

Poczucie jakości życia a objawy depresji i sposoby radzenia sobie ze stresem u osób z cukrzycą typu 2 – doniesienie wstępne

The quality of life, symptoms of depression and coping with stress among individuals with type 2 diabetes – preliminary study

Dorota Kałka

Katedra Zastosowań Psychologii
Wydział Zamiejscowy SWPS w Sopocie
Kierownik: prof. dr hab. K. Drat-Ruszczak

Summary

Aim. To compare quality of life, symptoms of depression and strategies of coping with stress among individuals with type 2 diabetes and healthy individuals in their middle age, and also to verify the correlation of the aforementioned variables.

Methods. 87 persons took part in the study: 42 persons with type 2 diabetes and 45 healthy persons. There were used 4 questionnaires with recognized psychometric properties.

Results. The results showed significant differences in the level of global quality of life, satisfaction with health and physical domain, symptoms of depression, and also in terms of reactive coping with stress, which focuses on emotions and avoidance.

Conclusions. Individuals with diabetes have lower global perceived quality of life and satisfaction with health and physical domain. In this group, the intensity of depressive symptoms is higher. Both groups use a task-oriented style with the same frequency in times of stress. Persons with diabetes use an emotion-oriented style more often than healthy persons, whereas the latter use an avoidance-oriented style. Both groups use various proactive coping strategies with the same frequency.

Słowa kluczowe: cukrzyca, jakość życia, objawy depresji, radzenie sobie ze stresem

Key words: diabetes, quality of life, symptoms of depression, coping with stress

Wstęp

W obecnym czasie wzrasta liczba osób dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi określanymi jako przewlekłe choroby niezakaźne [1]. Mają one wpływ zarówno na ogólne

poczucie jakości życia chorego, jak i na zadowolenie z poszczególnych jego obszarów [2]. Stanowią główną przyczynę zgonów na świecie [1]. Do chorób tych zaliczamy cukrzycę. W 2010 roku na świecie chorowało na nią 285 milionów ludzi, w 2030 roku liczba ta wzrośnie do 439 milionów [3]. Dane Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej pokazują, że odsetek chorych w Polsce w 2011 roku wynosił 10,6% populacji, z czego około 1/3 to osoby niezdiagnozowane [4]. Cukrzyca stanowi jeden z głównych problemów opieki zdrowotnej zarówno w aspekcie medycznym, jak i społeczno-ekonomicznym [1, 5], dotyka ludzi bez względu na rasę czy miejsce zamieszkania. Wyniki najnowszego międzynarodowego badania poświęconego postawom, oczekiwaniom i potrzebom związanym z leczeniem cukrzycy – Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2 (DAWN2) – ujawniają, że w Polsce 19,2% chorych prawdopodobnie cierpi na depresję, a 56,7% przeżywa silny stres emocjonalny w związku z chorobą i jej powikłaniami [6]. Dlatego też ogromne znaczenie ma umiejętność radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami. „W dłuższych perspektywach czasowych, w ocenie długofalowych konsekwencji, takich jak zdrowie” [7] szczególnie użyteczne jest podejście personologiczne. Dobór stosowanych strategii jest wyznaczony sytuacją, z jaką jednostka ma do czynienia, właściwościami jej osobowości [8], cechami demograficznymi jak wiek, płeć czy wykształcenie oraz aktualnym stanem psychofizycznym [9]. W zmaganiu ze stresem człowiek może stosować zarówno strategie reaktywne – nakierowane na aktualnie doznawany stres, jak i proaktywne – podejmowane w celu uniknięcia, zredukowania lub zapobiegania rozwojowi trudności we wczesnej fazie ich pojawienia się [10], kreujące możliwości rozwoju osobistego, sprzyjające tworzeniu i wzmacnianiu zasobów pomocnych w osiąganiu własnych celów [11, 12]. W ostatnim czasie podkreślane jest znaczenie strategii drugiego typu. Przewidywanie i przygotowanie się do trudnych sytuacji zmniejsza napięcie oraz zwiększa gotowość do ich pokonania, służy wykorzystaniu i wzmacnianiu zasobów przed doświadczeniem trudności, a nie eliminowaniu czynników stresogennych po ich zadziałaniu [13]. Wyniki badań pokazują, iż stosowanie różnych proaktywnych strategii zaradczych wiąże się ze wzrostem zadowolenia z życia [11].

