

IWONA KOCEMBA

Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii UŁ

WSPARCIE SPOŁECZNE A KONTROLA POZIOMU CUKRU WE KRWI W CUKRZYCY TYPU 2

WPROWADZENIE

Cukrzyca jest chorobą nieuleczalną. Chorują na nią ludzie w różnym wieku: dzieci, młodzież, dorośli i osoby w starszym wieku. Leczenie polega przede wszystkim na wyrównaniu cukrzycy, czyli na utrzymaniu poziomu cukru we krwi na odpowiednim poziomie. Ale leczenie przysparza wielu problemów, często mimo przestrzegania zaleceń lekarskich leczenie jest nieefektywne. Zaczęto poszukiwać przyczyn takiego stanu rzeczy i zwrócono uwagę na rolę czynników psychologicznych, które mogą utrudniać proces leczenia.

W literaturze podkreśla się rolę takich czynników, jak depresja (Trief, Ouimette i in., 2006; Gross, Olfson i in., 2005; Lustman, Clouse, 2005), lęk (Anderson, Grigsby i in., 2002; Lane, McCaskill i in., 2000), funkcjonowanie poznawcze (Munshi, Grande i in., 2006; Mogi, Umegaki i in., 2004), a ostatnio również poczucie koherencji (Cohen, Kanter, 2004) – jako czynników mogących utrudniać wyrównanie metaboliczne.

J. Rodin i P. Salovey (1997) zauważają, że schorzenia somatyczne i psychiczne występują częściej w społeczeństwach, gdzie więzi i sieć powiązań łączących ludzi jest naruszona. W związku z tym wydaje się, że wsparcie otrzymywane od innych powinno wpływać pozytywnie na stan zdrowia i przystosowanie do choroby. Dlatego badacze coraz więcej uwagi zaczęli poświęcać roli, jaką pełni wsparcie społeczne w leczeniu cukrzycy (Whittemore i in., 2005; Epple i in., 2003; Gilden i in., 1992; Griffith i in., 1990).

Cukrzyca jako choroba przewlekła zmienia – czasami nawet w sposób drastyczny – dotychczasową sytuację pacjenta i w dużym stopniu ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie normalnych zadań. Co więcej, prawidłowy przebieg leczenia w dużym stopniu zależy od samego chorego, czyli m. in. od ścisłego

stosowania się do zaleceń lekarza, prowadzenia systematycznej samokontroli, stosowania odpowiedniej diety, dozowania wysiłku fizycznego (Filipkowski, Rabajczyk, 1992). W cukrzycy pacjent musi przyzwyczaić się do regularności w swoim codziennym życiu. Wielu pacjentom wprowadzenie takich zmian nie przychodzi łatwo. Wydaje się, że w takiej sytuacji duże znaczenie dla lepszego samopoczucia i wzbudzaniu motywacji do leczenia będzie odgrywało wsparcie, jakie osoba otrzymuje od najbliższego otoczenia.

Szukaniem odpowiedzi na pytanie, czy wsparcie może mieć związek ze stanem zdrowia diabetyków, zajęli się M. Westaway i in. (2005). Rezultaty ich badań ukazują, że pacjenci z niskim poziomem wsparcia społecznego charakteryzowali się gorszymi wynikami ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia niż pacjenci z wysokim poziomem wsparcia. Badania prowadzone wśród kobiet chorych na cukrzycę (Whittemore i in., 2005) pokazują, że pacjentki, które odczuwały silne wsparcie społeczne, lepiej radziły sobie z wyrównaniem poziomu glukozy niż te, które sygnalizowały niedostateczne wsparcie. We wcześniejszych badaniach P. D. Ragonesi i in. (1998) również stwierdzili, że istnieje związek między niskim poczuciem wsparcia a słabą kontrolą cukru we krwi. Podobne wyniki otrzymali C. Epple i in. (2003). Badali oni rolę wsparcia uzyskiwanego od najbliższej rodziny w wyrównaniu cukrzycy. Zbadali 163 dorosłych diabetyków i wyniki pokazują, że jeżeli pacjenci otrzymują satysfakcjonujące wsparcie od najbliższych, to wzrasta u nich motywacja do leczenia i – co za tym idzie – poprawiają się ich parametry zdrowotne (m. in. wyrównanie metaboliczne mierzone HbA1c). Wcześniejsze badania (Griffith i in., 1990) również pokazują, że u diabetyków, którzy odczuwają niski poziom wsparcia, znacząco podwyższał się poziom HbA1c, wskazujący na problemy z wyrównaniem choroby, natomiast u osób z wysokim poziomem wsparcia zjawiska tego nie zaobserwowano. Również w innych doniesieniach z badań można znaleźć wyniki, które pokazują, że gdy do procesu leczenia włączy się rodzinę, która wspiera pacjenta, można poprawić funkcjonowanie chorych na cukrzycę typu 2 (Wen i in., 2004; Albright i in., 2001).

