

О. В. Ткаченко

**ПОЄДНАНА ІНДИВІДУАЛЬНО-СІМЕЙНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ  
ДИСКОМПЛАЄНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ  
ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя  
tkachenkovt@ukr.net

**Актуальність.** залучення членів родини хворих до психопрофілактичних інтервенцій з метою психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на ЦД 2 типу є актуальним та медично обґрунтованим з огляду на вплив ставлення членів родини хворого до його захворювання та родинної підтримки у виконанні хворим терапевтичних призначень.

**Мета** дослідження – розробити поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та дослідити її ефективність.

**Матеріали та методи.** Обстежено 57 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, які отримували амбулаторне лікування. Пацієнтів поділили на три групи залежно від застосованої стратегії психопрофілактики: із використанням системи психопрофілактики дисконплаєнтності із залученням (ГД-1) та без залучення членів сім'ї хворих (ГД-2), та за стандартними протоколами (ГК).

Методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний.

**Результати.** Розроблено систему психопрофілактики, яка включає дві основні ланки: індивідуальну психопрофілактику дисконплаєнтності хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості; сімейну психотерапію й індивідуальну роботу з представниками сім'ї хворого. Встановлено, що у всіх групах при першому вимірюванні комплаєнс хворих до дозованих фізичних навантажень був достовірно нижчим, ніж до дієтотерапії, але при другому вимірюванні у ГД-1 він достовірно не відрізнявся. Встановлено достовірне збільшення рівня комплаєнсу до терапії в обох групах дослідження, порівняно з ГК, після впровадження психопрофілактичних заходів. Виявлено, що у ГД-1, порівняно з ГД-2, комплаєнс до терапії на другому етапі вимірювання виявився достовірно вищим, що свідчить на користь залучення до психотерапевтичних заходів членів сім'ї хворого. Відзначено високу тропність психотерапевтичних заходів із залученням членів сім'ї хворого до підвищення рівня комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень.

**Висновки.** В результаті дослідження розроблено поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та доведено її високу ефективність.

**Ключові слова:**цукровий діабет 2 типу,  
легкий ступінь тяжкості,  
дисконплаєнтність,  
комплаєнс,  
психопрофілактика,  
психотерапія.

**Актуальність.** Рівень захворюваності на цукровий діабет (ЦД) 2 типу в світі постійно зростає. В більшості випадків при первинному виявленні ЦД 2 типу діагностується легкий ступінь його тяжкості. Це свідчить про можливість запобігти ускладненням ЦД 2 типу та зберегти високий рівень соціального функціонування хворих та якості їх життя у разі своєчасної нормалізації глікемічного профілю [1, 2].

Дієтотерапія та дозовані фізичні навантаження є одними з основних засобів лікування хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості [3, 4].

Втім, через недотримання хворими медичних рекомендацій рівень їх терапевтичної спроможності є

низьким, що провокує збільшення тяжкості ЦД 2 типу і погіршення прогнозу [5, 6].

У більшості випадків дисконплаєнтність хворих до терапії обумовлена їх особистісними особливостями, коморбідними психічними порушеннями, дисгармонійним ставленням до свого захворювання із формуванням патологічної внутрішньої картини хвороби [5–8].

Величезне значення мають ставлення членів родини хворого до його захворювання та підтримка у виконанні хворим терапевтичних призначень [9]. У цьому контексті залучення членів родини хворих до психопрофілактичних інтервенцій щодо психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на ЦД 2 типу є актуальним та медично обґрунтованим.

**Мета** дослідження – розробити поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та дослідити її ефективність.

## Матеріали та методи дослідження

За умов усвідомленої інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базах КУ «Запорізька міська клінічна лікарня № 10» та КУ «Обласний клінічний ендокринологічний диспансер» Запорізької обласної ради провели обстеження 57 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, які отримували амбулаторне лікування; середній вік у групі складав  $(51,8 \pm 1,28)$  року.

Хорих було поділено на три групи за критерієм отриманої психопрофілактики.

Першу групу дослідження (ГД-1) склали 19 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та члени їх родин, які залучалися до поєднаної індивідуально-сімейної системи психопрофілактики дисконплаєнтності.

Другу групу дослідження (ГД-2) склали 20 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, з якими проводилася психопрофілактична робота за розробленою системою без залучення членів сім'ї.

