

УДК 616.895.8
А.А. Асанова

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Асанова А. А.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ, ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

*Кримський державний медичний університет
ім. С. І. Георгієвського.*

Вивчалися і аналізувалися показники «якості життя» 75 пацієнтів (57 жінок, 18 чоловіків) депресивними і тривожно-депресивними розладами порівняно з контрольною групою. Показники якості життя вивчалися за допомогою опитувальника Q-LES-Q. Були виявлені значні порушення якості життя як у хворих з депресивним, так і тривожно-депресивним розладом в порівнянні з контрольною групою. Якісний і кількісний аналіз показав, що велика частка обстежуваних не задоволена своїм життям. «Якість життя», оцінена на фоні терапії антидепресантами, покращилась в порівнянні з початковими показниками.

Ключові слова: *якість життя, депресивні розлади, опитувальника Q-LES-Q.*

Asanova A. A.

QUALITY OF LIFE» ET PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

The Crimean state medical university of S. I. Georgievsky

There were investigated and analyzed the indicators of «quality of life» et 75 patients (57 women, 18 men) with depressive and mixed anxiety–depressive disorders in comparison with control group. Indicators of quality of a life were studied by means of Q-LES-Q questionnaire. Have been revealed considerable infringement of quality of a life as at patients with depressive, and mixed anxiety–depressive disorders in comparison with control group. The qualitative and quantitative analysis has shown that the most part of surveyed are not satisfied with the life. «Quality of a life» estimated, after the treatment with antidepressants has improved in comparison with initial indicators.

Keywords: *Quality of life, depressive disorders, Q-LES-Q questionnaire.*

В начале XXI века понятие «качество жизни» стало предметом научных исследований и получило новое определение - «качество жизни, связанное со здоровьем». Огромный вклад в изучение качества жизни внесла Всемирная организация здравоохранения, которая разработала основные критерии качества жизни [1].

1. Физические (жизненная активность, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);

2. Психологические (положительные и отрицательные эмоции, познавательные функции, самооценка, внешний вид, подвижность);

3. Уровень независимости (работоспособность, повседневная активность, зависимость от лекарств и лечения);

4. Общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);

5. Окружающая среда (быт, безопасность, благополучие, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации);

6. Духовность (религия, личные убеждения).

ВОЗ определяет качество жизни как: «личное ощущение его или её роли в жизни, в культуральном контексте и с позиции индивидуальной системы ценностей, а также его или её отношение к целям, ожиданиям, критериям и социальным взаимоотношениям» [2].

Проблема качества жизни является одной из наиболее актуальных проблем современного общества и медицины в разных странах [3].

В последнее десятилетие понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» включено в структуру депрессивных расстройств, которые занимают одно из лидирующих мест среди причин снижения качества жизни [4, 5, 6, 7]. Наиболее важными составляющими социально-экономического аспекта проблемы депрессивных расстройств являются - частичная или полная потеря трудоспособности и высокий суицидальный риск больных с депрессивными синдромами [8, 9]. Наряду со значительными успехами в исследованиях по вопросам диагностики и лечения различных форм депрессивных расстройств, есть и достаточно проблемные вопросы, в частности в отношении влияния последствий болезни на дальнейшее социальное функционирование человека и качество его жизни [10]. Анализ литературных данных показал, что больные депрессивными расстройствами имеют нарушения социального функционирования практически во всех сферах жизни: трудовой, семейной, в сфере социальных (межличностных) контактов [10, 11, 12, 13]. На качество жизни также влияет степень тяжести заболевания.

Важную роль в исследовании и разработке методологии изучения качества жизни сыграли исследования А. Mc Sweeney, который предложил оценивать качество

жизни исходя из следующих параметров: эмоционального, социального функционирования, повседневной активности и проведении досуга [14]. N. Wenger определял качество жизни в соответствии со следующими параметрами (функциональной способностью, восприятием, симптомами) и девятью подпараметрами (ежедневный режим, социальная и интеллектуальная деятельность, восприятие общего здоровья, симптомов основного и сопутствующих заболеваний, благосостояния, экономическое состояние, удовлетворённость жизнью [15].