Ale wsparcie społeczne niekoniecznie musi pochodzić od najbliższej rodziny. Wiele wyników badań wskazuje, że doskonałym źródłem wsparcia może być grupa wsparcia. Sprawdzeniem, czy spotkania grupowe mogą mieć związek z poprawieniem kontroli metabolicznej, zajęli się M. Trento i in. (2001). Wyniki ich badań pokazują, iż poziom hemoglobiny glikozylowanej, mierzącej poziom wyrównania glukozy we krwi u pacjentów uczestniczących w spotkaniach grupowych był istotnie niższy niż u pacjentów, którzy odbywali spotkania indywidualne z personelem medycznym. Zatem uzyskane wyniki sugerują, że istnieje pozytywny związek między wsparciem, jakie daje grupa, a niższym poziomem cukru we krwi. W Polsce podobne badania były prowadzone przez J. Nowakowską i J. Sieradzkiego (2000). Badali oni uczestników grup wsparcia, którzy ujawniali psychologiczne problemy w związku

z chorobą, najczęściej chodziło o problemy z wyrównaniem metabolicznym. Uzyskane wyniki pokazują, że efektywność tych spotkań była bardzo wysoka, tylko u 2% uczestników nie zaobserwowano zadowalającej poprawy w zakresie wyrównania poziomu cukru we krwi. Pod koniec lat 90. M. L. Oren i in. (1996) przeprowadzili badania, których wyniki wskazują, że uczestnictwo w grupie wsparcia sprzyja obniżaniu współczynnika HbA1c, czyli lepszemu wyrównaniu choroby.

Powyższe rozważania można podsumować słowami G. Mietzela (1998, s. 341): „wsparcie społeczne nie może wprawdzie zastąpić skutecznego leczenia, w dużej mierze chroni jednak przed niekorzystnymi wpływami codziennych obciążeń i krytycznych wydarzeń”.

J. Rodin i P. Salovey (1997) podkreślają, że może wydawać się oczywiste, iż wsparcie otrzymywane od innych powinno wpływać pozytywnie na stan zdrowia oraz na przystosowanie do choroby, jednak dane na ten temat nie są jednoznaczne. I właśnie w przypadku cukrzycy tej jednoznaczności nie ma. Istnieją badania, które zdecydowanie nie potwierdzają związków pomiędzy poziomem wsparcia a wyrównaniem choroby, czyli odpowiednim poziomem cukru we krwi pacjenta. Zarówno wyniki nowych badań (Chlebowy, Garvin, 2006), jak i wcześniejszych (Trief i in., 1998) nie potwierdziły, że istnieje związek między poziomem wsparcia społecznego a kontrolą glukozy.

CEL BADAŃ

Przegląd doniesień z badań wskazuje, że wsparcie społeczne może odgrywać bardzo ważną rolę w procesie leczenia cukrzycy. Wydaje się, że brak poczucia wsparcia może zmniejszać u pacjenta motywację do leczenia, a co za tym idzie – mogą pojawić się problemy z kontrolowaniem choroby. Należy jednak pamiętać, że istnieją doniesienia z badań, które nie potwierdzają zależności między wsparciem a wyrównaniem cukrzycy. Dlatego celem prezentowanego badania było sprawdzenie, czy u łódzkich pacjentów chorych na cukrzycę typu 2, którzy mają problemy z wyrównaniem metabolicznym, istnieje zależność między poczuciem wsparcia społecznego a nieprawidłowym poziomem cukru we krwi.

METODA

W badaniu uczestniczyło 66 kobiet chorych na cukrzycę typu 2, mających problemy z wyrównaniem metabolicznym choroby. Średni czas trwania choroby wynosił 8,6 lat. Badania były prowadzone indywidualnie.

Do pomiaru wsparcia społecznego wykorzystano Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (SSQSR) I. G. Sarasona. Kwestionariusz ten służy do ilościowej i jakościowej oceny subiektywnie odczuwanego wsparcia społecznego. Osoba badana udziela dwóch rodzajów odpowiedzi na każde pytanie. W pierwszej odpowiedzi badany wymienia osoby, które w danej sytuacji mogą służyć pomocą i wsparciem; w drugiej – celem jest pomiar indywidualnego poziomu zadowolenia z otrzymywanego wsparcia. Stopień satysfakcji ocenia się od 1 (bardzo niezadowolony) do 6 (bardzo zadowolony).

Natomiast do oszacowania stopnia wyrównania cukrzycy użyto współczynnika hemoglobiny glikozylowanej (HbA1c). Jest to obiektywna metoda, która pozwala stwierdzić, w jakim stopniu cukrzyca była wyrównana w okresie 3–4 miesięcy przed wykonaniem oznaczeń.

