

Przemysław Mućko¹, Andrzej Kokoszka², Zuzanna Skłodowska³

¹Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

²II Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Warszawie

³Poradnia Diabetologiczna SZPZLO w Warszawie

Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2

The comparison of coping styles, occurrence of depressive and anxiety symptoms, and locus of control among patients with diabetes type 1 and type 2

STRESZCZENIE

WSTĘP. U chorych na cukrzycę można zaobserwować niski stopień wypełniania zaleceń lekarskich, co zwiększa ryzyko powikłań. Istotne znaczenie odgrywają w tym wypadku czynniki psychologiczne. Wśród pacjentów z cukrzycą obserwuje się także większą niż w populacji ogólnej częstość objawów lękowych i depresyjnych. Informacje na temat różnic między cukrzycą typu 1 i typu 2 w tym zakresie są fragmentaryczne. Ważne wydaje się więc sprecyzowanie zakresu wspólnych i odmiennych relacji między cukrzycą typu 1 i typu 2 a czynnikami psychologicznymi, takimi jak: związany z przewlekłą chorobą stres, poziom lęku i depresji, lokalizacja poczucia kontroli.

MATERIAŁ I METODY. Przebadano 57 chorych na cukrzycę, od co najmniej 5 lat, w tym 30 — z cukrzycą typu 1 i 27 — z cukrzycą typu 2. W badaniach użyto Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC, *Multidimensional Health Locus*

of Control Scale), Skali Introwersji–Ekstrawersji (I–E, *Introversion–Extraversion*) Rottera, kwestionariusza Skali Lęku i Depresji — HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) oraz Krótkiej Metody Oceny Radzenia Sobie z Chorobą (KMORSZCH). Stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}) oznaczono metodą reflektometryczną.

WYNIKI. W grupie chorych na cukrzycę typu 2 stwierdzono istotnie częstsze stosowanie stylów radzenia sobie z chorobą określanych jako „skoncentrowany na emocjach” (M = 0,4; SD = 0,814 vs. M = 0,93; SD = 0,958; p = 0,029), i „skoncentrowany na unikaniu” (M = 0,63; SD = 0,809 vs. M = 1,22; SD = 0,892; p = 0,011); wyższy poziom depresji (M = 4,13; SD = 2,662 vs. M = 5,63; SD = 2,911; p = 0,047), silniejsze przekonanie o roli przypadku (M = 19,03; SD = 6,672 vs. M = 24,26; p = 0,004) oraz rzadsze stosowanie stylu radzenia sobie z chorobą określanego jako „skoncentrowany na zadaniu” (M = 1,8; SD = 1,095 vs. M = 1,07; SD = 0,829; p = 0,007).

Stwierdzono występowanie istotnych związków między stosowaniem stylów „zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań” i „skoncentrowany na emocjach” a poziomem lęku (odp. r = -0,373 i r = 0,37) i depresji (odp. r = -0,352 i r = 0,476), „skoncentrowany na zadaniu”, „skoncentrowany na emocjach”, poziomem lęku a przekonaniem o roli przypadku (odp. r = -0,341; r = 0,271; i r = 0,301), poziomem depresji a lokalizacją poczucia kontroli (r = -0,322) (wyższy poziom depresji wiąże się

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie
ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa
tel./faks: (022) 326 58 92
e-mail: kokoszka@amwaw.edu.pl

Diabetologia Praktyczna 2005, tom 6, 5, 240-249

Copyright © 2005 Via Medica

Nadesłano: 29.08.2005 Przyjęto do druku: 22.09.2005

Badanie zostało zrealizowane przy pomocy Novo Nordisk

z bardziej zewnętrzną lokalizacją poczucia kontroli) oraz przekonaniem o roli przypadku a wiekiem badanych ($r = 0,407$).

WNIOSKI. Chorzy na cukrzycę typu 2 są bardziej przekonani o wpływie przypadku na ich stan zdrowia, wykazują wyższe poziomy lęku i depresji, a także wymagają większego wsparcia psychoterapeutycznego niż pacjenci z cukrzycą typu 1.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2, style radzenia sobie z chorobą, lęk, depresja, poczucie kontroli

ABSTRACT

INTRODUCTION. Low adherence to treatment observed among persons with diabetes increases the risk of complications. It depends on psychological factors. The frequency of depressive and anxiety symptoms occurrence is higher in this group of patients than in general population. Data about differences in psychological characteristics of patients with type 1 and type 2 diabetes remains still incomplete. It justifies the investigation of the common and specific relations between type 1 and type 2 diabetes and psychological factors, including: coping, depressive and anxiety symptoms as well as locus of control.

MATERIAL AND METHODS. 57 persons suffering from diabetes for at least 5 years; 30 with type 1 and 27 with type 2, completed Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), Introversion-Extraversion (I-E) Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Brief Method of Coping with Disease Assessment. HbA_{1c} was assessed by NycoCard Reader 2.

RESULTS. In the group of patients with diabetes type 2 there were found significantly higher, than in diabetes type 1: emotion oriented coping style ($M = 0.4$; $SD = 0.814$ vs. $M = 0.93$; $SD = 0.958$; $p = 0.029$), avoidance oriented coping style ($M = 0.63$; $SD = 0.809$ vs. $M = 1.22$; $SD = 0.892$; $p = 0.011$); level of depression ($M = 4.13$; $SD = 2.662$ vs. $M = 5.63$; $SD = 2.911$; $p = 0.047$), attribution of the health control to a chance ($M = 19.03$; $SD = 6.672$ vs. $M = 24.26$; $p = 0.004$) and also lower "task-oriented coping style" ($M = 1.8$; $SD = 1.095$ vs. $M = 1.07$; $SD = 0.829$; $p = 0.007$).

