

Батюх О.В., Мазур Л.П.

Визначення рівня тривожності, прихильності до лікування та індексу якості сну в пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та артеріальною гіпертензією

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна

Batiukh O.V., Mazur L.P.

Determination of anxiety level, treatment compliance and sleep quality index in patients with type 2 diabetes and arterial hypertension

Ivan Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

batyukho@ukr.net, mazur@tdmu.edu.ua

Вступ

Поширеність цукрового діабету невпинно зростає серед усіх категорій населення, 85-90 % якого припадає на діабет 2 типу. Ігнорування симптомів на ранніх стадіях ускладнює перебіг цього хронічного захворювання та знижує якість життя пацієнтів. За висновками IDF, спостерігається тенденція найбільшого розповсюдження діабету серед урбанізованого (міського) працездатного населення країн, що розвиваються, у осіб віком 40–59 років приблизно однаково як чоловічої, так і жіночої статі. Прогнозується, що до 2030 року кількість хворих на діабет збільшиться до 552 млн (9,9 %), а до 2035 – до 592 млн (10,1 %) [1]. Діабет є однією з основних причин розвитку серцево-судинних захворювань, ожиріння, сліпоти, ниркової недостатності і ампутацій нижніх кінцівок. У 50 % випадків цукровий діабет 2-го типу виявляється на тлі вже наявної артеріальної гіпертензії. Цукровий діабет значно ускладнює перебіг ІХС, вражаючи судини серця (коронарні судини) [2]. Близько 2/3 хворих на ЦД помирають від захворювання серця або інсультів, причому у чоловіків з ЦД ризик ішемічної хвороби серця (ІХС) зростає у 2 рази, у жінок – в 3–4 рази. Поширеність артеріальної гіпертензії серед хворих на ЦД 2 типу непропорційно висока й досягає 70–80 % [3]. Як відомо, лікування таких хронічних патологій потребує тривалого прийому препаратів, і тут важливу роль відіграє прихильність пацієнтів до виконання призначень. Згідно з даними ВООЗ, невиконання або неналежне виконання лікарських рекомендацій хворими, які страждають на хронічні захворювання, є глобальною медичною проблемою, що суттєво впливає на ефективність лікування та призводить до серйозних економічних наслідків [4]. Одними із найпоширеніших факторів, що впливають на прихильність до лікування, є вік, індивідуально-психологічні особливості пацієнта, спосіб життя та складність схем лікування. Тут варто звернути увагу і на

рівень тривожності, зокрема особистісної, яка може бути стабільною характеристикою особистості, проявляючись у занепокоєнні чи очікуванні загрози, знижуючи здатність протистояти негативним наслідкам стресу. Підвищена тривожність впливає на всі сфери психіки людини та часто супроводжується фізіологічними симптомами (підвищення артеріального тиску, серцебиття, пронос, часте дихання, зростання загальної збудливості). Ці фізичні ознаки з'являються як при усвідомленій тривозі, так і несвідомо. Окрім того, надмірний неспокій порушує сон та ускладнює засинання. Згідно Міжнародній класифікації розладів сну (третє видання), безсоння визначається як суб'єктивні скарги на складності ініціювання сну, труднощі підтримки сну, або пробудження рано вранці, які відбуваються протягом мінімум 3 ночей на тиждень, не менше 3-х місяців, і пов'язані зі значними наслідками в денний час. Приклади цих наслідків в денний час включають труднощі з концентрацією уваги, розлади настрою, втому і побоювання щодо порушень сну у майбутньому. До типових психологічних факторів схильності до інсомнії можна віднести тривожність, депресивність, іпохондричні риси особистості [5]. Низкою досліджень продемонстровано, що початок порушень сну припадає на момент виникнення симптомів тривожно-депресивного розладу (зокрема, в 80 % випадків тривоги) і досить часто передусім рецидиву (наприклад, 56 % випадків розладу настрою). Проблеми зі сном посилюють тяжкість симптомів тривожно-депресивного розладу і можуть відображати загальний вплив сну на здатність регулювати емоції [6].

