

Małgorzata Anna Basińska¹, Katarzyna Schmidt²

¹Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Instytut Psychologii

²Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy

Adres do korespondencji: dr hab. Małgorzata A. Basińska, malbas@interia.pl

Specyfika struktury potrzeb u osób chorych na cukrzycę typu I

Wprowadzenie

Celem przeprowadzonych badań było przedstawienie struktury potrzeb osób cierpiących na cukrzycę typu I. Postanowiono sprawdzić, czy osoby chorujące na cukrzycę różnią się w zakresie przejawianych potrzeb od osób zdrowych, a także, czy różnią się w tym zakresie między sobą, w zależności od stanu zdrowia i przebiegu choroby.

Cukrzyca typu I zaliczana jest do grupy chorób autoimmunologicznych. W chorobie tej układ immunologiczny nieprawidłowo rozpoznaje komórki β wysp trzustkowych własnego organizmu, traktując je jako obce, które należy zniszczyć (Krętowski, Młynarski, 2006). Doniesienia z badań z zakresu psychoneuroimmunologii dostarczają licznych danych odnośnie możliwości zmiany funkcjonowania układu immunologicznego poprzez pewne specyficzne zachowania i procesy psychiczne. Badacze wyjaśniają, że czynniki psychiczne, poprzez wywoływanie zmian w aktywności układu nerwowego, mogą zmieniać procesy odpornościowe organizmu (Mausch, 1995; 2000; 2003; Maier i wsp., 1997).

Wyniki badań prowadzonych w nurcie psychosomatycznym wskazują, że cukrzyca jest jedną z chorób, do których powstania w pewnym stopniu przyczyniają się czynniki natury psychologicznej (Alexander, 1945). Istotnym zagadnieniem badawczym w tym podejściu jest poszukiwanie szczególnych cech osobowości, postaw lub konfliktów, które, przy współwystępowaniu innych czynników ryzyka, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby (Łazowski, 1985). A ponieważ osoby z rozpoznaną cukrzycą typu I wymagają stałego, długotrwałego leczenia, zmierzającego do utrzymania w miarę stabilnego poziomu glikemii, ważna jest również analiza skutków psychologicznych w sferze potrzeb, będących rezultatem choroby (Axford, 1999).

W literaturze medycznej znajdują się doniesienia o nie do końca poznanej etiologii tej choroby. Jako przyczyny zapadalności na cukrzycę typu I podaje się czynniki genetyczne, autoimmunologiczne oraz środowiskowe. Do tej pory nie wyjaśniono jednak dokładnie,

w jaki sposób czynniki te współdziałają ze sobą i wpływają na zachorowanie (Myers, 1995). Skoro więc medycyna nie potrafi jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o przyczynę cukrzycy typu I, możliwe jest, że pewien udział w jej powstaniu przypada czynnikom psychologicznym.

Problematyka potrzeb w ujęciu psychodynamicznym

Problematykę ludzkich potrzeb można rozpatrywać na różnych poziomach: (1) psycho-fizjologicznym, czyli podstawowym, wspólnym człowiekowi i zwierzętom; (2) psycho-społecznym, związanym z relacjami z innymi ludźmi oraz (3) racjonalno-duchowym – wyższym, właściwym tylko człowiekowi (Trojan, 1999). W obrębie różnych nurtów psychologicznych nieco inaczej definiowano i rozumiano potrzeby.

W klasycznej psychoanalizie potrzeby rodzące wewnętrzne napięcie nazywano instynktami. Takie potrzeby powstają na skutek pewnego braku w organizmie, który powoduje odczuwanie przez osobę wewnętrznego napięcia. Pod wpływem instynktu człowiek podejmuje działania mające na celu jego zaspokojenie, by w ten sposób zmniejszyć napięcie i powrócić do stanu równowagi (Trojan, 1999).

A. Adler kładł nacisk przede wszystkim na potrzeby społeczne. Zwracał uwagę, jak ważna w życiu człowieka, będącego z natury istotą społeczną, jest potrzeba kontaktów z innymi oraz ukazywał, że nieprawidłowa realizacja kontaktów interpersonalnych może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania (Adler, 1986; Pervin, John, 2002).

Również K. Horney była zdania, że dla człowieka niezwykle ważne są relacje międzyludzkie, stanowiące rdzeń funkcjonowania osobowości, tak zdrowego, jak i zaburzonego (za: Pervin, John, 2002). Wskazała (1942, za: Hall i wsp., 2003) na 10 tzw. neurotycznych potrzeb, nabywanych przez ludzi w wyniku irracjonalnych prób znalezienia rozwiązania problemu zaburzonych stosunków z ludźmi.

Według E. Fromma (1955, za: Oleś, 2003) potrzeby to wewnętrzne czynniki determinujące ludzkie zachowanie, mające charakter obiektywny i wynikające z refleksji nad egzystencją człowieka, będące wynikiem kulturowej ewolucji człowieka, a ich funkcją jest zapełnienie pustki wynikłej z oderwania się człowieka od natury.

Najbardziej rozpowszechnioną wśród koncepcji potrzeb w nurcie psychodynamicznym jest szczegółowo opracowana koncepcja H. Murray'a. Według niego (1938, za: Hall i wsp., 2003, s. 243) „potrzeba jest konstruktem, reprezentującym pewną siłę w regionie mózgu, która organizuje percepcję, apercepcję, myślenie, napęd do działania i działanie w taki sposób, aby przekształcić w określonym kierunku istniejącą,

niezadowolającą sytuację”. H. Murray przyjmuje, że potrzeby mogą być wzbudzone przez czynniki wewnętrzne lub przez bodźce zewnętrzne. W obu przypadkach potrzeba wywołuje aktywność organizmu i podtrzymuje ją tak długo, aż sytuacja organizmu w środowisku nie zostanie zmieniona w taki sposób, by potrzeba ta została zredukowana. Ponadto, niektórym potrzebom towarzyszą określone emocje lub uczucia.

H. Murray stworzył listę 20 ludzkich potrzeb, na której znalazły się: potrzeba afiliacji, agresji, autonomii, dominacji, doznań zmysłowych, odrzucania, oparcia, opiekowania się, osiągnięć, pokazania się, poniżania się, porządku, przeciwdziałania, samoobrony, seksu, ulegania, unikania poniżeń, unikania szkód, zabawy i zrozumienia.

Koncepcja H. Murray’a stała się inspiracją między innymi dla G.H. Gougha i A.B. Heilbruna, twórców Testu Przymiotnikowego ACL. Badacze Ci, tworząc skale potrzeb, wchodzące w skład testu, włączyli do niego operacyjne definicje 15 potrzeb w ujęciu teorii H. Murray’a (Siek, 1993; Pilecka, 1994; Oleś, 2003)

Potrzeby są ważną częścią osobowości. Są jednym z głównych mechanizmów regulujących ludzkie zachowanie, ukierunkowując je w taki sposób, że możliwe jest ich zaspokojenie (Reykowski, 1992). Wyrażają się, między innymi, w podejściu danej osoby do życia i problemów, które ono niesie oraz w sposobie nawiązywania relacji z ludźmi. Przyjmując założenie, że osobowość zapewnia powtarzalność pewnych reakcji organizmu (zarówno korzystnych, jak i niepożądanych), można stwierdzić, iż przejawianie specyficznej konstelacji potrzeb może mieć wpływ na powstawanie wielu chorób. W literaturze istnieją teorie próbujące wyjaśnić psychologiczne mechanizmy ich powstawania i przebiegu.

Koncepcje psychosomatyczne

Zgodnie z podejściem psychosomatycznym różne stany psychiczne człowieka oraz cechy jego osobowości mają wpływ na jego zdrowie bądź chorobę i odwrotnie, stan zdrowotny organizmu w sposób znaczący wpływa na samopoczucie psychiczne i osobowość jednostki.

W wąskim znaczeniu termin „psychosomatyka” odnosił się do niektórych chorób, tzw. psychosomatycznych, w których genezie był zauważany wyraźny czynnik emocjonalny. Niektórzy badacze przedmiotu (Weiss, English, 1949, za: Gracka, 1993; Wrześniewski, 1998), uznają jednak, że „psychosomatyka” jest pojęciem szerokim. Zajmuje się zarówno odkrywaniem, jaki jest udział czynników psychicznych w powstawaniu chorób somatycznych, jak i wpływem choroby na psychikę chorego. Dzięki takiemu rozumieniu na każdą chorobę można spojrzeć jak na chorobę psychosomatyczną. Każda choroba somatyczna

ma bowiem pewną komponentę psychiczną, a każda choroba psychiki zawiera w sobie elementy somatyczne.

Zasługą psychosomatyki jest założenie i wprowadzenie w życie idei wieloprzyczynowości każdej choroby. W patogenezie chorób psychosomatycznych podkreśla się istnienie mechanizmu błędnego koła: zaburzenia emocjonalne, zaburzenia układu endokrynno - wegetatywnego oraz zmiany w funkcji narządów i tkanek wzajemnie się indukują. Przykładem takiego zaburzenia endokrynologicznego jest między innymi cukrzyca (Korzeniewski, Pużyński, 1986).

