

**A CUKORBETEGEK ALKALMAZKODÁSI SIKERESSÉGE A BETEGSÉGÜKHÖZ:
PROTEKTÍV- ÉS RIZIKÓTÉNYEZŐK**

Kiss Orsolya
Pszichológia (MA)
PTE BTK

témavezető:
dr. Csókási Krisztina
PTE BTK
egyetemi adjunktus

Tartalomjegyzék

Absztrakt	2
Bevezetés	3
1. Elméleti háttér	4
1.1. A diabetes mellitus rövid ismertetése.....	4
1.2. A diabetes mellitus egészségpszichológiai vonatkozásai	5
1.3. Reziliencia	5
1.4. A reziliencia rizikó tényezői	7
1.4.1. A stressz és a stresszreaktivitás	7
1.4.2. Depresszió	8
1.4.3. Szorongás	9
1.5. A reziliencia protektív tényezői	10
1.5.1. Énhatékonyság	10
1.5.2. Társas támogatás	10
1.5.3. Párkapcsolati elégedettség.....	11
2. A vizsgálat célja és hipotézise	13
2.1. A vizsgálat célja	13
2.2. A vizsgálat hipotézise.....	13
3. Módszer	14
3.1. Minta és eljárás.....	14
3.2. Méréseszközök	15
4. Eredmények	17
4.1. A reziliencia és a rizikótényezők összefüggésének vizsgálata.....	17
4.2. A reziliencia és a protektív tényezők összefüggésének vizsgálata.....	18
4.3. A társas támogatás, az énhatékonyság és a depresszió összefüggésének vizsgálata	19
5. Diskusszió	20
Limitáció	22
Felhasznált irodalom	23
Mellékletek	32

Absztrakt

A vizsgálat során a cukorbeteg rezilienciájának mértékét kívántuk felmérni, illetve arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen tényezők segíthetik, illetve akadályozhatják a cukorbetegséghez való alkalmazkodáshoz elengedhetetlen lelki ellenállóképességet. Jelen dolgozatban két kategória (protektív- és rizikótényezők) mentén csoportosítottuk a befolyásoló tényezőket. Vizsgáltuk továbbá, hogy a társas támogatás milyen összefüggéseket mutat a cukorbetegségben megnyilvánuló énhatékonysággal és a depresszióval. A vizsgálati személyek (N=60) hétféle kérdőívet töltöttek ki. A Spearman-féle korrelációs eljárást szignifikáns, negatív irányú közepesen erős vagy erős kapcsolatot mutat a reziliencia és a rizikótényezők között (depresszió, szorongás, stresszreaktivitás). A reziliencia a protektív tényezőkkel (énhatékonyság, párkapcsolati elégedettség, társas támogatás) szignifikáns, pozitív irányú, erős vagy közepesen erős kapcsolatokat jelez. A társas támogatás a depressziós tünetekkel szignifikáns, negatív, közepesen erős kapcsolatot, a cukorbetegséghez köthető énhatékonysággal pedig szignifikáns, közepesen erős kapcsolatot mutat. Jelen dolgozat egy hosszú távú projekt kezdeti eredményeiről számol be.

Kulcsszavak: diabetes mellitus, reziliencia, protektív tényezők, rizikótényezők

Bevezetés

Kutatási témámat az egészségpszichológia területéről választottam. Időszerű ezzel a tudományterülettel foglalkozni, ugyanis a szemléletén keresztül képesek vagyunk az egészség fejlesztésére és fenntartására, a betegségek megelőzésére, kezelésére és a veszélyeztető tényezőinek azonosítására, továbbá módot ad az egészségügy elemzésére és fejlesztésére is (Matarazzo, 1982). Az elméleti és gyakorlati ismeretek ötvözésével az egészségpszichológus segíthet a kliensnek a megfelelő egészség- és betegségreprezentáció kialakításában, a betegek azon felismerésében, hogy felelősségük van a betegségek kialakulásában, majd annak lefolyásában is. Továbbá biztos támogató háttérrel nyújt a diagnózissal való megküzdéshez, valamint a krónikus betegségekhez való alkalmazkodási folyamatot is facilitálhatja (Szívós, 2022).

A krónikus betegségek nagy kihívás elé állítják az egyént, mivel a személynek a betegség megjelenését követően egész életén át fennmaradó állapothoz kell alkalmazkodnia (Tiringer és mtsai., 2007). A krónikus betegséghez való alkalmazkodás egy dinamikus folyamat. Ahogyan a hétköznapi életben is sok minden változik időről, időre, úgy a kezeléssel kapcsolatos élmények, a betegségben megélt autonómia és a tünetek is változhatnak. Mindezek pedig befolyásolják az alkalmazkodás mértékét (Tiringer, 2012). Az egyes krónikus betegségek között jelentős eltéréseket találhatunk pszichológiai szempontból, ennek ellenére a kutatók mégis általános tapasztalatokat találnak velük kapcsolatban (Felton és mtsai., 1984). A betegek alkalmazkodásának vizsgálatával fontos információkat tudhatunk meg a betegségfeldolgozás protektív tényezőiről (Tiringer, 2012), illetve ebből kiindulva a rizikótényezőkről is.

A dolgozat fókuszába a cukorbetegség témaköre került. Azért esett a választásom pont erre a krónikus betegségre, mert a diabetes mellitus világszerte hatalmas gazdasági és egészségügyi terhet jelent (Ogurtsova és mtsai., 2017). A Nemzetközi Diabetes Szövetség felmérése szerint hazánkban a cukorbetegség prevalenciája 7,5% körüli volt 2017-ben¹. Vagyis olyan népegészségügyi problémáról van szó, amely kiemelt figyelmet érdemel.

Jelen dolgozat egy hosszú távú projekt kezdeti eredményeiről számol be. A kutatás a 2022/2023-as tanévben a Kulturális és Innovációs Minisztérium támogatásával, az Új Nemzeti Kiválóság Programjának keretén belül valósul meg.

¹ <https://diabetesatlas.org/data/en/country/91/hu.html>, utolsó letöltés dátuma: 2022.10.01.

1. Elméleti háttér

1.1. A diabetes mellitus rövid ismertetése

A cukorbetegség fogalmát a WHO az alábbiak szerint határozta meg: „olyan anyagcsere-betegség, amelynek központjában a szénhidrát-anyagcsere zavara áll, de a kórfolyamat következményesen érinti a zsír- és fehérje-anyagcserét is. A cukorbetegség alapvető oka az inzulin viszonylagos vagy teljes hiánya, ill. az inzulinhatás elmaradása.” (WHO, 1999, 2).

Klasszikusan két típusú cukorbetegséget különít el a szakirodalom: az 1-es típusú (korábban: inzulindependens) és a 2-es típusú diabetes mellitust (korábban: nem-inzulindependens), de ismert még az egyéb, specifikus típusú és a gesztációs diabetes mellitus kategória is (Gaál és mtsai, 2014). Az 1-es típusú általában gyermekkorban vagy serdülőkorban jelentkezik (de van, hogy csak felnőttkorban kerül diagnosztizálásra legkésőbb a 35. év előtt), amelynek genetikai, környezeti és autoimmun előzményei vannak (Ma & Chan, 2009). A 2-es típusú zömében a 35 éves kort követően alakul ki klasszikus tünetek nélkül, de általában elhízáshoz társulva. Jellemző rá az inzulinelválasztás és az inzulinhatás károsodása (Gaál és mtsai, 2014).

Az 1-es típusú diabetes mellitus esetében a hasnyálmirigy béta-sejtjei autoimmun folyamatok miatt elpusztulnak. Ennek következtében az inzulintermelés végleg megszűnik a szervezetben (Gerő, 2010). Az inzulin nélkülözhetetlen a cukoranyagcserében, hiányában a sejtek nem képesek felvenni a glükózt és energiává alakítani azt a szervezetben. A vérben felhalmozódó glükóz megemeli a vércukorszintet és hiperglikémia alakul ki. A folyamat elkerülése érdekében egész életen fennálló inzulinterápiára van szükség (Wagner és Tennen, 2007). Naponta több alkalommal beadott injekcióval vagy inzulinpumpa segítségével történik a kezelés (Hidvégi és mtsai., 2015).

A 2-es típusú diabetes mellitus megjelenésében a genetikai hajlam mellett igen jelentős az életmód szerepe is: a mozgásszegény életmód és a túlsúly a cukorbetegség rizikó tényezői közé tartoznak. Hiperglikémiát ebben a típusban két folyamat is okozhat. Vagy a hasnyálmirigy béta-sejtjeinek diszfunkciója miatt válik kevésbé hatékonyá az inzulintermelés vagy az inzulinrezisztencia állapota révén a sejtek érzéketlenné válnak a szervezetben termelődő inzulinnal szemben (Wagner és Tennen, 2007). Kezelésében elsődleges szerepet kap az életmód-terápia: a betegeknek előírt diétát kell betartaniuk és mérsékelt intenzitású testmozgást kell végezniük. Ezt egészíti ki az orális antidiabetikumok alkalmazása, előrehaladott állapotban pedig indokoltá válik az inzulinterápiára váltás (Ábel, 2020).

Mindkét típus esetében a tartósan megnövekedett vércukorszint testsúlyvesztéshez, gyakori vizeletürítéshez és kóros szomjúságérzéshez vezethet. Jellemző tünet még a fáradtság érzése vagy a látás romlása. A hiperglikémia immunrendszerre gyakorolt kedvezőtlen hatása révén fekélyek, üszkösödések, bőrfertőzések, jelenhetnek meg (Karádi, 2010). A kis- és nagyérszövődmények korai halálhoz vezethetnek, mivel akár az összes szervet is érinthetik. A krónikus microvascularis szövődmények közül a diabeteses neuropathia a leggyakoribb (Sztanek, 2019), amely diabeteses láb kialakuláshoz is vezethet. A végtagok maradandó károsodása miatt amputációra is sor kerülhet (Kempler, 2002). A diabéteszes ketoacidózis főleg 1-es típusú cukorbetegség esetében jelentkező életveszélyes szövődmény (Almalki, 2016).

