

Krystyna Kurowska, Bogumiła Lach

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

# Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2

Disease acceptance and ways of coping with the emotional stress of diabetes type 2

## STRESZCZENIE

**WSTĘP.** Życie bez chorób i stresu jest pragnieniem ludzkości. Większość osób nie potrafi zaakceptować faktu choroby, doświadcza przykrych doznań emocjonalnych, rzadziej podejmuje wysiłki zmierzające do zmiany tej sytuacji. Celem niniejszej pracy było określenie poziomu akceptacji choroby i sposobów radzenia sobie ze stresem jako wykładnika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

**MATERIAŁ I METODY.** Przebadano 77 chorych na cukrzycę typu 2 na Oddziale Endokrynologii i Diabetologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Akceptację choroby oceniono za pomocą kwestionariusza AIS Juczyńskiego, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych — z użyciem kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego.

**WYNIKI.** W badanej grupie stwierdzono przeciętną akceptację choroby. Najczęściej występował styl zadaniowy i unikowy. Akceptacja choroby zwiększała się wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na zadaniu.

**WNIOSKI.** Otrzymane wyniki mogą wpływać na przygotowanie pacjenta do samodzielnej egzystencji z chorobą. Pozwalają lepiej zaplanować opiekę nad

tym chorymi oraz wdrożyć działania, których celem jest pomoc w zaakceptowaniu choroby. (*Diabet. Prakt.* 2011; 12, 3: 113–119)

**Słowa kluczowe:** cukrzyca typu 2, akceptacja choroby, radzenie sobie ze stresem

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Every woman and man wishes themselves life with no disease and stress. Most of people cannot accept the fact of disease. They feel unpleasant emotionally. More seldom they make an effort to change this situation. The aim of the study was to describe the level of acceptance of an illness and getting over with stress, as a basis of maintaining optimal health.

**MATERIAL AND METHODS.** There were 77 patients with diabetes (type 2) examined on Endocrinology and Diabetology Ward in Szpital Uniwersytecki im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Illness acceptance was estimated by AIS Juczyński's questionnaire. Level of people's handling with stress was estimated by CISS Ender and Parker's questionnaire (in polish adaptation — Szczepanik, Strelau and Wrześniewski's questionnaire).

**RESULTS.** In examined group of patients the acceptance of illness was average. The most common styles of handling with stress were: focused on task and focused on avoiding. Illness acceptance level grew with a growth of focused on task' style.

**CONCLUSIONS.** The results can help to prepare better the patient with a total hip, replacement to live with the disease. They also help to plan better the patients treatment. They also allow to start the activity which

Adres do korespondencji: dr n. med. Krystyna Kurowska  
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki  
Pielęgniarskiej CM, UMK Toruń  
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz  
tel.: (52) 585 21 94  
e-mail: krystyna\_kurowska@op.pl  
*Diabetologia Praktyczna* 2011, tom 12, 3: 113–119  
Copyright © 2011 Via Medica  
Nadesłano: 28.06.2011      Przyjęto do druku: 13.07.2011

aims to help in disease acceptance. (*Diabet. Prakt.* 2011; 12, 3: 113–119)

**Key words:** diabetes type 2, disease acceptance, coping styles

## Wstęp

Choroba przewlekła zwykle pojawia się nagle. Wcześniej organizm wysyła sygnały alarmowe, jednak zwykle są one bagatelizowane. Przewlekłe chorowanie odmienia postrzeganie świata, przewartościowuje życie większości osób, które zmieniają swoje priorytety. Każdy człowiek inaczej reaguje na fakt choroby: jedni ludzie bardziej akceptują ten stan, inni — nie mogą pogodzić się z tą sytuacją. Osoby, które potrafią zaakceptować swoją chorobę, chętniej podejmują trud walki o powrót do zdrowia, doświadczają mniej negatywnych emocji [1]. Codziennemu życiu człowieka towarzyszy stres, który, według powszechnego osądu, jest złym i niepożądanym zjawiskiem [2]. Człowiekowi codziennie towarzyszą większe i mniejsze napięcia emocjonalne, prawie każdego dnia występują sytuacje wywołujące stres [3], co motywuje do podejmowania działań.

