

Anna Kaczmarek

Rola poznawczej reprezentacji choroby w adaptacji do cukrzycy typu 1 u pacjentów w okresie dorastania

The Role of Cognitive Illness Representations In Adaptation to Type 1 Diabetes in Adolescents

I Katedra Pediatrii
Uniwersytet Medyczny
Łódź

Wprowadzenie

Problemem sygnalizowanym we współczesnej medycynie jest brak realizacji przez chorego zaleceń lekarskich (Kokoszka, Jodko, Radzio, 2004; Myers, Abraham, 2005). Część badaczy zwraca uwagę na różnicę światów lekarza i pacjenta, którą w dużym stopniu kształtuje odmienne rozumienie choroby, odzwierciedlające się w sprzecznych oczekiwaniach odnośnie do leczenia, prowadzących do braku satysfakcji pacjenta i niezadowolenia zespołu leczącego (Hornsten, Sandstrom, Lundman, 2004). Problem ten szczególnie ostro wydaje się uwidaczniać w populacji młodzieży chorującej na choroby przewlekłe (Holmbeck 2002; Kyngas, 2000), w szczególności zaś sposób rysuje się wśród młodych pacjentów, chorujących na cukrzycę insulinozależną (Edgar, Skinner, 2003; Hagger, Orbell, 2003; Law, 2002, Williams, 1999). Cukrzyca, bardziej niż jakkolwiek inna choroba przewlekła, wymaga aktywnego udziału chorego w leczeniu. Wypełnianie zaleceń jest warunkiem uniknięcia zarówno ostrych (hipoglikemia, kwasica ketonowa), jak i przewlekłych powikłań (m. in. nefropatia, neuropatia,

retinopatia). Konieczność codziennego monitorowania poziomu cukru we krwi, iniekcji insuliny, przestrzegania diety i kontrolowania wysiłku fizycznego nie sprzyja realizacji zadań rozwojowych charakterystycznych dla okresu dorastania. Dążenie do autonomii i niezależności od rodziców, wzrastająca potrzeba intymności oraz aprobaty grupy rówieśniczej często pozostają w sprzeczności z wymogami, jakie stawia choroba (Hocking, Lochman, 2005; Salewski, 2003). Młodzież chorująca na cukrzycę typu 1 znajduje się także w grupie zwiększonego ryzyka pojawienia się różnych form zaburzeń zdrowia, takich jak lęk, depresja, czy zaburzenia odżywiania (Law, 2002). Nieprzypadkowo więc wzrasta zainteresowanie badaczy psychospołecznymi wskaźnikami przystosowania się do choroby (Kyngas, Barlow, 1995) w odniesieniu do dorastających.

Modele przekonań zdrowotnych

Wśród czynników, które wpływają na realizację zaleceń lekarskich, coraz większą uwagę badaczy zwracają niewłaściwe przekonania zdrowotne pacjentów (Blum 1984, Kokoszka, Jodko, Radzio,

2004; Myers, Abraham, 2005). Istnieje różnorodność modeli identyfikujących przekonania związane z zachowaniami zdrowotnymi, warunkującymi przystosowanie się do choroby. Najczęściej wykorzystywane przez badaczy konstrukty to model Rosenstocka, model Janza i Beckera przekonania zdrowotnych (*Health Belief Model*), model własnej skuteczności Bandury oraz najpowszechniej stosowany - model samoregulacji Leventhala (*Self-Regulatory Model*).

Przedstawiony w 1966 roku model Rosenstocka, osadzony w teorii „wartość-oczekiwanie” zakładał, iż zmiany zachowania zależą od wartości, jaką jednostka przypisuje określonemu rezultatowi (np. prawidłowy poziom glukozy we krwi) i oczekiwaniu, że zalecone działanie przyniesie pożądaný wynik. W tym modelu zachowanie zdrowotne wyznaczane jest przez „ważenie” postrzeganych korzyści i ograniczeń z nim związanych. Model ten dopracowany przez Maimana w latach 70-ych, był szeroko wykorzystywany do badań nad wypełnianiem zaleceń lekarskich przez dzieci i młodzież (Blum, 1984).

