

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ*

Хижняк О. О., Тихонова Т. М., Барабаш Н. Є., Світлова-Коваленко О. А., Бурма Т. Ю.

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», м. Харків
nvelykykh@mail.ru

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ЦД — цукровий діабет

Для клінічної еволюції цукрового діабету (ЦД) властивий перебіг із прогресуючими поліорганными ушкодженнями та частим приєднанням супутніх захворювань [1, 2]. Зазначене призводить до виникнення складних клінічних ситуацій, перешкоджає досягненню компенсації метаболічних порушень і підтримці оптимального метаболічного контролю, що значною мірою погіршує якість життя пацієнтів [3]. Тобто ЦД, як і будь-яке хронічне захворювання, спричиняє травмуючий ефект з відповідними психоемоційними наслідками для хворого [4].

Зазвичай в загальноклінічній практиці особлива увага приділяється соматичним показникам хворого на ЦД, зокрема параметрам вуглеводного та ліпідного обмінів. Між тим, не можна не погодитися з точкою зору, що говорити про повноцінну адаптацію до

хвороби можна лише тільки в тих випадках, коли поряд з досягненням задовільних клініко-лабораторних показників досягається і певний рівень психологічного комфорту людини [5].

На сьогоднішній день базовим засобом лікування ЦД визнано навчання хворих, яке надає можливість пацієнту на підставі отриманих теоретичних знань та засвоєння практичних навичок оволодіти вміннями контролювати свій стан здоров'я зі здатністю, за необхідністю, у певних ситуаціях приймати самостійно свідомі рішення, тобто оптимально керувати своїм життям [6, 7]. У той же час, існує низка факторів, що перешкоджають досягненню задовільного ефекту як навчання, так і взагалі лікування хворих на ЦД, серед яких, насамперед, дослідниками визначається психоемоційний стан пацієнта

*Роботу виконано у рамках НДР «Визначення клініко-діагностичних особливостей цукрового діабету 1 типу в залежності від варіанту перебігу захворювання» (№ держреєстрації 0114U001202).

Автори гарантують повну відповідальність за все, що надруковано у статті.

Автори гарантують відсутність конфлікту інтересів та фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Стаття надійшла 20.07.15 р.

та його ставлення до своєї хвороби. Роль зазначених чинників в еволюції захворювання та вплив їх на якість життя пацієнтів залежить від типу та віку маніфестації ЦД, статі хворого, наявності специфічних діабетичних ускладнень, а також особливостями перебігу захворювання та призначеної терапії [8, 9, 10, 11]. При цьому діапазон психоемоційних розладів у хворих на ЦД коливається від депресійного стану до заперечення пацієнтом взагалі свого захворювання [6, 8]. Більшість авторів взагалі вказують на низькі показники складових психологічного благополуччя у осіб з ЦД, що, відповідно, підвищує рівень неадекватного типу реагування на це соматичне захворювання, наприклад, такого як неврастенічне, сенситивне та іпохондричне [10, 12, 13]. Водночас, дані літератури та особистий досвід свідчать, що в численних випадках пацієнти «звикають» зі своєю хворобою, не розглядають її як перешкоду в своєму житті, зазвичай не дооцінюють важливість дотримання ре-

комендацій лікаря та необхідності самоконтролю [6, 14]. Заперечення захворювання також визнається дезадаптивною реакцією на діагноз, результатом якої стає неможливість отримання задовільної компенсації з високою вірогідністю розвитку пре- або коматозних станів.

Таким чином, оцінка безпосередньо хворими якості свого життя, рівень їх психологічного благополуччя, адекватне ставлення пацієнтів до своєї хвороби сприятиме ефективності лікування ЦД. З урахуванням вказаного в комплексному обстеженні хворих на ЦД важливим є визначення психоемоційного стану пацієнтів та їх відношення до свого захворювання.

