

MARIA DUBIEL

*Radzenie sobie ze stresem nastolatków chorujących na cukrzycę*

---

Coping with stress by teenagers suffering from diabetes

Pojęcie stresu jest dyskutowane i różnie interpretowane w poszczególnych teoriach. Jako tło dla podejmowanych tutaj rozważań przyjmuje się transakcyjne ujęcie stresu w teorii R. Lazarusa (1966). Osoba i jej środowisko tworzą całość. Stresem jest „relacja między jednostką a otoczeniem, oceniana przez nią jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby” (Lazarus, Folkman 1980). Do zasobów zalicza się potencjał osobowościowy jednostki, jej uzdolnienia, zdrowie, wiedzę, zawód, uwarunkowania środowiskowe – pozycję rodziny, zaplecze finansowe, posiadanie przyjaciół gotowych do udzielenia wsparcia.

Stresem jest więc nie tyle obiektywnie zaistniała sytuacja, co interpretacja zaistniałej transakcji, dokonywana poprzez ocenę pierwotną i wtórną (Lazarus 1980). W ocenie pierwotnej rozstrzyga się, czy dana transakcja jest źródłem doświadczenia – szkody, zagrożenia czy wyzwania, w zależności od oszacowania sytuacji jako nieodwracalnej, stanowiącej zagrożenie utraty czy wzbogacającej zasoby po spełnieniu warunków. Ocena wtórna dotyczy zasobów i możliwości poradzenia sobie człowieka z sytuacją trudną.

Sytuacja trudna, oceniana w kategorii stresu, może mieć charakter ważnego wydarzenia życiowego, sytuacji przewlekłej, codziennej sytuacji uciążliwej.

Cukrzycę możemy skategoryzować jako sytuację przewlekłą (Margalis 1967). Na obecnym etapie wiedzy brak insuliny charakteryzującej tę chorobę uzupełnia się poprzez codzienne systematyczne jej podawanie w kilkakrotnych iniekcjach. Wymaga to również uważnej kontroli wyrównania cukrzycy poprzez codzienne badanie poziomu glukozy w osoczu krwi oraz okresowe – hemoglobiny glikozylowanej, obecności ciał ketonowych oraz albumin w moczu, a także stosowanie diety cukrzycowej (Simonides-Ławecka 1993)

Sytuacja ta zatem jest specyficzną sytuacją trudną, stanowiącą konieczność radzenia sobie z nią. Stanowi dla nastolatków przeżywających trudności związane z okresem dojrzewania dodatkową uciążliwość (Dębiec 1962).

#### METODA BADANIA

W celu zbadania, jak radzą sobie ze stresem nastolatki chore na cukrzycę, użyto Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem (KRS), którego autorami są: W. Janke, G. Erdmann i W. Boucsein, a polskiej adaptacji dokonała E. Januszewska. W badaniu KRS dzieci odpowiadały na 114 pytań, każdemu z nich odpowiadało 5 alternatywnych odpowiedzi ocenianych na skali od 0 do 4 punktów. Każdą skalę buduje 6 pytań. Dla każdej skali możliwe było uzyskanie od 0 do 24 punktów. Średnia punktacji więc to 12 punktów. Wyniki powyżej tej wartości uznano za wyższe, zaś od 10 punktów – za niższe. W grupie 74 nastolatków przebadano 41 dziewcząt i 32 chłopców. Ze względu na czas trwania choroby wydzielono 38 osób (20 dziewcząt, 18 chłopców) chorujących nie dłużej jak 5 lat, w tym 17 osób z okresem przebiegu choroby do roku czasu (10 dziewcząt, 7 chłopców) oraz 36 osób chorujących dłużej niż 5 lat (21 dziewcząt i 15 chłopców) z najdłuższym okresem choroby od 12 do 14 lat. Przeciętnie czas trwania choroby wynosił  $M = 8,3$  lat.

Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem zawiera 19 skal (po 6 pytań do każdej) oceniających sposoby radzenia sobie ze stresem:

1. Bagatelizacja (przekonanie, że wszystko się ułoży, niezwracanie uwagi na nieistotne aspekty sytuacji).
2. Porównanie z innymi (przekonanie, iż posiada się lepsze predyspozycje do radzenia sobie).
3. Obrona przed winą (dostrzeganie poza sobą przyczyny trudnej sytuacji).
4. Odwrócenie uwagi (angażowanie się w inną aktywność).
5. Zastępcza satysfakcja (szukanie przyjemności pomimo wszystko).
6. Poszukiwanie samopotwierdzenia (koncentrowanie się na rezultatach sukcesów).
7. Próba kontroli przebiegu sytuacji (działanie w celu usunięcia przyczyny trudności).
8. Próba kontroli swych reakcji (hamowanie drażliwości).
9. Pozytywne instruowanie siebie (wytwarzanie pozytywnego nastawienia).
10. Poszukiwanie społecznego wsparcia (szukanie pomocy u innych).
11. Tendencje unikowe (próba uniknięcia podobnych sytuacji).
12. Tendencje ucieczkowe (ucieczka z trudnej sytuacji w przeszłość).
13. Izolowanie się od ludzi (unikanie innych).
14. Dalsze zajmowanie się w myślach (rozważanie sytuacji trudnej, uniemożliwiającej skoncentrowanie się na czymś innym).

15. Rezygnacja (pogodzenie się z przegraną, czemu towarzyszy pesymistyczne nastawienie).

16. Użalanie się nad sobą (koncentracja na cierpieniu).

17. Obwinianie siebie (upatrywanie w sobie przyczyny).

18. Agresja (destruktywne zachowanie skierowane na zewnątrz i przeciwko sobie).

19. Używanie związków chemicznych (nadużywanie leków, wódki, papierosów, narkotyków).

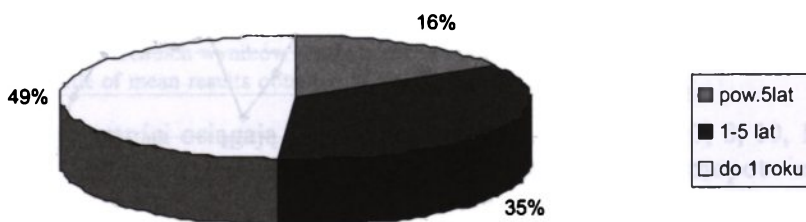
#### OSOBY BADANE

Badaniu poddano grupę 74 chorych na cukrzycę, w tym nastolatków obu płci, oraz kontrolną grupę 70 ich zdrowych rówieśników. Badane dzieci mieszkały w województwach: lubelskim i podkarpackim i pochodziły ze środowiska miejskiego i wiejskiego. Ogółem przebadano grupę 144 nastolatków.

Tab. 1. Charakterystyka badanych grup ze względu na płeć  
Characteristics of the examined group with regard to gender

Grupa badanych	Płeć dzieci (liczebność N)		Procentowy rozkład (%)	
	chłopcy	dziewczęta	chłopcy	dziewczęta
Zdrowi	24	46	34	66
Chorujący dłużej niż 5 lat	15	21	41	59
Chorujący krócej niż 1 rok	7    18	10    20	41	59
Chorujący od 1 roku do 5 lat	11	10	52	48
Ogółem	57	87	47	53

#### Czas trwania choroby



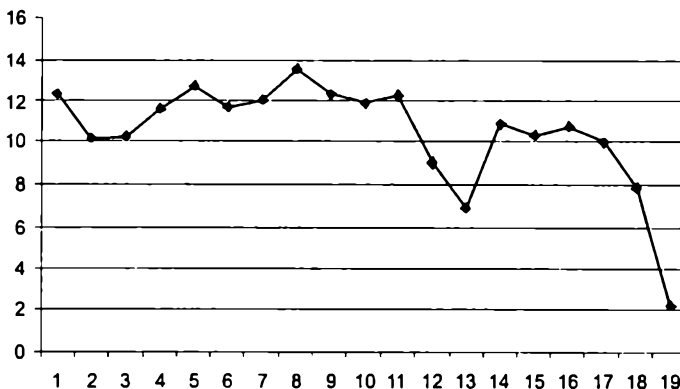
Wykres 1. Procentowy rozkład dzieci z cukrzycą w zależności od czasu trwania choroby  
Per cent distribution – children with diabetes depending on the duration of the disease

## WYNIKI BADAŃ

Wyniki dla populacji badanych dzieci wykazują największe wartości w skali: 1, 5, 7, 8, 9, 11 (bagatelizacja, zastępcza satysfakcja, kontrola sytuacji, reakcji, pozytywne instruowanie siebie, tendencja unikowa). Natomiast najniższe wyniki zanotowano w skali: 12, 13, 18, 19 (tendencja ucieczkowa, izolowanie się, agresja, stosowanie używek).

