



DOI: 10.6084/m9.figshare.8268116

LCC - № RZ201-999

ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Злепко Сергій Макарович¹, Пруднус Пилип Григорович², Барановський Дмитро Миколайович¹,
Власенко Марина Володимирівна³, Криворучко Іван Олександрович¹, Злепко Олександра
Сергіївна³

¹ Вінницький національний технічний університет, Україна

² Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр, Україна

³ Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна

Address for Correspondence: Криворучко Іван Олександрович, асистент кафедри біомедичної інженерії, Вінницького національного технічного університета, Україна

E-mail: vanghoste@gmail.com

Abstract. У статті запропонований підхід лікувально-діагностичного процесу хворих на цукровий діабет для збільшення загальної ефективності лікування, зменшення негативних та небажаних ускладнень. Мова йде про психологічне благополуччя хворих на цукровий діабет, яке повинно забезпечуватись і підтримуватись медичним персоналом із залученням психологів і самими хворими, які дуже часто потребують саме психологічної допомоги, але її не отримують. При цукровому діабеті суттєво підвищується ризик психічних розладів, які маскують реальну картину захворювання, спричиняють страждання хворому, ускладнюють діагностику і лікування, погіршують прогноз і збільшують фінансові витрати на лікування при одночасній пролонгації хвороби. Процедураю запропонованого підходу є оцінювання психологом мотиваційно-сислової сфери хворого, як особистості, коли одним із чинників ефективного лікування є відображення особливостей емоційного регулювання і соматичного стану хворого на фоні його індивідуального реагування на хворобу.

Проведено експериментальне дослідження розробленого модуля в автоматичному режимі. В дослідженні взяли участь 38 пацієнтів, що знаходились на лікуванні у Вінницькому ендокринологічному центрі в жовтні-листопаді 2017 року. Дослідження проводилися за методикою ЛОБІ і методикою «Незакінчені пропорції» Сакса-Леві. Узагальнення отриманих результатів

дозволило зробити цікавий висновок, особливо відносно хворих на цукровий діабет I типу, які в своїй більшості мають негативний особистісний сенс хвороби і в той же час продемонстрували поведінку, пов'язану з ризиками для життя. І це не зважаючи на те, що вони знають про серйозність захворювання, але така поведінка звільняє їх від почуття страху за своє життя. Для хворих на цукровий діабет II типу все навпаки: для них здоров'я є однією із головних цінностей, а особистісний сенс хвороби має конфліктний характер. Наведені результати, як і багато інших свідчать про обов'язкову необхідність психологічної діагностики і супроводження пацієнтів з цукровим діабетом, які направлено на активізацію і визначення способів використання доступних ресурсів хворих для підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

В більшості провідних світових центрів і клінік, де лікують хворих на цукровий діабет, знедавна базовим твердженням стало таке: – покращення якості життя і психічного статусу пацієнта є новим, сукупним, клінічно значимим результатом, який зумовлює необхідність оцінювання стану хворого на цукровий діабет не тільки за показниками метаболізму, а і за змінами психологічного статусу хворого.

Keywords: цукровий діабет, депресія, психологічний стан, соматичні патології, лікувально-діагностичний процес.

Materials and methods. Всебічний аналіз лікувально-діагностичного процесу хворих на цукровий діабет (ЦД) виявив ще одну проблему, точніше сказати – складову зазначеного процесу, яка, на жаль, дуже часто не враховується лікарями, що призводить до зниження загальної ефективності лікування, збільшення негативних та небажаних ускладнень, маскування ситуаційних причин захворювання.

Мова йде про психологічне благополуччя хворих на ЦД, яке повинно забезпечуватись і підтримуватись медичним персоналом із залученням психологів і самими хворими, які дуже часто потребують саме психологічної допомоги, але її не отримують. При цукровому діабеті суттєво підвищується ризик психічних розладів, які маскують реальну картину захворювання, спричиняють страждання хворому, ускладнюють діагностику і лікування, погіршують прогноз і збільшують фінансові витрати на лікування при одночасній пролонгації хвороби.

В той же час, з'являється все більше даних про те, що психологічна допомога сприяє дотриманню лікарських рекомендацій, створює максимальний психологічний стан хворих і забезпечує компенсацію інсулінозалежного цукрового діабету [1].

І це на фоні того, що за даними [1] депресія у хворих на ЦД зустрічається в 2 рази частіше і досить часто залишається нерозпізнаною [2], продовжуючи спотворювати реальну картину лікування.

