

УДК 616.379-008.64

Хиева Е.В.¹, Суплотова Л.А.², Раева Т.В.²

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

¹ Государственное бюджетное учреждение «Курганская областная
клиническая больница», 640002, г. Курган, ул. Томина, 63

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д.54

Цель исследования. Изучить отношение пациентов с сахарным диабетом 2 типа к своей болезни на фоне обучения в школе диабета в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. В амбулаторных условиях методом случайной выборки из лиц, проходящих обучение в школе диабета, сформирована группа, в которую вошли 76 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. Из них женщин – 82,9% и мужчин – 17,1%. Для оценки изменений отношения к болезни в процессе обучения в школе диабета пациенты проходили обследование по методике «Тип отношения к болезни» до начала обучения и после его завершения (через 6 месяцев). Всех пациентов разделили на три группы по доминирующему типу отношения к болезни. Первый блок включает пациентов с гармоничным, эргопатическим и анозогнозическим типами отношения к болезни (50%). Второй блок состоял из пациентов с сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойальным типами отношения (26,3%). В третий блок вошли лица с тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим типами отношения (23,7%).

Результаты исследования. В ходе исследования у всех больных с сахарным диабетом 2 типа выявлено изменение отношения к болезни после прохождения обучения в школе диабета. У лиц первого блока отмечена постепенная нормализация социальной адаптации через 6 месяцев. Изменения во втором и третьем блоке реагирования на болезнь в процессе обучения в школе диабета показали существенное снижение выраженности эгоцентрического, паранойального, дисфорического типов отношения к болезни.

Установлено, что отношение к болезни и обучение больных с сахарным диабетом 2 типа влияют друг на друга. С одной стороны, обучение в школе диабета изменяет отношение пациентов к своему заболеванию, с другой – отношение к болезни оказывает влияние на эффективность программы обучения.

Выводы. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа является одним из факторов, оказывающих влияние на эффективность обучения в школе диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, обучение в школе диабета, отношение к болезни, эффективность обучения в школе диабета.

Khieva E.V.¹, Suplotova L.A.², Raeva T.V.²

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF RELATIONSHIP TO DISEASE OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES ON EDUCATION EFFICIENCY UNDER REAL CLINICAL PRACTICE

¹ Kurgan Regional Clinical Hospital, 640002, Kurgan, 63 Tomina str.

² Tyumen State Medical University, 625023, Tyumen, st. 54 Odesskaya str.

Aim. To study the attitude of patients with type 2 diabetes to their disease on the background of training in diabetes school in an outpatient setting.

Methods. In the outpatient setting by random sampling of individuals receiving training at the school diabetes team, which included 76 patients with type 2 diabetes. Of these, 82.9% are women and 17.1% are men. To assess the changes in attitude to the disease in the process of learning in the school of diabetes, patients were examined by the method "Type of attitude to the disease" "Tobol", proposed by A.E. Lichko and N.I. Ivanov in 1980 before the start of training and after its completion (6 months). All patients were divided into three groups according to the dominant type of attitude to the disease. The first block includes patients with harmonious, ergopathic and anosognosic types of attitude to the disease (50%). The second block consisted of

patients with sensitive, egocentric, dysphoric and paranoid types of attitude (26.3%). The third block included persons with anxious, hypochondriac, neurasthenic, melancholic, apathetic types of attitude (23.7%).

Results. During the study, all patients with type 2 diabetes showed a change in attitude to the disease after studying at the school of diabetes. The persons of the first block showed a gradual normalization of social adaptation after 6 months. Changes in the second and third block of response to the disease in the learning process in the school of diabetes showed a significant decrease in the severity of egocentric, paranoid, dysphoric types of attitude to the disease.

It is established that the attitude to the disease and the training of patients with diabetes affect each other. On the one hand, training in school of diabetes changes the attitude of patients to their disease, on the other hand, the attitude to the disease affects the effectiveness of the training program.

Conclusions. The attitude to the disease of patients with type 2 diabetes is one of the factors influencing the effectiveness of education in the school of diabetes.

Key words: type 2 diabetes mellitus, diabetes school education, attitude to disease, effectiveness of training in the school of diabetes.

Образовательное сопровождение пациентов с сахарным диабетом (СД) является залогом успешности на пути достижения индивидуальных целевых показателей углеводного обмена [19, 11]. Обучение позволяет информировать больного об особенностях течения заболевания, развивать у него навыки самоконтроля гликемии, осуществлять контроль выполнения медицинских предписаний [4, 2]. Занятия в школе диабета (ШД) дают возможность обучить пациента навыкам эффективного управления своим заболеванием. Управление диабетом уменьшает частоту осложнений и улучшает качество жизни больных [14, 20].