Tab. 2. Wyniki badań KRS dla całej populacji badanych  
KRS research outcome for both examined groups

Skala	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Minimalny wynik	Maksymalny wynik
Skala 1	12,33	3,66	2,00	21,00
Skala 2	10,17	3,78	0,00	22,00
Skala 3	10,27	3,50	2,00	18,00
Skala 4	11,62	3,97	2,00	21,00
Skala 5	12,67	4,31	2,00	23,00
Skala 6	11,68	3,79	1,00	22,00
Skala 7	12,07	4,19	0,00	24,00
Skala 8	13,53	4,02	4,00	22,00
Skala 9	12,30	3,97	3,00	22,00
Skala 10	11,86	5,12	0,00	25,00
Skala 11	12,26	3,55	4,00	20,00
Skala 12	9,02	4,12	0,00	21,00
Skala 13	6,94	4,86	0,00	24,00
Skala 14	10,85	5,02	0,00	24,00
Skala 15	10,31	3,80	0,00	22,00
Skala 16	10,76	4,28	2,00	21,00
Skala 17	10,00	4,10	0,00	19,00
Skala 18	7,83	4,78	0,00	24,00
Skala 19	2,21	3,92	0,00	15,00

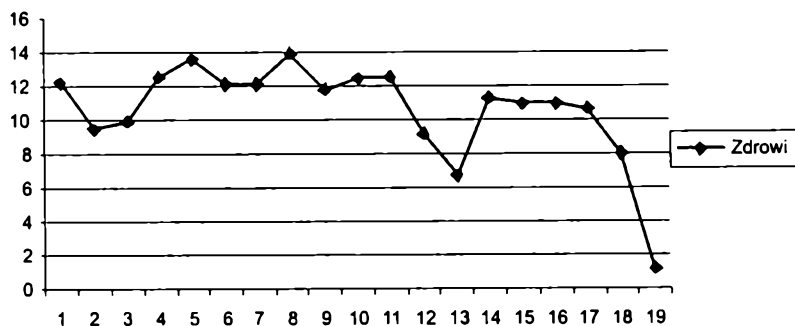


Wykres 2. Profil średnich wyników osiągniętych w skalach KRS dla całej populacji badanych  
Profile of mean results in KRS scales for the whole examined population

Tabela 3 zawiera wyniki osiągnięte w grupie dzieci zdrowych.

Tab. 3. Wyniki KRS dzieci zdrowych  
KRS outcome for healthy children

Skala	Średni wynik	Odchylenie standardowe	Minimalny wynik	Maksymalny wynik
Skala 1	12,20	3,61	3,00	21,00
Skala 2	9,51	3,28	2,00	17,00
Skala 3	9,91	3,49	2,00	18,00
Skala 4	12,53	3,93	5,00	20,00
Skala 5	13,62	4,51	3,00	23,00
Skala 6	12,15	3,56	1,00	22,00
Skala 7	12,13	4,58	0,00	24,00
Skala 8	13,93	3,70	5,50	22,00
Skala 9	11,75	4,15	3,00	22,00
Skala 10	12,45	5,50	0,00	25,00
Skala 11	12,57	3,49	9,00	19,00
Skala 12	9,15	3,96	3,00	19,00
Skala 13	6,77	5,25	0,00	24,00
Skala 14	11,27	5,46	0,00	24,00
Skala 15	11,00	3,48	0,00	19,00
Skala 16	10,96	4,49	2,00	21,00
Skala 17	10,63	4,18	1,00	19,00
Skala 18	7,95	5,04	0,00	24,00
Skala 19	1,15	2,80	0,00	14,00



Wykres 3. Profil średnich wyników osiągniętych w skalach KRS przez dzieci zdrowe  
Profile of mean results obtained in KRS scales for healthy children

