

Krystyna Kurowska, Marzenna Frąckowiak

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wsparcie społeczne a radzenie sobie w przewlekłej chorobie na przykładzie cukrzycy typu 2

Social support and coping with chronic disease as exemplified by type 2 diabetes

STRESZCZENIE

WSTĘP. Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne ma istotny wpływ na radzenie sobie ze stresem. Niskie będzie sprzyjało tworzeniu nowych strategii oraz samodzielnemu i skutecznemu radzeniu sobie z trudnościami. Celem niniejszej pracy było określenie poziomu i rodzaju otrzymywanego wsparcia oraz sposobów radzenia sobie w schorzeniu przewlekłym, na przykładzie cukrzycy typu 2, jako wykładnika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia.

MATERIAŁ I METODY. Przebadano 101 pacjentów leczonych w NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego przy ulicy Marii Curie-Skłodowskiej w Bydgoszczy. Wsparcie oceniono za pomocą Skali Wsparcia Społecznego Kmieciak-Baran, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych — z użyciem kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego.

WYNIKI. Chorzy na cukrzycę typu 2 różnili się stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz rodzajami otrzymywanego wsparcia. Najmniej otrzymywali wsparcia emocjonalnego, a najwięcej — instrumentalnego. Najwyższe wsparcie instrumentalne otrzymywali badani przejawiający emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem (tendencja do koncentracji na

sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych), a niższe — styl skoncentrowany na unikaniu (radzący sobie ze stresem poprzez wystrzeganie się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej).

WNIOSKI. Otrzymane wyniki mogą wpływać na przygotowanie pacjenta do samodzielnej egzystencji z chorobą. Określenie poziomów wsparcia może posłużyć jako wykładnik w prognozowaniu opieki nad pacjentem na różnych etapach przewlekłej choroby. (Diabet. Prakt. 2010; 11, 3: 101–107)

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, style radzenia sobie, cukrzyca typu 2

ABSTRACT

INTRODUCTION. Need for social support significantly influences the ability to cope with stress. Low demand is conducive for creating new strategies and effective coping with difficult situations. The goal of this study was to determine the level and kinds of the received support and styles of coping with chronic disease as exemplified by type 2 diabetes, as the determinants of regaining optimum health.

MATERIAL AND METHODS. The study included 101 patients of a GP surgery, Skłodowska-Curie Street, Bydgoszcz. Support was assessed using Kmieciak-Baran Social Support Scale and the measurement of coping with stress was done with Endler and Parker CISS questionnaire, adapted for Polish research by Szczepanik, Strelau and Wrzesniewski.

RESULTS. Patients with type 2 diabetes differed in coping styles and kinds of support. They received small amount of emotional support and large

Adres do korespondencji: dr n. med. Krystyna Kurowska
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej CM UMK
ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
tel.: (52) 585 21 94
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl
Diabetologia Praktyczna 2010, tom 11, 3: 101–107
Copyright © 2010 Via Medica
Nadesłano: 09.06.2010 Przyjęto do druku: 30.06.2010

amount of instrumental support. The largest instrumental support was received by the respondents with emotionally-oriented coping style (who focused on their own emotional experiences); the smallest amount was received by those who chose avoidance-oriented coping style (who avoided experiencing and thinking about stressful situations). **CONCLUSIONS.** The results may influence the preparation of a patient to self-dependent life with the disease. Estimation of support levels may be used as a determinant of prognosis of care for a patient at different stages of a chronic disease. (*Diabet. Prakt.* 2010; 11, 3: 101–107)