Uwarunkowania psychologiczne można uznać za czynniki ryzyka wystąpienia wielu chorób somatycznych, gdyż na drodze nerwowej i hormonalnej mogą zmniejszać ogólną odporność organizmu (Wrześniewski, 1989). Występujące między układem nerwowym, hormonalnym a immunologicznym powiązania sugerują, że czynniki psychiczne mogą zmieniać odporność organizmu, gdyż znajdują swój wyraz i wywołują zmiany w aktywności układu nerwowego, zaś układ nerwowy wpływa na układ immunologiczny (Giejbatow, 2000).

Dowiedziano, że wskaźniki odporności ulegają zmianie pod wpływem silnych stresów. W organizmie uruchamiane są wówczas specyficzne reakcje, przebiegające różnymi drogami. Jedną z nich jest oś wewnątrzwydzielnicza somatotropowa. Podwzgórze wydziela tu czynnik uwalniający somatotropinę (SRF), na którą przysadka reaguje wydzielaniem do układu krążenia hormonu wzrostu (somatotropowego) i pobudza korę nadnerczy do wydzielania mineralokortykoidów. Hormon wzrostu jest wydzielany między innymi w reakcji na bodźce natury psychologicznej i wywołuje cukrzycopodobny efekt insulinooporny oraz mobilizację tłuszczów zmagazynowanych w organizmie, co powoduje wzrost stężenia wolnych kwasów tłuszczowych i glukozy we krwi (Yuwilera, 1976, za: Everly, Rosenfeld, 1992).

Istnieją dane sugerujące istnienie pewnych predyspozycji do przejawiania specyficznych wzorców reakcji stresowej przez niektóre osoby. Aby reakcje emocjonalne miały istotny patologiczny wpływ na stan somatyczny, muszą być intensywne albo chroniczne, lub takie i takie. Natomiast to, która struktura zostanie poddana patologicznemu oddziaływaniu zależy od kilku czynników: 1) genetycznych, które biologicznie predysponują dany narząd do uszkodzenia wskutek psychofizjologicznego pobudzenia; 2) środowiskowych, takich jak wpływ odżywiania, przebyte choroby zakaźne czy urazy fizyczne; 3) specyficznych struktur związanych z daną reakcją fizjologiczną; oraz 4) wielkości zaangażowania w trakcie reakcji fizjologicznej, określonego w kategoriach natężenia, częstości i czasu trwania

zaangażowania danego narządu. Tak więc, wybór struktury atakowanej w reakcji psychosomatycznej zależy od biologicznego stanu danej struktury, początkowego progu reaktywności danego narządu oraz od czynników związanych z uczeniem się, wpływających na jego aktywację. Wielkość zjawiska psychosomatycznego zależy oczywiście od częstości, intensywności i długości aktywacji tego narządu (Lachman, 1972, za: Everly, Rosenfeld, 1992).

Jednakże to, jak silny wpływ na zdrowie będą miały stresowe zdarzenia w sporej mierze zależy od umiejętności radzenia sobie ze stresem. Jednostki, które przejawiają deficyty w tym zakresie są bardziej narażone na rozwój chorób psychosomatycznych. W przypadku osób chorych na cukrzycę zdolność do neutralizowania skutków stresu jest upośledzona lub w ogóle nie występuje (Johnsona, 1980, za: Scheridan, Radmacher, 1998). Stres może więc odgrywać znaczącą rolę w etiologii, przebiegu oraz leczeniu cukrzycy. Istnieją dane z badań retrospektywnych sugerujące, że przeżywany stres może przyspieszyć zachorowanie na cukrzycę typu I. Wiadomo, że stres wpływa na metabolizm glukozy, a występujące w środowisku bodźce stresujące wpływają na ekspresję genów odpowiedzialnych za cukrzycę typu I (Lehman i wsp., 1991). Hormony uwalniane w odpowiedzi na stres powodują podniesienie poziomu glukozy we krwi oraz obniżenie produkcji insuliny. Ten efekt mobilizacji energii w zdrowym organizmie pełni ważną funkcję adaptacyjną, jednak u osób cierpiących na cukrzycę, z powodu znacznego niedoboru bądź braku insuliny, takie niekontrolowane wzrosty poziomu cukru mogą być bardzo niebezpieczne, grożąc hiperglikemią oraz związanymi z nią powikłaniami (Surwit, Schneider, 1993). Przeżywane przez pacjentów stresy stanowią zatem poważne utrudnienie w leczeniu.

Osobowość a choroby somatyczne

Czynnikami psychologicznymi, mogącymi wpływać na wystąpienie lub rozwój chorób somatycznych, mogą być także pewne cechy osobowości, zespoły tych cech, czy charakterystyczne wzory zachowań.

W badaniach (Solomon i wsp., 1990) wykazano istnienie pewnych wspólnych cech osobowości u ludzi cierpiących na choroby autoimmunologiczne (takie jak: reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane, choroba Gravesa-Basedowa czy cukrzyca I typu). Osoby predysponowane do zapadania na te choroby są opisywane jako spokojne, introwertyczne, godne zaufania, sumienne, nie okazujące emocji (szczególnie złości), dostosowujące się, poświęcające się, zezwalające na kierowanie sobą, wrażliwe na krytykę, trzymające się z daleka, nadaktywne, pseudoniezależne dla ukrycia swej zależności, uparte,

sztynne i dążące do kontroli nad otoczeniem. Badacze zauważyli, że początek choroby następuje zwykle po okresach stresu, utraty ważnej osoby lub po utracie zdolności do utrzymania wcześniejszych, zapewniających powodzenie sposobów adaptacji i obrony.

Przeżywanie stanów bezradności i beznadziejności przy unikaniu emocjonalnej konfrontacji prowadzi u tych osób do zintensyfikowania aktywności osi podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy (tzw. osi „ochraniaj się – wycofaj się”). Poczucie bycia przygniecionym przez zagrożenia i niemożność poradzenia sobie z nimi uaktywniają wydzielanie hormonów takich, jak adrenokortykotropina (ACTH) i kortykosterydy. Nadaktywność tej osi obniża aktywność układu immunologicznego i występuje w chorobach wynikających z autoimmunopatii, do których należy między innymi cukrzyca typu I (Basińska, 2006).

Na uwagę zasługują także wyniki badań prowadzonych przez J. Łazowskiego i Z. Płużek (1982), którzy zajmowali się badaniem osobowości pacjentów cierpiących na chorobę wrzodową oraz na chorobę niedokrwinną serca. Doprowadziły one do wyodrębnienia u tych chorych tzw. zespołu psychosomatycznego, w znaczący sposób odróżniającego ich od ludzi zdrowych i od pacjentów z nerwicami. Zespół ten tworzą dwa rodzaje cech: (1) silna postawa obronna, tendencja do autoagresji, duża samokontrola i zaufanie do siebie oraz (2) silna potrzeba osiągnięć, dominacji, wytrwałości, porządku, rozumienia siebie i innych, opiekowania się innymi i afiliacji (Łazowski, 1982).

Natomiast u osób cierpiących na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) obserwuje się podobieństwo do obrazu psychologicznego innych chorych psychosomatycznie: (1) do chorych, których charakteryzuje wzór zachowania C (częściej u kobiet) oraz (2) do chorych, których charakteryzuje wzór zachowania A (częściej u mężczyzn). W zakresie potrzeb kobiety cierpiące na RZS w porównaniu ze zdrowymi przejawiają mniejszą potrzebę kontaktów heteroseksualnych oraz agresji, ale mają większą tendencję do poszukiwania wsparcia ze strony innych ludzi oraz do poniżania się. Mężczyźni natomiast wykazują wyższe nasilenie w zakresie takich potrzeb, jak: potrzeba osiągnięć, dominacji, wytrwałości i porządku - elementy zespołu psychosomatycznego (Basińska, 2006).

Wyniki powyżej przedstawionych badań wskazują, że czynniki natury psychologicznej mają spory udział w powstawaniu chorób somatycznych. Zachorowanie zależy, obok czynników genetycznych i środowiskowych, także od osobowości danej osoby, przeżytych przez nią doświadczeń oraz od jej umiejętności radzenia sobie ze stresem. Jeżeli obciążona chorobą osoba, o określonej, niekorzystnej z punktu widzenia radzenia sobie z problemami, konstelacji cech osobowości, warunkującej powtarzalność pewnych

nieefektywnych zachowań, często będzie znajdowała się w stresowych sytuacjach, istnieje u niej spore prawdopodobieństwo zachorowania. Może tak być, między innymi, w przypadku chorych z cukrzycą I typu, w której etiopatogenezie, przebiegu oraz terapii bardzo istotną rolę pełnią czynniki psychologiczne.

Cukrzyca typu I – obraz kliniczny choroby

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, charakteryzującą się przewlekłym podwyższeniem stężenia glukozy we krwi (hiperglikemia), które jest wynikiem defektu wydzielania insuliny przez trzustkę lub jej działania na komórki docelowe. Cukrzyca typu I rozpoznawana jest, gdy stwierdza się uszkodzenie komórek β trzustki, odpowiedzialnych za wydzielanie insuliny. Zwykle prowadzi to do bezwzględnego niedoboru insuliny endogennej. Ten typ cukrzycy występuje u około 10–15% chorych i jest diagnozowany raczej we wcześniejszych latach życia. Nie poznano jeszcze wszystkich możliwych dróg prowadzących do zniszczenia komórek β , znajdujących się w wyspach Langerhansa w trzustce, lecz z pewnością można do nich zaliczyć czynniki genetyczne, autoimmunologiczne oraz środowiskowe (Axford, 1999). Dotychczasowe badania genetyczne zidentyfikowały ponad 20 miejsc w genomie, związanych z predyspozycją do tego typu cukrzycy (Krętowski, 2003; Krętowski, Młynarski, 2006).

