

SYLWIA SZYMAŃSKA, DOROTA STRZELCZYK

Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej

Instytut Psychologii UŁ

ROLA WSPARCIA SPOŁECZNEGO W LECZENIU CUKRZYCY U MŁODZIEŻY

WPROWADZENIE

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną. Stanowi przy tym jedno z najczęściej występujących schorzeń przewlekłych w populacji wieku rozwojowego (Jarosz-Chrobot, Otto-Buczowska, 1999). Występująca w tej grupie wiekowej głównie cukrzyca typu 1 jest chorobą stawiającą przez pacjentem szczególne wymagania. Ze względu na specyfikę choroby oraz jej leczenia główny wysiłek skutecznego leczenia cukrzycy spoczywa na samym pacjencie, a w przypadku dzieci dodatkowo na rodzinie. Konieczne staje się przestrzeganie diety, codzienne, czasem kilkakrotne pomiary poziomu glukozy, iniekcje insuliny i dostosowywanie jej dawek do aktualnego zapotrzebowania organizmu. Cukrzyca towarzyszy ryzyko ostrych i przewlekłych powikłań prowadzących do kalectwa oraz przedwczesnych zgonów (Czech i in., 2000). Choroba ta także utrudnia realizację zadań rozwojowych, takich jak założenie rodziny, posiadanie potomstwa, wybór zawodu (Smoczkiwicz, 1999). Cukrzyca typu 1 ujawnia się zwykle w okresie dzieciństwa. Tym samym dziecko, a potem młody człowiek jest narażony na obciążenia psychiczne związane z chorobą nie znane jego zdrowym rówieśnikom. Z drugiej strony odpowiedzialność chorego za leczenie stwarza możliwości osobistego wpływu pacjenta na zmniejszenie ryzyka powikłań oraz prowadzenie trybu życia zbliżonego w dużym stopniu do tego, jaki jest udziałem zdrowych rówieśników. Szereg doniesień z badań wykazuje, że istotną rolę w tych relacjach odgrywają czynniki zarówno o charakterze biologicznym, jak i psychologicznym.

Wiedza na temat wzajemnych związków między czynnikami psychologicznymi a chorobą, roli właściwości podmiotu w osiągnięciu skutecznego leczenia ma wartość nie tylko poznawczą, ale także i przede wszystkim praktyczną.

Poznanie wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta oraz czynników warunkujących osiągnięte przez niego wyniki leczenia może stanowić pomoc dla zespołu leczącego osoby chore na cukrzycę w diagnostyce, terapii i profilaktyce. Jest to szczególnie ważne w przypadku młodzieży. Dorastanie stanowi bowiem okres, w którym często dochodzi do pogorszenia wyników leczenia cukrzycy, które jedynie częściowo można wyjaśnić burzliwymi zmianami biologicznymi dojrzewającego organizmu (Simonides-Ławicka, 1995).

Istotną rolę w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą, jaką jest cukrzyca, odgrywają zasoby odpornościowe. Można je podzielić na kilka grup: materialne, fizyczne, intrapersonalne, informacyjne i edukacyjne, kulturowe oraz wsparcie społeczne (Antonovsky, 1995; Sheridan, Radmacher, 1998). Ostatni z wymienionych zasobów, czyli wsparcie społeczne, jest definiowane na różne sposoby. H. Sęk (2006) ujmuje je jako relację interpersonalną, aktywowaną przez co najmniej jednego jej uczestnika w sytuacji trudnej w celu wymiany określonych emocji, informacji i podjęcia zachowań sprzyjających rozwiązaniu problemu. W takim rozumieniu wsparcie osób chorych na cukrzycę dotyczy więc pomagania pacjentom w radzeniu sobie z emocjami, wymianie informacji na temat choroby czy podejmowaniu działań pozytywnie wpływających na sytuację chorowania. D. Smykowska (2007) traktuje wsparcie jako działające permanentnie w życiu jednostki i definiuje je jako bezustanne otrzymywanie pomocy w wyniku codziennego funkcjonowania w środowisku społecznym. J. Sarason (1983) utożsamia je z dostępnością źródeł pomocy w sytuacjach problemowych i stopniem zadowolenia z tej pomocy. Źródłem wsparcia mogą być członkowie rodziny, przyjaciele, znajomi czy instytucje, grupy wyznaniowe. Sensem wsparcia społecznego jest „podtrzymanie, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżanie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności” (Sęk, Cieślak, 2006, s. 18). Oznacza to, że jego zasadniczym celem jest poprawa aktualnej sytuacji jednostki w zakresie emocjonalnym, poznawczym i/lub behawioralnym.

