

Iwona Kocemba

Osobowość pacjentek z cukrzycą typu 2

Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 7, 77-85

2003

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

IWONA KOCEMBA

Zakład Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii UŁ

OSOBOWOŚĆ PACJENTEK Z CUKRZYCĄ TYPU 2

WSTĘP

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną. Każda choroba, szczególnie przewlekła, zmienia w sposób drastyczny dotychczasową sytuację chorego i ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie normalnych zadań, a także prowadzi zwykle do pogorszenia sytuacji życiowej osoby. Tak właśnie dzieje się i w przypadku cukrzycy. Pacjent musi stosować zasady obowiązujące w leczeniu cukrzycy, które zmieniają dotychczasowy rytm dnia. Cukrzyca wymaga nie tylko przyzwyczajenia się do nowego rytmu dnia, ale również dużej samokontroli. Pacjenci każdego dnia muszą wkładać bardzo duży wysiłek, aby nie dopuścić do pojawienia się powikłań. Ponadto każdy zdaje sobie sprawę, że jest to choroba nieuleczalna, która niesie za sobą duże zagrożenie zdrowia i życia, i właśnie z taką świadomością chory musi dalej funkcjonować. W takich warunkach musi dojść do modyfikacji cech osobowości, zmienia się skala wartości i potrzeb. Każda „zła” diagnoza, a szczególnie nieuleczalnej choroby, wywołuje u pacjenta przykre emocje. Często jest to poczucie winy, bezradności i zagrożenia. Osoba chora może mieć uczucie, że już nic pozytywnego jej w życiu nie czeka. R. Wredling i in. (1995) opisują, iż uczucia te są szczególnie silne u kobiet i właśnie u kobiet obserwuje się w większym stopniu niż u mężczyzn negatywny wpływ cukrzycy na życie codzienne.

PRZEGLĄD BADAŃ

Badacze, zajmujący się problematyką psychologiczną wśród chorych na cukrzycę, swoje zainteresowania koncentrują przede wszystkim na osobach

z cukrzycą typu 1, czyli u dzieci i młodzieży. Natomiast dorobek badawczy dotyczący osób starszych (typ 2) jest dość skromny.

Badaniem osobowości osób chorych na cukrzycę, nie uwzględniając typu choroby, zajęli się M. Menter, D. Tomas i in. (1982). Stwierdzają oni, iż chorzy na cukrzycę są znacznie bardziej neurotyczni, silniej kontrolują reakcje emocjonalne, są mniej agresywni, mniej spontaniczni i mniej pobudliwi – z tendencją do zawyżonej samooceny i kontroli, z dużą potrzebą aprobaty społecznej – oraz szukają kontaktu społecznego.

W 1985 r. ukazał się artykuł P. L. Alba i in. prezentujący wyniki badań osobowości 40 Kubańczyków (75% kobiet) chorych na cukrzycę (autorzy nie podają typu choroby). Wyniki wskazują, iż osobowość pacjentów wykazuje cechy osobowości obsesyjnej, schizoidalnej, historycznej i paranooidalnej.

Badaniem cech osobowości wśród osób dorosłych z cukrzycą typu 1 zajęli się B. Ruszczyńska i in. (1991). Osobowość chorych na cukrzycę w świetle tych badań charakteryzuje konfliktowość, wynikająca ze sprzecznych dążeń do kontaktów społecznych przy równoczesnej tendencji do wycofywania się z nich w obawie przed odrzuceniem z powodu ich „inności”, potrzeba oparcia przy skłonności do wyrażania niezależności. Mają trudności z przystosowywaniem się do problemów życiowych (takich jak szkoła, praca zawodowa, seks, małżeństwo i in.) oraz cechuje ich negatywizm, wyrażający się częstymi stanami rozdrażnienia, wybuchowością, zamykaniem się w sobie, unikaniem, ucieczką. Przeżywanie stanów depresyjnych z objawami lęków, zniechęcenia, brakiem nadziei był bardziej widoczny u osób z dłuższą trwającą cukrzycą.