Cel

Celem pracy było dokonanie porównania poczucia jakości życia, obecności i nasilenia objawów depresji oraz sposobów radzenia sobie ze stresem osób z cukrzycą typu 2 i osób zdrowych w okresie średniej dorosłości oraz weryfikacja związku wyżej wymienionych zmiennych.

Material

W badaniu wzięło udział 87 osób: 42 z cukrzycą typu 2 oraz 45 zdrowych. Średni wiek badanych nie różnił się istotnie i wyniósł w grupie z cukrzycą 51,7 roku (SD = 9,14), natomiast w grupie kontrolnej 48,46 roku (SD = 9,32). Średni czas trwania choroby to 5,9 roku (SD = 3,22). W trakcie doboru badanych do grupy kryterialnej zastosowano metodę kuli śniegowej [14]. Do oceny jakości życia w zakresie domeny fizycznej, psychologicznej, społecznej oraz środowiskowej, a także ogólnego poziomu

zadowolenia i zadowolenia ze zdrowia wykorzystano Kwestionariusz Jakości Życia – wersja skrócona (WHOQoL-Brief) [15]. Obecność i nasilenie objawów depresji oceniono Skalą Depresji Becka (BDI) [16]. Reaktywne strategie radzenia sobie zmierzono Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera [17], zaś proaktywne – Kwestionariuszem Reakcji na Codzienne Wydarzenia (PCI) autorstwa Greenglass, Schwarzera i Tauberta [18]. Pierwsza metoda mierzy 3 style radzenia sobie: skoncentrowany na zadaniu, na emocjach oraz na unikaniu (angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich). Druga bada 7 strategii: proaktywną, refleksyjną, strategicznego planowania, prewencyjną, poszukiwania wsparcia instrumentalnego oraz emocjonalnego, a także unikania.

Analizy statystycznej dokonano za pomocą pakietu SPSS 20.0.

Wyniki

Wyniki analizy statystycznej pod kątem różnic międzygrupowych w zakresie poczucia jakości życia przedstawia tabela 1. Zanotowano istotne statystycznie różnice w zakresie ogólnego poczucia jakości życia oraz zadowolenia ze zdrowia i sfery fizycznej. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie zadowolenia z dziedziny psychologicznej, społecznej czy środowiskowej.

Tabela 1. Porównanie wyników w zakresie poczucia jakości życia

	Grupa z cukrzycą	Grupa kontrolna	t	p
Ogólne poczucie	3,02	3,55	-2,681	0,009
Obszar zdrowia	2,81	3,78	-5,756	0,001
Domena fizyczna	3,62	4,03	-3,868	0,001
Domena psychologiczna	3,57	3,44	1,458	0,149
Domena społeczna	3,64	3,84	-1,409	0,162
Domena środowiskowa	3,46	3,47	0,158	0,875

Pogrubieniem zaznaczono różnice istotne statystycznie

Tabela 2 zawiera wyniki porównania danych pod kątem występowania objawów depresji oraz sposobów radzenia sobie ze stresem. Badane grupy różnią się natężeniem objawów depresji. Znaczące różnice wystąpiły w zakresie dwóch reaktywnych stylów radzenia sobie: skoncentrowanego na emocjach i na unikaniu (szczególnie poszukiwanie kontaktów towarzyskich). Nie stwierdzono różnic w zakresie stosowania strategii proaktywnych.

Tabela 2. Porównanie wyników w zakresie natężenia objawów depresji oraz strategii radzenia sobie

	Grupa z cukrzycą	Grupa kontrolna	t	p
Objawy depresji (BDI)	12,45	7,08	-3,082	0,003

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skoncentrowanie na zadaniu (r)	3,48	3,49	-0,006	0,945
Skoncentrowanie na emocjach (r)	3,09	2,65	3,313	0,001
Skoncentrowanie na unikaniu (r)	2,98	3,28	-2,490	0,015
Angażowanie się w czynności zastępcze (r)	2,63	2,88	0,063	0,245
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (r)	3,38	3,85	-2,286	0,025
Proaktywne radzenie sobie (p)	2,59	2,56	0,438	0,664
Refleksyjne radzenie sobie (p)	2,83	2,73	1,178	0,242
Prewencyjne radzenie sobie (p)	2,61	2,5	0,090	0,269
Strategiczne planowanie (p)	2,72	2,63	0,978	0,331
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (p)	2,57	2,72	-1,331	0,187
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (p)	2,59	2,77	-1,422	0,159
Unikanie (p)	2,30	2,49	-1,817	0,730