Наш досвід спілкування з хворими на цукровий діабет з важкою або ускладненою формою захворювання показав, що одним із засобів підвищення ефективності лікування є врахування при діагностуванні і виборі тактики лікування медико-психологічної [2] і психолого-психіатричної класифікацій [3] реакції хворого на захворювання і лікувально-діагностичний процес в цілому.

Доповнити дані класифікації можливо ще двома соціально-психологічною [4] та оцінювальною, які приведені нижче.

Класифікація типів реакцій на захворювання [1] має 5 типів:

Нормозогнозія – адекватна оцінка захворювання. Думка пацієнта збігається з думкою лікаря.

Гіпернозогнозія – перебільшення тяжкості захворювання.

Гіпонозогнозія – применшення тяжкості свого захворювання.

Діснозогнозія – спотворене бачення захворювання або його заперечення з метою дисимуляції (процес, який зворотний симуляції).

Анозогнозія – заперечення захворювання.

Класифікації типів реакцій на хворобу:

I. Медико-психологічна [2].

Реакція співдружності. Характерна для осіб з розвиненим інтелектом. Схильні з перших днів захворювання ставати «асистентами» лікаря, вони слухняні, пунктуальні і уважні.

Спокійна реакція. Характерна для осіб зі стійкими емоційно-вольовими процесами. Пунктуальні, адекватно реагують і виконують всі вказівки лікаря, але без скрупульозності, властивої першому типу.

Несвідома реакція. Заперечує своє захворювання. Є патологічною реакцією.

Слідова реакція. При одужанні у людини залишається страх повторного захворювання. Вона постійно на нього чекає.

Негативна реакція. Хворі знаходяться у владі упередження, ходять від одного лікаря до іншого, звинувачуючи попереднього в некомпетентності.

Панічна реакція. Хворі знаходяться у владі страху, одночасно лікуються в декількох установах, намагаючись дізнатися більше про захворювання і підключити всі лікувальні заходи.

Руйнівна реакція. Хворі поведуться неадекватно, ігноруючи всі вказівки лікаря. Відмовляються застосовувати ліки і змінювати свій спосіб життя.

II. Психолого-психіатрична класифікація [3] враховує 12 типів реакцій на захворювання:

Гармонійний тип – правильна, твереза оцінка стану. Небажання обтяжувати інших тяготами догляду за собою.

Ергопатичний тип – відхід від захворювання в роботу. Найчастіше притаманний людям з серцево-судинними захворюваннями.

Анізогностичний тип – активне відкидання думки від захворювання за принципом - обійдеться.

Тривожний тип – безперервне занепокоєння і недовіра. Віра в прикмети чи ритуали.

Іпохондричний тип – крайня зосередженість на суб'єктивних переживаннях. Перебільшення їх значимості. Страх перед побічною дією ліків.

Неврастенічний тип – характерні нетерплячість і спалахи гніву, спрямовані на першого зустрічного, після чого виникають каяття і сльози.

Меланхолічний тип – характерна невіра в одужання. Депресивний стан. Висока небезпека суїциду.

Апатичний – повна байдужість до своєї долі. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню.

Сенситивний – чутливий до міжособистісних відносин. Пацієнти бояться стати тягарем для близьких та уникнення інших людей від їх захворювання.

Егоцентричний – характерний відхід у хворобу з виставленням напоказ своїх страждань. Вимагають особливого ставлення до себе.

Паранояльний тип – впевненість, що захворювання – це результат стороннього злого наміру, невдача в лікуванні – це результат недбалості медперсоналу.

Дисфоричний – домінує похмуро-озлоблений настрій. Заздрість і ненависть до здорових людей.

III. Соціально-психологічна [4].

Хвороба – загроза або виклик. Тип реакції як протидія. Догляд, тривога або боротьба.

Хвороба – втрата. Депресія, розгубленість, горе. Спроби привернути увагу.

Хвороба – виграш або позбавлення. Байдужість або життєрадісність. Порушення режиму і ворожість по відношенню до лікаря.

Хвороба – покарання. Людина спочатку відчуває сором, а потім агресію або гнів.

Аналіз приведених класифікацій свідчить про те, що ефективно їх застосування можливе лише за участі психолога, а іноді – і психіатра.

За даними деяких джерел [1] частота зустрічаємості тривожно-депресивних розладів у хворих на ЦД вдвічі більша, ніж у соматично здорових людей і суттєво вище, ніж у пацієнтів з іншими видами хронічної соматичної патології [1]. Поєднання основного захворювання з будь-яким

психічним, і перш за все, з депресією суттєво знижує якість життя таких хворих і сприяє розвитку, зумовлених ними ускладнень [1].