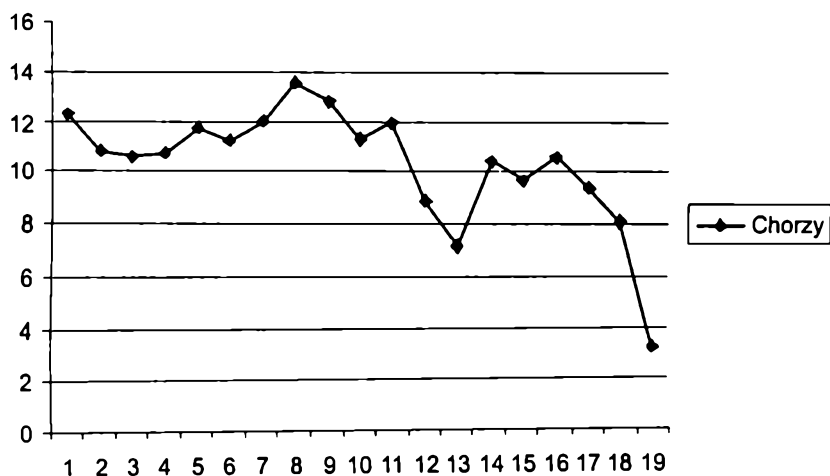
Największe wartości osiągają dzieci zdrowe w skali: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 (bagatelizacja, odwracanie uwagi, zastępcza satysfakcja, szukanie samopotwierdzenia, kontrola sytuacji, reakcji, szukanie wsparcia, tendencja unikowa), najniższe zaś w skali: 2, 3, 12, 13, 18, 19 (porównywanie z innymi, obrona przed winą, tendencje ucieczkowe, izolowanie się, agresja, stosowanie używek).

Sposoby radzenia sobie ze stresem dzieci z cukrzycą ilustruje tab. 4 i wykres 4.

Najwyższe wyniki osiągnęły dzieci z cukrzycą w skali: 1, 7, 8, 9 (bagatelizacja, kontrola sytuacji, reakcji, pozytywne instruowanie siebie), zaś najniższe w skali:

Tab. 4. Wyniki KRS dzieci z cukrzycą  
KRS outcome for disabled children

Skala	Wyniki Kwestionariusza Radzenia sobie ze Stresem		
	średni wynik (odch. stand.)	minimalny wynik	maksymalny wynik
Skala 1	12,33 (3,74)	2,00	21,00
Skala 2	10,79 (4,13)	0,00	22,00
Skala 3	10,60 (3,50)	2,00	18,00
Skala 4	10,77 (3,63)	2,00	21,00
Skala 5	11,78 (3,92)	2,00	21,00
Skala 6	11,24 (3,97)	3,00	21,00
Skala 7	12,01 (3,80)	0,00	20,00
Skala 8	13,52 (4,33)	4,00	22,00
Skala 9	12,83 (3,74)	4,00	21,00
Skala 10	11,29 (4,71)	0,00	22,00
Skala 11	11,95 (3,60)	4,00	20,00
Skala 12	8,89 (4,29)	0,00	21,00
Skala 13	7,10 (4,48)	0,00	16,00
Skala 14	10,45 (4,58)	1,00	22,00
Skala 15	9,66 (4,00)	1,00	22,00
Skala 16	10,58 (4,09)	3,00	20,00
Skala 17	9,40 (3,96)	0,00	18,00
Skala 18	8,10 (4,54)	0,00	22,00
Skala 19	3,21 (4,54)	0,00	15,00



Wykres 4. Profil sposobów radzenia sobie ze stresem chorych nastolatków  
Profile of ways of coping with stress - ill teenagers

12, 13, 15, 17, 18, 19 (tendencje ucieczkowe, izolowanie się, rezygnacja, obwinianie siebie, agresja, stosowanie używek).

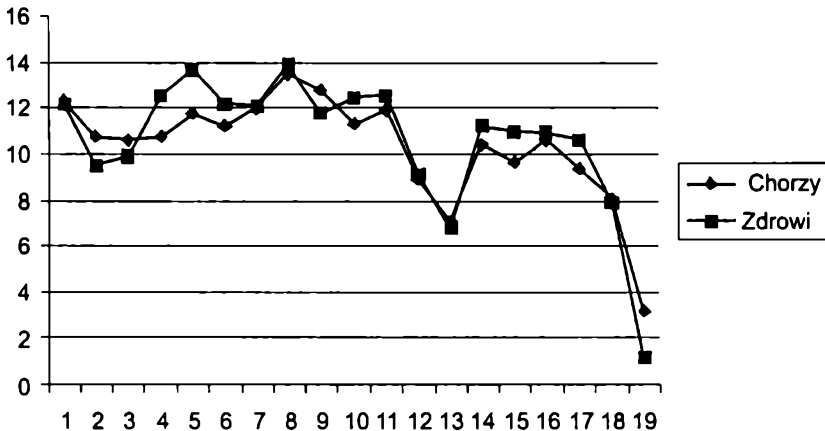
Porównano profile sposobów radzenia sobie ze stresem u dzieci zdrowych i chorych, co ilustrują tabela 5 i wykres 5.

