patients: evaluation of the Mini-Mental State Examination (MMSE) psychometric properties. *Psycho-Oncology* 2007;16(4):352–357. Available from DOI:10.1002/pon.1090.
 33. Tuma R, DeAngelis LM. Altered mental status in patients with cancer. *Arch Neurol* 2000;57:1727-31. Available from DOI:10.1001/archneur.57.12.1727.
 34. Han JH, Schnelle JF, Ely EW. The relationship between a chief complaint of "altered mental status" and delirium in older emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2014;21:937-40. Available from DOI:10.1111/acem.12436.
 35. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, et al. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *Jama* 2010;304:779-86. Available from DOI:10.1001/jama.2010.1182.
 36. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018;29:iv143-65. Available from DOI:10.1093/annonc/mdy147.
 37. Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, et al. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *Jama* 2010;304:779-86. Available from DOI:10.1001/jama.2010.1182.
 38. Centeno C, Sanz A, Bruera E. Delirium in advanced cancer patients. *Palliat Med* 2004 18(3):184-94. Available from DOI:10.1191/0269216304pm879oa.
 39. Caraceni A, Simonetti F. Palliating delirium in patients with cancer *Lancet Oncol* 2009;10:164-172. Available from DOI:10.1016/S1470-2045(09)70018-X.
 40. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166(10):1338-44. Available from DOI: 10.1164/rccm.2107138.
 41. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *Am J Med.* 2006;119(166). Available from DOI: 10.1016/j.amjmed.2005.10.036.
 42. Arevalo JJ, Brinkkemper T, van der Heide A, Rietjens JA, Ribbe M, Deliëns L, et al. AMROSE Site Study Group: Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. *J*

- Pain Symptom Manage. 2012;44:704-714. Available from DOI:10.1016/j.jpainsymman.2011.11.010.
43. Bush SH, Grassau PA, Yarmo MN, Zhang T, Zinkie SJ, Pereira JL. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliat Care* 2014;31;13(1):17. Available from DOI:10.1186/1472-684X-13-17.
44. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol.* 2012;30: Available from 1378-1383. DOI:10.1200/JCO.2011.37.3795.
45. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Tremblay A, Roy MA. Fast, systematic, and continuous delirium assessment in hospitalized patients: the nursing delirium screening scale. *J Pain Symptom Manage.* 2005;29:368-375. Available from DOI:10.1016/j.jpainsymman.2004.07.009.
46. Trzepacz PT, Mittal D, Torres R, Kanary K, Norton J, Jimerson N. Validation of the Delirium Rating Scale-revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2001;13:229-242. Available from DOI: 10.1176/jnp.13.2.229.
47. Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S. The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage.* 1997;13:128-137. Available from DOI:10.1016/s0885-3924(96)00316-8.
48. Benítez-Rosario MA, Castillo-Padrós M, Garrido-Bernet B, González-Guillermo T, Martínez-Castillo LP, González A. Appropriateness and Reliability Testing of the Modified Richmond Agitation-Sedation Scale in Spanish Patients With Advanced Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(6):1112. Available from DOI:10.1016/j.jpainsymman.2012.05.015.
49. Bosisio M, Caraceni A, Grassi L. Italian Delirium Study Group-Phenomenology of delirium in cancer patients, as described by the Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) and the Delirium Rating Scale (DRS) *Psychosomatics* 2006;47:471-478. Available from DOI: 10.1176/appi.psy.47.6.471.
50. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(20):22-33. Available from DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8).