A. Nasiłowska-Barud (1988; Nasiłowska-Barud, Markiewicz 1993) również zajęła się tą problematyką (jednak nie podaje typu choroby, a wiek badanych sugeruje, iż były to oba typy cukrzycy). W pierwszym przypadku (1993) badacze porównywali cechy osobowości u osób: z cukrzycą i po pierwszym zawale serca (20 chorych w wieku 30–56 lat); z samą cukrzycą (70 osób); z samym zawałem (70 osób) i osób zdrowych. Uzyskane wyniki sugerują, iż chorzy z cukrzycą i zawałem, i chorzy tylko z cukrzycą charakteryzują się wspólnym zespołem cech takich jak: obniżona integracja osobowości oraz niska tolerancja w znoszeniu trudności, niepowodzeń i stresów. Chorzy z cukrzycą i zawałem w odróżnieniu od chorych na zawał bez cukrzycy są bardziej niezrównoważeni emocjonalnie i mają silniejszy syndrom auto-agresji. Cechuje ich wysoki poziom depresji, niepokoju i lęku oraz poczucie izolacji społecznej. We wszystkich badanych grupach chorych stwierdzono dominujące potrzeby w zespole postaw obronnych i silnej samokontroli, potrzeby związane z osiągnięciem celów i dążeniami oraz potrzeby związane z prawidłowymi stosunkami z innymi ludźmi. We wcześniejszych badaniach 70 osób z cukrzycą (w wieku 16–62 lata) A. Nasiłowska-Barud (1988)

wykazała, iż badani prezentowali cechy osobowości neurotycznej: obniżony poziom integracji osobowości, obniżoną tolerancję na frustrację, nadmierny samokrytycyzm, otwartość na przyjmowanie pomocy od innych, cechy wysokiego napięcia neurotycznego, wysoki poziom niepokoju i lęku, obniżony nastrój.

Wielu badaczy wskazuje na bardzo częste występowanie lęku i depresji u pacjentów z typem 2 cukrzycy (De Mont i in. 1995; Okada, Fchiki 1995; Lustman i in. 1997; Friedman i in. 1998).

Są jednak badacze (np. H. Viinamaki i in. (1995) i B. Luban-Plozza i in. (1995)), którzy uważają, iż nie można mówić o jakimś szczególnym typie osobowości chorych na cukrzycę. Według B. Luban-Plozzy (1995) czynniki psychiczne nie mają podstawowego znaczenia dla przebiegu choroby i powodzenia w leczeniu. Dodają oni, że dotyczy to zwłaszcza chorych z typem 1 cukrzycy.

Badacze wskazują również, iż funkcjonowanie poznawcze (pamięć, uwaga, uczenie się, rozwiązywanie problemów) obniża się u osób z cukrzycą typu 2 w porównaniu z niecukrzykami (Uren i in. 1990; R. Stolk 1997; Dey i in., 1997). Wyników tych nie potwierdzają inne badania, w których nie wykryto powiązań między cukrzycą a funkcjonowaniem poznawczym (Akinlade i in. 1996; Motta i in. 1998).

Z powyższych badań wynika, że nie ma zgody wśród badaczy na temat różnic w cechach osobowości między osobami chorymi na cukrzycę a zdrowymi. Jednak wydaje się, że tak przewlekła choroba może wywierać znaczący wpływ na osobowość chorego. Pacjenci muszą nauczyć się regularności i systematyczności, muszą radykalnie zmienić swoje życie i muszą zrezygnować z wielu dotychczasowych przyzwyczajeń. Muszą również pogodzić się z faktem, iż dożywotnio będą występować w charakterze pacjenta. Tak więc celem prezentowanych badań było porównanie, czy kobiety z typem 2 cukrzycy różnią się w zakresie cech osobowości od osób zdrowych.

METODA

Przebadano dwie grupy kobiet. Pierwszą grupę stanowiło 66 kobiet z typem 2 cukrzycy, będących pacjentkami Kliniki Chorób Przewodu Pokarmowego i Przemiany Materii IMW AM w Łodzi. W tym 35 kobiet było leczonych tabletkami, a 31 insuliną. Grupę kontrolną tworzyło 66 kobiet zdrowych, a pod względem wieku i wykształcenia odpowiadały one osobom z grupy pierwszej. Średni wiek w obu grupach wynosił 63 lata, natomiast średni czas trwania choroby w grupie pierwszej wynosił 8,6 lat.