Cukrzyca typu I zaliczana jest do chorób autoimmunologicznych (autoagresywnych), czyli takich, w których układ immunologiczny nieprawidłowo rozpoznaje własne składniki organizmu i traktuje je jako obce, które należy zniszczyć. W tym celu wytwarza przeciwciała skierowane przeciw własnym komórkom, w przypadku cukrzycy typu I przeciwko komórkom β wysp trzustkowych, co prowadzi do ich stopniowej destrukcji. Istotną rolę czynników immunologicznych w powstaniu cukrzycy I typu potwierdza także fakt, iż wielu chorych cierpiących na ten typ cukrzycy choruje także na inne schorzenia o podłożu autoimmunologicznym.

Czynniki środowiskowe mogą odgrywać w patogenezie cukrzycy typu I jedynie rolę uzupełniającą w stosunku do czynników genetycznych lub być czynnikiem inicjującym wystąpienie choroby. Nie wszyscy nosiciele prodiabetogennych genów chorują bowiem na cukrzycę typu I. Dotychczasowe badania wykazują, że czynnikami wpływającymi na zwiększenie ryzyka zachorowania na cukrzycę typu I mogą być: infekcje wirusowe, wiek matki powyżej 40 r.ż. w momencie urodzenia probanda, wczesne karmienie mlekiem krowim, narażenie na związki toksyczne oraz czynniki stresogenne. Natomiast do czynników działających ochronnie należą: niska masa/długość urodzeniowa, karmienie piersią, wczesna

suplementacja witaminą D₃, współistnienie chorób atopowych oraz wczesny kontakt z czynnikami infekcyjnymi (teoria „braku higieny”). Można przypuszczać, że pewne niekorzystne czynniki środowiskowe wywołują u osób podatnych reakcje autoimmunologiczne, co może prowadzić do rozwinięcia się klinicznych cech choroby. Dotychczas nie wyjaśniono jednak dokładnie, w jaki sposób czynniki genetyczne, immunologiczne i środowiskowe współdziałają ze sobą i wpływają na powstanie cukrzycy (Myers, 1995; Axford, 1999; Krętowski, Młynarski, 2006).

Cukrzyca jest chorobą, która niesie ryzyko ostrych, zagrażających życiu powikłań, takich jak cukrzycowa kwasica ketonowa czy śpiączka, spowodowanych albo zbyt wysokim, albo zbyt niskim poziomem cukru we krwi. Stany te powodują gwałtowne zaburzenia czynności umysłowych i aktywności fizycznej, w związku z czym wymagają natychmiastowego leczenia (Myers, 1995; Axford, 1999).

Jednak najpoważniejszym problemem są przewlekłe powikłania cukrzycy, których główną przyczyną jest utrzymujący się przez długi czas zbyt wysoki poziom glukozy we krwi (hiperglikemia) wyrażający się zbyt wysokim poziomem hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}). Stężenie HbA_{1c} jest jednym ze wskaźników poziomu glukozy we krwi i określa jego średnią wartość w ciągu ostatnich 2-3 miesięcy. Zwykle za nieprawidłową uważa się HbA_{1c} powyżej 6%. Wartość hemoglobiny glikowanej u chorych na cukrzycę stosuje się jako wskaźnik skuteczności terapii, przyjmując jako oznakę dobrej kontroli glikemii i wyrównania metabolicznego choroby wartość mniejszą lub równą 6,5 - 7%. Z podwyższonym stężeniem HbA_{1c} wiąże się rozwój przewlekłych powikłań cukrzycy (Basińska i wsp., 2007).

Powikłania przewlekłe dzielą się na dwie kategorie: 1) mikroangiopatie, których przyczyną jest uszkodzenie małych naczyń krwionośnych oraz 2) makroangiopatie, których przyczyną jest uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych (Axford, 1999).

Do powikłań powstałych wskutek uszkodzenia małych naczyń krwionośnych zalicza się: retinopatię, nefropatię oraz neuropatię (Tatoń, Czech, 2001). Do przewlekłych powikłań powstałych na skutek uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych zalicza się: chorobę wieńcową, niedokrwienie kończyn dolnych oraz chorobę naczyń mózgu (Wolnik, 2005).

Leczenie cukrzycy typu I jako choroby przewlekłej jest długotrwałe i dla osiągnięcia pomyślnych wyników wymaga ścisłej, świadomej współpracy chorego z lekarzem. Skuteczne leczenie powinno obrać kilka kierunków, takich jak: (1) edukacja chorych oraz ich rodzin, (2) insulinoterapia, (3) stosowanie odpowiedniej diety, (4) zapobieganie powikłaniom i ich leczenie oraz (5) pomoc psychologiczna.

Osobowość chorych na cukrzycę typu I w badaniach

W literaturze można znaleźć wyniki badań, wskazujące, że osoby chore na cukrzycę typu I charakteryzują się specyficznymi właściwościami osobowości. Badacze donoszą zarówno o pewnych cechach osobowości, które ułatwiają zachorowanie na tę chorobę, jak i o takich, które kształtują się pod wpływem chorowania.

Na właściwości osobowościowe predysponujące do zachorowania na cukrzycę typu I zwracał uwagę już w 1945 roku F. Alexander i jego współpracownicy. Obserwowali oni kobietę i mężczyznę, u których choroba ujawniła się pod wpływem napięć związanych z emocjonalnym konfliktem, którzy wykazywali silną postawę roszczeniową oraz potrzebę opieki ze strony innych. Czuli się bardzo sfrustrowani, gdyż ich infantylne żądanie uwagi i miłości było nieproporcjonalne do ich rzeczywistej życiowej sytuacji dorosłych ludzi, i w związku z tym nigdy nie byli wystarczająco usatysfekcjonowani relacjami z innymi. Na tę frustrację oboje reagowali wrogością. Badacze odkryli, że poziom cukru u tych pacjentów wzrastał, gdy byli w stanie konfliktu, natomiast gdy chwilowo rezygnowali ze swej roszczeniowej postawy, poziom ten się obniżał. Doszli do wniosku, że prawdopodobnie w sytuacjach, gdy pacjenci nie byli w stanie uzyskać zadowolenia płynącego ze świata zewnętrznego, ich organizmy „nauczyły się” dostarczać im uczucia przyjemności poprzez mobilizację glukozy (Alexander i wsp., 1945).

F. Dunbar (za: Zdziniecka, 1991) także wskazywała na silne konflikty o charakterze zależnościowym, występujące u osób cierpiących na cukrzycę oraz dodatkowo na wzmożony niepokój, depresję i mniejszą dojrzałością emocjonalną. Berker i Bercai (za: Zdziniecka, 1991) z kolei donosili o istnieniu „diabetycznej osobowości”, której charakterystycznym symptomem jest wewnętrzne nieuporządkowanie oraz podporządkowanie całej hierarchii wartości chorobie.

F. Danowski i A. Kubany (za: Zdziniecka, 1991) również dostrzegają u chorych na cukrzycę pewne cechy wspólne: poczucie krzywdy, wzmożoną drażliwość i lękliwość oraz swoistą percepcję choroby. A. Kubany wyróżnił dwa rodzaje typów osobowości chorego na cukrzycę. Pierwszy to typ o cechach ekstrawertycznych: nastawiony do swojej choroby bardziej pozytywnie, przywiązujący mniejszą wagę do reżimu narzuconego przez chorobę, mniej staranny w przestrzeganiu diety i mniej skoncentrowany na czasie iniekcji insuliny czy zażywania leków. Do tej grupy należą osoby bardziej pogodne, mniej skoncentrowane na chorobie, niechętnie rezygnujące z dotychczasowego trybu życia, aktywne i uczynne. Drugi, to typ o cechach introwertycznych, bardziej staranny i dokładny w realizacji zaleceń lekarskich oraz przestrzegający czasu i ilości pobieranych leków. Jego życie jest w znacznie

większym stopniu podporządkowane chorobie. Do tej grupy należą ludzie mniej pogodni, bardziej lękliwi, zamknięci w sobie i gorzej adaptujący się do choroby.

Człowiek w sytuacji choroby somatycznej nie tworzy od razu nowych wzorów zachowania, lecz raczej sięga do tych wyuczonych wcześniej (Basińska, 2006). Ujawniające się u osób chorych na cukrzycę typu I specyficzne cechy osobowości w porównaniu z osobami zdrowymi mogą być zatem traktowane hipotetycznie jako czynnik ryzyka, ułatwiający zachorowanie.

Właściwości osobowości kształtujące się w następstwie chorowania na cukrzycę typu I mogą wpływać trzema drogami:

1. poprzez bezpośrednie działanie czynnika etiopatogenetycznego na OUN: w przebiegu cukrzycy, zwłaszcza, jeżeli często występują stany śpiączkowe, może dochodzić do trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, co może znajdować wyraz w zmianach charakteropatycznych;
2. drogą pośrednią – wpływ choroby na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka: cukrzyca stanowi pewien rodzaj sytuacji stresowej - może zakłócać realizację życiowych celów i stawianych sobie zadań, utrudniać lub nawet uniemożliwiać zaspokajanie niektórych potrzeb, stanowić czynnik utraty istotnych wartości;
3. drogą psychologiczną: obejmującą znaczenie choroby dla chorego, jego postawę wobec choroby (zaprzeczanie, pomniejszanie, wyolbrzymianie lub postawę adekwatną) oraz wyobrażenia o chorobie (o jej przyczynach, przebiegu, terapii i rokowaniu) (Czubalski, 1995).