Celem niniejszej pracy było określenie poziomu akceptacji choroby i sposobów radzenia sobie ze stresem u osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2.

## Material i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem cukrzycy typu 2. Badania przeprowadzono w okresie od października 2010 roku do kwietnia 2011 roku, w grupie 77 chorych na cukrzycę typu 2, przebywających w Klinice Endokrynologii i Diabetologii Szpitala Uniwersyteckiego im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/518/2010). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano: skalę akceptacji choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*) w adaptacji Juczyńskiego, kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*; w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego), który służy ocenie stylów radzenia sobie, oraz ankietę własnej konstrukcji odnoszącą się do różnych aspektów życia (dane osobowe, sytuacja rodzinna, społeczna, objawy choroby, ograniczenia związane z chorobą). Skala AIS zawiera 8 stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Sprowadzały się one

do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Skala AIS służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby — im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Uszeregowano odpowiedzi, nadając im wartość punktową („zdecydowanie się zgadzam” — 1, „zdecydowanie się nie zgadzam” — 5). Uzyskanie najmniejszej liczby punktów (1) wyraża złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (5) — akceptację choroby. Suma punktów 8–40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby [1]. Kwestionariusz CISS zawiera 48 pozycji. Odpowiedzi każdej z nich są punktowane w skali 1–5, zgodnie z punktacją przedstawioną na arkuszu odpowiedzi. Kwestionariusz CISS ma 3 skale:

- styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) — określa styl radzenia sobie ze stresem, w którym główny nacisk jest położony na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu;
- styl skoncentrowany na emocjach (SSE) — określa styl radzenia sobie ze stresem, który charakteryzuje się tendencją do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie;
- styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) — określa styl radzenia sobie ze stresem, który charakteryzuje się tendencją do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Skala SSU zawiera dwie podskale:
  - angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) (np. oglądanie telewizji, objadanie się),
  - poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Osiągnięty wynik ocenia się przez odniesienie go do norm stenowych. Przy ocenie wyników stenowych skorzystano z następującej kategoryzacji: sten 1–3 — wyniki niskie; sten 4–7 — wyniki przeciętne; sten 8–10 — wyniki wysokie [4]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,05$ . Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 9.0.

## Wyniki

Analiza danych wskazuje, że mężczyźni to w niewielkim stopniu przeważająca grupa wśród badanych (53,2%), średnia wieku respondentów wynosiła ponad 58,5 roku (48–80 lat), większość mia-

Tabela 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS

Opowiedź	Liczba	Średnia	SD	Min.	Maks.	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl
1 Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	77	2,83	1,4180	1,0	5,0	1,0	3,0	4,0
2 Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	77	2,48	1,3535	1,0	5,0	1,0	2,0	3,0
3 Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	77	3,66	1,2313	1,0	5,0	3,0	4,0	5,0
4 Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	77	2,83	1,4903	1,0	5,0	1,0	3,0	4,0
5 Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	77	3,87	1,3313	1,0	5,0	3,0	4,0	5,0
6 Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	77	3,10	1,4919	1,0	5,0	2,0	3,0	5,0
7 Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	77	2,68	1,5512	1,0	5,0	1,0	2,0	4,0
8 Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	77	3,70	1,3481	1,0	5,0	3,0	4,0	5,0

ła wykształcenie zawodowe (42,9%) i średnie (35,1%), pozostawała w związkach małżeńskich (57,1%), mieszkała w mieście (68,4%) z rodziną (51,3%), posiadała potomstwo (81,8%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 14,3% badanych, z emerytury — 57,1% i z renty — 22,4%. Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej (55,8%) sytuacji materialnej. Średni czas chorowania wyniósł 6–10 lat (33,8%) i powyżej 10 lat (29,9%).