Az alacsony vércukorszint tünetei az éhség- és gyengeségérzet, a kognitív funkciók romlása, az ingerlékenység és az izzadás. A hirtelen kialakuló hipoglikémia (csökkent vércukorszint) miatt kómaállapot alakulhat ki, ilyenkor egy másik személy beavatkozásával kerülhető el a halál (Karádi, 2010).

1.2. A diabetes mellitus egészségpszichológiai vonatkozásai

A biopszichoszociális modellből (Engel, 1979) kiindulva a dolgozatban olyan biológiai eredetű, pszichológiai és társas tényezők kerülnek bemutatásra, amelyek egymással kölcsönhatásba lépve meghatározhatják a cukorbetegség lefolyását, segíthetik vagy akadályozhatják a betegséghez való alkalmazkodást és a betegség sikeres menedzselését. A diabetes mellitus mindkét típusa esetében egész életen át fennálló feladatot ad a betegeknek, mindehhez pedig elengedhetetlen a szervezet lelki ellenállóképessége, azaz a reziliencia (Caffo és Belaise 2003).

1.3. Reziliencia

A reziliencia szó a latin *sarile* szóból származik, jelentése *ugrani* (Békés, 2002). Emmy Werner és Ruth Smith (2001) fejlődéslélektani aspektusból foglalkozott a reziliencia fogalmával. Közel negyven éven keresztül figyeltek meg rizikófaktorok által veszélyeztetett – pl. szegénység, családon belüli erőszak – gyermekeket és azt tapasztalták, hogy a gyermekek egyharmada átlagosan fejlődött a megterhelő életesemények ellenre. Masten (2001) szerint a rezilienciához nélkülözhetetlen az empátia, a pozitív énkép, az énhatékonyság, a belső kontroll és az optimizmus.

A pszichológiai reziliencia viszonylag stabil személyiségjegynek tekinthető, amely révén a személy képes túljutni bizonyos negatív életeseményeken, képes rugalmasan alkalmazkodni az élet folyamatosan változó körülményeihez (Block & Block, 1980; Block & Kremen, 1996), miközben mentális egészségét is megőrzi (Masten, 2001). Korábbi kutatások alapján úgy gondolták, hogy a reziliencia rendkívüli egyének ritka tulajdonsága, azonban az újabb kutatások megerősítették, hogy egy átlagos vonás, amely az emberi adaptációs rendszer működésén alapul (Masten, 2001). Caffo és Belaise (2003) szerint a reziliencia a stresszorokkal való megküzdés és a pozitív fejlődés következményeként jön létre. Egy kutatócsoport szerint a reziliens személy stresszes helyzetek esetén is tud pozitív érzelmeket felsorolni, ez pedig hatékonyabb megküzdést tesz lehetővé (Fredrickson és mtsai., 2003). Egy másik kutatásban a rezilienciát protektív faktorként azonosították a pszichiátriai rendellenességekkel, például a depresszióval és a szorongással szemben (Ahern és mtsai., 2008). A reziliencia mérésére szolgáló kérdőív (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC, Connor & Davidson, 2003) hazai adaptálásakor szintén negatív irányú kapcsolatot találtak a depresszióval és a szorongással kapcsolatban (Kiss és mtsai., 2003).

A reziliencia szerepével cukorbetegség esetében is foglalkoztak már a nemzetközi irodalomban (Boell és mtsai., 2020; Hilliard és mtsai., 2012; Steinhardt és mtsai., 2009). Például Steinhardt és munkatársai (2009) azt az eredményt kapták kutatásukban, hogy a magasabb reziliencia kifejeződött a cukorbetegség megfelelő kezelésének ismeretében, a kezelésében való motiváltság megőrzésében és az egészségesebb táplálkozásban. Boell és munkatársai (2020) arra hívták fel a figyelmet, hogy a rezilienciának fontos szerepe van a megfelelő egészségmagatartás előmozdításában, vagyis hozzájárul a krónikus betegség sikeres kezeléséhez.

Hazai kutatócsoport is publikált már a témában (Makai és mtsai., 2019). Makai és munkatársai (2019) a diabetes mellitus szövődményekén alsóvégtag-amputáción átesett cukorbeteg személyekkel végzett nyomon követéses vizsgálatot. Először az amputációt követő első, majd a hatodik hónapban vették fel a kapcsolatot a betegekkel. Eredményeik szerint hat hónappal az amputációt követően szignifikánsan csökkent a depresszió mértéke, azonban a negatív érzelmek jelenléte még így is veszélyeztetheti az amputációhoz való alkalmazkodást. A reziliencia pozitív kapcsolatban áll a társas támogatással, valamint protektív tényezőként jelent meg a céltudatos cselekvés. Mindezek alapján levonhatjuk azt a következtetést, hogy a magasabb rezilienciájú betegek sikerebben alkalmazkodnak, szemben a negatív alkalmazkodási stratégiájú személyekkel. A reziliencia negatív irányú kapcsolatot mutatott a depresszió tekintetében.

A nemzetközi és a hazai kutatások alátámasztják, hogy érdemes további kutatásokat végezni a cukorbeteg személyek rezilienciájával kapcsolatban. A dolgozat következő alfejezeteiben azt mutatom be, hogy milyen pszichés tényezők segíthetik, illetve akadályozhatják a cukorbetegséghez való alkalmazkodáshoz elengedhetetlen lelki ellenállóképességet. Protektív tényezőként az énhatékonyság, a társas támogatás és a párkapcsolati elégedettség fogalmát tekintem, míg a rizikótényezők közé a szorongást, a depressziót és az észlelt stresszreaktivitást sorolom.

1.4. A reziliencia rizikó tényezői

1.4.1. A stressz és a stresszreaktivitás

A stressz észrevétlenül is meghatározza mindennapjainkat. A modern technikai eszközök révén szinte folyamatosan környezeti ingerekkel vagyunk elárasztva, ezen kívül a különböző elvárásoknak való megfelelés is kihívás elé állítja a szervezetünket. A stresszkutatás relevanciája napjainkban így nem kérdéses.

A stresszelmélet megalkotása Selye János (1978) nevéhez fűződik. Az ő megközelítésében a stressz a szervezet olyan nem specifikus válasza, amely erőteljes környezeti ingerek hatására lép működésbe. Két stressztípust különített el: az eustresszt és a distresszt. Az első a fejlődés alapjául szolgáló pozitív hatású stressz, a második az élettani elváltozásokat eredményező negatív hatású stressz. A stressz fogalmát Lazarus és Folkman (1984) kiegészítette a stresszfolyamat két fontos tényezőjével, az okkal (környezeti stresszorok) és az okozattal (egyéni válaszreakciók a stresszre). A környezeti stresszorok olyan külső tényezők, amelyek a szervezetben fiziológiai vagy pszichológiai reakciókat váltanak ki. Wheaton (1996) a stresszorok két típusát különböztette meg. A diszkrét stresszorok közé a ritka, viszont az ember életében jelentős változásokat hozó életesemények tartoznak, például a munkanélküliség, egy közeli hozzátartozó halála vagy a válás. A folyamatos stresszorok tartósan jelenlévő problémák, amelyek hatással vannak a mindennapi életvezetésünkre, ilyenek például a munkahelyi stresszorok.

A stressz hozzájárulhat a cukorbetegség krónikus hiperglikémiájához, ugyanis a stressz jelentős hatással van az anyagcsere-aktivitásra. Az energiamobilizálás az ALARM reakció elsődleges eredménye (Selye, 1978). A stressz serkentőleg hat bizonyos hormonokra, ami a vércukorszint emelkedéséhez vezethet. Míg az egészséges szervezetben ez adaptív folyamat, addig a cukorbetegségben az inzulin hiánya miatt a megnövekedett mennyiségű glükóz nem

használható fel megfelelően. A stressz hatása az 1-es típusú cukorbetegségre ellentmondásosak. Bár egyes humán tanulmányok azt sugallták, hogy a stressz kiválthatja az 1-es típusú cukorbetegséget, az állatkísérletek ezt nem igazolták. Ezzel szemben következetesebb bizonyítékok vannak a stressz 2-es típusú cukorbetegségben betöltött szerepére. Bár kevés humán vizsgálat található a témában, számos állatkísérlet támasztja alá azt az elképzelést, hogy a stressz hiperglikémiát okoz a betegség ezen formájában (Surwit és mtsai., 1992)

A pszichobiológiai stresszreaktivitás a stresszorokra adott válaszkülönbségek leírására szolgáló fogalom, amely magyarázatot ad a stressz és a betegség összefüggésében rejlő egyéni különbségekre (Cohen & Manuck, 1995; Lovallo & Gerin, 2003). Ez a koncepció azt feltételezi, hogy az egyén stressz-válasza stabil az idő múlásával és a stresszorokkal szemben (Cohen és mtsai., 2000; Hawkley és mtsai., 2001; Schlotz és mtsai., 2008), ugyanakkor változó a krónikus stressz jelenlegi és korábbi érintettségétől függően (McEwen, 1998). Valószínűsíthető, hogy a magas stresszreaktivitás növelheti a rossz egészségi állapot kockázatát ismételt stresszhelyzet esetén. Schlotz, Yim, Zoccola, Jansen és Schulz (2011) szerint az észlelt stresszreaktivitás egy olyan diszpozíció, amely a fiziológiai és pszichológiai stresszreakciók egyéni különbségeit alapozza meg.

