

Дослідження якості життя пацієнтів із порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах

Огоренко Вікторія Вікторівна, Кокашинський Віктор Олександрович
Дніпровський державний медичний університет

Вступ

При розладах харчової поведінки спостерігається аномальна поведінка, яка виявляється в неправильному або надмірному споживанні їжі. Це супроводжується відчуттям дистресу або турботи стосовно ваги та форми тіла, і іноді супроводжується компенсаторною поведінкою, яка може шкодити фізичному здоров'ю людини.

Результати досліджень вказують на те, що пацієнти із розладами харчової поведінки мають гіршу якість життя, пов'язану із здоров'ям (HRQoL), порівняно з іншими психіатричними розладами, такими як важка депресія, а також порівняно із загальною популяцією. Навіть субклінічні епізоди, такі як суб'єктивні епізоди булімії, є прогностичними ознаками погіршення HRQoL у пацієнтів із розладами харчової поведінки, такими як нервова анорексія, нервова булімія, компульсивне переїдання та інші розлади харчування.

Визначення ролі, яку психічні та фізичні розлади можуть відігравати як детермінанти HRQoL у пацієнтів із розладами харчової поведінки, є медично значущим. З урахуванням актуальності розладів харчової поведінки в сучасному суспільстві, їхньої високої поширеності та пов'язаної з цим захворюваності і смертності, важливо більш точно визначити їх вплив на якість життя людини.

Матеріали та методи

Було обстежено 147 пацієнтів із тривожно-депресивними розладами відділення неврозів комунального підприємства «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» в 2019–2021 рр.

Проводилося клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження доповнене психометричними шкалами:

- анкета про стан здоров'я PHQ-9;
- опитувальник образу тіла (ООТ) О.О. Скугаревський, С.В. Сивуха;
- голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ);
- тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера-Ханіна);
- методика оцінки інтегративного показника якості життя (Х.Е. Меззіч)

Мета дослідження

Метою дослідження було вивчення якості життя пацієнтів з порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах.

Результати обговорення

Оцінку якості життя серед пацієнтів проводилася із застосуванням інтегративного тесту якості життя (Mezzich J.E. et al., 1999), в діаді пацієнт – лікар. Результати проведеного аналізу наведені в таблиці 1.

Показник	Основна група	Група порівняння	p
Інтегративний показник (з точки зору пацієнта)	5,9 [4,3; 7,2]	6,3 [5,1; 7,0]	0,40
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору пацієнта)	5,0 [4,0; 6,7]	5,3 [4,3; 6,7]	0,36
Виконання соціальних ролей (з точки зору пацієнта)	6,1 [3,8; 7,5]	6,5 [5,0; 7,0]	0,24
Зовнішні життєві обставини (з точки зору пацієнта)	6,7 [4,7; 8,0]	6,7 [5,3; 8,0]	0,71
Інтегративний показник (з точки зору лікаря)	5,9 [4,5; 7,2]	6,3 [5,2; 7,3]	0,30
Суб'єктивне благополуччя (з точки зору лікаря)	5,3 [4,3; 6,7]	5,7 [4,7; 6,7]	0,42
Виконання соціальних ролей (з точки зору лікаря)	6,1 [4,3; 7,3]	6,5 [5,3; 7,8]	0,14
Зовнішні життєві обставини (з точки зору лікаря)	6,7 [5,0; 8,0]	6,7 [5,7; 8,0]	0,57

Таблиця 1. Показники якості життя пацієнтів вибірки

Результати обговорення

Отримані дані свідчать про відсутність статистично значущої відмінності в показниках інтегративного показника якості життя, суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин як з точки зору пацієнта, так і з точки зору лікаря між двома групами.

Значення інтегративного показника якості життя з точки зору пацієнта в основній групі становило 5,9 [4,3; 7,2] балів, тоді як в групі порівняння воно складало 6,3 [5,1; 7,0] балів ($p=0,40$). З точки зору лікаря в основній групі показник становив 5,9 [4,5; 7,2] балів, а в групі порівняння 6,3 [5,2; 7,3] балів ($p=0,30$).

Показник суб'єктивного благополуччя в основній групі дорівнював 5,0 [4,0; 6,7] балів, у групі порівняння - 5,3 [4,3; 6,7] балів ($p=0,36$). З точки зору лікаря в основній групі показник склав 5,3 [4,3; 6,7] балів, тоді як в групі порівняння він становив 5,7 [4,7; 6,7] балів ($p=0,42$).

Виконання соціальних ролей учасники основної групи оцінили на рівні 6,1 [3,8; 7,5] балів, тоді як учасники групи порівняння виставили оцінку 6,5 [5,0; 7,0] балів ($p=0,24$). З точки зору лікаря в основній групі показник склав 6,1 [4,3; 7,3] балів, а в групі порівняння 6,5 [5,3; 7,8] балів ($p=0,14$).

Щодо показника зовнішніх життєвих обставин, учасники основної групи виставили йому оцінку 6,7 [4,7; 8,0] балів, у групі порівняння цей показник склав 6,7 [5,3; 8,0] ($p=0,71$). З точки зору лікаря в основній групі показник дорівнював 6,7 [5,0; 8,0] балів, а в групі порівняння 6,7 [5,7; 8,0] балів (0,57).

Отримані в ході дослідження дані свідчать, що при самооцінці якості життя пацієнтами результати виявилися менш задовільними у порівнянні з оцінкою відповідних параметрів з погляду лікаря. Це може вказувати на тенденцію пацієнтів до заниження показників якості життя, що можливо є фактором наявності психопатологічних симптомів, таких як депресивні прояви.

Висновки

1. Отримані дані переконливо підтверджують відсутність статистично значущих відмінностей в показниках якості життя, суб'єктивного благополуччя, виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих обставин між обома групами, як з точки зору пацієнтів, так і лікарів.
2. Оцінка якості життя пацієнтами виявилася менш задовільною порівняно з оцінкою лікарів, вказуючи на можливу тенденцію пацієнтів до заниження показників якості життя через наявність психопатологічних симптомів, зокрема, депресивних проявів.
3. Отримані результати щодо якості життя пацієнтів вибірки використані для створення диференційованого вибору психофармакологічної та психотерапевтичної стратегії лікування пацієнтів із порушеннями харчової поведінки при тривожно-депресивних розладах.