Зважаючи на це, проведення скринінгу у осіб групи ризику сприятиме своєчасному виявленню факторів, що сприяють розвитку ускладнень (таких як артеріальна гіпертензія) у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, а також дозволить встановити причинно-наслідковий зв'язок між проблемами зі сном, тривожністю та прихильністю до лікування.

Метою дослідження є визначення рівня комплаєнтності, тривожності й оцінка якості сну у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося на базі КНП «Кременецький центр первинної медико-санітарної допомоги». Всього було обстежено 51 пацієнта. Першу групу становили особи з цукровим діабетом 2 типу й артеріальною гіпертензією, а другу склали пацієнти з цукровим діабетом 2 типу. Середня тривалість захворювання у пацієнтів першої групи становила $14 \pm 2,8$ роки, другої групи $6 \pm 2,5$ роки. Серед опитаних 18 (35,3 %) пацієнтів працюють, 8 (15,7 %) осіб тимчасово не працює та 25 (49,0 %) пацієнтів є пенсіонерами. До обстежених першої групи, що складає 26 пацієнтів, було включено 11 чоловіків (віком 55–79 років) та 15 жінок (віком 52–75 років). Серед обстежених другої групи включено 25 пацієнтів, з них 14 осіб жіночої статі (віком 39–74 років) та 11 чоловічої (віком 41–64 років).

Опитування здійснювалося шляхом отримання інформованої добровільної згоди пацієнтів з використанням опитувальників:

– Прихильність до лікування за Моріскі (MMAS). Шкала включає 8 запитань, які стосуються ставлення хворого до прийому медикаментів. Відповіді на запитання 1–7 даються у форматі «так/ні». На 8-ме запитання є 5 варіантів відповіді: ніколи/дуже рідко; час від часу; деколи; переважно; завжди. За кожне «ні» (або «ніколи») пацієнт отримує 1 бал. Питання анкети розроблено таким чином, щоб виявити та оцінити перешкоди до виконання рекомендацій лікаря [7].

– Шкала проявів тривоги Тейлора (доповненої В.Г. Норакідзе шкалою щирості). Дана методика дає змогу оцінювати тривожність особистості, тобто схильність переживати емоційні стани, які виникають при очікуванні неприємностей, прогнозуванні несприятливого перебігу подій тощо. Методика

вміщує 60 запитань, на які обстежуваний повинен дати відповідь «так» або «ні». Обробка даних здійснюється насамперед через виявлення щирості відповідей на десять запитань, за які респондент отримує по 1 балу. Сума балів тут не повинна перевищувати п'яти, в іншому випадку отримані результати не достовірні. Сума балів у межах від трьох до п'яти вказує на ситуативну щирість і відносну достовірність отриманих результатів. За решту 50 запитань опитані отримують по 1 балу відповідно до ключа даної методики з підрахунком загальної суми балів. Інтерпретація даних визначає рівні особистісної тривожності: дуже високий рівень тривожності, високий, середній (з тенденцією до високого), середній (з тенденцією до низького) та низький рівень тривожності.

– Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI). Опитувальник складається із 19 запитань (лайкертівського та відкритого типів), які розподілені в одну із семи підкатегорій: суб'єктивна якість сну, прихована сонливість, тривалість сну, звична ефективність сну, розлади сну, вживання снодійних препаратів, а також денна дисфункція. Респондентам запропоновано вказати, як часто вони відчували певні труднощі зі сном за останній місяць та оцінити в загальному якість їх сну. Оцінка за кожне запитання коливається від 0 до 3 [8].

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали методом варіаційної статистики з використанням статистичної програми “Microsoft Office Excel”.

Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі шкали MMAS серед опитаних пацієнтів першої групи високий рівень комплаєнтності виявлено у 8 осіб (30,8 %), другої групи – 11 осіб (44,0 %). Середній рівень визначено у 6 осіб (23,1 %) першої групи й у 9 пацієнтів (36,0 %) другої групи. Щодо низького рівня, то в першій групі його відмічено у 12 пацієнтів (46,1 %) та у 5 осіб (20,0 %) другої групи (рис. 1). Варто зазначити, що в першій групі високий рівень комплаєнтності виявлено переважно серед пацієнтів, котрі хворіють в середньому упродовж 15 ± 2 років,

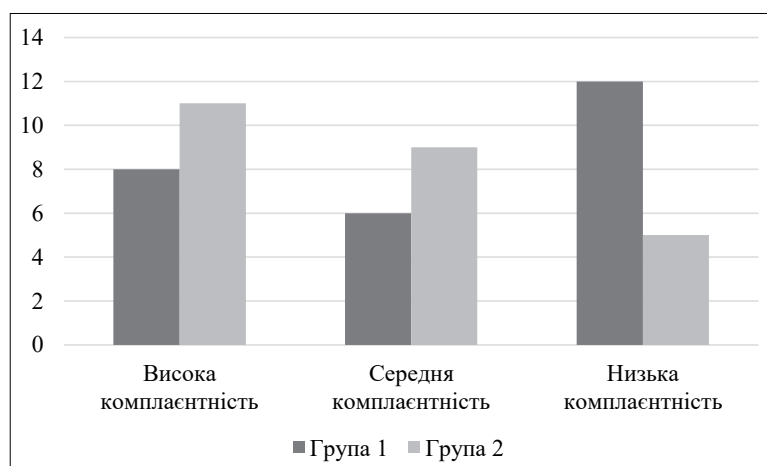


Рис. 1. Комплаєнтність пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу з/без гіпертензії (за шкалою MMAS)

у другій групі 7 ± 3 років. Труднощі через дотримання свого плану лікування мають 9 (34,6 %) опитаних (перша група) та 3 (12,0 % друга). Також 30,8 % (8 осіб першої групи) пацієнтів іноді припиняють приймати ліки, якщо їх симптоми під контролем та 40,0 % (10 пацієнтів другої групи).

Аналіз рівня тривожності пацієнтів першої групи за даними опитувальника показав, що у 16 осіб (61,5 %) високий рівень, у 7 осіб (26,9 %) – середній з тенденцією до високого, у 2 респондентів – середній з тенденцією до низького рівня (7,7 %) та у 1 (3,8 %) пацієнта виявлено дуже високий рівень тривожності. Щодо виявлених показників тривожності у 2 групі, то високий рівень мають 10 осіб (40,0 %), середній з тенденцією до високого 13 (52,0 %) респондентів і 2 (8,0 %) мають середній з тенденцією до низького рівня тривожності. Дуже

високого рівня тривожності не виявлено у жодного пацієнта 2 групи (рис. 2).

Аналіз відповідей Пітсбурзького опитувальника дає змогу визначити, що задоволені якістю свого сну за останній місяць та оцінюють його як «дуже добре» по 2 осіб з кожної групи. «Досить погано» – оцінює 11 пацієнтів (42,3 %) першої групи та 3 (12,0 %) осіб другої групи. «Досить хороший» – 11 (42,3 %) та 19 (76,0 %) пацієнтів відповідно першої та другої групи. Стосовно оцінки «дуже погано», то лише 2 (7,7 %) осіб (першої групи) та 1 (4,0 % другої) не задоволені якістю свого сну (рис. 3). Протягом останнього місяця у пацієнтів були проблеми зі сном через те, що не могли заснути протягом 30 хвилин, зокрема у 8 осіб (30,8 %) першої групи та у 4 особи (16,0 %) другої групи (ця незручність виникала три і більше разів на тиждень). У 16 (64,0 %) осіб другої групи не виникало такої проблеми протягом останнього