Существует большое количество методик для оценки качества жизни. Их можно разделить на неспецифические (применяемые независимо от нозологии) и специфические (применяемые для конкретного заболевания). Основными методиками изучения качества жизни являются опросники. Наиболее распространёнными являются: опросник качества жизни WHOQOL-100 (разработанный ВОЗ) [16], SF-36 [17], Q-LES-Q [18]. Опросники качества жизни применяются достаточно широко в клинической практике, они позволяют определить те области, которые наиболее пострадали в период болезни, и тем самым дают характеристику состояний больных различными формами заболевания [19]. В настоящий момент не существует единых критериев качества жизни. На качество жизни больных депрессивными расстройствами оказывают свое влияние – возраст, пол, социально-экономическое положение, семейный статус [20], характер трудовой деятельности, культурный и интеллектуальный уровень, религиозные убеждения и многие другие факторы. Оценка качества жизни больных депрессией является субъективным показателем и поэтому мы можем сравнивать его либо со здоровыми, либо с другой группой больных.

Для чего оценивать качество жизни? Анализ показателей качества жизни используется в следующих целях: для оценки степени тяжести больного, определения прогноза заболевания, эффективности лечения, а также для оценки эффективности методов клинической медицины и различных реабилитационных методик. В связи с этим и было проведено данное исследование.

Цель исследования: изучить качество жизни больных депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами.

Задачи:

1. Изучить критерии качества жизни у больных депрессивными расстройствами и тревожно-депрессивными расстройствами.

2. Сравнить выявленные особенности с контрольной группой.

3. Изучить влияние социо-демографических показателей на качество жизни пациентов.

4. Оценить динамику изменения качества жизни в изучаемых группах больных на фоне активной медикаментозной терапии.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 75 больных депрессивными расстройствами и тревожно-депрессивными расстройствами (57 женщин, 18 мужчин) средний возраст которых – 44,89 ± 11,34 лет и 50 здоровых испытуемых, в возрасте от 18 до 60. Все испытуемые правши, без черепно-мозговых травм и воспалительных заболеваний мозга. В исследовании не включались больные с признаками органических заболеваний, метаболическими заболеваниями, передозировкой лекарственными препаратами, имевшие в анамнезе другие психические заболевания кроме депрессии. Диагнозы выставлялись в соответствии с международной классификацией МКБ-10 [21] F33.0, F33.1, F32.0, F32.1, F41.2. Больные находились на лечении в КРПБ №5. Все обследованные больные давали информированное согласие на участие в исследовании. Все здоровые испытуемые были из числа добровольцев. Обследование проводилось дважды: в первые 2-3 дня лечения до начала антидепрессивной терапии и после окончания периода активной терапии.

Для изучения качества жизни больных депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами была использована шкала Q-LES-Q (опросник качества и удовлетворённости жизнью).

Форма опросника Q-LES-Q – заполнялась пациентом самостоятельно. Данный опросник состоит из 16 пунктов. Максимальный балл из 14 пунктов равен 70. Пункты 15 и 16 не входят в общий балл опросника. Показатели оценивались качественно и количественно. Количественная оценка проводилась по 5-бальной системе, качественный анализ отражал степень удовлетворённости жизнью за прошедшую неделю, где:

- 1 балл - очень плохо;
- 2 балла - плохо;
- 3 балла - удовлетворительно
- 4 балла - хорошо;
- 5 баллов - очень хорошо;

В опросник включены следующие шкалы: физическое здоровье, настроение, работа в целом, работа по дому, социальные взаимоотношения, взаимоотношения в семье, досуг, способность функционировать в повседневной жизни, сексуальная удовлетворённость, экономический статус, проживание/ или ситуация жилья, способность физически двигаться, зрение, общее чувство благополучия, медикаменты, удовлетворенность жизнью.

Распределение больных по возрасту, полу, социальному статусу, семейному положению и образованию больного представлены в таблице 1.