There were also found significant relations among the best solution-oriented coping style, emotion oriented style and the level of anxiety (respectively $r = -0.373$ $r = 0.37$) and level of depression (respectively $r = -0.352$ i $r = 0.476$); solution-oriented co-

ping style, emotion-oriented coping style, level of anxiety and with the attribution of the health control to a chance (respectively. $r = -0.341$; $r = 0.271$; $r = 0.301$); level of depression and locus of control ($r = -0,322$), i.e.: higher level of depression is correlated with more external locus of control; attribution of the health control to a chance and the older age ($r = 0.407$).

CONCLUSIONS. Persons with type 2 diabetes attribute more influence of a "chance" on their medical conditions, have higher level of depressive and anxiety symptoms than persons with type 1 diabetes, eventually they also need more psychological support.

Key words: diabetes, coping style, depression, locus of control.

Wstęp

Analiza piśmiennictwa wskazuje na liczne problemy psychologiczne występujące u chorych na cukrzycę, które sprawiają, że stopień stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich jest niski, co powoduje utrzymywanie się podwyższonego stężenia glukozy we krwi i tym samym zwiększa ryzyko powikłań tej choroby. W literaturze dominują badania poszczególnych chorych z określonym typem cukrzycy. Znacznie mniejsza liczba badań porównawczych wskazuje, że większe problemy psychologiczne w radzeniu sobie z chorobą występują wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 [1, 2]. Wypełnianie zaleceń lekarskich, które w cukrzycy są szczególnie złożone i czasochłonne, wiąże się ze zdolnością do samokontroli, której posiadanie uznaje się za czynnik korzystnie wpływający na przebieg terapii [3, 4]. Z tego punktu widzenia poczucie kontroli, a zwłaszcza jego lokalizacja, jest czynnikiem psychologicznym, który, obok mechanizmów radzenia sobie z chorobą, może mieć szczególne znaczenie w optymalnym przystosowaniu się do życia z cukrzycą.

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie związkami objawów depresyjnych i lękowych z przebiegiem cukrzycy, ponieważ ich częstość w tej grupie chorych jest znacznie większa niż w populacji ogólnej [5]. Nie istnieją jeszcze rozstrzygnięcia na temat szczegółowych mechanizmów oddziaływań między cukrzycą a określonymi zaburzeniami psychicznymi. W tej sytuacji istnieje potrzeba pogłębienia wiedzy na ten temat. Szczególnie ważne jest też sprecyzowanie zakresu wspólnych i odmiennych relacji między czynnikami psychologicznymi a cukrzycą typu 1 i 2.

Cukrzyca jako choroba przewlekła i związany z tym stres

Już sam fakt zachorowania można uznać za sytuację stresogenną [6], a choroby przewlekłe są źródłem ciągłego stresu związanego z zaburzeniem zdrowia [7], rygorami terapii i diety [8] czy poczuciem stygmatyzacji wywołanej stereotypami [9]. Stres ten wpływa na zdolność chorego do radzenia sobie z nową sytuacją [10] — stanowi przeszkodę utrudniającą realizację zamiarów czy zaleceń terapeutycznych [11]. W tej sytuacji pacjent może starać się pokonać ową przeszkodę, próbować ją ominąć, wyznaczyć sobie cel zastępczy lub całkowicie zrezygnować z prób jego osiągnięcia [12].

Radzenie sobie ze stresem to „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki jednostki mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych lub wewnętrznych wymagań, ocenianych przez daną osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [13]. Wysiłki te są świadome i ich celem jest ustabilizowanie emocji i uporanie się z problemem. Przybierają one formę określonego stylu, charakterystycznego dla danej osoby [14]. Na podstawie badań wyróżniono trzy główne style radzenia sobie ze stresem: (a) skoncentrowany na zadaniu; (b) skoncentrowany na emocjach i (c) skoncentrowany na unikaniu, przy czym ten ostatni przybiera dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich [15]. W opracowanej niedawno „Krótkiej metodzie radzenia sobie z chorobą” [6] autorzy zaproponowali wyróżnienie dodatkowego stylu radzenia sobie ze stresem, który jest zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań. W efekcie wyróżniono cztery style, które można krótko scharakteryzować w następujący sposób [16]:

1. Styl skoncentrowany na zadaniu — dążenie do rozwiązania problemu przez próby zmiany sytuacji. Główny nacisk kładzie się na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.
2. Styl zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań — poszukiwanie najlepszych, najnowszych, choć mniej sprawdzonych rozwiązań. Przy wyborze metod działania osoba stosująca ten styl zwraca uwagę przede wszystkim na możliwość osiągnięcia najlepszych efektów, akceptując równocześnie fakt, że osiągnięcie niewiele większej skuteczności może wymagać stosunkowo dużych nakładów czasu i środków.
3. Styl skoncentrowany na emocjach — charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych koncentrują się na własnych przeżyciach, takich jak: złość, napięcie czy poczucie winy. W zachowaniu dominuje ekspresja emocji zakłócająca

funkcjonowanie na tyle, że złagodzenie reakcji emocjonalnych staje się dla danej osoby celem pierwszoplanowym.

4. Styl skoncentrowany na unikaniu — polega na radzeniu sobie ze stresem przez wystrzeganie się myślenia i przeżywania sytuacji będących jego źródłem. Charakterystyczne dla osób stosujących ten styl jest to, że nie przejmują się one problemem i tym samym nie podejmują działań zmierzających do jego rozwiązania.

Przewlekłe choroby, a więc także osoby z cukrzycą, przejawiają tendencje do stosowania stylów zorientowanych na emocje i unikanie [7]. Jednak w dłuższej perspektywie są one mniej adaptacyjne, natomiast stosowanie strategii skoncentrowanych na zadaniu (poszukiwanie najlepszych rozwiązań, szukanie informacji czy wsparcia) wiąże się na ogół z osiąganiem lepszego wyrównania cukrzycy [17]. Można się zatem spodziewać, że w grupie chorych na cukrzycę osoby stosujące style zorientowane na zadanie będą się bardziej angażować we własną terapię i tym samym osiągną lepszy poziom wyrównania cukrzycy niż osoby, które stosują style oparte na emocjach i unikaniu.