Установлено, что после посещения занятий в ШД через 6 месяцев у пациентов снижаются уровни мотивации и контроль над своим заболеванием, ухудшается гликемический контроль [17]. Данные подтверждают необходимость повторного терапевтического обучения больных и наталкивают на размышления о возможных причинах утраты желания управлять СД. В исследовании Майорова А.Ю. и соавторов продемонстрировано, что эффективность учебного процесса у больных СД выходит за рамки стандартных медицинских мероприятий и требует обязательного учета психосоциального контекста [6]. Изучение индивидуальных психологических особенностей пациентов с СД является перспективным направлением в разработке программ образовательного сопровождения. По результатам метаанализа, проведенного в Великобритании (2014), выявлено влияние личностных особенностей на управление диабетом [13]. Аналогичный метаанализ проведен среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД-1) и сахарным диабетом 2 типа (СД-2), направленный на проверку влияния различных образовательных программ с учетом психологических особенностей на управление заболеванием [16]. Выявлено влияние мотивационного группового обучения на гликемический профиль после посещения ШД. Пациенты активного наблюдения показали значимо более высокий уровень мотивации и удовлетворительный контроль диабета по сравнению с контрольной группой через 12 месяцев после учебного процесса [16]. При обучении важен учет эмоционального состояния лиц с СД. В Голландии (2017) при образовательном сопровождении проводилась диагностика психологических особенностей у взрослых с СД-2 и сделаны выводы о необходимости углубленного обследования с использованием программ, ориентированных на эмоциональную сферу пациента [12]. По мнению большинства экспертов, успех учебного процесса зависит от индивидуальных особенностей пациента и характеристик течения у него СД, а также выбранного в соответствии с ними режима ведения больного. Кроме того, значимое влияние на развитие приверженности пациента лечению оказывают партнерские отношения врача и больного [5].

Неоспоримым является и тот факт, что индивидуальные психологические особенности находят свое отражение в поведении больных, связанном с СД [10], в их отношениях с медицинским персоналом, а также в отношении к своей болезни в целом. Такой фактор, как отношение к болезни, давно привлекал внимание врачей в силу значимой роли данной особенности в формировании мотивации к положительному результату лечения, к повышению

качества жизни человека с СД, к психическому состоянию пациента в условиях заболевания. Как отмечает В.В. Николаева, отношение пациента к своей болезни является мотивационным компонентом, определяющим то, как больной воспринимает заболевание в контексте своей жизни, что эта болезнь значит лично для него, как он относится к лечению, какой в целом он видит свою жизнь и свое будущее в условиях заболевания [8].

Для изучения отношения пациентов к болезни специалистами лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. Бехтерева (Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым, Э.Б. Карповой, А.Я. Вукс) была разработана специальная клиническая тестовая методика «Тип отношения к болезни» «ТОБОЛ» [3]. При разработке методики была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980), благодаря чему методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения к болезни: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

Использование методики «ТОБОЛ» позволяет выявить отношение больного к своему заболеванию, его лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также определить самооценку пациентом своего самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Применение психодиагностических методик в практической деятельности врача-эндокринолога, в частности методики «ТОБОЛ», позволит учитывать не только клинико-метаболические и социальные параметры, но и психологические особенности каждого больного, в данном случае - его отношение к заболеванию при разработке и реализации программы образовательного сопровождения больных СД.

Разумеется, специфика профессиональной деятельности врача-эндокринолога, спектр его должностных обязанностей не позволяют и не подразумевают углубления в тонкости психологии больного, но выяснение наиболее общих закономерностей представляет не только научный, но и очевидный практический интерес. Учет индивидуальных психологических особенностей больного, его отношения к болезни позволит повысить эффективность лечения пациентов с СД в условиях реальной клинической практики.

Цель исследования. Изучить отношение пациентов с сахарным диабетом 2 типа к своей болезни на фоне обучения в школе диабета в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. В открытое ретроспективное исследование по принципу случайной выборки из лиц с СД-2, проходящих обучение в ШД включено 76 пациентов. Исследование проводилось в период 2016-2017 гг. в амбулаторных условиях с учетом критериев включения и исключения. Из обследования были исключены лица, страдающие тяжелыми декомпенсированными заболеваниями сердца, легких, печени, поджелудочной железы, кишечника. Критериями включения явились: возраст > 18 лет, диагноз СД-2. От всех пациентов было получено письменное согласие на обследование и лечение, согласно приказу Минздрава РФ № 173/1 от 25 июля 2012 г. «Об информированном добровольном согласии на медицинскую помощь». На представленное исследование получено заключение экспертной комиссии по вопросам медицинской этики ФГБОУ РНЦ «ВТО» им. академика Илизарова Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол заседания № 1(56) от 19.02.2018 г, утвержден директором А.В. Губиным).

Лечение и обследование пациентов проводилось квалифицированным персоналом при использовании сертифицированного оборудования в соответствии с принятыми на территории Российской Федерации стандартами.

Все исследования проведены в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками. Всеми пациентами было подписано информированное согласие на публикацию данных, полученных в результате исследований, без идентификации личности.

Для оценки изменений отношения к болезни в процессе обучения в школе диабета пациенты проходили обследование по методике «Тип отношения к болезни» «ТОБОЛ», предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым в 1980 году до начала обучения и после его завершения (через 6 месяцев). Всех пациентов разделили на три группы по доминирующему типу отношения к болезни. Распределение пациентов с учетом гендерных и возрастных различий, а также по продолжительности заболевания представлено в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика группы пациентов с СД-2 по возрасту, полу и длительности заболевания (M±SD)

Пол	Возраст пациентов (года)	Длительность заболевания (года)
Женщины (n=63)	59,27±11,55	9,68±7,86
Мужчины (n=13)	58,77±9,08	8,31±10,01

Примечание: n – число обследованных, M – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Как видно из таблицы 1, подгруппы мужчин и женщин по возрасту и длительности заболевания сопоставимы. Все пациенты проходили амбулаторное лечение у эндокринологов в ГБУЗ ТО «Курганская областная клиническая больница». Диагноз «сахарный диабет 2 типа» выставлялся на основании национальных рекомендаций по диагностике и лечению больных СД. На базе данного медицинского учреждения проводилось обследование, лечение и обучение больных с СД-2 в ШД.