Z analizy skali AIS (tab. 1) wynika, że spośród wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyżej oceniono poczucie, iż nie jest się ciężarem dla własnej rodziny i przyjaciół (śr. 3,87). W dalszej kolejności znalazło się poczucie: „myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (śr. 3,7). Najniżej ze wszystkich aspektów oceniono: „nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być” (śr. 2,68) i: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (śr. po 2,48). Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla badanej grupy 25,16 pkt, co świadczyło o przeciętnej akceptacji choroby przez badanych. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 26,4% wartości średniej, co z kolei świadczyło o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników AIS. Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 28,6% badanych. Były to osoby, które uzyskały 30 i więcej punktów (72,5% możliwych pkt). Wśród tej grupy badanych średnia z każdego aspektu AIS oscyluje w granicach 4–5 punktów. Kolejne 54,5% przejawiało przeciętną akceptację choroby, uzyskując 20–29 punktów. Po-

zostałe osoby prezentowały praktycznie brak akceptacji choroby. Sprawdzone również, czy istnieje różnica i/lub zależność między uzyskanymi wynikami akceptacji choroby a wcześniej wytypowanymi zmiennymi. Najwyższe wyniki akceptacji choroby w pozycji „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” prezentowali badani mężczyźni. Wraz ze wzrostem wykształcenia zwiększała się akceptacja choroby w pozycjach „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Ze wzrostem poziomu warunków finansowych zwiększała się akceptacja choroby w pozycjach „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”, „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” i „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”. Generalnie najwyższe wyniki akceptacji choroby (AKC) prezentowali badani mający dobre warunki finansowe, z kolei najniższe — osoby o przeciętnych warunkach finansowych, chociaż różnice z grupą o złych warunkach finansowych były niewielkie (ok. 0,3 pkt). Ze wzrostem czasu trwania choroby malała akceptacja choroby w pozycjach „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” i „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Najwyższe wyniki akceptacji choroby prezentowali badani chorujący do 1 roku, natomiast najniższe — osoby chorujące ponad 10 lat. Średnia dla grupy w skali punktowej stylu radzenia sobie ze stresem (tab. 2) w skali punktowej SSZ wyniosła 43,6 punk-

Tabela 2. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza CISS

	SSZ		SSE		SSU		ACZ		PKT	
	Punkty	Steny	Punkty	Steny	Punkty	Steny	Punkty	Steny	Punkty	Steny
N	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
$\bar{X}$	43,6	3,2	32,7	3,1	32,9	2,9	12,8	2,8	13,6	3,9
SD	11,789	2,2618	9,9903	1,9490	10,031	1,9758	5,1658	1,9606	4,6494	2,1991
Min.	20,0	1,0	16,0	1,0	17,0	1,0	8,0	1,0	5,0	1,0
Maks.	74,0	10,0	56,0	8,0	64,0	8,0	26,0	8,0	25,0	10,0
Dolny kwartył	37,0	1,0	26,0	1,0	26,0	1,0	8,0	1,0	10,0	2,0
Mediana	42,0	2,0	30,0	3,0	31,0	2,0	11,0	2,0	13,0	4,0
Górny kwartył	50,0	4,0	40,0	5,0	41,0	5,0	16,0	4,0	16,0	5,0

