

Anna Starowicz

Zakład Psychologii Lekarskiej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy — charakterystyka zagadnienia i przegląd badań

The role of illness beliefs in adaptation to diabetes mellitus — the characteristics and review of the research

STRESZCZENIE

Adaptacja do cukrzycy to proces złożony. Jest to bowiem przystosowanie do choroby, która wymaga od pacjenta samodyscypliny. Z praktyki klinicznej wiadomo, że chorzy na cukrzycę istotnie różnią się między sobą pod względem stopnia samokontroli i przestrzegania zaleceń lekarskich. Coraz częściej klinicyści i badacze poszukują częściowego wyjaśnienia tych różnic w indywidualnych, psychologicznych cechach pacjenta, wymieniając rolę takich zmiennych, jak osobowość, radzenie sobie ze stresem czy wreszcie poznawczy obraz choroby; w niniejszym artykule skoncentrowano się na roli ostatniego czynnika. Zaprezentowano teorie na temat genezy tego konstruktu poznawczego, wchodzących w jego skład przekonań zdrowotnych i ich roli w kształtowaniu procesu adaptacji do cukrzycy. Czołowe miejsce w prezentowanej pracy zajmuje przegląd badań na temat roli takich przekonań, jak: spostrzegana powaga cukrzycy, ocena własnej podatności na komplikacje wynikające z tej choroby, poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, spostrzeganie dostępności społecznego wsparcia w aktywności prozdrowotnej związa-

nej z przestrzeganiem zaleceń lekarskich i samokontrolą stężenia glukozy, a także w wyborze strategii radzenia sobie ze stresem towarzyszącym cukrzycy. (Diabet. Prakt. 2009; 10, 3: 97–105)

Słowa kluczowe: cukrzyca, poznawcza reprezentacja choroby, adaptacja, zachowania zdrowotne

ABSTRACT

The process of adaptation to diabetes mellitus is very complex. This disease requires from patients a great dose of selfdiscipline. The clinical practice brings the observation that patients with diabetes mellitus strongly differ between each other in the level of self control and following doctor's orders. The researchers more often try to explain this fact by analysing the individual, personal differences between patients. They concentrate on such characteristics as personality, coping with stress and personal illness beliefs. This article concentrate on the last factor-illness representation. It presents the genesis of this construct as well as its role in adaptation to diabetes mellitus. The main goal of this article is to present the research which concentrate on the role of such beliefs as: perceived severity of the illness, perceived vulnerability to diabetes complications, health locus of control and perceived social support in self care behaviors, glucose control and coping with stress. (Diabet. Prakt. 2009; 10, 3: 97–105)

Key words: diabetes mellitus, illness beliefs, adaptation, health behaviors

Adres do korespondencji: dr n. hum. Anna Starowicz
ul. Owocowa 1, 32–540 Trzebinia
tel.: 0 601 178 502
e-mail: starow@poczta.onet.pl
Diabetologia Praktyczna 2009, tom 10, 3, 97–105
Copyright © 2009 Via Medica
Nadesłano: 03.06.2009

Przyjęto do druku: 18.06.2009

Wstęp

Adaptacja do choroby somatycznej ściśle zależy nie tylko od specyfiki danego schorzenia, ale także od charakterystyki osoby, która na nie cierpi. Zwrócenie uwagi na rolę czynników indywidualnych w adaptacji do choroby somatycznej służy wyjaśnieniu różnic w poziomie przystosowania między osobami, cierpiącymi na tę samą chorobę o podobnym nasileniu. W większości badań zakłada się, że cechy indywidualne jednostki, poprzez ich związek z zachowaniami nastawionymi na redukcję stresu psychologicznego oraz z działaniami zdrowotnymi, determinującymi przebieg danego schorzenia, znacząco wpływają na stan psychiczny i funkcjonowanie zdrowotne pacjenta. W tym kontekście czynniki indywidualne są określane jako tak zwane bufony, zasoby odporności lub moderatory stresu [1–3]. Spośród nich najczęściej wymienia się poznawczą reprezentację choroby — tworzony przez pacjenta obraz własnego schorzenia [2].

Definicja poznawczej reprezentacji choroby

Reprezentacja choroby jest złożonym, dynamicznym schematem poznawczym, skupiającym w sobie przekonania, wiedzę, osobiste sądy i opinie na temat schorzenia, będące efektem kodowania różnych informacji, które się z nim wiążą. W literaturze psychologicznej można spotkać również inne określenia będące synonimami poznawczej reprezentacji choroby. W Polsce przede wszystkim używa się zamiennie terminu „obraz własnej choroby” [4].

Poznawcza reprezentacja choroby jest podstawowym elementem wchodzącym w skład modeli wyjaśniających różnice w charakterze zachowań zdrowotnych, wynikających z roli pacjenta (Zdroworozsądkowy Model Samoregulacji Zachowania w Zdrowiu i Chorobie — *The Common Sense Model of Self-regulation of Health and Illness* Leventhala, Meyera i Nerenza [5] czy Model Przekonań Zdrowotnych — *Health Belief Model*, opracowany przez Rosenstocka, Derryberriego, Carrigera [6]). Modele te zakładają, że poznawcza reprezentacja choroby decyduje o adaptacji do danego schorzenia poprzez uczestnictwo w regulacji zachowania pacjenta w obliczu choroby i wpływ na przetwarzanie napływających informacji oraz na późniejsze zachowania zdrowotne.