Эффективность образовательного процесса оценивалась по уровню HbA1c, определяемому методом капиллярного электрофореза производства компании SEBIA (Франция) на приборе Capillarys 2 FP, в соответствии с алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (2017) [1]. Выбор индивидуальных целей лечения зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии (табл. 2).

Таблица 2

Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c*

	Возраст		
	Молодой	Средний	Пожилой и/или ОПЖ < 5 лет
Нет тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии **	< 6,5 %	< 7,0 %	< 7,5 %
Есть тяжелые макрососудистые осложнения и/или риск тяжелой гипогликемии	< 7,0 %	< 7,5 %	< 8,0 %

Примечания: ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни; * – данные целевые значения не относятся к детям, подросткам и беременным женщинам; ** – основными критериями риска тяжелой гипогликемии являются: тяжелая гипогликемия в анамнезе, бессимптомная гипогликемия, большая продолжительность СД, ХБП С3 и выше, деменция.

Все пациенты посещали занятия в ШД, которые проводились по адаптированной программе обучения в амбулаторных условиях. Основу программы составила модель, разработанная сотрудниками Эндокринологического научного центра, с использованием принципов структуризации, предложенных проф. М. Бергером, в соответствии с рекомендациями ВОЗ. С учетом региональных особенностей Курганской области (сельскохозяйственная зона, удаленность доступа специализированной помощи) использовалась адаптированная программа обучения с введением дистанционного сопровождения.

Пациенты всех подгрупп проходили обучение в ШД, главными задачами которого было создание у пациентов стойкой мотивации к управлению своим заболеванием, к овладению методами контроля СД, информирование пациентов о заболевании и способах предотвращения его осложнений, а также обучение методам самоконтроля и самостоятельной коррекции терапии.

Перед включением в учебный процесс все пациенты проходили индивидуальное собеседование, сбор анамнеза. Проводилось психодиагностика с использованием методики «Диагностика типа отношения к болезни» [3]. Использование данной методики позволило провести психологическую диагностику типов отношения к болезни, определить целостный тип реагирования обследуемых пациентов на болезнь до и после обучения в ШД.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 11.5. При анализе межгрупповых различий количественных показателей, измеренных по интервальной шкале, рассчитывалось значение t-критерия Стьюдента для независимых групп. Проводился корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования было проведено психодиагностическое обследование пациентов с СД-2 до начала обучения в ШД. Для того чтобы систематизировать изменения в отношении к болезни и выявить основные проблемные зоны в процессе работы мы разделили всех пациентов на три группы по доминирующему типу отношения к болезни. Авторы методики предлагают деление на блоки по проявлениям социальной адаптации больных. При объединении используются два критерия: «адаптивность – дезадаптивность», который отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и «интер-интрапсихическая направленность» дезадаптации, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных (в случае дезадаптивного характера отношения).

Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. Данные типы отношения к болезни характерны для 50% пациентов с СД-2.

Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической (внутриличностной) или интерпсихической (межличностной) направленностью реагирования на болезнь.

Второй блок включает сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, проявляющаяся во взаимоотношениях с окружающими людьми. Возможно развитие концепций паранойяльного характера, в соответствии с которыми болезнь воспринимается как результат внешнего воздействия, негативного отношения окружающих. Входящие во второй блок типы отношения к болезни характерны для 26,3% пациентов с СД-2.

Третий блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерны нарушения социальной адаптации с интрапсихической направленностью реагирования на болезнь. Отмеченные типы отношения к болезни выявлены у 23,7% пациентов с СД-2.

На следующем этапе исследования было проведено повторное психодиагностическое обследование пациентов по методике «ТОБОЛ», проанализированы результаты, полученные исходно и через 6 месяцев после прохождения обучения в ШД. В таблице 3 наглядно видно, как изменяются в процессе обучения в ШД профили пациентов с СД2 всех трех блоков отношения к болезни.