Objaśnienia skrótów w tekście

tu (sten 3). W sytuacjach stresu badani w małym stopniu koncentrowali się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy w skali SSZ uzyskali sten 1 (27,3%), sten 2 (23,4%) oraz sten 3 i 4 (po 14,3%). Większość uzyskała niskie wyniki (65,0%), a wyniki wysokie — jedynie 6,5%. Średnia grupy w skali SSE wyniosła 32,7 punktu (sten 3). Większość z badanych nie miała tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania, czym właśnie mogliby zmniejszyć napięcie emocjonalne związane z sytuacją stresową. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy uzyskali sten 1 (26,0%), sten 3 (20,8%) i sten 2 (19,5%). Najliczniejsza grupa badanych uzyskała niskie wyniki (66,3%). Wyniki wysokie uzyskało zaledwie 2,6%. Średnia grupy w skali SSU wyniosła 44,66 punktu (sten 3). Większość spośród badanych osób nie miała tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania w sytuacjach stresowych. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią osoby, które w tej skali uzyskały sten 1 (29,9%), sten 2 (26,0%) i sten 3 (13,0%). Większość badanych uzyskała niskie wyniki (68,9%), a wyniki wysokie — 2,6%. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Formy te wśród badanych przedstawiają tabele. Średnia grupy w podskali ACZ wyniosła 12,8 punktu (sten 3). Większość spośród badanych osób raczej nie angażuje się w czynności zastępcze (np. oglądanie telewizji, sen). Najliczniejsza grupa to osoby, które uzyskały sten 1 (36,4%), sten 2 (19,5%) i sten 4 (13,0%). Wyniki niskie uzyskało 68,9%; wyniki wysokie — 2,6%. Średnia grupy w podskali (formie) PKT wyniosła 13,6 punktu (sten 4). W tym przypadku również można stwierdzić, że większość spośród badanych osób nie angażuje się w czynności zastępcze, takie jak poszuki-

wanie kontaktów towarzyskich. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby, które w tej podskali uzyskały sten 4 (22,1%), sten 1 i 2 (po 15,6%) oraz sten 3 (13,0%). Większość badanych uzyskała wyniki przeciętne (49,4%), a wyniki wysokie — 6,5%.

Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach pozwala na określenie dominującego sposobu radzenia sobie ze stresem. O dominacji mówi się wtedy, gdy wynik uzyskany w danej skali jest istotnie wyższy od wyników w dwóch pozostałych skalach. Analiza intraindywidualna wyników w skalach pozwoliła także na wyodrębnienie osób, które w takim samym stopniu przejawiają wszystkie trzy style (brak jest istotnych różnic między wynikami w poszczególnych skalach), oraz grupy, w której nie można określić dominującego stylu, ponieważ wyniki w jednej skali są istotnie wyższe od rezultatów w drugiej skali, ale nie różnią się od wyników w trzeciej skali.

Badana grupa to osoby w przedziale wiekowym 24–54 lata (9 osób), 55–79 lat (77 osób) oraz powyżej 79 lat (15 osób). Uzyskane wyniki należało porównać z rezultatami w próbach normalizowanych tych grup wiekowych. W przypadku grupy wiekowej powyżej 79 lat zastosowano steny dla grupy wiekowej 55–79 lat. W badanej grupie widoczna była dominacja 3 i 2 stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Wszystkie 3 style przejawiało 37,7% badanych, z kolei 2 — 26,0%. Kolejną najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy przejawiają styl SSZ (15,6%). Najmniej liczna grupa to badani przejawiający styl SSU (9,1%). Rezultaty nie w pełni były porównywalne z wynikami normalizacyjnymi. W grupie 24–54 lata były zbliżone wyniki badanych, którzy preferują styl SSZ i SSE; pozostałe znacznie się różniły. W grupie 55–79 lat w miarę były zbliżone wyniki badanych, którzy preferowali pojedyncze style SSZ, SSU i SSE; pozostałe znacznie się różniły. Mężczyźni w większym stopniu niż kobiety preferowali styl SSZ (26,8% v. 2,8%) oraz SSE (14,6%