Key words: social support, coping styles, diabetes type 2

Wstęp

Wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem to zagadnienia, które w ostatnich latach są przedmiotem zainteresowania wielu badaczy i praktyków. W piśmiennictwie podkreśla się także związek między odpornością na stres a wsparciem społecznym, a co z tego wynika — wskazuje się na pozytywny, emocjonalny kontakt z innymi ludźmi, który pozwala się cieszyć dłuższym i szczęśliwszym życiem [1–3]. Cukrzyca jest przewlekłą chorobą wpływającą na funkcjonowanie człowieka. W przypadku osób chorych czynnik zdrowia fizycznego i związanej z nim aktywności nabiera szczególnego znaczenia. Stan psychiczny człowieka ulega w ciągu życia wielu przemianom, a szczególnie specyficzne przekształcenia obserwuje się u osób chorych. Wykazują one zróżnicowane nasilenie i zasięg, a u podłoża tych zmian stwierdza się wiele czynników, które na ogół tworzą pewne zespoły przyczyn. Pomaganie, wspieranie, opieka są postawami charakteryzującymi się nastawieniami o charakterze prospołecznym, gdyż są nakierowane na optymalizację rozwoju, ochronianie, zaspokajanie potrzeb rozwojowych oraz tworzenie korzystnych warunków osobie chorej. Pomoc i wsparcie dotyczą zarówno osób chorych, samotnych, wszystkich tych, które nie potrafią rozwiązać problemów hamujących ich rozwój — człowieka jako indywidualium, jak też w kategoriach ogólnych, jako istoty gatunkowej oraz funkcjonującej w różnych układach społecznych [4, 5]. Współczesna rzeczywistość stwarza wiele bardzo trudnych sytuacji, ale również oferuje dużo różnych możliwości. Obecnie przede wszystkim liczy się wykształcenie, dobra praca, kariera. Organizm ludzki jest zbyt słaby, aby

wszystkie stresory, bardzo trudne sytuacje nie odbiły piętna na zdrowiu. W związku ze zmianą trybu życia pojawia się wiele schorzeń, tak zwanych chorób cywilizacyjnych, które są konsekwencją przewlekłego narażenia na stres, nieprawidłowego odżywiania, niestosowania profilaktyki zdrowotnej, siedzącego trybu życia. Jedną z chorób cywilizacyjnych jest cukrzyca typu 2. To przewlekła choroba wymagająca ciągłej kontroli, zmiany trybu życia, stosowania się do zaleceń [6, 7]. Celem niniejszej pracy było określenie poziomu wsparcia społecznego oraz preferowanych stylów radzenia sobie z przewlekłą chorobą, na przykładzie cukrzycy typu 2, jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

Material i metody

Zaprezentowane badania stanowią część realizacji większego projektu analizy jakości życia chorych na cukrzycę typu 2. Badania przeprowadzono w okresie od lipca 2009 roku do marca 2010 roku w grupie 101 osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2, leczonych w NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego przy ulicy Marii Curie-Skłodowskiej w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/192/2009). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano skalę wsparcia społecznego Kmieciak-Baran, kwestionariusz CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego, który służy ocenie stylów radzenia sobie, oraz ankietę własnego autorstwa, odnoszącą się do różnych aspektów życia codziennego (dane osobowe, sytuacja rodzinna, społeczna, objawy choroby, czas zachorowania, formy leczenia, ograniczenia związane z chorobą). Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

Wyniki

Analiza danych wykazuje, że kobiety w niewielkim stopniu przeważały w grupie badanych (55,4%). Średnia wieku respondentów wynosiła 73 lata (60–90 lat), większość miała wykształcenie średnie (36,6%) i wyższe (26,7%), pozostawała w związkach małżeńskich (58,4%), mieszkała w mieście (99%) z rodziną (68,3%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 12,9% badanych, z emerytury — 75,2%, a z renty — 10,9%. Ogólnie należy stwierdzić, że była to

Tabela 1. Różnice w stylach radzenia sobie w sytuacji trudnej w grupie badanej

Style radzenia sobie w sytuacjach trudnych	Styl zadaniowy	Styl emocjonalny	Styl unikowy	Unikowy czynności zastępcze	Unikowy kontakty towarzyskie
N ważnych	101	101	101	101	101
Średnia	53,60	39,04	43,93	19,29	16,41
Odchylenie standardowe	9,0190	10,0776	7,6476	5,2751	3,6556
Mediana	55	39	45	20	16
Minimum	30	18	22	8	7
Maksimum	74	61	68	31	25