Метою даного дослідження було визначення психоемоційного стану хворих на цукровий діабет 1 типу та їх самооцінка якості життя залежно від лабільного або відносно стабільного варіанту перебігу захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 84 хворих на ЦД 1 типу, які знаходилися на стаціонарному обстеженні і лікуванні в клініці ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України». Залежно від варіанту перебігу захворювання усі пацієнти були розподілені на 2 групи. 1 групу склали 47 хворих на ЦД 1 типу з лабільною формою захворювання, 2 групу склали 37 хворих на ЦД 1 типу з відносно стабільними показниками глікемії. Визначення лабільності перебігу ЦД ґрунтувалося на даних анамнезу та включало існування частих (від кількох разів на день до кількох разів на тиждень) гіпоглікемічних станів, розвиток яких не був пов'язаний з похибками в режимі, схильності до кетоацидозу, а також неодноразових гіпоглікемічних та кетоацидотичних ком. Окрім того, враховувалися результати теперішнього клініко-лабораторного обстеження, а са-

ме: наявність значної амплітуди коливань глікемії протягом доби та суттєвої різниці рівня цукру крові в один і той же час у динаміці визначення глікемічних профілів, що неможна було б обумовити розбіжностями в режимі дня та харчування.

Контрольну групу складали практично здорові 22 особи (10 чоловіків та 12 жінок) відповідного віку (середній вік $42,7 \pm 12,37$ років). Загальну характеристику пацієнтів груп спостереження наведено в таблиці.

Емоційний стан хворих був оцінений за загальноприйнятою методикою заповнення опитувальника «Ваше здоров'я та благополуччя». Дана анкета містить у собі запитання стосовно оцінки суб'єктом стану свого здоров'я та якості життя.

Статистична обробка отриманих даних виконувалась за допомогою критерію χ^2 . Розходження вважали статистично значущим при ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На підставі вивчення даних анкетування хворих та послідуочим порівнювальним їх аналізом залежно від варіанту перебігу ЦД 1 типу отримані наступні результати.

За відповіддю на запитання «Як в цілому ви б оцінили стан вашого здоров'я?» представники всіх трьох груп спостереження (хворі на ЦД та здорові особи) статистично значуще відрізнялися між собою ($\chi^2 = 15,385$, $p = 0,004$). При цьому лише два хворих з 2-ї групи відповіли «відмінно». Значна кількість хворих обох груп оцінили свій стан здоров'я як цілком задовільний (42 та 32 хворих, відповідно). «Поганим» вважали своє здоров'я 4 пацієнти з лабільним перебігом ЦД та один пацієнт зі стабільним перебігом. Слід зазначити, що за оцінкою стану свого здоров'я не встановлено достовірних відмінностей ані між хворими 2-ї групи та контролем ($\chi^2 = 6,808$, $p = 0,146$), ані між двома групами хворих на ЦД ($\chi^2 = 4,465$, $p = 0,347$). Водночас спостерігалися суттєві розбіжності за даним показником між хворими 1-ї групи та здоровими особами ($\chi^2 = 12,911$, $p = 0,012$). Цілком очікуваним було встановлення заниженої самооцінки свого здоров'я у хворих з лабільним варіантом перебігу ЦД порівняно з такою у хворих зі стабільною формою захворювання та здоровими особами. Несподіваним стала відсутність відмінностей у відповіді на дане запитання між контролем та хворими 2-ї групи.

18 хворих із лабільним та 19 хворих зі

стабільним перебігом ЦД вважали, що їх здоров'я знаходиться на тому ж рівні, що і рік тому. Значно менша кількість хворих із лабільним перебігом (15 осіб) та з відносно стабільним ЦД (10 осіб) вказали, що їх здоров'я за останній рік дещо погіршилося. Лише 2 пацієнти 1-ї групи та один з 2-ї групи почували себе набагато гірше, ніж в попередньому році. За даною відповіддю групи спостереження не відрізнялися між собою ($\chi^2 = 4,490$, $p = 0,344$). Оцінений безпосередньо пацієнтами відносно стабільний стан здоров'я можна пояснити перебуванням більшості тематичних хворих під постійним амбулаторним наглядом ендокринолога та щорічним їх обстеженням і лікуванням в спеціалізованому ендокринологічному стаціонарі.