Zaburzenia psychiczne w cukrzycy

Dość dobrze udokumentowano, częstsze niż w populacji ogólnej, występowanie u chorych na cukrzycę objawów depresyjnych, lękowych oraz problemów z jedzeniem. Choć można je potraktować jako naturalne konsekwencje tej choroby, to — niezależnie od przyczyn zaburzeń psychicznych — wymagają one zastosowania odpowiedniego, zgodnego z aktualnym stanem wiedzy postępowania terapeutycznego.

Depresja i zaburzenia lękowe są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi u chorych na cukrzycę i występują wśród nich znacznie częściej niż w populacji ogólnej [18]. Znaczna część chorych na cukrzycę (40%) wykazuje podwyższony poziom nastroju depresyjnego, chociaż nie wszyscy z nich spełniają kryteria klinicznej depresji [5]. Częstość depresji spełniającej kryteria diagnostyczne jest 3-krotnie większa wśród chorych na cukrzycę niż w populacji ogólnej [19]. Wyniki wielu badań wskazują, że skuteczne leczenie depresji u pacjentów z cukrzycą może zapobiec lub opóźnić wystąpienie naczyniowych powikłań tej choroby [20]. Występowanie zaburzeń lękowych nie było do tej pory przedmiotem wielu badań, jednak istnieje doniesienie wskazujące, że wśród chorych na cukrzycę są one podobnie częste jak depresja i znacznie częstsze niż w populacji ogólnej [5]. Istnieją rozbieżne informacje dotyczące częstości za-

burzeń odżywiania się u pacjentów z cukrzycą. Według amerykańskich danych występują one częściej niż w innych populacjach, natomiast nie stwierdzono takich różnic w Niemczech [21]. Z klinicznego punktu widzenia największe znaczenie na powstawanie powikłań cukrzycy ma występowanie depresji nawet na poziomie subklinicznym. Ryzyko wystąpienia makroangiopatii u chorych z objawami depresji wzrasta 2-krotnie w porównaniu z chorymi, którzy nie wykazują takich objawów. Ryzyko mikroangiopatii wzrasta jeszcze gwałtowniej — z 2,3% u chorych bez objawów depresji do 8,6% u osób z objawami depresji na poziomie subklinicznym i do aż 11,3% u osób z objawami depresji klinicznej [22]. Wyniki te mogą budzić pewne wątpliwości ze względu na specyficzną grupę badanych (Amerykanie pochodzenia meksykańskiego) oraz zastosowanie jedynie metod samooceny. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że makroangiopatia rozwija się już w okresie przedklinicznym cukrzycy. W tym kontekście depresyjność można rozumieć jako czynnik, który potęguje ryzyko rozwinięcia się powikłań oraz ich większego nasilenia u osób z innymi predyspozycjami do wystąpienia tej choroby.

Cukrzyca a lokalizacja poczucia kontroli

Wyniki licznych badań wskazują, że stopień stosowania się do zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę jest niezadowolający [23] *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs* (DAWN). Rezultaty międzynarodowych badań sugerują, że jedynie 33% chorych (w Polsce 30%) jest zadowolonych z poziomu własnej samokontroli [12].

Oryginalną definicję lokalizacji poczucia kontroli sformułowano w następujący sposób: „gdy wzmocnienie jest spostrzegane przez jednostkę jako występujące po jakimś jej działaniu, ale niebędące w całości uzależnione od tego działania, wtedy w naszych warunkach kulturowych wzmocnienie to spostrzegane jest jako rezultat szczęścia, zbiegu okoliczności, losu, jako narzucone przez innych ludzi lub w ogóle nieprzewidywalne ze względu na złożoność sił działających na człowieka. Taki sposób interpretacji wyników działania nazywa się poczuciem kontroli zewnętrznej. Jeżeli człowiek zauważa, że wzmocnienia są uzależnione od jego własnego działania lub od jego względnie trwałych właściwości, określa się to jako poczucie kontroli wewnętrznej” [24, 25]. Wzmocnienia te mogą mieć charakter zarówno pozytywny (w przypadku cukrzycy np. pochwała ze strony lekarza, zadowolenie ze skutecznego obniżenia masy ciała), jak i negatywny (np. pogorszenie wyrównania cukrzycy).

Tak rozumiane poczucie kontroli można traktować jako kontinuum, którego jednym biegunem jest zgeneralizowane poczucie kontroli zewnętrznej, a drugim zgeneralizowane poczucie kontroli wewnętrznej [26]. Poczucie kontroli zewnętrznej można dodatkowo podzielić na postrzeganie wpływu innych oraz wpływu przypadku czy losu [27].

Od umiejscowienia poczucia kontroli w dużym stopniu zależy to, czy dana osoba podejmie określone działania, czy też zrezygnuje, choć byłaby w stanie je wykonać [28], przy czym osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli okazują się na ogół bardziej sprawne i efektywne niż te z zewnętrznym [29, 30]. Wewnętrzna kontrola sprzyja także większemu nakładowi pracy włożonej w osiągnięcie zamierzonego celu i tym samym uzyskiwaniu lepszych efektów działań [31]. Można oczekiwać, że wśród chorych na cukrzycę osoby z wewnętrznym poczuciem kontroli będą lepiej wypełniać zalecenia terapeutyczne, a tym samym wyrównanie cukrzycy będzie u nich lepsze niż u osób z poczuciem kontroli zlokalizowanym na zewnątrz [32]. Ze względu na fakt, że cukrzyca typu 1 zwykle ujawnia się w znacznie młodszym wieku i niestosowanie się do zaleceń lekarskich w tej postaci choroby powoduje szybkie wystąpienie objawów zagrażających życiu, uzasadniona wydaje się również hipoteza, że te okoliczności wpływają na kształtowanie się wewnętrznej lokalizacji poczucia kontroli w większym stopniu niż wśród osób z cukrzycą 2 typu. Może się tak dzieć, dlatego że na początku choroby osoba z cukrzycą typu 1 ze względu na młody wiek jest na ogół bardziej związana z rodziną i tym samym uzyskuje od niej więcej wsparcia, a jej nawyki żywieniowe i związane z aktywnością fizyczną nie są jeszcze tak utarte, jak wśród chorych na cukrzycę typu 2.