Tabela 1

Krótki opis 16 czynników podstawowych (Nowakowska 1970, s. 494)

Czynnik	Wyniki wysokie (+)	Wyniki niskie (-)
A cyklotymia – schizotymia	współdziałający, przyjacielski, beztroski	Sztywny, modny, powściągliwy
B wysoka inteligencja – niska inteligencja	inteligentny	nieinteligentny
C dojrzałość emocjonalna – neurotyczność	dojrzały emocjonalnie, silne ego	dziecinny, neurotyczny, słabe ego
E dominowanie – uległość	dominujący, agresywny	uległy, niepewny siebie
F surgencja – desurgencja	ekspansywny, entuzjastyczny	mało ekspansywny, chmurny, poważny
G wysokie superego – niskie superego	wytrwały, odpowiedzialny, stały uczuciowo	nietrwały, zależny, lekkomyślny, zmienny uczuciowo
H odporność – brak odporności	odporny w sytuacji zagrożenia, śmiały, impulsywny, awanturniczy	mało odporny na zagrożenia, unikający, nieśmiały, nadwrażliwy
I wrażliwość – brak wrażliwości	wrażliwy, wymagający, niecierpliwy, zależny, delikatny, dojrzały	twardy, realistyczny, mający zaufanie do siebie
L paranoidalna podejrzliwość – brak podejrzliwości	podejrzliwy, zawistny, zazdrosny, zahamowany	ufny, akcentujący, dostosowujący się, otwarty
M niekonwencjonalność – konwencjonalność	niekonwencjonalny, egocentryczny	konwencjonalny, praktyczny
N racjonalizm – prostota	nienaganny, zręczny towarzysko	prosty, bezpretensjonalny, niezręczny towarzysko
O depresyjna niepewność – pewność siebie	bojaźliwy, niepewny siebie, lękliwy	ufny, pewny siebie
Q ₁ radykalizm – konserwatyzm	samodzielny w myśleniu, postępowy	spokojny, niepomyślowy
Q ₂ samowystarczalność – zależność od grupy	samodzielny w działaniu	trzymający się zasad, konwencji grupy
Q ₃ wysoka samoocena – niska samoocena	opanowany, dokładny, o silnej woli	niewytrwały, o słabej woli
Q ₄ wysokie napięcie ergiczne – niskie napięcie ergiczne	napięty, pobudliwy	flegmatyczny, spokojny

W badaniu posłużono się polską wersją 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowości R. B. Cattella. Kwestionariusz składa się z 305 pytań, na każdy czynnik przypada od 18 do 20 pytań. Krótka charakterystyka czynników zamieszczona została w tab. 1. W celu sprawdzenia istotności różnic między średnimi wynikami uzyskanymi przez obie porównywane grupy zastosowano test *t*-Studenta.

WYNIKI

Uzyskane wyniki w zakresie 16 czynników osobowości zawiera tab. 2.

Jak wynika z danych w niej zamieszczonych, istotne statystycznie różnice wystąpiły w zakresie aż 12 wymiarów osobowości. Czynniki A+ i L- wskazują, że kobiety chore na cukrzycę są bardziej dobroduszne, troskliwe, chętne do współpracy, przyjazne, chętniej przebywają wśród ludzi, łatwo dostosowują się do otoczenia, są ufne i mało krytyczne, a zarazem bardziej potrzebują oparcia. Niższy poziom czynnika F (F-) w pierwszej grupie wskazuje, iż są one mniej ekspansywne, bardziej poważne i mają obniżone samopoczucie. Charakteryzuje je również niższy poziom inteligencji (B-). Czynniki E obrazuje potrzebę zaznaczenia się, wrodzoną dążność do opanowania środowiska fizycznego i społecznego (Cattell i in. 1970). Kobiety z cukrzycą uzyskały wyniki niższe, co oznacza, iż są bardziej uległe, niepewne, ale zarazem bardziej wrażliwe i łagodne. W większym stopniu niż kobiety zdrowe potrzebują aprobaty. Czynniki I- i N+ wskazują, że pacjentki są bardziej realistyczne (ujawniły bardziej trzeźwy stosunek do rzeczywistości), odpowiedzialne i rzeczowe, a zarazem mają dużą łatwość tolerowania ludzi i ich błędów. Ponadto wyniki badań ujawniają, że diabetyczki są bardziej wytrwałe i odpowiedzialne w swoim działaniu (G+) oraz cechuje je większy praktycyzm myślenia i działania, drobiazgowość i bardziej obiektywne spostrzeganie rzeczywistości (M-). Jednakże w większym stopniu ujawniają poczucie winy i łatwiej ulegają przygnębieniu (O+). Kolejny czynnik (Q₂-) ujawnia, iż pacjentki trzymają się ściśle zasad i konwencji grupy, wolą przebywać w towarzystwie innych osób, niż same spędzać czas wolny. Panie z cukrzycą cechuje niższa samoocena oraz niższa motywacja osiągnięć (Q₃-).