До групи контролю (ГК) увійшли 18 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, які отримували терапію за стандартними протоколами.

Достовірних відмінностей за статтю, віком, сімейним та соціальним станом між групами не було.

Методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний.

У рамках психодіагностичного дослідження для встановлення рівня комплаєнсу використовували Шкалу комплаєнтності Моріскі – Грін (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4, D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine, 1985), адаптовану для дієтотерапії та дозованих фізичних навантажень.

Для статистичної обробки отриманих даних використовували методи клінічної, описової та математичної статистики (в тому числі t-критерій Стьюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності  $p$ ).

## Результати та їх обговорення

У хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості головною ланкою виступала комплаєнс-орієнтована терапія, спрямована на модифікацію раціону та моціону хворих. Для цієї категорії хворих не було актуальним питання фармакотерапії цукрознижувальними препаратами, тому орієнтація психопрофілактичних комплаєнс-орієнтованих заходів терапії ЦД 2 типу була спрямована виключно на немедикаментозне лікування.

Втім, у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості фармакотерапія використовувалася для лікування предрисуючих ЦД 2 типу порушень – переважно психічних, та ускладнень ЦД 2 типу – соматичних та психічних. Тому повністю відмовитися від фармакотерапевтично-орієнтованої ланки психопрофілактики у хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості було неможливо.

Додатковою ланкою підвищення комплаєнсу до лікування у хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості була сімейна терапія та робота із членами їх сімей. Цей напрямок психопрофілактики, який опирався на залучення до терапевтичного процесу членів родини хворого, виступав у якості додаткового.

Розроблена нами система психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості складалася з двох основних ланок:

а) система індивідуальної психопрофілактики дисконплаєнтності та терапії хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості;

б) система сімейної психотерапії та індивідуальна робота з членами сім'ї хворого.

У контексті першої ланки психопрофілактики дисконплаєнтності хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості опір було зроблено на два напрямки:

1. Підвищення комплаєнсу до немедикаментозних заходів.

а) до асоційованої із ЦД 2 типу модифікації способу життя:

- підвищення комплаєнсу до дієтотерапії;
- підвищення комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень;

б) до нефармакотерапевтичної профілактики ускладнень ЦД 2 типу:

- підвищення комплаєнсу до психопрофілактики та психотерапії психічних порушень, що виступають у якості ускладнень ЦД 2 типу;
- підвищення комплаєнсу до психопрофілактики та психотерапії психічних розладів та особливостей особистості, які виступають у якості предрисуючих факторів виникнення ЦД 2 типу.

2. Підвищення комплаєнсу до фармакотерапії. Цей напрямок також мав декілька розгалужень:

- підвищення комплаєнсу до фармакотерапії ускладнень ЦД 2 типу – соматичних та психічних;
- підвищення комплаєнсу до фармакотерапії коморбідних ЦД 2 типу станів – соматичних захворювань та психічних розладів.

Використовували психоосвіту, психоіндукацію, раціональну психотерапію, когнітивно-біхевіоральну терапію, мнестичні методики, в окремих випадках додавали релаксаційні методики.

У рамках другої ланки системи психопрофілактики членам родини хворого у контексті забезпечення комплаєнсу до терапії та психопрофілактики ускладнень хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості відводилися наступні завдання:

- психологічна підтримка хворих з метою забезпечення прийняття ними свого захворювання, необхідності зміни звичного способу життя. Хворі мали відчувати, що не залишилися зі своєю хворобою наодинці, а мають постійну підтримку та захист з боку близьких людей, можуть психологічно спиратися на них, ділитися своїми страхами та уявленнями про подальше життя із хворобою, розуміти, що внаслідок захворювання не стали тягарем для сім'ї та спільно планувати подальше життя. Байдуже ставлення членів родини до встановлення у хворого діагнозу ЦД не допускалося, втім, занадто метушлива поведінка також не віталася;

- допомога у формуванні гармонійного ставлення хворого до свого захворювання. Родичі хворого своїми поведінковими та вербальними патернами мали демонструвати, що ЦД є нелегким захворюванням, яким не слід нехтувати, втім, факт захворювання не є катастрофічним, і, при дотриманні хворими принципів лікування, не перекреслить їхнього подальшого життя;
- мотивація хворих до ретельного виконання ними лікарських призначень – зміни моціону та раціону, прийому додаткових медикаментозних препаратів, психотерапії; контроль за дотриманням хворими дієти, виконанням дозованих фізичних навантажень та інших лікарських призначень.