W literaturze wymienia się zwykle cztery rodzaje wsparcia społecznego: 1) emocjonalne, 2) wartościujące, 3) instrumentalne, 4) informacyjne (Tardy, 1985). Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu w toku interakcji emocji odgrywających pozytywną rolę w radzeniu sobie z sytuacją trudną. Pacjent z cukrzycą dzięki takiemu wsparciu może bezpiecznie wyrażać swoje niepokoje, lęki, a także dzielić się radością czy nadzieją, otrzymując w zamian emocje wspierające. Poprzez wsparcie wartościujące diabetyk słyszy komunikaty pozytywnie oceniające jego osobę, zachowanie, co może budować wiarę we własne siły i samoocenę. Trzeci rodzaj wsparcia, czyli instrumentalne, to konkretne rady, instruktaż, który w przypadku chorych na cukrzycę jest niezwykle istotny na etapie nauki, a potem stosowania zasad samokontroli. Uzupełnieniem tego rodzaju

pomocy jest wsparcie informacyjne, w którym chory otrzymuje m. in. informację zwrotną na temat skuteczności metod postępowania, zachowania w chorobie.

Rola wsparcia społecznego w radzeniu sobie z chorobą jest wyjaśniana za pomocą wielu modeli. Bazując na popularnym modelu House'a (1981), wsparcie społeczne może być czynnikiem bezpośrednio zmniejszającym poziom stresu lub, czy jednocześnie działać na zasadzie bufora chroniącego pacjenta przed negatywnym wpływem stresorów związanych z chorobą (za: Cieślak, Benight, 2008). W pierwszym ujęciu młody człowiek chory na cukrzycę, uzyskuje wsparcie od sieci osób, grup, instytucji ogólnie łagodzących nasilenie objawów stresu chorowania. Buforowa rola wsparcia traktuje je jako zasób wykorzystywany w sytuacjach stresowych, który pozwala skuteczniej radzić sobie na przykład z kryzysami kontroli cukrzycy, jakimi są nagłe wahania poziomu glikemii, zmiana sposobu leczenia czy nieplanowana hospitalizacja.

Większość doniesień z badań nad wpływem wsparcia społecznego na funkcjonowanie pacjentów z cukrzycą wskazuje na pozytywne związki między pomocą, jaką chorzy otrzymują od innych ludzi, a skutecznym leczeniem choroby (m. in. Glasgow i in., 1998; Pereira i in., 2008). H. Kyn gas i M. Rissane m (2001) zwrócili uwagę na istotną, pozytywną rolę personelu pielęgniarskiego w przestrzeganiu zaleceń leczenia cukrzycy u młodych pacjentów. A. Olszewska i L. Szewczyk (2005) w badaniach nastolatków z cukrzycą wskazali na dodatnie związki między wsparciem emocjonalnym ze strony personelu medycznego a wyrównaniem metabolicznym cukrzycy. W badaniach M. Rosilio i in. (1998) wielkość rodzinnego wsparcia korelowała pozytywnie z przestrzeganiem przez dzieci i młodzież zasad samokontroli. G. Viklund i K. Wikblad (2009) na podstawie badań dorastającej młodzieży chorej na cukrzycę oraz ich rodziców wskazali na występowanie pozytywnej korelacji między wspierającą rodziną a postrzeganą przez pacjentów kompetencjami w radzeniu sobie z chorobą. Wspierająca rodzina, jak zauważają autorzy, stwarzając warunki do tego, by dziecko czuło się kompetentne w swych działaniach, może się przyczynić do uzyskiwania przez nie lepszych wyników samokontroli, a w konsekwencji dobrego wyrównania metabolicznego cukrzycy. W przypadku wsparcia rodzicielskiego M. G. Pereira i in. (2008) wykazali, że pozytywny związek wsparcia ze skutecznym leczeniem cukrzycy występuje jedynie w grupie dziewcząt. Dodatkowo wiek zachorowania, a tym samym długość trwania choroby, są negatywnie powiązane z samokontrolą cukrzycy (Krapek i in., 2004; Donnelly i in., 2007; Pereira i in., 2008). We wsparciu dostarczanym pacjentowi przez rodzinę należy brać pod uwagę jego jakość (Davis i in., 2001; Hanna i in., 2003). Wsparcie konstruktywne, uczące pacjenta samodzielności stanowi istotny czynnik dobrego wyrównania metabolicznego cukrzycy. Nadmierne wsparcie społeczne w cukrzycy polegające na wyręczaniu, ograniczaniu możliwości samodecydowania może prowadzić

do zahamowania umiejętności samodzielnego radzenia sobie z chorobą, czego konsekwencją mogą być słabe wyniki leczenia.