WYNIKI

Kwestionariusz Wsparcia Społecznego Sarasona składa się z dwóch podtestów, a w związku z tym w badaniu uzyskano dwa typy wyników: pierwszy wynik mówi o tym, ile osób udziela pacjentowi wsparcia (*WS*); drugi informuje o stopniu satysfakcji z uzyskiwanego wsparcia (*SW*). W celu zbadania zależności między wsparciem społecznym a wyrównaniem metabolicznym cukrzycy użyto współczynnika korelacji *r*-Pearsona. Analiza statystyczna wykazała, że istnieją wyraźne, lecz niskie zależności w obu podtestach wsparcia społecznego, na które wskazują niskie współczynniki korelacji (tab. 1).

Tabela 1

Współczynniki korelacji między HbA1c a liczbą osób udzielających wsparcia (*WS*) oraz stopniem satysfakcji z otrzymywanego wsparcia społecznego (*SW*)

	<i>WS</i>	<i>SW</i>
<i>r</i>	-0,28	-0,30
<i>p</i>	0,008	0,007

Wyniki zamieszczone w tab. 1 wskazują, że w im mniejszym stopniu pacjentki odczuwają wsparcie udzielane im przez otoczenie (zarówno w ilości, jak i jakości), tym większe mają problemy z wyrównaniem poziomu cukru we krwi. Czyli im mniejsza satysfakcja ze wsparcia, tym wyższy współczynnik HbA1c, a co za tym idzie – mniejsza efektywność leczenia. Wyniki badań,

przeprowadzonych wśród łódzkich pacjentek chorych na cukrzycę typu 2, są zbieżne z wynikami badań, które wcześniej zostały przytoczone (m. in.: Whittemore i in., 2005; Trento i in., 2001; Ragonesi i in., 1998; Griffith i in., 1990).

I. G. Sarason i B. R. Sarason (za: Rodin, Salovey, 1997) uważają, że wsparcie społeczne uwalnia człowieka od stresu przeżywanego na poziomie psychologicznym w okresie kryzysów. Wsparcie w chorobie daje człowiekowi poczucie, że nie jest sam, że w każdej sytuacji może na kogoś liczyć, że dla kogoś jest kimś ważnym, a to motywuje pacjenta do leczenia. Choroba, a szczególnie choroba, która stwarza problemy w leczeniu, niewątpliwie jest sytuacją stresową dla pacjenta i odczuwanie braku wsparcia może utrudniać znalezienie w sobie sił, aby taką motywację sobie stworzyć i podtrzymywać. K. Jankowski (1975, s. 5) pisze, że „przewlekła choroba stawia człowieka w nowej sytuacji, zmieniając wszystkie aspekty jego przedchorobowego funkcjonowania, zmuszając do pogodzenia się z faktem, że dożywno występować będzie w charakterze pacjenta”, a brak wsparcia może utrudnić proces akceptacji choroby i podjęcia leczenia. Poczucie niedostatecznego wsparcia może spowodować, że pacjent będzie się bał odrzucenia przez otoczenie, tego, że stanie się ciężarem dla najbliższych, albo też braku akceptacji. Mogą pojawić się u niego myśli, że już się w życiu wszystko zrobił, że nie jest już nikomu potrzebny, że nikomu już na nim nie zależy, a w takiej sytuacji trudno myśleć o stosowaniu diety, o odpowiednim wysiłku fizycznym czy innych zaleceniach. W cukrzycy odczuwanie niedostatecznego wsparcia społecznego może spowodować brak motywacji do leczenia (a silna motywacja w leczeniu cukrzycy jest niezbędna), a w konsekwencji może doprowadzić do nieprzestrzegania ściśle określonych zasad postępowania, które są podstawą efektywnego leczenia.

Podsumowując, można powiedzieć, że problemy z wyrównaniem poziomu glukozy we krwi u pacjentów z cukrzycą typu 2 mogą mieć związek z poczuciem niedostatecznego wsparcia. Wydaje się bardzo ważne, aby w leczeniu cukrzycy nie tylko zwracać uwagę na przestrzeganie diety i samokontroli, ale również przeciwdziałać poczuciu braku wsparcia społecznego. Istotne jest, aby pacjenta nie zostawiać samego ze swoją chorobą, aby obdarzać go silnym wsparciem, umożliwić mu poczucie bliskości i więzi z innymi – czy to z rodziną, czy z innymi ludźmi. Wydaje się, że pozytywne kontakty z innymi i świadomość, że są osoby z podobnymi problemami, może w dużym stopniu umotywować pacjenta do leczenia.