Контроль з боку родичів хворого не мав бути гіперболізований, аби не спровокувати роздратування хворих та опозиційної до лікарських рекомендацій поведінки.

Членам родини хворих рекомендували заохочувати їх до дотримання дієти, звертаючи увагу на вторинні позитивні сторони та наслідки її дотримання (зменшення ваги, можливість скуштувати смачні та незвичні продукти з переліку дозволених, слідування «моді на дієти» тощо); також до дотримання режиму дозованих фізичних навантажень, в тому числі виконуючи їх разом із хворими.

Одночасно членам родини хворого пояснювали таку дисконплаєнтну роль їхньої поведінки як кепкування над необхідністю дотримуватися режиму у їжі та фізичних навантажень, демонстрація відсутності обмежень у власному способі життя.

Родичі хворого, фактично, займали позицію помічників лікаря.

З членами сім'ї хворого проводилася робота у наступних напрямках:

- запобігання анозо- та гіпогностичному сприйняттю захворювання родича та спонукання його до

гіпокураційного варіанта ставлення до свого захворювання;

- запобігання гіпергностичному / гіпертривожному сприйняттю захворювання родича та спонукання його до гіперкураційного варіанта ставлення до свого захворювання;
- формування гармонійного сприйняття захворювання родича із спонуканням його до гармонійного варіанта ставлення до свого захворювання;
- розуміння необхідності виконання хворим лікарських призначень та орієнтація й спонукання його на дотримання медичних рекомендацій, контроль за їх дотриманням.

Використовували раціональну психотерапію, психоіндукцію, когнітивно-біхевіоральну терапію, мнестичні методики.

Тривалість психопрофілактично орієнтованих занять становила 4 тижні, по два заняття на тиждень середньою тривалістю 1–1,5 години.

Вимірювання показників виконання хворими медичних рекомендацій з дієтотерапії та лікувального фізичного навантаження проводили у два етапи – до впровадження системи психопрофілактики і через три місяці після її завершення.

Порівняльний аналіз по групах продемонстрував наступні результати.

У всіх групах на першому етапі вимірювання середні показники рівня комплаєнсу до дієтотерапії та дозованих фізичних навантажень були низькими і склали в середньому 1,2–2,1 бала.

При цьому встановлено, що комплаєнс до дозованих фізичних навантажень був достовірно нижчим, ніж до дієтотерапії, у пацієнтів усіх груп при першому вимірюванні (табл. 1), тоді як при другому вимірюванні для ГД-1 він достовірно не відрізнявся (табл. 2).

Виявлена достовірна різниця між рівнем комплаєнсу

Таблиця 1. Комплаєнс до терапії у групах при першому вимірюванні

Групи дослідження	Вид терапії		t <sub>емп</sub>	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	1,2±0,14	2,0±0,19	4,7	<0,05
ГД-2	1,3±0,25	1,9±0,15	4,5	<0,05
ГК	1,2±0,12	2,1±0,22	5,1	<0,05
p*	>0,05	>0,05		

Примітка. \* – порівняння показників між групами дослідження; \*\* – порівняння показників між видами терапії.

Таблиця 2. Комплаєнс до терапії у групах при другому вимірюванні

Групи дослідження	Вид терапії		t <sub>емп</sub>	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	3,8±0,10	4,0±0,12	1,0	>0,05
ГД-2	3,1±0,26	3,8±0,14	2,8	<0,05
ГК	1,2±0,28	2,2±0,25	4,9	<0,05
p*	<0,05	<0,05		

Примітка. \* – порівняння показників між групами дослідження; \*\* – порівняння показників між видами терапії.

Таблиця 3. Рівень комплаєнсу до дієтотерапії ЦД 2 типу у групах за даними MMAS-4 (бали)

Групи дослідження	Вид терапії		t <sub>емп</sub>	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	2,0±0,19	4,0±0,12	4,9	<0,05
ГД-2	1,9±0,15	3,8±0,14	4,3	<0,05
ГК	2,1±0,22	2,2±0,25	0,9	>0,05
p*	>0,05	<0,05		

Примітка. \* – порівняння показників між групами дослідження; \*\* – порівняння показників між видами терапії.