Część autorów, zajmujących się problematyką wsparcia społecznego w cukrzycy, uwzględniła w swych badaniach różne jego wymiary. C. Heitzman i R. Kaplan (1984), oceniając związek między wsparciem a efektywnością leczenia cukrzycy, posłużyli się kwestionariuszem autorstwa Sarasona. Wykazali oni, że związek między wsparciem a kontrolą metaboliczną zależy od rodzaju postrzeganej przez pacjenta pomocy i jest modyfikowany przez płeć osoby badanej. Przyjmując za miarę wsparcia liczbę osób udzielających pomocy, autorzy nie znaleźli związków między tym wymiarem a kontrolą metaboliczną mierzoną wielkością HbA1c. Natomiast istotna zależność wystąpiła dla drugiego rodzaju wsparcia, czyli stopnia zadowolenia z niego. W przypadku mężczyzn wysoka satysfakcja z otrzymywanej pomocy wiązała się z gorszą kontrolą metaboliczną. W grupie kobiet wysokie zadowolenie ze wsparcia szło w parze z dobrymi, niskimi wynikami HbA1c.

CHARAKTERYSTYKA BADAŃ WŁASNYCH

W prowadzonych badaniach próbowano odpowiedzieć na pytanie, czy różnej efektywności leczenia cukrzycy towarzyszą różnice w postrzeganym przez młodych diabetyków wsparciu społecznym. Zostały sformułowane następujące hipotezy badawcze:

H1: Pacjenci o dobrej samokontroli cukrzycy różnią się istotnie w poziomie postrzeganego wsparcia od pacjentów o słabej samokontroli cukrzycy.

H1.1: Pacjenci o dobrej samokontroli cukrzycy postrzegają większą sieć wsparcia w porównaniu z pacjentami o słabej samokontroli cukrzycy.

H1.2: Pacjenci o dobrej samokontroli cukrzycy są bardziej zadowoleni z otrzymywanego wsparcia w porównaniu z pacjentami o słabej samokontroli cukrzycy.

H2: Występują istotne różnice w poziomie postrzeganego wsparcia między pacjentami o różnym stopniu wyrównania metabolicznego choroby.

H2.1: Największą siecią wsparcia społecznego objęci są pacjenci o dobrej kontroli metabolicznej.

H2.2: Najmniejszą siecią wsparcia społecznego objęci są pacjenci o złej kontroli metabolicznej.

H2.3: Pacjenci o dobrej kontroli metabolicznej odczuwają największą satysfakcję z otrzymywanego wsparcia.

H2.4: Pacjenci o samokontroli złej odczuwają najmniejszą satysfakcję z otrzymywanego wsparcia.

Metoda badań

W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Wsparcia Społecznego Sarasona i in. (1983). Efektywność leczenia cukrzycy określono, posługując się:

- 1) skalą „Leczenie cukrzycy” autorstwa Szymańskiej (2000),
- 2) wskaźnikiem medycznym – wartością stężenia hemoglobiny glikozylowanej (HbA1c).

Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (SSQSR) służy do oceny dwóch niezależnych wymiarów wsparcia: a) postrzeganej liczby osób udzielających wsparcia, b) stopnia zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Pozycje kwestionariusza ujęte są w formie pytań dotyczących sytuacji trudnych dla badanego. Osoba badana udziela odpowiedzi poprzez wskazanie osób, na pomoc których może liczyć w danej sytuacji (sieć wsparcia SSQSR1), a także ocenę stopnia zadowolenia z tej pomocy (SSQSR2). Rzetelność kwestionariusza (zgodność wewnętrzną) wynosi 0,90 dla skali SSQSR1 oraz 0,93 dla skali SSQSR2 (Sarason i in., 1983). Na potrzeby badań młodzieży chorej na cukrzycę typu 1 oszacowano rzetelność polskiej wersji kwestionariusza na podstawie badania 200-osobowej grupy młodzieży w wieku 16–18 lat. Otrzymano współczynniki zgodności wewnętrznej (*alpha Cronbacha*) wynoszące: dla skali SSQSR1 0,86 (0,85 dla chłopców i 0,79 dla dziewcząt), dla skali SSQSR2 0,81 (0,79 dla chłopców i 0,83 dla dziewcząt) (Szymańska, 2000).

Skala „Leczenie cukrzycy” (LC) służy do pomiaru stopnia przestrzegania zasad samokontroli cukrzycy typu I u młodzieży i młodych dorosłych. Samokontrola jest tutaj rozumiana jako zespół czynności, które pacjent powinien wykonywać w codziennym życiu w celu uzyskania lub utrzymania prawidłowego poziomu wyrównania metabolicznego w cukrzycy (insulinoterapia, dieta, wysiłek fizyczny, kontrola postępów leczenia). Skala składa się z 16 twierdzeń dotyczących czynności, mających wpływ na uzyskiwany przez pacjenta stopień samokontroli (np. „Planuję skład swoich posiłków”. „Przestrzegam ilości dawkowanych jednostek insuliny”). Osoba badana odpowiada, jak często wykonuje daną czynność (od „zawsze/systematycznie” do „nigdy”). Współczynniki zgodności wewnętrznej skali są zadowalające i wynoszą 0,71 dla całej grupy, 0,71 dla chłopców i 0,72 dla dziewcząt. Współczynniki stabilności bezwzględnej są następujące: 0,81 dla ogółu pacjentów; 0,76 dla chłopców i 0,82 dla dziewcząt (Szymańska, 2000).