В основі надання допомоги таким соматичним хворим лежить розуміння хвороби як єдності соматичних і психологічних функцій [1]. Це зумовлює необхідність включення в лікувально-діагностичний процес хворих на ЦД етапу діагностики психологічного стану, який за аналогією з [1], будемо розуміти як комплексну сукупність методик і процедур по створенню і використанню локального інформаційного простору для прийняття пацієнтом ефективних рішень, які орієнтовані на досягнення і підтримання бажаного рівня здоров'я і враховують проблемну ситуацію, знаходячись в якій пацієнт визначає для себе шлях прогресивної або регресивної поведінки [1].

Початковою процедурою запропонованого підходу є оцінювання психологом мотиваційно-сислової сфери хворого, як особистості, коли одним із чинників ефективного лікування є відображення особливостей емоційного регулювання і соматичного стану хворого на фоні його індивідуального реагування на хворобу (про що вже йшла мова раніше).

Основою запропонованого підходу є затверджені протоколи діагностики і лікування інсулінозалежного цукрового діабету [1], відповідно до яких на рівні лікарні і медичного персоналу повинні враховуватися такі вимоги і рекомендації.

На рівні стандартної допомоги:

- періодичний контроль психофізіологічного стану хворого з метою своєчасного виявлення можливих психічних розладів (в. т. ч. і когнітивних) за допомогою спеціалізованих опитників або тестів;
- періодичний або за вимогою і регулярний психологічний тренінг з хворим за участі кваліфікованого психіатра або психолога з метою контрольованого і керуемого лікування наявних розладів адаптації, депресії, неврозу, психопатії, наркоманії, когнітивних розладів [1].

На рівні всебічної допомоги:

- регулярний тестовий контроль психофізіологічного стану пацієнта або його психоемоційної сфери;
- застосування спеціалізованих анкет і комп'ютерних методик з метою проведення належного всебічного нейропсихологічного обстеження [1].

На рівні мінімальної допомоги:

- проведення заходів, аналогічних тим, що заплановані в межах стандартної допомоги;

- своєчасне виявлення когнітивних, емоційних, стресових і поведінкових розладів;
- моніторинг самооцінювання хворим свого відношення до хвороби з можливою його корекцією [1].

В якості методичної, психоетіологічної, та психофізіологічної бази пропонуються:

- спеціальна анкета WHO - 5 [1];
- рекомендації Німецької діабетичної асоціації з психологічної допомоги дорослим хворим на ЦД з вказівкою рівнів обґрунтованості даних для кожної із рекомендацій [1];
- Ленінградський опитник Бехтерівського інституту (ЛОБІ), орієнтований на вивчення типів психічного реагування на хворобу;
- методика «Рівень співвідношення цінності і доступності в різних життєвих сферах» Е. Б. Фантагової [1], яка направлена на вивчення провідних життєвих цінностей, цілей та оцінки їх досяжності для суб'єкта;
- модифікована проєктивна методика «Незакінчені пропорції» Сакса-Леві для роботи з психосоматичними хворими [1];
- тематичний перцептивний тест, орієнтований на виявлення мотивів і потреб особистості [1];
- The Appraisal of Diabetes Scale (ADS) – шкала оцінки діабета – для визначення стану пацієнта і його відношення до хвороби [1];
- Опитник АТТ-39 для оцінки психологічної адаптації до діабету [1];
- Well-being Questionnaire (W-BQ-22 і N-BQ-12) – опитники загального та емоційного благополуччя, які відрізняються кількістю питань і дозволяють визначити наявність у пацієнтів симптомів тривоги і депресії, а також – загального благополуччя [1].

Наведений перелік є лише частиною загальної кількості тестів та опитників для оцінки якості життя хворих на ЦД, що підвищує зацікавленість медичного співтовариства до оцінювання суб'єктивної картини ЦД, а їх багатогранність зумовлена рядом факторів, які відносяться до діабета та методів його лікування, а також до інших аспектів, які пов'язані з функціонуванням особистості у фізичній, психологічній і соціальній сферах її життя.

На рис. 1 представлена структурна схема модуля діагностики психологічного стану апаратно-програмного комплексу для управління глікемічним профілем хворих на ЦД 1 типу.

Фактично представлений модуль складається із трьох рівнів: рівень даних (бази даних тестів, опитників і критеріїв оцінки тестів; архіву раніше отриманих результатів); рівень оброблення та

інтерпретації даних (включає в себе оброблення даних; інтерпретацію даних; параметри тесту) і рівень користувача (вибір тестів; результат тестування; аналіз стану пацієнта; вибір мови тестування; біологічний зворотний зв'язок за частотою серцевих скорочень; робочі зони лікаря (психолога) і пацієнта; базу знань комплексу, модуль ППР.