Materiał i metody

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 57 osób — 28 mężczyzn (49,1%) i 29 kobiet (50,1%) — w tym 30 chorych na cukrzycę typu 1 w wieku 24–64 lat; średnia wieku = 42,5 (SD = 10,1) i 27 z cukrzycą typu 2 w wieku 44–65 lat; średnia = 56,2 (SD = 5,5), leczonych od minimum 5 lat [w grupie z typem 1: 5–44 lat; śr. = 21,3 (SD = 10,5), a w grupie z typem 2: 5–30 lat; śr. = 14,7 (SD = 7,1)]. Wszyscy byli leczeni insuliną (w grupie z cukrzycą typu 2 od min. roku).

Narzędzia

Lokalizację poczucia kontroli oceniano za pomocą:

- Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia — MHLC (autorzy: K.A. Wallston, B.S. Wallston i R. DeVellis w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego) — z dwóch równoważnych wersji wybrano wersję A jako lepiej przystającą do specyfiki chorych na cukrzycę (wskaźnik α -Cronbacha dla tej wersji wynosi: 0,74 dla *kontroli wewnętrznej* — W, 0,69 dla *przypadku* — P oraz 0,54 dla *wpływu innych* — I);
- Skali Introwersji-Ekstrawersji (I-E) Rottera [33] — robocza wersja tłumaczenia udostępniona przez Laboratorium Technik Diagnostycznych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego [34]. Poziom lęku i depresji mierzono za pomocą Skali Lęku i Depresji (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*) [27, 35]

Style radzenia sobie z chorobą oceniano za pomocą Krótkiej Metody Oceny Radzenia Sobie z Chorobą (autorzy: A. Kokoszka, A. Jodko, R. Radzio; α -Cronbach = 0,48 dla stylu zorientowanego na unikanie; 0,61 dla zorientowanego na emocje; 0,42 dla zorientowanego na rozwiązywanie problemu i 0,41 dla zorientowanego na poszukiwanie najlepszego rozwiązania).

Stężenie hemoglobiny glikowanej we krwi określano metodą reflektometryczną za pomocą aparatu NycoCard Reader 2.

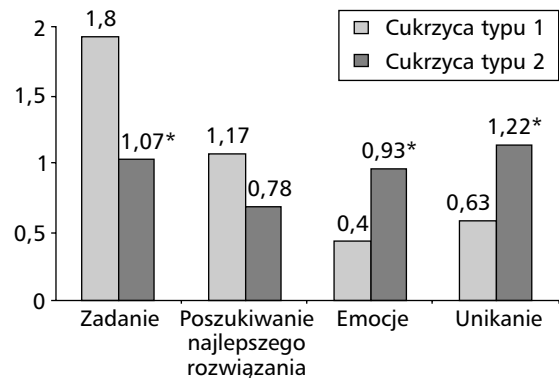
Procedura

Chorych poproszono o wzięcie udziału w badaniach podczas rutynowych wizyt u diabetologa. Badania miały charakter indywidualny. Najpierw proszono o wypełnienie kolejno kwestionariuszy dla skal MHLC, HADS i KMORSZCH, po czym mierzono stężenie hemoglobiny glikowanej. Skalę I-E rozesłano badanym pocztą po upływie około miesiąca od zakończenia pierwszego etapu badań.

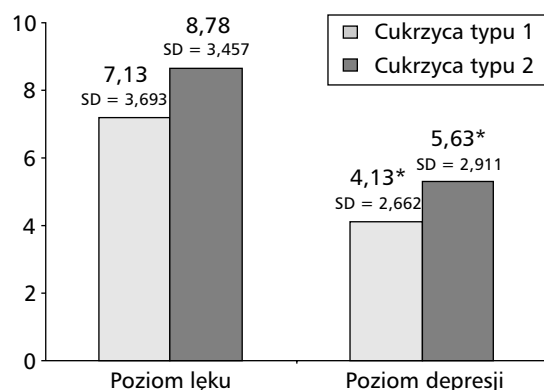
Wyniki

Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2

W grupach wyróżnionych ze względu na typ cukrzycy stwierdzono występowanie istotnych różnic w zakresie średnich częstości stosowania stylów „rozwiązywanie problemów” ($t_{(55)} = 2,797$; $p = 0,007$; $SD = 1,095$ dla typu 1 i 0,829 dla typu 2), „emocje i bierność” ($t_{(55)} = -2,241$; $p = 0,029$; $SD = 0,814$ i 0,958) oraz „unikanie” ($t_{(55)} = -2,615$; $p = 0,011$; $SD = 0,809$ i 0,892). Różnice średnich dla stosowania stylu „poszukiwanie najlepszego rozwiązania”



Rycina 1. Porównanie średnich częstości stosowania stylów radzenia sobie z chorobą w grupach wyróżnionych ze względu na typ cukrzycy (* $p < 0,05$; $n = 57$)



Rycina 2. Porównanie średnich poziomów lęku i depresji mierzonych za pomocą skal HADS w grupach wyróżnionych ze względu na typ cukrzycy (* $p < 0,05$; $n = 57$)

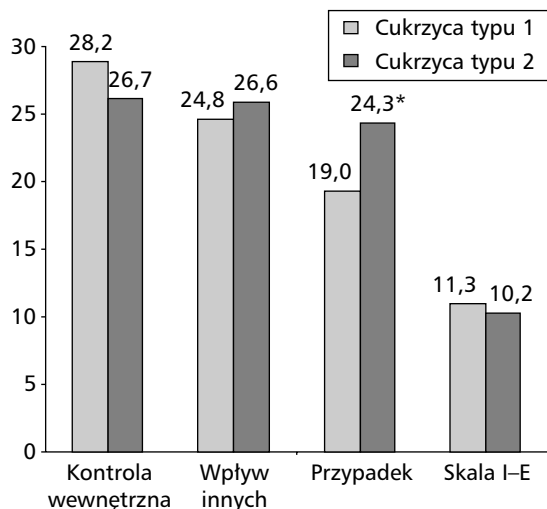
okazały się nieistotne ($t_{(50,261)} = 1,745$; $p = 0,087$; $SD = 0,986$ i 0,641). Różnice średnich dla obu grup przedstawiono na rycinie 1.