A pszichobiológiai stresszreaktivitás értékelése gyakorlati problémákkal jár. Mivel a reaktivitás biológiai folyamatok következménye, ezért laboratóriumi körülmények között különböző biológiai mutatókat (pl. kortizol szint, vérnyomás) szoktak mérni. Az ilyen jellegű vizsgálatoknak többszöri elvégzése költséges és időigényes. Ebből kifolyólag a témában legtöbbször keresztmetszeti vizsgálatokkal találkozunk (Schlotz és mtsai., 2011). Schlotz és munkatársai (2011) szerint az előbbiekből kifolyólag indokolt egy olyan kérdőív összeállítása, amely segítségével költséghatékonyan és egyszerűen mérhető a stresszreaktivitás. Ezáltal a longitudinális vizsgálatokat is könnyebben megoldhatják a kutatók.

1.4.2. Depresszió

A krónikus betegségek negatív érzelmek mentén való megélése kulturálisan is beágyazott, amely magában foglalja a lehangoltság és a tartós szenvedés érzését. Ennek negatív következményei lehetnek (Trininger, 2012). Megközelítőleg 400 évvel ezelőtt fedezte fel egy angol orvos a diabetes és a depresszió komorbiditását. Az orvos úgy gondolta, hogy a hosszan tartó búslakodás és levertség következményeként alakul ki a cukorbetegség (Creutzfeldt &

Lefebvre, 1989). A tudomány mai álláspontja szerint két irányú kapcsolat van a diabetes és a depresszió között (Nagy és mtsai., 2011).

Az egyik magyarázat szerint a diabetes mellitus betegségével járó stressz és az esetleges szövődmények rontják a betegek életminőségét. Vagyis a depresszió a betegséggel járó stresszel magyarázható (Nagy és mtsai., 2011). Ezt a felvetést egy kutatás eredménye igazolta (Saydah és mtsai., 2003), míg ennek ellentmondó eredmény született egy másik kutatásban (Palinkas és mtsai., 1991). A másik irányból való megközelítés szerint a depresszió megnöveli a diabetes mellitus kialakulásának kockázatát (Nagy és mtsai., 2011). Depresszióban ugyanis a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely rendellenes működése révén megnövekedik az inzulinhatást antagonizáló hormonok szintje. Így tehát elképzelhető a depresszió diabetogén hatása (Plotsky és mtsai., 1998). Továbbá a depresszió befolyásolja a magatartást is. Depressziósok körében gyakoribb az egészségtelenebb táplálkozás, a dohányzás és a mozgásszegény életmód (Lustman & Clouse, 2002). Az előbb felsorolt tényezők pedig előrevetíthetik a cukorbetegség kevésbé hatékony menedzselését.

1.4.3. Szorongás

Egy meta-analízis tanulsága szerint a cukorbetegség és a szorongás összefüggésének vizsgálata kevésbé kutatott téma a pszichológiában (Smith és mtsai., 2013). Az eddigi kutatások alapján elmondható, hogy a szorongásos zavarok növekvő tünetei összefüggésben állnak a cukorbetegség tüneteinek növekedésével (Lustman & Clouse, 2002), a cukorbetegség szövődményeinek fokozódásával (Ludman és mtsai., 2006) és a megnövekedett testtömegindexszel (Balhara & Sagar, 2011).

Grigsby és munkatársai (2002) szintén meta-analízis útján vizsgálták a cukorbetegség és a szorongás kapcsolatát. Azt az eredményt kapták, hogy a cukorbetegség 40%-a rendelkezett fokozott szorongásos tünetekkel, a különböző szorongásos zavarok prevalenciája pedig 14%-os volt körükben. Ugyanakkor elmondható, hogy az átlagpopulációban is ilyen prevalenciával jelennek meg a szorongásos zavarok (Kessler és mtsai., 2005). Ezért szükség lenne további vizsgálatokra, hogy megállapíthassuk, valóban összefüggésben áll-e a diabetes mellitus és a szorongásos rendellenességek megnövekedett valószínűsége vagy sem (Grigsby és mtsai., 2002).

Ismert még a diabéteses distressz komplex jelensége, amely a cukorbetegség kezelésétől, következményétől vagy rosszabbodásától való félelem állapotát jelenti (Hargittay

és mtsai., 2021). Összetett érzelmi válasz, amely kedvezőtlenül befolyásolhatja a beteg öngondoskodását (Young-Hyman és mtsai., 2016). Ez a jelenség gyakrabban figyelhető meg a cukorbeteg körében, mint a depresszió (Fisher, 2012).

1.5. A reziliencia protektív tényezői

1.5.1. Énhatékonyság

Az észlelt énhatékonyság leírja az egyén azon hitét, hogy kontrollt gyakorolhat viselkedése felett. Az optimális énhatékonyság szükséges a személyes jóllét érzéséhez és lehetővé teszi a kitartó erőfeszítéseket a siker felé (Bandura, 1997). Bandura elmélete alapján a viselkedés függ az egyén hatékonysággal kapcsolatos meggyőződésétől és ez befolyásolja a teljesítmény minőségét és a kitartás mértékét (Bandura, 1986).

Kutatók összefüggést feltételeztek a cukorbetegség menedzselése és az énhatékonyság között, mivel a megfelelő glikémiás kontroll elérése érdekében a betegeknek bizonyos tevékenységeket naponta többször is végre kell hajtaniuk (Hurley & Shea, 1992). Két tanulmány szerint az énhatékonyság mértéke előrejelezi cukorbeteg esetében az adherencia mértékét (Grossman és mtsai., 1987; Hurley, 1990). Ezek alapján a kutatók a diabeteses énhatékonyságon a cukorbetegség önkezelési képességébe vetett bizalmat értik (Sousa & Zauszniewski, 2005). Bár jelenleg még kevésbé kutatott területről van szó, a szakirodalomban érdeklődést mutatnak olyan mérőeszközök iránt, amelyek alkalmasak a diabetes mellitus kezelési énhatékonyságának mérésére, ugyanis az innen kapott eredményekkel fokozhatóak az intervenciós foglalkozások hatékonysága (Shortridge-Baggett, 2001).

1.5.2. Társas támogatás

A társas támogatás fogalma alatt tágabb értelemben olyan támogatást értünk, amely más egyénektől, csoportoktól és nagyobb közösségeken keresztül érhető el az adott személy számára (Lin és mtsai., 1979). Kaplan és munkatársai (1977) megfogalmazásában a jelentős mások által nyújtott pszichoszociális forrásokról van szó. A támogatás érkezhetsz a család, a partner, a barátok vagy a segítő csoportok felől (Kállai, 2007).

Ha a funkcionális perspektíva felől vizsgáljuk meg a konstruktumot, akkor különböző típusait különíthetjük el. House (1981) a támogatás négy típusát írta le: az érzelmi, az instrumentális, az információs és az értékelő támogatást. Érzelmi támogatásról beszélhetünk,

amikor a támogató fél a szeretetét, a gondoskodását vagy a bizalmát fejezi ki. Az instrumentális támogatás során pénzzel vagy például befektetett idővel segítenek a másik félnek. Az információs támogatás tanácsok, útmutatások nyújtását jelenti a kihívást nyújtó helyzetekben. Az utolsó típusban értékelő visszajelzés formájában érkezik a támogatás (García-Martín és mtsai., 2016).

A társas támasz kutatása népszerű a pszichológiában. Számos aspektusban vizsgálták már a hatását, például a fizikai egészség (Chatzisarantis és mtsai., 2007) a mentális egészség (Pons-Salvador és mtsa., 2014), a pszichológiai jóllét (Ownsworth és mtsai., 2010), és az életminőség (Song és mtsai., 2011) esetében. Cukorbetegség körében is végeztek már kutatásokat a témában (Miller & DiMatteo, 2013; Greene & Yedidia 2005). Bizonyos kutatások szerint a családi vagy baráti kapcsolatokból kapott támogatás pozitívan befolyásolja a cukorbetegség önmenedzselését: a vércukorszint ellenőrzését, az előírt diéta betartását vagy a gyógyszerek előírás szerinti bevitelét (Levy, 1983), növeli az énhatékonyságot (Anderson és mtsai., 2006) és mérsékli a depressziós tünetek megjelenését (Park és mtsai., 2004). Más tanulmányok arra hívják fel a figyelmet, hogy a társas támogatás akadályozó tényezője lehet az önmenedzselésnek (Rosland és mtsai., 2008; Gherman és mtsai., 2011).

1.5.3. Párkapcsolati elégedettség

A rizikótényezők alfejezetben bemutatott kutatások, illetve további kutatási eredmények is igazolják, hogy a krónikus betegséggel diagnosztizált személyek a sebezhetőség érzésén kívül az érzelmek széles skáláját tapasztalják meg: a szorongást, a depressziót, vagy a frusztrációt (de Ridder és mtsai., 2008; Pollin & Golant, 1994). Ezek a negatív érzelmek ellensúlyozhatóvá válhatnak a társas kapcsolatok felől érkező támogatás révén. Fontos azonban kiemelni a társas kapcsolatok minőségét, ugyanis a nem kielégítő társas támogatás depresszív tünetekkel és csökkent életminőséggel jár együtt, különösen az időskorban (Berkman, 1995).