(r) – reaktywne, (p) – proaktywne, pogrubieniem zaznaczono różnice istotne statystycznie

Dalsze analizy dotyczyły związku między poczuciem jakości życia, objawami depresji oraz sposobami radzenia sobie ze stresem. W przypadku chorych na cukrzycę odnotowano istotny ujemny związek między zadowoleniem ze zdrowia ($r = -0,273$; $p < 0,05$) i dziedziny społecznej ($r = -0,405$; $p < 0,01$) oraz nasileniem objawów depresji. Dodatni związek wystąpił między zadowoleniem z dziedziny fizycznej ($r = 0,325$; $p < 0,05$), społecznej ($r = 0,422$; $p < 0,01$) i środowiskowej ($r = 0,343$; $p < 0,01$) oraz proaktywną strategią poszukiwania wsparcia emocjonalnego, a także zadowoleniem z dziedziny społecznej ($r = 0,392$; $p < 0,01$) i środowiskowej ($r = 0,365$; $p < 0,01$) a strategią poszukiwania wsparcia instrumentalnego. Nie stwierdzono związku pomiędzy wskaźnikami jakości życia oraz reaktywnymi sposobami radzenia sobie. Ujemna korelacja wystąpiła między nasileniem objawów depresji a poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego ($r = -0,363$; $p < 0,01$).

W grupie osób zdrowych odnotowano ujemną korelację zadowolenia ze zdrowia ($r = -0,459$; $p < 0,01$) i dziedziny środowiskowej ($r = -0,366$; $p < 0,05$) oraz reaktywnego stylu skoncentrowanego na zadaniu, a także dodatni związek zadowolenia ze zdrowia ($r = 0,311$; $p < 0,05$) oraz angażowania się w czynności zastępcze. Zadowolenie ze zdrowia ($r = -0,306$; $p < 0,05$) i dziedziny fizycznej ($r = -0,460$; $p < 0,01$) koreluje z refleksyjnym radzeniem sobie. Z zadowoleniem z dziedziny psychologicznej korelują wszystkie strategie proaktywne, z wyjątkiem refleksyjnego i prewencyjnego radzenia sobie, tj. proaktywna ($r = 0,551$; $p < 0,01$), strategicznego planowania ($r = 0,301$; $p < 0,05$), poszukiwania wsparcia instrumentalnego ($r = 0,417$; $p < 0,01$) i emocjonalnego ($r = 0,470$; $p < 0,01$) oraz unikania ($r = -0,402$; $p < 0,01$). Z zadowoleniem z dziedziny społecznej koreluje natomiast poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ($r = 0,590$; $p < 0,01$) oraz emocjonalnego ($r = 0,693$; $p < 0,01$). W grupie tej nie odnotowano związku między nasileniem objawów depresji i pozostałymi zmiennymi.