При проведенні порівняльного аналізу відповідей на запитання, наскільки стан здоров'я обмежує пацієнтів у виконанні повсякденних дій, встановлено значне погіршення самооцінки якості життя порівняно з контролем ($\chi^2 = 22,811$, $p = 0,001$), та при відповіді на дане запитання хворі обох груп статистично значуще відрізнялися від здорових осіб ($\chi^2 = 21,269$, $p = 0,000$ в 1-й групі та $\chi^2 = 12,697$, $p = 0,002$ у 2-й). Так, більшість хворих 1-ї та 2-ї груп (37 та 25 осіб, відповідно) визначали обмеження (значні або помірні) щодо виконання важких фізичних навантажень, тоді як лише у 10 та 12 хворих, відповідно, важкі фізичні навантаження не викликали будь-яких перешкод. Необхідно

Т а б л и ц я

Характеристика хворих груп спостереження, $\bar{X} \pm S_{\bar{X}}$

Показник	Хворі на ЦД 1 типу	
	Група 1 з лабільним перебігом (n = 47)	Група 2 з відносно стабільним перебігом (n = 37)
Чоловіки/жінки	29/18	24/13
Середній вік, роки	41,46 ± 14,07	40,86 ± 14,75
Середня тривалість ЦД, роки	19,33 ± 11,83	16,76 ± 9,88
Мінімальна-максимальна тривалість ЦД, роки	1–55	1–41

також зазначити, що на запитання стосовно ходьби на кількасот метрів та можливості самостійно вимитись і одягтись суттєвих обмежень не мав жоден хворий зі стабільним перебігом ЦД та лише один з лабільним перебігом захворювання. В цілому за результатами самооцінки хворими своєї толерантності до будь-яких за ступенем фізичних навантажень не встановлено значних розбіжностей між групами ($\chi^2 = 1,663$, $p = 0,435$). Між тим, загально визнано, що значні коливання цукру крові зі схильністю до гіпоглікемічних станів суттєво обмежують фізичну активність хворих.

На запитання «Як часто за останні 4 тижні ви відчували вказані нижче утруднення у роботі або іншій загальній діяльності за причиною, пов'язаною з фізичним станом?», а саме: чи довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи; виконали менше, ніж хотіли; чи були обмежені у виконанні якого-небудь певного виду роботи або іншої діяльності, були труднощі при виконанні роботи чи інших справ (наприклад, вони вимагали додаткових зусиль), переважна більшість пацієнтів обох груп у відповідь на усі запитання відмітили «іноді» або «рідко». Лише поодинокі хворі відзначили «весь час».

Виявлено відсутність у більшості хворих негативного впливу емоційного стану на виникнення будь-яких утруднень в роботі нехай навіть протягом такого короткого терміну, як 4 тижні. Так, за порівняльним аналізом відповідей на питання «Як часто за останні 4 тижні ви відчували перераховані нижче труднощі в роботі чи іншій звичній активності внаслідок емоційного стану (наприклад, депресії чи занепокоєння)?» не спостерігалось будь-яких розбіжностей в оцінці свого емоційного стану ані між хворими та контролем, ані між хворими залежно від варіанту перебігу захворювання.

