

WZÓR ZACHOWANIA A OSÓB Z CHOROBAŃ GRAVESA-BASEDOWA JAKO PREDYKTOR AKCEPTACJI CHOROBY

Małgorzata A. Basińska

Instytut Psychologii UKW

Bydgoszcz

TYPE A BEHAVIOR IN INDIVIDUALS WITH GRAVES-BASEDOW DISEASE AS A PREDICTOR OF ACCEPTANCE OF THE ILLNESS

Summary. Type A behavior pattern as a life style (characterized with commitment, realization of the largest number of aims in the shortest time, expressing inclination to compete, strong endeavor to obtain regards and promotion, aggressiveness, impatience, speed, a feel of time pressure, and excessive responsibility) is known to be a risk parameter of somatic illnesses. Main the aim of researches was to qualify a relation between Type A behavior pattern and acceptance of illness in a group of individuals with Graves-Basedow disease. The sample included 70 patients with Graves-Basedow disease and 70 healthy persons. In each group there were 14 men and 56 women. Patients filled in three methods: Framingham Type A Behavior Pattern Measure, Acceptance of Illness Scale and a personal survey. Results do not show any differences between healthy and diseased people in an intensity level of a typical behaviors for Types A behavior pattern. A clinical state of diseased people does not differentiate the level of a typical behaviors for Types A. Type A is connected to functioning in the state of illness which represent the acceptance of illness – the higher a person scores in Type A scale, the more difficulties he or she has in accepting the illness. This relationship applies mainly to the tendency to compete. It appears, that type A behavior pattern does not play the part of a risk predictor in the investigated group, but it is a predictor of functioning in illness representing the acceptance of illness.

Wprowadzenie

Friedman i Rosenman w latach pięćdziesiątych, po licznych badaniach, sformułowali pojęcie wzoru zachowania A (WZA), traktowanego jako niezależny czynnik ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Zdefiniowali oni WZA jako styl życia charakteryzujący się zaangażowaniem jednostki w realizację jak największej ilości celów w jak najkrótszym czasie, wyrażający skłonność do rywalizacji, silne dążenie do zdobycia uznania

Adres do korespondencji: Małgorzata Basińska, e-mail, malbas@interia.pl

i awansu, agresywność, niecierpliwość, pośpiech, poczucie presji czasu i nadmierną odpowiedzialność (Friedman, Rosenman, 1959, za: Eliasz, Wrześniewski, 1988).

Związek WZA z chorobami układu krążenia jest przez wielu autorów uznawany za najmocniejsze potwierdzenie bezpośredniej zależności między specyficznym wzorcem emocjonalnym a konkretnym zachowaniem (Sheridan, Radmacher, 1998). Wykazano, że WZA jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo pojawienia się chorób sercowo-naczyniowych. Wyniki wielu badań, w tym badań podłużnych, wskazują, że osoby o wzorze zachowania A częściej na nie chorują niż osoby o wzorze B (Wrześniewski, 1993; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Chiou i in., 2009). Badania w ramach programu *Framingham Heart Study* obejmujące zarówno mężczyzn, jak i kobiety także wskazały na WZA jako niezależny predyktor niedokrwiennej choroby serca (Haynes i in., 1978, za: Juczyński, 2001). Jest on także czynnikiem mającym istotny związek z przebiegiem choroby i występowaniem jej nawrotów (Bętkowska-Korpała, 2004).

Wykazano nie tylko bezpośredni związek pomiędzy WZA lub zachowań dla niego charakterystycznych z wyższym współczynnikiem zachorowań na niedokrwienne choroby serca, ale także jego związek z chorobami układu pokarmowego (Wrześniewski, 1993) i innymi chorobami, jak na przykład reumatoidalnym zapaleniem stawów u mężczyzn (Basińska, 2006).

W literaturze prezentowane są także wyniki badań, które nie potwierdziły istnienia związku pomiędzy WZA a zachorowaniem na chorobę niedokrwinną serca (za: Wrześniewski, 1993; Bętkowska-Korpała, 2004; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Udowodniono, przynajmniej częściowo, znaczenie WZA jako czynnika ryzyka w wielu chorobach. Warto więc postawić pytanie: jaki jest związek WZA z funkcjonowaniem w chorobie, między innymi wyrażonym w jej akceptacji, w grupie z chorobą Gravesa-Basedowa?

Wzór zachowania A

W pierwszej połowie XX wieku przedstawiciele kierunku psychosomatycznego opisywali chorych na serce jako osoby ze wzmożoną agresywnością. Dunbar (1943, za: Tylka, 2000) scharakteryzowała pacjentów z chorobą wieńcową jako osoby kompulsywne, nadmiernie zaangażowane w pracę, wykazujące skłonność do dominacji. Zauważano u nich tendencję do wrogiej rywalizacji, niepokoju oraz obawy przed odwetem, rewanżem i porażką. Przypisywano im również skłonność do intensywnego przeżywania napięć emocjonalnych, silną potrzebę niezależności i wzmożoną podejrzliwość, a także negatywny obraz własnej osoby, niecierpliwość, zmniejszoną samokontrolę i zachwiane poczucie bezpieczeństwa (za: Eliasz, Wrześniewski, 1988; Wrześniewski, 1993).

Wielu badaczy podkreśla, że osoby z WZA wyróżnia charakterystyczny sposób radzenia sobie, polegający na kontrolowaniu zdarzeń potencjalnie niepodlegających kontroli (za: Juczyński, 1989).

Według Jenkinsa i współpracowników WZA jest zespołem otwartego zachowania lub stylem życia charakteryzującym się tendencją do rywalizacji, pośpiechem, walką o osiągnięcia, agresywnością (czasami silnie tłumioną), niecierpliwością, pobudliwością

cią, nadmierną czujnością, wybuchowym sposobem mówienia, napięciem mięśni twarzy, poczuciem presji czasu i nadmiernej odpowiedzialności (za: Elias, Wrześniewski, 1988).