Таблица 3

Изменения в трех блоках отношения к болезни по методике «ТОБОЛ» пациентов с СД-2 в процессе обучения в ШД ($M \pm SD$)

Тип отношения к болезни	Изменения в процессе обучения в ШД								
	Первый блок			Второй блок			Третий блок		
	Исходно	Через 6 месяцев	p	Исходно	Через 6 месяцев	p	Исходно	Через 6 месяцев	p
Гармоничный (Г)	26,25±10,64	25,05±8,40	-	6,81±7,59	19,81±9,13	**	9,06±10,62	19,44±7,74	*
Эргопатический (Р)	24,05±10,35	20,78±5,21	-	7,76±5,58	19,76±5,80	**	11,06±8,79	20,83±4,93	*

Анозогнозический (З)	17,38± 10,65	23,03± 16,71	*	4,48± 7,14	22,33± 12,35	** *	5,33± 6,56	26,39± 12,77	* * *
Тревожный (Т)	7,10± 7,04	14,23± 6,46	*	16,19± 9,56	6,48± 8,27	**	8,78± 4,57	4,78± 6,25	-
Ипохондрический (И)	10,33± 4,62	11,25± 5,55	-	16,24± 9,10	4,91± 6,28	**	8,44± 6,54	3,67± 4,72	-
Неврастенический (Н)	8,53± 5,47	12,13± 8,54	-	12,86± 9,62	5,24± 8,52	*	10,56± 6,68	3,56± 5,62	*
Меланхолический (М)	3,50± 5,24	11,00± 7,87	*	11,24± 8,21	6,33± 7,64	*	7,67± 7,20	4,06± 4,56	-
Апатический (А)	4,00± 3,71	7,48± 4,11	-	9,52± 7,02	4,10± 4,99	*	6,78± 5,86	3,17± 4,32	-
Сенситивный (С)	13,90± 8,74	19,65± 6,51	*	8,91± 7,13	10,95± 7,54	-	15,17± 9,62	10,44± 7,27	*
Эгоцентрический (Э)	8,28± 5,99	8,70± 3,90	-	10,19± 6,49	4,19± 5,10	*	10,78± 7,97	2,72± 4,04	*
Параноидальный (П)	5,73± 4,29	5,13± 2,76	-	8,86± 5,24	2,57± 3,08	*	8,33±4 ,43	1,61± 2,25	*
Дисфорический (Д)	3,40± 3,77	4,23± 2,70	-	8,14± 5,38	3,14± 2,67	*	8,67± 7,57	2,83± 3,07	*

Примечание: * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$; *** - $p \leq 0,001$; Г - гармоничный; Р - эргопатический; З - анозогнозический; Т - тревожный; И - ипохондрический; Н - неврастенический; М - меланхолический; А - апатический; С - сенситивный; Э - эгоцентрический; П - параноидальный; Д - дисфорический.

Представленные данные наглядно отражают произошедшие изменения в отношении пациентов с СД-2 к своей болезни в процессе обучения в ШД. Заметно смещение показателей в сторону первого блока. Особенно ярко представлены эргопатический и анозогнозический типы реагирования на болезнь. Несмотря на то, что это еще не гармоничный тип отношения к болезни, мы видим, что большинство пациентов переходят от нарушения социальной адаптации к нормативным показателям в процессе обучения в ШД. Это очень важный шаг в принятии и правильном отношении к болезни.

При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим и, в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволяет условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Теперь обратимся к тем изменениям, которые произошли в первом блоке реагирования на болезнь в процессе обучения в ШД, а также к описанию трудностей, с которыми столкнулись пациенты с СД-2 в процессе работы над собой. Результаты пациентов с преобладанием отношения к болезни первого блока до и после обучения в ШД представлены на рисунке 1.

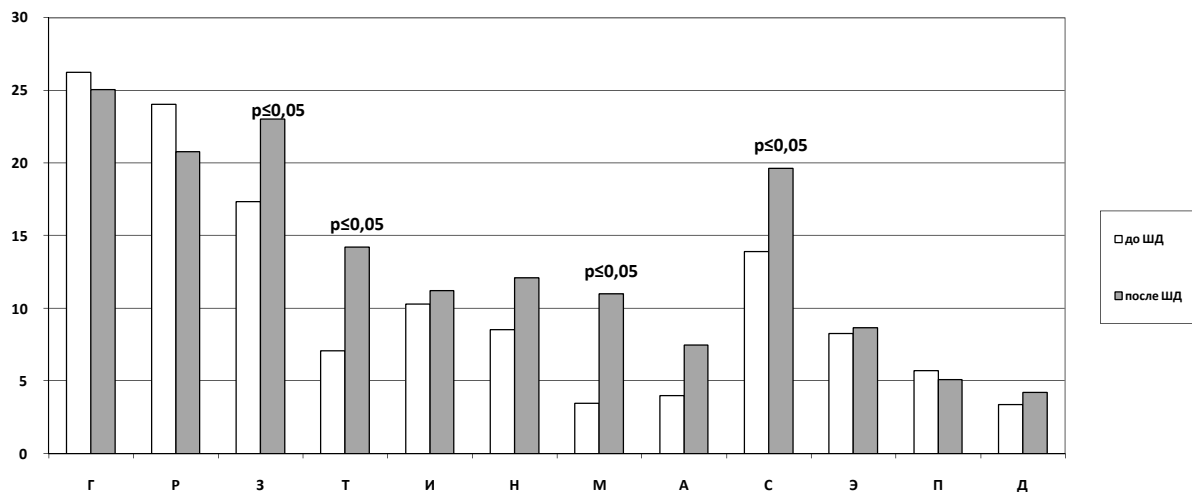


Рис. 1. Изменение у пациентов с СД-2 выраженности показателей шкал по методике «ТОБОЛ» первого блока отношения к болезни исходно и через 6 месяцев после обучения в ШД.