Таблиця 4. Рівень комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень у групах за даними MMAS-4 (бали)

Групи дослідження	Вид терапії		t <sub>емп</sub>	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	1,2±0,14	3,8±0,10	6,2	<0,05
ГД-2	1,3±0,25	3,1±0,26	6,0	<0,05
ГК	1,2±0,12	1,2±0,28	0,3	>0,05
p*	>0,05	<0,05		

Примітка. \* – порівняння показників між групами дослідження; \*\* – порівняння показників між видами терапії.

як до дієтотерапії, так і до дозованих фізичних навантажень, на першому та другому етапах вимірювання в ГД-1 та ГД-2; у цих групах комплаєнс до терапії після психопрофілактичної роботи збільшився, тоді як в ГК достовірні відмінності були відсутні (табл. 3, 4).

У ГД-1 на другому етапі вимірювання комплаєнс до терапії переважав дані ГД-2, що свідчить на користь залучення до психотерапевтичних втручань членів сім'ї хворого.

У ГД-1 рівень комплаєнсу до дієтотерапії на другому етапі вимірювання збільшився на 2,0 бали, до дозованих фізичних навантажень – на 2,6 бала. В ГД-2 рівень комплаєнсу до дієтотерапії на другому етапі вимірювання збільшився на 1,8 бала, до дозованих фізичних навантажень – на 1,8 бала.

Привертало увагу достовірне збільшення рівня комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень на другому етапі вимірювання в ГД-1, порівняно з ГД-2, що демонструє високу тропність залучення до психотерапевтичних втручань членів сім'ї хворого для корекції саме цього виду терапії.

## Висновки

У результаті дослідження розроблено поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та досліджено її ефективність.

1. Розроблена система психопрофілактики включала дві основні ланки: індивідуальну психопрофілактику дисконплаєнтності хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та сімейну психотерапію й індивідуальну роботу з членами сім'ї хворого.

2. Відзначено, що у всіх групах при першому вимірюванні комплаєнс до дозованих фізичних навантажень був достовірно нижчим, ніж до дієтотерапії, при другому вимірюванні у ГД-1 він достовірно не відрізнявся.

3. Встановлено достовірне збільшення рівня комплаєнсу до терапії в обох групах дослідження, порівняно з ГК, після впровадження психопрофілактичних заходів.

4. Виявлено, що у ГД-1, порівняно з ГД-2, комплаєнс до терапії на другому етапі вимірювання був достовірно вищим, що свідчило на користь залучення до психотерапевтичних втручань членів сім'ї хворого.

5. Відзначено високу тропність психотерапевтичних втручань із залученням членів сім'ї хворого до підвищення рівня комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень.

## Список використаної літератури

1. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic [Text] / L. M. Jaacks, K. R. Siegel, U. P. Gujral, K. M. Narayan // *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. – 2016. – Vol. 30, issue 3. – P. 331–343. DOI: 10.1016/j.beem.2016.05.003.
2. Meetoo D. An epidemiological overview of diabetes across the world [Text] / D. Meetoo, P. McGovern, R. Safadi // *British journal of nursing*. – 2007. – Vol. 16, issue 16. – P. 1002–1007.

3. Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.05.2009 № 356 в редакції наказу МОЗ України від 05.08.2009 № 574 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090805\\_574.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html) (дата звернення: 07.03.2017).
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет у молодих людей та дорослих. Затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2014 року № 1021 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014\\_1021\\_CD1\\_dor/2014\\_1021\\_nakaz\\_CD1\\_dor.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf) (дата звернення: 07.03.2017).
5. Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects [Text] / P. Gentili, A. Maldonato, D. Bloise [et al.] // *Diabetes, nutrition & metabolism*. – 2000. – Vol. 13, issue 1. – P. 1–6.
6. Stress as a risk factor for noncompliance with treatment regimens in patients with diabetes and hypertension [Text] / H. Roohafza, A. Kabir, M. Sadeghi [et al.] // *ARYA Atheroscler*. – 2016. – Vol. 12, issue 4. – P. 166–171. PMID: 28149311.
7. A Study on Self-Care Behaviors and Related Factors in Diabetes Patients [Text] / C. H. Huang, P. C. Lin, M. Chang Yeh, P. H. Lee // *Hu Li Za Zhi*. – 2017. – Vol. 64, issue 1. – P. 61–69. DOI: 10.6224/JN.64.1.61.
8. Depression, anxiety and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes mellitus – a study of adult patients with type 2 diabetes mellitus in Osijek, Croatia [Text] / D. Degmečić, T. Bacun, V. Kovac [et al.] // *Coll. Antropol.* – 2014. – Vol. 38, issue 2. – P. 711–716.
9. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes [Text] / N. Wichit, G. Mnatzaganian, M. Courtney [et al.] // *Diabetes Res. Clin. Pract.* – 2017. – Vol. 123. – P. 37–48. DOI: 10.1016/j.diabres.2016.11.013.