A társas kapcsolatok minősége például kitüntetett jelentőséggel bír a stresszel való megküzdés folyamatában, mivel a támogató társas kapcsolatok olyan megküzdési mechanizmusokat kínálnak, amelyek segítségével sikeresen csökkenthető a stressz mértéke. (Lazarus & Folkman, 1984). Társas kapcsolatokon érthetjük a tágabb közösséghez való tartozás élményét vagy a közeli érzelmi kapcsolatok elérhetőségét (Kopp & Magatartástudományi Intézet, 2006; Martos és mtsai., 2014). A közeli érzelmi kapcsolatok élményét családonkon és

baráti kapcsolatainkon kívül átélhetjük tartós párkapcsolatokban vagy a házasság intézményében.

Önmagában a párkapcsolat meglétét, illetve a házastárs jelenlétét nem tekinthetjük feltétlenül protektív faktornak a stresszel szemben, ugyanis a problémás házasság elsődleges stresszforrás lehet (Coyne & DeLongis, 1986). Sőt, a kevésbé jól működő kapcsolatok korlátozzák a házastársakat abban, hogy más kapcsolatokban keressenek támogatást (Blom és mtsai., 2003). A támogató párkapcsolati légkör viszont hozzájárul az általános jólléthez, a testi és a lelki egészséghez (Dyrenforth és mtsai., 2010)

A jól funkcionáló párkapcsolatok egyik lehetséges mutatója a magas párkapcsolati elégedettség. A szakirodalomban többféleképpen is meghatározták a párkapcsolati elégedettség fogalmát (Hinde, 1997; Kurdek & Schmitt, 1986). Hinde szerint párkapcsolatainkról alkotott értékeléseink befolyásolják a partnereink jóllétét és a párkapcsolataink lefolyását, mindezek pedig visszahatnak a párkapcsolati elégedettségünkre (Hinde, 1997). Egy másik kutató megfogalmazása a kapcsolatban megélt olyan érzésekre, gondolatokra és viselkedésekre fókuszál, amelyek összefüggésbe hozhatók a szexuális attitűdökkel, a szerelem érzésével és az elkötelezettséggel (Hendrick, 1988). Egy további megközelítésben a párkapcsolati elégedettség annak a mutatója, hogy a házasságban megjelenő vágyak, elvárások, egyéni szükségletek milyen mértékben elégülnek ki. Ezek a mutatók prediktálják a kapcsolat hosszát, sikerét és stabilitását (Anderson & Emmers-Sommer, 2006; Ahmadi & Fatehizadeh, 2006). Természetesen egy szubjektív mutatóról van szó, ugyanis a párkapcsolati elégedettség mértékét eltérően ítélik meg a kapcsolatban lévő felek (Gödri, 2001).

Számos kutatás foglalkozott a párkapcsolati elégedettség és a fizikai egészség összefüggéseinek feltárással. Roth-Roemer és Kurpius (1996) szerint a házasságukkal elégedett rheumatoid arthritissel diagnosztizált nők jobb egészségi értékekkel rendelkeznek, mint a boldogtalan házasságban élők. Egy másik kutatásban azt találták, hogy a párkapcsolatukkal elégedettebb nők jobb alvásról számoltak be és ritkábban fordultak orvoshoz, szemben a kevésbé elégedett kapcsolatban élő nőkkel (Prigerson és mtsai., 1999).

A mentális egészség és a párkapcsolati elégedettség kapcsolatát is több kutató vizsgálta már. Egy tanulmányban kutatók arra hívták fel a figyelmet, hogy a boldogtalan házasságban élő személyek rosszabb mentális és pszichikai egészséggel rendelkeznek (Gove és mtsai., 1983). Egy másik kutatásban párokat vizsgáltak súlyosan fenyegető életesemények után. A kapcsolat minőségének, a depresszió kockázatának és a nemi különbségeknek az összefüggését kívánták feltárni. Az eredmények azt mutatják, hogy a párkapcsolatukkal elégedettebb személyek alacsonyabb mértékű depresszióval küzdöttek, nemtől függetlenül (Edwards és

mtsai., 1998; Whitton & Whisman, 2010). Whitton és Whisman (2010) szintén a párkapcsolati elégedettség és a depresszió összefüggéseit vizsgálta. A kutatók 131 párkapcsolatban/házasságban élő nőt követtek nyomon 12 héten keresztül. Eredményeik arra engednek következtetni, hogy a párkapcsolati elégedettség stabilitása összefügg a nők depressziós tüneteinek súlyosságával: vagyis azok a nők, akik jobban ingadozó párkapcsolati elégedettséggel rendelkeztek, nagyobb mértékű depresszióról számoltak be.

2. A vizsgálat célja és hipotézise

2.1. A vizsgálat célja

A vizsgálat során a cukorbeteg rezilienciájának mértékét kívántuk felmérni, illetve arra voltunk kíváncsiak, hogy milyen tényezők segíthetik, illetve akadályozhatják a cukorbetegséghez való alkalmazkodáshoz elengedhetetlen lelki ellenállóképességet. Jelen dolgozatban két kategória mentén csoportosítottuk a befolyásoló tényezőket: protektív tényezőként várjuk az énhatékonyság, a társas támogatás és a párkapcsolati elégedettség megjelenését, míg a rizikótényezők közé a szorongást, a depressziót és az észlelt stresszreaktivitást soroljuk. Vizsgáltuk továbbá, hogy a társas támogatás milyen összefüggéseket mutat a cukorbetegségben megnyilvánuló énhatékonysággal és a depresszióval.

2.2. A vizsgálat hipotézisei

H1. Feltételezünk szerint a reziliencia a depresszióval, a szorongással és az észlelt stresszreaktivitással negatív irányú kapcsolatokat mutat. Külföldi és hazai kutatásokban is negatív irányú kapcsolatot találtak a depresszióval és a szorongással kapcsolatban (Ahern és mtsai., 2008; Kiss és mtsai., 2003), specifikusan cukorbeteg körében végzett vizsgálat pedig szintén igazolta a reziliencia és a depresszió negatív összefüggését (Makai és mtsai., 2019).

H2. Feltételezésünk szerint a cukorbeteg személyek lelki ellenállóképessége (vagyis rezilienciája) pozitív irányú összefüggést mutat a specifikusan a cukorbetegségre vonatkozó énhatékonysággal, a társas támogatással és a párkapcsolati elégedettséggel. Korábbi kutatások igazolták a reziliencia és a társas támogatás pozitív kapcsolatát (Makai és mtsai., 2019),

valamint a támogató párkapcsolati légkör (Dyrenforth és mtsai., 2010; Lazarus & Folkman, 1984) és az énhatékonyság jótékony hatását (Shortridge-Baggett, 2001).

H3. Továbbá azt is feltételezzük, hogy a társas támogatás pozitív összefüggésben áll a cukorbetegségben megnyilvánuló énhatékonysággal, míg a depresszióval negatív kapcsolat mutatkozik. Feltevésünket arra alapozzuk, hogy a családi vagy baráti kapcsolatokról kapott támogatás növeli az énhatékonyságot (Anderson és mtsai., 2006) és mérsékli a depressziós tünetek megjelenését (Park és mtsai., 2004).

3. Módszer

3.1. Minta és eljárás

A papír alapú kérdőíves kutatásba felnőtt (18. életévet betöltött) személyeket vontunk be. További kritérium volt, hogy a személyek legalább egy éve diagnosztizált cukorbeteg legyenek. A kitöltőket különböző magyarországi egészségfejlesztési irodákon keresztül értük el. A kérdőívek kiosztására a szükséges engedélyek beszerzése után került sor. Az irodák munkatársai osztották ki a megfelelő személyeknek a kérdőíveket, felcímezett, bélyeggel ellátott boríték kíséretében. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, a kitöltők bármikor megszakíthatták a válaszadást. A vizsgálat céljáról és módjáról szóló tájékoztató szöveg elolvasása után néhány demográfiai adat (nem, kor, iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma) megadását kértük a kitöltőktől. Eddig 60 adat érkezett vissza, azonban reményeink szerint ez a szám a következő hónapokban folyamatosan emelkedni fog.

A mintában a nők felülreprezentáltak voltak: 46 fő nő (77 %), 14 fő férfi (23 %). Az átlagéletkor 56.5 (SD=15.4). A vizsgálatban részt vevők közül 3 főnek (5 %) volt általános iskolai, és 10 főnek (16,67%) szakmunkás végzettsége. 10 személy (16,67%) rendelkezett szakközépiskolai, 7 fő (11,67%) pedig gimnáziumi érettségivel. A fennmaradó 30 fő (49,99%) felsőfokú végzettségű volt. A kitöltők közül 28 fő (46,67%) aktív korú, 32 fő (53,33%) nyugdíjas.

3.2. MÉRŐESZKÖZÖK

A vizsgálati személyek hétféle kérdőívet töltöttek ki, amelyek a lelki ellenállóképességet, a stresszhelyzetekre való reagálást, a depressziós tüneteket, a szorongást, a cukorbetegségben érzett éhatékonyságot, a társas támogatást és a párkapcsolati elégedettséget mérték.

A Connor-Davidson Reziliencia Skála (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) Connor és Davidson (2003) munkája alapján készült el. Ez a 25 tételből álló kérdőív a nehéz helyzetekkel való sikeres alkalmazkodás mérésére szolgál. Kiss és munkatársai (2015) a magyar nyelvű változat elkészítésekor a pszichometriai vizsgálatokat is elvégezte. Vizsgálati eredményük nem igazolta az eredeti kérdőív faktorszerkezetét, ezért nem javasolt az alskálák külön pontozása. A válaszokat 5-fokú Likert-skálán kell megadni, ahol a 0 = egyáltalán nem igaz, a 4 = közel mindig igaz választ jelent. A kérdőívben maximum 100 pontot lehet elérni. Minél magasabb az elért pontszám, annál inkább reziliensnek tekinthető a személy.

