

# **Skuteczność samokontroli a poziom lęku i depresji u młodzieży chorej na cukrzycę insulinozależną**

**Basińska Beata**

Wydział Zarządzania i Ekonomii, Politechnika Gdańska

**Zdrowie Psychiczne, Volume 3-4, 1998, pp. 157-163**

## **Wprowadzenie**

Spośród wielu zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego najczęściej psychologicznych problemów u młodzieży stwarza cukrzyca (Golczyk-Wojnar, 1989). W okresie dojrzewania obserwuje się bunt przeciwko reżimowi, jaki niesie choroba związany z jej przebiegiem, długotrwałością leczenia oraz koniecznością samokontroli. Młodzież nie akceptuje choroby, nie przestrzega diety, a czasami nie podaje sobie insuliny, co stwarza konflikty pomiędzy dzieckiem, rodzicami i lekarzem. Styl życia w cukrzycy wymaga znacznego zrównoważenia emocjonalnego, większego poczucia bezpieczeństwa, wsparcia ze strony bliskich i przyjaciół oraz ograniczenia stresów. Hierarchia wartości i cele życiowe zwykle podporządkowane są chorobie (Zdzieniecka, 1991). Integracja osobowości i krytyczne nastawienie do rzeczywistości wiążą się z pozytywną adaptacją do choroby.

W przebiegu choroby podkreśla się znaczenie czynników stresowych, pod wpływem których dochodzi do hiperglikemii emocjonalnej (wysoki poziom cukru we krwi w stanie napięcia emocjonalnego). Jej częste powtarzanie się powoduje obniżenie skuteczności radzenia sobie z chorobą, co jest widoczne w podwyższeniu się wskaźników medycznych, między innymi hemoglobiny glikozylowanej. W wielu badaniach podejmowano próbę odpowiedzi na pytanie: z czym związane jest słabsze przystosowanie do choroby? Najczęściej korelowało ono z obniżoną samooceną, większymi objawami depresji oraz niedostatecznym

poziomem samokontroli (Littlefield i in., 1992). Pacjentów, u których stwierdzano podwyższony poziom hemoglobiny glikozylowanej, cechowało wyższe natężenie neurotyzmu (Gordon i in., 1993). Dorośli chorujący na cukrzycę insulinozależną mieli istotnie większy lęk przed hipoglikemią niż osoby z cukrzycą typu II, który znacząco korelował głównie z lękiem osobowościowym (Polonsky i in., 1992). Wsparcie społeczne wyraźnie modulowało poziom depresji i radzenia sobie z chorobą. Kobiety, częściej niż mężczyźni, prezentowały patologiczne symptomy depresji. U mężczyzn natomiast częściej występowało obniżone poczucie bezpieczeństwa i symptomy obsesyjne. Depresyjne sposoby reagowania charakteryzowały pacjentów z powikłaniami takimi jak neuropatia, retinopatia, nadciśnienie i impotencja. W grupie osób dorosłych skuteczność samokontroli nie była związana z wiekiem, zatrudnieniem i statusem społecznym (Winocour i in., 1990).

Celem niniejszej pracy jest określenie wpływu natężenia depresji i lęku na skuteczność samokontroli w cukrzycy insulinozależnej.

#### Badana grupa

W badaniu wzięło udział 47 pacjentów (23 dziewczęta i 24 chłopcy) Wojewódzkiej Przychodni Diabetologicznej dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku. Są to osoby, które chorują na cukrzycę insulinozależną przeciętnie od 6 lat i 7 miesięcy (rozstęp 0.5-16 lat). Badani są mieszkańcami województwa gdańskiego. Uczą się w różnych typach szkół średnich. Przeciętny wiek wynosił 17 lat 11 miesięcy (rozstęp 14.9-23.6).

### Metody

W badaniu wykorzystano do pomiaru poziomu depresji Kwestionariusz Becka (Beck Depression Inventory), a do pomiaru natężenia lęku Kwestionariusz Spielbergera STAI w adaptacji Wrześniewskiego. W celu określenia stopnia skuteczności samokontroli posłużono się wynikami badania hemoglobiny glikozylowanej (Hb<sub>1c</sub>), świadczącymi o wyrównaniu poziomów cukru we krwi w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Przyjęto trzy poziomy prawidłowości samokontroli w cukrzycy: dobry (Hb<sub>1c</sub> < 8.5), wystarczający (8.6 < Hb<sub>1c</sub> < 10.5) oraz niedostateczny (Hb<sub>1c</sub> > 10.6).