v. 8,3%), natomiast kobiety zdecydowanie bardziej preferowały 2 style (47,2%) i 3 style (33,3%). Osoby posiadające dzieci stawiały przede wszystkim na 2 style (42,9% v. 14,3% nieposiadające dzieci), w dalszej kolejności — na 3 style (28,6% v. 14,3% nieposiadające dzieci). Badani nieposiadający dzieci preferowali przede wszystkim styl SSE i SSU (po 28,6%). Osoby z niskimi wynikami akceptacji choroby w większości uzyskały niskie wyniki stylu SSZ (92,3%) (tab. 3). Badani o przeciętnych wynikach AIS w znacznie mniejszym stopniu uzyskiwali niskie wyniki SSZ (61,9%) lub przeciętne (35,7%). Osoby o wysokich wynikach AIS w największym stopniu uzyskały wyniki wysokie SSZ (13,6%), w najmniejszym stopniu spośród wszystkich grup akceptacji AIS niskie wyniki SSZ (54,5%). Badani mający niskie wyniki akceptacji choroby w większości uzyskali przeciętne wyniki stylu SSE (61,5%). Osoby o przeciętnych wynikach AIS uzyskiwały przeciętne wyniki SSE (28,6%), a przede wszystkim wyniki niskie (69,0%). Grupa uzyskująca wysokie wyniki AIS osiągnęła w największym stopniu niskie wyniki SSE (77,3%).

## Dyskusja

Cukrzyca to choroba przewlekła o niezwykle podstępny przebiegu. Mimo konsekwencji, jakie wywołuje niekontrolowana cukrzyca, nie wszyscy chorzy przestrzegają zaleceń. Z kolei powikłania zwiększają liczbę hospitalizacji oraz wzrost śmiertelności wśród chorych na cukrzycę. Depresja występująca w tej grupie chorych wynika z oddziaływania czynników psychospołecznych i biologicznych [5]. Analizując poszczególne style radzenia sobie ze stresem, ogólnie możemy stwierdzić, że badani w sytuacjach stresu w małym stopniu koncentrowali się na podejmowaniu wysiłków czy też zadań, których celem byłoby rozwiązanie problemu (np. poprzez próby zmiany sytuacji; SSZ). W skali SSE jest zauważalne, że badani generalnie nie mieli skłonności do życzeń czy fantazji w sytuacjach stresowych. Na podstawie wyników skali SSU można stwierdzić, że większość spośród badanych osób nie miała tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania czy też unikania w stresujących dla nich sytuacjach. Styl SSU może przyjmować dwie formy — ACZ lub PKT. Wyniki badań wskazują, że znaczna większość przebadanych osób nie angażowała się w czynności zastępcze, takie jak oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych czy sen. Również uwzględniając podskale PKT, badane osoby w większości nie szukały kontaktów towarzyskich. W badanej grupie można odnieść dominację 2 lub 3 różnych stylów radzenia

Tabela 3. Korelacje wyników CISS i wyników AIS

Wynik	n	R	t(N-2)	p
SSZ i AKC	77	0,2362	2,1050	0,0386
SSE i AKC	77	-0,2247	-1,9969	0,0495
SSU i AKC	77	0,1739	1,5296	0,1303
ACZ i AKC	77	0,1275	1,1129	0,2693
PKT i AKC	77	0,2084	1,8449	0,0690
Style i AKC	77	-0,0628	-0,5452	0,5873