Az észlelt stresszreaktivitás mérésére szolgáló kérdőívet (Messinstrument zur Erfassung der Stressreaktivität) Schulz és munkatársai (2005) dolgozták ki annak érdekében, hogy ne csak laboratóriumi körülmények között lehessen vizsgálni az emberek stresszre adott reakciójának mértékét. Az eredetileg 39 tételből álló német kérdőívet Schlotz és mtsai. (2011) fordították le angol nyelvre (Perceived Stress Reactivity Scale, PSRS). A 23 tételből álló angol kérdőív a PTE Pszichológia Intézetében került lefordításra. A tételek különböző stresszes helyzeteket mutatnak be. A kitöltőnek három válaszlehetőség közül választhat. A válaszlehetőségek lehetséges stresszválaszokat képviselnek. Így minden tétel figyelembe veszi az egyén stressznek való kitettségét és a stresszre adott tipikus reakcióit is. A PSRS-nek öt alskálája van. Reaktivitás a munkahelyi túlterhelésre (ideges, izgatott, irritált érzés nagy terhelésre), reaktivitás a társas konfliktusokra (annak érzése, hogy érintettek, bosszúság, idegesek a társas konfliktusok miatt), reaktivitás a kudarcra (bosszúság, csalódottság érzése kudarc esetén), reaktivitás társas értékelésre: idegesség érzése, önbizalomvesztés társas értékelésre. Hosszan fennálló reaktivitás (nehézkés pihenés/kikapcsolódás nagy megterhelés után), az észlelt stresszreaktivitás összpontszámát az alskálák összesítésével kapjuk meg.

A Beck Depresszió Skála 9 tételes rövidített változatát alkalmaztuk a depressziós tünetek felmérésére. A magyar nyelvű változatot Kopp és munkatársai készítették el (Kopp és mtsai., 1990). A kérdőív a depresszió következő tüneteire kérdez rá: fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, döntésképtelenség, alvászavar, szociális visszahúzódás, önvád, munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség és az öröm hiánya. Ebben a változatban a

tünetek esetében állításokat kell értékelniük a kitöltőknek egy négyfokú Likert skála segítségével, ahol az 1-es érték az „egyáltalán nem jellemző”, a 4-es pedig a „teljesen jellemző” (Rózsa és mtsai., 2001). A magasabb pontszámok több depressziós tünetre engednek következtetni.

A szorongás mérésére a Spielberger-féle Állapot- és vonásszorongás kérdőív (STAI) módosított, 10 tételes verzióját használtuk. A rövidített verziót pécsi kutatócsoport (Zsido és mtsai., 2020) fejlesztette ki. A kérdőív állapot- és vonás skálájába is 5-5 tétel került. A válaszokat négyfokú Likert-skálán kellett jelölni, ahol az állapot skálán az 1 = egyáltalán nem, a 4 = teljesen jelentéssel bír, a vonás skálán az 1 = soha, 4 = mindig.

Az Énhatékonyság a cukorbetegségben kérdőívvel azt mértük fel, hogy a cukorbetegek mennyire érzik magukat biztosnak a betegségük menedzselésében. Az eredetileg spanyol nyelvű 8 tételes kérdőív angol változatát a Stanford Patient Education Research Centerben dolgozták ki (Lorig és mtsai., 2009, Stanford Patient Education Research Center, é.n.). Jelen kutatás keretében készítettük el a magyar nyelvű változatot. A kérdőív például ilyen kérdéseket tartalmaz: „Mennyire biztos abban, hogy tudja, mit kell tennie, ha a vércukorszintje magasabb vagy alacsonyabb a kelleténél?” „Mennyire biztos abban, hogy meg tudja ítélni, mikor kell orvoshoz fordulnia a betegségében bekövetkezett változások miatt?”. A vizsgálati személyek egy tízfokú Likert-skálán jelölték, hogy mennyire tartják magukat biztosnak a felsorolt tevékenységek elvégzésében. A pontszámot a 8 tétel átlaga adja meg.

A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatával (RAS-H) mértük meg a kérdőívet kitöltők párkapcsolati elégedettségét. Az eredeti kérdőívet Hendrick (1988) dolgozta ki (Relationship Assessment Scale, RAS), aki egy rövid, ám megbízható mérőeszközt szeretett volna létrehozni. A magyar változat (Martos és mtsai., 2014) szintén 7 kérdésből áll. A tételekre ötfokú Likert-skálán kell válaszolni (1 = kevéssé, 5 = nagyon). A pontszámot a tételek összesítésével kapjuk meg.

A társas támogatás mérésére szolgáló kérdőívet (Questionnaire on the frequency of and satisfaction with social support, QFSSS) García-Martín munkatársai (2016) dolgozták ki. A mérőeszköz alkalmas a különböző forrásokból (partnerek, család, barátok, közösség) érkező támogatás gyakoriságának és az azzal való elégedettségnek mérésére. Továbbá három támogatási típus (érzelmi, instrumentális, információs) is azonosítható a kérdőívvel. A QFSSS felépítése lehetővé teszi további források bevonását a kutatásba (például a munkatársak felől érkező támogatás felmérésére is szolgálhat, ha a kutatási téma úgy kívánja). Jelen kutatáshoz illesztve a közösségből érkező támogatáson a diabétesz klubokból érkező támogatást értjük. A támogatás gyakoriságát ötfokú Likert-skálán kell jelölni (1 = nagyon ritkán, 5 = mindig), a

támogatással való elégedettséget szintén ötfokú Likert-skálán kell jelölni (1 = elégedetlen, 5 = nagyon elégedett). Az egyes támogatási források gyakoriságára és elégedettségére vonatkozó pontszámok 3-tól 15-ig terjednek. A magasabb pontszámok gyakoribb támogatást és a támogatással való nagyobb elégedettséget jelentik (García-Martín és mtsai., 2016).

4. Eredmények

A statisztikai elemzésekhez a Jamovi 2.2.5. szoftvert használtuk. Az adatok elemzését normalitás vizsgálattal kezdtem. A Shapiro-Wilk teszt segítségével megállapítottam, hogy a skálák, illetve alskálák két kivételtől (RSC, PSRStot) eltekintve nem normál eloszlásúak (1. sz. melléklet). Ezért nem-parametrikus eljárásokat alkalmaztunk a hipotézisek vizsgálata során.

4.1. A reziliencia és a rizikótényezők összefüggésének vizsgálata

A kapcsolatvizsgálati módszerek közül a Spearman-féle korrelációs eljárást alkalmaztuk. Az eredmények összefoglalását az 1. táblázat tartalmazza.

A reziliencia és a depressziós tünetek mennyisége esetében szignifikáns, erős, fordított irányú kapcsolat mutatkozik ($r_s \text{ BDI} = -0.732$, $p < 0.001$). Az állapot- és a vonás szorongás esetében szintén szignifikáns, de közepesen erős, fordított irányú kapcsolatok láthatóak ($r_s \text{ STAI-A} = -0.543$, $p < 0.001$; $r_s \text{ STAI-V} = -0.583$, $p < 0.001$). Ez azt jelenti, hogy a reziliensebb cukorbetegség kevésbé érzik magukat depressziósnak és szorongónak.

Az észlelt stresszreaktivitás négy alskálája szignifikáns, közepesen erős, fordított irányú kapcsolatot tárt fel a rezilienciával kapcsolatban ($r_s \text{ Rfa} = -0.502$, $p < 0.001$; $r_s \text{ PrR} = -0.556$, $p < 0.001$; $r_s \text{ RWO} = -0.568$, $p < 0.001$; $r_s \text{ RSC} = -0.595$, $p < 0.001$). Az észlelt stresszreaktivitás további egy alskálája, valamint az észlelt stresszreaktivitás összpontszáma szignifikáns, erős, fordított kapcsolat mutat a rezilienciával ($r_s \text{ RSE} = -0.665$, $p < 0.001$; $r_s \text{ PSRStot} = -0.700$, $p < 0.001$). Ez azt jelenti, hogy a reziliensebb személyek kevésbé intenzíven reagálnak a különböző forrásokból származó stresszhelyzetekere.

1. táblázat: A reziliencia és a rizikótényezők kapcsolata

(depressziós tünetek /BDI/, állapot- (STAI-A) és vonás szorongás /STAI-V/, észlelt stresszreaktivitás (kudarca való reaktivitás /Rfa/, hosszan fennálló reaktivitás /PrR/, reaktivitás a munkahelyi túlterhelésre /RWO/, reaktivitás a társas konfliktusokra /RSC/, reaktivitás a társas értékelésre /RSE/, a stresszreaktivitás összpontszáma /PSRS tot/)

(Spearman-féle korrelációs együtthatók)

	STAI-A	STAI-V	BDI	PrR	RWO	RSC	Rfa	RSE	PSRS tot
CD-	-0.543	-0.583	-0.732	-0.556	-0.568	-0.595	-0.502	-0.665	-0.700
RISC	***	***	***	***	***	***	***	***	***

Megjegyzés: *** $p < .001$

4.2. A reziliencia és a protektív tényezők összefüggésének vizsgálata

A Spearman-féle korrelációs együttható értéke szignifikáns, erős kapcsolatot tárt fel a cukorbetegséghez köthető énhatékonyság és a reziliencia között ($r_{s \text{ DM-SE}} = 0.687$, $p < 0.001$). Tehát a reziliensebb személyek hatékonyabbnak tartják magukat a cukorbetegség menedzselésében.

