

М. Г. РУСАЛЕНКО, Т. М. ШАРШАКОВА, Т. В. МОХОРТ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ КОМПОНЕНТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВЗРОСЛЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-го ТИПА

РНПЦ радиационной медицины и экологии человека, Гомельский государственный медицинский университет, Белорусский государственный медицинский университет

Представлены результаты анализа психологических, социальных и медицинских аспектов, отражающих качество жизни пациентов с сахарным диабетом 1-го типа. Показана взаимосвязь уровня качества жизни с факторами метаболического контроля над заболеванием, инсулинотерапии и некоторыми социальными факторами, отражающая субъективную оценку пациентом состояния собственного здоровья.

Ключевые слова: психологические, социальные, медицинские аспекты, качество жизни, сахарный диабет 1-го типа.

В современной медицине биомедицинскую модель здоровья постепенно сменяет модель биопсихосоциальная (глобальная), в центре которой человек представлен как личность со своими субъективными представлениями о заболевании: страхами и тревогами, собственными наблюдениями и опытом. Такой подход является принципиально новым в эпоху технического прогресса и вплотную подходит к понятию «качество жизни» (КЖ). Сахарный диабет 1-го типа (СД 1) — заболевание, требующее серьезного изменения образа жизни и активного участия в процессе лечения самого пациента. Наиболее существенным фактором, препятствующим адекватному характеру поведения человека при СД 1, является значительное снижение индекса «мотивации» и «планирования», что приводит к психологической дезадаптации и препятствует достижению высокого уровня КЖ [1]. Научными исследованиями последних лет выявлена высокая частота тревожности (9—19%) и нарушений поведения (12—20%) у молодых пациентов с СД 1 [2, 3], четко установлена связь между депрессией и СД 1, осложнениями и контролем гликемии [4—6]. В предыдущих исследованиях было отмечено значительное снижение физического и эмоционального компонентов здоровья у пациентов с СД 1, психического — преимущественно у мужчин, а также характер взаимосвя-

зи КЖ и метаболического контроля над заболеванием [7, 8]. Однако диабетические компоненты КЖ и их влияние на состояние компенсации у пациентов с СД 1 до настоящего времени практически не изучены.

Целью настоящего исследования явилось изучение психологических, социальных и медицинских компонентов КЖ у взрослых пациентов с СД 1.

Материал и методы

В работе использована специально разработанная авторами анкета для оценки статуса пациента с СД 1. Для оценки компенсации углеводного обмена определяли уровень HbA_{1c} («ARCHITECT c8000», «Abbott», США). При помощи «Шкалы психологического благополучия» (ШПБ) проанализированы составляющие психологического благополучия (ПБ): позитивные отношения с окружающими (ПО), автономия (АВТ), управление средой (УС), личностный рост (ЛР), цель в жизни (ЦЖ), самопринятие (СП). КЖ изучали по специальным методикам («По симптомам диабета» (DSC-R) и «Удовлетворенность лечением диабета» (DMS) [9]. Интерпретацию проводили по шкалам симптомов гипергликемии (DSC-R-1) гипогликемии (DSC-R-2), психологических (DSC-R-3), кардиоваскулярных (DSC-R-4), неврологических (DSC-R-5) и офтальмологических (DSC-R-6) симптомов, сложности при лечении (DMS -1), оценки эффективности лечения (DMS -2) и степени выраженности общесоматических жалоб (DMS -3). Статистический анализ данных проведен с помощью прикладной компьютерной программы STATISTICA 6.0. Сравнительный анализ между группами проводили с использованием критерия Манна—Уитни, корреляционный анализ — с использованием корреляции по Тау—Кендалл. Различия между средними считали значимыми при P<0,05. Ввиду неправильности распределения данные представлены в формате медианы и 25—75 квартилей (Q₂₅; Q₇₅).