Model przekonania zdrowotnych Janza & Beckera (*Health Belief Model* - HBM) skupia się na dwóch aspektach wyobrażeń jednostki o zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych, tj. spostrzeganego zagrożenia, jakie niesie choroba oraz oceny korzyści i ograniczeń związanych z zalecanym zachowaniem zdrowotnym. Według tego modelu prawdopodobieństwo zastosowania się przez pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1 do zaleceń jest determinowane przez pięć czynników. Pierwszy – podatność (*susceptibility*) odnosi się do spostrzeganego ryzyka powikłań cukrzycy. Drugi – powaga (*severity*) oznacza stopień, w jakim cukrzyca postrzegana jest jako poważna choroba. Kolejny czynnik korzyści (*benefits*) dotyczy efektywności podejmowania zaleceń. Czwarty czynnik – przeszkody (*barriers*)

odnosi się do postrzeganych kosztów wypełniania zaleceń. Ostatni z czynników dotyczy podejmowanych działań (*cues to action*) związanych zarówno z zewnętrznymi (np. pora dnia) jak i wewnętrznymi (np. odczuwanie wysokiego czy niskiego poziomu cukru we krwi) sygnałami. Każdy z tych pięciu czynników może występować niezależnie, a interakcje między nimi wyznaczają postrzegane przez jednostkę zagrożenie (Patino, Sanchez, Eidson, Delamater, 2005).

Z kolei koncepcja własnej skuteczności (*self-efficacy*) Bandury, osadzona w teorii społecznego uczenia się, odzwierciedla przekonania pacjentów odnośnie do możliwości wykonywania przez nich specyficznych zadań.

Najpełniej jednak sytuację chorego wydają się ujmować modele poznania społecznego. Wśród nich najbardziej znany jest model samoregulacji (*self-regulatory model*) Leventhala i współpracowników, który zakłada, iż chorzy konstruuja swoją własną reprezentację lub schemat choroby, co pozwala nadać sens ich doświadczeniu oraz determinuje indywidualny sposób radzenia sobie z tą sytuacją (Hagger, Orbell, 2003; Weinman, Petrie, 1997). Istnieją trzy podstawowe źródła reprezentacji choroby. Pierwszym z nich są zasymilowane już przez jednostkę informacje pochodzące z wcześniejszych doświadczeń społecznych, a także kulturowo uwarunkowanej wiedzy o chorobie. Drugie źródło stanowi zewnętrzne środowisko społeczne, w tym osoby znaczące lub autorytety, takie jak lekarz lub rodzice. Reprezentację choroby kształtują ostatecznie bieżące i wcześniejsze doświadczenia związane z chorobą, które odnoszą się do somatycznych lub symptomatycznych informacji na temat choroby. Istotne mogą tu być także czynniki takie jak osobowość, czy zmienne kulturowe. Lange i Piette (2006) podkreślają znaczenie czynników społeczno-demograficznych kształtujących reprezentację cukrzycy

typu 2, a zwłaszcza wymiar powagi choroby. Zgodnie z poglądem Leventhala poznawcza reprezentacja choroby jest inna u każdego człowieka i powstaje w oparciu o cztery cechy: tożsamość choroby, przyczyny, konsekwencje i czas trwania. Badacze Lau i Hartman dodali do tego modelu jeszcze jedną cechę – sposób leczenia (Hagger, Orbell, 2003; Heijmans, de Ridder, 1998). Tożsamość choroby (*identity*) odnosi się do przekonań związanych z jej nazwą oraz do wiedzy na temat jej symptomów. Przyczyny (*cause*) związane są z przekonaniem identyfikującym czynniki odpowiedzialne za wystąpienie choroby. Wyróżnia się cztery ich rodzaje, a mianowicie: przyczyny biologiczne, emocjonalne, środowiskowe i psychologiczne. Wymiar konsekwencji choroby (*consequences*) rozważany jest w kontekście postrzeganych fizycznych, psychospołecznych, ekonomicznych i emocjonalnych implikacji choroby. Czas trwania (*timeline*) odnosi się do przekonań na temat czasu trwania choroby, a także czasu trwania poszczególnych jej symptomów, np. bólu. Sposób leczenia (*cure/controllability*) związany jest przede wszystkim ze skutecznością leczenia. (Hagger, Orbell, 2003; Law, 2002). Tych pięć komponentów stanowi podstawę reprezentacji choroby i wyznacza sposób, w jaki pacjent wyobraża sobie i radzi ze swoją chorobą. Podkreśla się także, że struktura ta nie musi być dobrze zintegrowana oraz, że nie zawsze jest kompletna; wymiary te wydają się być jednak w różnym stopniu od siebie zależne (Heijmans, de Ridder, 1998).