R. B. Cattell i in. (1970) podaje, iż na podstawie konfiguracji czynników można wypowiedzieć się co do przystosowania i nieprzystosowania się osób badanych. Tę konfigurację opisują czynniki A i E. Niskie wyniki w czynniku A i wysokie w E wskazują na pewne ograniczenie możliwości przystosowania się. Wyniki, które uzyskały osoby chore na cukrzycę wskazują, iż nie mają one problemu z przystosowaniem się. Można wysnuć przypuszczenie, że

cecha ta jest wynikiem życia już jakiś czas z chorobą. Żadna z badanych pacjentek nie chorowała na cukrzycę krócej niż rok (średni czas długości choroby wynosił 8,6 lat), miały czas, aby przystosować się do choroby i do zmiany trybu życia (dieta, regularne posiłki, kontrola cukru, odpowiedni wysiłek fizyczny).

Tabela 2

Porównanie średnich wyników uzyskanych przez osoby z typem 2 cukrzycy (x_1) i osoby zdrowe (x_2) w zakresie mierzonych wymiarów osobowości

Czynniki	x_1	x_2	s_1	s_2	t	p
A cyklotymia – schizotymia	21,68	18,56	6,1	4,92	3,23	0,002
B wysoka inteligencja – niska inteligencja	8,20	11,17	2,66	2,90	-6,13	0,000
C dojrzałość emocjonalna – eurotyczność	17,71	17,52	5,37	5,23	0,21	n.i.
E dominowanie – uległość	10,30	14,86	5,27	4,99	-5,11	0,000
F surgencja – desurgencja	15,33	19,45	5,05	5,38	-4,53	0,000
G wysokie superego – niskie superego	22,83	20,45	4,78	5,12	2,76	0,007
H odporność – brak odporności	18,91	19,39	6,04	6,58	-0,44	n.i.
I wrażliwość – brak wrażliwości	24,08	26,76	5,39	5,32	-2,88	0,005
L paranoidalna podejrzliwość – brak podejrzliwości	20,98	23,11	4,49	4,82	-2,62	0,01
M niekonwencjonalność – konwencjonalność	13,39	18,98	4,68	5,73	-6,14	0,000
N racjonalizm – prostota	21,59	19,95	3,07	4,04	2,62	0,01
O depresyjna niepewność siebie – pewność siebie	24,09	20,38	6,56	9,00	2,71	0,008
Q ₁ radykalizm – konserwatyzm	20,65	21,76	4,53	4,87	-1,35	n.i.
Q ₂ samowystarczalność – zależność od grupy	16,00	18,36	4,95	5,31	-2,65	0,009
Q ₃ wysoka samoocena – niska samoocena	24,09	28,09	4,79	4,64	-6,94	0,000
Q ₄ wysokie napięcie ergiczne – niskie napięcie ergiczne	19,00	21,48	5,28	7,08	-1,56	n.i.