Примечание: Г - гармоничный; Р - эргопатический; З - анозогнозический; Т - тревожный; И - ипохондрический; Н - неврастенический; М - меланхолический; А - апатический; С - сенситивный; Э - эгоцентрический; П - паранойяльный; Д - дисфорический.

Наиболее значимыми трудностями, с которыми столкнулись пациенты этого блока – это недостаток ответственности и серьезного отношения к болезни. Этим пациентам кажется, что все возникшие проблемы легко преодолимы и не займут много времени. Этот факт может приводить к нарушениям режима лечения. Данное состояние, в первую очередь, характерно для эргопатического и анозогнозического типов реагирования на болезнь. Мы видим, что наиболее существенные изменения в сторону увеличения выраженности произошли в анозогнозическом, тревожном, меланхолическом, сенситивном типах реагирования на болезнь. Повышение выраженности тревожного, меланхолического и сенситивного типов реагирования являются показателями понимания серьезности ситуации и более серьезного отношения к своему заболеванию. При этом, как механизм психологической защиты, повышается анозогнозический тип реагирования, который связан с отбрасыванием мыслей о возможных последствиях болезни. У них проявляются отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления «несерьезных» заболеваний или случайных колебаний самочувствия. Поэтому на этапе реализации первого и второго компонента обучения из-за слишком легкого отношения эти пациенты недостаточно вникают в суть медицинской информации. У них есть ощущение, что «само все обойдется». Некоторое повышение тревожности в связи с постепенным осознанием своего заболевания приводит к тому, что в рамках обучения эти пациенты работают гораздо более плодотворно. Они начинают делать меньше ошибок, не теряя при этом оптимизма.

Рассмотрим изменения отношения пациентов с СД-2 к своему заболеванию после обучения в ШД, составляющие второй блок реагирования на болезнь, а также к описанию трудностей, с которыми они столкнулись в процессе работы над собой. Полученные результаты представлены на рисунке 2.

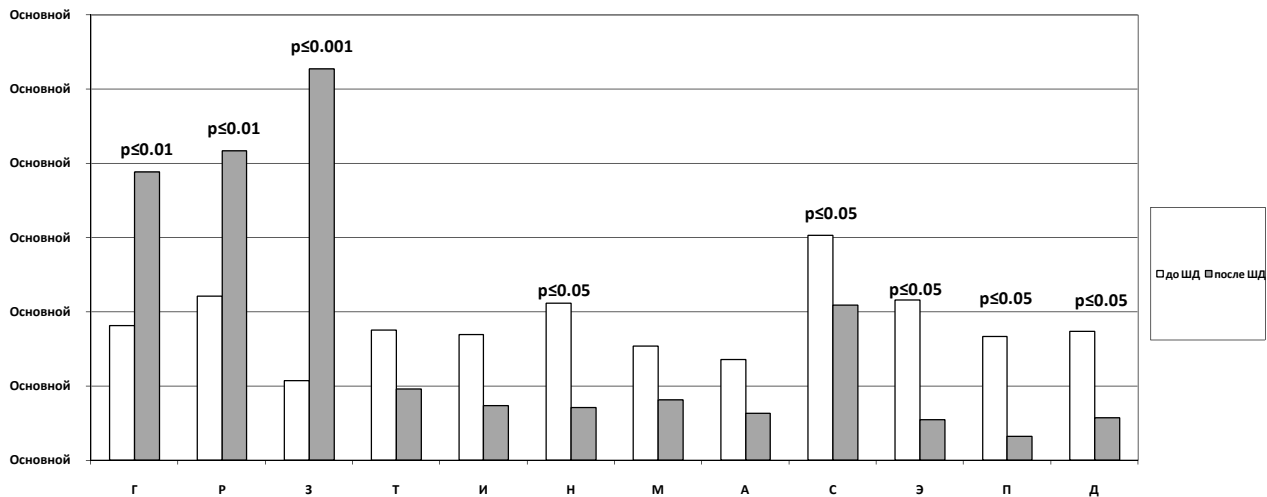


Рис 2. Изменение у пациентов с СД2 выраженности показателей шкал по методике «ТОБОЛ» второго блока отношения к болезни исходно и через 6 месяцев после обучения в ШД.

Примечание: Г - гармоничный; Р - эргопатический; З - анозогнозический; Т - тревожный; И - ипохондрический; Н - неврастенический; М - меланхолический; А - апатический; С - сенситивный; Э - эгоцентрический; П - паранойяльный; Д - дисфорический.

Трудности, с которыми столкнулись пациенты данного блока, связаны с нарушениями социальной адаптации интерпсихической направленности личностного реагирования на болезнь, которое проявляется в уверенности, что болезнь является результатом внешних причин, чьего-то злого умысла. Эти пациенты ведут себя крайне подозрительно и настороженно к разговорам о себе, недоверчиво по отношению к назначаемым им лекарствам и процедурам. Все это приводит к агрессивным формам поведения на этапе реализации первого компонента обучения. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала вызывают у пациентов желание поймать медперсонал на обмане. Во время обучения они часто проявляют недовольство и нервозность. На этом этапе у пациентов возникает стойкое желание в поиске выгод в связи с болезнью, которое в первую очередь распространяется на близких им людей. Это проявляется в выставлении напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием, требовании исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам. На групповых занятиях пациенты требуют внимания и заботы, других участников рассматривают как «конкурентов», проявляя к ним неприязненное отношение. В большинстве случаев эти пациенты нуждаются в индивидуальной работе. Некоторых пациентов не рекомендуется включать в группу без длительной предварительной индивидуальной работы с ними.