Hampson i współ. zidentyfikowali w oparciu o model Leventhala dwa ważne wymiary dla poznawczej reprezentacji cukrzycy, a mianowicie powagę choroby (*seriousness*), odnoszącą się do wpływu cukrzycy na codzienne funkcjonowanie i związaną z chorobą jakość życia oraz efektywność leczenia (*treatment effectiveness*). Dodatkowo wyodrębnili w czynniku odnoszącym się do sposobu leczenia

wymiar fatalizmu (*fatalism*) jako szczególnie istotny w badaniach populacji diabetyków latyno-hiszpańskich. Zasadność wydzielenia tych wymiarów dla grupy dorosłych pacjentów cukrzycowych potwierdzili w swoich badaniach Lange i Piette (2006). Podobny model został opracowany przez Turka i współ., którzy wyszczególnili następujące elementy: powaga choroby, osobista odpowiedzialność człowieka, możliwość kontroli i podatność na zmiany (Heijmans, de Ridder, 1998).

Poznawcza reprezentacja choroby jest ze swej natury osobistym konstruktem. Stąd w trakcie konsultacji medycznych pacjenci zwykle niechętnie dzielą się przekonaniami na temat swojej choroby, gdyż obawiają się popadnięcia w konflikt z lekarzem, czy posądzenia o brak wiedzy (Weinman, Petrie, 1997).

Na kształtowanie się u chorego poznawczego odzwierciedlenia choroby w polskiej psychologii zwrócono uwagę już w latach 70-ych ubiegłego wieku, określając tę strukturę mianem koncepcji choroby (Kulczycki w 1971 r.), czy obrazem własnej choroby (Heszen-Klemens w 1979 r.). Podkreślano także ważne funkcje regulacyjne jakie pełni, mimo, iż często nie jest zgodna z danymi medycznymi. Przede wszystkim stanowi podstawę pierwotnej i wtórnej oceny sytuacji stresowej powstałej w związku z chorobą (Heszen-Niejodek, 2000)¹. Ocena poznawcza określa m. in. treść emocji przeżywanych w związku z chorobą, a także w istotny sposób wpływa na zachowanie wobec własnej choroby (Heszen-Niejodek, 2000).

¹ Współczesna teoria stresu psychologicznego autorstwa Lazarusa i Folkmana definiuje stres jako „określoną relację pomiędzy jednostką i otoczeniem, która oceniana jest przez jednostkę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i narażająca na szwank jej dobre samopoczucie”. Reakcja na stres jest w znacznym stopniu zależna od tzw. pierwotnej i wtórnej oceny znaczenia stresora. Ocena pierwotna dotyczy znaczenia sytuacji dla samopoczucia jednostki (bez znaczenia, sprzyjająca, stresująca), zaś wtórna dotyczy możliwości, sposobów radzenia sobie ze stresem (Kokoszka, Jodko, Radzio, 2004).

Percepcja choroby pozwala wyjaśnić nie tylko różnorodność form radzenia sobie z tą samą chorobą, ale także wpływa na reakcje emocjonalne oraz fizyczną i psychologiczną adaptację do choroby (Weinman, Petrie, 1997). W badaniach osób dorosłych chorujących na choroby przewlekłe reprezentacja choroby została odczytana jako ważny czynnik wpływający na medyczne, psychologiczne i behawioralne wyniki leczenia. Wykazano także, iż zależność ta może mieć charakter pośredni (przy udziale strategii/stylów radzenia sobie z chorobą), jak i bezpośredni (Law, 2002). Poniżej dokonano przeglądu badań nad wpływem poznawczej reprezentacji choroby na poszczególne aspekty adaptacji psychologicznej (w odniesieniu do form radzenia sobie z chorobą i stanu psychicznego), podejmowane działania związane z leczeniem (samokontrola cukrzycy) oraz kontrolę metaboliczną u młodzieży chorującej na z cukrzycę typu 1.