## References

1. Jaacks, L. M., Siegel, K. R., Gujral, U. P., & Narayan, K. M. (2016). Type 2 diabetes: A 21st century epidemic. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 30, issue 3, pp. 331–343. DOI: 10.1016/j.beem.2016.05.003.
2. Meetoo, D., McGovern, P., & Safadi, R. (2007). An epidemiological overview of diabetes across the world. *British journal of nursing*, vol. 16, issue 16, pp. 1002–1007. DOI:10.12968/bjon.2007.16.16.27079.
3. Ministry of Health of Ukraine. (2009). *Protokol nadannia medychnoi dopomohy khvorym na neuskkladnenyi tsukrovyy diabet* (Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 22.05.2009 No. 356) [Protocol for the provision of medical care to patients with uncomplicated diabetes mellitus (Order of the Ministry of Health of Ukraine dated May 22, 2009 No. 356)]. Retrieved from: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090805\\_574.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html) (accessed 07.03.2017).
4. Ministry of Health of Ukraine. (2014). *Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, ekstrenoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy. Tsukrovyy diabet u molodykh liudei ta doroslykh* (Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 29.12.2014 roku No. 1021) [Unified clinical protocol of primary, emergency, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical aid. Diabetes mellitus in young adults and adults (Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 29.12.2014 No. 1021)]. Retrieved from: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014\\_1021\\_CD1\\_dor/2014\\_1021\\_nakaz\\_CD1\\_dor.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf) (accessed 07.03.2017).
5. Gentili, P., Maldonato, A., Bloise, D., Burla, F., Coronel, G., & Di Paolantonio, T. (2000). Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects. *Diabetes, nutrition & metabolism*, vol. 13, issue 1, pp. 1–6.
6. Roohafza, H., Kabir, A., Sadeghi, M., Shokouh, P., Ahmadsad-Asl, M., Khadem-Maboudi, A. A., & Sarrafzadegan, N. (2016). Stress as a risk factor for noncompliance with treatment regimens in patients with diabetes and hypertension. *ARYA Atheroscler*, vol. 12, issue 4, pp. 166–171.
7. Huang, C. H., Lin, P. C., Chang Yeh, M., & Lee, P. H. (2017). A Study on Self-Care Behaviors and Related Factors in Diabetes Patients. *Hu Li Za Zhi*, vol. 64, issue 1, pp. 61–69. DOI: 10.6224/JN.64.1.61.
8. Degmečić, D., Bacun, T., Kovac, V., Mioc, J., Horvat, J., & Vcev, A. (2014). Depression, anxiety and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes mellitus – a study of adult patients with type 2 diabetes mellitus in Osijek, Croatia. *Coll. Antropol.*, vol. 38, issue 2, pp. 711–716.
9. Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., & Johnson, M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, vol. 123, pp. 37–48. DOI: 10.1016/j.diabres.2016.11.013.

О. В. Ткаченко

### СОЧЕТАННАЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-СЕМЕЙНАЯ СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ДИСКОНПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

**Актуальность.** Привлечение членов семей больных к психопрофилактическим интервенциям с целью психопрофилактики дисконплаєнтности у больных СД 2 типа является актуальным и обоснованным с медицинской точки зрения, учитывая влияние отношения членов семьи к его заболеванию и семейной поддержки в выполнении больным терапевтических назначений.

**Цель исследования** – разработать совмещенную индивидуально-семейную систему психопрофилактики дисконплаєнтности у больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести и исследовать ее эффективность.