Cukrzyca może zatem prowadzić do pewnych zmian w obrazie siebie u osoby chorej i do pojawienia się u niej specyficznych właściwości osobowości. Badania psychologiczne (Ruszczyńska i wsp., 1991), mające na celu ocenę struktury osobowości i wykrycie ewentualnych zmian w jej strukturze u osób chorych na cukrzycę, wykazały, że choroba ta kształtuje specyficzną osobowość, a czas jej trwania jest czynnikiem nasilającym i utrwalającym niekorzystne cechy osobowości. Wyniki tych badań wskazują, że chorych na cukrzycę charakteryzuje między innymi konfliktowość, wynikająca ze sprzecznych dążeń. Chorzy z badanej grupy przeżywali także, znacznie częściej niż osoby zdrowe, stany depresyjne z objawami lęków, zniechęcenia i brakiem nadziei oraz przejawiali wzmożony samokrytycyzm. U osób dłużej chorujących zaobserwowano skłonność do wyolbrzymiania swoich objawów i trudności, a u tych z krótszym czasem trwania choroby - zaprzeczanie wszelkim kłopotom.

Cel badań, problemy i hipotezy badawcze

Głównym celem podjętych badań było ustalenie, czy u osób chorujących na cukrzycę typu I istnieje specyficzna struktura potrzeb, odróżniająca tę grupę chorych od osób zdrowych oraz specyficzna struktura potrzeb w zależności od stanu zdrowia chorych.

Analiza zagadnień teoretycznych doprowadziła do sformułowania trzech pytań badawczych:

1. Czy osoby z cukrzycą typu I przejawiają inne nasilenie potrzeb niż osoby zdrowe?
2. Czy u osób z cukrzycą typu I istnieje specyfika struktury potrzeb w zależności od płci?
3. Czy u chorych na cukrzycę typu I istnieje specyfika struktury potrzeb w zależności od stanu zdrowia, wyrażonego:
 - a. czasem chorowania,
 - b. występowaniem powikłań i chorób współwystępujących,
 - c. poziomem hemoglobiny glikowanej HbA1c?

W odpowiedzi na powyższe problemy badawcze postawiono następujące hipotezy:

- H1. Osoby z cukrzycą typu I przejawiają inne nasilenie poszczególnych potrzeb niż osoby zdrowe.
- H2. U osób z cukrzycą typu I istnieje specyfika struktury potrzeb w zależności od płci.
- H3. U chorych na cukrzycę typu I występuje specyficzna struktura potrzeb w zależności od stanu ich zdrowia, wyrażonego:
 - a. czasem chorowania,
 - b. występowaniem powikłań i chorób współwystępujących,
 - c. poziomem hemoglobiny glikowanej HbA1c.

Charakterystyka grupy badawczej

Dobór badanych do grupy chorych na cukrzycę typu I był celowy w zakresie kryterium zdrowia. Nie dobierano ich w sposób celowy ze względu na: czas chorowania, występowanie powikłań i współwystępowanie innych chorób. Badano tych chorych, którzy wyrazili zgodę na uczestniczenie w badaniu, mieli postawioną diagnozę stwierdzającą cukrzycę typu I przez lekarza specjalistę i nie chorowali na choroby psychiczne.

Badaniami objęto 72 osoby cierpiące na cukrzycę typu I. Badana próba była wewnętrznie zróżnicowana ze względu na: płeć, wiek, wykształcenie oraz stan cywilny.

Badaniami objęto 40 kobiet i 32 mężczyzn. Wiek badanych mieścił się w przedziale 17–69 (M=38,4; SD=15,3). Większość spośród nich miała wykształcenie średnie (43 osoby), następnie zawodowe (16 osób) i wyższe (9 osób), a najmniej (4 osoby) – podstawowe.

Wśród osób badanych 34 osoby były w związku małżeńskim, 31 osób było stanu wolnego, 5 rozwiedzionych, a 2 osoby były wdowami.

Średni czas chorowania badanych osób wyniósł 11,8 lat (SD=10,7). Najwięcej było osób krótko chorujących – do 5 lat. Czas chorowania ponad połowy osób (54%) mieścił się w przedziale 0–10 lat.

Świeżo rozpoznaną cukrzycę miało 17% badanych osób. Powikłania związane z chorobami na cukrzycę występowały u 48% badanych. U 26% badanych odnotowano dodatkowo współwystępowanie innych chorób.

Równoległe do badania osób chorych przeprowadzono badanie osób zdrowych, które pracowały w różnych instytucjach (np. szkoła, biuro, przedsiębiorstwo handlowe, gospodarstwo domowe i inne), studiowały, bądź były na emeryturze. Były one dobierane odpowiednio do osób chorych pod względem płci, wieku i wykształcenia. Nie chorowały na chorobę somatyczną ani psychiczną oraz wyraziły zgodę na udział w badaniach.

Badaniami objęto 72 zdrowe osoby: 40 kobiet i 32 mężczyzn. Ich wiek mieścił się w przedziale 18–70 (M=38,3; SD=14,7). Większość osób posiadała wykształcenie średnie (35 osób), 18 wyższe, 15 zawodowe i 4 osoby podstawowe. Wśród osób zdrowych 34 były w związku małżeńskim, 33 stanu wolnego, 3 rozwiedzione, a 2 osoby były wdowcami.

Organizacja badań

Badania zostały przeprowadzone indywidualnie wśród pacjentów Poradni i Oddziału Diabetologii i Endokrynologii Szpitala Uniwersyteckiego, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej. Udział w badaniach był dobrowolny. Każdemu pacjentowi wyjaśniano cel i problematykę badań. Badanie rozpoczynano od rozmowy psychologicznej, dotyczącej stanu zdrowia oraz sytuacji psychospołecznej osoby badanej, wypełniając arkusz ankiety osobowej. Następnie, po omówieniu instrukcji postępowania, pacjent wypełniał kwestionariusz ACL.

Osoby z grupy kontrolnej również badano indywidualnie, w sposób podobny do opisanego wyżej.

Opis metod badawczych

W celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano następujące narzędzia badawcze:

Ankieta osobowa miała na celu zebranie podstawowych informacji na temat osób chorych na cukrzycę typu I - ich płci, wieku, sytuacji rodzinnej i zawodowej oraz stanu ich zdrowia: czasu trwania choroby, występowania powikłań, współwystępowania innych chorób oraz poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c. Ankietę tę wykorzystano także do zebrania podstawowych danych demograficznych i zdrowotnych osób z grupy kontrolnej.

Test Przymiotnikowy ACL (*Adjective Check List*) G.H. Gougha i A.B. Heilbruna. Kwestionariusz ten posłużył do oceny nasilenia potrzeb. Jest on jednym z najbardziej znanych i powszechnie stosowanych testów osobowości, przeznaczonym do badania młodzieży oraz ludzi dorosłych (Siek, 1993). Osoba badana otrzymuje listę przymiotników i jest proszona, aby wybrała z tej listy te przymiotniki, które jej zdaniem najlepiej ją określają (Gough, Heilbrun, 1983).

Ogólne założenie, na podstawie którego tworzone poszczególne skale testu, głosi, że ludzie wybierający do opisu siebie różne przymiotniki, różnią się między sobą w zakresie funkcjonowania psychicznego i zachowania (Juros, Oleś, 1993).

Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań wskazują, że Test Przymiotnikowy dobrze wykrywa różnice w osobowości pacjentów z różnymi chorobami psychosomatycznymi. Ponadto, istnieje możliwość porównania otrzymanych wyników z wynikami uzyskanymi w tym teście przez innych chorych (Łazowski, 1982; 1985).

Historia kwestionariusza sięga 1952 roku. Jego aktualna wersja (z 1980 r.), tłumaczona na język polski przez Z. Płużek, a zaadaptowana do warunków polskich przez A. Jurosa i P. Olesia, składa się z 300 przymiotników pogrupowanych w 37 skal, które są uporządkowane w 5 grup (Juros, Oleś, 1993):

- I. Pierwsza część to 4 skale pełniące rolę kluczy kontrolnych.
- II. Druga część składa się z 15 skal potrzeb, zbudowanych na bazie koncepcji H. Murray'a. Badają one osobowościowe korelaty określonych potrzeb psychicznych, które są powiązane z obserwowanymi zachowaniami i odpowiadają za funkcjonowanie człowieka w świecie.
- III. Trzecia część obejmuje 9 skal tematycznych, ujmujących różne aspekty lub komponenty zachowań interpersonalnych.
- IV. Część czwarta to 5 skal, opartych na teorii analizy transakcyjnej E. Berne'a, dotyczących zachowań interpersonalnych pochodzących z trzech stanów ego: rodzica, dziecka i dorosłego. Zgodnie z teorią E. Berne'a każdemu z tych stanów przypisuje się inne cechy osobowości.

V. Piąta, ostatnia część składa się z 4 skal, wywodzących się z koncepcji oryginalności i inteligencji G.S. Welsha. Opisują one wyodrębnione przez autora cztery typy ludzi (Gough, Heilbrun, 1983; Pilecka, 1994).