Також на питання «Наскільки ваш фізичний або емоційний стан протягом останніх 4 тижнів заважав звичайному спілкуванню з родиною, друзями, сусідами або в колективі?» більшість хворих обох груп спостереження вказали на варіанти «зовсім не заважав» (по 17 осіб обох груп) та «трохи заважав» (13 та 14 хворих, відповідно). Відсут-

ність розбіжностей в даному випадку між групами хворих на ЦД ($\chi^2 = 4,771$, $p = 0,312$) та між хворими на ЦД залежно від варіанту перебігу захворювання та контролем ($\chi^2 = 5,259$, $p = 0,262$; $\chi^2 = 1,294$, $p = 0,999$, відповідно) спростовує існуючу точку зору про те, що ЦД, з урахуванням відповідних обмежень та специфічного режиму, викликає труднощі спілкування у хворої людини.

Не відрізнялися групи спостереження і у відповіді на запитання «Наскільки сильний фізичний біль ви відчували протягом останніх 4-х тижнів?» ($\chi^2 = 0,700$, $p = 0,951$). Найбільша частка хворих як 1-ї, так і 2-ї групи дали відповідь «зовсім не відчував» (19 та 15 пацієнтів, відповідно) та «помірний біль» (15 та 13 хворих, відповідно). Слід зазначити, що незважаючи на встановлення у більшості пацієнтів груп спостереження таких діабетичних ускладнень, як ангіопатія нижніх кінцівок та дистальна полінейропатія, у відповіді на це питання, незалежно від варіанту перебігу захворювання, хворі обох груп не відрізнялися від практично здорових осіб ($\chi^2 = 6,941$, $p = 0,139$; $\chi^2 = 5,376$, $p = 0,251$, відповідно).

Подібні дані за відсутності будь-яких розбіжностей між групами спостереження отримано при аналізі відповіді на питання «В якому ступені біль протягом останніх 4-х тижнів заважав вам займатись вашою звичайною роботою, включаючи роботу поза домом та у домі?» ($\chi^2 = 4,776$, $p = 0,311$).

Загальне самопочуття та настрої оцінювалися за допомогою низки питань «Як часто протягом останніх 4 тижнів Ви відчували себе бадьорими?». Більшість хворих обох груп частіше відповідали позитивно (27 хворих 1-ї та 26 хворих 2-ї групи) та в цьому не відрізнялися від практично здорових осіб. Достовірну різницю отримано при аналізі відповідей на запитання, як сильно пацієнти нервували ($\chi^2 = 16,951$, $p = 0,002$). При цьому в більшій мірі відрізнялися між собою пацієнти зі стабільним перебігом ЦД та здорові особи ($\chi^2 = 4,168$, $p = 0,025$).

У відповідь на питання «Як часто протягом останніх 4-х тижнів ви відчували себе повними сил та енергії?» хворі по групах надали достатньо суперечливі відповіді ($\chi^2 = 13,440$, $p = 0,009$). Так, жодного разу

не відчували себе так 6 хворих 1-ї групи та жоден хворий 2-ї групи. Переважна кількість пацієнтів зі стабільним перебігом ЦД (20 осіб) повними сил та енергії відчували себе більшу частину часу, тоді як більшість хворих на лабільний діабет (26 осіб) відповіли на вищезазначене запитання «іноді» або «рідко». Найбільше відрізнялася група хворих на ЦД з лабільним перебігом порівняно з контролем ($\chi^2 = 10,709$, $p = 0,030$). Водночас, виявлено тенденцію до різниці між групами хворих залежно від перебігу захворювання ($\chi^2 = 8,082$, $p = 0,069$).

Переважає більшість хворих на ЦД 1 типу незалежно від особливостей перебігу захворювання відмітила, що занепад духу або депресію вони відчували іноді або рідко (32 особи 1-ї та 25 осіб 2-ї групи). При цьому групи статистично не відрізнялись одна від одної ($\chi^2 = 3,897$, $p = 0,420$).

