

Subiektywna jakość życia, poczucie własnej wartości i postrzegane wsparcie społeczne u nastolatków z zaburzeniami endokrynnymi

Subjective quality of life, self-esteem and social support in teenagers with endocrinological disturbances

Maria Oleś

Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Adres do korespondencji: Maria Oleś, Lublin, Al. Racławickie 14, KUL

Słowa kluczowe: młodzież, cukrzyca, otyłość, niskorosłość, jakość życia, poczucie własnej wartości, wsparcie społeczne
Key words: adolescents, diabetes mellitus, obesity, short stature, quality of life, self-esteem, social support

STRESZCZENIE/ABSTRACT

Wstęp. W ramach tzw. podejścia holistycznego w leczeniu ocena jakości życia w odniesieniu do chorych przewlekle jest szczególnie ważna. Choroba przewlekła w przypadku dzieci i młodzieży stanowi sytuację zagrożenia dla prawidłowego rozwoju fizycznego, psychospołecznego i emocjonalnego. **Celem badań** jest ocena subiektywnej jakości życia, poczucia własnej wartości i postrzeganego wsparcia społecznego u młodzieży hospitalizowanej z powodu chorób przewlekłych. **Material i metody.** Badania obejmują młodzież w wieku 12–18 lat z cukrzycą typu 1 (N=69), otyłością (N=48) i niskorosłością (N=31) celem uzyskania odpowiedzi na pytania: 1) Jaki jest poziom subiektywnej jakości życia, poczucia własnej wartości i postrzeganego wsparcia społecznego u nastolatków chorych przewlekle? 2) Jaki jest związek pomiędzy poczuciem własnej wartości, wsparciem społecznym i subiektywną jakością życia? W badaniach zastosowano Skalę Jakości Życia dla Młodzieży, Inwentarz Poczucia Własnej Wartości i Skalę Postrzeganego Wsparcia Społecznego. **Wyniki.** Istnieją różnice pomiędzy grupą młodzieży z cukrzycą, otyłością i niskorosłością w zakresie subiektywnej jakości życia, poczucia własnej wartości i spostrzeganego wsparcia społecznego. Młodzież z otyłością cechuje niższy poziom wsparcia społecznego w porównaniu z nastolatkami z cukrzycą i niskorosłością. Istnieją istotne zależności pomiędzy poczuciem własnej wartości, wsparciem społecznym i subiektywną jakością życia. Podobieństwo i specyfikę badanych zjawisk przedyskutowano w świetle teorii i badań. Endokrynol. Ped. 13/2014;2(47):35-48.

Objectives. Aim of the study is to evaluate quality of life, self-esteem and social support in hospitalized teenagers. **Material and methods.** Adolescents aged 11-18 years (N=69 diabetes, N=48 obesity, and N=31 short stature) were investigated by means of YQOL, CSEI and MSPSS. Main questions: 1) What is the level of adolescents' quality of life, self-esteem and perceived social support in teenagers with chronic illness? 2) What is the relationship between self-esteem and social support and quality of life? **Results.** Teenagers with diabetes, obesity and short stature differ

in their levels of quality of life, self-esteem and perceived social support. Youth with obesity feel less social support in comparison to adolescents with diabetes and short stature. There is relationship between self-esteem, social support and quality of life. **Conclusion:** The results of the study imply common and specific phenomena for the adolescents under investigation which are discussed on the base of the theories and empirical findings. *Pediatr. Endocrinol.* 13/2014;2(47):35-48.

Wstęp

Okres adolescencji jest czasem intensywnych zmian, zarówno w sferze biologicznej, psychicznej, jak i społecznej [1, 2]. W przypadku chorych przewlekle dzieci i młodzieży na zmiany rozwojowe nakładają się problemy związane ze specyfiką choroby, jej przebiegiem, procesem leczenia oraz różnego typu ograniczeniami [3]. Choroba przewlekła to przedłużający się w czasie stan chorobowy, którego objawy trwają co najmniej trzy miesiące lub dłużej, obejmują swoim zasięgiem jeden lub więcej układów (np. układ oddechowy, wewnętrzwydzielniczy) i mogą w konsekwencji prowadzić do trwałych zmian i zaburzeń zdrowia lub funkcjonowania psychicznego. Za stany chroniczne u dzieci przyjmuje się takie, których czas trwania wynosi ponad trzy miesiące w ciągu roku, które utrudniają normalne funkcjonowanie, zaburzają aktywność dziecka oraz wymagają stałej opieki medycznej [4, s 3]. Cechy wspólne wszelkich chorób przewlekłych, niezależnie od ich rodzaju i specyfiki, wymienia Nowakowska [5], są to: długi czas trwania (kilkanaście tygodni i więcej), przebieg łagodniejszy aniżeli w zachorowaniach ostrych, nieodwracalność zmian o charakterze patologicznym i konieczność stałego leczenia. W ostatnich dziesięcioleciach zauważa się wzrost zachorowań o charakterze przewlekłym. Choroby przewlekłe i ich leczenie, obok dolegliwości bólowych, ograniczeń i restrykcji związanych z terapią, mają szereg negatywnych konsekwencji: powodują ograniczenia w zakresie funkcjonowania i aktywności w życiu codziennym, w zakresie pełnienia ról społecznych, negatywnie rzutują na rozwój fizyczny i psychospołeczny [6, 7]. Choroba negatywnie wpływa na funkcjonowanie, radzenie sobie i ogólne przystosowanie. Stąd ważnym problemem jest ocena jakości życia młodzieży z chorobą przewlekłą, uwzględniająca jej specyfikę oraz potrzeby i zadania rozwojowe związane z wiekiem. W ramach całościowego podejścia do terapii szczególnie ważna wydaje się ocena tego, jak choroba i jej leczenie wpływa na jakość życia młodzieży chorej, w jaki sposób zredukować jej negatywne skutki i jak wpływać na poprawę dobrostanu i funkcjonowanie

nastolatków. Chodzi o to, by uwzględniać nie tylko parametry medyczne schorzenia, ale i subiektywne doświadczanie choroby i jej leczenia oraz czynniki mające wpływ na zmaganie się z tą sytuacją i proces zdrowienia. Dlatego kategoria jakości życia na stałe weszła w obszar badań empirycznych w odniesieniu do osób chorych [8].

Pojęcie jakości życia w naukach społecznych jest konstruktem szeroko rozpatrywanym i różnorodnie ujmowanym. Jakość życia jest przedmiotem badań zarówno zdrowych, jak i chorych, dzieci, młodzieży i dorosłych. Badacze tego fenomenu najczęściej odwołują się do sposobu rozumienia jakości życia i definicji wypracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Według WHO jakość życia to „sposrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje, oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i obaw” [9, s. 1405]. Jakość życia w tym ujęciu ma charakter wielowymiarowy, obejmuje fizyczne zdrowie jednostki, jej stan psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, przekonania i osobiste poglądy oraz stosunek do ważnych aspektów środowiska. Odnosi się do subiektywnej oceny, która uwzględnia szeroki kontekst kulturowy, społeczny i środowiskowy. Zakresowo jest pojęciem szerokim, obejmuje pozytywne i negatywne strony życia oraz uniwersalny zestaw kategorii do oceny jakości życia [9; por. 10]. Koncepcja jakości życia WHO stanowi bazę dla nowych modeli i metod pomiaru [por. 11]. Model teoretyczny jakości życia, dla młodzieży opracowany w Seattle na Uniwersytecie w Waszyngtonie (*Seattle Quality of Life Group*) pod kierunkiem D. Patricka, nawiązuje do koncepcji i definicji jakości życia WHO. Model ten uwzględnia specyfikę rozwojową i obszary jakości życia ważne dla tego okresu: Poczucie własnego Ja, Relacje społeczne, Środowisko i Ogólne zadowolenie z życia.

Poczucie jakości życia, radzenie sobie z chorobą i adaptacja do choroby przewlekłej w dużym stopniu zależą od posiadanych zasobów, zarówno osobistych jak i pochodzących z zewnątrz. Przykładem tego rodzaju zasobów jest samoocena lub poczucie własnej wartości oraz postrzegane wsparcie społeczne. Samoocena i poczucie własnej war-

tości stanowią ewaluatywny komponent koncepcji siebie, obok komponentu kognitywnego, jakim jest samowiedza, czyli przekonanie o własnych atrybutach. Komponent ewaluatywny jest pochodną postawy autorefleksyjnej i wyraża to, jak ktoś się czuje, kiedy ocenia samego siebie i posiadane właściwości. Samoocena to czysto emocjonalny składnik koncepcji siebie, zaś poczucie własnej wartości stanowi zreflektowana samoocena, tj. odniesiona do jakiegoś kryterium zewnętrznego, np. systemu wartości, pełnionych ról, sytuacji [12–15]. Poczucie własnej wartości to inaczej poznawcza ocena siebie na podstawie samowiedzy, dokonywana w świetle wartości, oraz towarzyszące temu uczucia [16].