Reprezentacja choroby a adaptacja psychologiczna

Reprezentacja choroby a style/strategie radzenia sobie

Model Leventhala zakłada wyraźny związek pomiędzy reprezentacją choroby i strategiami/stylami radzenia sobie. W tym ujęciu reprezentacja choroby działa jako filtr dla dostępnych źródeł informacji na temat choroby i ukierunkowuje działanie w odpowiedzi na postrzegane zagrożenie związane z chorobą. Co więcej, model ten zakłada przyczynowy charakter tej zależności, tj. poznawcza reprezentacja choroby wpływa na sposoby radzenia sobie proporcjonalnie do postrzeganej powagi choroby (Hagger, Orbell, 2003).

W oparciu o model Leventhala Edgar i Skinner (2003) zweryfikowali założenie, że strategie radzenia sobie z chorobą pośredniczą pomiędzy reprezentacją choroby i stanem emocjonalnym. Badaniami objęto 126-osobową grupę dzieci i mło-

dzieży chorujących na cukrzycę typu 1 w wieku 11-18 lat. Stwierdzono, iż istnieje zależność pomiędzy postrzeganą istotą choroby, jej wpływem na codzienne życie i efektywnością leczenia, a dwoma z dziesięciu mierzonych strategii radzenia sobie, tj. poznawczym przewartościowaniem i wsparciem społecznym. Kierunek tej zależności był jednak przeciwny do zakładanego, co sugerowałoby, iż to sposoby radzenia sobie determinują sposób postrzegania choroby. Skinner, John i Hampson (2000) w swoich badaniach oceniali rolę wsparcia społecznego, rozpatrując je bardziej szczegółowo, tj. jako wsparcie ogólne i wsparcie specyficzne dla cukrzycy, dzieląc je dodatkowo na wsparcie uzyskiwane od rodziny i przyjaciół. Uzyskane przez nich rezultaty wykazały, że żaden z rodzajów mierzonego wsparcia nie był istotnym wskaźnikiem postrzeganej powagi choroby czy jej wpływu na codzienne życie. Jednak ogólne wsparcie okazało się być znaczącym predyktorem odczuwanej kontroli choroby także w odniesieniu prospektywnym (6 miesięcy). Nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy postrzeganym wpływem cukrzycy na życie codzienne i wsparciem społecznym. Z kolei Knight i współ. (2003) oceniali efekty własnych działań terapeutycznych, będących wypadkową dwóch metod: wywiadu motywującego i rozmowy uzewnętrzniającej (technika polegająca na odseparowaniu problemu od osoby) w odniesieniu do 20-osobowej grupy młodzieży (13-16 lat) źle kontrolującej cukrzycę. Uzyskane przez nich wyniki wskazują, iż wraz z pozytywnymi zmianami w reprezentacji choroby sposoby radzenia sobie z cukrzycą stawały się bardziej efektywne.

Reprezentacja choroby a stan psychiczny

Badając grupy dzieci i młodzieży (11-18 lat) Edgar i Skinner (2003) stwierdzili, że postrzegany wpływ cukrzycy

na życie codzienne oraz jej istota jako wymiary reprezentacji choroby pozostają w istotnym związku z negatywnymi aspektami samopoczucia, tj. z lękiem i depresją. Z dobrym samopoczuciem korelowała postrzegana efektywność leczenia ujmowana dwuwymiarowo, tj. jako efektywność kontroli cukrzycy i efektywność unikania powikłań. W badaniach prospektywnych dzieci i młodzieży (12-18 lat) (Skinner, Hampson, 2001; Skinner, John, Hampson, 2000) uzyskano wyniki wskazujące, iż istnieje dodatnia zależność pomiędzy postrzeganym wpływem cukrzycy na życie codzienne i poziomem lęku. Rezultaty badań opisane przez Law, Kelly i Huey (2002) sugerują, iż przekonania na temat choroby ujmowane całościowo determinują poziom lęku oraz dobre samopoczucie badanych (13-19 lat), wyjaśniając odpowiednio 52% i 32% wariancji wyników. Jednocześnie przypisywanie dużego znaczenia postrzeganym konsekwencjom choroby wpływało znacząco na wyższy poziom lęku, zaś wyżej oceniana osobista kontrola cukrzycy istotnie determinowała dobre samopoczucie. Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy przekonaniem na temat choroby i depresją. Law (2002) poszerzył perspektywę badań o kontekst rodzinny, porównując obraz cukrzycy młodych pacjentów (13-19 lat) i ich matek. Nie potwierdził jednak hipotezy, że różnice w postrzeganiu choroby mają wpływ na stan emocjonalny chorej młodzieży.