Wobec mnogości definicji, bardzo ważne jest określenie najbardziej istotnych elementów składowych i mechanizmów działania charakterystycznych dla tego typu zachowania. Wymienianymi przez większość autorów, jako najbardziej istotne, są tendencja do rywalizacji i pośpiech. Towarzyszą im z różną częstotliwością i nasileniem negatywne emocje, głównie wrogość, które w istotny sposób mogą być czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia wielu chorób i gorszego funkcjonowania w ich przebiegu (Tylka, 1999).

Geneza WZA. Badania wskazują, że WZA nie jest dziedziczny, lecz pewne jego elementy mają podłoże genetyczne. Kształtowany jest głównie przez warunki środowiskowe. Jednakże efekty tego oddziaływania wiążą się z podłożem temperamentalnym. Wiadomo, że wzór zachowań kształtuje się już w okresie dzieciństwa i wykazuje dość dużą stabilność. Oznacza to, że istnieje duże prawdopodobieństwo, iż dziecko o wzorze zachowania A będzie reprezentować ten typ zachowania również jako osoba dorosła (Ogińska-Bulik, 1999).

Modyfikacja WZA jest trudna, gdyż funkcjonowanie zgodnie z tym typem zachowań przynosi człowiekowi wiele korzyści. Życie pod presją czasu, rywalizacja i ambicja umożliwiają odnoszenie sukcesów zawodowych w naszej cywilizacji. Ten typ zachowania, preferowany w kulturze zachodniej, daje także pewien rodzaj poczucia bezpieczeństwa. Jest elementem ekonomicznego, zawodowego i społecznego sukcesu. Funkcjonowanie zgodne z WZA sprzyja większemu poczuciu szczęścia, zadowolenia i ufności w siebie (Czapiński, 2005). Wszystko wskazuje na to, że ten zwiększający ryzyko chorób serca wzór zachowania, jest nie tylko zagrożeniem, ale i źródłem pozytywnych doświadczeń życiowych (Ogińska-Bulik, 1999). Wydaje się jednak, że mimo cech stałości WZA podlega pewnym modyfikacjom. Trudne wydarzenia życiowe jak przewlekła choroba, często wymagająca skomplikowanego leczenia wymusza pewne zmiany w stylu życia (Bętkowska-Korpała, 2004).

Fizjologiczne i hormonalne uwarunkowania WZA. Podstawową rolę w wyzwalaniu reakcji biologicznych, w odpowiedzi na bodźce psychiczne i środowiskowe pełnią aktywne hormony, jakimi są katecholaminy (adrenalina i noradrenalina). Wielokrotnie udowodniono indywidualny wzrost uwalnianych katecholamin u osób z WZA w porównaniu z osobami funkcjonującymi zgodnie ze wzorem zachowania typu B. Wzmóženemu wydzielaniu katecholamin towarzyszy także agresywność, tendencja do współzawodnictwa, gniewu i pośpiechu, czyli zachowania, które są właściwe dla WZA. U ludzi z tym typem zachowań stwierdzono także podwyższony poziom kortyzolu i testosteronu. Oprócz powyższych, Friedman i Rosenman wykazali statystycznie istotnie wyższy poziom cholesterolu i trójglicerydów w surowicy krwi osób z WZA (za: Jerzemowski, 1996).

Jeśli taka podwyższona mobilizacja, charakterystyczna dla osób z WZA, powtarza się często, lub trwa zbyt długo, może dojść do wyczerpania i pogorszenia się biologicznego funkcjonowania organizmu, a w efekcie do spadku odporności immunologicznej. Prowadzić to może do podwyższonej podatności na choroby, zwiększać ryzyko

powikłań, utrudniać leczenie i funkcjonowanie w chorobie oraz pogarszać rokowanie. Wzrastać może także prawdopodobieństwo uruchomienia błędnych reakcji odpornościowych odpowiedzialnych za choroby autoimmunologiczne (Solomon, 1990).

Pytanie, czy sposób reakcji hormonalnej leży pierwotnie, czy wtórnie u podstaw WZA oraz czy zasady działania łańcucha wiodącego od typu reakcji na stres poprzez zmiany hormonalne i immunologiczne prowadzą do większej podatności na choroby, trudniejszy proces ich leczenia, wzrost powikłań i gorsze funkcjonowanie w chorobie, to kwestie czekające nadal na rozwiązanie.

Badania pokazują, że WZA jest tylko wtedy szkodliwy dla zdrowia, kiedy istnieje w sprzeczności z temperamentalnymi charakterystykami zachowania danej osoby (tj. z jej typem układu nerwowego). I tak, osoby o wysokiej reaktywności, przyswajając WZA w wyniku nacisków otoczenia zewnętrznego (np. rodziców) działają wbrew własnym możliwościom i narażone są na przestymulowanie, co może doprowadzić do choroby somatycznej. Natomiast osoby o niskiej reaktywności i z dużą potrzebą stymulacji nie są z reguły zagrożone negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, bowiem ich wyposażenie biologiczne (czyli cechy temperamentalne) są zgodne z cechami WZA (Eliasz, Wrześniewski, 1988; Ogińska-Bulik, 2001). Ponadto w tym miejscu warto zaznaczyć, że zachowanie typu A może mieć pozytywne konsekwencje dla jednostki. Dzieci funkcjonujące zgodnie z tym wzorem zachowania poprzez swoją ambicję, pracowitość i żywiołowość często osiągają ponadprzeciętne wyniki w szkole i zajęciach pozaszkolnych, co może być źródłem satysfakcji i wielu pozytywnych doświadczeń. Potwierdzają to wyniki badań na nastolatkach w wieku 12-15 lat przeprowadzone przez Keltikangas-Järvinen i Räikkönen (1989). Analiza tychże wyników pozwoliła na podział WZA u dzieci na dwa typy:

1. **Typ ochronny WZA**, cechujący się wysokim poczuciem własnej wartości i skuteczności, wewnętrznym poczuciem kontroli, aktywnym radzeniem sobie ze stresem oraz dążeniem do przywództwa i odpowiedzialności. Typ ochronny zmniejsza ryzyko chorób i jest buforem dla negatywnych konsekwencji związanych z funkcjonowaniem osoby z WZA.
2. **Typ patogeny WZA**, cechujący się niskim poczuciem własnej wartości i niską skutecznością, zewnątrzsterownością, pasywnym stylem radzenia sobie ze stresem i niecierpliwością oraz wrogością; typ patogeny sprzyja zachorowaniu (Ogińska-Bulik, 2001).

Związki między WZA a chorobami somatycznymi

Związek WZA z chorobami układu krążenia jest przez wielu autorów uznawany za najmocniejsze potwierdzenie bezpośredniej zależności między specyficznym wzorcem emocjonalnym a konkretnym zachowaniem (Wrześniewski, 1993). Wzory zachowania utożsamiane z chroniczną wrogością inicjują hierarchię procesów fizjologicznych, począwszy od aktywacji systemu nerwowego i hormonalnego (Henry, 1992). Aktywacja ta podnosi reaktywność sercowo-naczyniową wraz z przyspieszeniem akcji serca i wzrostem ciśnienia krwi, co poprzez wiele procesów mechanicznych, komórkowych i molekularnych może doprowadzić do rozwoju choroby wieńcowej (Manuck, 1994). Skoki ciśnienia krwi powodują naprężenia styczne (*shear stress*), które uszkodzają

ścianki naczyń wieńcowych. Aktywują także proces pobudzający penetrację ścianek tętnic przez limfocyty oraz podnoszą stężenie lipidów we krwi i aktywność płytek krwi. Prowadzi to do odkładania się blaszek miażdżycowych w ścianach tętnic. Procesy miażdżycowe zmniejszają przekrój i elastyczność ścianek tętnic, ograniczając przepływ krwi i wywołując przewlekłe nadciśnienie tętnicze. Miażdżyca naczyń zwiększa podatność na zawał mięśnia sercowego i udar. Ostre epizody emocjonalne mogą uruchomić ostre epizody choroby wieńcowej u osób z zaburzeniami układu sercowo-naczyniowego (Sheridan, Radmacher, 1998).

U pacjentów z chorobą wrzodową, podobnie jak u chorych kardiologicznie, zaznacza się tendencja do zalegania emocji po wystąpieniu zdarzeń stresowych (Ogińska-Bulik, 1994). Badania prowadzone wśród pacjentów z chorobą wrzodową udowodniły występowanie cech charakterystycznych dla WZA. Czynniki korelującymi są: wysokie zaangażowanie w wykonywane zadania, odpowiedzialność, tendencje rywalizacyjne, obciążenie sprawami zawodowymi, tendencja do szybkiego mówienia, poruszania się, niecierpliwości i irytacji (Eliasz, Wrześniewski, 1988).

Również pacjenci z chorobami reumatycznymi (RZS), tylko mężczyźni, uzyskiwali wyniki porównywalne do pacjentów z chorobą wieńcową. Dotyczyły one cech charakterystycznych dla WZA: dynamizmu w zachowaniu, wysokiej odpowiedzialności i sumienności w pracy (Basińska, 2006).

W cukrzycy zapadalność i śmiertelność z powodu chorób krążenia jest 3-krotnie większa niż w ogólnej populacji (Sieradzki, 2006). Diabetolodzy wyróżniają specyficzne cechy osobowości, charakterystyczne dla pacjentów z cukrzycą, korelujące ze składowymi WZA, podnoszącymi jednocześnie ryzyko powstawania chorób układu krążenia. Czynniki wyróżniającymi **osobowość diabetyczną** są: agresywność, pobudliwość, dążenie do dominacji, tłumienie emocji oraz skłonność do depresji. Są to cechy charakterystyczne także dla WZA (Zdzieniecka, 1991).

Rola WZA, jako jednego z wielu czynników ryzyka wpływających na powstanie i przebieg chorób zakaźnych, nowotworowych i autoimmunizacyjnych, jest nadal przedmiotem badań. Fizjologowie, lekarze i psychologowie badający czynniki ryzyka wystąpienia chorób somatycznych coraz częściej podkreślają związek wielu schorzeń z typem osobowości chorego. Przykładem takiej choroby autoimmunizacyjnej jest choroba Gravesa-Basedowa, która ma złożoną i nie do końca wyjaśnioną etiopatogenezę. Częstsze występowanie rodzinne choroby oraz predyspozycja osób z antygenem HLA B8 sugerują udział czynników genetycznych w jej patogenezie. Rozwój choroby zwykle jest nagły, często poprzedzony wstrząsem psychicznym, fizycznym lub infekcją wirusową, które stanowią tzw. czynniki spustowe. W wyniku ich zaistnienia dochodzi do przełamania autotolerancji i powstaje duża liczba immunoglobulin TSI, które wypierają TSH z receptorów błonowych i pobudzają tarczycę do produkcji hormonów T_3 i T_4 , co daje obraz kliniczny choroby Gravesa-Basedowa. W tej chorobie mogą pojawić się także przeciwciała działające destrukcyjnie na tkanki oczodołu i skórę goleni, czego wynikiem jest wytrzeszcz oczu, zaburzenia widzenia i obrzęk przedgoleniowy (Gietka-Czernel, Jastrzębska, 2002).