Відчували себе виснаженими за останні 4 тижні «іноді чи рідко» більшість хворих обох груп (28 та 27 осіб, відповідно). Проте різниця між трьома групами порівняння виявилася достовірною ($\chi^2 = 12,291$, $p = 0,015$). Переважна кількість хворих з ЦД (18 та 15 осіб, відповідно) відчували себе щасливими лише іноді, тоді як більшість обстежуваних групи контролю (13 осіб) дали відповідь на дане запитання «весь час» або «більшу частину часу». Різниця між групами, таким чином, виявилася достовірною ($\chi^2 = 10,230$, $p = 0,037$). При цьому, найбільшу різницю виявили хворі зі стабільним перебігом ЦД та здорові особи ($\chi^2 = 9,420$, $p = 0,031$). Даний факт можна вважати парадоксальним, оскільки, здавалося б, лабільний перебіг захворювання повинний в значно більшій мірі погіршувати якість життя хворих та їх самовідчуття, ніж це відбувається при стабільному перебігу.

Різницю між досліджуваними групами також дозволила визначити відповідь на запитання «Як часто протягом останніх 4-х тижнів ви відчували себе стомленими?». Так, більша частка хворих з лабільним перебігом ЦД 1 типу (16 осіб) дали відповідь «більшу частину часу», що може бути пов'язано як з чисто фізичним відчуттям значного коливання цукру крові, так і з постійною психологічною напругою у зв'язку з необхідністю

підтримувати глікемічний контроль у межах адекватних значень, що не завжди вдається таким хворим. Серед пацієнтів з відносно стабільним перебігом ЦД 1 типу переважала відповідь «іноді» (22 особи), тоді як в групі контролю по 9 хворих відповіли на дане запитання «іноді» та «рідко». Різниця між досліджуваними групами, таким чином, виявилася достовірною ($\chi^2 = 18,274$, $p = 0,001$).

Фізичний та емоційний стан хворих на ЦД 1 типу з лабільним перебігом у більшості випадків лише іноді (17 осіб) або рідко (15 осіб) заважав пацієнтам активно спілкуватися з іншими людьми. В той же час 4 хворих 1-ї групи та 2 хворих 2-ї групи відповіли «більшу частину часу». Розбіжність між групами виявилася достовірною ($\chi^2 = 16,462$, $p = 0,002$), при цьому відмінність спостерігалася як при порівнянні хворих на ЦД з відносно стабільним перебігом і здорових осіб ($\chi^2 = 9,621$, $p = 0,028$), так і хворих на ЦД між собою ($\chi^2 = 11,220$, $p = 0,024$).

Останній блок запитань пропонував 4 твердження, на які необхідно було відповісти, наскільки вони вірні або невірні по відношенню до людини, що опитується. Достовірну різницю між групами було виявлено при аналізі відповідей на усі 4 запитання.

На твердження «Мені здається, що я більш схильний до хвороб, ніж інші» найбільша частка хворих обох груп відповіли «не знаю» та «в основному невірно» (30 та 25 осіб, відповідно), тоді як здорові особи в більшості відповіли «взагалі невірно» ($\chi^2 = 15,569$, $p = 0,004$). При цьому, окреме порівняння груп виявило переважнішу різницю у відповідях між хворими на ЦД з лабільним перебігом та здоровими особами ($\chi^2 = 12,465$, $p = 0,014$), тоді як відповідь на дане запитання у хворих зі стабільним перебігом достовірно не відрізнялася від групи контролю ($\chi^2 = 6,726$, $p = 0,151$).

Переважає частка хворих 1 групи (34 особи) вважають «в основному вірним» твердження «моє здоров'я не гірше, ніж у моїх знайомих» або не визначились з відповіддю на дане запитання, тоді як хворі 2 групи, в основному, не змогли дати відповідь на дане запитання (13 осіб). При цьому

найбільше відрізнялися відповіді у хворих на ЦД з лабільним перебігом та здоровими особами ($\chi^2 = 15,319$, $p = 0,004$), що є цілком виправданим.