Таблица 1

№	Показатель, который оценивался		Среднее значение показателя (абс. ч./%)
1	Возраст	18–28	5/7%
		29–39	12/16%
		40–50	40/53%
		51–60	20/26%
2	Пол	Мужчины	18/24%
		Женщины	57/76%
3	Образование	Начальное	6/8%
		Средне	48/64%
		Высшее	21/28%
4	Социальное положение	Работающие	21/28%
		Не работающие	54/72%
5	Семейное положение	В браке	45/60%
		Холост	6/8%
		Разведён	18/24%
		Вдовец	6/8%

Как видно из таблицы 1, основную массу обследованных составляют лица, в возрасте от 40 до 50 лет, в основном это женщины 76%, с продолжительностью болезни $7,28 \pm 3,89$ лет. Большая часть обследованных не работает 72%, и только 28% работает. 64% обследованных имели среднее образование. Таким образом, социо-демографические характеристики играют важную

роль в различных сферах жизни. И чем выраженнее тяжесть заболевания при депрессивных и тревожно-депрессивных расстройствах, тем больше неудовлетворённость своим здоровьем и качеством жизни.

В таблице 2 представлены показатели качества жизни оцененные в первые 2-3 дня после начала терапии.

Таблица 2

Характеристики	Депрессивный С-м(ср.+ст. откл.)	Тревожно- депрессивный С-м(ср.+ ст. откл.)	Здоровые (ср.+ст.откл.)
Физическое здоровье	$2,5 \pm 0,7$	$2,1 \pm 0,2$	$4,5 \pm 1,3$
Настроение	$2,3 \pm 0,4$	$2,6 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,5$
Работа в целом	$2,0 \pm 0,8$	$2,1 \pm 0,4$	$4,0 \pm 1,0$
Работа по дому	$2,4 \pm 1,3$	$2,3 \pm 0,1$	$3,5 \pm 0,6$
Социальные взаимоотношения	$1,3 \pm 0,7$	$2,2 \pm 0,5$	$4,4 \pm 0,3$
Взаимоотношения в семье	$2,3 \pm 0,2$	$2,5 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,8$
Досуг	$2,5 \pm 0,3$	$2,3 \pm 0,3$	$4,2 \pm 1,2$
Способность функционировать в повседневной жизни	$2,4 \pm 0,7$	$2,1 \pm 0,7$	$4,6 \pm 0,5$
Сексуальная удовлетворённость	$2,0 \pm 0,5$	$2,2 \pm 1,6$	$4,2 \pm 1,8$
Экономический статус	$2,3 \pm 1,2$	$2,5 \pm 1,4$	$3,1 \pm 1,3$
Проживание/или ситуация жилья	$3,0 \pm 1,8$	$2,3 \pm 1,0$	$3,8 \pm 0,6$
Способность физически двигаться	$3,2 \pm 0,4$	$3,9 \pm 0,3$	$4,8 \pm 1,4$
Зрение	$3,3 \pm 0,6$	$3,6 \pm 0,2$	$4,5 \pm 1,4$
Общее чувство благополучия	$2,3 \pm 0,3$	$3,1 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,5$
Медикаменты	$3,1 \pm 0,7$	$3,4 \pm 0,1$	-
Удовлетворенность жизнью	$2,3 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,7$	$4,2 \pm 0,7$

Анализ показателей представленных в таблице 2, показал значительные нарушения качества жизни как у больных с депрессивным, так и тревожно-депрессивным расстройством по сравнению с контрольной группой. Показатели качества жизни депрессивных больных незначительно отличались от показателей тревожно-депрессивных больных. Качественный и количественный анализ показали, что большая часть обследуемых больных не удовлетворены своей жизнью. Ответы на вопросы касающиеся качества жизни как депрессивных, так и тревожно-депрессивных больных были в пределах «плохо и удовлетворительно». И лишь социальные взаимоотношения большая часть депрессивных пациентов отметила как «очень плохо» $1,3 \pm 0,7$ балла. Физическое здоровье исследуемые группы больных оценили, как плохое. Больные с депрессивными расстройствами отметили на $2,5 \pm 0,7$ балла, с тревожно-депрессивными - на $2,1 \pm 0,2$ балла. В целом, физическое здоровье и настроение пациентов с депрессивными симптомами ($2,3 \pm 0,4$ балла) незначительно отличалось от физического здоровья и настроения тревожно-депрессивных пациентов ($2,6 \pm 0,2$ балла). Способность в целом работать и выполнять работу по дому нарушены как у депрессивных так и у тревожно-депрессивных больных, что соответствует цифре 72%. Способность функционировать в повседневной жизни, отмечена обеими группами как «плохо» ($2,4 \pm 0,7$ и $2,1 \pm 0,7$). Взаимоотношения в семье оценены депрессивными больными на $2,3 \pm 0,2$ балла и тревожно-депрессивными на $2,5 \pm 0,2$ балла. В меньшей степени качество жизни де-