Treść poznawczej reprezentacji choroby

W skład obrazu własnej choroby wchodzi elementy o charakterze obrazowym, czyli wyobrażenia dotyczące schorzenia, oraz elementy o charakterze pojęciowym, między innymi: sądy, opinie, po-

glądy, przypuszczenia [4]. Uwzględniając stronę treściową obrazu własnej choroby, różni autorzy opisywali odmienne elementy, które może on zawierać. Leventhal i wsp. [5] wyróżnili 5 komponentów poznawczej reprezentacji choroby:

- przyczyny choroby (*cause*) — ten element zawiera przekonania na temat czynników odpowiedzialnych za pojawienie się danego schorzenia: czynniki biologiczne (geny, wirusy, system immunologiczny) emocjonalne (stres, depresja) czy środowiskowe (zanieczyszczenie środowiska);
- konsekwencje choroby (*consequences*) — są to przekonania pacjenta na temat tego, jak choroba wpłynie na fizyczną, psychologiczną i społeczną jakość życia, codzienne funkcjonowanie oraz sprawność;
- tożsamość, identyfikacja choroby (*identity*) — ten element poznawczej reprezentacji choroby stanowi wiedzę, czym jest dana choroba oraz jakie wiążą się z nią objawy;
- przebieg choroby (*timeline*) — są to oczekiwania dotyczące sposobu, w jaki dane schorzenie będzie przebiegać, oraz czasu jego trwania;
- możliwość wyleczenia/kontroli choroby (*cure/control*) — ten element zawiera przekonania na temat możliwości kontrolowania schorzenia i pojawiających się objawów oraz skuteczności działań medycznych podejmowanych w związku z chorobą.

Podobne elementy poznawczej reprezentacji choroby uwzględnił Becker [7], opierając się na Modelu Przekonań Zdrowotnych Rosenstocka i wsp. [6]. Pierwotnie wspomniany model był przeznaczony głównie do analizy zachowań profilaktycznych podejmowanych przez osobę zdrową w celu uniknięcia choroby, natomiast później został zmodyfikowany przez Beckera i wsp. oraz użyty do wyjaśniania wszelkiej aktywności i zachowań wynikających z roli chorego, a podejmowanych przede wszystkim przez osobę cierpiącą na dane schorzenie.

Becker [7] wymienia 4 istotne czynniki wchodzące w skład poznawczej reprezentacji choroby, które odgrywają kluczową rolę w zachowaniach zdrowotnych osoby chorej. Są to:

- przekonania na temat powagi choroby (liczby i ciężkości jej objawów) — spostrzegana powaga choroby;
- przekonania na temat własnej podatności na komplikacje wynikające z przebiegu danej jednostki chorobowej — spostrzegana własna podatność na komplikacje;
- przekonania na temat korzyści z podjęcia danej formy leczenia (wiara w to, że zaangażowanie we wszelką aktywność związaną z właściwym

- wypełnianiem zaleceń lekarskich przyniesie pożądaný skutek, spowoduje wyleczenie choroby lub złagodzenie jej objawów) — spostrzegane korzyści z leczenia;
- przekonania na temat barier i ujemnych konsekwencji związanych z daną formą leczenia (przekonanie o stopniu, w jakim przestrzeganie zaleceń lekarskich zaburza codzienne funkcjonowanie, np. jest bardzo czasochłonne czy negatywnie wpływa na relacje społeczne i życie towarzyskie) — spostrzegane bariery w leczeniu.

Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest z jednej strony wysoce zależne od wiary w możliwość uniknięcia komplikacji wynikających z choroby, a z drugiej — od przekonania, że podjęcie działań zdrowotnych będzie efektywne i niezbyt kosztowne w stosunku do innych wartości cenionych w życiu.

Przekonania na temat powagi choroby i własnej podatności na wynikające z niej komplikacje stanowią dla pacjenta motywację do działania oraz decydują o kierunku zachowań zdrowotnych. Z kolei ocena użyteczności działania — bilans zysków i strat związanych z podjęciem danego leczenia — może decydować o treści podjętych działań [4].

Model Przekonań Zdrowotnych z powodzeniem wykorzystywano w badaniach dotyczących roli czynników poznawczych w adaptacji do cukrzycy [8]. Często był on wzbogacany o składową umiejscowienia kontroli zdrowia, która ma kluczowe znaczenie w procesie adaptacji do choroby somatycznej. Umiejscowienie kontroli zdrowia odnosi się do przekonań jednostki na temat możliwości kontroli własnej choroby oraz ogólnie wpływu na swój stan zdrowia. Wchodzi ono w skład poznawczej reprezentacji choroby. Autorzy tych badań wychodzą z założenia, że ta sama osoba może różnie oceniać własny wpływ na bieg wydarzeń w poszczególnych dziedzinach swojego życia. Według tych autorów fakt, że osoba wysoko ocenia na przykład możliwość kontroli sytuacji w pracy nie oznacza, iż również wysoko będzie oceniać możliwość wpływu na swój stan zdrowia. Dlatego starają się oni wykorzystywać narzędzia służące do pomiaru spostrzeganej kontroli w specyficznej, konkretnej sytuacji.

W badaniach nad czynnikami moderującymi proces adaptacji i radzenia sobie z chorobą somatyczną z powodzeniem wykorzystywano Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (*Health Locus of Control Scale*), opracowaną przez Wallstona i wsp. [9].

Konstrukt umiejscowienia kontroli zdrowia zawiera 3 dymensje [10]:

- kontrola wewnętrzna (osobista) — stopień, w jakim jednostka wyraża przekonanie, że jej stan zdrowia stanowi rezultat własnych działań;

- kontrola medyczna (znaczący inni, wpływ innych) — stopień, w jakim jednostka wyraża przekonanie, że na jej zdrowie wpływają działania innych osób, na przykład służb medycznych;
- kontrola zewnętrzna (przypadek, los) — stopień, w jakim jednostka wyraża przekonanie, że na stan jej zdrowia wpływają głównie przypadek i okoliczności zewnętrzne.