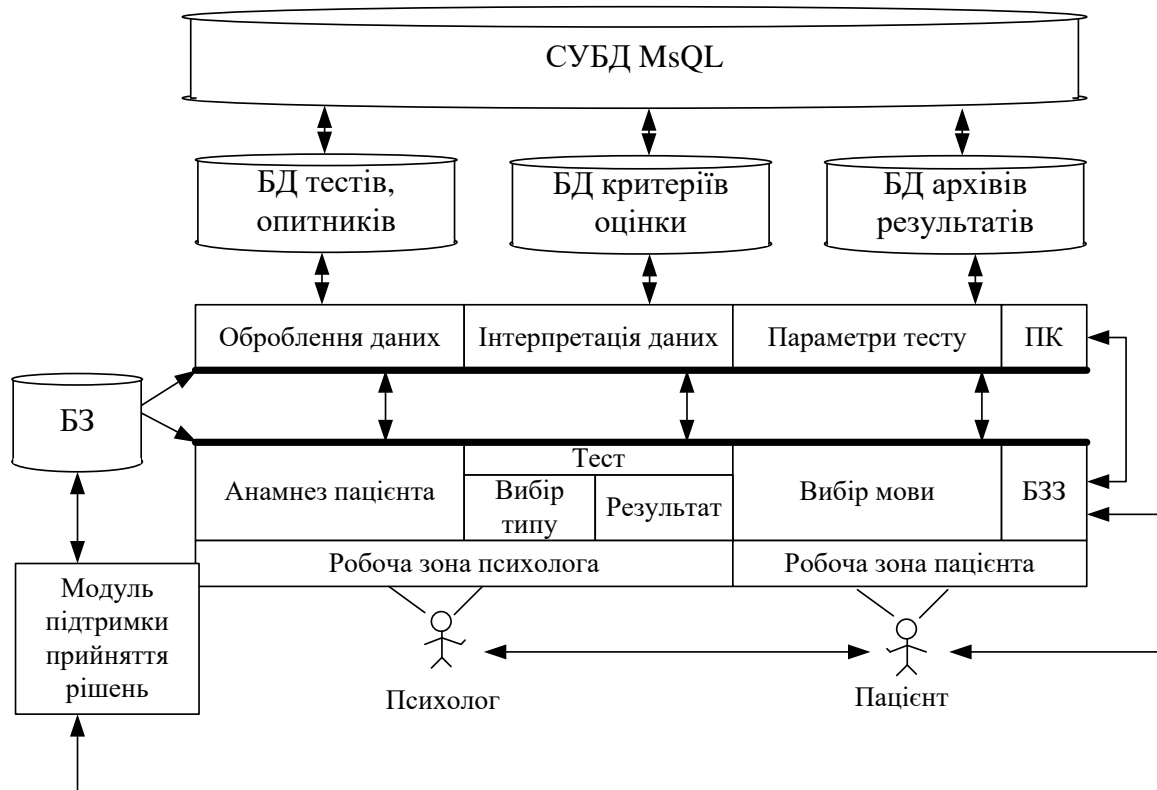


Рисунок 1 – Структурно-функціональна організація модуля діагностики психологічного стану хворих на ЦД.

Проведено експериментальне дослідження розробленого модуля в автоматичному режимі. В дослідженні взяли участь 38 пацієнтів, що знаходились на лікуванні у Вінницькому ендокринологічному центрі в жовтні-листопаді 2017 року. Їх добровільна згода на проведення дослідження отримана. При обробленні результатів враховано тільки стать і діагноз. Було сформовано дві групи пацієнтів: 19 осіб з діагнозом ЦД I типу (11 жінок, 8 чоловіків) і 19 осіб з діагнозом ЦД 2 типу (12 жінок 7 чоловіків).

Дослідження проводилися за методикою ЛОБІ і методикою «Незакінчені пропорції» Сакса-Леві. Узагальнення отриманих результатів дозволило зробити цікавий висновок, особливо відносно хворих на ЦД I типу, які в своїй більшості мають негативний особистісний сенс хвороби і в той же

час продемонстрували поведінку, пов'язану з ризиками для життя. І це не зважаючи на те, що вони знають про серйозність захворювання, але така поведінка звільняє їх від почуття страху за своє життя.

Для хворих на ЦД II типу все навпаки: для них здоров'я є однією із головних цінностей, а особистісний сенс хвороби має конфліктний характер.