DYSKUSJA

J. Tatoń (1992) na podstawie swoich obserwacji twierdzi, że cukrzyca budzi altruizm i życzliwość dla innych. Wyniki prezentowanych badań potwierdzają to stwierdzenie. Panie z cukrzycą uczestniczące w badaniach były bardziej towarzyskie i przyjazne niż kobiety zdrowe. Wyniki prezentowanych badań wskazują na niższe funkcjonowanie intelektualne. O tym, iż sprawność intelektualna obniża się u diabetyków donoszą również inni autorzy (R. Uren i in. 1990; G. Worrall i in. 1993; R. Stolk, 1997). Jednak sądzę, iż problem ten należy poddać dokładniejszym badaniom, tym bardziej, że w literaturze są badania nie potwierdzające tych wniosków (Akinlade i in. 1996). Na obniżenie wartości tego czynnika mógł wpłynąć fakt, iż badanie odbywało się w szpitalu. Jest to miejsce, które z całą pewnością nie sprzyja koncentracji. Innym problemem jest, czy czynnik B w 16-czynnikowym Kwestionariuszu Osobowości mierzy inteligencję? Z. Łoś (1993) pisze, że skala B pozwala jedynie ocenić, czy badany zdolny jest do myślenia logicznego. Jego zdaniem niski wynik oznacza myślenie nielogiczne lub niezdolność badanego do zrozumienia treści pytań. Tak więc problem funkcjonowania intelektualnego kobiet chorych na cukrzycę typu 2 pozostaje otwarty i wymaga zastosowania właściwych technik. W literaturze wiele pisze się o lęku, obniżonym samopoczuciu i niskiej samoocenie chorych na cukrzycę (Nasiłowska-Brud, Markiewicz 1993; Okada, Tchiki 1995; Lustman i in. 1997; Friedman i in. 1998). W prezentowanych badaniach uzyskano potwierdzenie tych wniosków. Wyniki wskazują, że kobiety chore na cukrzycę cechuje większa uległość, obniżone samopoczucie oraz nastrój przygnębienia połączony z lękiem i poczuciem winy, co w konsekwencji prowadzi do niskiej samooceny. U badanych kobiet ujawniły się cechy, które mogą sprzyjać dostosowaniu się do sytuacji nieuleczalnej choroby. Pacjentki mają zaufanie do siebie i do otoczenia, łatwiej niż osoby zdrowe dostosowują się do zmian. Są bardziej praktyczne, racjonalne, wytrwałe i odpowiedzialne oraz prezentują bardziej trzeźwy stosunek do rzeczywistości. Cechy te mogą ułatwić proces leczenia. Cukrzyca wymaga realistycznego podejścia do tej choroby. Pacjent nie może udawać, że nic mu nie grozi i samodzielnie każdego dnia musi stosować samokontrolę, związaną z wieloma ograniczeniami. W takim postępowaniu bardzo przydatne są takie cechy jak wytrwałość i odpowiedzialność oraz zaufanie we własne siły. Diabetycy muszą wierzyć, że są w stanie sami sobie pomóc. Również w procesie leczenia bardzo pomocna jest cecha współpracy z personelem leczącym i obdarzanie go zaufaniem.

Omawiane wyniki badań wskazują, że cukrzyca modyfikuje cechy osobowości kobiet chorujących na tę przewlekłą i nieuleczalną chorobę.

WNIOSKI

Porównanie średnich wyników uzyskanych przez kobiety chore na cukrzycę typu 2 i kobiety zdrowe, w zakresie czynników osobowości, prowadzi do następujących wniosków:

1. Kobiety z cukrzycą charakteryzuje bardziej wylewny i przyjacielski (A+) oraz bardziej ufny (L-) stosunek do otoczenia. Ten ostatni czynnik wskazuje również, iż diabetyczki w większym stopniu czują potrzebę oparcia.

2. Kobiety chore są bardziej towarzyskie i ściśle przestrzegają zasad obowiązujących w danej grupie (Q₂-).

3. Pacjentki szpitala cechuje obniżone samopoczucie (F-) oraz nastrój przygnębienia połączony z lękiem i poczuciem winy (O+) prowadzący do niskiej samooceny (Q₃-).

4. W porównaniu ze zdrowymi, panie z cukrzycą są bardziej praktyczne (M-), racjonalne (N+), wytrwałe i odpowiedzialne (G+) oraz prezentują bardziej trzeźwy stosunek do rzeczywistości.

5. Charakteryzuje je większa uległość i niepewność siebie (E-) oraz niższy poziom funkcjonowania intelektualnego (B-) niż kobiety zdrowe.

