Marcin Obrębski

Ocena związku postaw wobec odżywiania ze stanem klinicznym oraz przebiegiem leczenia u osób z cukrzycą typu 2.

Streszczenie

Wstęp. Skuteczne leczenie cukrzycy wymaga zaangażowania chorego i przestrzegania przez niego licznych zaleceń, a także wprowadzenia zmian w nawykach żywieniowych. Stanowi to duże wyzwanie i obciążenie dla wielu chorych, będąc źródłem dodatkowego stresu. Badania wskazują na istotne znaczenie czynników psychologicznych dla przebiegu choroby. Wytyczne dotyczące leczenia cukrzycy zalecają regularne monitorowanie chorych pod kątem nasilenia różnych czynników psychologicznych, szczególnie w momentach jakichkolwiek zmian leczenia. Wśród wspomnianych czynników wymienia się zaburzenia odżywiania. Rozpoznaje się częstsze występowanie zaburzeń odżywiania w klinicznej i subklinicznej formie zarówno wśród pacjentów z cukrzycą typu 1 jak i 2. Zdecydowana większość badań była skupiona na występowaniu zaburzeń odżywiania wśród pacjentów z cukrzycą typu 1. Brakuje badań poświęconych zaburzonym postawom wobec odżywiania wśród chorych na cukrzycę typu 2, a wśród dostępnych zdecydowana większość skupia się na żarłocznym jedzeniu. Brakuje również badań podłużnych w tej grupie pacjentów. Uważa się, że zależności pomiędzy cukrzycą typu 2 a zaburzeniami odżywiania są dwukierunkowe. Restrykcyjne postawy wobec jedzenia u osób z cukrzycą typu 2, spowodowane koniecznością realizacji zaleceń lekarskich, mogą prowadzić do rozwinięcia zaburzonych postaw wobec odżywiania. Z drugiej strony, występowanie żarłocznego jedzenia często poprzedza i jest czynnikiem ryzyka dla rozwoju cukrzycy typu 2. Dostępne dane wskazują na gorszy przebieg komplikacji przy współwystępowaniu cukrzycy typu 2 oraz zaburzonych postaw wobec odżywiania jak również związku tych postaw z nasileniem negatywnych stanów emocjonalnych u osób z cukrzycą typu 2.

Cele. Pierwszym celem niniejszej pracy była, w momencie intensyfikacji leczenia poprzez wprowadzenie insuliny bądź jej analogów, ocena w badaniu przekrojowym różnic pod względem stanu klinicznego pomiędzy osobami z zaburzonymi postawami wobec jedzenia a osobami bez zaburzonych postaw wobec jedzenia oraz ocena związku zaburzonych postaw ze stanem klinicznym osób chorych na cukrzycę typu 2. Celem drugim niniejszej pracy była ocena w badaniu prospektywnym różnic między grupą z zaburzonymi postawami wobec odżywiania i bez nich w momencie rozpoczęcia badania, pod względem stanu klinicznego w kolejnych etapach badania oraz ocena związku zaburzonych postaw wobec odżywiania w momencie rozpoczęcia badania ze stanem klinicznym na kolejnych etapach badania (drugi pomiar po 0.5 i trzeci pomiar po 1 roku, od czasu pierwszego pomiaru). Trzecim celem była ocena zależności zaburzonych postaw wobec odżywiania i częstotliwości omijania zaleconych dawek insuliny oraz związku zaburzonych postaw wobec odżywiania z częstotliwością omijania zaleconych dawek insuliny. Postawiono również cele dodatkowe dotyczące analizy zmian mierzonych zmiennych i związku pomiędzy tymi zmianami.