Prowadzono już badania na temat, czy wysoki poziom WZA może cechować pacjentów z chorobą Gravesa-Basedowa, gdyż obserwowanymi cechami charaktery-

stycznymi dla tych chorych są: pobudliwość, drażliwość, agresja, niepokój motoryczny oraz skłonność do nadmiernie sumiennego i bezkompromisowego wypełniania swych zobowiązań. Pacjenci z nadczynnością tarczycy charakteryzują się silną motywacją osiągnięć oraz skłonnością do nadmiernej odpowiedzialności i podejmowania skrajnego wysiłku (Luban-Plozza i in., 1995).

Wyniki dotychczasowych badań empirycznych zwracają uwagę nie tylko na znaczenie czynników psychologicznych w uaktywnieniu procesu chorobowego, ale także na wpływ sposobu przeżywania choroby i czasu jej trwania na przebieg choroby. Współczesne badania pokazują, że w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa ($n = 50$) w nadczynności dominuje nastawienie hipochondryczno-histeryczne wraz z niepokojem, niewielką aktywnością i łagodnie nasilonymi objawami depresji (Warmuz-Stangierska i in., 2006).

Akceptacja choroby

Emocjonalnym wyznacznikiem sposobu funkcjonowania w chorobie i przystosowania się do niej jest stopień akceptacji choroby, która przejawia się w niewielkim nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem jej ograniczeń. Zaakceptować zaburzenie, na które się cierpi, to znaczy rozpoznać i zrozumieć ograniczenia oraz straty z niego wynikające (Keogh, Feehally, 1999). Pacjenci, którzy osiągnęli opisany wyżej stan, rzadziej doświadczają negatywnych emocji. Ich reakcje na chorobę są znacznie łagodniejsze niż u osób, które nie mogą się pogodzić ze złym stanem zdrowia. Akceptacja choroby skutkuje również lepszym ogólnym przystosowaniem do sytuacji oraz mniejszym poczuciem dyskomfortu psychicznego. Osoby pogodzone z własnym stanem zdrowia pomimo chronicznych dolegliwości nie oczekują mało prawdopodobnych zdarzeń. Myślą realistycznie. Czują się sprawne, samowystarczalne, niezależne i ważne (Juczyński, 2001).

Według najnowszych badań akceptacja choroby wpływa na lepszy ogólny stan zdrowia oraz jakość życia, aczkolwiek nie wszystkie wyniki są tak jednoznaczne. Na przykład w grupie pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C nie ujawniono związku między akceptacją choroby a satysfakcją z życia (Gaczkowska, 2008). W grupie pacjentów z toczniem rumieniowatym akceptacja choroby wraz z optymizmem okazały się silnym predyktorem jakości życia (Miniszewska i in., 2006). Zagadnienie to badano również u osób po transplantacji nerki. Ci pacjenci, którzy pogodzili się ze swoimi problemami zdrowotnymi, cieszyli się dużo lepszym funkcjonowaniem przeszczepionego narządu (Keogh, Feehally, 1999). W grupie osób z chronicznym bólem akceptacja choroby wiązała się natomiast z mniejszym postrzeganym bólem (Rankin, Holtum, 2003). U pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów wraz ze wzrostem inwalidztwa następowało obniżenie akceptacji choroby i wzrost negatywnego afektu (Felton, Revenson, 1984). W grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa ujawnił się związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby (Basińska i in., 2008). Akceptacja choroby sprzyja także zachowaniom zdrowotnym, co dodatkowo poprawia kondycję pacjentów. W grupie chorych z cukrzycą, ci którzy akceptowali zaburzenie znacznie lepiej kontrolowali swój metabolizm (Felton, Revenson, 1984; Harrison i in., 2004).

Akceptacja choroby jest dobrym predyktorem satysfakcji czerpanej z życia przez chorych ze stwardnieniem rozsianym oraz oceny aktualnego stanu zdrowia (Juczyński, 2001). Z przedstawionych rezultatów badań wynika, że akceptacja choroby nie jest wyrazem słabości i rezygnacji, lecz płynie z siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, co w konsekwencji pomaga jej funkcjonować w chorobie.

Brak akceptacji choroby może prowadzić do niestosowania się do medycznych zaleceń, opóźniając proces zdrowienia, a czasami przyczyniając się do wystąpienia powikłań.

Problematyka badawcza

Udowodniono już, że wpływ WZA jako czynnika ryzyka w wielu chorobach nie jest jednoznaczny. Warto więc sformułować pytanie o jego znaczenie w chorobie Gravesa-Basedowa, także ze względu na zaawansowanie i przebieg choroby oraz o jego związek z funkcjonowaniem w chorobie wyrażonym w akceptacji choroby? Ponieważ w tej grupie chorych nie było badań dotyczących zagadnienia WZA, analizy rozszerzono o porównanie pacjentów z grupą osób zdrowych w celu szerszego poznania zagadnienia.

Postawiono trzy hipotezy badawcze:

H1: Osoby z chorobą Gravesa-Basedowa różnią się od zdrowych w zakresie nasilenia WZA oraz jego składowych pośpiechu i rywalizacji.

H2: Osoby z chorobą Gravesa-Basedowa różnią się między sobą w zakresie nasilenia WZA oraz jego składowych pośpiechu i rywalizacji ze względu na stan zdrowia wyrażony w występowaniu powikłań, świeżości rozpoznania i w poziomie hormonów tarczycy: niedoczynności, eutyrozy, nadczynności.

H3: Istnieje negatywny związek pomiędzy WZA oraz jego składowymi – pośpiechem i rywalizacją a akceptacją choroby.

Metoda

Osoby badane i przebieg badań

Dobór osób do badania był celowy w zakresie kryterium zdrowia. Osoby badane miały postawioną diagnozę przez lekarza specjalistę w zakresie endokrynologii stwierdzającą chorobę Gravesa-Basedowa i wyraziły zgodę na udział w badaniu. Na wykonanie badań otrzymano zgodę Komisji Bioetycznej. Zostały one przeprowadzone indywidualnie wśród pacjentów szpitalnych. Były anonimowe i dobrowolne.