grupa o dobrej (78,8%) sytuacji materialnej. Najwięcej osób spośród badanych chorowało na cukrzycę typu 2 już ponad 10 lat (37,6%) lub 1–5 lat (27,7%). U 29,7% badanych występowały powikłania w związku z chorobą; najczęściej były to: retinopatia (26,3%), nefropatia (22,8%), polineuropatia (19,3%), makroangiopatia (10,5%), zespół stopy cukrzycowej (8,8%). Badani byli leczeni doustnymi preparatami (47,7%) oraz dietą (33,8%), a insulinę stosowało 18,5%. W większości przestrzegali zaleceń dietetycznych (80,25%) i znali konsekwencje ich niestosowania (98%). Osoby przestrzegające diety znały korzyści, które wynikały z jej stosowania jako jednej z form leczenia. Świadomość i dbałość o własne zdrowie zapewnia poczucie spokoju oraz komfortu psychicznego. Znajomość wiedzy na temat konsekwencji niestosowania się do zaleceń w postaci nieprzyjmowania leków zgłaszało aż 97% pacjentów. W przypadku przewlekłej choroby, jaką jest cukrzyca typu 2, jest to bardzo dobry wynik. Osoby leczone insuliną wymagają kontroli glikemii, stosowania odpowiedniej diety, a także przyjmowania odpowiednich dawek insuliny. Prawidłowo leczona cukrzyca typu 2 wymaga od pacjenta silnej woli oraz zmiany dotychczasowych złych nawyków. Umiejętność rozpoznania stanów hipoglikemii/hiperglikemii i postępowania w ich przypadku zadeklarowało 83,2% badanych. Aktywność fizyczną podejmowało 65,3% chorych; częściej niż 2 razy w tygodniu przez 30 minut (24,8%) lub rzadziej niż raz w tygodniu przez około 30 minut (21,8%). Regularną aktywność fizyczną przed zachorowaniem podejmowało 52,5% chorych na cukrzycę, co może świadczyć, że choroba „wymogła” na nich podjęcie tej aktywności w celach zdrowotnych. Tylko 16,8% badanych nie kontrolowało masy ciała. Ponad połowa badanych (53,5%) dbała o zdrową, urozmaiconą dietę w schorzeniu. Najwięcej badanych leczyło się w poradni rejonowej (75,3%), z tej grupy 36,6%

korzystało z okresowych konsultacji w poradni diabetologicznej. Największy odsetek osób korzystało z porad lekarza przynajmniej raz na 3 miesiące (41,6%) lub co najmniej raz w miesiącu (29,7%). Większość nie korzystała ze szkoleń dla pacjentów (54,5%) lub korzystała z nich tylko sporadycznie (38,6%). Samokontroli glikemii kilka razy w tygodniu dokonywało 26,7% pacjentów, a co najmniej raz dziennie — 25,7%. Badani najbardziej mogli liczyć na pomoc swoich dzieci (34,0%). Respondenci obawiali się zależności od innych (25,9%), braku środków na leczenie (20,9%) i bezradności (18,9%).

Z analizy stylów radzenia sobie ze stresem (tab. 1) wynika, że średni poziom stylu zadaniowego był najwyższy, co było optymalne, dlatego że jest to najbardziej pożądany styl. Stosunkowo wysokie i zbliżające się do stylu zadaniowego były style unikowy i emocjonalny. Jeśli chodzi o wyniki, to widać, że w przypadku stylu zadaniowego (30–74 pkt), w stylu emocjonalnym (18–61 pkt), stosunkowo bliski był rozrzut stylu unikowego (22–68 pkt). Uwzględniając średnią stylu zadaniowego (53,6; odchylenie standardowe 9,02), można powiedzieć, że w zakresie stylu zadaniowego istniało bardzo duże zróżnicowanie badanych. To samo dokładnie można stwierdzić o stylu emocjonalnym, ponieważ przy średniej 39,04, odchyleniu standardowym ponad 10 punktów, jeszcze bardziej różnicował on badanych niż styl zadaniowy. Styl unikowy (średnia 43,93; odchylenie standardowe 7,65) też różnił badanych. Można powiedzieć, że kontakty towarzyskie, przy średniej 16,41 i odchyleniu standardowym 3,66, również bardzo różnicowały respondentów. Dokładnie to samo odnotowano przy czynnościach zastępczych (średnia 19,29; odchylenie standardowe 5,28; ponad 20% średniej), w związku z czym można stwierdzić, że ten styl również mocno różnicował badanych. Wynika z tego, że badani stosowali różne style radzenia sobie ze stresem. Jednak najczę-