Materiał i metoda. Badanie miało charakter przekrojowy i prospektywny**.** Odbyły się trzy pomiary, pierwszy w ciągu miesiąca od włączenia insuliny lub jej analogów, drugi po upływie 6 miesięcy i trzecie po upływie kolejnych 6 miesięcy (czyli po roku od pierwszego pomiary)**.** Do badania

zakwalifikowano 68 osób w wieku od 38 do 71 lat (M=61.1; SD= 8.2), w tym 45.6% mężczyzn (N=31) i 54,4% (N=36) kobiet. Czas od momentu postawienia diagnozy cukrzycy typu 2 wynosił od 2 do 30 lat (M=10.4; SD=6.3), średni poziom HbA1c wynosił u nich 9.15%. Zaburzone postawy wobec odżywiania mierzono za pomocą Kwestionariusza Postaw wobec Odżywiania EAT-26 oraz Kwestionariusz do Przesiewowego Badania Występowania Napadów Żarłocznego Jedzenia, stan kliniczny badano za pomocą Krótkiej Skali Samooceny Depresji i Lęku, Kwestionariusza Obszarów Problemowych PAID, pomiaru poziomu HbA1c oraz ilością występujących późnych powikłań cukrzycy.

Wyniki. U 18.5% badanych rozpoznano zaburzone postawy wobec odżywiania, a u 42.6% przesiewowe cechy żarłocznego jedzenia. Osoby z zaburzonymi postawami wobec odżywiania różniły się istotnie statystycznie od osób bez takich postaw poziomem HbA1c (M=10.45% vs. M=8.93%; p=0.014), nasileniem problemów z jedzeniem (M=5.25 vs. M=3.3; p=0.018), nasileniem problemów ze wsparciem (M=2.92 vs. M=1.23; p=0.039) oraz wiekiem (M=56.1 vs. M=62.3, p=0.43). Osoby z rozpoznanym żarłocznym jedzeniem różniły się istotnie od osób bez żarłocznego jedzenia nasileniem objawów depresyjnych (M=11.66 vs. M=9.46; p=0.037).

W badaniu przekrojowym nasilenie zaburzonych postaw wobec odżywiania mierzone EAT korelowało dodatnio ze skalą lęku KSSDL (r=0.273; p=0.028), skalą problemów z emocjami PAID (r=0.373; p=0.002), skalą problemów z jedzeniem PAID (r=0.361; p=0.003), wynikiem ogólnym PAID (r=0.362; p=0.003) oraz korelowało ujemnie z wiekiem badanych (r=-0.261; p=0.037).Skala bulimii EAT korelowała dodatnio z skalą depresji KSSDL (r=0.258; p=0.038), skalą lęku KSSDL (r=0.41; p=0.001), wynikiem ogólnym KSSDL (r=0.374; p=0.002), nasileniem problemów z emocjami PAID (r=0.474; p<0.000), nasileniem problemów z jedzeniem PAID (r=0.446; p<0.000), nasileniem problemów ze wsparciem PAID (r=0.366; p=0.003) oraz wynikiem ogólnym PAID (r=0.472; p<0.000). Skalaodchudzania EAT korelowała dodatnio ze skalą lęku KSSDL (r=0.275; p=0.027), wynikiem ogólnym PAID (r=0.268; p=0.031), nasileniem problemów z emocjami PAID (r=0.352; p=0.004), nasileniem problemów z jedzeniem PAID (r=0.335; p= 0.006), wynikiem ogólnym PAID (r=0.334; p=0.006) oraz korelowała ujemnie z wiekiem badanych (r=-0.278; p=0.026).

Mierzone narzędziem przesiewowym nasilenie żarłocznego jedzenia korelowało dodatnio w badaniu przekrojowym ze skalą depresji KSSDL (r=0.345; p=0.004), skalą lęku KSSDL (r=0.38; p=0.001), wynikiem ogólnym KSSDL (r=0.415; p<0.00), skalą problemów z emocjami PAID (r=0.402; p=0.001), skalą problemów z leczeniem PAID (r=0.362; p=0.002), skalą problemów z jedzeniem PAID (r=0.332; p=0.006), skalą problemów ze wsparciem PAID (r=0.308; p=0.011) oraz wynikiem ogólnym PAID (r=0.408; p= 0.001).