A reziliencia szignifikáns, közepes erősségű kapcsolatot jelez a párkapcsolati elégedettséggel, valamint a család és a barátok felől érkező társas támogatás gyakoriságával és elégedettségével ($r_{s \text{ RAS-H}} = 0.320$, $p = 0.025$; $r_{s \text{ QPSS csal gyak}} = .418$, $p < .001$; $r_{s \text{ QPSS csal eleg}} = .383$, $p = 0.003$; $r_{s \text{ QPSS barát gyak}} = .392$, $p = 0.002$; $r_{s \text{ QPSS barát eleg}} = .368$, $p = 0.004$). Vagyis a reziliensebb személyek elégedettebbek a párkapcsolatukkal, gyakrabban észlelnék társas támogatást, és elégedettebbek a kapott társas támogatással. Az eredmények összefoglalása a 2. táblázatban látható.

2. táblázat: A reziliencia és a protektív tényezők kapcsolata

(énhatékonyság a cukorbetegségben /DM-SE/, párkapcsolati elégedettség /RAS-H/, családtól kapott társas támogatás gyakorisága /QPSSS csal gyak/, elégedettség a családtól kapott társas támogatással /QPSSS csal eleg/, barátoktól kapott társas támogatás gyakorisága /QPSSS barát gyak/, elégedettség a barátoktól kapott társas támogatással /QPSSS barát eleg/

(Spearman-féle korrelációs együtthatók)

	DM-SE	RAS-H	QPSSS csal gyak	QPSSS csal eleg	QPSSS barát gyak	QPSSS barát eleg
CD-RISC	0.687	0.320	0.418	0.383	0.392	0.368
	***	*	***	**	**	**

Megjegyzés: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.3. A társas támogatás, az énhatékonyság és a depresszió összefüggésének vizsgálata

A Spearman-féle korrelációs együttható értéke szignifikáns, közepesen erős kapcsolatot mutat a társas támogatás két forrása között (család és barátok, a gyakoriság és az elégedettség tekintetében is) és a cukorbetegséghez köthető énhatékonyság között (r_s QPSSS csal gyak = .340, $p = .008$; r_s QPSSS csal eleg = .332, $p = 0.010$; r_s QPSSS barát gyak = .523, $p < .001$; r_s QPSSS barát eleg = .447, $p < .001$). Vagyis a társas támogatást gyakrabban kapó és azzal elégedettebb cukorbeteg emberek hatékonyabbnak találják magukat a cukorbetegség menedzselésében.

A társas támogatás két forrása (család, barátok) a gyakoriság és az elégedettség tekintetében is a depressziós tünetekkel szignifikáns, negatív, közepesen erős kapcsolatot mutat (r_s QPSSS csal gyak = -.351, $p = .006$; r_s QPSSS csal eleg = -.297, $p = 0.021$; r_s QPSSS barát gyak = -.311, $p = .015$; r_s QPSSS barát eleg = -.341, $p = .008$). Ez azt jelenti, hogy a társas támogatást gyakrabban kapó és azzal elégedettebb cukorbeteg emberek kevésbé érintettek a depressziós tünetek esetében. Az eredmények összefoglalása a 3. táblázatban látható.

3. táblázat: A társas támogatás, az énhatékonyság és a depresszió kapcsolata
(énhatékonyság a cukorbetegségben /DM-SE/, depressziós tünetek /BDI/, családtól kapott
társas támogatás gyakorisága /QPSSS csal gyak/, elégedettség a családtól kapott társas
támogatással /QPSSS csal eleg/, barátoktól kapott társas támogatás gyakorisága /QPSSS barát
gyak/, elégedettség a barátoktól kapott társas támogatással /QPSSS barát eleg/
(Spearman-féle korrelációs együtthatók)

	QPSSS csal gyak	QPSSS csal eleg	QPSSS barát gyak	QPSSS barát eleg
DM- SE	0.340 **	0.332 **	0.523 ***	0.447 ***
BDI	-0.351 **	-0.297 **	-0.311 *	-0.341 **

Megjegyzés: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5. Diszkusszió

Kutatásunkban a cukorbetegség lelki ellenállóképességét vizsgáltuk protektív- és rizikótényezők vonatkozásában. Továbbá vizsgáltuk, hogy a társas támogatás milyen összefüggéseket mutat a cukorbetegségben megnyilvánuló énhatékonysággal és a depresszióval.

Első hipotézisünk szerint a cukorbeteg személyek lelki ellenállóképessége (vagyis rezilienciája) a depresszióval, a szorongással és az észlelt stresszreaktivitással negatív irányú kapcsolatokat mutat. A feltételezéseket korábbi kutatási eredményekre alapoztuk (Ahern és mtsai., 2008; Kiss és mtsai., 2003; Makai és mtsai., 2019).

Második hipotézisünk a szerint a cukorbeteg személyek lelki ellenállóképessége pozitív irányú összefüggést mutat a specifikusan a cukorbetegségre vonatkozó énhatékonysággal, a társas támogatással és a párkapcsolati elégedettséggel. Korábbi kutatások igazolták a reziliencia és a társas támogatás pozitív kapcsolatát (Makai és mtsai., 2019), valamint a támogató párkapcsolati légkör (Dyrenforth és mtsai., 2010; Lazarus & Folkman, 1984) és az énhatékonyság jótékony hatását (Shortridge-Baggett, 2001).

Harmadik hipotézisként azt feltételeztük, hogy a társas támogatás pozitív összefüggésben áll a cukorbetegségben megnyilvánuló énhatékonysággal, míg a depresszióval

negatív kapcsolat mutatkozik. Feltevésünket arra alapozzuk, hogy a családi vagy baráti kapcsolatokból kapott támogatás növeli az énhatékonyságot (Anderson és mtsai., 2006) és mérsékli a depressziós tünetek megjelenését (Park és mtsai., 2004).

Az első hipotézisünk beigazolódott, vagyis kimutatható szignifikáns összefüggés a cukorbeteg rezilienciája és az általunk rizikófaktorok csoportjába sorolt tényezők között. A szorongással, a depresszióval és a stresszreaktivitás skáláival is szignifikáns, negatív előjelű kapcsolatok láthatóak. A kapcsolatok erősségében ugyan vannak eltérések, de mindegyik skála esetében elmondható, hogy vagy közepesen erős, vagy erős kapcsolatok mutatkoztak. A depresszió és a diabetes mellitus komorbiditása ismert a szakirodalomban (Creutzfeldt & Lefèbvre, 1989), ahogyan a szorongás (Ludman és mtsai., 2006) és a stressz (Surwit és mtsai., 1992) kedvezőtlen hatása is igazolódott már cukorbeteg körében. A depresszió és a szorongás esetében kapott eredmények összhangban vannak korábbi, rezilienciával kapcsolatos kutatási eredményekkel is: nem specifikusan cukorbeteg mintán végzett (Ahern és mtsai., 2008; Kiss és mtsai., 2003), illetve végtag-amputált cukorbeteg és olyan cukorbeteg körében, akik rendelkeznek legalább egy szövődménnyel, de nem estek át végtag-amputáción (Makai és mtsai., 2019).

A második hipotézisünk is beigazolódott, a reziliencia mindhárom protektív faktorba sorolt tényezővel pozitív irányú kapcsolatot mutat. A legerősebb összefüggés a cukorbetegségben megjelenő énhatékonyság estében látható, a társas támogatás és a párkapcsolati elégedettség esetében közepesen erős korrelációkat láthatunk. Az eredményekben mutató különbséget magyarázhatja az, hogy az énhatékonyság egy olyan belső erőforrás, amely elengedhetetlen a cukorbetegség optimális menedzseléséhez, míg maga a párkapcsolati elégedettség és a társas támogatás nincs olyan szoros korrelációban a betegség kezelésével. A kapott eredmények összevethetőek korábbi kutatási eredményekkel (Makai és mtsai., 2019; Dyrenforth és mtsai.; Shortridge-Baggett, 2001).

A kutatás további fázisában (nagyobb mintán) érdemes lenne megvizsgálni, hogy az első két hipotézisben szereplő tényezők modellbe rendezve milyen interakcióban vannak egymással. Elképzelhető, hogy a társas támogatás és a párkapcsolati elégedettség puffertényezőként tompítja a biológiailag meghatározott stresszreaktivitás kedvezőtlen hatását, ezáltal mérséklődhetnek a negatív érzelmek megjelenése (depresszió, szorongás), így nagyobb lelki ellenállóképesség és magabiztosabb énhatékonyság mutakozhat a cukorbeteg körében.

A harmadik hipotézisünk szintén beigazolódott. A társas támogatás valóban pozitív összefüggésben áll a cukorbetegségben megnyilvánuló énhatékonysággal, a depresszióval pedig előzetes elvárásunknak megfelelően negatív kapcsolat mutatkozik. A család és a baráti

kapcsolatokból származó támogatás esetében is megközelítően azonos mértékű összefüggéseket láthatunk. Ez egybevethető a szakirodalomban leírtakkal, ugyanis a családnak és a barátoknak azonos hangsúlyú szerepét említik az énhatékonyság növekedésével (Anderson és mtsai., 2006) és a depressziós tünetek megjelenésének mérséklésével (Park és mtsai., 2004) kapcsolatban.

Jelen kutatásban nem tértünk ki arra, hogy megvizsgáljuk a társas támogatás különböző típusainak mintázatát (érzelmi, instrumentális, információs), a kutatás további fázisában ezzel is szeretnénk foglalkozni.