Наведені результати, як і багато інших свідчать про обов'язкову необхідність психологічної діагностики і супроводження пацієнтів з цукровим діабетом, які направлено на активізацію і визначення способів використання доступних ресурсів хворих для підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Проведені дослідження щодо оцінювання хворих на ЦД обох типів показали, що найнижчі показники якості життя були отримані за шкалами «енергійність/життєздатність» і «сприйняття загального стану здоров'я», що корелює із даними, наведеними в літературі. Достатньо цікавими стали результати дослідження артеріальної гіпертонії на якість життя хворих з цукровим діабетом. Було виявлено, що для хворих на ЦД I типу наявність АГ суттєво впливає на фізичну працездатність, а для пацієнтів з ЦД II типу підвищення АТ вагомо змінює на їх життєздатність та енергійність.

В більшості провідних світових центрів і клінік, де лікують хворих на ЦД, знедавна базовим твердженням стало таке: – покращення якості життя і психічного статусу пацієнта є новим, сукупним, клінічно значимим результатом, який зумовлює необхідність оцінювання стану хворого на ЦД не тільки за показниками метаболізму, а і за змінами психологічного статусу хворого. Звідси народилась досить цікава теза: пацієнт не повинен пристосовувати своє життя до діабету, а навпаки, діабет пристосовує до свого життя [1].

Conclusions.

1. Проведені дослідження підтвердили, що предикторами неефективного навчання і лікування хворих на ЦД I типу є високі показники тесту СМОЛ за шкалою 1 (іпохондрії), а для хворих на ЦД II типу – за шкалою 2 (тривоги та депресії). Встановлено, що для хворих на ЦД I типу провідним типом відношення до хвороби є ергопатичний, а для пацієнтів на ЦД II типу – гармонічний тип.

2. Для забезпечення високої якості життя та загальної життєдіяльності хворих на ЦД I і II типів необхідна участь психологів, психіатрів, реабілітологів у лікувально-діагностичному процесі ендокринологічних клінік і центрів.

Conflict of interest statement: The authors state that there are no conflicts of interest regarding the publication of this article.

REFERENCES:

1. Классификации типов реакций на заболевание. [Internet]. Psyworld.ru. 2019 [cited 13 June 2019]. Available from: <http://www.psyworld.ru/for-students/lectures/psychosomatic/131-2008-08-20-15-10-06.html>
2. Личностное развитие в условиях хронического соматического заболевания [Internet]. Psyworld.ru. 2019 [cited 13 June 2019]. Available from: <http://www.psyworld.ru/for-students/cards/general-psychology/509-2008-10-28-13-19-09.html>
3. Психолого-психиатрическая классификация (Личко, Иванов 1980 г.) [Internet]. Referatwork.ru. 2019 [cited 13 June 2019]. Available from: http://referatwork.ru/lectionbase/psihologiya/view/292108_ii_psihologo_psihiatricheskaya_klassifikaciya_lichko_ivanov_1980_g
4. Типы личностных (психологических) реакций на болезнь у кардиологических больных [Internet]. 2019 [cited 13 June 2019]. Available from: <http://www.satelin.ru/gmjs-364-2.html>

100% Unique

Total 17733 chars (2000 limit exceeded) , 219 words, 9 unique sentence(s).

Essay Writing Service - Paper writing service you can trust. Your assignment is our priority! Papers ready in 3 hours! Proficient writing: top academic writers at your service 24/7! Receive a premium level paper!

Results	Query	Domains (original links)
Unique	Проведено експериментальне дослідження розробленого модуля в автоматичному режимі	-
Unique	Дослідження проводилися за методикою ЛОБІ і методикою «Незакінчені пропорції» Сакса-Леві	-
Unique	національний технічний університет, Україна2 Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр, Україна3 Вінницький національний медичний університет	-
Unique	Пирогова, УкраїнаAddress for Correspondence: Криворучко Іван Олександрович, асистент кафедри біомедичної інженерії, Вінницького національного технічного	-
Unique	У статті запропонований підхід лікувально-діагностичного процесу хворих на цукровий діабет для збільшення загальної ефективності	-
Unique	медичним персоналом із залученням психологів і самими хворими, які дуже часто потребують саме психологічної допомоги.	-
Unique	страждання хворому, ускладнюють діагностику і лікування, погіршують прогноз і збільшують фінансові витрати на лікування при	-
Unique	чинників ефективного лікування є відображення особливостей емоційного регулювання і соматичного стану хворого на фоні його	-
Unique	В дослідженні взяли участь 38 пацієнтів, що знаходились на лікуванні у Вінницькому ендокринологічному центрі	-