Osoby z oraz bez rozpoznanych w momencie badania zaburzonych postaw wobec odżywania prawie nie różniły się istotnie między sobą pod względem stanu klinicznego w późniejszych pomiarach (po 0.5 i 1 roku). Osoby z rozpoznanym żarłocznym jedzeniem w pierwszym pomiarze w stosunku do osób bez żarłocznego jedzenia, miały jedynie istotnie wyższe nasilenie objawów depresyjnych i lekowych w trzecim pomiarze (M=25.06 vs. M=14.25; p=0.033). Nasilenie zaburzonych postaw wobec odżywiania w momencie rozpoczęcia badania korelowało dodatnio z nasileniem objawów depresyjnych i lękowych oraz nasileniem obszarów problemowych w cukrzycy podczas drugiego i trzeciego pomiaru.

Nasilenie skali kontroli kwestionariusza EAT korelowało odwrotnie proporcjonalnie z deklarowaną częstotliwością omijania dawek insuliny (r=-0.386; p=0.035).

Na przestrzeni trwania badania istotnie zmieniło się nasilenie cechy bulimii mierzonych skalą bulimii EAT (F(2;60)=4.696; p=0.013). Średnia wzrosła z M=1.09 przy pierwszym pomiarze do

M=2.11 przy trzecim pomiarze. Zmniejszył się istotnie poziom HbA1c ($F(2;60)=16.407$; $p<0.01$) ze średniej wartości M=9.15 przy pierwszym pomiarze do M=7.74 przy drugim pomiarze. Zwiększyła się liczba powikłań ($F(2;70)=8.448$; $p=0.01$) ze średniej M=0.6 przy pierwszym pomiarze do M=0.89 przy trzecim pomiarze.

Na przestrzeni trwania badania zmiana zaburzonych postaw wobec odżywiania mierzonych wynikiem ogólnym EAT korelowała dodatnio ze zmianą HbA1c ($r=0.378$; $p=0.036$), zmianą na skali depresji KSSDL ($r=0.394$; $p=0.023$) i wynikiem ogólnym KSSDL ($r=0.4$, $p=0.021$). Zmiana w nasileniu cech bulimii mierzonych skalą bulimii EAT korelowała dodatnio ze zmianą na skali depresji KSSDL ($r=0.367$; $p=0.036$), skalą problemów zleczeniem PAID ($r=0.498$; $p=0.003$) oraz ogólnym wynikiem PAID ($r=0.353$; $p=0.044$). Zmiana na skali kontroli EAT korelowała dodatnio ze zmianą na skali depresji KSSDL ($r=0.437$; $p=0.011$).

Wnioski. Osoby badane z rozpoznanymi zaburzonymi postawami wobec odżywiania oraz żarłocznym jedzeniem różniły się pod względem niektórych aspektów stanu klinicznego od tych osób, które nie miały rozpoznanych takich postaw, między innymi miały wyższy poziom HBA1c. Nasilenie zaburzonych postaw wobec odżywiania oraz żarłoczne jedzenie dodatnio korelowały z nasileniem objawów depresyjnych i lękowych oraz nasileniem obszarów problemowych w cukrzycy w badaniu przekrojowym oraz w badaniu prospektywnym. Po intensyfikacji leczenia, poprzez włączenie insuliny lub jej analogów, na przestrzeni 12 miesięcy nastąpił spadek poziomu HbA1c. W tym samym czasie wzrosła liczba powikłań oraz nasiliły się cechy bulimii. W niniejszym badaniu więcej zmiennych mierzących stan kliniczny pacjentów miało związek z cechami bulimii i żarłocznym jedzeniem niż z cechami odchudzania lub kontroli. Wielkość zmiany nasilenia zaburzonych postaw wobec odżywiania korelowała dodatnio z wielkością zmian poziomu HbA1c na przestrzeni trwania badania. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność dalszego badania zaburzonych postaw wobec odżywiania wśród chorych na cukrzyce typu 2, szczególnie w perspektywie prospektywnej. Dodatkowo uzasadniają konieczność regularnej przesiewowej diagnozy osób chorych na cukrzycę typu 2 pod kątem zaburzonych postaw wobec odżywiania z uwagi na ich częste występowanie w tej grupie oraz związek ze stanem klinicznym danych osób.