Hemoglobina glikozylowana (HbA1c) – jest jednym ze wskaźników wyrównania metabolicznego ustroju, a tym samym efektywności leczenia cukrzycy. Stężenie hemoglobiny glikozylowanej (%HbA1c) istotnie koreluje z wartościami glikemii zarówno mierzonej na czczo, jak również po posiłku i dobowej (Czyżyk, 1987). Ze względu na fakt, że jej stężenie zwiększa się proporcjonalnie do stopnia przecukrzenia w ciągu dłuższego czasu, jej wielkość pozwala

na ocenę stopnia wyrównania metabolicznego cukrzycy dotyczącego 8, 10–12 tygodni (O t t o - B u c z k o w s k a, 1999). Wskaźniki wyrównania metabolicznego pozwalają na ustalenie, kiedy można mówić o optymalnej kontroli, czyli normoglikemii.

Kryterium doboru i opis badanej grupy

W celu zweryfikowania hipotez badawczych przeprowadzono badania wśród pacjentów dwóch poradni diabetologicznych z regionu łódzkiego. Warunki zakwalifikowania do badań były następujące:

- 1) cukrzyca typu 1 trwająca przynajmniej rok (za datę zachorowania przyjęto dzień, w którym pacjent otrzymał pierwszą dawkę insuliny),
- 2) aktualny stan zdrowia niewymagający hospitalizacji,
- 3) minimalny wiek życia 16 lat,
- 4) leczenie za pomocą preparatów insuliny w sposób intensywny (jedna dawka insuliny o przedłużonym działaniu i kilka krótkodziałających),
- 5) brak innych schorzeń niepowiązanych bezpośrednio z cukrzycą.

Zbadano ogółem 100 osób chorujących na cukrzycę typu 1 (50 dziewcząt i 50 chłopców) w wieku 16–18 lat. Długość chorowania na cukrzycę wyniosła od 1,6 roku do 13 lat (ze średnią 6,9 dla ogółu badanych).

Charakterystyka badanej grupy chorych na cukrzycę została zawarta w tab. 1.

Tabela 1

Charakterystyka badanych grup

Badane grupy	Wiek życia		Wiek zachorowania		Długość choroby		HbA1c	
	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>
Ogółem (<i>n</i> = 100)	17,7	1,6	10,84	3,99	6,9	4,2	8,62	1,78
Chłopcy (<i>n</i> = 50)	17,8	1,6	11,16	4,22	6,6	4,5	8,29	1,75
Dziewczęta (<i>n</i> = 50)	17,9	1,6	10,52	3,38	7,3	3,9	9,04	1,82

n – liczebność; *M* – średnia arytmetyczna; *s* – odchylenie standardowe od średniej; HbA1c – stężenie hemoglobiny glikozylowanej (biochemiczny wskaźnik wyrównania metabolicznego cukrzycy).

Źródło: opracowanie własne.

Osoby badane zostały podzielone na grupy pacjentów różniące się efektywnością leczenia cukrzycy. Kryteria tego podziału ilustruje tab. 2.

Tabela 2

Zasady klasyfikacji pacjentów do grup o różnej skuteczności leczenia cukrzycy typu 1

Wskaźnik efektywności leczenia	Grupa	Zasada podziału	Interpretacja
Kontrola metaboliczna (HbA1c)	I	Wartość HbA1c < 8,5 %	Wyrównanie metaboliczne: – złe
	II	7–8 %	– do akceptacji
	III	> 7 %	– dobre
Stopień samokontroli (LC)	I	Wynik w skali LC: > 63 pkt	Stopień samokontroli: – niski
	II	< 70 pkt	– wysoki

Źródło: opracowanie własne.

Dla samokontroli przyjęto kryterium odchylenia ćwiartkowego i porównano grupy skrajne – z pierwszego i ostatniego kwartyła (por. tab. 2). W skład grupy pacjentów o wysokiej samokontroli weszło 28 osób (14 dziewcząt i 14 chłopców), natomiast grupy pacjentów o samokontroli niskiej 30 (14 chłopców i 16 dziewcząt). Przeprowadzona analiza wariancji wykazała, że w grupie chłopców dla samokontroli występuje efekt główny „grupa” wobec zmiennych „wiek zachorowania” $F(1,26) = 7,41$ oraz „długość choroby” $F(1,28) = 10,33$.