Tabela 2. Statystyki opisowe wsparcia społecznego

Typ wsparcia	Informacyjne	Instrumentalne	Wartościujące	Emocjonalne	Wsparcie społeczne
N ważnych	101	101	101	101	101
Średnia	11,46	14,00	12,62	9,95	48,03
Odchylenie standardowe	3,52	4,209	3,956	4,689	12,911
Mediana	11	15	12	8	45
Minimum	6	6	6	6	26
Maksimum	20	26	24	26	84

ściej badani wybierali optymalny styl zadaniowy, korzystny dla zachowań prozdrowotnych.

Wyróżnione w tabeli 2 typy wsparcia społecznego należą do typów uwzględnionych w kwestionariuszu Kmieciak-Baran badającym wsparcie społeczne. Na podstawie analizy średnich można stwierdzić, że najmniej wsparcia otrzymywali badani w zakresie wsparcia emocjonalnego (9,95 punktu), natomiast najwięcej — instrumentalnego (14 punktów). Ponadto można powiedzieć, że respondenci otrzymywali niemalże taką samą ilość wsparcia wartościującego i informacyjnego. Średnia wartość wsparcia wartościującego wynosiła 12,62 punktu, przy odchyleniu standardowym równym 3,96, co oznaczało, że wsparcie wartościujące nie różnicowało w istotny sposób badanych. W związku z odchyleniem standardowym wsparcia emocjonalnego, które wynosiło 4,69, stwierdzono, że badani w sposób istotny różnili się wsparciem emocjonalnym. Analizując wsparcie instrumentalne, które miało najwyższe wyniki (14 punktów; odchylenie standardowe 4,21), można powiedzieć o istotnym zróżnicowaniu. Podsumowując, respondenci różnili się istotnie jedynie wsparciem emocjonalnym.

Ze wszystkich rodzajów (skal) wsparcia tylko wsparcie instrumentalne pozostawało w istotnej, choć niskiej ($r = 0,20$) korelacji ze stylem radzenia sobie ze stresem. Reszta pozostawała bez istotności statystycznej. Średnio najwyższe wsparcie instrumentalne otrzymywali badani przejawiający styl emocjonalny, czyli osoby charakteryzujące się tendencją do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. W dalszej kolejności (niewielka różnica) byli badani przejawiający styl zadaniowy, radzący sobie ze stresem, kładąc nacisk na zadaniu lub planowaniu rozwiązania problemu. Najniższe wsparcie instrumentalne otrzymywali badani przejawiający styl unikowy, radzący sobie ze stresem poprzez wystrzeżenie się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej oraz osoby przejawiające

wszystkie trzy style radzenia sobie ze stresem. Spośród wszystkich kwestii dotyczących radzenia sobie z chorobą przewlekłą tylko cztery pozostawały w istotnej, choć niskiej korelacji z wielkością wsparcia, a mianowicie: znajomość postępowania w przypadku hipoglikemii/hiperglikemii ($r = 0,20$), kontrolowanie masy ciała ($r = 0,21$), częstość korzystania z porad lekarza ($r = 0,27$), posiadanie zainteresowań ($r = 0,20$). Średnio wyższe wsparcie otrzymywali badani, którzy posiadali znajomość postępowania w przypadku hipoglikemii/hiperglikemii, kontrolujący swoją masę ciała, korzystający z porad lekarza przynajmniej raz w miesiącu i mający zainteresowania.