Objaśnienia skrótów w tekście

sobie ze stresem. Najliczniejszą grupę stanowili badani preferujący styl SSZ, a najmniej liczną — SSE. Wszystkie 3 style przejawiało 29 osób, a 2 style — 20 badanych. Najmniej liczną grupę stanowili badani przejawiający styl SSU, a najliczniejszą — osoby, które przejawiały styl SSZ. Tomaszewska w swoich badaniach przeprowadzonych wśród chorych na cukrzycę typu 1 i 2 również uzyskała wynik wskazujący, że pacjenci z cukrzycą typu 2 najczęściej stosowali styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu [6]. Może wynikać to z faktu, że wobec danej sytuacji, która zagraża i wywołuje stres, chorzy na cukrzycę muszą szukać rady i sposobu na rozwiązanie problemu, a nie pozostawać beczynni; muszą działać i szukać najlepszego rozwiązania. Wybór 2 lub 3 stylów radzenia sobie ze stresem może wskazywać na mnogość i różnorodność problemów, jakie występują u chorych, co może się przekładać właśnie na różne sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach. We wcześniejszych badaniach dotyczących wsparcia społecznego i radzenia sobie w przewlekłej chorobie na przykładzie cukrzycy typu 2 wykazano, że średni poziom SSZ u tych pacjentów był najwyższy, jednak SSE oraz SSU były zbliżone do najwyższego wyniku. Z badań wynikało, że badane osoby stosowały różne style radzenia ze stresem, najczęściej jednak był to styl skoncentrowany na zadaniu [7]. Można więc stwierdzić, że badane osoby zdecydowanie różniły się między sobą sposobami radzenia sobie ze stresem. Badanych podzielono na grupy wiekowe, w których wyniki badań były do siebie zbliżone (np. w grupie 24–54 lata preferowane style to SSZ i SSE, pozostałe style się różniły). W grupie 55–79 lat w miarę zbliżone były wyniki badanych, którzy preferowali pojedyncze style: SSZ, SSU i SSE; pozostałe znacznie się różniły. Tak duże zróżnicowanie stylów radzenia sobie ze stresem może wynikać z indywidualnego charakteru każdego z badanych. Folkman i Lazarus sugerują, że niektóre sposoby radzenia sobie ze stresem, przede

wszystkim SSZ i SSE, zależą właśnie od osobowości, predyspozycji do przeżywania pozytywnych lub negatywnych emocji. Metody radzenia sobie, jakie stosuje dana jednostka w stresującej sytuacji, są w pewien sposób wygenerowane i charakterystyczne dla osoby o określonej osobowości oraz określonych zasobach psychicznych i interpersonalnych [8]. Sposób, w jaki chory przyjmie diagnozę o cukrzycy, oraz jakie będzie jego dalsze postępowanie zależą od wielu czynników. Znaczenie mają wiek w momencie zachorowania, stan materialny, osobowość oraz cechy charakteru i wiele innych. Droga do osiągnięcia akceptacji przewlekłej choroby zawsze jest jednak trudna i wieloetapowa. Do głównych etapów należą: zaprzeczenie, lęk i izolacja, gniew i złość, targowanie się, depresja, pogodzenie się i akceptacja. Nie zawsze jednak występują wszystkie etapy, a czasem przez niektóre choroby przechodzą po kilka razy. Ważne jest, aby chory był świadomy tych wszystkich emocji, których doświadcza, aby rozważał wiele kwestii, zastanawiał się nad nimi, próbował je prze wartościować — to prowadzi do pełnej lub chociaż całkowitej akceptacji cukrzycy, która pozwoli cieszyć się z życia. Tylko akceptacja ograniczeń powodowanych przez chorobę umożliwi rozwój motywacji, realizację celów i pokonywanie trudności w cukrzycy [9]. Na podstawie przeprowadzonych badań zauważono, że akceptacja choroby była na przeciętnym poziomie, jednak poszczególne wyniki AIS znacznie się różniły. Chorobę w stopniu zdecydowanym akceptowały jedynie 22 osoby. Kolejne 42 osoby akceptowały chorobę w stopniu przeciętnym, a pozostali badani prezentowali praktycznie brak akceptacji choroby. A zatem poszczególne osoby różniły się między sobą stopniem akceptacji cukrzycy. Można wywnioskować, że takie zróżnicowanie w poziomie akceptacji cukrzycy było spowodowane różnym stopniem zaawansowania choroby u poszczególnych pacjentów. W związku z tym u każdego chorego występowały inne problemy, odmienne powikłania oraz związane z nimi dolegliwości i obawy. Uważa się, że właściwa edukacja jest kluczowa w osiągnięciu dobrych wyników leczenia cukrzycy. Wiąże się to też ze stopniem akceptacji choroby.