Tabela 3

Charakterystyka grup o różnym stopniu samokontroli (LC)

Grupa	N	Zmienna demograficzna						
		wiek życia		wiek zachorowania		długość choroby		
		M	s	M	s	M	s	
I	28	17,46	1,38	11,07	3,47	6,39	3,57	
II	30	17,76	1,67	10,77	2,51	6,98	3,34	
I	chłopcy	14	17,27	0,94	8,65	3,91	8,62	3,60
	dziewczęta	14	18,39	1,90	11,31	2,53	7,08	3,26
II	chłopcy	14	17,66	1,82	13,50	3,04	4,16	3,53
	dziewczęta	16	17,13	1,45	10,23	2,50	6,89	3,43

I – niski stopień samokontroli, II – wysoki stopień samokontroli.

Źródło: opracowanie własne.

Dla wskaźnika medycznego efektywności leczenia przyjęto trzy poziomy interpretacji wyrównania metabolicznego cukrzycy. W tab. 4 przedstawiono charakterystykę badanych osób z podziałem na pacjentów o różnej kontroli metabolicznej cukrzycy. Spośród osób badanych najmniej liczną grupę stanowią pacjenci o dobrym wyrównaniu metabolicznym cukrzycy (22 osoby), w porównaniu z grupami o kontroli metabolicznej do akceptacji (40 osób) oraz złej (38 osób). Przeprowadzona analiza wariancji nie wykazała występowania istotnych różnic między trzema grupami w zmiennych wiek życia, wiek zachorowania oraz długość trwania choroby.

Tabela 4

Charakterystyka grup o różnym stopniu wyrównania metabolicznego (HbA1c)

Grupa	N	Zmienna demograficzna						
		wiek życia		wiek zachorowania		długość choroby		
		<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	
I	38	18,04	1,58	10,91	4,01	7,15	4,61	
II	40	17,73	1,60	10,07	3,62	7,75	4,16	
III	22	17,45	1,37	11,64	3,63	5,81	3,66	
I	chłopcy	15	18,05	1,45	10,57	4,45	7,48	4,92
	dziewczęta	23	18,03	1,72	11,12	3,56	6,90	4,32
II	chłopcy	20	17,68	1,59	10,95	4,07	6,73	4,79
	dziewczęta	20	17,86	1,62	9,58	3,09	8,28	3,54
III	chłopcy	15	17,60	1,73	12,03	4,32	5,57	3,68
	dziewczęta	7	17,30	1,08	11,25	3,35	6,05	3,65

I – wyrównanie metaboliczne złe, II – wyrównanie metaboliczne do akceptacji, III – wyrównanie metaboliczne dobre.

Źródło: opracowanie własne.

Prezentacja wyników badań

Analizy statystyczne uzyskanych wyników zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 6PL.

W celu weryfikacji hipotezy o występowaniu istotnych różnic w postrzeganym wsparciu przez pacjentów o różnym stopniu samokontroli cukrzycy zastosowano nieparametryczny test rang dla dwóch prób niezależnych U Manna-Whitneya.

Dane zawarte w tab. 5 wskazują na brak istotnych różnic w poziomie postrzeganego wsparcia między grupami wyróżnionymi ze względu na stopień

samokontroli cukrzycy. Dotyczy to obu rodzajów wsparcia społecznego oraz oddzielnie chorych chłopców i dziewcząt. Pacjenci o słabej samokontroli cukrzycy postrzegają podobną sieć wsparcia jak pacjenci o samokontroli dobrej oraz odczuwają podobny poziom zadowolenia z pomocy.

Tabela 5

Istotność różnic w postrzeganym wsparciu społecznym w grupach pacjentów wyróżnionych ze względu na stopień samokontroli (LC)

Rodzaj wsparcia	Wartości statystyk	Badane grupy					
		ogółem grupa I <i>n</i> = 28	ogółem grupa II <i>n</i> = 30	chłopcy		dziewczęta	
				grupa I <i>n</i> = 14	grupa II <i>n</i> = 14	grupa I <i>n</i> = 14	grupa II <i>n</i> = 16
SSQSR1	<i>M</i>	2,46	1,38	1,83	2,59	3,09	3,17
	<i>s</i>	1,38	0,28	1,12	1,32	1,64	1,55
	<i>z</i>	2,68		2,71		0,01	
		<i>p</i> = 0,08		<i>p</i> = 0,06		<i>p</i> = 0,67	
SSQSR2	<i>M</i>	4,70	4,74	4,54	4,56	4,85	4,92
	<i>s</i>	0,95	1,30	1,41	1,48	0,49	1,12
	<i>z</i>	0,03		0,00		0,05	
		<i>p</i> = 0,78		<i>p</i> = 1,21		<i>p</i> = 0,85	

SSQSR1 – liczba osób udzielających wsparcia; SSQSR2 – stopień zadowolenia z otrzymanego wsparcia.