Dyskusja

Cukrzyca typu 2 jest obecnie jedną z najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych [5, 8]. Dołączyła do kręgu schorzeń cywilizacyjnych ze względu na zmianę trybu życia w ostatnich latach. Liczba osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2 przez cały czas systematycznie wzrasta; rośnie również liczba pacjentów, którzy nie zostali trafnie zdiagnozowani. Nieleczona bądź leczona nieprofesjonalnie cukrzyca prowadzi do wielu zmian w naczyniach włosowatych, powodując upośledzenie widzenia, zaburzenia ukrwienia kończyn dolnych, zmiany nerwów obwodowych, uszkodzenie nerek, zespół stopy cukrzycowej [5]. Większość osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 rzadko, jeśli w ogóle, podejmuje zachowania profilaktyczne, stosuje samokontrolę, dba o urozmaiconą, zróżnicowaną, zdrową dietę. Dlaczego tak się dzieje? Choroba przewlekła, jaką jest cukrzyca, wykazuje szczególną chwiejność w warunkach stresu rzeczywistego lub „odczuwanego”, co implikuje podwyższone stężenie glukozy we krwi. Chorzy na cukrzycę typu 2 częściej oceniają schorzenie jako zagrożenie, ale zarazem dosyć często traktują je jako wyzwanie. Ocena reprezentowana przez pacjentów z cukrzycą typu 2 wynika z faktu, że są oni świadomi zagrożeń, jakie się wiążą z tą chorobą, w formie przewlekłych powikłań; obawiają się scho-

zenia, a zarazem starają się włączyć w proces terapeutyczny, aby móc zapobiec komplikacjom [8]. Celem podjętych badań było zbadanie poziomu i rodzaju otrzymywanego wsparcia społecznego oraz sposobów radzenia sobie w schorzeniu przewlekłym, na przykładzie cukrzycy typu 2, jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia. Stan psychiczny człowieka w ciągu życia ulega wielu przemianom, a szczególnie specyficzne przekształcenia obserwuje się u osób chorych. U różnych pacjentów występuje zróżnicowane nasilenie i zasięg tych przemian, a u ich podłoża tkwi wiele czynników, które na ogół tworzą pewne zespoły przyczyn [9]. Problematyka wsparcia społecznego ma swój rodowód praktyczny. Badania nad tym problemem zapoczątkowano w latach 60. XX wieku. Zostały one zainspirowane „nawijną psychologią” oraz doświadczeniami pochodzącymi z terapii [10]. Starano się dociec naukowo, bez głębszej analizy teoretycznej, czy wsparcie społeczne pełni korzystne funkcje, czy sprzyja zdrowiu jednostki, czy pomaga zmienić zachowania zdrowotne, radzić sobie z trudną sytuacją. W walce ze stresem ważne jest tzw. wsparcie społeczne — pomoc dostępna poprzez kontakty międzyludzkie. Może ona się objawiać na wiele sposobów. Najczęściej występują rodzaje wsparcia: emocjonalne (inne osoby okazują potrzebującemu swoje emocje i uczucia), instrumentalne (pomoc od innych w postaci materialnej), informacyjne (uzyskanie potrzebnych informacji czy rad) oraz wartościujące (otrzymanie od innych osób informacji, które pozwalają lepiej myśleć o sobie) [1]. W badaniach dowiedziono zróżnicowania chorych na cukrzycę typu 2 ze względu na otrzymywane wsparcie społeczne. Wykazano, że badani otrzymują najmniej wsparcia emocjonalnego, a najwięcej — instrumentalnego. Wsparcie instrumentalne to rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu konkretnych sposobów postępowania w sytuacji choroby. W przeprowadzonych badaniach wykazano deficyt wsparcia emocjonalnego w populacji chorych na cukrzycę typu 2. Polega ono na nawiązywaniu właściwego kontaktu z pacjentem, łagodzeniu jego napięć związanych z chorobą, zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa, a także mobilizowaniu sił obronnych pacjenta. Czy w związku z tym można sugerować, że nie zawsze są spełniane założenia holistycznej opieki nad pacjentem w badanej grupie? Obecnie badacze coraz częściej zauważają rolę pacjenta w procesie leczenia i zdrowienia. Od nastawienia psychicznego pacjenta, jego chęci zaangażowania w proces leczenia zależy jego powrót do stanu zdrowia. Doceniono behawioralne uwarunkowania zdrowia wpływające na zmianę