Dużą rolę w zmaganiu z chorobą odgrywa wsparcie społeczne doświadczane przez pacjenta, które może uaktywniać jednostkę do działania i tym samym przyczyniać się do poprawy w zakresie przystosowania, dobrostanu i jakości życia. Wsparcie społeczne, określane jako „zasoby dostarczane przez innych ludzi”, istotnie przyczynia się do poczucia zdrowia i dobrostanu. To inaczej pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych [17], konsekwencje przynależenia do sieci społecznych [18] bądź transakcja, w ramach której dochodzi do wymiany emocjonalnej, instrumentalnej, informacyjnej, oceniającej [House, za: 19, s. 19]. Wsparcie społeczne może mieć różny charakter, jako najbardziej typowe wymienia się wsparcie instrumentalne (udzielanie konkretnej pomocy), informacyjne (dostarczanie informacji bądź porad) i emocjonalne (podtrzymywanie osoby poprzez okazywanie życzliwości, zainteresowania, troski). Dodatkowo wymienia się także wsparcie odczuwane (spozstrzegane) i wsparcie otrzymywane [18]. Najczęściej źródłem wsparcia społecznego są osoby z najbliższego otoczenia – rodzice, rodzeństwo, a także rówieśnicy, przyjaciele bądź inne osoby znaczące. Wsparcie społeczne wraz z oceną własnych kompetencji wpływa na ogólne poczucie własnej wartości i dobrostan [20].

Zagadnienie wybranych przewlekłych zaburzeń endokrynnych

Jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych wieku rozwojowego jest cukrzyca typu 1 [21]. Leczenie wymaga stałej kontroli poziomu cukru we krwi, dawkowania insuliny, przestrzegania diety, dawkowania wysiłku fizycznego, stałej samokontroli organizmu i samodyscypliny [21, 22]. Niezwykle ważne jest zapobieganie hiper- i hi-

poglikemii, które mogą nieść poważne zagrożenie dla zdrowia [23–25]. Hiperglikemia może prowadzić do tzw. kwasicy ketonowej, niebezpiecznej dla życia pacjenta, natomiast hipoglikemia pociąga za sobą stany drgawkowe, nudności, zawroty głowy, zaburzenia nastroju, niepokój, pobudliwość i labilność emocjonalną [24–26]. Choroba zmusza do stosowania się do ścisłych reguł w zakresie odżywiania oraz dawkowania wysiłku fizycznego. Niekiedy konieczna jest hospitalizacja. To wszystko wiąże się z istotnymi ograniczeniami w życiu, jest przyczyną niepokoju i stresu zarówno samych pacjentów, jak i ich rodziców. Realizacja zadań rozwojowych okresu dorastania może być znacznie ograniczona bądź utrudniona. Skutkiem choroby mogą być stany zwiększonego niepokoju, w tym lęk o zdrowie czy obawy o przyszłość, stany depresyjne, zaburzenia odżywiania [4, 23, 27]. Specyfika choroby i jej leczenia wymaga dużej samokontroli i samodyscypliny, co z kolei może przyczyniać się do większej dojrzałości i odpowiedzialności młodej osoby. Jednakże istnieje ryzyko nakładania się zaburzeń metabolicznych na zmiany hormonalne okresu dojrzewania i związane z nim przejawy labilności emocjonalnej. Sama choroba nie wiąże się ze stygmatyzacją, ale jej doświadczanie może powodować niepokój i poczucie zagrożenia. Świadomość ograniczeń i ewentualnych skutków w przyszłości dotyczy głównie dalszego kształcenia, wyboru zawodu, podejmowania zadań i ról związanych z wiekiem. Młodzież z cukrzycą ocenia swoje ogólne zdrowie podobnie jak zdrowi rówieśnicy (dobrze kontrolowana cukrzyca wiąże się z dobrą adaptacją), ale wiele poszczególnych objawów choroby współwystępuje z gorszym fizycznym i psychospołecznym funkcjonowaniem [28].

W ostatnich dekadach zaznacza się wzrost różnego rodzaju zaburzeń odżywiania, w tym otyłości, która występuje coraz częściej nie tylko u dorosłych ale również u dzieci i młodzieży. Wynika to z niewłaściwych nawyków żywieniowych jak i z nadmiernej wagi przypisywanej własnemu wyglądowi (wzrost zachorowań na anoreksję i bulimie) [29]. Jednym z najczęściej występujących zaburzeń odżywiania okresu rozwojowego jest otyłość prosta [30]. Zaburzenie to jest wynikiem zakłóconej równowagi między energią z pożywienia a jej zużyciem, co w konsekwencji powoduje jej nadmiar i gromadzenie się tkanki tłuszczowej, nadmierny przyrost masy ciała, przekraczający znacznie normy z uwagi na wiek i wzrost dziecka [31–33]. Jest to inaczej wynik niewłaściwego działania mecha-

nizmów regulujących masę ciała jednostki [34, s. 52]. Według Światowej Organizacji Zdrowia otyłość daje się określić za pomocą wskaźnika BMI (*Body Mass Index*), który wyraża stosunek masy ciała w kg do kwadratu wzrostu (kg/m^2), co umożliwia klasyfikację stopnia zaburzenia (BMI od 25,0 do 29,9 wskazuje na nadwagę, BMI od 30,0 wzwyż na otyłość) [35, 36]. Otyłość jest stanem uwarunkowanym polietiologicznie. Wiąże się z czynnikami genetycznymi, środowiskowymi i psychologicznymi, w tym z cechami osobowości. Może być przyczyną różnych dolegliwości natury somatycznej, jak zmęczenie, brak energii, obciążenia dla stawów czy kręgosłupa, dolegliwości serca i inne problemy zdrowotne. Otyłość to także źródło wielu problemów natury psychologicznej, jako że wiąże się ona z pewnym rodzajem stygmatyzacji. Może powodować negatywne reakcje ze strony rówieśników, niechęć i brak akceptacji czy popularności, co z kolei jest przyczyną poczucia osamotnienia [37]. Otyłość może być źródłem obniżonego nastroju i negatywnie wpływać na ogólne samopoczucie i funkcjonowanie w grupie rówieśniczej [38]. Problemy w zakresie aktywności fizycznej mogą powodować poczucie niezdarności, niskiej skuteczności, stany rozdrażnienia lub przygnębienia i prowadzić do obniżonego poczucia własnej wartości [34, 39]. Dzieci i młodzież z otyłością to szczególna grupa ryzyka związanego z postrzeganiem własnych kompetencji i obniżonego poczucia własnej wartości [40]. Teoria i badania wskazują, że stygmatyzacja związana z otyłością ma istotny wpływ na subiektywny dobrostan [por. 8]. Otyłość ma negatywny wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie psychospołeczne [30]. Szczególnie ważne wydaje się wsparcie społeczne, które jest jednym z predyktorów jakości życia zależnej do zdrowia [41].

Z kolei niedobór hormonu wzrostu jest specyficznym zaburzeniem, które nie powoduje typowych objawów i dolegliwości, ale na danym etapie rozwoju wzrost dziecka jest niewystarczający w porównaniu do rówieśników. Budzi to istotne zaniepokojenie zarówno u samych nastolatków, jak i ich rodziców. Upośledzenie w zakresie wzrostu występuje wtedy, gdy wzrost jest istotnie niższy od normy przewidywanej dla danej grupy wieku i płci (wynosi poniżej 3 centyli na siatkach wzrostowych dla dzieci). Postępy w leczeniu umożliwiają skuteczną korektę wzrostu, a tym samym nieodróżnianie się od rówieśników. Zaburzenie to dotyka ok. 3–8% dzieci i młodzieży [42]. Przyczynami są najczęściej czynniki genetyczne, hormonalne (niedobór hor-

monu wzrostu) lub spowolnienie procesu wzrostu wskutek niektórych chorób czy też przewlekłe niedożywienie [43]. W przypadku znaczącej niskorosłości uwarunkowanej hormonalnie możliwe jest zastosowanie leczenia polegającego na podawaniu hormonu wzrostu [44]. W leczeniu dziecka z niskorosłością chodzi o uzyskanie takiego efektu, aby osiągnąć wzrost zbliżony do norm dla swego wieku. Docelowo ważne jest osiągnięcie takiego wzrostu, by w życiu dorosłym nie wyróżniać się od innych. Leczenie niskorosłości jest ograniczone w czasie, tylko w okresie naturalnego procesu wzrostu, i nie powinno przekraczać czasu jego ukończenia. Niski wzrost może być źródłem wielu problemów natury psychologicznej, zwłaszcza w sytuacji porównywania się z rówieśnikami [45–48]. Problemy takie częściej dotyczą chłopców, mogą być przyczyną niskiej samooceny, trudności w kontaktach z rówieśnikami, wycofywania się i izolacji. Tendencje izolacyjne i ucieczkowe w sytuacjach społecznych potęgują często poczucie inności, braku umiejętności społecznych, odczuwanie nieradzenia sobie z powodu niskiego poczucia własnej wartości, a nawet słabsze osiągnięcia szkolne [49, 50, por. 8]. Takie dzieci doświadczają wielu problemów w kontaktach społecznych, mają negatywny obraz siebie i trudności w przystosowaniu [51]. Rzutuje to na ich zadowolenie z życia i poczucie jakości życia [52].