Źródło: opracowanie własne.

Oszacowania różnic w postrzeganym wsparciu społecznym między pacjentami o różnym stopniu wyrównania metabolicznego cukrzycy dokonano przy użyciu analizy wariancji ANOVA (jednoczynnikowa). Dodatkowo przy zastosowaniu testu wielokrotnego rozstępu Duncana określono pary grup, między którymi istnieją statystycznie istotne różnice w badanych wymiarach wsparcia społecznego.

Analiza wyników badań nie wykazała efektu głównego „grupa” wobec żadnego z wymiarów wsparcia społecznego w grupie chłopców i grupie dziewcząt. Natomiast porównanie trzech grup wyrównania metabolicznego wśród ogółu badanych wskazało na występowanie istotnych różnic między pacjentami w postrzeganym wsparciu. Test Duncana pokazał, że różnice te dotyczą grup skrajnych – o kontroli metabolicznej dobrej i złej. Grupa badanych o złych wynikach w wyrównaniu metabolicznym w porównaniu z grupą o dobrych wynikach postrzega mniejszą liczbę osób, które pomagają (grupy I–III $p < 0,05$). Z drugiej strony pacjenci o złych wynikach leczenia są bardziej zadowoleni z pomocy, jaką otrzymują (grupa I–III $p < 0,01$).

Tabela 6

Istotność różnic w postrzeganym wsparciu społecznym w grupach pacjentów wyróżnionych ze względu na stopień wyrównania metabolicznego (HbA1c)

Rodzaj wsparcia	Wartości statystyk	Badane grupy								
		ogółem			chłopcy			dziewczęta		
		I <i>n</i> = 38	II <i>n</i> = 40	III <i>n</i> = 22	I <i>n</i> = 15	II <i>n</i> = 20	III <i>n</i> = 15	I <i>n</i> = 23	II <i>n</i> = 20	III <i>n</i> = 7
SSQSR1	<i>M</i>	2,46	2,78	3,09	2,20	2,33	2,59	2,72	3,22	3,59
	<i>s</i>	1,50	1,45	1,55	1,22	1,35	1,41	1,77	1,55	1,69
	<i>F</i>	1,89 ^a			0,33			1,31		
SSQSR2	<i>M</i>	4,90	4,74	4,67	4,93	4,51	4,54	4,86	4,96	4,82
	<i>s</i>	0,66	0,85	1,70	0,65	1,24	1,69	0,66	0,51	1,72
	<i>F</i>	-2,09 ^b			0,53			0,10		

^a $p < 0,05$, ^b $p < 0,01$.

Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza zależności między wsparciem społecznym a zmiennymi demograficznymi wykazała istnienie statystycznie istotnych związków między pierwszym wymiarem wsparcia (SSQSR1) a wiekiem zachorowania na cukrzycę i długością trwania choroby. Zależność ta dotyczy ogółu badanych oraz oddzielnie grupy chłopców. Zależność między siecią wsparcia a wiekiem zachorowania na cukrzycę mierzona współczynnikiem *r*-Pearsona jest umiarkowanie dodatnia i wynosi odpowiednio $r = 0,45$ ($p < 0,01$) dla ogółu badanych oraz $r = 0,41$ ($p < 0,01$) dla chłopców. Zależność między stopniem zadowolenia z otrzymywanej pomocy a długością trwania choroby jest umiarkowanie ujemna. Współczynnik *r*-Pearsona wynosi $r = -0,39$ ($p < 0,05$) dla ogółu badanych i $r = -0,41$ ($p < 0,01$) dla chorych chłopców. Oszacowane współzależności pokazują, że dłuższemu chorowaniu na cukrzycę towarzyszy mniejsza sieć wsparcia społecznego oraz słabsza satysfakcja z otrzymywanej pomocy.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W prezentowanych badaniach młodych pacjentów z cukrzycą typu 1 wyróżniono grupy chorych o różnej skuteczności leczenia, a następnie sprawdzono, czy istnieją między nimi różnice w postrzeganym wsparciu społecznym. Biorąc pod uwagę doniesienia z badań innych autorów nad pozytywnymi związkami między otrzymywaną pomocą a wynikami leczenia cukrzycy (m. in. Kyn gas, Rissanem, 2001; Olszewska, Szewczyk, 2005; Viklund,

Wikblad, 2009) założono, że grupy chorych o słabych wynikach leczenia otrzymują mniej wsparcia od tych, których wyniki leczenia są dobre. Wskaźnikami skuteczności leczenia były stopień przestrzegania zasad samokontroli w cukrzycy oraz wyrównanie metaboliczne mierzone wartością hemoglobiny glikozylowanej.