dotychczasowych zachowań zdrowotnych, które wpływają na pojawienie się choroby somatycznej. Wielu autorów podejmowało temat wsparcia społecznego [11]. Jego poczucie u nastolatków chorych na cukrzycę typu 1 badali Olszewska i Szewczyk [9]. Stwierdzono, że najwięcej wsparcia emocjonalnego nastolatki otrzymały od opiekunów i rówieśników, a informacyjnego — ze strony opiekunów. Rodzina była grupą pierwotną, opartą na bliskich kontaktach emocjonalnych między jej członkami [9]. Krupa i wsp. badali związki wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychotropowych [12]. Z przeprowadzonych badań wynika, że grupa z większym wsparciem społecznym bardziej się skupia na planowym rozwiązywaniu problemów, pozytywnym przewartościowaniu i ponadto aktywnie poszukuje wsparcia. W grupie osób o małym wsparciu społecznym również dominuje pozytywne przewartościowanie, ale oprócz tego większą rolę odgrywa myślenie życzeniowe i obwinianie się, przyjmowanie odpowiedzialności za to, co się wydarzyło. W przeprowadzonych badaniach wykazano dość równomierne, a przy tym częste (deklarowane) korzystanie ze wszystkich strategii [12]. Określenie poziomu poczucia koherencji i zakresu otrzymywanego wsparcia u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek leczonych hemodializą dowiodły zróżnicowania ze względu na otrzymywane wsparcie emocjonalne. Wykazano, że najmniej wsparcia otrzymują badani w zakresie wsparcia emocjonalnego, a najwięcej — wsparcia informacyjnego [13]. Sapilak w swoich badaniach wykazał, że wsparcie społeczne nie różnicuje w istotny sposób pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek poddawanych hemodializie. Największą istotnie statystycznie różnicę odnotowano w stosunku do pomiaru wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Powyższe wyniki znalazły częściowe potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach [14]. Kokoszka i Sieradzki badali styl radzenia sobie z chorobą w odniesieniu do wyboru rodzaju wstrzykiwacza insuliny u chorych na cukrzycę typu 2 rozpoczynających insulinoterapię [15]. Stwierdzono, że w cukrzycy typu 1 stosowanie strategii radzenia sobie zorientowanych na aktywność, rozwiązanie problemów wiąże się z lepszą kontrolą glikemii, lepszym przystosowaniem do choroby (dodatnie korelacje) oraz niewystępowaniem depresji i lęku (ujemne korelacje). Natomiast strategie zorientowane na emocje łączą się z wyższym poziomem lęku i depresji, większym stężeniem glukozy i mniejszym poczuciem kontroli nad przebiegiem cukrzycy [15]. W jednym z nielicznych badań przeprowadzo-

nym wśród 115 chorych na cukrzycę typu 2 [15] wykazano, że mechanizmy radzenia sobie w postaci „zaabsorbowania emocjami” (skoncentrowane na emocjonalnych reakcjach wywołanych problemem) i „paliatywnego radzenia sobie ze stresem” (skoncentrowane na łagodzeniu nieprzyjemnych emocji wzbudzonych przez problem, a nie na jego rozwiązaniu) pozytywnie korelowały z poziomem depresji i lęku. Natomiast instrumentalne radzenie sobie ze stresem (skoncentrowane na problemie) było wskaźnikiem niższego poziomu depresji [15].

Jeżeli chodzi o kolejny problem poruszany w pracy, a mianowicie zbadanie, czy osoby należące do tej samej grupy badawczej różnią się między sobą stylami radzenia sobie w sytuacji trudnej, jaką jest choroba, trzeba podkreślić, że cukrzyca jest chorobą, w której konieczność stosowania się do zaleceń lekarskich może być źródłem przewlekłego stresu i prowadzić do fazy wyczerpania. Dochodzi wówczas do poważnych zaniedbań dotyczących zmian stylu życia, a przemiany te są niezbędne, aby zapobiec powikłaniom poprzez skuteczne kontrolowanie stężenia glukozy w surowicy. Z tej perspektywy kluczowe znaczenie dla przebiegu cukrzycy mają mechanizmy radzenia sobie ze stresem [15]. W przeprowadzonych badaniach dowiedziono, że chorzy różnią się między sobą stylami — zarówno emocjonalnym, zadaniowym i unikowym, jak też w podskalach tego ostatniego — kontaktach towarzyskich i czynnościach zastępczych. Najczęściej stosowany przez badane osoby jest styl zadaniowy, następnie — unikowy, a na końcu emocjonalny. Koncentracji na zadaniu w sytuacjach trudnych sprzyja większe poczucie własnej skuteczności i wartości, optymistyczna orientacja życiowa, siła woli oraz niższy poziom stresu i lęku. Emocjonalnemu i unikowemu radzeniu sobie ze stresem towarzyszy niższy poziom poczucia własnej wartości, wyższy poziom odczuwanego stresu i lęku. Ponadto wraz ze wzrostem tendencji do koncentracji na emocjach wzrasta skłonność do bardziej pesymistycznej orientacji życiowej. Guzińska i Makarowski badali style radzenia sobie ze stresem w odniesieniu do stylów spostrzegania ryzyka i gotowości do podejmowania zachowań ryzykownych u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca [16]. Wykazano związek między preferencją w zakresie stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach i stylu skoncentrowanego na unikaniu a stylem spostrzegania ryzyka w kategoriach stymulacyjnych oraz gotowością do podejmowania ryzyka etycznego. Dodatkowo czynnikami różnicującymi w zakresie stylów spostrzegania ryzyka oraz akceptacji ryzyka okazały się płeć, liczba prze-