Geneza poznawczej reprezentacji choroby

Poznawczy obraz własnej choroby kształtuje się w procesie przetwarzania dopływających informacji, spośród których znaczenie mają zarówno te dotyczące roli pacjenta, jak i schorzenia jako takiego [4]. Do konstruowania obrazu własnej choroby przyczyniają się szczególnie 3 źródła informacji. Najbardziej ogólnym źródłem jest wiedza o samej chorobie — często potoczna, przyjęta w danej kulturze, zawierająca gotowe poglądy i wierzenia dotyczące określonych problemów zdrowotnych. Drugie źródło informacji Leventhal i wsp. [5] określają jako nieformalną komunikację społeczną. Autor ma na myśli informacje o stanie zdrowia, których dostarczają choremu lekarz, inni pracownicy ochrony zdrowia oraz niefachowe otoczenie społeczne. Są to również wiadomości pochodzące ze środków masowego przekazu, z akcji oświaty zdrowotnej, z własnych obserwacji pacjenta, do których okazją są kontakty z innymi osobami cierpiącymi na tę samą chorobę. Często chorzy w poszukiwaniu informacji sięgają także po literaturę fachową. Wreszcie trzecim, najważniejszym źródłem informacji o chorobie są własne doświadczenia i odczucia płynące z organizmu, które pojawiają się w przebiegu danego schorzenia, samopoczucie pacjenta oraz rodzaj, nasilenie i dynamika towarzyszących mu objawów.

Geneza obrazu własnej choroby jest złożona i wielorako determinowana, a w jego kształtowaniu uczestniczą także liczne czynniki podmiotowe w charakterze zmiennych pośredniczących. Sposób wykorzystania przez pacjenta dopływających do niej informacji o chorobie w dużej mierze zależy od posiadanej już wiedzy medycznej oraz ukształtowanych poprzednio schematów poznawczych dotyczących zdrowia, choroby i terapii. Można zakładać, że zgodnie z prawidłowościami dysonansu poznawczego opisanego przez Festingera (za: [4]) powyższe schematy zadecydują, które z dopływających informacji chory będzie skłonny odrzucić, które przyjąć, a które zniekształcić [4].

Oprócz istniejących schematów poznawczych dla odbioru bieżących informacji niebagatelne znaczenie ma także stan emocjonalny pacjenta w momencie

ich dopływu. Decyduje on o gotowości ich odbioru i może wpływać na ewentualne zniekształcenie.

Wreszcie, w kształtowaniu się obrazu własnej choroby znaczącą rolę odgrywa osobowość pacjenta [11]. Niektóre cechy, jak neurotyczność i wpisany w nią podwyższony poziom lęku, mogą sprzyjać nadmiernej koncentracji na negatywnych informacjach związanych z chorobą, a tym samym decydować o formowaniu jej zniekształconej reprezentacji, zawierającej w sobie wyolbrzymianie ciężkości schorzenia i zagrożeń, jakie może wywołać [12].

W związku z tymi zależnościami przestaje dziwić fakt, że często analizując poznawczą reprezentację choroby, którą wykształcił dany pacjent, można stwierdzić brak zgodności jej treści z obiektywnym stanem rzeczy.

Autorzy badań zajmujących się adaptacją do schorzenia somatycznego zastanawiają się, w jaki sposób poznawcza reprezentacja choroby uczestniczy w regulacji zachowania pacjenta.

Rola poznawczego obrazu własnej choroby w procesie adaptacji do cukrzycy

Ze względu na wyraźną specyfikę cukrzycy autorom badań udało się uzyskać charakterystyczne dla tej choroby, a jednocześnie nieco odmienne od pozostałych schorzeń, zależności między tworzoną przez pacjenta z cukrzycą poznawczą reprezentacją choroby a adaptacją do tego schorzenia [13].

Zakłada się, że cukrzyca jest obecnie jednym z najbardziej obciążających psychologicznie schorzeń przewlekłych [14]. Choroba ta wymaga od pacjenta samodyscypliny i samokontroli związanej z codziennym monitorowaniem stężenia glukozy w celu uniknięcia stanów hipo- i hiperglikemii, przestrzeganiem diety, dokonywaniem systematycznych pomiarów glikemii czy regularnymi ćwiczeniami.

W kontekście takiej specyfiki schorzenia oraz codziennych obserwacji pacjentów nasuwa się pytanie: co sprawia, że niektórzy pacjenci z cukrzycą, mimo całej uciążliwości tej choroby, potrafią zachować poczucie dobrostanu, akceptują cukrzycę, wykazują duże nasilenie zachowań prozdrowotnych, radzą sobie z towarzyszącym jej psychologicznym stresem, natomiast innym osobom się to nie udaje? Niektórzy autorzy badań próbują wyjaśnić tę różnorodność, szukając uwarunkowań poznawczych adaptacji do tego schorzenia.

Badacze odnotowują, że poznawcza reprezentacja cukrzycy, jaką posiada pacjent, ma największy wpływ na kształtowanie się aktywności zdrowotnej chorego służącej kontroli stężenia glukozy. Bond

i wsp. [15] w swoich badaniach z udziałem nastolatków chorych na cukrzycę dowodzą, że przekonania zdrowotne wyjaśniają w tej grupie 52% wariacji ogólnego przystosowania do przestrzegania zaleceń lekarskich. Ponadto istnieją doniesienia badawcze wskazujące na silny związek między ukształtowanym przez pacjenta poznawczym obrazem cukrzycy a poczuciem jakości życia w chorobie i pozytywnego dobrostanu.

Autorzy badań zainteresowani problematyką wpływu przekonań zdrowotnych na przystosowanie do cukrzycy najczęściej skupiają się na ich kilku grupach, a mianowicie na przekonaniach dotyczących: przyczyn zachorowania, negatywnego wpływu choroby na codzienne życie i aktywność, krótko- i długofalowych konsekwencji wynikających z cukrzycy, dostępności społecznego i emocjonalnego wsparcia, a wreszcie — dotyczących możliwości leczenia cukrzycy i kontroli jej przebiegu.