Każde z przedstawionych zaburzeń ma swoją specyfikę, niemniej każde z nich może istotnie rzutować na poczucie własnej wartości i ogólne samopoczucie. W procesie zmagania się z chorobą, zarówno jeśli chodzi o jej specyficzne objawy, dolegliwości, ograniczenia, jak i skutki psychospołeczne, ważne są posiadane zasoby o charakterze właściwości psychicznych i poczucie wsparcia ze strony rodziny i najbliższego otoczenia społecznego. Są to czynniki, które mogą mieć ochronny wpływ na jakość życia nastolatków. W ramach tzw. podejścia holistycznego w leczeniu chorych przewlekłe szczególnie ważna jest ocena jakości życia oraz posiadanych zasobów.

Cel badań i badane grupy

Celem badań jest ocena subiektywnej jakości życia, poczucia własnej wartości i postrzeganego wsparcia społecznego młodzieży hospitalizowanej z powodu chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca typu 1, otyłość oraz niskorosłość. Przede wszystkim chodzi o analizę porównawczą badanych grup w zakresie tych zmiennych jak też analizę współ-

zależności między nimi. Badania te stanowią kontynuację analiz porównawczych dotyczących jakości życia i zmiennych psychologicznych młodzieży chorej przewlekle [53]. Doniesienia z literatury są zróżnicowane, jeśli chodzi o poczucie jakości życia dzieci i młodzieży z chorobami o charakterze przewlekłym.

Przebadano trzy grupy hospitalizowanych nastolatków w Klinice Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej UM w Lublinie (N=148) w wieku 11–18 lat (M=14,43, SD=1,79): osoby leczone z powodu cukrzycy typu 1 (N = 69; 40K, 29M, średnia wieku M = 14, 68, SD = 1,82), młodzież z otyłością (N=48; 30K, 18M, średnia wieku M=13,87, SD=1,78) oraz osoby hospitalizowane z powodu niskorosłości (N=31; 13K, 18M, średnia wieku M=14,74, SD=1,57).

Metody

Skala Jakości Życia dla Młodzieży (SJŻ-M) jest polską wersją metody pomiaru subiektywnej jakości życia dzieci i młodzieży w wieku 11–18 lat – *Youth Quality of Life Instruments (YQOL-R)* [54]. Zgodnie z modelem obejmuje cztery obszary:

I. Poczucie własnego Ja – tj. uczucia względem siebie, takie jak: wiara w siebie, zdrowie fizyczne, psychiczne i duchowe.

II. Relacje społeczne – tj. relacje z innymi: rodziną, rówieśnikami, przyjaciółmi, wsparcie społeczne, wolność, aktywność wraz z innymi i pomaganie innym.

III. Środowisko, szeroko rozumiane – jako źródło możliwości oraz przeszkód, jeśli chodzi o różne formy działania, ale też możliwości kształcenia się, bezpieczeństwo, perspektyw na przyszłość, oraz w wąskim rozumieniu – jako najbliższe sąsiedztwo czy zasoby finansowe.

IV. Ogólne zadowolenie z życia – jako zadowolenie, radość z życia oraz poczucie sensu życia.

Skala Jakości Życia dla Młodzieży (SJŻ-M) w tłumaczeniu i opracowaniu własnym [55] służy do oceny subiektywnej jakości życia zdrowych, chorych i niepełnosprawnych nastolatków. Główna część metody składa się z 41 twierdzeń, które ujmują „postrzeganie swej pozycji w życiu”. Przykłady twierdzeń: 1. *Jestem zadowolony/a z tego, jak wyglądam.* 2. *Mam poczucie, że większość dorosłych traktuje mnie sprawiedliwie.* Metoda posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne, cechuje się także dobrą stałością i trafnością [55].

Inwentarz Poczucia Własnej Wartości stanowi polską adaptację *Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI)* do pomiaru oceniających postaw w stosunku do różnych dziedzin własnego Ja [14, 56]. Poczucie własnego Ja to, obok samooceny, ewaluatywny aspekt koncepcji siebie, kształtowany w ciągu rozwoju i będący przejawem wartościowania siebie w odniesieniu do jakiegoś kryterium zewnętrznych, np. w porównaniu do innych [20].

Polska wersja inwentarza w opracowaniu Juczyńskiego (2005) składa się z 24 pozycji testowych z możliwością odpowiedzi w wersji A na skali 2-stopniowej (*tak, to mnie dotyczy* i *nie, to mnie nie dotyczy*), zaś w wersji B na skali 4-stopniowej od 0 do 3 (*tak, raczej tak, nie, raczej nie*). Ujmuje poczucie własnej wartości w czterech obszarach: poczucie własnej wartości w rodzinie, w towarzystwie, w szkole i poczucia wartości osobistej, i może być stosowana od 8 roku życia wzwyż. Analiza czynnikowa z rotacją *Varimax* potwierdziła strukturę inwentarza. Metoda została znormalizowana, normy w skali stenowej odnoszą się do wskaźnika globalnego [57].

Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego, czyli *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)*, jest skalą oceny postrzeganego wsparcia społecznego przez dzieci i młodzież [58]. Najogólniej wsparcie społeczne to pomoc dostępna w sytuacjach trudnych. Inaczej są to zasoby jednostki, będące efektem przynależności do określonej grupy społecznej i skutkiem interakcji z innymi oraz rezultatem zaspokojenia potrzeb w sytuacjach trudnych przez osoby znaczące lub określone grupy odniesienia. Metoda ta służy do oceny wsparcia społecznego pochodzącego z trzech źródeł: ze strony rodziny, przyjaciół oraz innych osób znaczących. Polska wersja skali w tłumaczeniu i opracowaniu własnym [55], tak jak oryginał, składa się z 12 twierdzeń, po 4 pytania w każdej z 3 podskal i 5-stopniowej skali odpowiedzi (od *zupełnie nie zgadzam się* po *całkowicie zgadzam się*). Przeprowadzona analiza czynnikowa potwierdziła trójczynnиковą strukturę skali [59, 58]. Metoda cechuje się także dobrymi wskaźnikami trafności. Istotne korelacje między podskalami oraz miarami lęku i depresji świadczą o dobrej trafności teoretycznej [60]. Właściwości psychometryczne polskiej wersji skali są wysoce satysfakcjonujące. W badaniu uzyskuje się trzy wskaźniki szczegółowe oraz wskaźnik globalny ogólnego postrzeganego wsparcia społecznego. Wskaźniki szczegółowe mieszczą się w granicach 4–20, natomiast globalny 12–60.

Z uwagi na jej prostotę i małą liczbę pytań może być stosowana u dzieci i młodzieży, osób zdrowych jak i grup klinicznych do oceny psychospołecznego funkcjonowania oraz jego uwarunkowań.

Wyniki

Poczucie jakości życia młodzieży

Podstawą analiz porównawczych w zakresie subiektywnej jakości życia młodzieży chorej przewlekle są wyniki w Skali Jakości Życia zastosowanej w badaniach (tab. I). Ponieważ nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w zakresie subiektywnej jakości życia z uwagi na zmienną płci, analizy porównawcze przeprowadzono dla dziewcząt i chłopców łącznie.