Ze względu na tematykę badań do analizy włączone zostały wyłącznie wyniki otrzymane w skalach potrzeb: Ach – Potrzeba osiągnięć. Dom – Potrzeba dominacji. End – Potrzeba wytrwałości. Ord – Potrzeba porządku. Int – Potrzeba rozumienia siebie i innych. Nur – Potrzeba opieki nad sobą. Aff – Potrzeba afiliacji. Het – Potrzeba kontaktów heteroseksualnych. Exh – Potrzeba ujawniania się. Aut – Potrzeba autonomii. Agg – Potrzeba agresji. Cha – Potrzeba zmiany. Suc – Potrzeba wsparcia ze strony innych. Aba – Potrzeba poniżania się. Def – Potrzeba podporządkowania się.

Badając rzetelność skal ACL autorzy testu posłużyli się metodą zgodności wewnętrznej, obliczając współczynniki *alfa* Cronbacha (na próbie składającej się z 588 kobiet i 591 mężczyzn) oraz sprawdzając stałość narzędzia (Gough, Heilbrun, 1983). Współczynniki rzetelności *alfa* Cronbacha na podstawie badań polskich studentów (155 kobiet i 127 mężczyzn) obliczyli A. Juros i P. Oleś (1993). Wartości współczynników *alfa* Cronbacha dla skal potrzeb z badań polskich są bardzo zbliżone do rezultatów amerykańskich.

Wyniki badań

Analiza porównawcza struktury potrzeb osób chorych na cukrzycę typu I ze strukturą potrzeb osób zdrowych

W tej części pracy zostaną przedstawione wyniki uzyskane w badaniu testem ACL. Do analiz porównawczych średnich wyników pomiędzy grupą chorych na cukrzycę typu I (Cukrzyca) i grupą osób zdrowych (Zdrowi) zastosowano test statystyczny t – Studenta dla prób niezależnych. Analizy statystyczne zostały wykonane przy pomocy komputerowego programu statystycznego Statistica 6,0.

Test ACL daje duże możliwości interpretacyjne, jednak ze względu na tematykę pracy ograniczono się do analizy wyników uzyskanych w skalach potrzeb. Dla uzyskania przejrzystości prezentowanych wyników, z uwagi na rozległość analiz, w tekście zostały przedstawione tylko wyniki istotne statystycznie. Nie będzie analiz pomiędzy całą grupą chorych i zdrowych, ponieważ płeć jest czynnikiem istotnie różnicującym strukturę potrzeb. Analiza skal zostanie przedstawiona w następującej kolejności:

- porównanie struktury potrzeb w grupie kobiet (chorych i zdrowych)
- porównanie struktury potrzeb w grupie mężczyzn (chorych i zdrowych)

- porównanie struktury potrzeb pomiędzy kobietami i mężczyznami chorymi oraz pomiędzy kobietami i mężczyznami zdrowymi

Potrzeby w grupie kobiet chorych i zdrowych

Analiza statystyczna wykazała, że kobiety chore i zdrowe nie różnią się istotnie w zakresie potrzeb: rozumienia siebie i innych (Int), opiekowania się (Nur), autonomii (Aut), agresji (Agg) i zmiany (Cha) oraz podporządkowania (Def). Natomiast potrzebami istotnie statystycznie różnicującymi kobiety chore od zdrowych okazały się potrzeby przedstawione w tabeli 1.

Kobiety chore na cukrzycę typu I w porównaniu z kobietami zdrowymi są:

- mniej pracowite i nastawione na osiąganie sukcesów, mniej dominujące w działaniu, o mniejszej sumienności, wytrwałości i zorganizowaniu (Ach, Dom, End, Ord),
- mniej skłonne do szukania towarzystwa, utrzymywania licznych osobistych przyjaźni oraz czerpania emocjonalnej satysfakcji ze społecznych interakcji, także z płcią przeciwną (Aff, Het – dwa najniższe wyniki w profilu),
- mniej zainteresowane skupianiem na sobie uwagi innych (Exh),
- bardziej skłonne czuć się gorszymi i słabszymi od innych w radzeniu sobie z życiowymi wymaganiami oraz bardziej zabiegające o poparcie i sympatię innych, uważając ich za silniejszych od siebie (Suc, Aba – dwa najwyższe wyniki w profilu).

Tabela 1. Średnie wyniki w skalach potrzeb testu ACL istotnie różnicujące kobiety chore (N=40) od zdrowych (N=40)

Skale potrzeb ACL	Cukrzyca		Zdrowe		t	p
	M	SD	M	SD		
Potrzeba osiągnięć - Ach	44,35	8,26	51,73	8,69	-3,89	0,000
Potrzeba dominacji - Dom	44,78	8,34	51,10	7,38	-3,59	0,001
Potrzeba wytrwałości - End	47,85	11,32	54,60	7,58	-3,13	0,002
Potrzeba porządku - Ord	50,15	10,55	55,08	8,44	-2,31	0,024
Potrzeba kontaktów z innymi - Aff	43,63	11,64	49,03	10,76	-2,16	0,034
Potrzeba kontaktów heteroseksualnych - Het	41,33	7,67	47,23	7,66	-3,44	0,001
Potrzeba ujawniania się - Exh	48,15	7,06	52,38	9,23	-2,29	0,024
Potrzeba wsparcia ze strony innych - Suc	54,58	9,79	50,15	8,26	2,18	0,032
Potrzeba poniżania się - Aba	55,93	9,72	50,93	7,69	2,55	0,013

Potrzeby w grupie mężczyzn chorych i zdrowych

Analiza statystyczna wykazała, że mężczyźni chorzy na cukrzycę typu I nie różnią się istotnie statystycznie od mężczyzn zdrowych w zakresie większości z badanych przez test

ACL potrzeb. Istotnie statystycznie różnice pomiędzy chorymi i zdrowymi mężczyznami ujawniły się w odniesieniu do czterech potrzeb (tabela 2).

Mężczyźni chorzy na cukrzycę typu I w porównaniu z mężczyznami zdrowymi są:

- mniej niezależni od innych ludzi oraz od społecznych wartości i oczekiwań, mniej stanowczy w relacjach interpersonalnych, a bardziej szukający w nich bezpieczeństwa i chętniej poddający się poradzom ludzi, do których mają zaufanie (Aut),
- bardziej skłonni do podporządkowania się innym i unikania konfliktów (Def),
- bardziej skłonni czuć się mniej zdolnymi od innych do poradzenia sobie z życiowymi wymaganiami oraz, w związku z postrzeganiem innych ludzi jako silniejszych i skuteczniejszych od siebie, zabiegać o ich wsparcie i sympatię (Suc, Aba – dwa najwyższe wyniki w profilu).

Tabela 2. Średnie wyniki w skalach potrzeb testu ACL istotnie różnicujące mężczyzn chorych (N=32) od zdrowych (N=32)

Skale potrzeb ACL	Cukrzyca		Zdrowi		t	p
	M	SD	M	SD		
Potrzeba niezależności - Aut	45,53	10,32	50,00	6,12	-2,11	0,039
Potrzeba wsparcia ze strony innych - Suc	52,47	9,59	47,13	10,65	2,11	0,039
Potrzeba poniżania się - Aba	55,16	9,84	46,97	7,66	3,72	0,000
Potrzeba podporządkowania - Def	53,38	8,09	46,94	6,33	3,54	0,001

Potrzeby kobiet a potrzeby mężczyzn

W zakresie większości z badanych testem ACL potrzeb analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy chorymi kobietami i chorymi mężczyznami, za wyjątkiem dwóch skal – Aff i Het (tabela 3).

Tabela 3. Średnie wyniki w skalach potrzeb testu ACL istotnie różnicujące chore kobiety (N=40) od chorych mężczyzn (N=32)

Skale potrzeb ACL	Kobiety		Mężczyźni		t	p
	M	SD	M	SD		
Potrzeba afiliacji - Aff	43,63	11,64	48,75	9,28	2,03	0,046
Potrzeba kontaktów heteroseksualnych - Het	41,33	7,67	49,03	9,71	3,76	0,000

Chore na cukrzycę typu I kobiety w porównaniu z chorymi mężczyznami są mniej skłonne do szukania towarzystwa oraz czerpania emocjonalnej satysfakcji ze społecznych interakcji, co dotyczy także płci przeciwnej (Aff, Het – dwa najniższe wyniki w profilu chorych kobiet). Tendencja taka nie występuje w grupie osób zdrowych.

W grupie osób zdrowych analiza statystyczna wykazała natomiast istotne statystycznie różnice w zakresie innych potrzeb (tabela 4).

Zdrowe kobiety mają silniejsze niż zdrowi mężczyźni poczucie obowiązku oraz są bardziej sumienne i wytrwałe w podejmowanych przez siebie zadaniach (End). Są przy tym jednak bardziej skłonne czuć się słabszymi w radzeniu sobie z życiowymi wyzwaniami (Aba) oraz bardziej skłonne do podporządkowania się innym i unikania konfliktów (Def).