6. Pacjentki nie mają problemów z przystosowaniem się do nowych warunków.

BIBLIOGRAFIA

- Akinlade K. S., Ohaeri J. U., Suberu M. A., (1996), *The Psychological Condition of a Cohort of Nigerian Diabetic Subjects*, Afr. J. Med. Med. Sci., **25**, 1, 61–67
- Alba P. L., Batule O. M., i in. (1985), *Diabetes Mellitus. Factores Psicossociales*, „Boletín de Psicología Cuba”, **8**, 2, 63–83
- Cattell R. B., Eber H. W., Tatsuoka M. M., (1970), *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire in Clinical, Educational, Industrial and Research Psychology*, Institute For Personality and Ability Testing, Champaign, (Ill)
- De Mont M. F., Hardy P., i in. (1995), *Six Month and Lifetime Prevalences of Psychiatric Disorders in Inpatients With Diabetes Mellitus*, „European Psychiatry”, **10**, 5, 245–249
- Dey J. i in. (1997), *A Reexamination of the Relation between Coping and Mental Health*, „Journal of Personality and Social Psychology”, **53**
- Friedman F., Vila G., i in. (1998), *Anxiety and Depressive Disorders in an Adult IDDM Population*, „European Psychiatry”, **13**, 6, 295–302
- Luban-Plozza B., i in. (1995), *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa
- Lustman P. J., Griffith L. S., i in. (1997), *Effects of Nortriptyline on Depression and Glycemic Control in Diabetes. Result of a Double-blind, Placebo-controlled Trial*, „Psychosomatic Medicine”, **59**, 3, 241–250
- Łoś Z., (1993), *Interpretacja wyników badania Kwestionariuszem „16-PF” R. B. Cattella*, [w:] E. Okręglińska-Forysiak, *Wybrane metody diagnostyczne w psychologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław

- Menter M., Tomas D., i in. (1982), *Personallichkeitspsychologische untersuchungen und Patienten mit Diabetes Mellitus*, „Diagnostic” **3**, 5–12
- Motta M., Elia G., i in. (1998), *Cognitive Deterioration in Elderly Diabetic Patients*, „Archives of Gerontology and Geriatrics”, Supplement **6**, 347–354
- Nasiłowska-Barud A., (1988), *Niektóre psychosomatyczne problemy u chorych z cukrzycą*, „Wiadomości Lekarskie”, **41**, 13
- Nasiłowska-Barud A., Markiewicz M., (1993), *Psychologiczne problemy u chorych z cukrzycą i zawalem serca*, „Wiadomości Lekarskie”, **46**, 5–6, 167–172
- Nowakowska M. (1970), *Polska adaptacja 16 czynnikowego CO R. B. Cattella*, „Psychologia Wychowawcza”, **13**, 4, 478–500
- Okada S., Ichiki K., (1995), *Improvement of Stress Reduces Glycosylated Haemoglobin Levels in Patients with Type 2 Diabetes*, „Journal of Internal Medical Research”, **23**, 2, 119–222
- Okada S., Hamada H., i in. (1995), *Factors Related to Stress in Patients with Niddm*, „Journal of Internal Medical Research”, **23**, 6, 449–457
- Ruszczyńska B., Burka M., i in. (1991), *Ocena stanu psychicznego chorych na cukrzycę typu 1 z uwzględnieniem czasu trwania choroby*, „Psychiatria Polska”, **25**, 5, 23–31
- Stolk R. P., Breteler M. M. B., i in. (1997), *Insulin and Cognitive Function in Elderly Population*, „Diabetes Care”, **20**, 5, 792–795
- Tatoń J., (1992), *Cukrzyca. Poradnik dla pacjentów*, PZWL, Warszawa
- Uren R. C., Riddle M. C., Lezak M. D., Bennington-Davis M., (1990), *The Mental Efficiency of the Elderly Person with Type II Diabetes Mellitus*, „Journal of American Geriatric Society”, **38**, 505–510
- Viinamaki H., Niskanen L., Uusitupa M., (1995), *Mental Well-being in People with NIDDM*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, **92**, 5, 392–397
- Worrall G., Moulton N., Briffett E., (1993), *Effect of Type II Diabetes Mellitus on Cognitive Function*, „Journal of Family Practice”, **36**, 6, 639–643
- Wredling R., Stalhammar J., i in. (1995), *Well-being and Treatment Satisfaction in Adults with Diabetes*, „Quality of Life Research”, **4**, 6, 515–522

IWONA KOCEMBA

THE PERSONALITY OF DIABETIC WOMEN

The aim of this study was to estimate the relationship between personality of 66 healthy women and 66 women with type 2 diabetes. The average age of both groups was 63. I use the 16th Personality Factors Test by Cattell. A lower level of intelligence characterizes the personality of a diabetic, they are more submissive, effusive and responsible. They are calmer and more practical in their behavior. Healthy women are more self-sufficient and unconventional.

Key words: diabetes mellitus type 2, women, adult, personality.