Stwierdzono różnicę w zakresie średnich wyników na skali depresji w grupach wyróżnionych ze względu na typ cukrzycy ($t_{(55)} = -2,027$; $p = 0,047$). Dla skali lęku wynik nie był istotny ($t_{(55)} = -1,73$; $p = 0,089$) (ryc. 2).

Stwierdzono istnienie różnicy średnich wyników w skali *przypadek* MHLC w grupach wyróżnionych ze względu na typ cukrzycy ($t_{(55)} = -3,045$; $p = 0,004$) (ryc. 3). Dla skal *kontrola wewnętrzna* i *wpływ innych* wyniki nie były istotne ($t_{(55)} = 0,916$; $p = 0,364$ dla skali *kontrola wewnętrzna* i $t_{(55)} = -1,023$; $p = 0,311$ dla skali *wpływ innych*). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic na skali I-E Rottera pomiędzy badanymi grupami.

Związki stylów radzenia sobie z chorobą ze stężeniem hemoglobiny glikowanej

Stwierdzono brak istotnych zależności między stosowaniem poszczególnych stylów radzenia sobie



Rycina 3. Porównanie średnich wyników w skalach MHLC oraz w skali I-E w grupach wyróżnionych ze względu na typ cukrzycy (* $p < 0,05$)

a stężeniem hemoglobiny glikowanej ($r = 0,137$; $p = 0,333$ dla stylu „skoncentrowany na zadaniu”, $r = 0,071$; $p = 0,618$ dla „zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań”, $r = -0,03$; $p = 0,832$ dla „skoncentrowany na emocjach” i $r = -0,191$; $p = 0,175$ dla „skoncentrowany na unikaniu”).

Związki między stylami radzenia sobie z chorobą a poziomami lęku i depresji

Stwierdzono istnienie istotnych umiarkowanych zależności między stosowaniem stylów „zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań” i „skoncentrowany na emocjach” oraz wynikami uzyskanymi z użyciem skal depresji i lęku kwestionariusza HADS. Ujemna korelacja między stosowaniem stylu „zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań” a poziomem lęku ($r = -0,373$; $p = 0,004$; $n = 57$) i depresji ($r = -0,352$; $p = 0,007$) świadczy o związku między wzrostem częstości stosowania tego stylu a obniżaniem się obserwowanych poziomów lęku i depresji. Analogicznie, dodatnia korelacja między stosowaniem stylu „skoncentrowany na emocjach” a wynikami na skalach lęku ($r = 0,37$; $p = 0,005$) i depresji ($r = 0,476$; $p = 0,001$) świadczy o związku między wzrostem obserwowanych poziomów lęku i depresji i wzrostem częstości stosowania tego stylu.

Stwierdzono istnienie słabego związku na poziomie tendencji między stosowaniem stylu „skoncentrowany na zadaniu” i wynikiem uzyskanym w skali depresji HADS ($r = -0,234$; $p = 0,079$), co świadczy o związku między zmniejszaniem się poziomu obserwowanych objawów lęku i depresji a wzrostem częstości stosowania tego stylu. Oprócz tego stwier-

dzono brak istotnych zależności między stosowaniem pozostałych stylów a wynikami w skalach HADS ($r = -0,079$; $p = 0,559$ dla lęku i „skoncentrowany na zadaniu”, dla stylu „skoncentrowany na unikaniu” odpowiednio $r = 0,069$; $p = 0,61$ dla lęku i $r = 0,121$; $p = 0,372$ dla depresji).

Związki między stylami radzenia sobie z chorobą a umiejscowieniem poczucia kontroli

Stwierdzono istotną umiarkowaną ujemną korelację między stosowaniem stylu „skoncentrowany na zadaniu” a wynikiem w skali *przypadek* MHLC ($r = -0,341$; $p = 0,009$; $n = 57$). Świadczy to o związku między wzrostem nasilenia tego stylu a zmniejszaniem przekonania o wpływie przypadku na stan zdrowia danej osoby.

Wykazano istotną umiarkowaną dodatnią korelację między stosowaniem stylu „skoncentrowany na emocjach” a wynikiem w skali *przypadek* MHLC ($r = 0,271$; $p = 0,004$; $n = 57$). Świadczy to o związku między wzrostem częstości stosowania tego stylu a nasilaniem się przekonania o wpływie przypadku na stan zdrowia danej osoby.

Stwierdzono istnienie słabej dodatniej korelacji na poziomie tendencji między stosowaniem stylu „skoncentrowany na emocjach” a wynikiem w skali *wpływ innych* MHLC ($r = 0,24$; $p = 0,07$; $n = 57$). Świadczy to o związku między wzrostem częstości stosowania tego stylu a nasilającym się przekonaniem o wpływie innych na stan zdrowia danej osoby.

Stwierdzono występowanie słabej dodatniej korelacji na poziomie tendencji między stosowaniem stylu „skoncentrowany na unikaniu” a wynikiem na skali *przypadek* MHLC ($r = 0,25$; $p = 0,061$; $n = 57$), co świadczy o związku między wzrostem częstości stosowania tego stylu a nasilaniem się przekonania o wpływie przypadku na stan zdrowia.

Dowiedziano istnienia słabej ujemnej korelacji na poziomie tendencji między stosowaniem stylu „skoncentrowany na unikaniu” a wynikiem na skali I-E Rottera ($r = -0,285$; $p = 0,071$; $n = 41$) — świadczy to o związku między wzrostem częstości stosowania tego stylu a przesuwaniem się umiejscowienia poczucia kontroli „ogólnej” na zewnątrz.