PODSUMOWANIE

1. Poczucie niedostatecznego wsparcia społecznego może być ważnym elementem utrudniającym efektywność leczenia cukrzycy typu 2.
2. Wzmacnianie poczucia wsparcia, np. poprzez włączenie najbliższych do procesu leczenia, może mieć znaczenie dla poprawy funkcjonowania pacjenta.
3. Wydaje się zasadne upowszechnienie grup wsparcia i zachęcanie pacjentów do uczestniczenia w tego typu zajęciach.

BIBLIOGRAFIA

- Albright T. I., Parchman M., Burge S. (2001), *Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST study*, „Family Medicine”, **33**, 5, 354–360
- Anderson R. J., Grigsby A. B., Freedland K. E. i in. (2002), *Anxiety and poor glycemic control: A meta – analytic review of the literature*, „International Journal of Psychiatry in Medicine”, **32**, 3, 235–247
- Chlebowy D. O., Garvin B. J. (2006), *Social support, self-efficacy and outcome expectations: Impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes*, „Diabetes Educator”, **32**, 5, 777–786
- Cohen M., Kanter Y., (2004), *Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes*, „Behavioral Medicine”, **29**, 4, 175–183
- Epple C., Wright A. L., Joish V. N., Bauer M. (2003), *The role of active family nutritional support in Navajos' type 2 diabetes metabolic control*, „Diabetes Care”, **26**, 10, 2829–2834
- Filipkowski A., Rabajczyk B. (1992), *Zachorowałeś na cukrzycę – przeczytaj*, Warszawa
- Gilden J. L., Hendryx M. S. i in. (1992), *Diabetes support groups improve health care of older diabetic patients*, „Journal of the American Geriatrics Society”, **40**, 2, 147–150
- Griffith L. S., Field B. J. i in. (1990), *Life stress and social support in diabetes*, „International Journal of Psychiatry in Medicine”, **20**, 4, 365–372
- Gross R., Olfson M., Carasquillo O. i in. (2005), *Depression and glycemic control in Hispanic primary care patients with diabetes*, „Journal of General Internal Medicine”, **20**, 5, 460–466
- Jankowski K. (1975), *Człowiek i choroba*, PWN, Warszawa
- Lane J. D., McCaskill C. C., Williams P. G. i in. (2000), *Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes*, „Diabetes Care”, **23**, 9, 1321–1325
- Lustman P. J., Clouse R. E. (2005), *Depression in diabetic patients: The relationship between mood and glycemic control*, „Journal of Diabetes and Its Complications”, **19**, 2, 113–122
- Mietzel G. (1998), *Wprowadzenie do psychologii*, GWP, Gdańsk
- Mogi N., Umegaki H., Hattori A. i in. (2004), *Cognitive function in Japanese elderly with type 2 diabetes mellitus*, „Journal of Diabetes and Its Complications”, **18**, 1, 42–46
- Munshi M., Grande L., Hayes M., Ayres D. i in. (2006), *Cognitive dysfunction is associated with poor diabetes control in older adults*, „Diabetes Care”, **29**, 8, 1794–1799

- Nowakowska J., Sieradzki J. (2000), *Zajęcia w psychologicznej grupie wsparcia dla pacjentów chorych na cukrzycę jako forma edukacji diabetologicznej. Podsumowanie 4-letniej interwencji*, „Diabetologia Polska”, 7, 4, 238–242
- Oren M. L., Carella M. i in. (1996), *Diabetes support group*, „Employee Assistance Quarterly”, 11, 3, 1–20
- Ragonesi P. D., Ragonesi G. i in. (1998), *The impact of diabetes on quality of life in elderly patients*, „Archives of Gerontology & Geriatrics”, Suppl. 6, 417–422
- Rodin J., Salovey P. (1997), *Psychologia zdrowia*, [w:] Heszner-Niejodek I., Sęk H. (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Trento M., Passera P., Tomalino M. i in. (2001), *Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes: a 2-year follow-up*, „Diabetes Care”, 24, 6, 995–1000
- Trief P. M., Ouimette P., Wade M., Shanahan P., Weinstock R. S. (2006), *Post-traumatic stress disorder and diabetes: Co-morbidity and outcomes in a male veteran sample*, „Journal of Behavioral Medicine”, 29, 5, 411–418
- Trief P. M., Grant W. i in. (1998), *Family Environment, glycemic control and the psychosocial adaptation of adults with diabetes*, „Diabetes Care”, 21, 2, 241
- Wen L. K., Parchman M. L., Shepherd M. D. (2004), *Family support and diet barriers among older Hispanic adults with type 2 diabetes*, „Family Medicine”, 36, 6, 423–430
- Westaway M., Seager J., Rheeder P., Van Zyl D. (2005), *The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: A black South African perspective*, „Ethnicity & Health”, 10, 1, 73–89
- Whittemore R., D’Eramo Melkus G., Grey M. (2005), *Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes*, „Journal of Clinical Nursing”, 14, 2, 195–203