W analizie statystycznej (program Statgrafics 4.0) zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana oraz test Manna-Withneya do badania różnic między grupami.

## Wyniki

Poziom depresji w grupie młodzieży chorej na cukrzycę kształtował się na niskim poziomie, a lęku osobowościowego i sytuacyjnego na umiarkowanym. Skuteczność samokontroli przeciętnie była wystarczająca (tabela nr 1).

Tabela nr 1. Wyniki osób chorych na cukrzycę

Zmienna	Średnia	Odchylenie stand.	Rozstęp
Depresja	8.49	6.13	0-22
Lęk osobowościowy	40.12	7.95	28-65
Lęk sytuacyjny	39.38	9.99	23-70
HbA1c	10.27	2.50	6.0-16.1
Staż choroby	6.5	2.97	0.6-16.3

Zależność pomiędzy depresją, lękiem sytuacyjnym i lękiem osobowościowym była bardzo wyraźna. Stwierdzono, że wraz z natężeniem objawów depresyjnych rośnie poziom lęku osobowościowego ( $r = 0.70$ ,  $p < 0.01$ ) i umiarkowanie nasila się poziom lęku sytuacyjnego ( $r = 0.50$ ,  $p < 0.01$ ). Natężenie symptomów depresji wyraźnie, lecz mało korelowało z poziomem samokontroli mierzonym badaniem hemoglobiny glikozylowanej ( $r = 0.29$ ,  $p < 0.05$ ). Należy podkreślić fakt, że niedostateczna samokontrola istotnie korelowała wyłącznie z obniżonym nastrojem.

Płeć nie była czynnikiem różnicującym cechy psychologiczne młodzieży chorującej na cukrzycę. Dziewczęta prezentowały nieznacznie niższy nastrój i większe natężenie lęku osobowościowego niż chłopcy. Poziom lęku sytuacyjnego był u nich nieco niższy. Tak jak w analizie całościowej grupy, słabsze parametry osobowościowe miały swój wyraz w gorszym wyrównaniu choroby (tabela nr 2). Grupa badanych dziewcząt wykazywała tendencję do gorszej samokontroli niż grupa chłopców ( $p < 0.1$ ).

Tabela nr 2. Płeć a średnie poziomy lęku, depresji i samokontroli u młodzieży chorej na cukrzycę

	Kobiety		Mężczyźni		Poziom istotności
	Średnia	Odchylenie stand.	Średnia	Odchylenie stand.	
Depresja (BDI)	9.61	5.66	7.42	6.46	0.125
Lęk cecha (STAI1)	41.48	8.17	38.79	7.66	0.291
Lęk stan (STAI2)	38.04	9.44	40.66	10.53	0.469
HbA1c	10.75	2.13	9.81	2.77	0.103*
Staż choroby	6.52	3.04	6.50	2.96	0.669

\* poziom istotny statystycznie

Osoby prezentujące dobry poziom samokontroli nie różniły się pod względem objawów depresji oraz poziomu lęku. Zauważono tendencję nasilania się objawów depresji u badanych ze źle wyrównaną cukrzycą ( $p < 0.1$ ). Młodzież prawidłowo samokontrolująca się chorowała krócej niż osoby z niedostatecznym ( $p < 0.05$ ) oraz wystarczającym ( $p < 0.05$ ) poziomem samokontroli (tabela nr 3).