Tab. 5. Porównanie wyników Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem nastolatków chorych i zdrowych

Coping with stress by teenagers – results of the questionnaire – comparison of results

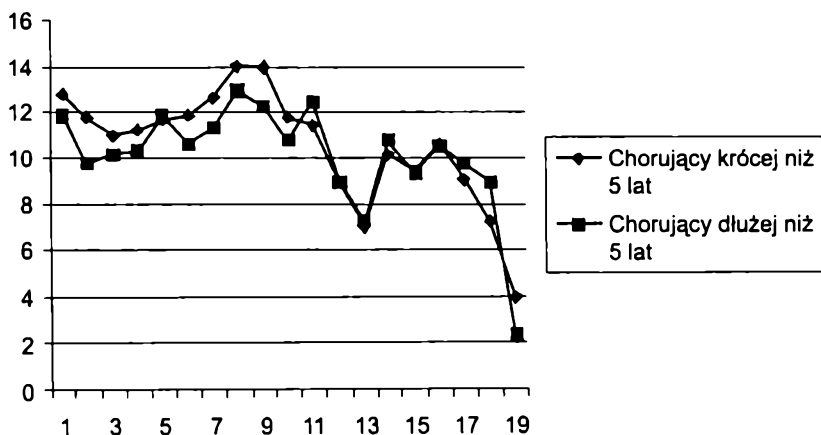
Skala	Średnie wyniki dzieci zdrowych i chorych		Istotność różnic między średnimi	
	dzieci chore	dzieci zdrowe	t.	p.u.
	średnie (odch. stand.)	średnie (odch. stand.)		
Skala 1	12,33 (3,74)	12,20 (3,6140)	0,22	0,82
Skala 2	10,79 (4,13)	9,51 (3,2826)	2,05	0,04*
Skala 3	10,60 (3,50)	9,91 (3,4963)	1,18	0,23
Skala 4	10,77 (3,63)	12,53 (3,93)	-2,80	0,00*
Skala 5	11,78 (3,92)	13,62 (4,51)	-2,60	0,01*
Skala 6	11,24 (3,97)	12,15 (3,56)	-1,43	0,15
Skala 7	12,01 (3,80)	12,13 (4,58)	-0,17	0,86
Skala 8	13,52 (4,33)	13,93 (3,70)	-0,01	0,99
Skala 9	12,83 (3,74)	11,75 (4,15)	1,65	0,10
Skala 10	11,29 (4,71)	12,45 (5,50)	-1,36	0,17
Skala 11	11,95 (3,60)	12,57 (3,49)	-1,04	0,29
Skala 12	8,89 (4,29)	9,15 (3,96)	-0,38	0,70
Skala 13	7,10 (4,48)	6,77 (5,25)	0,40	0,68
Skala 14	10,45 (4,58)	11,27 (5,46)	-0,96	0,33
Skala 15	9,66 (4,00)	11,00 (3,48)	-2,13	0,30*
Skala 16	10,58 (4,09)	10,96 (4,49)	-0,53	0,59
Skala 17	9,40 (3,96)	10,63 (4,18)	-1,81	0,07
Skala 18	8,10 (4,54)	7,95 (5,04)	0,69	0,48
Skala 19	3,21 (4,54)	1,15 (2,80)	3,30	0,00*

\* różnice istotne statystycznie.

Wykres 5. Profil radzenia sobie ze stresem dzieci zdrowych i chorych  
Profile of ways of coping with stress – healthy and ill teenagers

Tab. 6. Wyniki KRS dzieci chorujących krócej niż 5 lat i dłużej niż 5 lat  
KRS outcome for children being ill for less than 5 years and longer than 5 years