прессивных ($3,2 \pm 0,4$ балла) и тревожно-депрессивных пациентов ($3,9 \pm 0,3$ балла) нарушала способность физически двигаться. Экономический статус не устраивал все три группы, включая контрольную. Общее чувство благополучия депрессивная группа больных оценила на $2,3 \pm 0,3$ балла, а тревожно-депрессивная на $3,1 \pm 0,2$ балла. Способность медикаментов нарушать «качество жизни» больные депрессивным расстройством отметили как $3,1 \pm 0,7$ балла, а тревожно-депрессивные как $3,4 \pm 0,1$ балла.

В таблице 3 представлены показатели качества жизни оцененные после окончания терапии.

Анализ показателей представленных в таблице 3, выявил положительную динамику изменения качества жизни как депрессивных, так и тревожно-депрессивных больных после окончания активной фазы терапии. Физическое здоровье депрессивные больные после окончания активной терапии оценивали на $3,6 \pm 0,7$ балла, тревожно-депрессивные на $3,9 \pm 0,2$ балла. Настроение исследуемых групп (у депрессивных больных- $3,9 \pm 0,2$ балла, у тревожно-депрессивных- $4,0 \pm 0,7$ балла) практически приблизилось к показателям контрольной группы ($4,1 \pm 0,5$ балла). Также положительная динамика наблюдается при оценке удовлетворённости работой. Значительные улучшения наблюдаются в показателях социальных (у депрессивных больных- $3,9 \pm 0,3$ балла, у тревожно-депрессивных- $3,8 \pm 1,3$ балла) и семейных (у депрессивных больных- $3,4 \pm 1,2$ балла, у тревожно-депрессивных - $3,6 \pm 0,3$ балла) взаимоотношений. В процессе терапии значительно улучшилась способность

Таблиця 3

Характеристики	Депрессивный С-м (ср.+ ст. откл)	Тревожно-депрессивный С-м (ср.+ ст. откл)
Физическое здоровье	3,6±0,7	3,9±0,2
Настроение	3,9±0,2	4,0±0,7
Работа в целом	2,9±0,2	3,6±0,9
Работа по дому	4,0±0,4	3,4±0,3
Социальные взаимоотношения	3,9±0,3	3,8±1,3
Взаимоотношения в семье	3,4±1,2	3,6±0,3
Досуг	3,9±0,1	3,5±0,7
Способность функционировать в повседневной жизни	4,2±0,6	4,0±0,4
Сексуальная удовлетворённость	2,5±0,5	3,1±0,2
Экономический статус	2,6±1,3	3,2±0,2
Проживание/или ситуация жилья	3,2±1,2	3,3±0,5
Способность физически двигаться	4,1±1,0	4,1±1,0
Зрение	3,9±0,7	3,9±1,2
Общее чувство благополучия	3,3±0,3	4,3±0,7
Медикаменты	3,4±0,3	4,2±0,2
Удовлетворенность жизнью	3,1±0,2	3,9±0,4

функционировать в повседневной жизни как депрессивных (4,2±0,6 балла) так и тревожно-депрессивных больных (4,0±0,4 балла). Отношение к экономическому статусу депрессивных больных практически не изменилось в процессе лечения (2,6±1,3 балла). У тревожно-депрессивных больных улучшилось до 3,2±0,2 баллов. Способность физически двигаться в обеих группах была оценена как «хорошо» - 4,1±1,0 балла. «Качество жизни» оцененное, на фоне проводимой медикаментозной терапии также улучшилось по сравнению с исходными показателями. Общее чувство благополучия и удовлетворённость жизнью обеих исследуемых групп улучшилась в процессе терапии, и приблизилась к показателям контрольной группы, однако не достигла показателей здоровых испытуемых.