Выявлены значимые различия в выраженности ипохондрического типа отношения к болезни. После прохождения обучения у участников ШД отмечается снижение показателей по данному параметру. Появляется вера в успех лечения, появление «интереса к жизни» способствует переключению внимания пациентов с болезни на другие сферы, они перестают искать несуществующие болезни, преувеличивать неприятные ощущения, меньше думают о своем заболевании и обсуждают его с окружающими людьми.

Также можно отметить значимые различия в выраженности эгоцентрического, паранойяльного и дисфорического типов отношения к болезни, выявлено снижение данных показателей. Следовательно, мы можем говорить о том, что после обучения в ШД пациенты начинают с большим доверием относиться к назначенной им схеме лечения. Они могут объективно оценить свою роль в контроле над заболеванием, осознать степень ответственности за результат лечения. Вероятно, к пациентам приходит понимание того, что только четкое соблюдение предписаний врача, собственные усилия по соблюдению режима дня и питания,

работа над собой, включающая посещение занятий в ШД, только совокупность этих факторов способна привести к положительному результату, позволяя удерживать показатели углеводного обмена в норме, не допуская осложнений СД.

Теперь обратимся к тем изменениям, которые произошли у пациентов в третьем блоке отношения к заболеванию в процессе обучения в ШД и трудностям в процессе работы над собой (рис. 3).

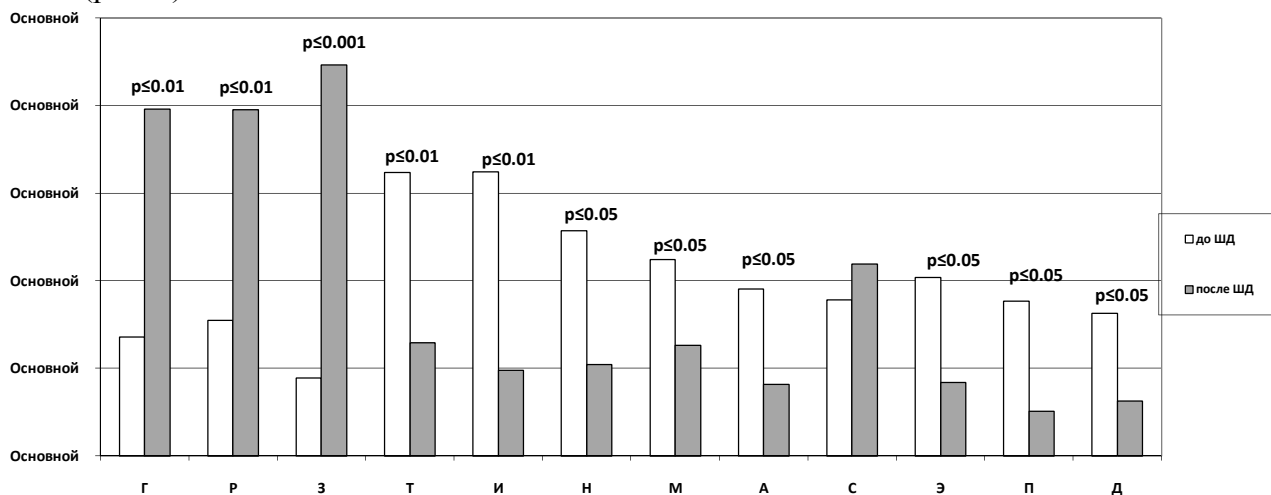


Рис 3. Изменение у пациентов с СД2 выраженности показателей шкал по методике «ТОБОЛ» третьего блока отношения к болезни исходно и через 6 месяцев после обучения в ШД.

Примечание: Г - гармоничный; Р - эргопатический; З - анозогнозический; Т - тревожный; И - ипохондрический; Н - неврастенический; М - меланхолический; А - апатический; С - сенситивный; Э - эгоцентрический; П - паранойяльный; Д - дисфорический.

Самые большие трудности, с которыми столкнулись пациенты этого блока, связаны с нарушениями социальной адаптации интрапсихической направленности личностного реагирования на болезнь, которые проявляются в непрерывном беспокойстве и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Эти пациенты ведут себя очень тревожно, а порой даже истерически на этапе реализации первого компонента обучения.

Тревожность постепенно стабилизируется на этапе реализации второго компонента обучения, так как присутствует чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, но практические навыки, получаемые пациентом, делают ситуацию болезни более понятной. Для пациентов характерно стремление постоянно рассказывать о болезни врачам, медперсоналу и окружающим, а значит постоянное «оттягивание внимания на себя» на этапе теоретического информирования. Они, как правило, преувеличивают действительные и выискивают несуществующие болезни и страдания, а также неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянные требования тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязнь вреда и болезненности процедур может приводить к развитию у других участников группы занятий в ШД депрессивных тенденций. Перелом наступает в конце второго компонента обучения – пациенты становятся спокойнее, так как приобретенные навыки дают им некоторую уверенность, а возможность задавать вопросы – успокаивает.