Skala	Chorujący krócej niż 5 lat	Chorujący dłużej niż 5 lat	Test t-Studenta	Poziom ufności
	średni wynik (odchylenie stand.)	średni wynik (odchylenie stand.)		
Skala 1	12,78 (3,59)	11,86 (3,88)	1,06	0,28
Skala 2	11,76 (4,77)	9,77 (3,08)	2,13	0,03*
Skala 3	11,02 (3,65)	10,16 (3,32)	1,05	0,29
Skala 4	11,23 (3,67)	10,27 (3,56)	1,13	0,25
Skala 5	11,71 (3,81)	11,86 (4,09)	-0,16	0,87
Skala 6	11,86 (4,12)	10,58 (3,75)	1,40	0,16
Skala 7	12,68 (3,27)	11,30 (4,23)	1,57	0,12
Skala 8	14,05 (4,66)	12,97 (3,95)	1,07	0,28
Skala 9	13,96 (3,97)	12,25 (3,44)	1,32	0,19
Skala 10	11,78 (4,72)	10,77 (4,72)	0,92	0,36
Skala 11	11,47 (3,41)	12,47 (3,77)	-1,19	0,23
Skala 12	8,86 (4,17)	8,97 (4,47)	-0,04	0,96
Skala 13	7,00 (4,75)	7,22 (4,23)	-0,21	0,83
Skala 14	10,15 (4,67)	10,77 (4,53)	-0,57	0,56
Skala 15	9,46 (3,43)	9,38 (4,58)	0,04	0,96
Skala 16	10,65 (4,18)	10,50 (4,06)	0,16	0,87
Skala 17	9,07 (3,94)	9,75 (4,00)	-0,72	0,47
Skala 18	7,26 (4,39)	9,00 (4,59)	-1,66	0,10
Skala 19	4,00 (5,00)	2,38 (3,90)	1,54	0,12



Wykres 6. Profile sposobów radzenia sobie ze stresem nastolatków chorujących krócej niż 5 lat i dłużej niż 5 lat

Profiles of ways of coping with stress – teenagers being ill for less than 5 years and longer than 5 years



Stwierdzono, że dzieci chore na cukrzycę uzyskują wyższe wyniki w skalach dotyczących porównywania się z innymi i stosowania używek. Natomiast dzieci zdrowe miały wyższe wyniki w skalach dotyczących odwracania uwagi, zastępczej satysfakcji i rezygnacji.

Porównano także wyniki dzieci chorych ze względu na czas trwania choroby.

Najwyższe wyniki dla KRS w grupie dzieci chorujących krócej niż 5 lat osiągnięto w skali 1, 7, 8, 9 (bagatelizacja, kontrola sytuacji, reakcji, pozytywne instruowanie siebie). Najniższe – w skali 12, 13, 15, 17, 18, 19 (tendencje ucieczkowe, izolowanie się, rezygnacja, obwinienie siebie, agresja, stosowanie używek).

Dzieci chorujące dłużej niż 5 lat osiągnęły najwyższe wyniki w skali 8, 9, 11 (kontrola reakcji, pozytywne instruowanie siebie, tendencja unikowa), najniższe w skali 2, 12, 13, 15, 17, 18, 19 (porównywanie z innymi, tendencja ucieczkowa, izolowanie się, rezygnacja, obwinianie siebie, agresja, stosowanie używek).

Różnice istotne wykazano dla skali 2. Dzieci chorujące krócej chętniej porównują się z innymi. Jest to, być może, reakcja związana z zetknięciem się z nową sytuacją, która powoduje poczucie obniżenia wartości i reakcji na to – próbę dowartościowania się.

#### WNIOSKI

Analizując wyniki badań dzieci zdrowych, osiągniętych w KRS, dostrzega się, że spośród wybieranych chętniej sposobów radzenia sobie ze stresem przeważają reakcje ukierunkowane na rozwiązanie problemu, ale występują także tendencje unikowe i chęć doświadczenia przyjemności za wszelką cenę z szukaniem wsparcia w otoczeniu. Unikają jednak reakcji ucieczkowych i agresywnych. Dzieci chore wydają się samowystarczalne i zdyscyplinowane, stosując głównie reakcje konstruktywne i nie szukając wsparcia. Niechętnie stosują reakcje ucieczkowe i agresywne. W porównaniu z dziećmi zdrowymi chętnie szukają samopotwierdzenia, porównując się z innymi, i chociaż bardzo rzadko, to częściej niż zdrowe sięgają po używki. Można te wyniki tłumaczyć traceniem poczucia wartości i z racji może pozostawania w sytuacji leczenia się, zaufaniem do leków i chętniejszym sięganiem po nie przy doświadczaniu trudności.