Wykazano słabą dodatnią korelację na poziomie tendencji między stosowaniem stylu „zorientowany na poszukiwanie najlepszych rozwiązań” a wynikiem w skali I-E Rottera ($r = 0,304$; $p = 0,053$; $n = 41$), co świadczy o związku między wzrostem częstości stosowania tego stylu a przesuwaniem się umiejscowienia poczucia kontroli „ogólnej” do wewnątrz.

Związki między stylami radzenia sobie a chorobą z danymi biograficznymi

Stwierdzono istnienie słabej ujemnej korelacji na poziomie tendencji między stosowaniem stylu „skoncentrowany na unikaniu” a czasem trwania choroby ($r = -0,253$; $p = 0,058$; $n = 57$). Oznacza to, że istnieje związek między wydłużeniem okresu choroby a obniżaniem się częstotliwości występowania tego stylu.

Nie wykazano innych zależności między stosowanymi stylami radzenia sobie z chorobą a badanymi zmiennymi.

Związki poziomów lęku i depresji ze stężeniem hemoglobiny glikowanej

Stwierdzono brak istotnych związków między stężeniem hemoglobiny glikowanej we krwi a wynikami w skalach lęku i depresji kwestionariusza HADS.

Związki poziomów lęku i depresji z umiejscowieniem poczucia kontroli

Stwierdzono występowanie istotnej umiarkowanej dodatniej korelacji między wynikiem w skali lęku HADS i wynikiem w skali *przypadek* MHLC ($r = 0,301$; $p = 0,023$; $n = 57$), co oznacza, że istnieje związek między zwiększeniem się obserwowanego poziomu lęku a wzrostem przekonania o wpływie przypadku na stan zdrowia.

Dowiedziano istotnej ujemnej korelacji między wynikiem w skali depresji HADS i wynikiem w skali I-E Rottera ($r = -0,322$; $p = 0,04$; $n = 41$). Oznacza to, że istnieje związek między wzrostem obserwowanego poziomu depresji a przesuwaniem się umiejscowienia poczucia kontroli „ogólnej” na zewnątrz.

Stwierdzono występowanie słabej ujemnej korelacji na poziomie tendencji między wynikiem w skali depresji i wynikiem w skali *kontrola wewnętrzna* MHLC ($r = -0,237$; $p = 0,076$, $n = 57$) — oznacza

to, że istnieje związek między nasilaniem się przekonania o własnym wpływie na stan zdrowia a obniżaniem się obserwowanego poziomu depresji.

Wykazano brak innych istotnych związków między wynikami w skalach HADS a wynikami w skalach MHLC oraz skali I-E.

Związki poziomu lęku i depresji z danymi biograficznymi

Stwierdzono istnienie słabej dodatniej korelacji na poziomie tendencji między czasem trwania choroby a wynikiem w skali depresji ($r = 0,235$; $p = 0,079$; $n = 57$), co znaczy, że istnieje związek między wzrostem obserwowanego poziomu depresji a czasem trwania choroby.

Nie stwierdzono innych związków między wynikami w skalach HADS a badanymi danymi.

Lokalizacja poczucia kontroli w cukrzycy typu 1 i typu 2

Obecnie nie ma polskich norm służących do oceny wyników zastosowanych skal. W tej sytuacji pewną pomoc w ocenie uzyskanych wyników w skali MHLC stanowią zamieszczone w poniższej tabeli dane dotyczące wyników skali uzyskanych przez mieszkańców dużego miasta [27].

Średnie wyniki w skalach MHLC oraz I-E wraz z odchyleniami standardowymi zawarto w tabeli 1.

Jak wynika z powyższej tabeli, o ile różnice w wynikach uzyskanych w skali *kontrola wewnętrzna* między chorymi na cukrzycę a populacją mieszkańców dużego miasta są niewielkie, to już w skalach *wpływ innych* i *przypadek* są znacznie wyraźniejsze. Chorzy na cukrzycę typu 2 są bardziej przekonani o wpływie innych na swój stan zdrowia niż pacjenci z cukrzycą typu 1. Jednocześnie obie te populacje wykazują o wiele wyższe przekonanie o wpływie innych

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe dla skal MHLC [*por. 27]

	Typ	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Wynik w skali <i>kontrola wewnętrzna</i> MHLC	1	30	28,2	5,69
	2	27	26,7	6,34
Mieszkańcy dużego miasta*			28,4	4,56
Wynik w skali <i>wpływ innych</i> MHLC	1	30	24,8	6,59
	2	27	26,6	6,36
Mieszkańcy dużego miasta*			20,0	5,58
Wynik w skali <i>przypadek</i> MHLC	1	30	19,0	6,67
	2	27	24,3	6,24
Mieszkańcy dużego miasta*			17,5	5,66

MHLC (*Multidimensional Health Locus of Control Scale*) — Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia

osób niż w populacji mieszkańców dużego miasta. Analogicznie wygląda sytuacja z przekonaniem o roli przypadku, przy czym różnica między chorymi na cukrzycę typu 2 jest znacznie wyższa niż między chorymi na cukrzycę typu 1 a populacją mieszkańców dużego miasta.

Związki umiejscowienia poczucia kontroli z danymi biograficznymi

Stwierdzono istotną umiarkowaną zależność między wynikiem w skali *przypadek* a wiekiem badanych ($r = 0,41$; $p = 0,002$). Oznacza to, że wraz z wiekiem badanych wzrasta przekonanie o wpływie przypadku na stan zdrowia.

Nie wykazano innych znaczących i istotnych statystycznie korelacji między wynikami w podskalach MHLC i skali I-E Rottera oraz wiekiem i czasem trwania choroby.

Związki lokalizacji poczucia kontroli ze stężeniem hemoglobiny glikowanej

Stwierdzono istnienie słabej dodatniej korelacji na poziomie tendencji między stężeniem hemoglobiny glikowanej i wynikiem w skali *wpływ innych* MHLC ($r = 0,259$; $p = 0,063$; $n = 52$) — świadczy to o istnieniu związku między wzrostem przekonania o wpływie innych na stan zdrowia a pogarszaniem się wyrównania cukrzycy określanego za pomocą stężenia hemoglobiny glikowanej.