Результаты и обсуждение

Обследовано 52 пациента (22 мужчины и 30 женщин) в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 34,71 ± 0,58 года). Длительность заболевания составляла от 1 до 48 лет (в среднем 12,41 ± 0,36 года). Контрольную группу составили 53 практически здоровых человека, соответствующих основной группе по полу и возрасту. Показатели ПБ пациентов с СД 1 и контрольной группы представлены на рис. 1.

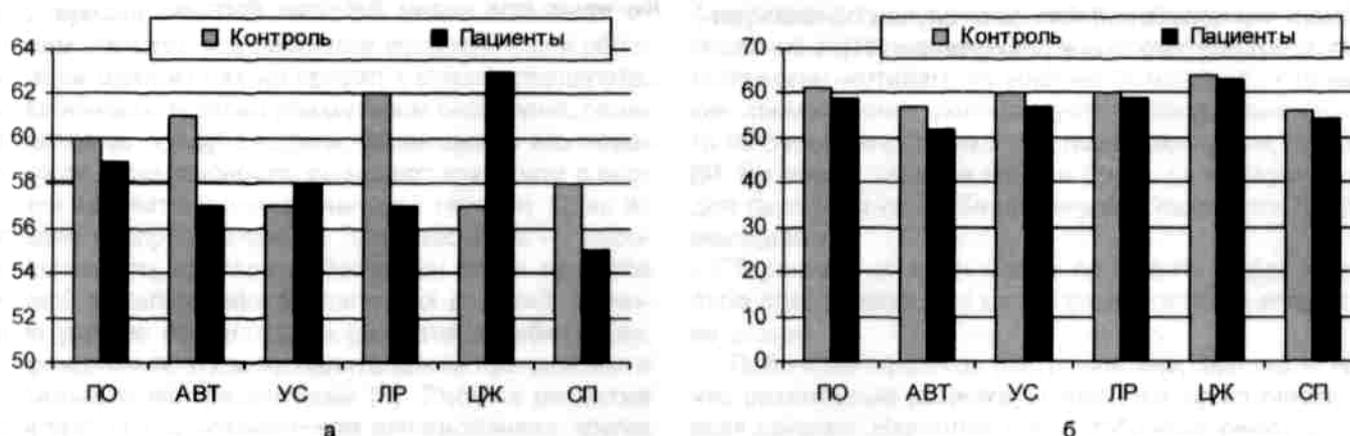


Рис. 1. ПБ пациентов с СД 1 и в контрольной группе: а — мужчины, б — женщины

Анализ ПБ пациентов с СД 1 и группы контроля не выявил значимых различий в целом, однако при разделении по полу мужчины без СД 1 указали на более высокий ЛР (61,5 (58; 70), чем мужчины с СД 1 (57,0 (51; 65); $P=0,049$). АВТ у мужчин с СД 1 (56,5 (51; 61) и в группе контроля (61 (53; 67) была значимо выше, чем у женщин (52 (49; 57) и 57 (47; 60) соответственно; $P=0,023$). Полученные данные свидетельствуют о лучших способностях мужчин регулировать собственное поведение и оценивать себя исходя из собственных предпочтений, а также о более высокой способности мужчин без СД 1 реализовывать собственный потенциал в сравнении с мужчинами с СД 1. Отсутствие различий показателей ПБ может свидетельствовать об адаптационных способностях взрослых с СД 1, которые открыты для общения, успешно овладевают различными видами деятельности, позитивно оценивают себя и свою жизнь в целом в отличие от подростков, у которых ПБ снижено по всем его составляющим [10].

Учитывая широкий возрастной диапазон обследованных для уточнения возраст-половых особенностей КЖ данные проанализированы с учетом пола и возраста (до 40 лет, 40 лет и старше) (рис. 2). Выраженность симптомов гипергликемии (31,0 (25; 56); $P=0,007$), психологических (25,0 (16; 50); $P=0,001$) и сердечно-сосудистых (19,0 (13; 44); $P=0,020$) симптомов выше у женщин. Различий по удовлетворенности лечением не выявлено, но при этом и женщины, и мужчины проявляли достаточно сильную неуверенность в эффективности лечебных мероприятий (DMS-2 у мужчин — 49 (41; 61), у женщин — 48 (37; 62)).