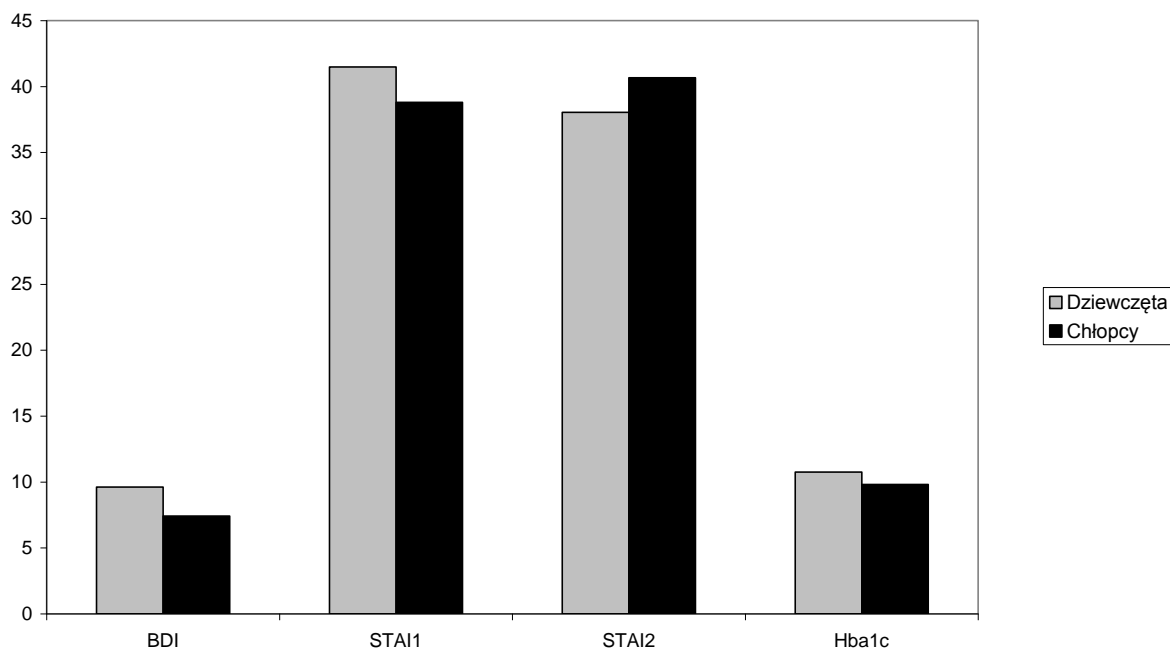
Tabela nr 3. Poziom samokontroli a poziom depresji, lęku oraz staż choroby u młodzieży chorej na cukrzycę.

Zmienna	Poziom samokontroli			Poziom istotności
	Dobry	Wystarczający	Niedostateczny	
	(n = 13)	(n = 11)	(n = 23)	
Depresja (BDI)	6.23	7.45	10.26	0.1*
Lęk cecha (STAI1)	40.61	38.90	40.39	n.i.
Lęk stan (STAI2)	40.92	37.18	39.56	n.i.
Staż choroby	4.8	7.5	6.9	0.02a 0.03b

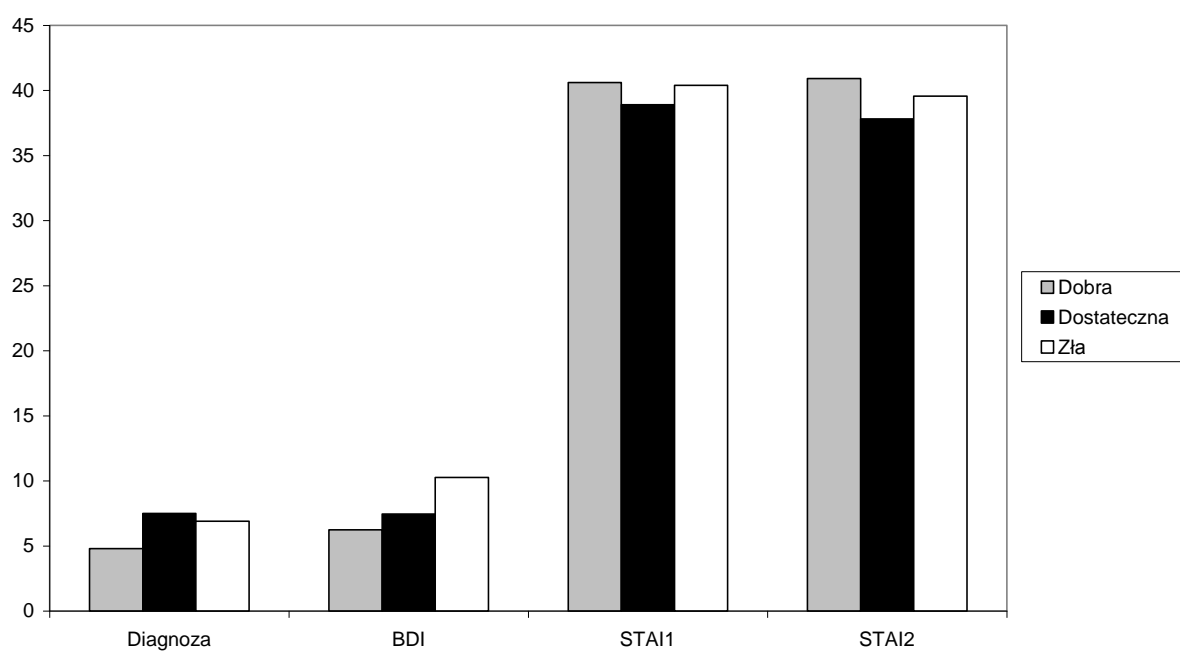
a - grupa z dobrym i niedostatecznym poziomem samokontroli