Odwołując się do założeń teorii ugruntowanej (indukcyjna metoda badawcza, szczególnie przydatna w badaniu percepcji, której zadaniem jest odkrywanie teorii z danych, a nie weryfikowanie uprzednio sformułowanych hipotez), oceniano także ogólne znaczenie, jakie młodzież chorująca na cukrzycę typu 1 nadaje swojej chorobie. Aż pięć z siedmiu wyszczególnionych kategorii wskazywało na znaczne obciążenia i ograniczenie perspektyw życiowych, jakie niesie cukrzyca, co znalazło swoje odzwierciedlenie w ta-

kich określeniach jak: koszmar, stres, więzienie, śmierć i piekło. Pozostałe dwie kategorie wiązały się z niewielkim obciążeniem lub akceptacją choroby. Rozpatrując wpływ cukrzycy na życie codzienne stwierdzono, że jest ona postrzegana jako zagrożenie dla rozwoju fizycznego i psychospołecznego. Wszyscy pacjenci z badanej grupy (51 osób w wieku 13-17 lat) zgłaszali uczucie lęku szczególnie w odniesieniu do powikłań cukrzycy, ale także możliwości poradzenia sobie w przyszłości. Zgłaszano także poczucie winy, bezradności, odmienności (Kyngas, Barlow, 1995). Wyniki cytowanych wyżej badań Knight i współ. (2003) wskazują, iż na skutek prowadzonych działań terapeutycznych zmianom pozytywnym w reprezentacji choroby (w zakresie tożsamości i konsekwencji), towarzyszyły zmniejszająca się złość i poprawa nastroju. Nie odnotowano jednak zmian odnośnie do lęku.

Płeć wydaje się różnicować postrzeganą reprezentację choroby: z badań Skinnera i współ. (2000) wynika, iż dziewczęta postrzegają cukrzycę jako chorobę poważniejszą i wywierającą większy wpływ na ich życie codzienne.

Reprezentacja choroby a samo-kontrola cukrzycy

W badaniach prospektywnych (Skinner, Hampson, 2001) wykazano, że im bardziej młodzi pacjenci wierzą, że przestrzeganie reżimu leczenia pozwala kontrolować cukrzycę, w tym większym stopniu będą przestrzegać diety. Jednocześnie stwierdzono, iż tzw. „długofalowe” przekonania (dotyczące powagi choroby i uniknięcia powikłań), związane z odległymi w czasie rezultatami cukrzycy, nie wpływały na wypełnianie zaleceń. W świetle uzyskanych wyników badacze ci postulują, aby w badaniach młodzieży uwzględniać podział na przekonania związane z krótko- i długofalowymi efektami

choroby, co ma uzasadnienie teoretyczne i niesie ważne implikacje praktyczne.

Przewidywanie odległych w czasie konsekwencji jest zależne od rozwoju poznawczego, tj. osiągnięcia takich umiejętności, jak planowanie i organizacja zachowania, które u znacznej części młodzieży są jeszcze w trakcie rozwoju (Patino, Sanchez, Edison, Delamater, 2005). Odwoływanie się do zagrożenia odległymi powikłaniami, jako narzędzia motywującego poprawę samokontroli młodych pacjentów, wydaje się więc nieskuteczne (Edgar, Skinner, 2003). Przekonania o efektywności leczenia dla kontroli choroby oraz postrzegana powaga choroby w badaniach Skinnera, Johna i Hampsona (2000) w dużym stopniu determinowały zachowania związane z przestrzeganiem diety. Podobnie w badaniach Palardy i współ. stwierdzono, że wyższej ocenie powagi cukrzycy towarzyszyła lepsza samokontrola, ale im wyższe w percepcji badanej młodzieży były emocjonalne koszty wypełniania zaleceń, tym gorzej prowadzona była samokontrola. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskał Brownlee-Duffeck (Hocking, Lochman, 2005).