В возрастной группе 40 лет и старше в сравнении с группой до 40 лет снижена АВТ (51,0 (47; 52) и 55,0 (51; 60); $P=0,032$), зафиксированы более выраженные психологические (28,0 (19; 62) и 16 (13; 30); $P=0,041$), неврологические (33 (15; 40) и 9 (4; 28); $P=0,001$), офтальмологические (30 (20; 50) и 15 (5; 25); $P=0,003$) и общие симптомы (48 (40; 68) и 72 (60; 80); $P=0,007$) (рис. 3).

Таким образом, у пациентов старше 40 лет преобладают общесоматические симптомы (слабость, недомогание, головокружение, потливость), а также специфические, связанные с СД 1, психологические, неврологические и офтальмологические симптомы.

Для определения особенностей КЖ взрослых с СД 1

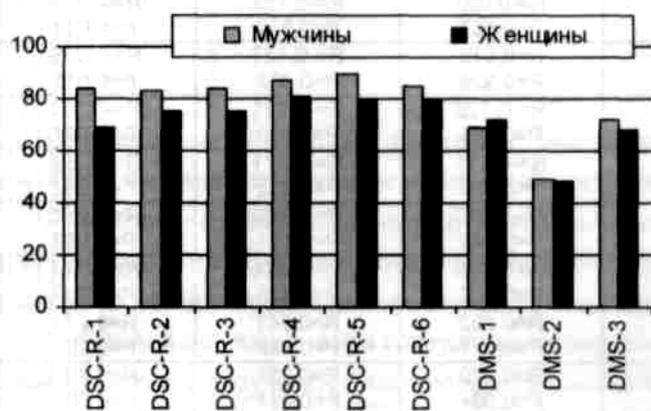


Рис. 2. Показатели КЖ пациентов в зависимости от пола

в зависимости от длительности и возраста начала за-

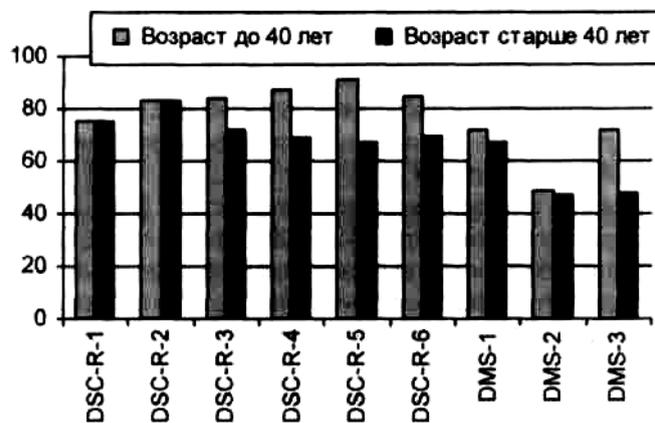


Рис. 3. Показатели КЖ пациентов в зависимости от возраста

болевания исследуемые были разделены на группы с длительностью СД 1 до 10 лет, 10 лет и больше и по дебюту заболевания: в возрасте до 18 лет либо 18 лет и старше (рис. 4, 5). ПБ и удовлетворенность лечением у пациентов не различались в зависимости от длительности СД 1. Однако симптомы психологического (28 (16; 50) и 16 (13; 22); $P=0,046$), сердечно-сосудистого (25 (13; 38) и 13 (6; 19); $P=0,029$), неврологического (30 (10; 50) и 9 (5; 20); $P=0,005$) и офтальмологического (30 (15; 50) и 13 (5; 20); $P=0,001$) характера преобладали и были наиболее выраженными у пациентов с большей длительностью СД 1. У пациентов, возраст кото-