Przebadano 70 osób z chorobą Gravesa-Basedowa i 70 osób zdrowych, dobranych do chorych odpowiednio pod względem płci, wieku i wykształcenia. W związku z tym, że choroba ta znacznie częściej dotyka kobiet, zbadano 14 mężczyzn i 56 kobiet. Średnia wieku wynosiła 47,67 lat (od 20 do 81 lat, $SD = 12,22$). Najwięcej osób miało wykształcenie średnie ($n = 27$; 39%) i zawodowe ($n = 24$; 34%), następnie wyższe ($n = 13$; 19%), a najmniej podstawowe ($n = 6$; 9%).

Badanych chorych podzielono ze względu na czas postawienia diagnozy: 10 (14%) osób ze świeżo rozpoznaną chorobą (od 0 do 1 roku) i 60 (86%) osób chorujących dłużej

niż 1 rok. U 45 (64%) osób występował ciężki przebieg choroby, najczęściej w postaci oftalmopatii, natomiast u 25 osób choroba przebiegała łżej (36%).

Osoby badane podzielono również ze względu na stan kliniczny, wyrażony w stężeniu poziomów hormonów tarczycy. U 12 (20%) osób stwierdzono niedoczynność tarczycy, 20 (33%) z nich było w stadium eutyrozy, czyli prawidłowego poziomu hormonów a 29 w stadium nadczynności tarczycy (47%). Spośród badanych 9 osób nie przydzielono do żadnej z powyższych grup ze względu na brak informacji dotyczących stężenia poziomów hormonów tarczycy.

Pomiar

Ankieta osobowa. Ankieta miała na celu zebranie podstawowych informacji na temat osoby chorej: jej sytuacji rodzinnej i zawodowej, wykształcenia, jej stanu zdrowia: czasu trwania choroby i jej przebiegu oraz wyników badań laboratoryjnych.

Skala Typu A-Framingham. Ponieważ wcześniejsze narzędzia przeznaczone do badania WZA były dość kłopotliwe w stosowaniu i wymagały przeszkolenia, zmobilizowało to grupę badaczy skupionych wokół projektu *The Framingham Heart Study* do stworzenia kwestionariusza umożliwiającego diagnozę tego typu zachowania. Stwierdzenia, które weszły w skład tejże skali zostały wybrane przez ekspertów i poddane kilkakrotnej weryfikacji. Ostateczna wersja Skali Typu A-Framingham zawiera 10 stwierdzeń.

Skala jest narzędziem do samoopisu zawierającym stwierdzenia odnoszące się do charakterystyk zachowania typu A. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego z 10 stwierdzeń. Stwierdzenia 1-5 odnoszą się do cech osoby badanej, które są przez nią oceniane na 4-stopniowej skali: 1 – zdecydowanie tak, 2 – raczej tak, 3 – raczej nie i 4 – zdecydowanie nie.

Stwierdzenia 6-9 odnoszą się do odczuć, jakie badany doznaje pod koniec przeciętnego dnia, ostatnie dotyczy presji czasu. W stosunku do pozycji 6-10 badany wyraża swoją zgodę bądź dezaprobatę dla każdego ze stwierdzeń poprzez zaznaczenie odpowiedzi TAK lub NIE. W wersji polskiej WZA jest charakteryzowane przez dwa czynniki: *pośpiech i rywalizację*, co pozwala na możliwość wnikliwego porównania wyników poszczególnych osób zarówno pod względem ogólnego wyniku, jak i powyższych czynników. Wysokie wyniki czynnika ogólnego oraz jego składowych (pośpiechu i rywalizacji) wskazują na funkcjonowanie osoby badanej zgodnie z WZA, natomiast niskie wyniki świadczą o WZB.

Spójność wewnętrzna polskiej wersji Skali Typu A, obliczona metodą *alfa* Cronbacha, wynosi 0,62, natomiast wskaźnik stałości test-retest wynosi 0,85.

Skala Typu A-Framingham może być stosowana indywidualnie i grupowo, przeznaczona jest do badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Wykorzystywana jest głównie w terapii i ocenie wyników rehabilitacji pacjentów kardiologicznych (Juczyński, 2001).

Skala Akceptacji Choroby – AIS B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen. Skala Akceptacji Choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*) została skonstruowana przez Felton i in. (1984). Służy ona do pomiaru stopnia akceptacji choroby.

Narzędzie składa się z ośmiu stwierdzeń, które opisują negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie przy każdym stwierdzeniu stopnia jej aktualnego stanu (od 1 – zdecydowanie zgadzam się do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się). Konsekwencje złego stanu zdrowia prowadzą się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżenia poczucia własnej wartości. O akceptacji choroby decyduje mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji, które są związane z aktualną chorobą. Im większa akceptacja choroby u badanego, tym lepsze jego przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

Skala AIS przeznaczona jest do badania osób dorosłych, które są aktualnie chore (przy czym narzędzie to może być wykorzystywane w każdej chorobie). AIS posiada zadowalające właściwości psychometryczne (Juczyński, 2001).

Wyniki

W celu weryfikacji hipotezy pierwszej zakładającej występowanie różnic w zakresie nasilenia WZA oraz jego składowych pośpiechu i rywalizacji pomiędzy osobami z chorobą Gravesa-Basedowa a zdrowymi, zastosowano analizę wariancji dla ogólnego WZA, a dla *pośpiechu* i *rywalizacji* test Kruskala-Wallisa.