Limitációk

Természetesen a jelen dolgozat eredményeit fenntartásokkal kell kezelni. A kutatás gyengeségei közé tartozik, hogy kis mintából származó adatokkal (60 fő) végeztük el a statisztikai vizsgálatokat, ami torzíthatja a kapott adatokat. A dolgozat korlátjai közé tartozik még, hogy önbeszámoló kérdőíveket alkalmaztunk, amely további torzításokhoz, illetve válaszbeállítódáshoz is vezethetett. A kitöltőket egészségfejlesztési irodákon keresztül értük el, valószínűsíthető, hogy eleve motiváltabb cukorbetegségű látogatók látogatják ezeket az intézményeket, akiknek pszichés és egészségi állapota ezt megengedi. Továbbá a mintában a férfiak alulreprezentáltak voltak a nőkhez képest: 46 fő nő (77 %), 14 fő férfi (23 %). Ezért nagyobb, nemileg kiegyenlítettebb mintán lenne szükség a hipotézisek ismételt tesztelésére, valamint a komplexebb statisztikai elemzések elvégzésére.

A dolgozat lezárásának dátuma: 2022.11.25.

Felhasznált irodalom

- Ábel T. (szerk.) (2020). Klinikai dietetika és orvostudomány. Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/9789634545200> (utolsó letöltés dátuma: 2023. 11. 25. https://mersz.hu/hivatkozas/m659kdeo_147_p32/#m659kdeo_147_p32)
- Anderson, E. S., Wojcik, J. R., Winett, R. A., & Williams, D. M. (2006). Social-cognitive determinants of physical activity: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church-based health promotion study. *Health psychology*, 25(4), 510.
- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103–125.
- Ahmadi, S.A. & Fatehizadeh, M.A. (2006). Evaluation of effectivity of brief objectrelation couple therapy on couples' communication patterns. *Journal of Family Research*, 2, 105-117.
- Almalki, M. H., Buhary, B. M., Khan, S. A., Almaghami, A., & Alshahrani, F. (2016). Clinical and biochemical characteristics of diabetes ketoacidosis in a tertiary hospital in Riyadh. *Clinical Medicine Insights: Endocrinology and Diabetes*, 9, CMED-S39639.
- Anderson, T. L., & Emmers-Sommer, T. M. (2006). Predictors of Relationship Satisfaction in Online Romantic Relationships. *Communication Studies*, 57(2), 153–172. <https://doi.org/10.1080/10510970600666834>
- Balhara, Y. P. S., & Sagar, R. (2011). Correlates of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes mellitus. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15(5), 50. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.83057>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman.
- Berkman, L. F. (1995). The Role of Social Relations in Health Promotion: Psychosomatic Medicine, 57(3), 245–254. <https://doi.org/10.1097/00006842-199505000-00006>
- Békés, V. (2002). A reziliencia-jelenség, avagy az ökológizálódó tudományok tanulságai egy ökológizált episztemológia számára. *Tudomány és történet*, 215-228.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior. In W. A. Collings (Ed.), *The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 13, pp. 39–101). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>

- Blom, M., Janszky, I., Balog, P., Orth-Gomer, K., & Wamala, S. P. (2003). Social Relations in Women with Coronary Heart Disease: The Effects of Work and Marital Stress. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 10(3), 201–206. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000065926.57001.e0>
- Boell, J. E. W., Silva, D. M. G. V. da, Guanilo, M. E. E., Hegadoren, K., Meirelles, B. H. S., & Suplici, S. R. (2020). RESILIENCE AND SELF-CARE IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29, e20180105. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0105>
- Caffo, E., & Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 493–535.
- Chatzisarantis, N. L., Hagger, M. S., & Smith, B. (2007). Influences of perceived autonomy support on physical activity within the theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 37(5), 934–954. <https://doi.org/10.1002/ejsp.407>
- Cohen, S., Hamrick, N. M. S., Rodriguez, M. S., Feldman, P. J., Rabin, B. S., & Manuck, S. B. (2000). The stability of and intercorrelations among cardiovascular, immune, endocrine, and psychological reactivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(3), 171–179. <https://doi.org/10.1007/BF02895111>
- Cohen, S., & Manuck, S. B. (1995). Stress, Reactivity, and Disease: *Psychosomatic Medicine*, 57(5), 423–426. <https://doi.org/10.1097/00006842-199509000-00002>
- Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76—82.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454–460. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.454>
- Creutzfeldt, W., & Lefèbvre, P. J. (1989). *Diabetes Mellitus: Pathophysiology and Therapy: Bayer AG Centenary Symposium Edinburgh, U.K., May 25-28, 1988*. Springer Berlin Heidelberg.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
- Dyrenforth, P. S., Kashy, D. A., Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries: The relative importance of actor, partner, and similarity effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(4), 690–702. <https://doi.org/10.1037/a0020385>

- Engel, G. L. (1979). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General hospital psychiatry*, 1(2), 156-165.
- Edwards, A. C., Nazroo, J. Y., & Brown, G. W. (1998). Gender differences in marital support following a shared life event. *Social Science & Medicine*, 46(8), 1077–1085. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10039-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10039-9)
- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18(10), 889–898. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90158-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90158-8)
- Fisher, L., Hessler, D. M., Polonsky, W. H., & Mullan, J. (2012). When is diabetes distress clinically meaningful? Establishing cut points for the Diabetes Distress Scale. *Diabetes care*, 35(2), 259-264.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365–376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Gaál Z., Gerő L., Hídvégi T., Jermendy G., Kempler P., Winkler G., & Wittmann I. (2014). A diabetes mellitus kórismézése, a cukorbetegség kezelése és gondozása a felnőttkorban. A Magyar Diabetes Társaság szakmai irányelve. *Diabetologia Hungarica*, 22(1). 2–84.
- Gherman, A., Schnur, J., Montgomery, G., Sassu, R., Veresiu, I., & David, D. (2011). How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health beliefs and diabetes self-care. *The Diabetes Educator*, 37(3), 392-408.
- Gerő, L. (2010). Az 1-es típusú diabetes mellitus kialakulásának patomechanizmusa, tünettana és kezelési lehetőségei. *Orvosi Hetilap*, 151(13), 533-539.
- Gove, W. R., Hughes, M., & Style, C. B. (1983). Does Marriage Have Positive Effects on the Psychological Well-Being of the Individual? *Journal of Health and Social Behavior*, 24(2), 122. <https://doi.org/10.2307/2136639>
- Gödri, I. (2001). A házassági kapcsolatok minősége és stabilitása: Elméleti támpontok és mérési lehetőségek. *Központi Statisztikai Hivatal, Népeségtudományi Kutatóintézet*.
- García-Martín, M. Á., Hombrados-Mendieta, I., & Gómez-Jacinto, L. (2016). A multidimensional approach to social support: the Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 501-515.
- Greene, J., & Yedidia, M. J. (2005). Provider behaviors contributing to patient self-management of chronic illness among underserved populations. *Journal of health care for the poor and underserved*, 16(4), 808-824.

- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1053–1060. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00417-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00417-8)
- Grossman, H. Y., Brink, S., & Hauser, S. T. (1987). Self-efficacy in adolescent girls and boys with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes care*, 10(3), 324-329.
- Hargittay, C., Gonda, X., Márkus, B., Sipkovits, Z., Vörös, K., Kalabay, L., ... & Torzsa, P. (2021). A szorongás és a diabetes közti kapcsolat. *Orvosi Hetilap*, 162(31), 1226-1232.
- Hurley, A. C., & Shea, C. A. (1992). Self-efficacy: strategy for enhancing diabetes self-care. *The Diabetes Educator*, 18(2), 146-150.
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Poehlmann, K. M., Berntson, G. G., Malarkey, W. B., & Cacioppo, J. T. (2001). Cardiovascular and endocrine reactivity in older females: Intertask consistency. *Psychophysiology*, 38(6), 863–872. <https://doi.org/10.1111/1469-8986.3860863>
- Hendrick, S. S. (1988). A Generic Measure of Relationship Satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 93. <https://doi.org/10.2307/352430>
- Hidvégi, T., Szepesi G., Lukács, A., & Barkai, L. (2015). Inzulinpumpa-terápia 1-es típusú diabetesben a hatékonyság, biztonságosság és életminőség tükrében. *LAM Lege Artis Medicinae*, 25 (10), 417-22.
- Hilliard, M. E., Harris, M. A., & Weissberg-Benchell, J. (2012). Diabetes Resilience: A Model of Risk and Protection in Type 1 Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 739–748. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0314-3>
- Hinde, R. A. (1997). *Relationships: A dialectical perspective*. Psychology Press.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading: Addison-Wesley.
- Hurley, A. C. (1990). Measuring self-care ability in patients with diabetes: The insulin management diabetes self-efficacy scale. *Measurement of nursing outcomes*, 4, 28-44.
- Kállai J. (2007). Egészség és társas támogatás. In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban (199–214)*. Budapest: Medicina Kiadó
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47–58.
- Karádi I. (2010). A neuroendokrin rendszer és az anyagcsere vizsgálata. In Tulassay Zs. (szerk.). *A belgyógyászat alapjai I.* (101-115.) Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Kempler, P. (2002). Clinical presentation and diagnosis of diabetic neuropathy. *Orvosi Hetilap*, 143(20), 1113-1120.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kiss, E. C., Vajda, D., Káplár, M., Csókási, K., Hargitai, R., & Nagy, L. (2015). The Hungarian adaptation of the 25-item Connor-Davidson resilience scale. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16(1), 93-113.
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Czakó, L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2), 4-24.
- Kopp, M., & Magatartástudományi Intézet (Szerk.). (2006). A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis.
- Kurdek, L. A., & Schmitt, J. P. (1986). Relationship quality of partners in heterosexual married, heterosexual cohabiting, and gay and lesbian relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(4), 711–720. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.4.711>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub. Co.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness: A model and empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(2), 108-119.
- Levy, R. L. (1983). Social support and compliance: A selective review and critique of treatment integrity and outcome measurement. *Social Science & Medicine*, 17(18), 1329-1338.
- Lorig, K., Ritter, P. L., Villa, F. J., & Armas, J. (2009). Community-Based Peer-Led Diabetes Self-management. *The Diabetes Educator*, 35(4), 641–651. <https://doi.org/10.1177/0145721709335006>
- Lovullo, W. R., & Gerin, W. (2003). Psychophysiological Reactivity: Mechanisms and Pathways to Cardiovascular Disease: *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 36–45. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000033128.44101.C1>
- Ludman, E., Katon, W., Russo, J., Simon, G., Von Korff, M., Lin, E., Ciechanowski, P., & Kinder, L. (2006). Panic episodes among patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 28(6), 475–481. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2006.08.004>
- Lustman, P. J., & Clouse, R. E. (2002). Treatment of depression in diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 917–924. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00416-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00416-6)
- Ma, R. C. W., & Chan, J. C. N. (2009). Incidence of childhood type 1 diabetes: A worrying trend. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(10), 529–530. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.180>