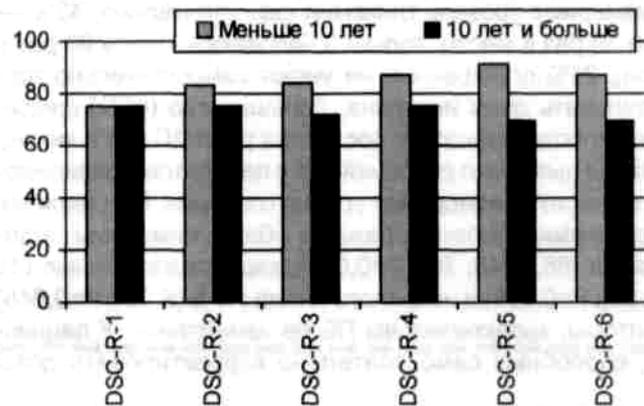


Рис. 4. Показатели КЖ пациентов в зависимости от длительности заболевания

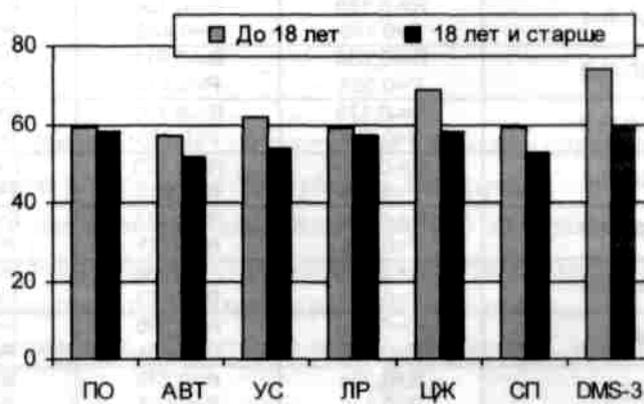


Рис. 5. ПБ и КЖ пациентов в зависимости от возраста, в котором диагностирован СД 1

рых на начало заболевания был более 18 лет, выявле-

но снижение ПБ: УС (54,0 (50; 62); $P=0,016$), РЛ (57,0 (49; 62); $P=0,020$), ЦЖ (58,0 (50; 65); $P=0,011$) и СП (53,0 (45; 57); $P=0,021$), а также увеличение симптомов общего недомогания (60,0 (40; 76); $P=0,046$) и не выявлено различий в проявлении специфической диабетической симптоматики.

Итак, с увеличением длительности СД 1 у взрослых пациентов не ухудшается ПБ, однако после 10 лет болезни отмечаются выраженные проявления симптомов диабетических осложнений. Возраст, в котором появились симптомы СД 1, не влияет на выраженность их проявления и удовлетворенность лечением заболевания. У пациентов, заболевших в возрасте старше 18 лет, отмечена психологическая дезадаптация в форме недовольства собой, чувства скуки и незаинтересованности жизнью, отсутствия целей, неспособности и нежелания заниматься повседневными делами, что приводит к снижению социальной активности.

В рамках изучения особенностей КЖ взрослых с СД 1 в зависимости от уровня компенсации проанализировано КЖ на основании показателей самоконтроля, уровня HbA_{1c}, некоторых социальных факторов. С этой целью были выделены группы с различной частотой самоконтроля (меньше 30, 30 и больше полосок в месяц), гипогликемических состояний (меньше 10, 10 и больше гипогликемии в месяц), возможности самостоятельной коррекции инсулина, уровня HbA_{1c} (HbA_{1c}<8%, HbA_{1c}>8%), места проживания (город, сельская местность), трудовой занятости и уровня образования. В результате опроса оказалось, что 23% взрослых пациентов не измеряют уровень гликемии самостоятельно, 42% — реже 30 раз в месяц, только 3 человека — чаще 90 раз в месяц; 21% опрошенных не умеют самостоятельно корректировать дозы инсулина, большинство (85%) фиксируют гипогликемические состояния реже 10 раз в месяц. Не было выявлено различий КЖ у пациентов в зависимости от частоты измерения уровня гликемии. При наличии гипогликемии более выражены общие симптомы недомогания (66,0 (48; 76); $P=0,044$), кардиоваскулярные (19 (13; 38); $P=0,035$) и неврологические (17,5 (8; 37); $P=0,048$) симптомы, характеристики ПБ не изменялись. У пациен-