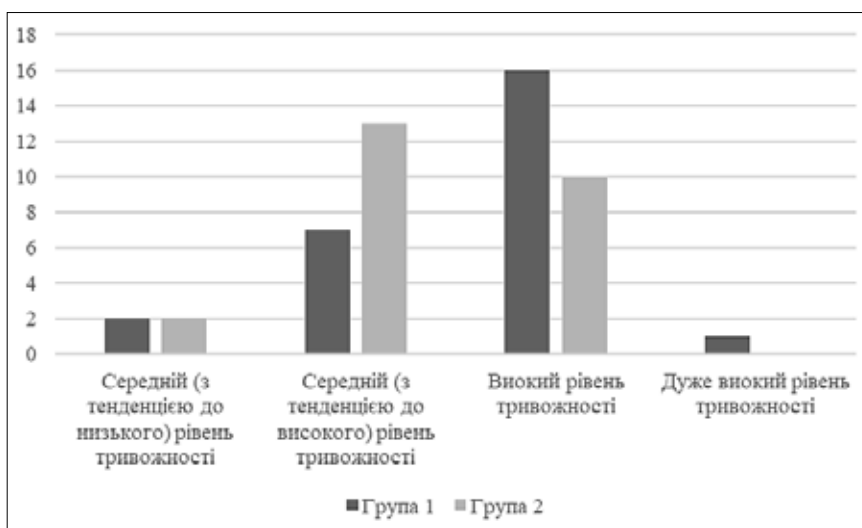


Рис. 2. Особистісна тривожність пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу з/без гіпертензії (за шкалою проявів тривоги Тейлора)



Рис. 3. Індекс якості сну пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу з/без гіпертензії (PSQI)

місяця. Під час аналізу субшкали прийому ліків для сну (прописані за рецептом або без нього) у пацієнтів першої групи встановлено, що у 10 осіб (38,5 %) є потреба у снодійних, зокрема у жінок така потреба значно вища, ніж у чоловіків. Водночас у пацієнтів другої групи така потреба є лише у 3 пацієнтів, що становить 12,0 %. Загалом середній час, який пацієнти витрачали для засинання щовечора, становив 30 хвилин (у пацієнтів 1 групи) та 20–25 хвилин (у пацієнтів 2 групи). Стосовно годин фактичного сну вночі протягом останнього місяця, то в середньому у пацієнтів 1 групи він становив 5–6 годин, у респондентів 2 групи 6–7 годин. Зниження денної активності протягом останнього місяця спостерігається у 73,1 % пацієнтів першої групи та 68,0 % другої.

Висновки

Отримані результати вказують на переважання низького рівня комплаєнтності, високого рівня тривожності та низької задоволеності якості сну через проблеми засинання та фактичного сну у пацієнтів першої групи в порівнянні з результатами пацієнтів другої групи, де переважає висока прихильність до лікування та середній (з тенденцією до високого) рівень тривожності та обґрунтовують доцільність проведення профілактичних заходів для зниження рівня тривожності й підвищення рівня прихильності до лікування з метою уникнення розвитку ускладнень у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу.