Poczucie jakości życia badanych osób różni się, jeśli chodzi o wskaźnik globalny subiektywnej jakości życia. Najniższy poziom charakteryzuje młodzież z otyłością, a istotne różnice między grupami

w tym zakresie dotyczą osób z otyłością na korzyść badanych z cukrzycą. Istotne różnice występują także w obszarze Poczucia własnego Ja oraz Relacji społecznych. Oznacza to, że nastolatków z otyłością cechuje istotnie niższa ocena własnego życia w porównaniu z osobami z cukrzycą, istotnie niższe zadowolenie ze swego zdrowia fizycznego i samopoczucia psychicznego, mniejsza wiara w siebie i swoje możliwości (istotne różnice między grupą z otyłością a pozostałymi) oraz istotnie niższy poziom zadowolenia z relacji z innymi – z rodziną, rówieśnikami, z podejmowanych wspólnie działań czy uczestniczenia w życiu społecznym, a także niższy poziom wsparcia ze strony dorosłych w porównaniu z badanymi z cukrzycą. Różnice dotyczące badanych sfer jakości życia ilustruje rycina 1.

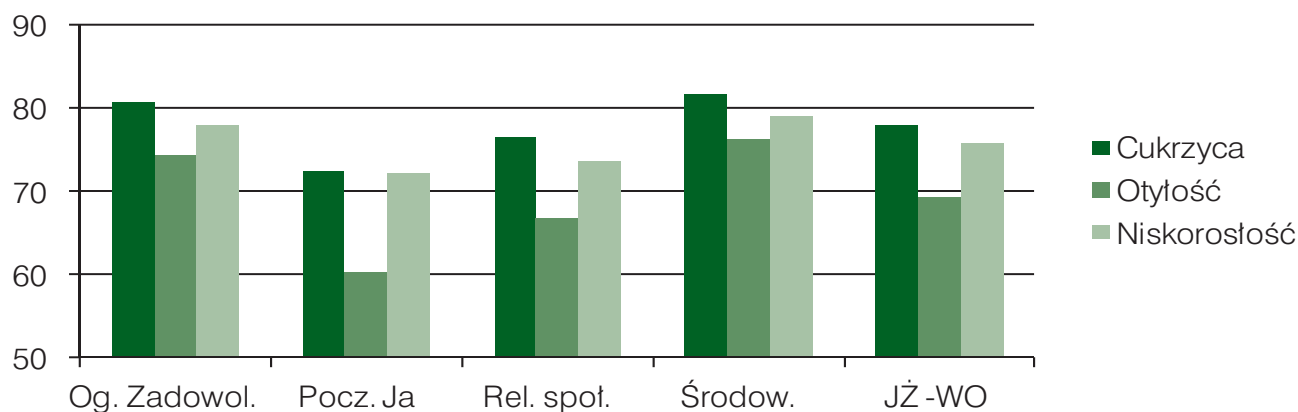
Warto zaznaczyć, że młodzież we wszystkich trzech grupach uzyskała najwyższe wyniki w zakresie obszaru Środowiska, a najniższe w obszarze Poczucia własnego Ja. Młodzież z cukrzycą uzyskała

Tabela I. Wyniki (M i SD) w Skali Jakości Życia dla Młodzieży trzech grup badanych: młodzieży z cukrzycą typu 1, z otyłością i niskorosłością; ANOVA

Table I. YQOL in adolescents with diabetes, obesity and short stature

| Obszary jakości życia | Cukrzyca typu 1 (N=69) | | Otyłość (N=48) | | Niskorosłość (N=31) | | Istotność różnic | |
|-----------------------|------------------------|-------|----------------|-------|---------------------|-------|------------------|--------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F(2,145) | p< |
| Ogólne zadowolenie | 80,73 | 21,56 | 74,24 | 24,69 | 77,85 | 22,24 | 1,15 | n.i. |
| Poczucie własnego Ja | 72,31 | 14,96 | 60,27 | 12,55 | 72,07 | 14,51 | 11,64ab | 0,0001 |
| Relacje społeczne | 76,38 | 15,66 | 66,68 | 17,32 | 73,56 | 14,41 | 5,29a | 0,01 |
| Środowisko | 81,67 | 15,39 | 76,15 | 16,10 | 78,97 | 13,85 | 1,85 | n.i. |
| Jakość życia – WO | 77,77 | 15,39 | 69,33 | 15,24 | 75,61 | 14,32 | 4,50a | 0,02 |

Istotne różnice między grupami: a – cukrzyca i otyłość, b – otyłość i niskorosłość



Ryc. 1. Poczucie jakości życia trzech grup młodzieży: z cukrzycą, otyłością i niskorosłością
Fig. 1. YQOL in adolescents with diabetes, obesity and short stature

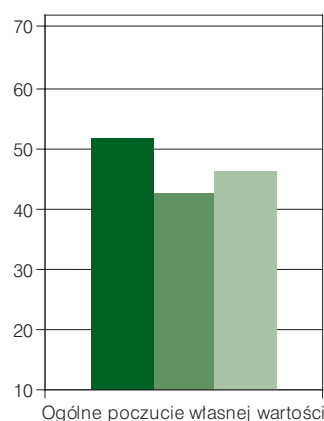
istotnie wyższe wyniki w porównaniu z młodzieżą z otyłością we wszystkich obszarach z wyjątkiem obszaru Ogólne zadowolenie z życia i obszaru Środowiska. Poziom subiektywnej jakości życia w trzech grupach badanej młodzieży jest niższy w porównaniu z rezultatami uzyskanymi w badaniach skalą oryginalną [54]. Szczególnie niskie wyniki odnoszą się do obszaru Poczucia własnej wartości i Relacji społecznych w grupie z otyłością. Największe podobieństwo w zakresie subiektywnej jakości życia w badanych grupach młodzieży dotyczy obszaru Środowiska. Oznacza to, że badaną młodzież, niezależnie od typu choroby, cechuje podobny poziom zadowolenia z możliwości i przeszkód w środowisku pod względem angażowania się i aktywności, kształcenia, poczucia bezpieczeństwa, perspektyw na przyszłość czy zadowolenia z najbliższego sąsiedztwa i możliwości finansowych.

Poczucie własnej wartości badanej młodzieży – analiza porównawcza

Analizy międzygrupowe w zakresie poczucia własnej wartości opierają się na wynikach uzyskanych w badaniu Inwentarzem Poczucia Własnej Wartości (CSEI) (tab. II).

Młodzież z cukrzycą typu 1 charakteryzuje najwyższy poziom globalnego poczucia własnej wartości oraz istotnie wyższe wyniki w trzech obszarach: Ja towarzyskie, Ja w szkole oraz Ja osobiste w porównaniu do osób z otyłością. Oznacza to, że młodzież z cukrzycą wyżej ocenia swoje kompetencje i znaczenie w odniesieniu do innych. W zakresie poszczególnych obszarów pacjentów z cukrzycą cechuje większa pewność siebie, zaufanie we własne możliwości i umiejętności, poczucie większej akceptacji i sympatii ze strony rówieśników, poczucie większego zrozumienia i akceptacji ze strony rodziców oraz wyższy poziom zadowolenia zwią-

zany z funkcjonowaniem w roli ucznia oraz wypełnianiem swoich obowiązków szkolnych w porównaniu do nastolatków z otyłością. Natomiast brak jest statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą badanych z otyłością i niskorosłością, co wskazuje na zbliżony poziom poczucia własnej wartości nastolatków leczonych z powodu niskorosłości do uzyskanego przez osoby z otyłością. We wszystkich grupach najniższy wskaźnik dotyczy towarzyskiego poczucia własnej wartości, szczególnie niski wynik cechuje w tym obszarze młodzież z otyłością. Wskazuje to na niskie poczucie własnej wartości młodzieży z otyłością w obszarze funkcjonowania społecznego w grupie rówieśniczej, na obniżone poczucie bycia lubianym i akceptowanym przez rówieśników. Globalny poziom poczucia własnej wartości badanych grup obrazuje ryc. 2: najniższy poziom ogólnego poczucia własnej wartości prezentują osoby z otyłością, niewiele wyższy osoby z niskorosłością, najwyższy zaś badani z cukrzycą (9 sten).