Nie dowiedziono innych istotnych zależności stężenia hemoglobiny glikowanej ze skalami: *kontrola wewnętrzna* MHLC ($r = 0,115$; $p = 0,418$), *wpływ innych* MHLC ($r = 0,259$; $p = 0,063$), *przypadek* MHLC ($r = -0,024$; $p = 0,063$) oraz skalą I-E Rottera ($r = -0,194$; $p = 0,257$).

Analiza związku stężenia hemoglobiny glikowanej z badanymi danymi

Stwierdzono brak istotnych związków stężenia hemoglobiny glikowanej z wynikami w skalach *kontrola wewnętrzna* i *przypadek* MHLC, z wynikami na skalach KMORSZCH, wynikiem w skali I-E Rottera oraz z typem cukrzycy, czasem trwania choroby i wiekiem osoby badanej.

Dyskusja

Średnie wyniki w podskali kontroli wewnętrznej są zbliżone do średnich w populacji osób dorosłych z dużego miasta [27], a wyniki w podskalach *wpływ innych* i *przypadek* znacznie wyższe, zwłaszcza u osób z cukrzycą typu 2, co sugeruje, że w tej grupie chorych znacznie obniżone jest poczucie własnego wpływu na życie, z przebiegiem cukrzycy

włącznie. Może to być wyrazem egotyzmu atrybucyjnego, czyli skłonności do przypisywania sobie sukcesów, a niepowodzeń czynnikiem zewnętrznym [30] — być może łatwiej zracjonalizować wystąpienie negatywnych objawów cukrzycy, tłumacząc je przypadkiem, a nie własnymi zaniedbaniami.

Innym wyjaśnieniem tego faktu może być zaobserwowana przez Juczyńskiego [27] zależność, że wraz z wiekiem maleje poczucie znaczenia kontroli wewnętrznej nad przebiegiem zdrowia, wzrasta zaś przekonanie o wpływie innych i roli przypadku. Założenie to potwierdzałyby zaobserwowane zależności między wynikiem na skali *przypadek* a wiekiem osób badanych.

Style radzenia sobie najsilniej korelują ze skalą *przypadek* kwestionariusza MHLC — osoby nastawione bardziej zadaniowo, czyli stosujące styl polegający na rozwiązywaniu problemów, są o wiele bardziej przekonane o tym, że mają wpływ na swój stan zdrowia. I odwrotnie: poczucie wpływu przypadku na stan zdrowia łączy się ze stosowaniem stylów opartych na emocjach i bierności oraz unikaniu. Pojawia się pytanie, co jest przyczyną, a co skutkiem — być może osoby przekonane o tym, że ich stan zdrowia jest wynikiem przypadku, nie mają potrzeby poszukiwania lepszych sposobów kontrolowania choroby i w efekcie reagują unikaniem walki z problemami lub skupiają się na emocjach, odsuwając w ten sposób od siebie odpowiedzialność. Bardziej prawdopodobne wydaje się jednak, że gdy podczas długiej walki z chorobą pogarsza się stan zdrowia i wyrównanie cukrzycy, maleje motywacja do poszukiwania efektywniejszych dróg, skoro być może w mniemaniu chorego i tak nie przynosi to efektów. Może to potwierdzić zależność między stylem opartym na unikaniu a czasem trwania choroby — im dłużej trwa choroba, tym częściej pojawia się ten styl. Może się to wiązać ze specyfiką cukrzycy — na psychikę chorego silniej oddziałują krótsze okresy pogorszenia stanu zdrowia niż dłuższe okresy wyrównania i tym samym dobrego samopoczucia.

Przekonanie o wpływie przypadku na własne zdrowie u chorych na cukrzycę wiąże się z wyższymi poziomami lęku i depresji — osoby przekonane o własnym wpływie na wyrównanie cukrzycy niewątpliwie lepiej radzą sobie z lękiem niż te, które nie postrzegają takiego wpływu. Wiążąca się z przekonaniem o własnym wpływie możliwość działania jest czynnikiem pozwalającym zmniejszyć poczucie lęku wynikające z obaw przed pogorszeniem stanu zdrowia. Potwierdza to zależność między poziomem lęku a stosowaniem strategii polegających na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania — częstsze sto-

sowanie tej strategii wiąże się z niższym poziomem lęku. I odwrotnie — stosowanie strategii polegającej na skupianiu się na emocjach i bierności wiązało się u badanych z wyższym poziomem lęku. Analogicznie wyglądała sytuacja z poziomem depresji, który był niższy u osób poszukujących najlepszego rozwiązania, a wzrastał wraz z częstością stosowania strategii opartej na emocjach i bierności.

Częste stosowanie przez chorych na cukrzycę mniej adaptacyjnych stylów radzenia sobie z chorobą, niższe niż w populacji ogólnej przekonanie o własnym wpływie na stan zdrowia oraz wysokie poziomy lęku i depresji sugerują konieczność stosowania diagnozy i terapii psychologicznej dla uzyskania lepszych wyników w walce z chorobą. Ponadto, porównanie grup chorych wyróżnionych na podstawie typu cukrzycy ujawniło częstsze stosowanie mniej adaptacyjnych stylów radzenia sobie z chorobą u osób z cukrzycą typu 2. W grupie tej zaobserwowano także wyższy poziom objawów depresji oraz silniejsze przekonanie o wpływie przypadku na stan zdrowia. Pozwala to przypuszczać, że pacjenci z cukrzycą typu 2 gorzej radzą sobie ze swoją chorobą niż osoby z cukrzycą typu 1 i tym samym bardziej potrzebują wsparcia.