Мы видим, что наиболее существенные изменения в сторону увеличения выраженности произошли в гармоничном, анозогнозическом, тревожном, меланхолическом и сенситивном типах реагирования на болезнь. Это говорит о постепенной нормализации социальной адаптации пациентов. По типам реагирования на болезнь, связанным с нарушениями социальной адаптации, наблюдается стабильное понижение. В рамках реализации третьего и чет-

вертого компонента тревожность вновь повышается, поэтому они нуждаются в более тщательном сопровождении в процессе обучения.

Анализируя средние значения по нашей выборке, мы видим, что после обучения в ШД у пациентов с СД-2 произошли положительные изменения по отношению к болезни в целом.

Заключение. После обучения в школе диабета через 6 месяцев наиболее существенные изменения у пациентов с СД-2 произошли в гармоничном, эргопатическом, анозогнозическом типах отношения к болезни. Это говорит о постепенной нормализации социальной адаптации пациентов с СД-2 после обучения в ШД, кроме случаев, когда пациент этому сознательно сопротивляется, находя в своем поведении существенные выгоды.

Общие изменения во втором и третьем блоке реагирования на болезнь в процессе обучения в ШД показывают, что общим является существенное снижение выраженности эгоцентрического, паранойяльного, дисфорического типов отношения к болезни.

На эффективность контроля могут оказывать влияние такие связанные с отношением к болезни особенности поведения пациентов, как их чрезмерная мнительность относительно неблагоприятного течения заболевания, боязнь возникновения возможных осложнений СД, поиск новых методов лечения, страх перед окружающими из-за возможности произвести на них неблагоприятное впечатление своим заболеванием.

Отношение к болезни и эффективность обучения больных СД-2 в ШД представляют собой два взаимообусловленных явления. С одной стороны, обучение в ШД изменяет отношение пациентов к своему заболеванию, оно придает им уверенность в себе и в своих возможностях контролировать болезнь. У людей возникает стремление к поддержанию привычного образа жизни, исчезает страх перед заболеванием и его осложнениями, что может оказывать положительное влияние на удержание метаболических показателей в норме. Кроме того, после прохождения программы обучения в ШД больные СД-2 с большим доверием относятся к лечащему врачу, при этом осознают степень своей ответственности за результаты лечения.

С другой стороны, отношение к болезни оказывает влияние на эффективность программы обучения в ШД. Результаты исследования показали, что безразличие пациента к СД-2 и результатам его лечения будет способствовать ухудшению гликемического контроля. Такое же влияние на эффективность контроля лиц с СД-2 может оказывать чрезмерная обеспокоенность тем, как окружающие люди воспринимают их болезнь. В результате вместо того, чтобы тратить свои силы на борьбу с заболеванием, больной СД-2 расходует их на поддержание благоприятного «социального фасада», заботясь о впечатлении, которое производит на окружающих. Врачу-эндокринологу нужно быть предельно внимательным и суметь разграничить работу как мотивационный фактор или как попытку уйти от болезни.

Литература:

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. Дедова И.И., Шестаковой М.В., Майорова А.Ю. М.: УП ПРИНТ; 2017. Вып. 8.
2. Анциферов М.Б., Котешкова О.М. Управление сахарным диабетом: организация и значение самоконтроля. Трудный пациент. 2009. 10. 41-46.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
4. Галстян Г.Р. Оценка эффективности программы лечения и обучения для больных инсулинзависимым сахарным диабетом: клинические, метаболические и медико-социальные аспекты: Дис. ... канд. мед. наук. – М. 1993.
5. Лиходей Н.В., Калашникова М.Ф., Лиходей Е.М., и др. Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди больных сахарным диабетом, и стратегий, способствующих ее повышению. Сахарный диабет. 2018. 21(1). 5-14.
6. Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г. и др. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода. Сахарный диабет. 2011. 1. 46. doi: 10.14341/2072-0351-6249

7. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В. Рациональный и эмоциональный компоненты отношения к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 типа: взаимосвязь с психологическим благополучием. Сахарный диабет. 2014. 3. 60-69. doi: 10.14341/dm2014360-69.
8. Психосоматика: телесность и культура. Под ред. Николаевой В.В. М.: Академический проект. 2009.
9. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. СПб.: Речь, 2000. 219 с.
10. Суркова Е.В. Клинические, психологические и психопатологические аспекты сахарного диабета: Дис. ... д-ра мед. наук. Москва; 2006.
11. Филина Н.Ю. Сахарный диабет 1 типа у детей и подростков: лечение, реабилитация, качество жизни: Дис. ... канд. мед. наук. Саратов. 2014.
12. Chew B.H., Vos R.C., Metzendorf M.I., et al. Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 27. 9. doi: 10.1002/14651858.cd011469.pub2.
13. Hudson J.L., Bundy C., Coventry P.A., Dickens C. Exploring the relationship between cognitive illness representations and poor emotional health and their combined association with diabetes self-care. A systematic review with meta-analysis. J Psychosom Res. 2014. 76(4). 265-274. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.004.
14. Kent D.L., D'Eramo Melkus G., Stuart P.M. et al. Reducing the risks of diabetes complications through diabetes self-management education and support. Popul Health Manag. 2013. 16(2). 74-81. doi: 10.1089/pop.2012.0020.
15. MacDonald P.E., Sewing S., Wang J. et al. Inhibition of Kv2.1 voltage-dependent K⁺ channels in pancreatic beta-cells enhances glucose-dependent insulin secretion. J Biol Chem. 2002. 277(47). 44938-44945. doi: 10.1074/jbc.M205532200.
16. Minet L., Moller S., Vach W. et al. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. Patient Educ Couns. 2010. 80(1). 29-41. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.033.
17. Norris S.L., Lau J., Smith S.J. et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis on the effect on glycemic control. Diabetes Care. 2002. 25(7).1159-1171. doi: 10.2337/diacare.25.7.1159.
18. Phillips A. Optimising the person-centred management of type 2 diabetes. British Journal of Nursing. 2016. 25(10). 535-8. doi: 10.12968/bjon.2016.25.10.535.
19. Powers M.A., Bardsley J., Cypress M. et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care. 2015. 38 (7). 1372-1382. doi: 10.2337/dc15-0730.
20. Tsitlakidis D., Sarafis P. Качество жизни больных сахарным диабетом. // Проблемы эндокринологии. 2016. 5. 9-10. doi: 10.14341/probl20166259-10.