Omówienie wyników i dyskusja

Wyniki pokazują, że osoby chore na cukrzycę charakteryzują się niższym ogólnym poczuciem jakości życia w porównaniu z osobami zdrowymi, niższym poczuciem jakości życia w obszarze zdrowia oraz sfery fizycznej związanej z czynnościami życia codziennego, poziomem energii, mobilnością, możliwościami wypoczynku i snu oraz zdolnością do pracy. Wyniki te zgodne są z danymi dostępnymi w literaturze [19–22]. Obniżenie poczucia jakości życia jest niewątpliwie związane z ograniczeniami i powikłaniami implikowanymi chorobą, z generowaniem negatywnych napięć i emocji w obszarze związanym ze zdrowiem i samodzielnością czy też współwystępowaniem różnych chorób, a także koniecznością zmiany stylu życia. W prezentowanych badaniach zdrowie jest tym obszarem, z którego osoby z cukrzycą są najmniej zadowolone. Osoby zdrowe natomiast deklarują umiarkowane zadowolenie z tej sfery przy najwyższym zadowoleniu ze sfery fizycznej. Na podobnym poziomie w obu grupach pozostaje zadowolenie z wyglądu zewnętrznego, sfery duchowej oraz poznawczej, a także relacji społecznych, środowiska domowego czy fizycznego (zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny). W badaniach Koligat i wsp. [20] wykazano pozytywne znaczenie dla poziomu poczucia jakości życia takich czynników jak partycypacja społeczna, silne więzy rodzinne oraz dobre warunki mieszkaniowe. Z drugiej strony badania cytowane w literaturze pokazują, iż trwająca wiele lat cukrzyca może wpływać na jakość i ilość kontaktów społecznych (osoby najbliższe mogą nie być w stanie udzielać potrzebnego choremu wsparcia, a sami chorzy mogą odsuwać się od życia społecznego) [21], a także na zadowolenie ze sfery psychologicznej, tym samym obniżać jakość życia w tym zakresie [22]. Warto dodać, iż niższy poziom poczucia jakości życia występuje również w przypadku innych chorób przewlekłych, np. otyłości [23] czy chorób układu sercowo-naczyniowego [24].

Badania własne pokazują, iż osoby z cukrzycą przejawiają większe nasilenie objawów depresji w porównaniu z osobami zdrowymi. Wynik ten pozostaje zgodny z danymi przedstawianymi w literaturze [5, 25, 26]. Warto podkreślić, że są to stany reaktywne [5], nie potwierdzono bowiem związku przyczynowego cukrzycy typu 2 z depresją endogenną, przy jednoczesnym istnieniu odwrotnej zależności [27]. Osoby, u których współwystępuje depresja, borykają się z częstszymi problemami natury emocjonalnej [28], większymi trudnościami z przestrzeganiem zaleceń dotyczących diety, stosowania leków i podejmowania wysiłku fizycznego [29, 30] oraz poważniejszymi problemami zdrowotnymi niż przy występowaniu każdej z chorób osobno [31], co niewątpliwie ma wpływ na jakość życia. Znajduje to potwierdzenie w odnotowanym negatywnym związku nasilenia objawów depresji oraz zadowolenia ze zdrowia. Ponadto odnotowano również negatywny związek pomiędzy zadowoleniem z relacji społecznych oraz występowaniem objawów depresji. Wynik ten koresponduje ze wspomnianymi już rezultatami badań DAWN2, które pokazują, iż 23,9% osób cierpiących na cukrzycę w Polsce czuje się dyskryminowanych z powodu swojej choroby, a wsparcie ze strony ogółu społeczeństwa odczuwa jako znikome [6].

Osoby z cukrzycą, podobnie jak osoby zdrowe, w przypadku radzenia sobie z doznawanym aktualnie stresem najczęściej wybierają styl polegający na planowym

rozwiązaniu sytuacji trudnej na drodze poznawczego jej przekształcenia lub zmiany. Rzadziej stosują sposoby obniżania napięcia emocjonalnego polegające na koncentrowaniu się na sobie, fantazjowaniu i myśleniu życzeniowym, a najrzadziej koncentrują się na angażowaniu w czynności zastępcze lub na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w celu uniknięcia doświadczania stresu. Identyczne rezultaty odnośnie stylu zadaniowego uzyskano w innych polskich badaniach [32, 33, 34]. Styl zadaniowy jest uznany za optymalny dla funkcjonowania człowieka [32], szczególnie w kontekście pozytywnych zachowań związanych ze zdrowiem. Tożsame wyniki w zakresie częstości wybierania stylu emocjonalnego i unikowego uzyskała Kowalska-Wojtysiak [34], odwrotne zaś Kurowska i Frąckowiak [32]. Ocena stylu radzenia sobie w przypadku osób z cukrzycą może zostać wykorzystana w procesie leczenia, między innymi podczas wyboru rodzaju wstrzykiwacza insuliny w okresie rozpoczynającym insulinoterapię [35]. Osoby zdrowe równie często co osoby chore w stosunku do koncentrowania się na podejściu zadaniowym stosują unikanie (poprzez częstsze poszukiwanie kontaktów towarzyskich), istotnie rzadziej natomiast koncentrują się na emocjach. Dominację stylu zadaniowego, przy najrzadszym stosowaniu stylu emocjonalnego w grupie osób po 25 roku życia, wykazano również w badaniach Huber [36].