W badaniach na temat obrazu własnej choroby w cukrzycy najczęściej wykorzystywano Model Przekonań Zdrowotnych wspomnianego wcześniej autora — Beckera [7]. Niektórzy autorzy starali się rozszerzyć ten model, uwzględniając poglądy na temat zagrożeń, jakie wywołuje stan hipoglikemii, przekonania pacjenta na temat możliwości kontroli przebiegu cukrzycy, czyli tak zwane umiejscowienie kontroli zdrowia, a także te dotyczące dostępności społecznego i emocjonalnego wsparcia wobec tej choroby.

Poniżej przytoczono wyniki badań uwzględniających rolę obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy. Należy jednak zaznaczyć, że temat ten jest w znacznie mniejszym stopniu eksploatowany w badaniach z udziałem dorosłych chorych na cukrzycę, w porównaniu z grupą młodzieży i dzieci.

Hampson i wsp. [16], badając grupę nastolatków chorych na cukrzycę, stwierdzili, że czynnikiem, który korzystnie wpływa na przestrzeganie przez nich diety oraz regularne podejmowanie aktywności fizycznej w formie codziennych ćwiczeń, są przekonania tych młodych osób na temat wysokiej skuteczności wspomnianych działań w kontroli przebiegu choroby oraz ocena wysokiej powagi cukrzycy i możliwości wystąpienia u nich dalszych komplikacji zdrowotnych wynikających z jej przebiegu. Podobne wyniki w grupie nastolatków z cukrzycą osiągnęli Skinner i wsp. [17] oraz Glasgow i wsp. [18], przy czym ci ostatni zaobserwowali również, że przekonania na temat efektywności działań ukierunkowanych na kontrolę stężenia glukozy mają większą wartość predyktywną dla wystąpienia tych działań niż poglądy na temat barier i utrudnień, które mogą z nich wynikać w codziennym życiu chorego na cukrzycę. Wiadomo bo-

wiem, że osoba z cukrzycą może być przekonana, że wykonywanie pomiarów stężenia glukozy czy zastrzyków z insuliny jest kłopotliwe w wielu sytuacjach społecznych, a przestrzeganie diety pozbawia całej przyjemności jedzenia. Takie przekonania mogą destrukcyjnie wpływać na motywację i w efekcie — wypełnianie zaleceń sugerowanych przez lekarza. Jednak według wspomnianych autorów, jeśli zarazem taka osoba żywi przekonanie, że dzięki tym wszystkim działaniom może osiągnąć wysoką skuteczność w kontroli cukrzycy i uniknąć zarówno krótko-, jak i długofalowych komplikacji wynikających z choroby, wówczas to właśnie ono jest decydujące w wystąpieniu pożądanej aktywności zdrowotnej.

Posiadany przez chorego poznawczy obraz cukrzycy koreluje także z obiektywną kontrolą stężenia glukozy. W badaniu Gillespie i Bradleya [19] z udziałem 72 osób dorosłych chorych na cukrzycę typu 1 silne przekonanie na temat korzyści, jakie można odnieść z angażowania się w aktywność nastawioną na kontrolę stężenia glukozy, korelowało pozytywnie z obiektywną miarą tej kontroli w postaci odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}). Wynik tej ostatniej korelował natomiast negatywnie z przekonaniem na temat barier, które towarzyszą tej aktywności zdrowotnej.

Model Przekonań Zdrowotnych był także wykorzystany przez Spikmansa i wsp. [20] w celu wytlumaczenia różnic w regularności odbywania kontrolnych wizyt lekarskich oraz spotkań z dietetykiem między pacjentami z cukrzycą. Cukrzyca jest chorobą, w której pacjent kontroluje swój metabolizm głównie za pomocą diety. Zalecenia dietetyczne są wysoce specyficzne i indywidualne dla każdej osoby; aby były skuteczne, ich zasady powinny być ustalone przez dietetyka. Tymczasem w prezentowanych badaniach okazało się, że aż 36% osób badanych w ogóle nie odbyło takiej wizyty. W tej grupie autorzy badań odnotowali także małą regularność w odbywaniu wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego. Grupa ta różniła się od pozostałych osób badanych przede wszystkim rodzajem przekonań zdrowotnych. Dominowało w niej bagatelizowanie ryzyka wystąpienia komplikacji wynikających z cukrzycy, a tym samym — niedocenianie jej powagi. Przede wszystkim jednak osoby wchodzące w skład tej grupy wymieniały znacznie więcej barier i trudności, które musiałyby pokonać w związku z wizytą u dietetyka. Analiza jakościowa ich wywiadów wykazała z kolei, że wielu pacjentów miało pewność, że nie usłyszy niczego ważnego w trakcie takiej wizyty. Świadczy to o tendencji tych osób z cukrzycą do przeceniania swojej wiedzy o chorobie i zasadach prawidłowego odżywiania.

Wielu autorów badań sugeruje, że adekwatne spostrzeganie powagi cukrzycy oraz zagrożeń, jakie ze sobą niesie, jest kluczowe w podtrzymywaniu motywacji do codziennej, żmudnej aktywności nastawionej na kontrolę metaboliczną, a zarazem przekłada się na obiektywny wynik tej kontroli w formie prawidłowego stężenia glukozy we krwi. Co więcej, na poparcie tej tezy w badaniach wykazano również, że bagatelizowanie stopnia powagi cukrzycy, niska ocena możliwości wystąpienia komplikacji wynikających z choroby, takich jak problemy ze wzrokiem, nerkami, sercem, czyli przekonania, u podłoża których może leżeć mechanizm zaprzeczania chorobie, mają negatywny wpływ na aktywność zdrowotną pacjenta z cukrzycą, a co z tego wynika — skutkują słabą kontrolą stężenia glukozy, również tą mierzoną długofalowo [12].