b - grupa z dobrym i wystarczającym poziomem samokontroli

## Płeć a zmienne psychologiczne



## Samokontrola w cukrzycy



## Dyskusja

Płeć nie była czynnikiem różnicującym adolescentów w poziomie sam kontroli, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi przez Polonsky i współautorów (1992). Istnieje jednak tendencja do gorszego radzenia sobie z chorobą wśród dziewcząt. Może być to związane z

negatywną antycypacją przyszłości, zwłaszcza w zakresie spełniania się w roli kobiety (problem macierzyństwa). Z drugiej strony u kobiet spostrzega się częstsze stosowanie strategii emocjonalnych, co wyraża się podwyższonym poziomem lęku lub obniżeniem nastroju. Dłuższy staż chorowania dodatnio korelował z gorszą adaptacją reżimu wymuszanego przez cukrzycę. Wyrazem tego jest nasilenie symptomu osoby chorej. Wewnętrzność spostrzeganej przyczyny braku kontroli nasila negatywne emocje podmiotu zwłaszcza wyrażone symptomami depresji. Na uwagę zasługuje fakt dwukierunkowości relacji pomiędzy cechami osobowości i skuteczności samokontroli, co może uruchamiać mechanizm błędnego koła w narastaniu negatywnych objawów i nasilaniu się niekorzystnych sytuacji.

Niektórzy autorzy (Gordon i in., 1993; Littlefield i in., 1992) dowodzą, że zachodzi wyraźna relacja pomiędzy skutecznością w dostosowaniu się do reżimu choroby a samooceną, neurotyzmem i depresją. W znacznie mniejszym stopniu uwidacznia się w powiązaniu z natężeniem lęku. Wskazuje to na istnienie związku pomiędzy poziomem samokontroli a strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych, odpornością na stres oraz integracją osobowości.

### **Wnioski**

1. Poziom depresji w grupie młodzieży chorej na cukrzycę jest silnie związany z natężeniem lęku osobowościowego i umiarkowanie z poziomem lęku sytuacyjnego.
2. Gorszy poziom samokontroli korelował z dłuższym stażem chorobowym oraz z nasileniem objawów depresji.
3. Płeć nie różnicowała badanej młodzieży w zakresie cech osobowościowych.

### **Piśmiennictwo**

1. A. Golczyk-Wojnar: Zaburzenia psychiczne w niektórych przewlekłych chorobach somatycznych i endokrynopatiach. [w:] A. Popielarska (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. Warszawa, PZWL, 237-246.
2. D. Gordon, S.G. Fisher, M. Wilson, E. Fergus, K.R. Paterson, C.G. Semple: Psychological factors and their relationship to diabetes control. *Diabetic Medicine* 1993, 10(6): 530-534.
3. C.H. Littlefield, G.M. Rodin, M.A. Murray, J.L. Craven: Influence of functional

- impairment and social support on depressive symptoms in person with diabetes. *Health Psychology* 1990, 9(6): 737-749.
4. Ch. Littlefield, J.L. Craven, G.M. Rodin, D. Daneman, M.A. Murray, A.C. Rydall: Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents. *Diabetes Care* 1992, 15(1): 90-94.
  5. W.H. Polonsky, C.L. Davis, A.M. Jacobson, B.J. Andersen: Correlates of hypoglycemic fear in type I and type II diabetes mellitus. *Health Psychology* 1992, 11(3): 199-202.
  6. P.H. Winocour, C.J. Main, G. Medlicott, D.C. Anderson: A psychometric evaluation of adult patients with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus: prevalence of psychological dysfunction and relationship to demographic variables, metabolic control and complications. *Diabetes Research* 1990, 14(4): 171-176.
  7. B. Wojciszke: Psychologia społeczna, system poznawczy i procesy spostrzegania ludzi. Skrypty Uczelniane Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1986.
  8. A.M. Zdzieniecka: Psychologiczne problemy pacjentów chorych na cukrzycę. *Zdrowie Psychiczne*, 1991, 173-181.