Poziom poczucia jakości życia oraz obecność i nasilenie objawów depresji u osób z cukrzycą nie są związane z reaktywnymi stylami radzenia sobie. Wyniki badań Mućko, Kokoszki i Skłodowskiej [37] pokazują natomiast, że w przypadku osób z cukrzycą skoncentrowanie na zadaniu i poszukiwanie najlepszych rozwiązań wiąże się z obniżeniem poziomu lęku i depresji, skupianie się na emocjach i bierności natomiast z jego podwyższeniem. Rozbieżność w wynikach być może podyktowana jest specyfiką badanych grup. W przypadku osób zdrowych natomiast zadowolenie ze środowiska fizycznego maleje wraz z koncentrowaniem się na rozwiązaniu problemu, podobnie jak zadowolenie ze zdrowia, które w przypadku unikania konfrontacji z trudnościami poprzez podejmowanie czynności zastępczych zaczyna z kolei wzrastać. Jak już wspomniano, styl skoncentrowany na zadaniu jest uznany za optymalny [32], w związku z tym uzyskane w grupie zdrowych wyniki wydają się zaskakujące. Być może osoby zdrowe, koncentrując się na aktualnej sytuacji stresowej, bardziej krytycznie oceniają swoje zdrowie oraz otoczenie fizyczne, przez co poczucie jakości życia obniża się.

Osoby z cukrzycą nie różnią się od osób zdrowych poziomem wykorzystywania proaktywnych strategii radzenia sobie ze stresem nakierowanych na zredukowanie potencjalnego, antycypowanego stresu. Wynika to prawdopodobnie z faktu, iż proaktywne strategie radzenia sobie związane są z poczuciem kontrolowalności i tworzeniem zasobów kompetencyjnych zarówno w sytuacji stresu normatywnego, jak i związanego z chorobą [38]. Różnice dotyczą stosowania strategii wewnątrz grup. W grupie osób z cukrzycą najczęściej stosowana jest strategia polegająca na rozmyślaniu nad różnymi możliwościami działania i ich efektywnością, najrzadziej natomiast strategia związana z dystansowaniem się od przyszłych sytuacji stresowych. Thoolen i wsp. [39] stwierdzili, że interwencje nakierowane na uczenie proaktywnego radzenia sobie poprzez rozpatrywanie potencjalnych ograniczeń i utrudnień związanych z chorobą oraz tworzenie skutecznych planów działania na przyszłość i ich wypróbowywanie

w przypadku nowo zdiagnozowanych pacjentów z cukrzycą typu 2 sprzyjają lepszemu przygotowaniu do życia z chorobą, w tym skuteczniejszej samokontroli. Osoby zdrowe podobnie często korzystają z wszystkich proaktywnych strategii. Jak już wspomniano wcześniej, strategie proaktywne wiążą się ze wzrostem zadowolenia z życia [11]. Osoby z cukrzycą, które częściej w przypadku antycypowania trudności ujawniają innym swoje emocje, są bardziej zadowolone z czynności życia codziennego związanych z chorobą, a także z relacji społecznych czy środowiska fizycznego. Poziom zadowolenia ze środowiska społecznego i fizycznego wzrasta również wraz z częstością stosowania strategii związanych z poszukiwaniem porad i wsparcia ze strony innych. Obie strategie mocno bazują na osobach znaczących, zatem można przypuszczać, iż w obliczu sytuacji trudnych rola wsparcia społecznego udzielanego chorym jest niezwykle istotna. Znaczenie proaktywnych strategii w sytuacji choroby dla satysfakcji z życia wykazały między innymi badania prowadzone przez Sęk i Pasikowskiego [38] w grupie osób niepełnosprawnych (w badaniach tych jedynie nie odnotowano związku pomiędzy zadowoleniem i strategią unikania). Warto dodać, iż osoby z cukrzycą, które podczas przygotowywania się do sytuacji trudnych poszukują porad i wsparcia ze strony innych, charakteryzują się niższym poziomem nasilenia objawów depresji. Jest to kolejne potwierdzenie znaczenia wsparcia społecznego dla chorych na cukrzycę. Również osoby zdrowe częściej stosujące strategie oparte na poszukiwaniu wsparcia mają wyższy poziom zadowolenia z relacji społecznych. Osoby częściej rozmyślające o możliwościach działania są z kolei bardziej zadowolone z życia w obszarze zdrowia i czynności życia codziennego. Dla poziomu zadowolenia ze sfery psychologicznej w grupie zdrowych znaczenia nie ma jedynie częstość stosowania ostatniej wymienionej strategii oraz strategii polegającej na antycypowaniu potencjalnej sytuacji stresowej.