Література

1. Цитовський МН. Статистичний, клінічний та морфологічний аспекти впливу цукрового діабету на стан серцево-судинної системи. Науковий вісник УжНУ, серія Медицина. 2017;1(55):168–177. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/15111>.
2. Іваненко ЮО., Калмиков СА., Калмикова ЮС. Основні підходи до немедикаментозного та відновного лікування хворих на цукровий діабет 2 типу. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2020;5(1):19–25. DOI: 10.15391/prht.2020-5(1).03.
3. Березняков ІГ, Левадна ЮВ, Сидоров ДЮ, Пожар ВЙ. Соціально-економічний статус і поширеність чинників ризику серцево-судинних захворювань у хворих на цукровий діабет 2 типу та гіпертонічну хворобу (огляд літератури). Клінічні та експериментальні медичні дослідження. 2014;2(4):405–416. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/38940>.
4. Шупер ВО, Шупер СВ. Дослідження прихильності до лікування хворих на артеріальну гіпертензію. Колективна монографія: сучасна медична наука та освіта в Україні та країнах ЄС: імперативи, трансформація, вектори розвитку. Рига, Латвія: Baltija Publishing. 2021:188–203. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/2414> DOI: 10.30525/978-9934-26-029-2-12.
5. Білень ЯЄ, Романів ОП, Надь БЯ. Сон як один із чинників впливу на якість життя людини. Економіка і право охорони здоров'я. 2018;2(8):88–89. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/23107>.
6. Лященко ЮВ. Диференційований підхід до корекції порушень сну при тривожно-депресивних розладах [дисертація в інтернеті]. Дніпро : Державний медичний університет; 2022 [цитовано 28 серп. 2023]. 234 с. URL: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8103>.
7. Калугін ІВ. Оптимізація терапії психічних розладів у пацієнтів похилого віку з поліморбідністю [дисертація в інтернеті]. Київ : Інститут психіатрії МОЗ України; 2018 [цитовано 28 серп. 2023]. 167 с. URL: <https://cmhmda.org.ua/wpcontent/uploads/2022/07>.
8. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro C. Stop, That and One Hundred Other Sleep Scales. Springer New York Dordrecht Heidelberg London; 2012. 421 p. DOI: 10.1007/978-1-4419-9893-4.

References

1. Tsytoivskiy MN. Statystychniy, klinichnyi ta morfolohichniy aspekty vplyvu tsukrovoho diabetu na stan sertsevo-sudynnoi systemy. Naukovyi visnyk UzhNU, seriia: Medytsyna. 2017;1(55):168-177. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/15111>. [in Ukrainian].
2. Ivanenko YuO, Kalmykov SA, Kalmykova YuS. Osnovni pidkhody do nemedykamentoznoho ta vidnovnoho likuvannia khvorykh na tsukrovyy diabet 2 typu. Fizychna rehabilitatsiia ta rekreatsiino-ozdorovchi tekhnolohii. 2020;5(1):19–25 [in Ukrainian]. DOI: 10.15391/prht.2020-5(1).03
3. Berezniaikov IH, Levadna YuV, Sydorov Dlu, Pozhar VI. Sotsialno-ekonomichnyi status i poshyrenist chynnykiv ryzyku sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan u khvorykh na tsukrovyy diabet 2 typu ta hipertnichnu khvorobu (ohliad literatury). Klinichni ta eksperymentalni medychni doslidzhennia. 2014;2(4):405–416. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/38940> [in Ukrainian].
4. Shuper VO, Shuper SV. Doslidzhennia prykhylnosti do likuvannia khvorykh na arterialnu hipertenziiu. Kolektyvna monohrafiia: suchasna medychna nauka ta osvita v Ukraini ta krainakh YeS: imperatyvy, transformatsiia, vektory rozvytku. Ryha, Latviia: Baltija Publishing. 2021:188–203. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/2414> [in Ukrainian]. DOI: 10.30525/978-9934-26-029-2-12
5. Bilen YaE, Romaniv OP, Nad BIa. Son yak odyz iz chynnykiv vplyvu na yakist zhyttia liudyny. Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. 2018;2(8):88–89. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/23107> [in Ukrainian].
6. Liashchenko YuV. Dyferentsiiovanyi pidkhid do korektsii porushen snu pry tryvozhno-depresyvnnykh rozladakh [dissertation on the internet]. Dnipro: Derzhavnyi medychnyi universytet; 2022. [cited 2023 Aug 29]. 234 p. URL: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8103> [in Ukrainian].
7. Kaluhin IV. Optyimizatsiia terapii psykhychnykh rozladiv u patsiiientiv pokhyloho viku z polimorbidnistiu [dissertation on the internet]. Kyiv: Instytut psykiatrii MOZ Ukrainy; 2018. [cited 2023 Aug 29]. 167 p. URL: <https://cmhmda.org.ua/wpcontent/uploads/2022/07> [in Ukrainian].
8. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro C. Stop, That and One Hundred Other Sleep Scales. Springer New York Dordrecht Heidelberg London; 2012. 421 p. DOI: 10.1007/978-1-4419-9893-4.