Ryc. 2. Poziom poczucia własnej wartości trzech grup badanych

Fig. 2. CSEI in adolescents with diabetes, obesity and short stature

Tabela II. Poczucie własnej wartości trzech grup badanych – wyniki (M i SD) w inwentarzu CSEI; istotność różnic wg ANOVA
Table II. CSEI in adolescents with diabetes, obesity and short stature

| Poczucie własnej wartości | Cukrzyca typu 1 (N=65) | | Otyłość (N=48) | | Niskorosłość (N=27) | | Istotność różnic | |
|---------------------------|------------------------|-------|----------------|-------|---------------------|-------|------------------|-------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F(2,135) | p< |
| W rodzinie | 13,66 | 3,66 | 11,94 | 4,05 | 12,78 | 2,98 | 3,04 | 0,06 |
| W towarzystwie | 11,85 | 3,03 | 9,42 | 3,58 | 9,85 | 3,99 | 7,82a | 0,001 |
| W szkole | 12,43 | 3,08 | 10,06 | 3,91 | 11,07 | 3,77 | 6,37a | 0,002 |
| Ja osobiste | 13,57 | 3,14 | 11,10 | 4,07 | 12,63 | 3,74 | 6,49a | 0,002 |
| Wskaźnik ogólny | 51,51 | 11,25 | 42,52 | 13,21 | 46,33 | 12,65 | 7,62a | 0,001 |

a – istotne różnice pomiędzy grupami z cukrzycą i otyłością

Postrzegane przez nastolatków wsparcie społeczne

Kolejne pytanie dotyczyło różnic w zakresie postrzeganego wsparcia społecznego badanych grup młodzieży. Tabela III prezentuje wyniki analiz porównawczych.

Najwyższy poziom wsparcia społecznego ujawniają badani z cukrzycą, zaś najniższy grupa młodzieży z otyłością. Badani nastolatki postrzegają wsparcie ze strony rodziny i osób znaczących jako szczególnie ważne. Można twierdzić, że źródłem ich największego wsparcia są właśnie rodzice i rodzinstwo oraz inne ważne osoby w ich życiu. Poziom postrzeganego wsparcia społecznego z trzech branych pod uwagę źródeł obrazuje rycina 3.

Grupa młodzieży z otyłością wykazuje względnie niski poziom postrzeganego wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i osób znaczących. Najwyższy poziom wsparcia społecznego cechuje młodzież z cukrzycą. Badani z niskorosłością postrzegają największe wsparcie ze strony rodziny w porównaniu z młodzieżą otyłą. Młodzież z otyłością i niskorosłością wykazuje niski poziom wsparcia ze strony

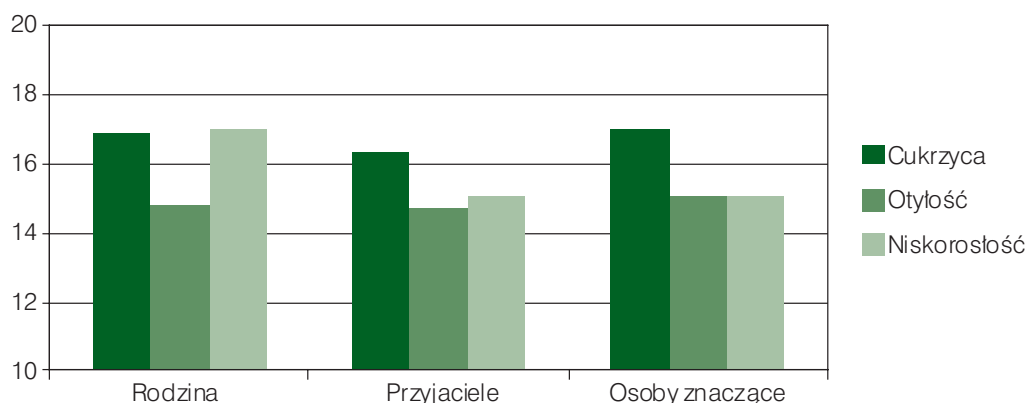
przyjaciół i osób znaczących. Najmniej wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i osób znaczących doświadczają badani z otyłością, najwięcej osoby z cukrzycą. Osoby z niskorosłością postrzegają podobnie wysoki poziom wsparcia ze strony rodziny jak badani z cukrzycą.

Nastolatki z cukrzycą postrzegają względnie wyższy poziom wsparcia ogólnego, badani z otyłością mają poczucie, że otrzymują mniej wsparcia ze strony innych.

Zależności pomiędzy subiektywną jakością życia, poczuciem własnej wartości i wsparciem społecznym

Analiza korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi wskazuje, że wszystkie zależności są istotne statystycznie (tab. IV).

Subiektywna jakość życia, poczucie własnej wartości i postrzegane wsparcie społeczne wykazują liczne dodatnie zależności. Wszystkie korelacje są istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$ lub $p < 0,01$. Najwyższy współczynnik korelacji dotyczy ogólnego poziomu subiektywnej jakości



Ryc. 3. Wsparcie społeczne ze strony rodziny, przyjaciół i osób znaczących u młodzieży z cukrzycą, otyłością i niskorosłością
Fig. 3. MSPSS in adolescents with diabetes, obesity and short stature

Tabela III. Poziom postrzeganego wsparcia społecznego trzech grup badanych – wyniki (M i SD) w MPSS; istotność różnic wg ANOVA

Table III. MSPSS in adolescents with diabetes, obesity and short stature

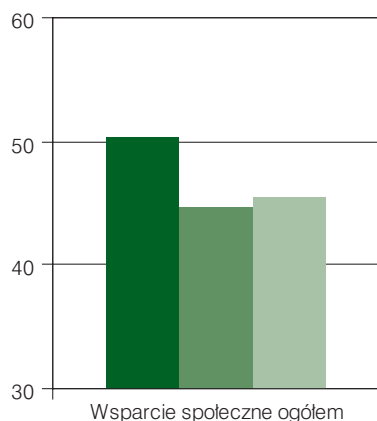
| Postrzegane wsparcie społeczne | Cukrzyca (N=59) | | Otyłość (N=47) | | Niskorosłość (N=26) | | Istotność różnic | |
|--------------------------------|-----------------|------|----------------|-------|---------------------|-------|------------------|------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | F(2,129) | p < |
| Rodzina | 16,92 | 3,42 | 14,81 | 4,41 | 15,39 | 3,80 | 4,12a | 0,02 |
| Przyjaciele | 16,32 | 3,50 | 14,74 | 3,35 | 14,96 | 3,34 | 3,18a | 0,05 |
| Osoby znaczące | 16,98 | 3,54 | 15,06 | 4,28 | 15,08 | 3,97 | 3,93a | 0,05 |
| Wynik ogólny | 50,33 | 8,68 | 44,62 | 10,57 | 45,42 | 10,22 | 4,97a | 0,01 |

a – istotne różnice między grupami z cukrzycą i otyłością ($p < 0,05$)

Tabela IV. Związek pomiędzy subiektywną jakością życia (SJŻ-M), poczuciem własnej wartości (CSEI) i wsparciem społecznym (MSPSS); korelacje r Pearsona**Table IV.** Relation between SJŻ-M, CSEI and MSPSS

| SJŻ-M | Ogólne zadowol. | Poczucie Ja | Relacje społeczne | Środowisko | Jakość życia – WO |
|-----------------------------|-----------------|---------------|-------------------|------------|-------------------|
| CSEI i MSPSS | <i>r</i> | <i>r</i> | <i>r</i> | <i>r</i> | <i>r</i> |
| Ja w rodzinie | 0,54** | 0,53** | 0,60** | 0,41** | 0,59** |
| Ja towarzyskie | 0,47** | 0,53** | 0,46** | 0,42** | 0,53** |
| Ja szkolne | 0,47** | 0,60** | 0,50** | 0,43** | 0,56** |
| Ja osobiste | 0,54** | 0,63** | 0,58** | 0,46** | 0,62** |
| Pocz. własnej wartości – WO | 0,58** | 0,66** | 0,62** | 0,49** | 0,66** |
| Rodzina | 0,44** | 0,34** | 0,50** | 0,34** | 0,46** |
| Przyjaciele | 0,26* | 0,28** | 0,37** | 0,27* | 0,33** |
| Osoby znaczące | 0,37** | 0,29** | 0,41** | 0,24* | 0,38** |
| Wsparcie społeczne – WO | 0,42** | 0,35** | 0,49** | 0,33** | 0,45** |

** p < 0,001 * p < 0,005

**Ryc. 4.** Poziom ogólnego wsparcia społecznego trzech grup badanych**Fig. 4.** MSPSS in research groups

życia i globalnego poczucia własnej wartości (44% wspólnej wariancji). Poczucie własnej wartości koresponduje ze wszystkimi czterema wymiarami jakości życia: z Ogólnym zadowoleniem z życia, z Poczuciem własnego Ja, z obszarem Relacji społecznych i Środowiska. Korelacje pomiędzy tymi obszarami jakości życia i wsparciem społecznym są także istotne statystycznie, chociaż współczynniki są nieco niższe. Związek pomiędzy ogólnym poczuciem własnej wartości i wskaźnikiem globalnym postrzeganego wsparcia społecznego jest na poziomie umiarkowanym (20% wariancji wspólnej). Zależności te wskazują na silne powią-

zanie poczucia własnej wartości z ogólnym zadowoleniem z życia oraz z zadowoleniem z poszczególnych sfer jakości życia. Można sądzić, że im większe poczucie własnej wartości, tym większe zadowolenie i lepsza ocena własnego życia, większe poczucie sensu życia, zadowolenie z relacji z innymi, z możliwości jakie stwarza środowisko. Są to zależności dwustronne, a więc można też sądzić, że im większa satysfakcja z życia w ogóle, im większe zadowolenie z życia i poczucie jego wartości oraz im większa satysfakcja z relacji z innymi i z warunków środowiska, tym wyższy jest poziom samooceny i przekonanie o własnej wartości. Podobnie jest w przypadku zależności pomiędzy postrzeganym wsparciem społecznym a poczuciem jakości życia – im wyższy poziom doświadczanego wsparcia, zwłaszcza ze strony rodziny, tym wyższy poziom subiektywnej jakości życia, zarówno w sensie ogólnym jak w poszczególnych wymiarach, a szczególnie znacząca zależność dotyczy obszaru Relacji społecznych.