Tabela 4. Średnie wyniki w skalach potrzeb testu ACL istotnie różnicujące zdrowe kobiety (N=40) od zdrowych mężczyzn (N=32)

Skale potrzeb ACL	Kobiety		Mężczyźni		t	p
	M	SD	M	SD		
Potrzeba wytrwałości - End	54,60	7,58	50,22	10,40	-2,07	0,043
Potrzeba poniżania się - Aba	50,93	7,69	46,97	7,66	-2,17	0,033
Potrzeba podporządkowania - Def	51,28	7,82	46,94	6,33	-2,54	0,013

Analiza porównawcza struktury potrzeb osób chorych na cukrzycę typu I ze względu na zróżnicowanie stanu zdrowia

Analizy porównawcze średnich wyników pomiędzy różnymi grupami chorych na cukrzycę typu I, wyodrębnionymi ze względu na stan ich zdrowia, zostały przeprowadzone w oparciu o test statystyczny t-Studenta dla prób niezależnych oraz o analizę wariancji. Analizy dotyczące związku między czasem chorowania (wyrażonym w latach) oraz poziomem hemoglobiny glikowanej HbA1c a nasileniem poszczególnych potrzeb zostały przeprowadzone za pomocą testów *r*-Pearsona i R-Spearmana. Test *r*-Pearsona zastosowano, gdy zależność między zmiennymi miała charakter liniowy i badana próba była co najmniej 30-osobowa. Przy niespełnieniu któregoś z tych warunków posłużono się testem R-Spearmana (Orłowski, 2001).

Analiza skal potrzeb Testu Przymiotników ACL u chorych na cukrzycę typu I ze względu na ich stan zdrowia zostanie przedstawiona w następującej kolejności:

- porównanie struktury potrzeb osób ze świeżo rozpoznaną cukrzycą ze strukturą potrzeb osób dłużej chorujących
- analiza związku czasu chorowania z nasileniem poszczególnych potrzeb
- porównanie struktury potrzeb osób, u których występują związane z chorobą powikłania zdrowotne ze strukturą potrzeb osób bez powikłań
- porównanie struktury potrzeb osób, u których współwystępują inne choroby ze strukturą potrzeb osób bez innych chorób
- analiza związku poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c z nasileniem poszczególnych potrzeb

Czas chorowania a potrzeby

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą osób ze świeżo rozpoznaną cukrzycą a grupą osób dłużej chorujących w zakresie prawie wszystkich z badanych przez test ACL potrzeb. Istotna statystycznie różnica ujawniła się tylko odnośnie potrzeby zmiany (Cha; $t=2,41$; $p=0,019$). Osoby ze świeżo rozpoznaną cukrzycą ($M=38,83$; $SD=4,69$) mają większą niż osoby dłużej chorujące ($M=44,38$; $SD=7,69$) skłonność do poszukiwania stabilności oraz unikania sytuacji nieokreślonych i ryzykownych. Tendencja ta jest bardziej zaznaczona w grupie kobiet niż mężczyzn.

Analiza statystyczna (metodą korelacyjną) nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy czasem chorowania a nasileniem poszczególnych potrzeb, zarówno w całej grupie chorych, jak i przy oddzielnej analizie grupy kobiet i mężczyzn. Badane osoby z cukrzycą typu I przejawiają podobne nasilenie potrzeb, niezależnie od czasu trwania choroby.

Powikłania związane z chorowaniem a potrzeby

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami, u których występują powikłania w przebiegu choroby, a tymi bez powikłań w zakresie większości z badanych potrzeb. Istotne statystycznie różnice między tymi grupami występują w odniesieniu do potrzeby dominacji (Dom, $F=3,92$; $p=0,012$) oraz kontaktów z osobami płci przeciwnej (Het, $F=5,12$; $p=0,003$). Wnioski z analizy szczegółowej testem *RIR* Tukey'a wyników uzyskanych przez badaną grupę w skali Dom i Het są następujące:

- kobiety z powikłaniami nie różnią się w sposób istotny statystycznie od kobiet bez powikłań w zakresie obu potrzeb,
- kobiety z powikłaniami nie różnią się w sposób istotny statystycznie od mężczyzn z powikłaniami w zakresie potrzeby Dom,
- kobiety z powikłaniami różnią się istotnie statystycznie od mężczyzn z powikłaniami: mają mniejszą potrzebę kontaktów z osobami płci przeciwnej (Het) i czerpią mniejszą emocjonalną satysfakcję z takich relacji,
- kobiety bez powikłań nie różnią się w sposób istotny statystycznie od mężczyzn bez powikłań,
- mężczyźni z powikłaniami różnią się w sposób istotny statystycznie od mężczyzn bez powikłań: mają mniejszą potrzebę dominacji (Dom).

Choroby współwystępujące a potrzeby

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami, u których współwystępują inne choroby a tymi bez chorób współwystępujących w zakresie większości z badanych potrzeb. Istotne statystycznie różnice między tymi grupami występują ($F=4,90$; $p=0,004$) jedynie w odniesieniu do potrzeby kontaktów z osobami płci przeciwnej (Het). Wnioski z analizy szczegółowej testem *RIR* Tukey'a wyników uzyskanych przez badaną grupę osób w skali Het są następujące:

- kobiety z chorobami współwystępującymi nie różnią się w sposób istotny statystycznie od kobiet tylko z cukrzycą oraz od mężczyzn z chorobami współwystępującymi,
- mężczyźni z chorobami współwystępującymi nie różnią się w sposób istotny statystycznie od mężczyzn tylko z cukrzycą,
- kobiety bez chorób współwystępujących istotnie statystycznie różnią się od mężczyzn bez chorób współwystępujących: mają mniejszą potrzebę kontaktów z osobami płci przeciwnej i czerpią mniejszą emocjonalną satysfakcję z takich relacji.

Poziom hemoglobiny glikowanej HbA1c a potrzeby

Do analizy wyników grupy chorych w zakresie poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c włączono dane pochodzące od 39 osób, którym znane były wartości tego współczynnika.

Analiza statystyczna nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem hemoglobiny glikowanej HbA1c a nasileniem poszczególnych potrzeb, zarówno w całej grupie chorych, jak i przy oddzielnej analizie grupy kobiet i mężczyzn. Dla potrzeby przeprowadzenia analizy wariancji współczynniki HbA1c badanych osób zostały zakodowane, zgodnie z teorią, w następujący sposób (tabela 5):

Tabela 5. Kodowanie stanu klinicznego w zależności od poziomu stężenia HbA1c

Poziom HbA1c	Kod	Opis
do 7,0	1	wyrównany stan glikemii
7,0 – 8,0	2	stan graniczny
8,0 – 10,0	3	wynik podwyższony
pow. 10,0	4	wynik wysoki

Ze względu na małą liczbę osób, które otrzymały kod 1 (2 osoby) i 2 (6 osób), w analizie osoby te zostały potraktowane łącznie, jako jedna grupa.

Analiza wariancji wykazała, że poziom HbA1c nie różnicuje istotnie statystycznie grupy chorych w zakresie nasilenia poszczególnych potrzeb. Osoby chorujące na cukrzycę I typu przejawiają podobne nasilenie potrzeb, niezależnie od stopnia wyrównania glikemii.

Dyskusja wyników

Jednym z celów podjętych badań było ustalenie, czy u osób cierpiących na cukrzycę typu I istnieje specyficzna struktura potrzeb, odróżniająca tę grupę chorych od osób zdrowych.

Z przytoczonej w początkowej części artykułu teorii wiadomo, że w wieloprzyczynowej genezie chorób psychosomatycznych, do których zalicza się cukrzycę typu I, zauważa się znaczącą rolę czynników psychicznych. Określone cechy osobowości, wpływające między innymi na potrzebę i jakość relacji z innymi ludźmi, stosunek do życiowych zadań i obowiązków, sposób przeżywania tego, co przynosi życie oraz na metody stosowane w radzeniu sobie ze stresem, mogą być czynnikami ryzyka zachorowania.

Cechą najbardziej charakterystyczną dla osób chorych na cukrzycę (zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn) okazało się poczucie nieporadności w radzeniu sobie z życiowymi wyzwaniami. Chorzy mają tendencję do postrzegania innych jako silniejszych i skuteczniejszych od siebie i w związku z tym zabiegają o ich sympatię i wsparcie. Są skłonni do podporządkowania się innym i unikania konfliktów. Chorzy na cukrzycę przejawiają więc potrzeby podobne do tych, które są charakterystyczne dla chorych somatycznie ze wzorem zachowania C, między innymi dla chorych onkologicznie (tendencja do unikania konfliktów, skłonność do podporządkowania się innym i uległości, poczucie gorszego przystosowania). Są oni również w pewnym stopniu podobni do chorych na inne choroby wynikające z autoimmunopatii: w zakresie poczucia nieradzenia sobie, skłonności do unikania konfliktów, podporządkowania się i mniejszej pewności siebie. Taki zestaw cech uruchamia jedną z dróg fizjologicznej odpowiedzi, przez którą osobowość ułatwia zachorowanie – oś podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy, tzw. oś „ochraniaj się – wycofaj się” (Contrada, 1997).

W aspekcie stosunku do zadań i obowiązków chorzy na cukrzycę I typu w porównaniu z osobami zdrowymi jawią się jako mniej pracowici i sumienni, mniej nastawieni na osiąganie sukcesów, słabiej dominujący i zdecydowani w działaniu, z mniejszym poczuciem obowiązku i słabiej zorganizowani. Dotyczy to w szczególności grupy kobiet. Przejawiają zatem potrzeby zupełnie odmienne od charakterystycznych dla zespołu psychosomatycznego (na który składają się m.in. silna potrzeba osiągnięć, dominacji,

wytrwałości i porządku), sprzyjającego zachorowaniu na, między innymi, chorobę wrzodową oraz na chorobę niedokrwienną serca (badania Łazowskiego i Płużek, 1982).