bytych zawałów serca oraz rodzaj interwencji kardiologicznej [16]. Każdy człowiek ma skłonność do reagowania na stres według charakterystycznego dla siebie powtarzalnego wzorca, który jest określane mianem stylu radzenia sobie ze stresem. Osobnicza skłonność do określonych zachowań nie oznacza bynajmniej, że zastosowane w konkretnej sytuacji sposoby zaradcze są uwarunkowane tylko i wyłącznie tą cechą [17]. Styl radzenia sobie ze stresem jest jednym z wielu czynników determinujących zachowania. Różnice w stylach radzenia sobie w zależności od choroby somatycznej oraz płci przedstawili Wysocka-Pleczyk i Słowik [18], którzy poddali badaniu osoby z osteoporozą, miażdżycą zarostową kończyn dolnych, niedokrwieniem serca i mastektomią; grupę porównawczą stanowili zdrowi kobiety i mężczyźni. Wnioski były następujące: zdrowe kobiety rzadziej niż zdrowi mężczyźni stosowały styl zadaniowy, lecz częściej styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach. Zauważono, że u chorych kobiet następuje zastępowanie stylu radzenia sobie skierowanego na emocje przez radzenie skierowane na unikanie problemu. W grupie mężczyzn z chorobą niedokrwinną serca przeważał styl skoncentrowany na zadaniu, rzadziej stosowali oni natomiast unikowy styl radzenia sobie [17]. Niezwykle ważną, praktyczną konsekwencją postawy pacjenta wobec choroby, będącą wykładnikiem relacji stylów i strategii radzenia sobie ze stresem, jest jego zaangażowanie w prewencję wtórną, wdrażaną od samego początku hospitalizacji. Warunkiem jej skuteczności jest współpraca z chorym oparta na zrozumieniu celowości podejmowanych działań. O ile można się spodziewać dobrej współpracy z pacjentem, u którego dominuje styl zadaniowy (53,60%), to w grupie osób z dominacją stylu unikowego (43,93%) współpraca może być znacznie gorsza, a do osiągnięcia celów terapeutycznych najprawdopodobniej będzie konieczne zdecydowanie większe zaangażowanie personelu medycznego i rodziny.

W toku dalszych badań analizowano, czy istnieje związek między stylami radzenia sobie z przewlekłą chorobą u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2 a otrzymywanym wsparciem. Nieprawdą okazało się, że istnieje związek między stylami radzenia sobie w sytuacjach trudnych a otrzymywanym wsparciem. Korelacja między rodzajem preferowanego stylu a wsparciem instrumentalnym w zasadzie jest jednostkowa. Dodatkowo korelacja ta jest na niskim poziomie. Zatem preferowany styl radzenia sobie w trudnych sytuacjach nie wpływa na wielkość wsparcia otrzymywanego przez badanych. Średnio najwyższe wsparcie instrumentalne otrzymywali