инсулина, отмечен более высокий уровень УС (58,0 (53; 67)), чем у пациентов, не владеющих такими навыками (52,0 (47; 57); $P<0,05$). КЖ пациентов с разной суточной потребностью в инсулине статистически не различалось. Таким образом, наличие способности самостоятельно корректировать дозы инсулина придает пациентам с СД 1 чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, позволяет самостоятельно выбирать и создавать условия, удовлетворяющие личностным потребностям и ценностям. Среди пациентов в целом, как и при разделении по полу, не выявлено различий КЖ в зависимости от уровня HbA_{1c}. При значении HbA_{1c}>8% получены различия по методике DSC-R между мужчинами и женщинами (табл. 1).

У женщин с СД 1 в состоянии декомпенсации выявлены более выраженные проявления симптомов гипергликемии, психологических, кардиоваскулярных и офтальмологических симптомов по сравнению с мужчинами ($P<0,05$). Корреляционной связи состояния компенсации, уровня самоконтроля с показателями КЖ не получено.

В результате опроса пациентов в зависимости от места их проживания (город, село), уровня образования (среднее, высшее), трудовой занятости (работает, не работает) не выявлено значимых различий показателей КЖ.

При проведении корреляционного анализа показателей КЖ с психологическими характеристиками выявлена отрицательная связь DMS-3, DSC-R-1, DSC-R-2, DSC-R-3 и DSC-R-4 с СП, что свидетельствует о влиянии наличия чувства недомогания, слабости, гипергликемии, гипогликемии, кардиоваскулярных жалоб и психологического дискомфорта на возникновение чувства недовольства самим собой, желания быть другим (табл. 2).

Таблица 1
КЖ взрослых с СД 1 при уровне HbA_{1c}≥8%

Показатель	Женщины	Мужчины	P
DSC-R-1	31,0 (25; 56)	19,0 (6; 31)	0,028
DSC-R-2	25,0 (17; 41)	17,0 (0; 25)	0,135
DSC-R-3	25,0 (16; 44)	16,0 (9; 22)	0,022
DSC-R-4	25,0 (13; 38)	13,0 (6; 19)	0,018
DSC-R-5	20,0 (13; 38)	11,5 (8; 33)	0,320
DSC-R-6	25,0 (10; 45)	17,5 (5; 25)	0,042

Таблица 2
Корреляционные связи показателей КЖ с ШПБ у взрослых с СД 1

Показатель	ПО	АВТ	УС	ЛР	ЦЖ	СП
DSC-R-1	R=-0,198 P=0,159	R=-0,108 P=0,446	R=-0,263 P=0,059	R=-0,069 P=0,627	R=-0,138 P=0,330	R=-0,309 P=0,026
DSC-R-2	R=-0,084 P=0,555	R=-0,011 P=0,939	R=-0,206 P=0,144	R=0,013 P=0,926	R=-0,132 P=0,352	R=-0,336 P=0,015
DSC-R-3	R=-0,179 P=0,204	R=-0,100 P=0,480	R=-0,375 P=0,006	R=-0,129 P=0,361	R=-0,321 P=0,020	R=-0,371 P=0,007
DSC-R-4	R=-0,309 P=0,026	R=-0,123 P=0,384	R=-0,368 P=0,007	R=-0,111 P=0,433	R=-0,271 P=0,052	R=-0,299 P=0,032
DSC-R-5	R=-0,126 P=0,372	R=-0,218 P=0,121	R=-0,216 P=0,124	R=-0,047 P=0,742	R=-0,193 P=0,171	R=-0,260 P=0,062
DSC-R-6	R=-0,223 P=0,112	R=-0,068 P=0,633	R=-0,248 P=0,076	R=-0,035 P=0,807	R=-0,311 P=0,025	R=-0,147 P=0,297
DMS-1	R=-0,015 P=0,919	R=0,396 P=0,004	R=0,322 P=0,020	R=0,252 P=0,071	R=0,241 P=0,085	R=0,271 P=0,052
DMS-2	R=0,224 P=0,110	R=0,249 P=0,076	R=0,315 P=0,023	R=0,389 P=0,004	R=0,351 P=0,011	R=0,466 P=0,001
DMS-3	R=0,002 P=0,990	R=0,255 P=0,068	R=0,317 P=0,022	R=0,017 P=0,907	R=0,199 P=0,158	R=0,339 P=0,014