Wyniki przedstawionych badań stanowią doniesienie wstępne. Na dalszych etapach niewątpliwie należy zwiększyć grupę badanych. Umożliwi to zastosowanie zaawansowanych analiz statystycznych przy weryfikowaniu przedstawionych w artykule rezultatów oraz zgeneralizowanie wniosków prowadzonych prac. Warto też wprowadzić kontrolę zmiennych, których nie kontrolowano w badaniu, takich jak płeć [40], wiek zdiagnozowania i czas trwania choroby [19, 40, 41], występowanie powikłań [40, 41], rodzaj prowadzonej terapii [40, 41]. Zmienne te w dużej mierze związane są z procesem przystosowania się do roli osoby chorej, tym samym są istotne dla poczucia jakości życia [42]. Stanowią także czynniki niewątpliwie wpływające na wypracowanie strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Piśmiennictwo

1. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Walker AE. *Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia*. *Chronic Illn*. 2007; 3(3): 202–218.

3. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. *The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus – present and future perspectives*. Nat. Rev. Endocrinol. 2012; 8: 228–236.
4. International Diabetes Federation. 2011. *IDF Diabetes Atlas*. Fifth edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; www.idf.org/diabetesatlas.
5. Tatoń J, Czech A, Bernas M. *Diabetologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
6. Nicolucci A, Kovacs-Burns K, Holt RIG, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H. i wsp. *Diabetes attitudes, wishes and needs second study (DAWN2TM): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes*. Diabet. Med. 2013; 30: 767–777.
7. Łosiak W. *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2008.
8. Strelau J. *Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar; 2006.
9. Wrześniewski K. *Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z. red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996. s. 44–46.
10. Aspinwall LG. *Where planning meets coping: Proactive coping and the detection and management of potential stressors*. W: Friedman SL, Scholnick EK. red. *The developmental psychology of planning: Why, how, and when do we plan?* Hillsdale NJ: Erlbaum; 1997. s. 285–320.
11. Greenglass E. *Proactive coping*. W: Frydenberg E. red. *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press; 2002. s. 37–62.
12. Schwarzer R, Taubert S. *Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: proactive coping*. W: Frydenberg E. red. *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press; 2002. s. 19–35.
13. Słysz A. *Refleksyjność, proaktywne radzenie sobie ze stresem życiowym a zdrowie*. W: Kaczmarek Ł, Sęk H. red. *W stronę psychologii pozytywnej*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2004. s. 31–48.
14. Babbie E. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
15. Wołowicka L, Jaracz K. *Polska wersja WHO-QOL 100 i WHO-QOL Bref*. W: Wołowicka L. red. *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane AM 2001; s. 231–238.
16. Parnowski T, Jemajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 11: 417–425.
17. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005.
18. Pasikowski T, Sęk H, Greenglass ER, Taubert S. *The Proactive Coping Inventory-Polish Adaptation*. Pol. Psychol. Bull. 2002; 33: 41–46.
19. Rubin RR, Peyrot M. *Quality of life and diabetes*. Diabetes Metab. Res. Rev. 1999; 15(3): 205–218.
20. Koligat D, Leszczyński P, Pawlak-Buś K, Koligat A, Zaprutko T, Kus K. i wsp. *Wpływ chorób przewlekłych (osteoporozy i cukrzycy) na Health Related Quality-of-Life – badanie pilotażowe*. Now. Lek. 2012; 81(2): 122–128.
21. Pietrzykowska E, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. *Jakość życia chorych na cukrzycę*. Pol. Merkuriusz Lek. 2007; 23(136): 311–314.
22. Bosić-Zivanović D, Medić-Stojanoska M, Kovačev-Zavišić B. *Kvalitet života obolelih od dijabetesa melitusa tipa 2*. Vojnosanit Pregl. 2012; 69(10): 858–863.

23. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer C. *A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function*. *Obes. Surg.* 2012; 22: 668–676.
24. Szyguła-Jurkiewicz B, Kowalska M, Mościński M. *Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego*. *Fol. Card. Exc.* 2011; 6(1): 62–71.
25. Potyralaska M, Krawczyk A. *Depresja u osób z cukrzycą typu 2 – współwystępowanie, implikacje kliniczne i terapeutyczne*. *Wiad. Lek.* 2007; 60; 9–10.
26. Makara-Studzińska M, Partyka I, Ziemecki P, Ziemecka A, Andrzejewska D. *Występowanie lęku i depresji w cukrzycy – przegląd literatury*. *Curr. Probl. Psychiatrii* 2013; 14(2): 98–102.
27. Eaton WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE. *Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population – based study*. *Diabetes Care* 1996; 19: 1097–1102.
28. Kokoszka A, Pouwer F, Jodko A, Radzio R, Mućko P, Bieńkowska J. i wsp. *Serious diabetes-specific emotional problems in patients with type 2 diabetes who have different levels of comorbid depression: a Polish study from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium*. *Eur. Psychiatry* 2009; 24(7): 425–430.
29. Carney C. *Diabetes mellitus and major depressive disorder: an overview of prevalence, complications, and treatment*. *Depress Anxiety* 1998; 7: 149–157.
30. Duda-Sobczak A, Wierusz-Wysocka B. *Cukrzyca a choroby psychiczne*. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(4): 589–598.
31. Egede LE. *Diabetes, major depression, and functional disability among US adults*. *Diabetes Care* 2004; 27: 421–428.
32. Kurowska K, Frąckowiak M. *Wsparcie społeczne a radzenie sobie w przewlekłej chorobie na przykładzie cukrzycy typu 2*. *Diabet. Prakt.* 2010; 11(30): 101–107.
33. Kurowska K, Lach B. *Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2*. *Diabet. Prakt.* 2011; 12(3): 113–119.
34. Kowalska-Wojtysiak M. *Wsparcie społeczne płynące od partnerów życiowych a radzenie sobie z chorobą przewlekłą (na podstawie cukrzycy typu 2) przez kobiety i mężczyzn*. *Now. Lek.* 2012; 81(3): 187–196.
35. Kokoszka A, Sieradzki J. *Styl radzenia sobie z chorobą a wybór rodzaju wstrzykiwacza insuliny u chorych na cukrzycę typu 2 rozpoczynających insulinoterapię*. *Diabet. Prakt.* 2004; 5: 67–74.
36. Huber L. *Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych a choroby cywilizacyjne XXI wieku*. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012; 91(2): 268–275.
37. Mućko P, Kokoszka A, Skłodowska Z. *Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2*. *Diabet. Prakt.* 2005; 6(5): 240–249.
38. Sęk H, Pasikowski T. *Proaktywne radzenie sobie ze stresem życiowym i subiektywne wskaźniki zdrowia*. *Studia Psychol.* 2003; 41(4): 105–126.
39. Thoolen BJ, deRidder D, Bensing J, Gorter K, Rutten G. *Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management*. *Psychol. Health* 2009; 24(3): 237–254.
40. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten G, Wolffenbuttel B, Niessen LW. *Health-related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes*. *Diabetes Care* 2002; 25: 458–463.

41. Pufal J, Gierach M, Pufal M, Bronisz A, Kielbasa L, Junik R. *Wpływ czynników społeczno-demograficznych i klinicznych na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2*. Diabetol. Dośw. Klin. 2004; 4(2): 137–143.
42. Dąbrowska A, Jurkowska B, Nowicki G, Prystupa A, Bednarski J, Pietryka-Michałowska E. *Ocena wybranych elementów psychicznej jakości życia pacjentów leczonych z powodu cukrzycy typu 2*. Curr. Probl. Psychiatrii 2012; 13(2): 128–133.

Adres: Dorota Kalka
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
81-745 Sopot, ul. Polna 16/20

Otrzymano: 1.09.2013
Zrecenzowano: 2.01.2014
Otrzymano po poprawie: 1.02.2014
Przyjęto do druku: 1.09.2014