- Makai, G., Bandi, S., & Kiss, E. C. (2019). ALSÓVÉGTAG-AMPUTÁLT CUKORBETEGEK A REZILIENCIA TÜKRÉBEN. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(4), 463–487. <https://doi.org/10.1556/0016.2019.74.4.4>
- Martos T., Sallay V., Szabó T., Lakatos C., & Tóth-Vajna R. (2014). Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Relationship Assessment Scale (RAS-H). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1556/mental.15.2014.3.6>
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 6, 421.
- Nagy G., Rosta K., Szémán B., Sasvári-Székely M., & Somogyi A. (2011). Clinical aspects of the link between diabetes and depression. *Orvosi Hetilap*, 152(13), 498–504. <https://doi.org/10.1556/OH.2011.29070>
- Ogurtsova, K., da Rocha Fernandes, J. D., Huang, Y., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Cho, N. H., Cavan, D., Shaw, J. E., & Makaroff, L. E. (2017). IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 128, 40–50. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.024>
- Ownsworth, T., Henderson, L., & Chambers, S. K. (2010). Social support buffers the impact of functional impairments on caregiver psychological well-being in the context of brain tumor and other cancers. *Psycho-Oncology* 19(10), 1116-1122. <https://doi.org/10.1002/pon.1663>
- Palinkas, L. A., Barrett-Connor, E., & Wingard, D. L. (1991). Type 2 Diabetes and Depressive Symptoms in Older Adults: A Population-based Study. *Diabetic Medicine*, 8(6), 532–539. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.1991.tb01646.x>
- Park, H., Hong, Y., Lee, H., Ha, E., & Sung, Y. (2004). Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *Journal of clinical epidemiology*, 57(9), 978-984.
- Plotsky, P. M., Owens, M. J., & Nemeroff, C. B. (1998). PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY OF DEPRESSION. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 293–307. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70006-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70006-X)

- Pollin, I., & Golant, S. K. (1994). Taking charge: Overcoming the challenges of long-term illness (1st ed). Times Books.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M. A., & Trenado, R. M. (2014). Efecto de la dosis de intervención del Programa de Apoyo Psicológico P/Materno Infantil sobre las madres y sus bebés. [Dose-effect on the mothers and babies attending the Programa de Apoyo Psicológico P/MaternoInfantil]. *Anales de Psicología*, 30(2), 474-481.
<https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.141192>
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., & Rosenheck, R. A. (1999). The Effects of Marital Dissolution and Marital Quality on Health and Health Service Use Among Women: Medical Care, 37(9), 858–873.
<https://doi.org/10.1097/00005650-199909000-00003>
- Rosland, A. M., Kieffer, E., Israel, B., Cofield, M., Palmisano, G., Sinco, B., ... & Heisler, M. (2008). When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *Journal of general internal medicine*, 23(12), 1992-1999.
- Roth-Roemer, S., és Kurpius, S. E. R. (1996). Beyond marital status: An examination of marital quality and well-being among women with rheumatoid arthritis. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 2, 195-205.
- Rózsa S., Szádóczy E., & Füredi J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384–402.
- Saydah, S. H., Brancati, F. L., Golden, S. H., Fradkin, J., & Harris, M. I. (2003). Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes mellitus in a US sample. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 19(3), 202–208.
<https://doi.org/10.1002/dmrr.353>
- Schlottz, W., Kumsta, R., Layes, I., Entringer, S., Jones, A., & Wüst, S. (2008). Covariance Between Psychological and Endocrine Responses to Pharmacological Challenge and Psychosocial Stress: A Question of Timing. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 787–796.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181810658>
- Schlottz, W., Yim, I. S., Zoccola, P. M., Jansen, L., & Schulz, P. (2011). The perceived stress reactivity scale: Measurement invariance, stability, and validity in three countries. *Psychological Assessment*, 23(1), 80–94.
<https://doi.org/10.1037/a0021148>
- Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., Kang, J., Baik, Y. J., Mo, H., & Park, M. H. (2011). Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1519-1526.
<https://doi.org/10.1007/s00520-010-0977-8>
- Sousa, V. D., & Zauszniewski, J. A. (2005). Toward a Theory of Diabetes Self-Care Management. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2).

- Schulz, P., Jansen, L. J., & Schlotz, W. (2005). Stressreaktivität: Theoretisches Konzept und Messung. *Diagnostica*, 51(3), 124–133. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.51.3.124>
- Selye, H. (1978). *The stress of life* (Rev. ed). McGraw-Hill.
- Shortridge-Baggett, L. M. (2001). Self-efficacy: Measurement and intervention in nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 15(3), 183–188.
- Smith, K. J., Béland, M., Clyde, M., Gariépy, G., Pagé, V., Badawi, G., Rabasa-Lhoret, R., & Schmitz, N. (2013). Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 89–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.013>
- Stanford Patient Education Research Center. (é.n.). <https://www.slu.edu/medicine/family-medicine/pdfs/diabetes-management-selfefficacy-scale.pdf>, utolsó letöltés dátuma: 2022.10.07.
- Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., & Jolly, C. A. (2009). A Resilience Intervention in African American Adults With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 35(2), 274–284. <https://doi.org/10.1177/0145721708329698>
- Surwit, R. S., Schneider, M. S., & Feinglos, M. N. (1992). Stress and Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 15(10), 1413–1422. <https://doi.org/10.2337/diacare.15.10.1413>
- Szívós N. (2022). Egészségpszichológiai munka az alapellátásban. In Csabai M., Papp-Zipernovszky O., & Sallay V. (Szerk.), *Pszichológusok a betegellátásban* (o. 17–34). Szegedi Egyetemi Kiadó. <https://doi.org/10.14232/sztep.pszibet.2022.1>
- Sztanek, F., Jebelovszki, É., Gaszner, B., Zrínyi, M., Páll, D., Kempler, P., & Harangi, M. (2019). A diabeteses cardialis autonóm neuropathia diagnosztikája= Diagnosis of diabetic cardiac autonomic neuropathy. *Orvosi Hetilap*, 160(35), 1366-1375.
- Tiringer I., Varga J., & Molnár E. (2007). Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In: Kállai J., Varga J., & Oláh A. (szerk): *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 305-332). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Tiringer I. (2012). Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata. Doktori értekezés, <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15277/tiringer-istvan-phd-2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, utolsó letöltés dátuma: 2022.10.03.
- Wagner, J., & Tennen, H. (2007). Coping with Diabetes: Psychological Determinants of Diabetes Outcomes. In Martz, E., & Livneh, H. (eds.) *Coping with Chronic Illness and Disability. Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects.* (215-240.). Springer Science+Business Media
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Cornell University Press.

- Wheaton, B. (1996). The domains and boundaries of stress concepts. In Kaplan, H. B. (szerk.): Psychosocial Stress: Perspectives on Structure, Theory, Life-course and Methods. San Diego CA: Academic Press.
- Whitton, S. W., & Whisman, M. A. (2010). Relationship satisfaction instability and depression. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 791–794. <https://doi.org/10.1037/a0021734>
- World Health Organization. (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation (Vol. 1). World Health Organization, Geneva.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66040/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y, utolsó letöltés dátuma: 2022.10.03.
- Young-Hyman, D., De Groot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J. S., Hood, K., & Peyrot, M. (2016). Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 39(12), 2126-2140.
- Zsido, A. N., Teleki, S. A., Csokasi, K., Rozsa, S., & Bandi, S. A. (2020). Development of the short version of the spielberger state—Trait anxiety inventory. *Psychiatry Research*, 291, 113223. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113223>

Mellékletek

1. sz. melléklet: normalitás vizsgálat

Shapiro-Wilk teszt

	N	Missing	Mean	Median	Minimum	Maximum	Shapiro-Wilk p
CD_RISC	60	0	67.6	72	15	100	0.020
RAS-H	60	0	26.8	30	0	35	< .001
DM-SE	60	0	7.78	8	4	10	< .001
SATI-A	60	0	8.62	7	5	19	< .001
SATI-V	60	0	10.6	10.5	5	20	0.016
BDI	60	0	15.4	13	9	32	< .001
PrR	60	0	3.77	4	0	8	0.014
RWO	60	0	4.32	5	0	100	0.012
RSC	60	0	5.63	6	0	10	0.068
Rfa	60	0	5.18	5.5	0	8	0.003
RSE	60	0	4.25	4	0	10	0.002
PSRStot	60	0	23.1	23	1	46	0.236
QPSSS csal gyak	60	0	12.3	13.5	3	15	< .001
QPSSS csal eleg	60	0	12.4	13	3	15	< .001
QPSSS barat gyak	60	0	11.4	12	0	15	< .001
QPSSS barat eleg	60	0	11.8	12.5	0	15	< .001