Z badań Szcześniaka i Dziemidoka wynika, że na 102 badanych pacjentów u 7 oceniono poziom edukacji jako niezadowalający, u 48 — jako dostateczny, u 42 — dobry i tylko u 5 chorych jako bardzo dobry. Lepiej wyedukowani chorzy zauważali większy wpływ cukrzycy na jakość życia [10]. Cukrzyca wpływa na jakość życia praktycznie we wszystkich aspektach — fizycznym, społecznym oraz psychicznym. Na wspomnianą jakość życia chorych

na cukrzycę silnie oddziałuje zarówno sama choroba, jak i wiele czynników dodatkowych (np. cechy osobowości, przekonania zdrowotne czy style radzenia sobie ze stresem) [11]. W przeprowadzonych badaniach cukrzyca typu 2 w różnym stopniu wpływała na osąd i ocenę oddziaływania tej choroby na aktualne życie pacjentów, jednak dla większości osób obecność choroby była motywacją do zwiększonej dbałości o zdrowie (45,5%). Można wnioskować, że badani pacjenci w większości dbają o jakość swojego zdrowia i funkcjonowania, chcą dobrze kontrolować swoją chorobę, aby zapobiegać powikłaniom, przez które z pewnością musieliby zrezygnować z pełnienia wielu funkcji społecznych. Chorzy w bardzo zróżnicowany sposób radzili sobie ze stresem, preferowali także różne style, w tym 2 lub 3 style jednocześnie. Na podstawie przeprowadzonych badań ciężko jest stwierdzić jednoznaczny związek między sposobami radzenia sobie ze stresem a stopniem akceptacji choroby, który także był bardzo zróżnicowany. Mimo tych trudności dało się wywnioskować, że badani mający niskie wyniki akceptacji choroby uzyskali w większości niskie wyniki stylu SSZ (12 osób), tak jak osoby o przeciętnych wynikach AIS (26 osób). Badani o wysokich wynikach AIS w największym stopniu uzyskali wyniki wysokie SSZ (3 osoby). Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że im lepiej chory zna swoją chorobę i bardziej ją akceptuje, tym więcej podejmuje działań w sytuacjach trudnych i tym większą ma motywację do rozwiązywania trudnych, problemowych sytuacji i działania zadaniowego. Z kolei chorzy o niskiej akceptacji cukrzycy w sytuacjach stresowych unikają działania, nie szukając rozwiązania problemu. Wykazano, że kobiety i mężczyźni różnili się między sobą stylami radzenia sobie ze stresem. Mężczyźni preferowali styl SSZ (11 osób; kobiety — 1 osoba) oraz styl SSE (6 mężczyzn, 3 kobiety). Natomiast kobiety w zdecydowanie większym stopniu preferowały 2 style (17 kobiet; 47,2%) i 3 style (12 osób; 33,3%) jednocześnie. Odnotowano znaczną różnicę między grupami płci w pozycji „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”, gdzie najwyższe wyniki akceptacji choroby prezentowali badani mężczyźni. Wybór stylu radzenia sobie ze stresem generalnie nie miał związku z wykształceniem badanych osób. Tylko jedna pozycja — „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” — pozostała w korelacji z wykształceniem. Wraz ze wzrostem wykształcenia akceptacja choroby w tej pozycji wzrastała. W pracy Niedzielskiego i wsp. [11] badano stopień akceptacji choroby w wybranych