Jednak silne przekonanie o zagrożeniach, jakie wywołuje cukrzyca, czyli połączenie spostrzeganej powagi choroby i własnej podatności na jej komplikacje, było istotnym predyktorem obniżenia poczucia dobrostanu wśród nastolatków chorych na cukrzycę [21], a także w grupie osób dorosłych [22, 23]. W tych ostatnich badaniach poświęconych czynnikom wpływającym na poczucie dobrostanu wśród dorosłych chorych na cukrzycę typu 2 uzyskano istotne statystycznie korelacje między wysokim poziomem depresji a spostrzeganiem barier w leczeniu ($r = 0,27$; $p < 0,001$), wysoką oceną powagi cukrzycy ($r = 0,20$; $p < 0,01$) i wysoką oceną prawdopodobieństwa wystąpienia komplikacji zdrowotnych wynikających z choroby u badanej osoby ($r = 0,34$; $p < 0,001$). Podobne związki korelacyjne uzyskano, analizując relację przekonań na temat choroby z lękiem odczuwanym przez badanych.

Model Przekonań Zdrowotnych był często przez autorów badań wzbogacany o inne przekonania dotyczące cukrzycy, czego przykładem są badania Aalto i Uutela [8]. Oprócz typowych przekonań zdrowotnych, wchodzących w skład modelu, autorki uwzględniły także umiejscowienie kontroli zdrowia, przekonania na temat własnej skuteczności oraz dostępności społecznego wsparcia. Celem badań była ocena wpływu powyższych zmiennych na 2 aktywności istotne dla kontroli stężenia glukozy: przestrzeganie diety oraz częstość pomiarów stężenia glukozy. W badaniu wzięły udział 423 osoby z cukrzycą typu 1 między 20. a 64. rokiem życia. Autorki podzieliły zmienną „społeczne wsparcie” na 2 podzmiennie: przekonania na temat dostępności emocjonalnego wsparcia ze strony rodziny i znajomych oraz przekonania na temat dostępności instrumentalnego wsparcia — możliwości uzyskania in-

formacji na temat choroby i pomocy w codziennych problemach wynikających z cukrzycy. Poczucie własnej skuteczności — konstrukt zaczerpnięty z teorii Bandury (za: [8]) — dla potrzeb opisywanych badań zostało zoperacjonalizowane jako przekonanie o stopniu, w jakim wykonywanie pomiarów stężenia glukozy przekłada się u danej osoby na lepszą kontrolę glikemii oraz o skuteczności ćwiczeń fizycznych, jakie podejmuje osoba badana na co dzień, w tej kontroli. Tworząc hipotetyczny model wzajemnych oddziaływań między wymienionymi zmiennymi, autorki do prezentowanej listy dodały również czynniki, które według nich mogą istotnie wpływać zwłaszcza na częstość pomiarów stężenia glukozy, ale także na przestrzeganie diety. Są to tak zwane „wyzwalacze” zachowań zdrowotnych chorego na cukrzycę, które autorki podzieliły na wskazówki wewnętrzne (odczuwanie fizjologicznych sygnałów wskazujących na stężenie glukozy) oraz zewnętrzne (napomnienia ze strony rodziny sugerujące dokonanie pomiaru stężenia glukozy czy utrzymanie diety).

Analiza ścieżkowa strukturalnego modelu opracowanego przez Aalto i Uutela [8] pokazała, że przedstawiony model wyjaśnia 14% wariacji w przestrzeganiu diety oraz 21% wariacji w częstości pomiarów stężenia glukozy. W przeciwieństwie do badań opisanych wcześniej, prezentowany model nie potwierdził roli przekonań dotyczących powagi choroby w kształtowaniu się aktywności zdrowotnej chorego. Natomiast uzyskano nieco odmienne zależności. Fizjologiczne wskazówki wewnętrzne, informujące zwłaszcza o niskim stężeniu glukozy i stanie hipoglikemii, były najlepszym predyktorem częstości dokonywanych stężeń glukozy przez osoby badane; zaraz po nich istotną rolę odgrywały także przekonania na temat skuteczności tych pomiarów w prawidłowej kontroli glikemii. Natomiast na przestrzeganie diety największy wpływ wywarły przekonania na temat dostępności społecznego wsparcia ze strony rodziny i znajomych. Ponadto powiązania między zmiennymi w uzyskanym modelu sugerują, że na wykształcenie się przekonań dotyczących korzyści wynikających z podjęcia danej formy działań zdrowotnych bezpośrednio wpływa silne przeświadczenie badanego o osobistej kontroli cukrzycy. Przekonanie o dużym wpływie własnych działań na przebieg choroby (osobista kontrola) oraz silne przeświadczenie o dostępności społecznego wsparcia w cukrzycy powodowały, że pacjent postrzegał swoją chorobę jako mniej zagrażającą. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że w większości badań, w tym również w zaprezentowanych wcześniej, analizowano tak zwane specyficzne dla cukrzy-

cy społeczne wsparcie, które Aalto i Uutela operacjonalizują jako przekonania na temat dostępności pomocy ze strony rodziny w prawidłowym utrzymaniu diety, codziennych iniekcjach insuliny czy pomiarach stężenia glukozy, jak również interwencja w sytuacjach krytycznych dla życia i zdrowia, gdy pacjent przechodzi stan hipoglikemii.