Otrzymane wyniki ($F = 0,787$; $p = 0,503$) wskazują na brak różnic w zakresie ogólnego nasilenia wzoru zachowania A pomiędzy chorymi i zdrowymi z uwzględnieniem efektu płci. Brak jest też różnic pomiędzy chorymi a zdrowymi w nasileniu pośpiechu (test Kruskala-Wallisa: $H(1, 140) = 1,487$; $p = 0,223$) i rywalizacji (test Kruskala-Wallisa: $H(1, 140) = 1,961$; $p = 0,161$), także wtedy, gdy uwzględni się aspekt płci.

W celu weryfikacji hipotezy drugiej zakładającej, że osoby z chorobą Gravesa-Basedowa różnią się między sobą w zakresie nasilenia WZA oraz jego składowych pośpiechu i rywalizacji ze względu na stan zdrowia wyrażony w cięższym przebiegu choroby, świeżości rozpoznania i w poziomie hormonów tarczycy: niedoczynności, eutyrozy, nadczynności wykonano analizy przy pomocy testu *t*-Studenta i analizy wariancji. Porównując chorych ze względu na przebieg choroby – przebieg z oftalmopatią lub bez, świeżo postawiona diagnoza lub dłużej trwająca choroba – nie stwierdzono pomiędzy nimi różnic na poziomie istotnym statystycznie. Analizując różnice w zakresie WZA i jego składowych pomiędzy chorymi w zależności od stężenia hormonów tarczycy, także nie stwierdzono istotnych zależności.

W celu weryfikacji hipotezy trzeciej zakładającej, że istnieje negatywny związek pomiędzy WZA oraz jego składowymi pośpiechem i rywalizacją a akceptacją choroby wykonano testy korelacji *r*-Pearsona dla WZA i skali *Pośpiech* oraz R-Spearmana dla skali *Rywalizacja* (tabela 1). Istnieje negatywny związek pomiędzy tendencją do rywalizacji a akceptacją choroby na poziomie istotnym statystycznie ($p = 0,006$). To znaczy, że im niższą rywalizacją cechują się chorzy, tym łatwiej zaakceptować im chorobę.

Tabela 1. Związek pomiędzy WZA i jego składowymi a akceptacją choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa ($n = 70$)

WZA	Akceptacja choroby
Wzór zachowania A	-0,21
WZA – Pośpiech	-0,02
WZA – Rywalizacja	-0,33*

* wynik istotny statystycznie

Następnie badanych chorych podzielono według testu Mediany na tych z niższą ($n = 35$) i z wyższą akceptacją choroby ($n = 35$) i porównano średnie wyniki w nasileniu WZA. Osoby z niższą akceptacją mają większą tendencję do funkcjonowania zgodnie z wzorem zachowania A, jednak istotna jest tylko różnica w nasileniu rywalizacji (tabela 2).

Tabela 2. Wyniki analizy testu *t*-Studenta pomiędzy osobami z chorobą Gravesa-Basedowa z niższą i z wyższą akceptacją choroby

WZA	Niższa akceptacja choroby		Wyższa akceptacja choroby		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Wzór zachowania A	0,57	0,19	0,51	0,20	1,34	0,186
WZA – Pośpiech	0,60	0,23	0,59	0,22	0,23	0,820
WZA – Rywalizacja	0,53	0,23	0,41	0,23	2,19	0,032

W celu ustalenia, jaki procent zmienności w akceptacji choroby wyjaśnia wzór zachowania A zastosowano analizę regresji wielorakiej, wprowadzając do modelu komponenty WZA. Nie wprowadzono płci, która jest istotnym czynnikiem ryzyka choroby Gravesa-Basedowa, ponieważ nie było różnic między kobietami i mężczyznami w nasileniu akceptacji choroby ($M_k = 28,21$; $M_m = 29,79$). Można stwierdzić, że ten niekorzystny dla zdrowia sposób zachowania wyjaśnia w 13% (skoryg. R^2) zmienność akceptacji choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa niezależnie od płci chorych. Szczególnie istotną rolę pełni rywalizacja, która samodzielnie wyjaśnia około 40% zmienności akceptacji choroby badanych chorych (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki analizy regresji wielorakiej dla zmiennej akceptacji choroby

	b^*	Bł. std. z b^*	b	Bł. std. – z b	$t(66)$	p	Częstk. Korelac.
W. wolny			31,85	2,73	11,67	0,000	
WZA – Pośpiech	0,18	0,13	6,60	4,55	1,45	0,152	0,174
WZA – Rywalizacja	-0,44	0,13	-15,40	4,39	-3,51	0,001	-0,394

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej: Ais $R = 0,395$, $R^2 = 0,156$
Skoryg. $R^2 = 0,13$, $F(2,67) = 6,17$, $p < 0,004$, Błąd std. estymacji: 7,567

Dyskusja i wnioski

Celem tej pracy było ustalenie, czy WZA jest jednym z czynników ryzyka w chorobie Gravesa-Basedowa przy uwzględnieniu stopnia zaawansowania choroby oraz jaki jest jego związek z funkcjonowaniem w chorobie wyrażonym w akceptacji choroby. Z przytoczonych wyników badań we wstępie do prezentowanej pracy wiadomo, że WZA jest czynnikiem ryzyka niektórych chorób: układu krążenia, pokarmowego i po części reumatologicznego zapalenia stawów. Porównując jednak wyniki otrzymane przez osoby z chorobą Gravesa-Basedowa z wynikami osób zdrowych (w całej grupie oraz dla poszczególnych płci), nie stwierdzono pomiędzy nimi różnic istotnych statystycznie. Takie porównanie pozwala z dużą ostrożnością stwierdzić, iż WZA nie jest czynnikiem ryzyka w chorobie Gravesa-Basedowa. Nie jest to wynik typowy dla chorób psychosomatycznych, jednak wymaga on powtórzenia, gdyż może być charakterystyczny tylko dla próby badanych osób. Warto byłoby powtórzyć te badania na większej grupie chorych mężczyzn, bo istniejąca biologiczna dwupostaciowość płciowa w tej chorobie wymaga sprawdzenia, czy dotyczy ona także aspektów psychologicznych, jak to ma miejsce w innych chorobach autoagresywnych, np. w reumatoidalnym zapaleniu stawów (Basińska, 2006). W cukrzycy typu 1 (także choroba autoagresywna) – podobnie nie stwierdzono różnic pomiędzy grupą chorych a grupą osób zdrowych w poziomie nasilenia wzoru zachowania A, ani w poziomie nasilenia jego składowych pośpiechu i rywalizacji (Głowacki, 2007).