Częstsze wśród dzieci zdrowych wybieranie reakcji zastępczej satysfakcji, rezygnacji i odwracania uwagi można tłumaczyć mniejszym zdyscyplinowaniem dzieci zdrowych, niezmuszonych do codziennej mobilizacji do zmagania się z trudną sytuacją, od której nie można uciec bez ryzyka utraty życia.

Dzieci chore krócej stosują konstruktywne reakcje ukierunkowane na zmianę sytuacji. Unikają zaś wyraźnie reakcji ucieczkowych i agresywnych.

Dzieci chorujące dłużej stosują często reakcje konstruktywne, ale głównie nastawione na obronę emocji (kontrola reakcji, pozytywne instruowanie siebie) bez reakcji ukierunkowanych na zmianę sytuacji. Można wysnuć wniosek, iż długotrwała choroba dała ostateczne doświadczenie, że ta sytuacja nie zmieni się, choroba jest nieuleczalna. Niemniej konieczna jest mobilizacja, by utrzymać homeostazę ustroju poprzez konstruktywne działania, chociażby na poziomie emocji, co umożliwi codzienne znoszenie uciążliwości życia z chorobą i jej kontroli. Chorzy już nie porównują się z innymi, nastąpiła adaptacja do sytuacji, lecz nie rezygnacja. Zauważa się jednak tendencje unikowe, ale bez reakcji ucieczkowych i agresywnych.

Podsumowując badania nastolatków chorych na cukrzycę i dzieci zdrowych nad stosowaniem przez nie określonych reakcji w sytuacjach trudnych, można stwierdzić pewne istotne różnice, ale także wspólne tendencje.

U dzieci chorych, zwłaszcza w pierwszych latach choroby, widzi się przewagę reakcji ukierunkowanych na rozwiązanie problemu, z komponentą emocjonalną kontroli emocji i ich oszczędzania z pozytywnym mobilizowaniem się do działania. Do mobilizacji dochodzi pomimo tracenia pewności, co wyraża się w porównywaniu się z innymi. Jest to istotna różnica w stosunku do dzieci zdrowych oraz chorujących długo.

Dzieci zdrowe, także nastawione na konstruktywne rozwiązywanie problemów, chętniej szukają wsparcia w otoczeniu i pomimo wszystko dążą do osiągnięcia przyjemności, co wyraża się wysokimi wynikami dla reakcji szukania zastępczej satysfakcji i tendencji unikowych.

Pozytywnym zjawiskiem jest wspólna tendencja niepreferowania w sytuacjach trudnych reakcji ucieczkowych i agresywnych.

#### BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Dębiec B., Kwiatkowska M., Margalis A. (1962). Odrębność psychiki dziecka chorego na cukrzycę. *Pediatrics Polska*, 12, t. XXXVII.
- Januszewska E. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem (KRS). Wartość diagnostyczna i wyniki badań młodzieży*.
- Lazarus R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus R. S. (1980). *Stress and coping paradigm*. W: L. A. Bond, J. C. Rosen (red.), *Competences in Coping during Adulthood*. Hanover: University Press of New England.
- Margalis A. (1967). Opieka nad dzieckiem chorym na cukrzycę w Polsce. *Zdrowie Publiczne*, 1.
- Nowakowska M. T. (1993). *Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu*. W: M. Jarosz (red.), *Psychologia lekarska* (s. 343–361). Warszawa: PZWL.
- Simonides-Ławecka A. (1993). *Cukrzyca*. Warszawa: PZWL.

## SUMMARY

According to R. Lazarus' theory, stress is "the relation between an individual and the environment estimated by him/her as burdening or overpassing one's principles (...)". Chronic diabetes is a difficult situation, evaluated in the category of stress.

In order to find out how healthy and ill teenagers cope with stress, there was used a Questionnaire of coping with stress (KRS) designed by: W. Janke, G. Erdman and W. Boucsein, with Polish adaptation by E. Januszewska. Seventy-four diabetic teenagers and control groups of 70 peers were the subject of studies. It appears that healthy children in stressful situations try to solve the problem: they control their reaction or the situation, look for support, self-confirmation; however, there are also punk tendencies and looking for substitute satisfaction.

Diabetic children seem to be self-sufficient and self-disciplined, applying constructive reactions and not looking for support. Both groups are unwilling to be aggressive or to evade a reaction.