Zaproponowany przez Aalto i Uutela [8] rozszerzony model przekonań zdrowotnych potwierdzono także w innych badaniach [24]. Analiza wyników całości grupy wykazała, iż niemal wszystkie badane osoby uważały, że w związku z cukrzycą ich życie będzie krótsze. Ponadto swoją kontrolę nad tą chorobą oceniały jako średnią albo słabą. Choć badani twierdzili, że ich jakość życia mimo choroby jest dobra, większość jednak uważała, że byłaby wyższa, gdyby nie chorowali na cukrzycę. Osoby, które cechowało poczucie istotnego zagrożenia życia w związku z cukrzycą, wyżej też oceniały jej powagę, własną podatność na komplikacje wynikające z choroby, a przede wszystkim miały przekonanie o słabej dostępności społecznego wsparcia specyficznego dla cukrzycy (przekonanie, że rodzina wspiera osobę chorą w utrzymaniu diety, codziennych ćwiczeniach, służy pomocą w chwilach hipoglikemii). W tej grupie badanej silniejsze przekonanie o dostępności specyficznego dla cukrzycy wsparcia ze strony rodziny oraz słaba wiara w to, że to inne osoby i sytuacje odgrywają decydującą rolę w przebiegu tej choroby (sytuacyjna kontrola) redukowały spostrzeganą powagę choroby oraz ocenę własnej podatności na wystąpienie komplikacji zdrowotnych związanych z cukrzycą. Z kolei silne przekonanie o możliwości osobistej kontroli cukrzycy i własnej skuteczności w działaniach podejmowanych w związku z chorobą przewidywało zauważanie korzyści z podjętej aktywności i niwelowało postrzeganie barier związanych z daną formą leczenia. Częstość i jakość zachowań zdrowotnych związanych z wypełnianiem zaleceń lekarskich były silnie uwarunkowane przekonaniem na temat dostępności społecznego wsparcia.

Pozytywną rolę przekonań na temat dostępności społecznego wsparcia w adaptacji do cukrzycy potwierdziły również badania Conell i wsp. [25]. Autorki badały związek tego przekonania z występowaniem depresji u chorych na cukrzycę i wykazały, że poczucie wsparcia w formie spostrzeganej dostępności pomocy ze strony rodziny i przyjaciół bezpośrednio chroni przez wystąpieniem depresji, ale również oddziałuje na funkcjonowanie emocjonalne pacjenta, pośrednio poprzez wpływ na spostrzeganie powagi choroby. Okazało się, że wysoka

ocena społecznego wsparcia w chorobie predysponowała pacjentów z cukrzycą do określenia stresujących wydarzeń związanych z nią jako mniej zagrażających; tym samym poziom depresji u tych osób był niższy.

Manne i Zutra [26] zaznaczają jednak, że osoby, które otrzymują w życiu więcej pomocy w walce z cukrzycą niż rzeczywiście tego chcą, nie identyfikują tych działań ze strony rodziny jako wspierających, ale natarczywe i utrudniające radzenie sobie z chorobą, co zwiększa ryzyko wystąpienia u nich depresji.

Jak wiadomo, poczucie kontroli cukrzycy jest najistotniejszym czynnikiem w przestrzeganiu zaleceń lekarskich w tej chorobie. Dlatego też przeprowadzono wiele badań, które skupiają się wyłącznie na roli umiejscowienia kontroli zdrowia w przystosowaniu do cukrzycy. W badaniach tych najczęściej wykorzystywano Skalę Spostrzeganej Kontroli Cukrzycy (*The Perceived Control of Diabetes Scale*) autorstwa Bradleya i wsp. [27], zawierającą opis różnych potencjalnych sytuacji w cukrzycy, takich jak stan hipoglikemii czy też utrzymywanie w ostatnim czasie prawidłowego stężenia glukozy. Zadaniem badanej osoby jest określenie, w jakim stopniu uważa, że taka sytuacja wynika wskutek jej własnych działań (spostrzegana osobista kontrola), na ile na jej wystąpienie wpłynęły inne osoby, zwłaszcza służby medyczne (spostrzegana medyczna kontrola) i wreszcie — w jakim stopniu ta sytuacja była spowodowana czynnikami niezależnymi od jednostki i zaistniała jako wynik przypadku czy też działania losu (spostrzegana sytuacyjna kontrola).

Większość przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazuje na pozytywną rolę przekonań na temat możliwości osobistej kontroli cukrzycy w lepszym przystosowaniu do choroby. Wykazano, że korelują one pozytywnie ze skuteczną metaboliczną kontrolą stężenia glukozy (odsetek HbA_{1c}), utrzymaniem przez pacjentów prawidłowej masy ciała, emocjonalnym dobrostanem oraz zadowoleniem z terapii i kontaktu z lekarzem prowadzącym [27].

Uzyskane wyniki wykazały również, że najlepszymi rezultatami medycznej adaptacji (HbA_{1c}) charakteryzowały się osoby równocześnie wysoko oceniające możliwość osobistej kontroli cukrzycy oraz wpływ działań ze strony służb medycznych na jej przebieg (medyczna kontrola). Nie tylko przejawiały wystarczającą wiarę w skuteczność oddziaływań lekarskich, by się im poddać, ale także żywiły przekonanie, że ich własne działania mają decydujący wpływ na kontrolę metaboliczną choroby. Natomiast silne przekonanie o medycznej kontroli cu-

krzycy u osób, które jednocześnie odznaczały się przeświadczeniem na temat słabej możliwości własnego wpływu na jej przebieg, było związane ze znacząco gorszymi wskaźnikami HbA_{1c}, świadczącymi o słabej adaptacji medycznej, co autorzy badań zinterpretowali jako „zrzucenie odpowiedzialności” za kontrolę cukrzycy na osoby drugie, na przykład na lekarza prowadzącego.