Wnioski i dyskusja wyników

Rezultaty przeprowadzonych analiz dają się ująć w postaci kilku wniosków:

1) Istnieje brak statystycznie istotnych różnic z uwagi na płeć w poziomie subiektywnej jakości życia w trzech grupach badanej młodzieży.

2) Młodzież z cukrzycą, otyłością i niskorosłością różni się w poziomie subiektywnie postrzeganej jakości życia: najwyższy wskaźnik ogólny oraz w poszczególnych obszarach charakteryzuje badanych z cukrzycą.

3) Najniższy ogólny poziom jakości życia cechuje nastolatki z otyłością. Najbardziej istotna różnica ($p < 0,001$) między grupami dotyczy obszaru własnego Ja.

4) Ogólnie badani wykazują obniżone poczucie jakości życia, ale dotyczy to zwłaszcza nastolatków z otyłością.

5) Młodzież z cukrzycą wykazuje wyższy poziom poczucia własnej wartości w porównaniu do młodzieży z otyłością. Brak istotnych różnic w zakresie poczucia własnej wartości między grupą badanych z otyłością a niskorosłością.

6) Młodzież z otyłością spostrzega mniej wsparcia ze strony otoczenia społecznego w porównaniu do młodzieży z cukrzycą.

7) Istnieją pozytywne i istotne statystycznie zależności pomiędzy samooceną, wsparciem społecznym i subiektywną jakością życia.

Brak istotnych różnic w zakresie subiektywnej jakości życia z uwagi na płeć jest wynikiem interesującym, zwłaszcza gdy rezultaty niektórych badań wskazują, że dziewczęta uzyskują niższe wyniki w porównaniu z chłopcami [28]. Międzygrupowe analizy porównawcze dowodzą, że młodzież z cukrzycą cechuje wyższy poziom subiektywnej jakości życia, zwłaszcza w porównaniu do badanych z otyłością. Czy to oznacza satysfakcjonujący wynik i wskazuje na umiarkowaną korzystną ocenę własnej jakości życia tej grupy pacjentów? Wśród badań dotyczących oceny jakości życia dzieci i młodzieży z cukrzycą obserwuje się zróżnicowane rezultaty, wiele z nich ujawnia niższe poczucie jakości życia w porównaniu ze zdrowymi [8, 11, 61, 62]. A zatem warto zastanowić się, dlaczego grupa ta wypada lepiej w porównaniu do dwóch pozostałych, a zwłaszcza nastolatków z otyłością? Niewątpliwie cukrzyca jest chorobą, która może wiązać się z poważnym ryzykiem, zwłaszcza w przypadku nieprzestrzegania ścisłych reguł leczenia, diety, zasad dotyczących trybu życia czy kontroli medycznej. Stąd wymaga szczególnego postępowania, a poluznienie tych zasad może wiązać się z poważnymi konsekwencjami dla samopoczucia, zdrowia, a nawet życia. Być może to zagrożenie sprawia, że dzieci i młodzież z cukrzycą otaczani są większą troską ze strony rodziców i opiekunów, że doświadczają różnych form wsparcia, zarówno emocjonalnego

jak i instrumentalnego, a nawet pewnej nadopiekuńczości. Badania Moreiry i in. [63] wykazują, że poziom jakości życia zależy od zdrowia wiąże się z lepszym przystosowaniem rodziców, również do sytuacji choroby dziecka, z większą spójnością rodziny, sprawną komunikacją i z ogólnie lepszym funkcjonowaniem rodziny. Czynniki te sprawiają, że rodzina może stanowić mocne źródło wsparcia dla dzieci chorych [64]. Sprzyjający klimat rodziny i wsparcie przyczyniają się do lepszej adaptacji dziecka do choroby, akceptacji ograniczeń i minimalizowania skutków ubocznych choroby w postaci zaburzeń emocjonalnych, na które szczególnie podatna jest młodzież w okresie adolescencji [65, 66]. Najwyższy poziom doświadczanego wsparcia cechuje właśnie młodzież z cukrzycą, dotyczy to głównie wsparcia ze strony rodziny. Warto zwrócić uwagę, że cukrzyca jest chorobą, która stanowi duże wyzwanie dla rodziców, a przede wszystkim dla chorych. Konieczność dostosowania się do rygorów i niezbędna samokontrola nastolatka wiąże się z ograniczeniami i dyscypliną, ale jednocześnie przyczynia się do wzrostu poczucia panowania nad sobą, kompetencji i tym samym większej dojrzałości. Być może poszerzanie zakresu własnych kompetencji i niezależności sprawia, że wzrasta poczucie sprawczości i własnej skuteczności, która wiąże się z samooceną i poczuciem własnej wartości i jakości życia.

Czy otyłość jest zaburzeniem, które nie spotyka się z wystarczającym zrozumieniem, akceptacją i wsparciem ze strony najbliższego otoczenia? Istotnie niższe poczucie jakości życia nastolatków z otyłością być może uwarunkowane jest specyfiką tego zaburzenia. Młodzież z cukrzycą, pomimo ograniczeń, stara się prowadzić normalne życie, choroba nie zawsze ujawnia się otoczeniu i zasadniczo nie wiąże się ze stygmatyzacją. Inaczej jest w przypadku otyłości, która często jest przedmiotem krytyki, ośmieszania, dezakceptacji, zwłaszcza ze strony rówieśników, a nawet wykluczania. Osoby z otyłością często same wycofują się z kontaktów czy aktywności grupowej, np. z gier zespołowych, z uwagi na poczucie mniejszej sprawności i szybką męczliwość. Stąd mogą mieć poczucie izolacji i osamotnienia. Ponadto im większy stopień nadwagi i otyłości, tym większe ryzyko powikłań w obrębie, np. układu sercowego czy kostnego. Ryzyko i występowanie powikłań wiąże się z istotnie niższym poczuciem jakości życia. Wyniki badań dzieci i młodzieży z otyłością potwierdzają istotnie niższy poziom globalnej samooceny i jakości ży-