Wnioski

1. Nie potwierdzono hipotezy, że u pacjentów z cukrzycą typu 1 ze względu na wcześniejszy początek choroby i bliższe w czasie ewentualne ostre skutki zaniedbań terapii (hipoglikemia, kwasica ketonowa), kontrola będzie przesunięta bardziej do wewnątrz niż u chorych z cukrzycą typu 2.
2. Chorzy na cukrzycę typu 2 są bardziej przekonani o wpływie przypadku na ich stan zdrowia niż osoby z cukrzycą typu 1. Wyższe są u nich także poziomy lęku i depresji.
3. Silniejsze przekonanie o wpływie przypadku na stan zdrowia wiąże się ze stosowaniem mniej adaptacyjnych stylów radzenia sobie opartych na emocjach i unikaniu.
4. Chorzy stosujący mniej adaptacyjne style radzenia sobie oparte na emocjach i unikaniu częściej wykazują wyższy poziom lęku i depresji niż osoby, które stosują style bardziej adaptacyjne.
5. Osoby z cukrzycą typu 2 wymagają większego wsparcia psychoterapeutycznego niż pacjenci z cukrzycą typu 1.

PIŚMIENNICTWO

1. Lo R., MacLean D.: The dynamics of coping and adapting to the impact when diagnosed with diabetes. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation* 2001; 19 (2): 26–32.

2. Turan B., Osar Z., Molzan Turan J., Damci T., Ilkova H.: The role of coping in adherence to treatment regimen and disease control in type 1 and insulin treated type 2 diabetes mellitus. *Diabet. Metab.* 2002; 28: 186–193.
3. Auerbach S.M.: Should patients have control over their own health care?: empirical evidence and research issues. *Ann. Behav. Med.* 2000; 22: 246–259.
4. Auerbach S.M., Pegg O.P.: Appraisal of desire for control over healthcare: structure, stability, and relation to health locus of control and to the "Big Five" personality traits. *J. Health Psychology* 2002; 7 (4): 393–408.
5. Peyrot M., Rubin R.R.: Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care* 1997; 20 (4): 585–590.
6. Kokoszka A., Jodko A., Radzio R.: Krótka Metoda Oceny Radzenia Sobie z Chorobą. Geneza i opis roboczej wersji metody. *Przewodnik Lekarza* 2003; 10: 39–46.
7. Karlsen B., Bru E.: Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine* 2002; 7 (3): 245–259.
8. Bąk-Sosnowska M.: Choroby przewlekłe — dlaczego zmieniają życie i jak sobie z nimi radzić? Źródło: <http://www.poradnik-medyczny.pl/mod/archiwum/4890.html>, 2004.
9. Livneh H., Antonak F.: Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a primer for counselors. *Journal of Counseling & Development* 2005; 83: 12–20.
10. Hörnsten A., Norberg A., Lundman B.: Psychosocial maturity among people with diabetes mellitus. *J. Clin. Nurs.* 2002; 11: 777–784.
11. Reykowski J.: Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1996.
12. Kokoszka A., Santorski J.: Psychodiabetologia dla lekarzy: postępowanie psychoterapeutyczne w cukrzycy. Marketing and Media, Warszawa 2003.
13. Lazarus R.S., Folkman S.: Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984; 141.
14. Cosway R., Endler N.S., Sadler A.J., Deary I.J.: The coping inventory for stressful situations: factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *J. Appl. Biobehav. Res.* 2000; 5 (2): 121–143.
15. Endler N.S., Parker J.D.A.: Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990; 58: 844–854.
16. Kokoszka A.: Schemat psychoterapeutycznej diagnozy i interwencji psychoterapeutycznych w praktyce ogólnolekarskiej. *Przewodnik Lekarza* 2004, 5: 60–69.
17. Cox D.J., Gonder-Frederick L.: Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60 (4): 628–638.
18. Gavard J.A., Lustman P.J., Clouse R.E.: Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16 (8): 1167–1178.
19. Lustman P.J., Clouse R.E., Alrakawi A., Rubin E., Gelenberg A.J.: Treatment of major depression in adults with diabetes: a primary care perspective. *Clinical Diabetes* 1997; 15: 122–126.
20. Rubin H.C., Rapaport M.H., Levine B. i wsp.: Quality of well being in panic disorder: the assessment if psychiatric and general disability. *J. Affect. Disord.* 2000; 57 (1–3): 217–221.
21. Hepertz S., Albus C., Wagener R. i wsp.: Comorbidity of diabetes and eating disorders. Does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care* 1998; 21 (7): 1110–1116.
22. Black S.A., Markides K.S., Ray L.A.: Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26 (10): 2822–2828.

23. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO, 2003, Geneva.
24. Rotter J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs (General Applied)* 1966; 80: 1–28
25. Szmigielska B.: Cechy osobowości a poczucie kontroli wzmocnień. *Przegląd Psychologiczny* 1980; 23, 2: 271–279.
26. Drwal R.Ł.: Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli. *Studia Psychologiczne* 1979; 18, 1: 67–84.
27. Juczyński Z.: Wielowymiarowa skala umiejscowienia kontroli zdrowia — MHLIC. W: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
28. Majewicz P.: Koncepcja samego siebie a umiejscowienie poczucia kontroli u młodzieży z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Psychologia Wychowawcza* 1998; 2: 153–162.
29. Gliszczyńska X.: Konkretność i ogólność poczucia kontroli. *Przegląd Psychologiczny* 1990; 33, 3: 597–613.
30. Kofta M.: Poczucie kontroli, złudzenia na temat siebie a adaptacja psychologiczna. W: Kofta M., Szutrowa T. (red.): Złudzenia, które pozwalają żyć. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2001.
31. Zimbardo P.G., Weber A.L., Johnson R.L.: Psychology. Core concepts. Allyn and Bacon, New York 2003.
32. Gillibrand W., Flynn M.: Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34 (4): 501–510.
33. Rotter J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 1966; 80 (1): 1–28.
34. Karyłowski J.: Skala I-E Rottera. Materiał niepublikowany (dostępny w Laboratorium Technik Diagnostycznych Wydz. Psych. UW).
35. Zigmond A.S.: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67 (6): 361–370.