References:

1. Algorithms for specialized medical care for patients with diabetes. Ed. by Dedov I.I., Shestakova M.V., Maiorov A.Yu. Moscow: UPPRINT; 2017. in Russian.
2. Antsiferov M.B., Koteschkova O.M. Управление сахарным диабетом: организация и значение самоконтроля. Trudnyipatsient. 2009. 10. 41-46. in Russian.
3. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. Psychological diagnosis of attitude to the disease: a manual for doctors. Saint-Petersburg: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2005. 33p. in Russian.
4. Galstyan G.R. Evaluation of the effectiveness of the treatment and education program for patients with insulin-dependent diabetes mellitus: clinical, metabolic and medical-social aspects. [dissertation] Moscow. 1993. in Russian.
5. Likhodey N.V., Kalashnikova M.F., Likhodey E.M., et al. Analysis of the factors that prevent adherence to treatment in patients with diabetes mellitus and the strategies that contribute to the im-

- provement in adherence. *Diabetismellitus*. 2018. 21(1). 5-14. doi: 10.14341/DM8781. inRussian.
6. Mayorov A.Yu., Surkova E.V., Motovilin O.G., et al. Education of diabetic patients: synthesis of evidence-based medicine and psychological approach. *Diabetes mellitus*. 2011. 1. 46. doi: 10.14341/2072-0351-6249. in Russian.
 7. Motovilin O.G., Shishkova Yu.A., Surkova E.V. Rational and emotional components of attitude to the disease in patients with type 1 diabetes: relationship with psychological well-being. *Diabetes mellitus*. 2014. 3. 60-69. doi: 10.14341/dm2014360-69. inRussian.
 8. Psychosomatics: physicality and culture. Ed by Nikolaeva V.V. Moscow: Akademicheskii proekt. 2009. in Russian.
 9. Sobchik L.N. A standardized multifactor method for studying the personality of SMIL. St. Petersburg: Rech, 2000.219 p.
 10. Surkova EV. Clinical, psychological and psychopathological aspects of diabetes. [dissertation]. Moscow, 2006. in Russian.
 11. Filina N.Yu. Type 1 diabetes in children and adolescents: treatment, rehabilitation, quality of life. [dissertation] Saratov. 2014. in Russian.
 12. Chew BH, Vos R.C., Metzendorf MI, et al. Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 27;9. doi: 10.1002/14651858.cd011469. pub 2
 13. Hudson JL, Bundy C, Coventry P.A, Dickens C. Exploring the relationship between cognitive illness representations and poor emotional health and their combined association with diabetes self-care. A systematic review with meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2014;76(4):265-274. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.02.004
 14. Kent D1, D'Eramo Melkus G, Stuart PM, et al. Reducing the risks of diabetes complications through diabetes self-management education and support. *Popul Health Manag*. 2013;16(2):74-81. doi: 10.1089/pop.2012.0020
 15. MacDonald PE, Sewing S, Wang J, et al. Inhibition of Kv2.1 voltage-dependent K⁺ channels in pancreatic beta-cells enhances glucose-dependent insulin secretion. *J Biol Chem*. 2002;277(47):44938-44945. doi: 10.1074/jbc.M205532200
 16. Minet L, Moller S, Vach W, et al. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2010;80(1):29-41. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.033
 17. Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis on the effect on glycemic control. *Diabetes Care*. 2002;25(7).1159-1171. doi: 10.2337/diacare.25.7.1159
 18. Phillips A. Optimising the person-centred management of type 2 diabetes. *British Journal of Nursing*, 2016, Vol 25;(10);535-8. doi: 10.12968/bjon.2016.25.10.535.
 19. Powers MA., Bardsley J., Cypress M., et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*. 2015;38 (7):1372-1382. doi: 10.2337/dc15-0730
 20. Tsitlakidis D., Sarafis P. Quality of life of patients with diabetes. *Problemy endokrinologii*. 2016;62(5):9-10. (inRuss.) doi: 10.14341/probl20166259-10