Достовірну різницю між групами виявлено також при аналізі відповіді на твердження «я чекаю, що моє здоров'я погіршиться» ($\chi^2 = 9,829$, $p = 0,043$). Звертало на себе увагу, що більшість хворих на ЦД 1 типу обох груп не визначилися з відповіддю на вказане питання (20 та 18 осіб, відповідно).

Відмінним вважали своє здоров'я 3 пацієнти з ЦД з лабільним перебігом та 2 особи — з відносно стабільним перебігом, тоді як жоден опитуваний групи контролю не дав подібної відповіді на дане твердження. Значна кількість хворих на ЦД 1 типу з лабільним перебігом (17 осіб) не визначилися з відповіддю на твердження «у мене відмінне здоров'я» (відповіли «не знаю»), тоді як хворі з відносно стабільним перебігом, відповіли або «в основному вірно» (10 осіб) або «в основному невірно» (12 осіб). Таким чином, порівняння досліджуваних груп показало статистичні відмінності між ними ($\chi^2 = 12,860$, $p = 0,012$).

Необхідно відмітити, що відповіді на за-

питання анкети не залежали від віку пацієнтів та тривалості захворювання.

Загальновідомо, що значні коливання рівня цукру крові з розвитком гіпоглікемій або кетоацидозу обмежують працездатність, негативно впливають на когнітивні функції, емоційний стан. Між тим, хворі з наявністю в анамнезі частих (до декількох разів на тиждень) гіпоглікемій в більшості випадків дали практично ті ж самі відповіді, що і хворі на ЦД 1 типу зі стабільним перебігом захворювання. З одного боку, неадекватну оцінку свого стану пацієнтами, особливо з лабільним варіантом перебігу ЦД, слід розглядати як перешкоду щодо ефективного самоконтролю і, як наслідок, щодо досягнення задовільних метаболічних показників. В той же час, відсутність «зацикленості» на своїй хворобі у певної кількості осіб з ЦД 1 типу вказує на сприйняття ними свого захворювання як стилю життя.

Таким чином, інтегральна оцінка даних опитування та результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження хворих на ЦД 1 типу вказує на відсутність у певної кількості пацієнтів здатності до адекватного сприйняття свого стану.

ВИСНОВКИ

1. На підставі проведеного аналізу анкетування хворих на цукровий діабет встановлено, що більшість пацієнтів вважають стан свого здоров'я задовільним.
2. За інтегральною оцінкою даних опитування та результатів комплексного клініко-лабораторного обстеження хворих на цукровий діабет 1 типу встановлена відсутність у певної кількості пацієнтів здатності до адекватного сприйняття свого стану.
3. Обґрунтована необхідність врахування психо-емоційного стану хворих на цукровий діабет 1 типу в процесі лікування.

ЛІТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. *International Diabetes Federation Annual Report* 2013: 40 p.
2. Dedov II, Shestakova MV. *Saharnyj diabet: diagnostika, lechenie, profilaktika, Moskva*, 2011: 808 p.
3. Suncov Ju I, Bolotskaja LL, Maslova OV, et al. *Saharnyj Diabet* 2011; 1:15-18.
4. Radchenko OM. *Adaptacijni reakcii, i'h znachennja u klinici vnutrishnih hvorob, Kyi'v*, 2004: 36 p.
5. Drobizhev MJu, Anciferov MB, Surkova EV, et al. *Problemy Jendokrinologii* 2002; 48(5):37-39.
6. Hyzhnjak OO. *Suchasni aspekty navchannja hvoryh na cukrovuj diabet: metod. rekomendacii, Kyi'v*, 2008: 19 p.
7. Muz' NM, Antropova OV, Lukashuk IV, et al. *Endokrynologija* 2013; 18(3):64-69.
8. Mikaliūkštienė A, Kalibatienė D, Dubova B. *Theory Pract Med* 2012; 18(4.1):400-404.