cia [67]. Obniżone poczucie własnej wartości dotyczy zwłaszcza obszaru kompetencji fizycznych, wyglądu i funkcjonowania społecznego. Nadwaga i otyłość mają także duży związek z jakością życia zależną od zdrowia, przede wszystkim w obszarze fizycznego funkcjonowania i poczucia ogólnego stanu zdrowia [68]. Dzieci i młodzież z otyłością charakteryzuje niższy poziom jakości życia w porównaniu nie tylko ze zdrowymi rówieśnikami, ale też z osobami z różnego rodzaju problemami w zakresie zdrowia, jak niepełnosprawność ruchowa czy nadpobudliwość psychoruchowa [11], bóle głowy [8]. Z kolei porównanie osób z otyłością i niskorosłością wskazuje na brak istotnych różnic w zakresie subiektywnej jakości życia i samooceny. U osób niskorosłych poczucie jakości życia i własnej wartości pozostają również na względnie niskim poziomie. Jak wskazują badania Theunissen i in. [69], jakość życia i samoocena dzieci niskorosłych jest niższa w porównaniu z grupą kontrolną, co więcej, nie wzrasta istotnie po zastosowaniu leczenia hormonem wzrostu. Można zatem przypuszczać, że niski wzrost jest czynnikiem, z którym wiąże się poczucie inności, a nawet brak akceptacji siebie w stosunku do rówieśników odznaczających się wzrostem zgodnym z normą dla wieku. Może to być przyczyną negatywnych emocji, mniejszej pewności siebie, mniej satysfakcjonujących relacji z innymi czy też zachowań kompensacyjnych. Negatywne stereotypy dotyczące niskorosłości stwarzają potencjalne źródło psychicznego stresu dla dziecka i rodziny. Chociaż badania Sandberga [70] wskazują, że adaptacja psychologiczna u osób niskorosłych jest w większości nie do odróżnienia od innych – dzieci, młodzieży czy dorosłych. Według nich niski wzrost jako właściwość fizyczna ma stosunkowo małą moc predykcyjną, jeśli chodzi o psychospołeczne przystosowanie jednostki czy jakość życia. Według innych badań wzrost jest istotnym predyktorem jakości życia, dla leczonych hormonem wzrostu – predyktorem pozytywnym, dla dzieci z niskorosłością nieleczonych hormonem wzrostu – predyktorem negatywnym. W porównaniu ze zdrowymi niski wzrost ma negatywny wpływ na jakość życia zależną od zdrowia [71]. Analizując uzyskane wyniki pod kątem zakresu porównań, warto przytoczyć badania Norby i in. [72] młodzieży z diagnozą astmy, cukrzycy, niskorosłości i młodzieńczego zapalenia stawów. Według nich najniższe poczucie jakości życia cechowało grupę z młodzieńczym zapaleniem stawów, najwyższe zaś

badanych z niskorosłością. Te wyniki sugerowałyby istotny wpływ dolegliwości bólowych związanych z chorobą na stan zdrowia, ogólne funkcjonowanie i poczucie jakości życia. Niskorosłość jako taka nie wiąże się z dolegliwościami bólowymi, mogą one jednak wystąpić w trakcie podawania hormonu wzrostu. Leczenie hormonem wzrostu z kolei stwarza nadzieję i szansę na dorównanie wzrostem rówieśnikom, stąd osoby niskorosłe uzyskały względnie dobre rezultaty w stosunku do pozostałych grup.

Podsumowując rezultaty międzygrupowych analiz porównawczych, młodzież z cukrzycą, w przeciwieństwie do badanych z otyłością, cechuje wyższy poziom poczucia jakości życia, samooceny i postrzeganego wsparcia społecznego wraz z wyższym poziomem kontroli nad chorobą i jej objawami oraz brakiem stygmatyzacji. Młodzież z niskorosłością nie różni istotnie pod względem subiektywnej jakości życia, poczucia własnej wartości i wsparcia społecznego w porównaniu do młodzieży z cukrzycą. Największe podobieństwo było między grupami nastolatków z otyłością i niskorosłością w zakresie badanych zmiennych. Do pewnego stopnia może się to wiązać z faktem stygmatyzacji, być może także z deficytem co do umiejętności społecznych ważnych dla pozyskiwania potrzebnego wsparcia społecznego czy ze stosowaniem mniej adaptacyjnych sposobów radzenia. Warto sprawdzić to w badaniach różnych grup młodzieży chorej przewlekle.

Pozytywne zależności pomiędzy samooceną, poczuciem własnej wartości i jakością życia młodzieży chorej przewlekle potwierdzają badania m. in. Novato i in. [73] – zależność jest dodatnia, tzn. im wyższa samoocena, tym wyższe poczucie jakości życia młodzieży z cukrzycą. Podobnie silny związek stwierdza się między samooceną i wsparciem społecznym [74]. Uzyskane rezultaty skłaniają do sformułowania postulatu budowania pozytywnego obrazu siebie, kształtowania samooceny i poczucia własnej wartości młodzieży z różnego typu chorobami przewlekłymi bądź ograniczeniami w zakresie zdrowia. Jest to ważne przesłanie dla rodziców i osób sprawujących opiekę nad chorymi dziećmi. Podobnie jest jeśli chodzi o konieczne wsparcie niezbędne w okresie zmagania się z chorobą, w procesie leczenia i adaptacji do choroby, która, jak w przypadku cukrzycy, trwa całe życie. Poczucie własnej wartości i wsparcie społeczne to zmienne, które mogą pełnić rolę czynników chroniących przed wystąpieniem zaburzeń emocjonalnych i wspierających jakość życia.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

- [1] Obuchowska I.: Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. PWN, Warszawa 2000, 163-185.
- [2] Oleszkowicz A.: Kryzys młodzieńczy – istota i przebieg. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1995.
- [3] Pilecka W.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- [4] Brown R.T., Daly B.P., Rickel A.U.: Chronic Illness in Children and Adolescents. Advances in Psychotherapy. Evidence-Based Practice. Hogrefe & Huber Publishers, Cambridge 2007.
- [5] Nowakowska M.: Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrożających życiu. W: M. Jarosz (red.), Psychologia Lekarska. PZWL, Warszawa 1983, 343-362.
- [6] Maciarz A.: Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
- [7] Pilecka W.: Choroba przewlekła w życiu i rozwoju dziecka. W: W. Pilecka, P. Majewicz, A. Zawadzki (red.), Jak wspomagać psychospołeczny rozwój dzieci niepełnosprawnych somatycznie. Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 1999, 23-36.
- [8] Oleś M.: Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 2010a.
- [9] The WHOQOL Group: The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine, 1995:41, 1403-1409.
- [10] Trzebińska E.: Psychologia pozytywna. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- [11] Patrick D.L., Edwards T.C., Topolski T.D.: Adolescent Quality of Life, Part II: initial validation of a new instrument. Journal of Adolescence, 2002:25, 287-300.
- [12] Brown J.D., Marshall M.A.: Self-Esteem: It's Not What You Think. Psychological Review. <http://faculty.washington.edu/jdb/articles/Self-Esteem%20Draft.pdf>
- [13] Campbell J.D.: Self-esteem and clarity of self-concept. Journal of Personality and Social Psychology, 1990:59, 538-549.
- [14] Coopersmith S.: The antecedents of self-esteem. W: H. Freeman, San Francisco 1967.
- [15] Oleś P.: Wprowadzenie do psychologii osobowości. Wydanie nowe. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
- [16] Oleś P.: Poczucie godności – teoria i badania. W: A. Królikowska, Z. Marek (red.), Refleksje nad godnością człowieka. Wyższa Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Kraków 2007, 119-127.
- [17] Sęk H.: Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.
- [18] Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2004, 11-28.
- [19] Kacperczyk A.: Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjne. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
- [20] Harter S.: Causes and Consequences of Low Self-Esteem in children and Adolescents. W: R.F. Baumeister (Ed.), Self-esteem. The puzzle of low self-regard. Plenum Press, New York & London 1993, 87-115.
- [21] Szewczyk L., Wiśniowiecka M.: Pomoc psychologiczna dziecku choremu na cukrzycę w zależności od dominujących cech osobowości i jakości prowadzonej samokontroli. W: L. Szewczyk, M. Skowrońska (red.), Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Emu, Warszawa 2003, 127-135.
- [22] Bond G.G., Aiken L. S., Somerville S.C.: The health belief model and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. Health Psychology, 1992:11, 190-198.
- [23] Symonides-Ławecka A.: Cukrzyca u dzieci. PZWL, Warszawa 2000.
- [24] Szewczyk L.: Psychiczne następstwa zaburzeń somatycznych u dzieci i młodzieży. W: A. Papierkowski (red.), Choroby wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1987, 391-396.
- [25] Drotar D.: Psychological Interventions in Childhood Chronic Illness. APA, Washington 2006.
- [26] Clarke W., Jones T., Rewers A., Dunger D., Klingensmith G.: Assessment and management of hipoglikemia in children and adolescents with diabetes. Pediatric Diabetes, 2008:9, 165-174.
- [27] Hood K.K., Huestis S., Maher A., Butle D., Volkening L., Laffel L.M.B.: Depressive symptoms in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes. Diabetes Care, 2006:29, 1389-1391.
- [28] Graue M., Wentzel-Larsen T., Hanestad B.R., Båtsvik B., Sjøvik O.: Measuring self-reported, health-related, quality of life in adolescents with type 1 diabetes using both generic and disease-specific instruments. Acta Paediatrica, 2003:92, 1190-1196.
- [29] Adair C.E., Marcoux G.C., Cram B.S., Ewashen C.J., Chafe J., Cassin S.E., Pinzon J., Gusella J.L., Geller, Scattolon Y., Fergusson P., Styles L., Brown K.E.: Development and multi-site validation of a new condition-specific quality of life measure for eating disorders. Health and Quality of Life Outcomes, 2007:5, 1-14.
- [30] Schwimmer J.B., Burwinkle T.M., Varni J.W.: Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. JAMA, 2003:289, 1813-1819.
- [31] Komorowski J., Pawlikowski M.: Otyłość i jadłowstręt psychiczny. W: M. Pawlikowski (red.), Zarys endokrynologii klinicznej. PZWL, Warszawa 1996, 244-253.
- [32] Oblacińska A., Woynarowska B.: Otyłość. IMiD, Warszawa 1995.