Analiza statystyczna wyników badań nie wskazała na występowanie różnic w postrzeganym wsparciu społecznym między pacjentami o złej i dobrej samokontroli cukrzycy. Młodzi diabetycy, którzy dbają o przestrzeganie zasad kontroli choroby, otrzymują taką samą ilość wsparcia jak pacjenci o słabej samokontroli. Także zadowolenie z otrzymywanej pomocy jest podobne w obu grupach. Otrzymane wyniki są sprzeczne z tymi, jakie prezentują M. Rosilio i in. (1998) czy H. Kyngas i M. Rissanen (2001), którzy wskazują na pozytywną rolę wsparcia personelu medycznego i rodziny w samokontroli cukrzycy młodych pacjentów. Nasuwa się pytanie o przyczynę występujących rozbieżności w wynikach badań. Jedną z nich może być zastosowane narzędzie pomiaru wsparcia społecznego. Kwestionariusz Sarasona pozwolił oszacować ogólnie postrzegane wsparcie społeczne. Tym samym pacjenci, odpowiadając na pytania kwestionariusza, nie musieli skupiać się na obszarze dotyczącym cukrzycy, co może być jedną z przyczyn tak małego zróżnicowania wyników między grupami.

Porównanie wyników postrzeganego wsparcia między grupami o różnym wyrównaniu metabolicznym cukrzycy pokazało, że pacjenci o najsłabszej skuteczności leczenia postrzegają istotnie mniejszą sieć wsparcia społecznego od tych, których efekty leczenia są najlepsze. Podobne wyniki uzyskali C. Davis i in. (2001), K. M. Hanna i in. (2003) czy A. Olszewska i L. Szewczyk (2005). Z drugiej strony właśnie grupa chorych o złym wyrównaniu metabolicznym cukrzycy jest istotnie bardziej zadowolona z otrzymywanej pomocy, w porównaniu z pacjentami o dobrym wyrównaniu metabolicznym. Wykryte różnice wskazują, że ilość pomocy otrzymywanej może odgrywać znaczącą rolę w wynikach leczenia cukrzycy. Jednak z uwagi na charakter badań nie można ustalić kierunku wykrytych zależności. Być może to właśnie wyrównanie metaboliczne cukrzycy powoduje, że pacjenci postrzegają większą liczbę osób pomagających niż ci, u których wartości HbA1c są niezadowalające.

Analiza roli wsparcia w leczeniu cukrzycy wskazała na negatywne związki wsparcia z długością trwania choroby. Zależności te potwierdzają badania innych autorów (Hanna i in., 2003; Olszewska, Szewczyk, 2005). Wyniki badań własnych wykazały, że pacjenci chorujący dłużej zarówno otrzymują mniej pomocy ze strony innych, jak i są mniej z niej zadowoleni. Długość trwania choroby koreluje pozytywnie z wiekiem zachorowania na cukrzycę. Jest więc naturalne, że starsi pacjenci, którzy dodatkowo chorują długo, mogą otrzymywać mniej wsparcia, szczególnie instrumentalnego oraz

informacyjnego. Natomiast dla efektywnego radzenia sobie z sytuacją chorowania istotne jest, by odczuwane wsparcie było satysfakcjonujące bez względu na długość chorowania czy wiek życia pacjenta. Może ono odgrywać wówczas rolę bufora chroniącego przed pojawiającymi się problemami dnia codziennego.