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że w zakresie relacji z innymi ludźmi osoby chore na cukrzycę, w związku ze zmniejszonym zaufaniem do siebie, raczej nie są zainteresowane skupianiem na sobie uwagi innych. W porównaniu z osobami zdrowymi w relacjach interpersonalnych są mniej stanowcze i uparte. Poszukują w nich bezpieczeństwa (tendencja bardziej zaznaczona u kobiet) i chętniej poddają się porodom ludzi, do których mają zaufanie (tendencja bardziej widoczna u mężczyzn). Ponadto, kobiety chore, częściej niż zdrowe, rezygnują z wchodzenia w bliższe relacje z innymi ludźmi, także z płcią przeciwną.

Wyniki przeprowadzonych badań korespondują ze spostrzeżeniami innych badaczy, zajmujących się osobowością chorych na cukrzycę I typu. F. Alexander (1945) zwracał uwagę na zwiększoną potrzebę opieki ze strony innych u tych chorych, a F. Dunbar (1935, za: Łazowski, 1985) wskazywała, między innymi, na ich mniejszą dojrzałość emocjonalną i gorsze przystosowanie seksualne. Badania B. Ruszczyńskiej (1991) natomiast wykazały występowanie u chorych na cukrzycę typu I konfliktu, związanego z przejawianiem przez nich sprzecznych dążeń: potrzebują oni kontaktów społecznych, ale jednocześnie, być może z powodu obawy przed odrzuceniem, mają tendencję do wycofywania się z nich. W badaniach tych ujawnił się także wzmożony samokrytycyzm tej grupy chorych oraz obraz osobowości słabo przystosowującej się do życiowych problemów, reagującej na nie zamykaniem się w sobie, unikaniem lub ucieczką.

Specyfika struktury potrzeb, odróżniająca grupę osób chorych na cukrzycę typu I od osób zdrowych, może być z dużą ostrożnością traktowana jako czynnik ryzyka, ułatwiający zachorowanie. Sposób przeżywania siebie i świata oparty na: małej pewności siebie, przeżywaniu poczucia bezradności w zetknięciu się z życiowymi wyzwaniami, wycofywaniu się z działania i relacji z innymi ludźmi, uległości i skłonności do podporządkowywania się nie zapewnia korzystnej adaptacji, i, co się z tym wiąże, nie sprzyja także zachowaniu zdrowia. Zwracali na to uwagę niektórzy teoretycy, poruszający problematykę ludzkich potrzeb. A. Adler (1986), K. Horney (1942, za: Hall i wsp., 2003) i E. Fromm (1955, za: Oleś, 2003) starali się ukazać, jak ważne dla prawidłowego funkcjonowania są kontakty z innymi. C. Rogers (za: Pervin, John, 2002) natomiast podkreślał znaczenie samoakceptacji jako koniecznego warunku zachowania zdrowia. Inni z kolei przekonywali, że poczucie utraty kontroli nad życiowymi zdarzeniami może prowadzić do rozwoju choroby (Tanger, Rodin, 1976, za: Hock, 2003).

Kolejnym celem tej pracy było ustalenie, czy u osób chorujących na cukrzycę typu I istnieje specyficzna struktura potrzeb w zależności od stanu zdrowia, który, jak wiadomo, może w znaczący sposób wpływać na ich samopoczucie psychiczne i osobowość. Pojawienie się w życiu człowieka przewlekłej choroby somatycznej może, chociażby poprzez konieczność przystosowania się do pewnych ograniczeń związanych z chorobą, zmienić jego potrzeby.

Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają stwierdzić, że w zakresie większości potrzeb wśród chorych występuje dość duże podobieństwo, bez względu na stan ich zdrowia i czas trwania choroby. Stopień wyrównania glikemii nie okazał się czynnikiem różnicującym badanych w zakresie potrzeb. Jednakże, okazało się, że osoby ze świeżo rozpoznaną cukrzycą mają większą niż osoby dłużej chorujące potrzebę stabilności i raczej starają się unikać sytuacji nieokreślonych i ryzykownych. Osoby dłużej chorujące, być może w wyniku pogodzenia się z chorobą i adaptacji do jej ograniczeń, stają się bardziej otwarte na zmiany, chętniej poszukują nowych doświadczeń i częściej unikają rutyny. Tendencja taka jest wyraźniejsza u kobiet.

Ponadto, wyniki przeprowadzonych w ramach tej pracy badań wykazały, że różnice w strukturze potrzeb między kobietami a mężczyznami w grupie osób chorych na cukrzycę typu I są inne niż różnice międzypłciowe w grupie osób zdrowych. Wygląda na to, że choroba znosi różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie: 1) sumiennosci i wytrwałości w podejmowanych przez siebie zadaniach, 2) poczucia bezradności w radzeniu sobie z życiowymi wyzwaniami oraz 3) skłonności do podporządkowania się innym, uległości i unikania konfliktów (we wszystkich 3 aspektach wyższe wyniki uzyskano u zdrowych kobiet).

Pod wpływem choroby zaznaczają się natomiast różnice międzypłciowe, nie występujące między osobami zdrowymi: chore kobiety w porównaniu z chorymi mężczyznami są mniej towarzyskie oraz czerpią mniej emocjonalnej satysfakcji z kontaktów z innymi ludźmi, również z płcią przeciwną. Tendencja ta jest najsilniejsza w grupie osób, u których choroba przebiega z powikłaniami. Kobiety, wraz z pogarszaniem się ich stanu zdrowia, coraz bardziej wycofują się z relacji społecznych. Z kolei mężczyźni stają się mniej zdecydowani w działaniu i starają się unikać sytuacji wymagających współzawodnictwa.

Struktura potrzeb w tej grupie chorych wyraźnie różnicuje się ze względu na płeć. Takie międzypłciowe zróżnicowanie obserwowano już wcześniej. Dwupostaciowość psychologiczna wyraźnie się ujawniła (Basińska, 2006) w badaniu chorych na reumatoidalne zapalenie stawów.

Wnioski

1. Osoby z cukrzycą typu I w zakresie potrzeb są najbardziej podobne do osób zdrowych w: angażowaniu się w próby zrozumienia zachowania własnego i innych ludzi; przejawianiu zachowań dostarczających innym korzyści – materialnych lub emocjonalnych; angażowaniu się w zachowania atakujące lub raniące innych oraz w dążeniu do poszukiwania nowych doświadczeń i unikaniu rutyny.
2. Osoby chore na cukrzycę typu I różnią się od osób zdrowych w zakresie następujących potrzeb na poziomie istotnym statystycznie:
 - a. W stosunku do zadań i obowiązków osoby chore wykazują mniejsze, w porównaniu z osobami zdrowymi, nastawienie na osiąganie sukcesów. Są mniej dominujące i mniej zdecydowane w podejmowanym przez siebie działaniu. Charakteryzuje je mniejsza sumienność oraz słabsze zorganizowanie. Różnice te są wyraźniejsze w grupie kobiet.
 - b. W relacjach z innymi ludźmi chorzy, w porównaniu ze zdrowymi, czują się mniej zdolni w radzeniu sobie z życiowymi wyzwaniami. Uważają innych za silniejszych i skuteczniejszych od siebie, w związku z czym zabiegają o ich sympatię, poparcie i wsparcie. Są, bardziej niż zdrowi, skłonni do podporządkowania się, uległości i unikania konfliktów. Różnice te są wyraźne zarówno w odniesieniu do grupy kobiet, jak i mężczyzn.
 - c. Osoby chore mają mniejsze niż osoby zdrowe zaufanie do siebie i raczej nie są zainteresowane skupianiem na sobie uwagi innych. Są mniej stanowcze i uparte w relacjach interpersonalnych, poszukując w nich raczej bezpieczeństwa niż rywalizacji (bardziej kobiety) oraz chętniej niż zdrowi poddają się porodom ludzi, do których mają zaufanie (bardziej mężczyźni). Kobiety chore, częściej niż zdrowe, rezygnują z wchodzenia w bliższe relacje z innymi ludźmi, także z płcią przeciwną.
3. Różnice w strukturze potrzeb między kobietami a mężczyznami w grupie osób chorych na cukrzycę typu I są inne niż różnice międzypłciowe w grupie osób zdrowych.
4. Struktura potrzeb osób chorych na cukrzycę typu I różnicuje się ze względu na płeć: chore kobiety, w porównaniu z chorymi mężczyznami, mają mniejszą potrzebę utrzymywania licznych osobistych przyjaźni oraz czerpią mniej emocjonalnej satysfakcji ze społecznych interakcji, także z płcią przeciwną. Tendencja ta jest

- szczególnie widoczna w grupie osób, u których choroba przebiega z powikłaniami lub współwystępują inne choroby.
5. Struktura potrzeb osób chorych na cukrzycę typu I różnicuje się ze względu na stan zdrowia: osoby ze świeżo rozpoznaną cukrzycą bardziej niż osoby dłużej chorujące poszukują stabilności oraz starają się unikać sytuacji nieokreślonych i ryzykownych. Osoby dłużej chorujące, być może w wyniku pogodzenia się z chorobą i przyzwyczajenia do jej ograniczeń, stają się bardziej otwarte na zmiany, poszukujące nowych doświadczeń i unikające rutyny (bardziej kobiety). Mężczyźni, którzy doświadczają powikłań związanych z chorowaniem, stają się mniej zdecydowani w działaniu i starają się unikać sytuacji wymagających współzawodnictwa.
 6. Struktura potrzeb osób chorych na cukrzycę typu I nie różnicuje się ze względu na stopień wyrównania glikemii.