Osoby chore nie różnią się między sobą w zakresie nasilenia zachowań charakterystycznych dla WZA ze względu na przebieg choroby wyrażony w stopniu zaawansowania choroby, świeżości postawienia diagnozy i w poziomie stężenia hormonów. Taki wynik potwierdzają dotychczasowe rezultaty badań na temat dużej stabilności WZA w czasie (Bergman, Magnusson, 1986; Keltikangas-Järvinen, Rääkkönen, 1989; Ogińska-Bulik, 1999). Również wiele badań nie potwierdza związku WZA ze wskaźnikami biochemicznymi, np.: glukozą (Stabler i in., 1987), HbA1c (Głowacki, 2007), cholesterol (Powell i in., 1984). Jednak w badaniu kobiet z chorobą Gravesa-Basedowa odnotowano związek pomiędzy poziomem hormonu fT_4 a skłonnością do rywalizacji (Falkowska, 2007).

WZA istotnie wpływa na funkcjonowanie w chorobie wyrażone w jej akceptacji, tzn. im jest wyższe, tym bardziej utrudnia zaakceptowanie choroby. Ten wpływ dotyczy przede wszystkim rywalizacji, której zwykle towarzyszy nasilenie negatywnych emocji, które z kolei w istotny sposób mogą być czynnikiem gorszego funkcjonowania w przebiegu chorób (Tylka, 1999). W tym miejscu warto przypomnieć, że negatywna emocjonalność pełni znaczącą rolę w rozwoju i przebiegu wielu chorób somatycznych (np. Pulłki-Råback, 2004; Richman i in., 2005; Cohen, Pressman, 2006; Smith, MacKenzie, 2006). Procesy emocjonalne prowadzą do zmian w czynnościach narządów wewnętrznych, które z kolei pociągają za sobą zmiany w przebiegu procesów emocjonalnych (Nasiłowska-Barud, Markiewicz, 1993).

Badania osób z chorobą Gravesa-Basedowa (Falkowska, 2007) pokazują, że wysokie wyniki osiągnięte w Skali Typu A-Framingham korelują z tendencją do przeżywania negatywnych emocji (tj. stanu permanentnego stresu, gniewu, lęku czy smutku) oraz z niską ilością stosowanych praktyk zdrowotnych (tj. zmniejszoną ilością snu i wypoczynku, niską aktywnością fizyczną). Podobne wyniki otrzymano podczas badania chorych z cukrzycą typu 1. Wraz ze wzrostem poziomu nasilenia rywalizacji, akceptacja choroby malała (Głowacki, 2007). Podobnie negatywny związek pomiędzy WZA i przebiegiem choroby, wyrażającym się w jej nawrocie, otrzymano w grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną (Bętkowska-Korpała, 2004).

Wydaje się jednak, że trudne wydarzenia życiowe, jakim jest przewlekła choroba, wymuszają pewne zmiany w stylu życia. Można założyć, że mimo cech stałości WZA podlega pewnym modyfikacjom. Obniżenie wzoru zachowania A korzystnie wpływa na efekty leczenia i obniża śmiertelność u osób z chorobą niedokrwienną serca, choć wyniki te dotyczą głównie mężczyzn (Bętkowska-Korpała, 2004). W prezentowanych badaniach uczestniczyły w przeważającej części kobiety, a ten pozytywny związek niskiego WZA z funkcjonowaniem w chorobie także zauważono.

Warto zwrócić uwagę w procesie psychoedukacji osób z chorobą Gravesa-Basedowa na zmniejszanie zachowań rywalizacyjnych. Oddziaływania psychoedukacyjne powinny być zindywidualizowane między innymi w zależności od postawy pacjenta wobec choroby. Zmniejszenie rywalizacji mogłoby pomóc im w akceptacji choroby i w konstruktywnym działaniu na rzecz swojego zdrowia.

Podsumowując przeprowadzone badania osób z chorobą Gravesa-Basedowa, można sformułować następujące wnioski:

1. Osoby chore nie różnią się od zdrowych w zakresie nasilenia zachowań charakterystycznych dla WZA.
2. Stan zdrowia chorych nie jest czynnikiem różnicującym poziom WZA.
3. WZA istotnie wpływa na funkcjonowanie w chorobie wyrażone w jej akceptacji, tzn. im jest wyższe, tym bardziej utrudnia zaakceptowanie choroby. Ten wpływ dotyczy przede wszystkim tendencji do rywalizacji.