Istnieją również doniesienia empiryczne wskazujące na fakt, że spostrzeganie kontroli cukrzycy odgrywa niebagatelną rolę w procesie radzenia sobie ze stresem w tej chorobie, wpływając na efekt psychologicznej adaptacji, pośrednio poprzez wybór określonych strategii radzenia sobie. Macrodimitris i Endler [28] analizowali związek spostrzeganej kontroli cukrzycy z wyborem strategii walki ze stresem w tej chorobie. Badania przeprowadzono w grupie 115 dorosłych osób chorych na cukrzycę. Uzyskane przez autorów wyniki pokazały, że osoby z niższym poczuciem osobistej kontroli cukrzycy częściej stosowały radzenie sobie zorientowane na emocje (ucieczka od problemu, tłumienie emocji, rezygnacja, wycofanie się), które z kolei łączyło się z gorszym medycznym i psychologicznym przystosowaniem do cukrzycy. Natomiast badani cechujący się silnym przekonaniem o możliwości własnego wpływu na tę chorobę częściej wybierali aktywne formy radzenia sobie ze stresem nastawione na problem (poszukiwanie rozwiązania, analizowanie sytuacji po różnym kącie, aktywne działanie), charakteryzował ich również wyższy poziom przystosowania do tej choroby.

Podobne wyniki co do jednoznacznie pozytywnej roli, jaką odgrywa wewnętrzne poczucie kontroli choroby w adaptacji do cukrzycy, uzyskali Scollan-Koliopoulos i wsp. [29]. Istnieją jednak pojedyncze doniesienia badawcze, które częściowo temu przeczą, wskazując na większą złożoność konstruktów umiejscowienia kontroli zdrowia i ściśle uzależniając jego adaptacyjny charakter od sytuacji chorego [30]. Osoba z cukrzycą nie zawsze jest w stanie utrzymać prawidłowe stężenie glukozy. To naturalne, że w jej życiu mogą się pojawiać okresy, kiedy ta kontrola jest znacznie gorsza. W takiej sytuacji autorzy badań wskazują, że silne przekonanie o możliwości osobistej kontroli cukrzycy może się okazać wysoce nieadaptacyjne, gdyż powoduje wystąpienie u osoby chorej poczucia winy oraz zaniechanie aktywności zdrowotnej, na przykład częstych pomiarów stężenia glukozy [30].

Podsumowując rozważania nad rolą przekonań zdrowotnych wchodzących w skład poznawczej reprezentacji cukrzycy w adaptacji do tej choroby,

warto wymienić także te wysoce specyficzne dla tego schorzenia przekonania, które dotyczą zagrożeń, jakie wywołuje hipoglikemia. Stanowią one w pewnym sensie odzwierciedlenie bardziej ogólnego przekonania o stopniu powagi cukrzycy [27].

Autorzy najczęściej badają nastawienie do epizodów hipoglikemii poprzez pomiar częstości obaw czy też zmartwień i myśli na temat konsekwencji tego stanu, których doświadcza osoba chora na cukrzycę. Można na przykład w tym miejscu wymienić obawy o utratę przytomności w miejscu publicznym, wystąpienie stanu hipoglikemii podczas prowadzenia samochodu czy też nierozpoznanie u siebie niskiego stężenia glukozy. W badaniach wykazano, że nasilenie tych obaw i przecenianie zagrożenia, jakie powoduje hipoglikemia, sprzyjają występowaniu zachowań nastawionych na jej uniknięcie, takich jak: utrzymywanie wysokiego stężenia glukozy poprzez spożywanie dużej ilości pokarmu i słodczy w chwili, gdy pacjent zostaje sam w domu, redukcja dawki insuliny, jeśli chory zauważył u siebie powtarzające się w pomiarach niskie stężenia glukozy, spożywanie obfitych posiłków przed pójściem spać, by uniknąć hipoglikemii w nocy. Większość tych zachowań jest wysoce nieadaptacyjna i powoduje permanentne utrzymywanie się stanu hiperglikemii, którego długofalowe konsekwencje zdrowotne są bardzo poważne [31].

Z kolei bagatelizowanie zagrożeń wynikających z hipoglikemii skutkuje słabą motywacją do działań prewencyjnych, takich jak: częsty pomiar stężenia glukozy czy noszenie przy sobie kostki cukru, co może w efekcie prowadzić do częstych epizodów niedocukrzenia [32].

Do pomiaru spostrzegania zagrożeń wynikających z hipoglikemii oraz nasilenia działań nastawionych na jej uniknięcie autorzy badań wykorzystywali Kwestionariusz Strachu przed Hipoglikemią (*The Fear of Hypoglycemia Scale*) autorstwa Coxa i wsp. [33].

Podsumowanie

Podsumowując, należy zauważyć, że kierunek prac badawczych przytoczonych w niniejszym artykule wyraźnie świadczy o wzroście świadomości udziału czynników psychologicznych w przebiegu kontroli metabolicznej cukrzycy wśród lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia. Wydaje się, że uzyskane wyniki opisanych wcześniej badań, poza walorem poznawczym, mogą także znaleźć praktyczne przełożenie na pracę terapeutyczną z chorymi na cukrzycę. Jest to empiryczne potwierdzenie postulatu jedności psychofizycznej i tym samym uza-