Bibliografia

- Adler, A. (1986). *Sens życia*. Warszawa: PWN.
- Alexander, F., Meyer, A., Bollimeier, L.N. (1945). Correlation between Emotions and Carbohydrate Metabolism in Two Cases of Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 7, 335–341.
- Axford, J. (red.) (1999). *Choroby wewnętrzne, tom 3*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Basińska, M.A. (2006). *Reumatoidalne zapalenie stawów. Obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M.A., Zalewska – Rydzkowska, D., Junik, R. i Skibicka, M. (2007). Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych z cukrzycą typu 1 – związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. *Diabetologia Praktyczna*, 8, 419–424.
- Contrada, R.J., Leventhal, H., O’Leary, A. (1997). Personality and Health. W: L.A., Pervin (red.), *Handbook and Personality, Theory and Research* (s. 638–669). New York: The Guilford Press
- Czubalski, K. (1995). Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. *Sztuka Leczenia*, 3, 53–59.
- Everly, G.S., Rosenfeld, R. (1992). *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: PWN.

- Giejbatow, D. (2000). Psychoneuroimmunologia. Nowe podejście do starego zagadnienia. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 5–24.
- Gracka, M. (1993). Problem somatyzacji stanów psychicznych – perspektywa psychologiczna. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 67–76.
- Gough, H.G., Heilbrun, A.B. (1983). *The Adjective Check List*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Hall, C.S., Lindzey, G., Campbell, J.B. (2003). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.
- Hock, R.R. (2003). *40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii*. Gdańsk: GWP.
- Juros, A., Oleś, P. (1993). Struktura czynnikowa i skupieniowa testu przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruna. W: J., Brzeziński, E., Hornowska (red.), *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej* (s. 171–201). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Korzeniewski, L., Pużyński, S. (red.) (1986). *Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- Krętowski, A. (2003). Współczesne poglądy na etiopatogenezę cukrzycy typu 1. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*, 5, 395–406.
- Krętowski, A., Młynarski, W. (2006). Etiopatogeneza cukrzycy typu 1. W: E. Otto-Buczowska, (red.), *Cukrzyca typu I* (s. 62–71). Wrocław: Cornetis.
- Lehman, C.D., Rodin, J., McEwen, B., Brinton, R. (1991). Impact of environmental stress on the expression of insulin-dependent diabetes mellitus. *Behavioral Neuroscience*, 105(2), 241–245.
- Łazowski, J. (red.), (1982). *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętnicznym i chorobie wieńcowej*. Warszawa: PZWL.
- Łazowski, J. (red.), (1985). *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. Warszawa: PZWL.
- Maier, S.F., Watkins, L.R., Fleshner, M. (1997). Psychoneuroimmunologia. O współzależnościach pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5–35.
- Mausch, K. (1995). Psychika, system immunologiczny a problemy zdrowia i choroby. *Psychiatria Polska*, 4, 435–441.
- Mausch, K. (2000). Stan psychiczny a funkcjonowanie układu immunologicznego w badaniach empirycznych. *Sztuka Leczenia*, 3, 41–44.

- Mausch, K. (2003). *Wprowadzenie do psychoneuroimmunologii*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Myers, A.L. (1995). *Choroby wewnętrzne*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Oleś, P.K. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Scholar.
- Orłowski, K. (2001). *Zastosowania pakietu Statistica w analizie wyników badań społecznych*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Pervin, L.A., John, O.P. (2002) *Osobowość – teoria i badania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pilecka, B. (1994). Test przymiotnikowy ACL-37 jako technika badania osobowości. W: Z. Gaś (red.), *Kierunki działań profilaktycznych '1993'*. Lublin: Pracownia wydawnicza fundacji „Masz szansę”.
- Reykowski, J. (1992). *Procesy emocjonalne, motywacja, osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ruszczyńska, B., Semetkowska – Jurkiewicz, E., Burka, M., Krupa – Wojciechowska, B. (1991). Ocena stanu psychicznego chorych na cukrzycę typu I z uwzględnieniem czasu trwania choroby. *Psychiatria Polska*, 5, 23–31.
- Scheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Siek, S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej.
- Solomon, G. (1990). Emocje, odporność i choroba. *Nowiny Psychologiczne*, 1–2, 117–125.
- Surwit, R.S., Schneider, M.S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 4, 380–393.
- Tatoń, J., Czech, A. (red.), (2001). *Diabetologia, t. 2*. Warszawa: PZWL.
- Trojan, K. (1999). *Potrzeby psychiczne i wartości oraz ich implikacje religijne*. Kraków: WAM.
- Wolnik, B. (2005). *Przewlekłe powikłania cukrzycy*. <http://www.cukrzyca.akciasos.pl>
Uzyskano dn. 12.02.2005.
- Wrześniewski, K. (1989). Udział zmiennych psychologicznych w powstawaniu chorób somatycznych – propozycja modelu integracyjnego. *Polski Tygodnik Lekarski*, 20, 443–445.

- Wrześniewski, K. (1998). Medycyna psychosomatyczna, medycyna behawioralna, psychologia medyczna, psychologia zdrowia – czy psychologia chorego somatycznie. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 25–37.
- Zdzenicka, A.M. (1991). Psychologiczne problemy pacjentów chorych na cukrzycę. *Zdrowie Psychiczne*, 1–4, 173–181.

Streszczenie

Cukrzyca I typu zaliczana jest do grupy chorób autoimmunologicznych, a doniesienia z badań psychoneuroimmunologicznych dostarczają licznych danych odnośnie możliwości zmiany funkcjonowania układu immunologicznego poprzez pewne specyficzne zachowania i procesy psychiczne. Badacze wyjaśniają, że czynniki psychiczne, poprzez wywoływanie zmian w aktywności układu nerwowego, mogą zmieniać procesy odpornościowe organizmu.

Wyniki badań prowadzonych w nurcie psychosomatycznym wskazują, że cukrzyca jest jedną z chorób, do których powstania w pewnym stopniu przyczyniają się czynniki natury psychologicznej. Istotnym zagadnieniem badawczym w tym podejściu jest poszukiwanie szczególnych cech osobowości, postaw lub konfliktów, które, przy współwystępowaniu innych czynników ryzyka, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia choroby.

Cel, jaki postawiono, to przedstawienie struktury potrzeb osób cierpiących na cukrzycę I typu. Postanowiono sprawdzić, czy osoby chorujące na cukrzycę różnią się w zakresie przejawianych potrzeb od osób zdrowych, a także, czy różnią się w tym zakresie między sobą, w zależności od stanu zdrowia.

Przebadano 72 osoby z rozpoznąą cukrzycą I typu (w tym 40 kobiet i 32 mężczyzn) oraz taką samą liczbę osób zdrowych. Do określenia struktury potrzeb posłużono się Testem Przymiotników ACL.

Wyniki pozwalają na stwierdzenie, że struktura potrzeb osób chorych na cukrzycę typu I różni się od struktury potrzeb osób zdrowych. Występuje w grupie chorych na cukrzycę I typu zróżnicowanie struktury potrzeb ze względu na płeć. Zaobserwowane różnice pomiędzy chorymi kobietami a chorymi mężczyznami dotyczą głównie potrzeb związanych z relacjami interpersonalnymi. Biorąc pod uwagę stan zdrowia chorych, przeprowadzone badania wykazały istnienie wśród chorych na cukrzycę dużego podobieństwa w zakresie większości potrzeb, bez względu na czas chorowania i stan zdrowia.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu I, potrzeby, Test Przymiotnikowy

Specificity structure of needs among patients with type I diabetes mellitus

Abstract

Type I diabetes mellitus counts among the autoimmune diseases. Reports from psychoneuroimmunological researches provide numerous data regarding possibility of change the immune system functioning through some specific behaviours and psychical processes. Researchers explain, that the psychological factors, through cause some changes in activity of central nervous system, could change some immunal processes.

Results of researches conducted in psychosomatic conception indicate, that type I diabetes mellitus is one of the diseases, in which psychological factors can be a risk factors. Significant scientific issue in this conception is searching for the specific personality characteristics, attitudes or psychological conflicts, which, with another risk factors coincidence, could increase probability of manifesting disease symptoms.

The aim of this study was presentation the structure of needs among people with type I diabetes mellitus. Research problems were: (1) Is the structure of needs among patients with type I diabetes mellitus different from the structure of needs among healthy people, and (2) Is the structure of needs among patients with type I diabetes mellitus different in regard to the state of their health.

The study included 72 participants (40 women and 32 men) being diagnosed with type I diabetes mellitus and 72 healthy participants. To define the structure of needs used The Adjective Check List.

The structure of needs among patients with type I diabetes mellitus is different from the structure of needs among healthy people. There is also differentiation in structure of needs in regard to gender. The noticed differences between diabetic women and diabetic men regard mainly these needs, which are connected with interpersonal relations. Taking into account the state of health at diabetic patients, these researches revealed considerable similarity in the majority of needs, regardless of diabetes mellitus suffering time and the state of health.

Key words: type I diabetes mellitus, needs, The Adjective Check List