Метою дослідження є визначення рівня комплаєнтності, тривожності й оцінка якості сну у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. Всього обстежено 51 пацієнт. Перша група пацієнти з цукровим діабетом 2 типу й артеріальною гіпертензією, друга групи – пацієнти з цукровим діабетом 2 типу. Використано опитувальники: прихильність до лікування за Моріскі, шкала проявів тривоги Тейлора, Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI).

Результати. Серед опитаних пацієнтів високий рівень комплаєнтності виявлено у 8 осіб (30,8 %) першої групи та у 11 осіб (44,0 %) другої, середній – 6 осіб (23,1 %, перша) та 9 осіб (36,0 %, друга група), низький – 12 пацієнтів (46,1 %, перша група) й 5 осіб (20,0 %, друга). Високий рівень тривожності у 16 осіб (61,5 %) першої групи й 10 осіб (40,0 %) другої, 7 осіб першої (26,9 %) та 13 (52,0 %) другої групи мають середній з тенденцією до високого та по 2 респондентів з кожної групи мають середній з тенденцією до низького рівня, дуже високий рівень тривожності має 1 (3,8 %) пацієнт першої групи. Задоволені якістю свого сну за останній місяць та оцінюють його як «дуже добре» по 2 осіб з кожної групи. «Досить погано» – оцінює 11 пацієнтів (42,3 %) першої та 3 (12,0 %) осіб другої групи. «Досить хороший» – 11 (42,3 %) та 19 (76,0 %) пацієнтів відповідно першої та другої групи.

Висновки. Отримані результати вказують на переважання низького рівня комплаєнтності, високого рівня тривожності та низької задоволеності якості сну у пацієнтів першої групи в порівнянні з результатами пацієнтів другої групи, де переважає висока прихильність до лікування та середній (з тенденцією до високого) рівень тривожності.

Ключові слова: цукровий діабет 2 типу, комплаєнс, особистісна тривожність, якість сну.

The purpose of the study is to determine the level of compliance, anxiety and sleep quality in patients with type 2 diabetes and hypertension.

Materials and methods. A total of 51 patients were examined. The first group is patients with type 2 diabetes and hypertension, and the second group is patients with type 2 diabetes. Questionnaires were used: adherence to treatment according to Morisky, Taylor's; s scale of anxiety manifestations. Pittsburgh Sleep Quality \ Index (PSQI).

The results. Among the interviewed patients, a high level of compliance was found in 8 people (30.8 %) of the first group and in 11 people (44.0 %) of the second group, the average – 6 people (23.1 %, the first) and 9 people (36.0 %), the second group, low – 12 patients (46.1 %, the first group) and 5 people (20.0 %, the second). 16 people (61.5 %) of the first group and 10 people (40.0 %) of the second group have a high level of anxiety, 7 people of the first group (26.9 %) and 13 (52.0 %) of the second group have an average level with a tendency to high and 2 respondents from each group have an average with a tendency to a low level, 1 (3.8 %) patient of the first group has a very high level of anxiety. 2 people from each group are satisfied with the quality of their sleep over the last month and rate it as 'very good'. 'Quite bad' – rated by 11 patients (42.3 %) of the first group and 3 (12.0 %) of the second group. 'Fairly good' – 11 (42.3 %) and 19 (76.0 %) patients of the first and second groups, respectively.

Conclusions. The obtained results indicate a predominance of low level of compliance, high level of anxiety and low satisfaction with sleep quality due to problems falling asleep and actual sleep in patients of the first group compared to the results of patients of the second group, where high adherence to treatment and medium (with a tendency to high) level predominate anxiety.

Key words: type 2 diabetes, compliance, personal anxiety, sleep quality.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Батюх Оксана Володимирівна – аспірант кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001. batyukho@ukr.net, ORCID ID 0009-0009-4950-2304

Мазур Людмила Петрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри вищої медсестринської освіти, догляду за хворими та клінічної імунології Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001. mazur@tdmu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-8586-7516