**Материалы и методы.** Обследовано 57 больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести, получавших амбулаторное лечение. Пациентов разделили на три группы в зависимости от примененной стратегии психопрофилактики: с использованием системы психопрофилактики дисккомплаентности с привлечением (ГИ-1) и без привлечения членов семьи больных (ГИ-2), и по стандартным протоколам (ГК).

Методы исследования – клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психодиагностические, катамнестический, статистический.

**Результаты.** Разработана система психопрофилактики, которая включает два основных звена: индивидуальную психопрофилактику дисккомплаентности больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести; семейную психотерапию и индивидуальную работу с представителями семьи больного. Установлено, что во всех группах при первом измерении комплаенс больных к дозированным физическим нагрузкам был достоверно ниже, чем к диетотерапии, но при втором измерении в ГД-1 он достоверно не отличался. Установлено достоверное увеличение уровня комплаенса к терапии в обеих группах исследования, по сравнению с ГК, после внедрения психопрофилактических мероприятий. Выявлено, что в ГД-1, по сравнению с ГД-2, комплаенс к терапии на втором этапе измерения оказался достоверно выше, что свидетельствует в пользу привлечения к психотерапевтическим мероприятиям членов семьи больного. Отмечена высокая тропность психотерапевтических мероприятий с привлечением членов семьи больного к повышению уровня комплаенса к дозированным физическим нагрузкам.

**Выводы.** В результате исследования разработана сочетанная индивидуально-семейная система психопрофилактики дисккомплаентности у больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести и доказана ее высокая эффективность.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, легкая степень тяжести, дисккомплаентность, комплаенс, психопрофилактика, психотерапия.

#### COMBINED INDIVIDUAL-FAMILY SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS DISCOMPLIANCE IN PATIENTS WITH MILD 2ND TYPE DIABETES MELLITUS O. V. Tkachenko

**Background.** The involvement of family members of patients to the psycho-preventive interventions in respect of prevention of discompliance in patients with 2<sup>nd</sup> type diabetes mellitus is the actual and medical reasonable due to the influence of the attitude of family members to illness and family support for the therapeutic purposes in patients.

**Objective** – to develop a combined individual-family system of the psychoprophylaxis of discompliance in patients with mild 2<sup>nd</sup> type diabetes mellitus and to explore its effectiveness.

**Materials and methods.** Were examined 57 patients with mild 2<sup>nd</sup> type diabetes mellitus. The patients were divided into three groups according to the criterion of implementing the strategy of prevention: using the system of psychological prevention of discompliance with the involvement (GS-1) and without the involvement of family members of patients (GS-2) and standard protocols (GM).

Research methods: anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, follow-up, and statistical.

**Results.** The system of psychoprophylaxis, which included two main elements: individual discompliance psychoprophylaxis of patients with mild 2<sup>nd</sup> type diabetes mellitus; and family psychotherapy and individual work with members of the family of the patient have been developed. It is noted that for all groups on the first dimension of the compliance to physical load was significantly poor than to diet, but at the second measurement for GS-1, it was not significantly different. We found a significant increase in the level compliance to therapy in both study groups compared to the GM after the implementation of psycho-prophylactic activities. It is revealed that GS-1 compared to GS-2, compliance to therapy at the second stage of measurement was significantly higher that testified in favor of bringing to psychotherapeutic introductions of family members of the patient. Noted the high affinity psychotherapeutic implementations with involvement of family members of the patient to increase the level compliance to physical load.

**Conclusions.** The study linked individual-family system of psychoprophylaxis discompliance in patients with mild 2<sup>nd</sup> type diabetes mellitus was developed and proved its high efficiency.

**Keywords:** mild 2<sup>nd</sup> type diabetes mellitus, discompliance, compliance, psycho-prevention, psychotherapy.

*Стаття надійшла до редакції 27.04.2017 р.*

**ТКАЧЕНКО Ольга Віталіївна**, к. мед. н., асистент кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: tkachenkovt@ukr.net

**ТКАЧЕНКО Ольга Витальевна**, к. мед. н., ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и эндокринологии Запорожской медицинской академии последипломного образования МОЗ Украины, г. Запорожье, Украина; e-mail: tkachenkovt@ukr.net

**TKACHENKO Olga Vitaliivna**, MD, PhD, Assistant of the Department of Therapy, Clinical Pharmacology and Endocrinology of the State Institution «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine», Zaporizhzhya, Ukraine; e-mail: tkachenkovt@ukr.net