Выводы: 1. Нарушение настроения как у депрессивных, так и тревожно-депрессивных больных ока-

зывает негативное влияние практически на все сферы жизни.

2. «Качество жизни», оцененное на фоне проводимой медикаментозной терапии улучшилось по сравнению с исходными показателями.

3. Общее чувство благополучия, удовлетворённость жизнью, способность функционировать в повседневной жизни обеих исследуемых групп приблизилась к показателям контрольной группы, однако не достигла показателей здоровых испытуемых.

Качество жизни депрессивных больных является одним из наиболее важных показателей состояния больных в динамическом аспекте, который расширяет диагностические, терапевтические и реабилитационные возможности психиатрии а также повышает качество психиатрической помощи, что обуславливает актуальность её дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА:

- Orley J., Saxena S., Herrman H. Quality of life and mental illness // The British J. of Psychiatry. - 1998. - V. 172. - P. 291-293.
- The WHOOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // Psychol. Med. -1998. - V. 3. - P.551-558.
- Марута Н. А. Использование интегративного показателя качества жизни в диагностике, терапии и реабилитации больных шизофренией // Архив психиатрии. - 2004. -Т. 10, вып.2 (37). -С. 4-9.
- Leclercq Y. Recognizing and effectively treating depression // CNS Spectr. - 2008. - V. 13:7 (suppl 11). - P. 5-9.
- Keitner G. I., Miller I. W. Family functioning and major depression: an overview // Am. J. Psychiatry. -1990. - V. 147. - P. 1128-1137.
- Baldwin D. S., Hirschfeld R. MA. Fast facts- depression // Health press Oxford. 82. -2005.
- Das-Munshi J., Goldberg D., Bebbington P. E. et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification // The British J. of Psychiatry. - 2008. - V. 192. - P. 171-177.
- Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. ВОЗ. 2006. 185 с.
- Михайлов Б. В. Депрессии как междисциплинарная проблема современной медицины // Архив психиатрии. - 2004. -Т. 10, вып.1 (36). -С. 182-188.
- George L. K., Blaser D. G., Hughes D. C. et al. Social support and the outcome of major depression // The British J. of Psychiatry. - 1989. - V. 154. - P. 478-485.
- Rapaport M. H., Clary C., Fayyad R. et al. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders // Am. J. Psychiatry. - 2005. - V. 162. - P. 1171-1178.
- Saarni S. I., Suvisaari J., Sintonen H. et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey // The British J. of Psychiatry. - 2007. - V. 190. - P. 326-332.
- Maddux R. E., Delrahim K. K., Rappaport M. H. Quality of life in Geriatric patients with mood and anxiety disorders // CNS spectr. - 2003. - V. 12 (suppl 3). - P. 35-47.
- Mc Sweeney A.J. et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Arch. Intern. Med. -1982. - V.142. - P. 473-478.
- Wenger N. K., Mattson M. E., Furberg C. D. et al. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Am. J. of Cardiology. -1984. - V. 54. - P. 908-913.
- Skevington S. M., Wright A. Changes in quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100 // The British J. of Psychiatry. - 2001. - V. 178. - P. 261-267.
- SF-36 Health survey. Health assessments lab, medical outcomes trust and quality metric incorporated. - 2006.
- Endicott J., Nee J., Harrison W. et al. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: f new measure // Psychopharmacol. Bull. -1993. - V. 29. - P. 321-326.
- Польвяная М. Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архив психиатрии. - 2004. -Т. 10. - №. 29. - С. 5-9.
- Ruggeri M., Nose M., Bonetto C. et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life // The British J. of Psychiatry. - 2005. - V. 187. - P. 121-130.
9. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Киев. Издательство «Факт». - 1999. - С. 113-126.