Ważne jest, by w kolejnych badaniach nad rolą wsparcia w radzeniu sobie z cukrzycą skoncentrować się na różnych rodzajach pomocy dla pacjentów dotyczącej samej choroby. Zastosowanie kwestionariusza wsparcia społecznego w chorobie, który dodatkowo mierzyłby rodzaje pomocy oczekiwanej oraz otrzymywanej, może pozwolić na dokładniejszą analizę roli wsparcia w leczeniu cukrzycy.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A. (1995), *Rozwiązanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa.
- Cieślak R., Benight C. C. (2008), *Wsparcie społeczne a wypalenie zawodowe – nowe perspektywy badań*, [w:] *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, red. J. Brzeziński, L. Cierpiałkowska, GWP, Gdańsk.
- Czech A., Tatoń J., Bernas M. (2000), *Kompendium diabetologii. Rekomendacje dla lekarzy*, Via Medica, Gdańsk.
- Davis C., Delamater A., Shaw K., LaGreca A., Eidson M., Perez-Rodriguez J., Nemery R. (2001), *Brief Report: Parenting Styles, Regimen Adherence and Glycaemic Control in 4- to 10-year-old children with Diabetes*, „Journal of Pediatric Psychology”, **2**, 123–129.
- Donnelly L. A., Morris A. D., Evans J. M. (2007), *Adherence to Insulin and Its Association with Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes*, „Quarterly Journal of Medicine”, **100**(6), 345–350.
- Glasgow R., Barrera M., McCay H., Boles S. (1998), *Social Support and Health Among Participants in an Internet-based Diabetes Support Program: A Multi-dimensional Investigation*, „Diabetes”, 47, supplement 1, A326.
- Hanna K. M., Juarez B., Swenson-Lenss S., Guthrie D. (2003), *Parent-adolescent Communication and Support for Diabetes Management as Reported by Adolescents with Type 1 Diabetes*, „Issues in Comprehensive Pediatric Nursing”, **26**, 145–158.
- Heitzman C., Kaplan R. (1984), *Interaction between Sex and Social Support in the Control of Type II Diabetes Mellitus*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, **52**, 1087–1089.
- Jarosz-Chrobot P., Otto-Buczowska E. (1999), *Epidemiologia cukrzycy zależnej od insuliny (IDDM)*, [w:] *Cukrzyca wieku rozwojowego*, red. E. Otto-Buczowska, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław.
- Krapek K., King K., Warren S., George K., Caputo D., Mihelich K. (2004), *Medication Adherence and Associated Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetes*, „The Annals of Pharmacotherapy”, **38**(9), 1357–1362.
- Kyngas H., Rissanen M. (2001), *Support as a Crucial Predictor of Good Compliance of Adolescents with a Chronic Disease*, „Journal of Clinical Nursing”, **10**, 767–774.
- Olszewska A., Szewczyk L. (2005), *Poczucie wsparcia społecznego u nastolatków z cukrzycą typu 1*, „Endokrynologia Pediatria”, **4**, 1(10).

- Pereira M. G., Berg-Cross L., Almeida P., Machado J. C. (2008), *Impact of Family Environment and Support on Adherence, Metabolic Control, and Quality of Life in Adolescents with Diabetes*, „International Journal of Behavioral Medicine”, **15**, 187–193.
- Rosilio M., Cotton J., Wieliczko M., Gendrault B., Carel J., Couvaras O. (1998), *Factors Associated with Glycemic Control*, „Diabetes Care”, **15**, 1640–1657.
- Sarason I., Levine H., Basham R., Sarason B. (1983), *Assesing social support: The Social Support Questionnaire*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, **54**, 540–551.
- Sęk H., Cieślak R. (2006), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa.
- Sheridan C., Radmacher S. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Simonides-Ławecka A. (1995), *Cukrzyca u dzieci*, PZWL, Warszawa.
- Smoczkiwicz R. (1999), *Psychologiczne aspekty cukrzycy dzieci i młodzieży*, [w:] *Cukrzyca wieku rozwojowego*, red. E. Otto-Buczowska, Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław.
- Sm y k o w s k a D. (2007), *Instytucje wsparcia społecznego*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki, Łódź.
- Sz y m a ń s k a S. (2000), *Osobowościowe uwarunkowania strategii radzenia sobie z cukrzycą typu 1*, Uniwersytet Łódzki, Łódź [niepublikowana rozprawa doktorska].
- Tardy Ch. H. (1985), *Social Support Measurement*, „American Journal of Community Psychology”, **13**(2), 187–202.
- Viklund G., Wikblad K. (2009), *Teenagers' Perceptions of Factors Affecting Decision-making Competence in the Management of Type 1 Diabetes*, „Journal of Clinical Nursing”, **18**, 3262–3270.

SYLWIA SZYMAŃSKA, DOROTA STRZELCZYK

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT IN THE TREATMENT OF DIABETES IN YOUTH

The article is a report of studies on the relationship between social support and the effectiveness of treatment for diabetes in youth. The aim of this study was to answer the question whether between patients with different treatment outcome differences in perceived social support. The study were 100-strong group of diabetics aged 16–18 years (50 girls and 50 boys), which has been assigned to groups of varying effectiveness of diabetes management. Adopted two criteria for allocation of subjects into groups: 1) the level of self-control of diabetes measured by the scale of „Treatment of Diabetes”(LC), 2) the degree of metabolic control measured by HbA1c. To measure the social support Sarason's Social Support Questionnaire was used. Analysis of test results does not reveal significant differences in social support among patients with high and low self-control. In patients with varying degrees of metabolic control of diabetes patients with poor treatment outcome perceive less social support network ($p < 0.05$), but they are more satisfied with it ($p < 0.01$) than patients with good control of diabetes. In addition, the length of morbidity of diabetes is moderately, negatively correlated with the network of support and the degree of satisfaction with the aid received.

Key words: diabetes mellitus type 1, metabolic control, self-control, social support, satisfaction with support, network support