schorzeniach przewlekłych. Analizowano niewydolność nerek, cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca oraz astmę oskrzelową. Wyniki wykazały podobny poziom akceptacji we wszystkich tych jednostkach chorobowych. Do czynników, które nie miały związku z chorobą przewlekłą, zaliczono między innymi poziom wykształcenia czy też wiek i miejsce zamieszkania [12]. W niniejszych badaniach również nie wykazano związku między grupami wiekowymi a uzyskanymi wynikami stopnia akceptacji choroby — być może dlatego, że początek choroby był różny dla poszczególnych osób w danym wieku. Wykazano, że warunki finansowe miały dość duży wpływ na poziom akceptacji choroby; im były lepsze, tym wyższy był poziom akceptacji choroby, co wynikać może z większej dostępności do pewnych usług czy świadczeń. Natomiast styl radzenia sobie ze stresem w żaden sposób nie był uzależniony od warunków finansowych. Co ciekawe, na sposób radzenia sobie ze stresem wpływało posiadanie dzieci. Badane grupy różniły się między sobą wybranym stylem. Pacjenci posiadający dzieci wybierali głównie 2 (27 osób) lub 3 style (18 osób), natomiast badani bezdzietni preferowali przede wszystkim styl SSE i SSU (po 4 osoby). Stopień akceptacji choroby w żaden sposób nie zależał od posiadania dzieci. Czas trwania choroby nie wpływał na sposób radzenia sobie ze stresem, jednak wraz ze wzrostem jego trwania malała akceptacja schorzenia, głównie w pozycji „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”, a także malała akceptacja choroby w pozycji „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Takie wyniki skłaniają do wniosku, że wraz z czasem trwania cukrzycy, która jest chorobą postępującą, stan pacjentów, niestety, się pogarsza. W związku z tym, wraz z postępem choroby pacjenci coraz częściej muszą się zdać na pomoc innych osób, a ich samowystarczalność zostaje ograniczona. Pacjenci muszą stopniowo rezygnować z różnych czynności, które dotychczas wykonywali, zarówno w sferze zawodowej, jak i prywatnej. Najniższe wyniki akceptacji choroby prezentowali badani chorzy ponad 10 lat, natomiast najwyższe — do 1 roku.

Przedstawiony powyżej przegląd badań oraz wnioski, które z nich wynikają, mogą znacząco wpływać na sposób oraz zakres edukacji chorych na cukrzycę typu 2. W badaniach wykazano istotny związek między czasem trwania choroby a stopniem jej

akceptacji. Dowiedziono, że chorzy w bardzo różny sposób radzą sobie ze stresem oraz równie odmiennie akceptują swoją chorobę, co tylko jest potwierdzeniem, że cukrzyca typu 2 to choroba wieloaspektowa, a pacjent wymaga holistycznej i całościowej opieki.

## Wnioski

1. Osoby z rozpoznaniem cukrzycy typu 2 różnią się między sobą poziomem przystosowania się do choroby (25,16 pkt — przeciętna akceptacja choroby).
2. Wśród badanych zaobserwowano wystąpienie wszystkich rodzajów stylów radzenia sobie ze stresem. Najczęściej występował styl zadaniowy, rzadziej emocjonalny i unikowy.
3. Wykazano związek między poziomem przystosowania się do choroby a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Akceptacja choroby malała wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na emocjach.

## PIŚMIENNICTWO

1. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 171–174.
2. Selye H. Stres okiełznany. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1977: 30–34.
3. Wons A. Stres i radzenie sobie ze stresem. W: Trzcieńcka-Green A. (red.). Psychologia podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Universitas, Kraków 2006: 359–375.
4. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
5. Junik R. Depresja a zespół metaboliczny i cukrzyca. Diabetologia 2006; 9: 3–4.
6. Tomaszewska T. Radzenie sobie ze stresem wywołującym z rozpoznania i leczenia cukrzycy. Magazyn edukacyjny PFED 2009: 1–2.
7. Kurowska K., Frąckowiak M. Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem w przewlekłej chorobie na przykładzie cukrzycy typu 2. Diabet. Prakt. 2010; 11: 101–107.
8. Folkman, S. Lazarus, R.S. Doping as a mediator of emotion. J. Pers. Soc. Psychology 1988, 54: 466–475.
9. Chomka M. Materiał edukacyjny — cukrzyca typu 2. Diabetologia 2010; 10: 1–2.
10. Szcześniak G., Dziemidok P. Wpływ edukacji pacjentów z cukrzycą typu 2 na parametry wyrównania metabolicznego cukrzycy i rozwój jej przewlekłych powikłań oraz jakość ich życia. Kraków 2011; XII zjazd PTD (materiały pokonferencyjne).
11. Pietrzykowska E., Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. Pol. Merk. Lek. 2007; 23: 136.
12. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. Wiad. Lek. 2007; 60: 5–6.