- [33] Jarosz M., Klosiewicz-Latoszek L.: Otyłość. Zapobieganie i leczenie. PZWL, Warszawa 2006.
- [34] Ogińska-Bulik N.: Psychologia nadmiernego jedzenia. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004.
- [35] Abraham S., Llevelyn-Jones D.: Bulimia i anoreksja. Prószyński i S-ka, Warszawa 1997.
- [36] Łuszczynska A.: Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- [37] Wiśniowiecka M., Szewczyk L.: Poczucie osamotnienia u dzieci z otyłością. W: L. Szewczyk, A. Kulik (Red.). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka TN KUL, Lublin 2001, 27-38.
- [38] Gutowska-Wyka A.: Psychologiczny model błędnego koła – przyczyny czy konsekwencje nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. W: A. Kulik, L. Szewczyk (red.). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości, T. IX, Psychospołeczne następstwa choroby somatycznej u dzieci TN KUL, Lublin 2007, 73-88.
- [39] Radoszewska J.: Z badań nad tożsamością osób otyłych. Nowiny Psychologiczne, 1994:4, 87-90.
- [40] Pinhas-Hamiel O., Singer S., Pilpel N., Fradkin A., Modan D., Reichman B.: Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. International Journal of Obesity, 2006:30, 267-272.
- [41] Zeller M.H., Modi A.C.: Predictors of Health-Related Quality of Life in Obese Youth. Obesity, 2006:14, 122-130.
- [42] Fichna P., Korman E., Krause W.: Diagnostyka różnicowa niskorosłości uwarunkowanej niedoborem hormonu wzrostu. *Pediatrica Praktyczna*, 1994:2, 133-155.
- [43] Krawczyński M., Kałużny Ł., Ignys I., Wysocka-Gryczka K.: Niskorosłość u dzieci z przewlekłymi chorobami przewodu pokarmowego. *Pediatrica Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*, 2004:6, 19-22.
- [44] Wit J.M., Reiter E.O., Ross J.L., Saenger P.H., Savage M.O., Rogol A.D., Cohen P.: Idiopathic short stature: management and growth hormone treatment. *Growth Hormone*, 2008:18, 111-135.
- [45] Hunt L., Hazen R.A., Sandberg D.E.: Perceived versus measured height. *Hormone Research*, 2000:53, 129-138.
- [46] Noeker M.: Management of Idiopathic Short Stature: Psychological Endpoints, Assessment Strategies and Cognitive-Behavioral Intervention. *Hormone Research, Supl. 1*, 2009:71, 75-81.
- [47] Visser-van Balen H., Geenen R., Kamp G.A., Huisman J., Wit J.M., Sinnema G.: Motives for choosing growth-enhancing hormone treatment in adolescents with idiopathic short stature: a questionnaire and structured interview study. *BMC Pediatrics*, 2005:5, 1-15.
- [48] Zimet G.D., Cutler M., Litvene M., Dahms W., Owens R., Cuttler L.: Psychosocial adjustment of children evaluated for short stature: a preliminary report. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1995:16, 264-270.
- [49] Sandberg D.E., Michael P.: Psychosocial Stresses Related to Short Stature: Does Their Presence Imply Psychological Dysfunction? W: D. Drotar (red.), *Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. Implication for Research and Practice*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah NJ 1998, 287-312.
- [50] Wheeler P.G., Bresnahan K., Shephard B.A., Lau J., Balk E.M.: Short Stature and Functional Status. A Systematic Review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2004:158, 236-243.
- [51] Drotar D.: *Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. Implication for Research and Practice*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah NJ 1998.
- [52] Deijen J.B., Arwert L.I., Witlox J., Drent M.L.: Differential effect sizes of growth hormone replacement on quality of life, well-being and health status in growth hormone deficient patients: a meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2005:3, 1-7.
- [53] Oleś M., Szewczyk L.: Subiektywna jakość życia u nastolatków z cukrzycą typu 1 i otyłością. *Endokrynologia Pediatryczna*, 2008:7, 57-66.
- [54] Topolski T.D., Edwards T.C., Patrick D.L.: *Youth Quality of Life Instruments. User's Manual and Interpretation Guide*. Seattle Quality of Life Group, Washington 2002.
- [55] Oleś M.: Jakość życia u dzieci i młodzieży – przegląd metod pomiaru. *Przeegląd Psychologiczny*, 2010:53, 211-238.
- [56] Blascovich J., Tomaka J.: Measures of Self-Esteem. W: J.P. Robinson, P.R. Shaver, L.S. Wrightsman (Ed.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. Academic Press, Inc., New York 1991, 115-159.
- [57] Juczyński Z.: Inwentarz Poczucia Własnej Wartości – CSEI S. Coopersmitha. W: M. Oleś (red.) *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, 9-21.
- [58] Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K.: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1988:52, 30-42.
- [59] Cauty-Michell J., Zimet G.D.: Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Urban Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 2000:28, 321-400.
- [60] Zimet G.D., Powell S.S., Farley G.K., Werkman S.: Psychometric Characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1990:55, 610-617.
- [61] Laffel L.M.B., Connell A., Vangsness L., Goebel-Fabri A., Mansfield A., Anderson B.J.: General Quality of Life in Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 2003:11, 3067-3073.
- [62] Varni J.W., Burwinkle T.M., Jacobs J.R., Gottschalk M., Kaufman F., Jones K.L.: The PedsQL in type 1 and type 2 diabetes: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Scales and Type 1 Diabetes Module. *Diabetes Care*, 2003:26, 631-637.

- [63] Moreira H., Frontini R., Bullinger M., Canavarro M.C.: Family Cohesion and Health-Related Quality of Life of Children with Type 1 Diabetes: The Mediating Role of Parental Adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, 2014;23, 347-359.
- [64] Kazak A., Rourke M., Navsaria N.: Families and Rother systems in pediatric psychology. W: M.C. Roberts, R.G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (4th ed.). The Guilford Press, New York 2009, 656-671.
- [65] Missotten L.C., Luyckx K., Seiffge-Krenke I.: 2012. Family Climate of Adolescents with and Without Type 1 Diabetes: Longitudinal Associations with Psychosocial Adaptation. *Journal of Child and Family Studies*, 2013;22, 344-354.
- [66] Schwarzer R., Leppin A.: Social Support and Health: A Theoretical and Empirical Overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1991;8, 99-127.
- [67] Griffiths L.J., Parsons T.J., Hill A.J.: Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2010;5, 282-304.
- [68] Nadeau K., Kolotkin R.L., Boex R., Witten T., McFann K.K., Zeitler P., Walders-Abramson N.: Health-Related Quality of Life in Adolescents With Comorbidities Related to Obesity. *Journal of Adolescent Health*, 2011;49, 90-92.
- [69] Theunissen N.C., Kamp G.A., Koopman H.M., Zwinderman K., Vogels T., Wit J.M.: Quality of life and self-esteem in children treated for idiopathic short stature. *Journal of Pediatrics*, 2002;140, 507-515.
- [70] Sandberg D.: The Psychosocial consequences of short stature: a review of the evidence. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2002;16, 449-463.
- [71] Stephen M.D., Varni J.W., Limbers C.A., Yafi M., Rubina A.H., Venkat S.R., Cynthia S.B., Patrick G.B.: Health-related quality of life and cognitive functioning in pediatric short stature: comparison of growth-hormone-naïve, growth-hormone-treated, and healthy Samales. *European Journal of Pediatrics*, 2011;170, 351-358.
- [72] Norby U., Nordholm L., Andersson-Gäre B., Fasth A.: Health-related quality of life in children diagnosed with asthma, diabetes, juvenile chronic arthritis or short stature. *Acta Paediatrica*, 2007;95, 450-456.
- [73] Novato T.S., Grossi S.A.A., Kimura M.: Quality of life and self-esteem of adolescents with diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2008;21, 562-567.
- [74] Budd A., Buschman C., Esch L.: The Correlation of Self-Esteem and Perceived Social Support. *Undergraduate Research Journal for the Human Sciences*, 2009;8, <http://www.kon.org/urc/v8/budd.html>