badani przejawiający emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem, czyli osoby charakteryzujące się tendencją do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak: złość, poczucie winy, napięcie. W dalszej kolejności (różnica jest niewielka) badani przejawiający styl skoncentrowany na zadaniu, radzący sobie ze stresem, kładąc nacisk na zadaniu lub planowaniu rozwiązania problemu. Najniższe wsparcie instrumentalne otrzymywali badani przejawiający styl skoncentrowany na unikaniu, radzący sobie ze stresem poprzez wystrzeżenie się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej oraz osoby przejawiające wszystkie trzy style radzenia sobie ze stresem. Przyjmując bowiem poznawczy, interakcyjny paradygmat radzenia sobie ze stresem, należy pamiętać, że stosowane przez chorego strategie oraz (w znacznie mniejszym stopniu) style radzenia sobie ze stresem wynikającym z ciężkiej choroby potencjalnie mogą ulegać korzystnym zmianom pod wpływem przemyślanych, indywidualnie dostosowanych działań psychoedukacyjnych [19]. Uwzględniając przedstawione wyniki, niezbędne wydaje się prowadzenie dalszych badań wśród chorych na cukrzycę typu 2, na większą skalę, gdyż poziom wiedzy na ten temat w grupie badanych wciąż jest niewystarczający.

Wnioski

1. Chorzy na cukrzycę typu 2 różnili się stylami radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz rodzajami otrzymywanego wsparcia.
2. Najczęściej stosowano styl zadaniowy, następnie — unikowy, a na końcu emocjonalny. Badani otrzymywali najmniej wsparcia emocjonalnego, a najwięcej — instrumentalnego.
3. Najwyższe wsparcie instrumentalne otrzymywali badani przejawiający emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem (tendencja do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych), a najniższe — przejawiający styl skoncentrowany na unikaniu (radzący sobie ze stresem poprzez wystrzeżenie się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej).

PIŚMIENNICTWO

1. Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38: 201–214.
2. Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2004; 7–65.
3. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 39: 187–210.
4. Kirenko J., Byro S. Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Wydawnictwo Uniwersyteckie, Lublin 2008; 139–253.
5. Tatoń J., Czech A. *Diabetologia*. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2005; 80–116.
6. Heszen-Niejodek I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997; 209.
7. Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005; 87–107.
8. Tatoń J., Czech A. *Diabetologia*. Tom 1. Wydawnictwo Naukowe PZWL, Warszawa 2005; 386–398.
9. Olszewska A., Szewczyk L. Poczucie wsparcia społecznego u nastolatków z cukrzycą typu 1. *Endokrynologia Pediatria* 2005; 4: 27–36.
10. Skrzypek M., Widomska-Czekalska T. Znaczenie wsparcia społecznego dla stanu zdrowia pacjentów z chorobą wieńcową kwalifikowanych do koronarografii. *Zdrowie Publiczne* 2004; 46–51.
11. Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005; 87–107.
12. Krupa A., Bargiel-Matusiewicz K., Hofman G. Związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania* 2005; 18: 57–69.
13. Kurowska K., Bukowska M. Poczucie koherencji a poziom wsparcia u osób z rozpoznaniem przewlekłej niewydolności nerek leczonych hemodializą. *Urologia Polska* 2008; 326–330.
14. Kosmala J. Stres a zwiększone ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową. *Sztuka Leczenia* 2003; 9: 25–30.
15. Kokoszka A., Sieradzki J. Styl radzenia sobie z chorobą a wybór rodzaju wstrzykiwacza insuliny u chorych na cukrzycę typu 2 rozpoczynających insulinoterapię. *Diabetologia Praktyczna* 2004; 5: 67–74.
16. I Ogólnopolska Konferencja Naukowa Psychologia w medycynie — medycyna w psychologii. Człowiek chory — aspekty biopsychologiczne. Centrum Psychoedukacji i Pomocy Psychologicznej. Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin 25–27 września 2009; materiały pokonferencyjne.
17. Jaśko J. Stres w chorobach przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 152–168.
18. Wysocka-Pleczyk M., Słowik P. Różnice w stylach radzenia sobie w zależności od rodzaju choroby somatycznej i płci. *Sztuka Leczenia* 2003; 9: 69–76.
19. Kwiatkowska A., Krajewska-Kuśak E., Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003; 96–110.