тов, способных самостоятельно корректировать дозы

Выявленная положительная корреляционная связь DMS-1 с АВТ подтверждает позитивное влияние отсутствия сложностей в лечении на независимость, способность противостоять социальному давлению. Отрицательная связь показателей DSC-R-3, DSC-R-4 и положительная DMS-1, DMS-2, DMS-3 с УС характеризуют негативное влияние специфической симптоматики и позитивное влияние отсутствия сложностей лечения и веры в эффективность лечения на умение самому выбирать и создавать условия, удовлетворяющие личностным потребностям и ценностям.

Выводы

1. Отмечено снижение качества жизни и адаптированное психологическое благополучие у взрослых с СД 1.

2. Снижение качества жизни у взрослых с СД 1 ассоциируется с рядом социальных факторов (женский пол, возраст 40 лет и старше, манифестация заболевания в возрасте старше 18 лет, длительность СД 1 больше 10 лет) и факторов метаболического контроля (отсутствие способности самостоятельной коррекции инсулина, наличие гипогликемических состояний).

3. Отсутствие общей и диабетической симптоматики, сложностей при лечении, позитивное отношение к эффективности лечебных мероприятий улучшают психологическое благополучие взрослых с СД 1.

4. Знание факторов, влияющих на качества жизни, диктует необходимость дифференцированного подхода к социально-психологической реабилитации пациентов с СД 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lawrence J. M. et al. // *Pediatrics*.— 2006.— Vol. 117.— P. 1348—1358.
2. Bryden K. S. et al. // *Diabet. Care*.— 2003.— Vol. 26.— P. 1052—1057.
3. Northam E. A. et al. // *Diabet. Med.*— 2005.— Vol. 22.— P. 152—157.
4. Goldney R. D. et al. // *Diabet. Care*.— 2004.— Vol. 27.— P. 1066—1070.
5. Anderson R. J. et al. // *Diabet. Care*.— 2001.— Vol. 24.— P. 1069—1078.
6. Groot M. et al. // *Psychosom. Med.*— 2002.— Vol. 63.— P. 619—630.
7. Русаленко М. Г., Цумко Е. В. // *Донозология*.— СПб., 2009.— С. 237—239.
8. Rusalenko M., Mokhort T. et al. // *Intl Congr. Endocrinology*.— Rio de Janeiro, 2008.— P. 198.
9. Frank S. EMGO Institute Vrije Universities Medical Centre.— *Mapi Research Trust*, 2002.
10. Русаленко М. Г. и др. // *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*.— СПб., 2009. — С. 237—239.

Поступила 09.02.10.

PSYCHO-SOCIAL AND MEDICAL COMPONENTS OF QUALITY OF LIFE OF ADULTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1

M. G. Rusalenko, T. M. Sharshakova, T. V. Mokhort

The results of analyzing psychological, social and medical aspects reflecting the quality of life of patients with diabetes mellitus type 1 are presented. A correlation between the quality of life and the metabolic control level, the insulin therapy and some social factors reflecting the subjective assessment of the patient's own health is shown.

Key words: psychological, social and medical aspects, the quality of life, diabetes mellitus type 1.