sadnienie konieczności całościowego, holistycznego podejścia do pacjenta chorego na cukrzycę, które może się przyczynić do poszerzenia oddziaływań lekarzy o elementy psychologiczne i terapeutyczne w leczeniu tej choroby. Wobec uzyskanych wyników wydaje się zasadne rozszerzenie procesu leczenia cukrzycy o elementy psychoedukacji polegającej na zaznajamianiu pacjenta z aktualnym stanem wiedzy na temat wpływu czynników psychologicznych na przebieg tej choroby oraz metod doskonalenia sposobów radzenia sobie ze stresem. Co więcej, empiryczne potwierdzenie udziału poznawczej reprezentacji choroby w przebiegu adaptacji do cukrzycy powinno skutkować wzbogaceniem medycznych działań terapeutycznych o terapię psychologiczną, poznawczo-behawioralną, którą powinni zostać objęci pacjenci z wykształconym nieadekwatnym obrazem poznawczym cukrzycy. Są to osoby bagatelizujące jej powagę, niedoceniające możliwości własnego wpływu na jej przebieg, nastawione przesadnie lękowo do swojej choroby — przeceniające powagę cukrzycy i własną podatność na komplikacje cukrzycowe. Należy sądzić, że skorygowanie obrazu cukrzycy znalazłoby swój oddźwięk w efektywniejszym procesie zmagania się z tą chorobą, a co się z tym wiąże — w obiektywnie lepszych wynikach kontroli stężenia glukozy. Podsumowując, należy dodać, że w Polsce wciąż brakuje empirycznych badań nad udziałem czynników psychologicznych w adaptacji do cukrzycy. Szczególne zapotrzebowanie dotyczy długookresowych badań obserwacyjnych, które skupiłyby się na terapeutycznych efektach oddziaływań psychologicznych na wynik adaptacji do cukrzycy.

PIŚMIENNICTWO

1. Bishop G. Jak radzić sobie z chorobą przewlekłą i upośledzeniem. w: Bishop G. (red.). *Psychologia Zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wydawnictwo Atrium, Wrocław 2000; 322–342.
2. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Solińska-Zygmunt G. (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996; 101–136.
3. Sheridan C.L., Radmacher S.A. (red.). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie biologicznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
4. Heszen-Klemens I. *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1979.
5. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense representation of illness danger. W: Rachman S. (red.). *Contribution to medical psychology*. Pergamon Press, Oxford 1980; 7–30.
6. Rosenstock I.M. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quartel* 1966; 44: 94–124.
7. Becker M.H. Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendation. *Med. Care* 1975; 13: 10–24.

8. Aalto A.M., Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of and extended health belief model. *Int. J. Behav. Med.* 1997; 3: 191–214.
9. Wallston K.A. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cogn. Ther. Res.* 1992; 16: 160–170.
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
11. Diefenbach M.A., Leventhal H. The common-sense model of illness representation theoretical and practical considerations. *J. Soc. Distr. Hom.* 1996; 5: 11–38.
12. Christensen A.J., Moran P.J., Wiebe J.S. Assessment irrational health beliefs. Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychol.* 1999; 2: 169–176.
13. Robiner W., Keel P.K. Self-care behaviors and adherence in diabetes mellitus. *Sem. Clin. Neuropsych.* 1997; 2: 40–56.
14. Tatoń J. Cukrzyca. Poradnik dla pacjentów. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992.
15. Bond G.G., Aikens L.S., Somerville S.C. The Health Belief Model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology* 1992; 11: 190–198.
16. Hampson S.E., Glasgow R.E., Foster L.S. Personal models of diabetes among older adults: relationship to self-management and other variables. *The Diabetes Educator* 1995; 21: 300–307.
17. Skinner T.C., John M., Hampson S.E. Social support and personal models of diabetes as predictors of self-care and well-being: a longitudinal study of adolescence with diabetes. *J. Pediatric Psych.* 2000; 25: 257–268
18. Glasgow R.E., Strycker L.A., Hampson S.E., Ruggiero L. Personal models beliefs and social environmental barriers to diabetes self-management. *Diabetes Care* 1997; 20: 556–561.
19. Gillespie C.R., Bradley C. Casual attributions of doctor and patients in diabetes clinic. *Br. J. Clin. Psychol.* 1988; 27: 67–76.
20. Spikmans F.J., Brug J., Doven M.M., Kruijenga H.M., Hofstenge G.H., Van Bokhorst-van der Schueren M.A. Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? *J. Human Nutr. Diet.* 2003; 16: 151–158.
21. Skinner T.C., Hampson S.E., Five-Schaw C. Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychol.* 2002; 21: 61–70.
22. Bradley C., Lewis K.S. Measures of psychological well-being and treatment satisfaction developed from the responses of people with tablet-treated diabetes. *Diabet. Med.* 1990; 7: 455–451
23. Lange L., Piette J. Personal models for diabetes in context and patients health status. *J. Behav. Med.* 2006; 3: 239–253.
24. Helgeson V.S., Franzen P. The role of perceived control in adjustment to diabetes. *Anxiety, Stress and Coping* 1998; 11: 120–136.
25. Connell C.M., Davis W.K., Gallant M.P., Sharpe P.A. Impact of social support, social cognitive variables, and perceived threat on depression among adults with diabetes. *Health Psychology* 1994; 3: 263–273.
26. Manne S., Zutra A.J. Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1989; 4: 608–617.
27. Bradley C. *The handbook of psychology and diabetes.* Harwood Academic Publishers, Oxford 1994.
28. Macrodimitris S.D., Endler N.S. Coping, control, and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology* 2001; 3: 208–216.
29. Scollan-Koliopoulos M., O'Connell K., Walker E. Legacy of diabetes and self-care behavior. *Res. Nurs. Health* 2007; 5: 508–517.
30. Peyrot M., Rubin R.R. Modeling the effect of diabetes education on glycemic control. *Diab. Educ.* 1994; 20: 143–148.
31. Irvine A., Cox D., Gonder-Frederick L. Methodological issues in the examination of fear of hypoglycaemia. *Diabetes Care* 1990; 14: 76.
32. Irvine A., Cox D., Gonder-Frederick L. Fear of hypoglycaemia: relationship to physical and psychological symptoms in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology* 1992; 11: 135–138.
33. Cox D., Irvine A., Gonder-Frederick L., Nowacek G., Butterfield J. Fear of hypoglycaemia: quantification, validation and utilization. *Diabetes Care* 1987; 10: 617–621.