9. Pryjmenko D. S. *Bukov Med Visn* 2015; 19(1): 133-136.
10. Bol'shova OV, Antropova OV, Lukashuk IV, et al. *Mizhnar Endokrynol Zhurn* 2013; 4(52):45-50.
11. Zaripova GR, Juldashv VL, Zarudij FS. *Sibirskij Med Zhurn* 2009; 3(1):18-21.
12. Jah GJe. *Nauk Visn L'viv Derzh Un-tu Vnutr Sprav* 2012; 2(2):112-120.
13. Kurnikova IA, Kochemasova TV, Sulejmenov EA. *Fundam Issledovanija* 2014; 10:1408-1415.
14. Ashraff S, Siddiqui MA, Carline TE. *Oman Med J* 2013; 28(3):159-162.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Хижняк О. О., Тихонова Т. М., Барабаш Н. Є., Світлова-Коваленко О. А., Бурма Т. Ю.

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України», м. Харків
nvelykykh@mail.ru

В статті наведено дані дослідження щодо визначення психоемоційного стану 84 хворих на цукровий діабет 1 типу та їх самооцінки якості життя. За дизайном дослідження пацієнти були розподілені на 2 групи залежно від лабільного або відносно стабільного варіанту перебігу захворювання. Контрольну групу склали 22 практично здорові особи. Завдяки застосуванню загальноприйнятого опитувальника встановлена відсутність у значної кількості пацієнтів обох груп здатності до адекватного сприйняття свого стану, що слід розглядати як перешкоду для ефективного самоконтролю і, як наслідок, для досягнення задовільних метаболічних показників. В той же час, відсутність «зацикленості» на своїй хворобі у певної кількості осіб з цукровим діабетом 1 типу вказує на сприйняття ними свого захворювання як стилю життя.

К л ю ч о в і с л о в а: цукровий діабет 1 тип, якість життя, психоемоційний стан.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Хижняк О. О., Тихонова Т. М., Барабаш Н. Е., Светлова-Коваленко Е. А., Бурма Т. Е.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины»,
г. Харьков
nvelykykh@mail.ru

В статье приведены данные исследования по определению психоэмоционального состояния 84 больных сахарным диабетом 1 типа и их самооценки качества жизни. По дизайну исследования пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от лабильного или относительно стабильного варианта течения заболевания. Контрольную группу составили 22 практически здоровых лица. Благодаря применению общепринятого опросника установлено отсутствие у значительного числа пациентов обеих групп способности адекватного восприятия своего состояния, что следует рассматривать как препятствие для эффективного самоконтроля и, как следствие, для достижения удовлетворительных метаболических показателей. В то же время, отсутствие «зацикленности» на своей болезни у определенного количества лиц с сахарным диабетом 1 типа указывает на восприятие ими своего заболевания как стиля жизни.

К л ю ч е в ы е с л о в а: сахарный диабет 1 тип, качество жизни, психоэмоциональное состояние.

PSYCHO-EMOTIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

O. Khyzhnjak, T. Tikhonova, N. Barabash, E. Svetlova-Kovalenko, T. Burma

*SI «V. Danilevsky Institute for Endocrine Pathology Problems of the NAMS of Ukraine», Kharkiv
nvelykykh@mail.ru*

The data of study to determine the emotional state of 84 patients with type 1 diabetes mellitus and their self-assessment of quality of life was given in the article. According to the study design all patients were divided into 2 groups depending on labile or relatively stable course of disease. The control group consisted of 22 healthy persons. Due to the application of generally accepted questionnaire use the absence of the ability adequate perception of their condition were determined in significant number of patients in both groups. This fact should be seen as a barrier to effective self-management and, consequently, to achieve of satisfactory metabolic parameters. At the same time, the lack of «obsession» on the disease for a certain number of persons with type 1 diabetes mellitus indicates their perception of the disease as lifestyle.

Key words: type 1 diabetes mellitus, quality of life, emotional state.