Literatura cytowana

- Basińska, M.A. (2006). *Reumatoidalne zapalenie stawów. Obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M.A., Zalewska-Rydzkowska, D., Wolańska, P., Junik, R. (2008). Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basełowa. *Endokrynologia Polska*, 59(1), 23-29.
- Bergman, L.R., Magnusson, D. (1986). Type A behaviour: a longitudinal study from childhood to adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 48(1-2), 134-142.
- Bętkowska-Korpała, B. (2004). Rola Wzoru zachowania A w prewencji wtórnej choroby niedokrwiennej serca. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.) *Choroba niedokrwienne serca* (s. 175-198). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Chiou, A.F., Wang, H.L., Chan, P., Ding, Y.A., Hsu, K.L., Kao, H.L. (2009). Factors associated with behavior modification for cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in northern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 17(3), 221-230.
- Cohen, S., Pressman, S.D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125.
- Czapiński, J. (2005). Osobowość szczęśliwego człowieka. W: J. Czapiński (red.) *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 359-379). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Eliasz, A., Wrześniewski, K. (1988). *Ryzyko chorób psychosomatycznych. Środowisko i temperament a Wzór Zachowania A*. Wrocław: Zakład Nauk im. Ossolińskich.
- Everly, G.S., Rosenfeld, R. (1992). *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: PWN.
- Falkowska, M.A. (2007). *Wzór zachowania A u kobiet z chorobą Gravesa-Basełowa a ich funkcjonowanie w chorobie*. Niepublikowana praca magisterska. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.
- Felton, B.J., Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 343-353.
- Gaczkowska, J. (2008). *Spostrzegane wsparcie, akceptacja choroby a satysfakcja z życia u chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C*. Niepublikowana praca magisterska. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.
- Gietka-Czernel, M., Jastrzębska, H. (2002). *Rozpoznawanie i leczenie chorób tarczycy*. Warszawa: OINpharma.
- Głowacki, S.M. (2007). *Wzór zachowania A osób chorych na cukrzyce typu I, a ich funkcjonowanie w chorobie*. Niepublikowana praca magisterska. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.
- Harrison, T., Stuifbergen, A., Adachi, E., Becker, H. (2004). Marriage, impairment and acceptance in persons with multiple sclerosis. *Western Journal of Nursing Research*, 26(3), 266-285.
- Henry, J.P. (1992). Biological basis of the stress response. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 27(1), 66-83.
- Jarzemowski, J. (1996). Zachowanie się wybranych parametrów gospodarki lipidowej u mężczyzn z chorobami psychosomatycznymi w zależności od wzoru zachowa-

- nia. W: H. Skłodowski (red.) *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata* (s. 36-40). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Juczyński, Z. (1989). *Predyktory efektywności rehabilitacji kardiologicznej po niepowikłanym zawałe serca. Studium psychologiczne*. Lublin: KUL.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.
- Keltikangas-Järvinen, I., Räikkönen, K. (1989). Pathogenic and protective factors of type A behavior in adolescents. *Journal of Psychosomatic Researches*, 33(5), 591-602.
- Keogh, A.M., Feehally, J. (1999). A Quantitative Study Comparing Adjustment and Acceptance of Illness in Adults on Renal Replacement Therapy. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 26(5), 471-477.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L. (2005). Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.) *Psychologia emocji* (s. 657-675). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F., Wasilewski, B. (1995). *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Manuck, S.B. (1994). Cardiovascular Reactivity in Cardiovascular Disease: „Once More Unto the Breach”:. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 4-31.
- Miniszewska, J., Juczyński, Z., Sysa-Jędrzejowska, A., Zalewska, A., Woźniacka, A. (2006). Wyznaczniki jakości życia chorych na toczeń rumieniowaty układowy. *Przegląd Lekarski*, 63(4), 188-190.
- Nasiłowska-Barud, A., Markiewicz, M. (1993). Psychologiczne problemy u chorych z cukrzycą i zawałem serca. *Wiadomości Lekarskie*, 46, 167-173.
- Ogińska-Bulik, N. (1994). Cechy osobowości i Wzór Zachowania a ryzyko chorób psychosomatycznych. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 128-135.
- Ogińska-Bulik, N. (1999). Modyfikacja zachowań Typu A u dzieci. *Przegląd Psychologiczny*, 62(4), 83-94.
- Ogińska-Bulik, N. (2001). Wzór Zachowania A u dzieci jako czynnik sprzyjający zdrowiu? W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.) *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka* (s. 69-78). Lublin: TN KUL.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008a). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Powell, L.H., Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D.K. (1984). Can the type A behavior pattern be altered after myocardial infarction? A second year report from the recurrent coronary prevention project. *Psychosomatic Medicine*, 46(4), 293-313.
- Pulkki-Råback, L. (2004). *Temperament, socioeconomic status and cardiovascular risk*. Helsinki: Uniwersytet Helsiński.
- Rankin, H., Holttum, S. (2003). The relationship between acceptance and cognitive representations of pain in participants of a pain management programme. *Psychology, Health & Medicine*, 8(3), 329-334.
- Richman, L.S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology*, 24(4), 422-429.

- Sheridan, C., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Sieradzki, J. (2006). Podział, diagnostyka i epidemiologia cukrzycy. Podział i diagnostyka cukrzycy. W: J. Sieradzki (red.) *Cukrzyca* (s. 142-150). Gdańsk: Via Medica.
- Smith, T.W., MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467.
- Solomon, G. (1990). Emocje, odporność i choroba. Perspektywa historyczna i filozoficzna. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 117-126.
- Stabler, B., Surwit, R.S., Lane, J.D., Morris, M.A., Litton, J., Feinglos, M.N. (1987). Type A behavior pattern and blood glucose control in diabetic children. *Psychosomatic Medicine*, 49(3), 313-316.
- Tylka, J. (1999). Modyfikacja zachowania Typu A jako podstawa prewencji pierwotnej i wtórnej choroby niedokrwiennej serca. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 69-76.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka – wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Warmuz-Stangierska, I., Czarnywojtek, A., Ziemnicka, K., Stangierski, R., Sowiński, J. (2006). Porównawcze badania psychologiczne chorych z rakiem tarczycy oraz z nadczynnością tarczycy w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa. *Endokrynologia Polska*, 57(6), 620-623.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie: wzór zachowania A*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologicznego PAN.
- Zdzienicka, A.M. (1991). Psychologiczne problemy pacjentów chorych na cukrzycę. *Zdrowie Psychiczne*, 1-4, 173-181.