Wyniki uzyskane przez Law, Kelly i Huey (2002) nie potwierdziły założeń modelu Leventhala; przekonania na temat choroby nie miały znaczącego wpływu na samokontrolę cukrzycy. Podobnie Patino i współ. (2005) odwołując się do modelu Janza i Beckera nie stwierdzili, aby jakikolwiek wymiar mierzonych przekonań zdrowotnych miał wpływ na przestrzeganie diety, monitorowanie poziomu glukozy we krwi, czy planowanie wysiłku fizycznego. Postrzegane ryzyko ostrych powikłań cukrzycy (hipoglikemia, hiperglikemia) było jednak oceniane znacznie wyżej, niż ryzyko powikłań przewlekłych.

Odwołując się do założeń modelu Rosenstocka, Hana i Guthrie (2000) skoncentrowały się w badaniach na postrzeganych przez dzieci i młodzież (16 osób w wieku 11-16 lat) korzyściach i ogranicze-

niach dotyczących procesu przejmowania kontroli nad cukrzycą od rodziców. Wśród korzyści własnych badani wymieniali wiedzę i/lub zaufanie do własnych możliwości samokontroli choroby, uzyskanie większej swobody, niezależności oraz uznania (*approval*). Korzyść, jaką mieli w percepcji badanych dzieci odczuwać rodzice, to ulga od odpowiedzialności, stresu i zmartwień związanych z chorobą. Najczęściej wskazywanym ograniczeniem własnym było nadmierne obarczenie obowiązkami związanymi z samokontrolą choroby. Rodziców zaś, w percepcji badanych, miałyby ograniczać przede wszystkim uczucie zmartwienia, poczucie winy oraz urata kontroli nad chorobą. Stwierdzono także, iż sposób, w jaki młodzi pacjenci dostosowują się do wymogów leczenia zależy od stopnia, w jakim akceptują cukrzycę; wyniki badań wskazują, że znacznie łatwiej przychodzi to dziewczętom (Williams, 1999).

Reprezentacja choroby a kontrola metaboliczna

Kontrolę glikemii oceniano za pomocą biochemicznego wskaźnika efektywności leczenia cukrzycy, jakim jest hemoglobina glikowana (HbA1c). Wysokość HbA1c odzwierciedla średni poziom glukozy we krwi z okresu 2-3 miesięcy poprzedzających pomiar. Wyższe wartości wskazują na wyższy poziom glukozy we krwi, a tym samym na gorzej kontrolowaną cukrzycę.

W badaniach Brownlee-Duffeck i współ. kontrolę metaboliczną wyznaczały dwa wymiary reprezentacji choroby, tj. postrzegana powaga i podatność. Bond i współ. stwierdzili, iż najgorsza kontrola metaboliczna wiązała się sytuacją, kiedy zarówno w wymiarach postrzeganego zagrożenia, jak i podejmowanych działań osiągnęto wysokie wyniki, najlepszej natomiast towarzyszyło małe zagrożenie i duży zakres działań (cyt. Patino i współ., 2005). W badaniach własnych Patino i współ. (op.

cit.) nie stwierdzono wpływu przekonań zdrowotnych na kontrolę glikemiczną.

Wyniki Grivy i współ. (2000) wskazują, iż rozpatrywane łącznie postrzegane konsekwencje i istota cukrzycy oraz generalne i specyficzne dla choroby przekonania o skuteczności własnych działań (*self-efficacy*) w znacznym stopniu decydują o poziomie hemoglobiny glikowanej.

Wnioski

Mimo niejednoznacznych wyników cytowanych wyżej badań wydaje się, że poszukując determinantów zachowań związanych ze zdrowiem nie można pominąć podmiotowej oceny własnej sytuacji zdrowotnej. Postrzegany przez młodzież chorującą na cukrzycę obraz własnej choroby lub jego poszczególne elementy wpływają zarówno na stan psychiczny, jak i zachowania związane z leczeniem. O samopoczuciu młodych pacjentów w szczególności wydaje się decydować postrzegany przez nich wpływ choroby na życie codzienne. Na wypełnianie zaleceń lekarskich, w świetle cytowanych badań, największy wpływ miałyby przekonania związane z nieodległym w czasie oddziaływaniem cukrzycy, tj. z wpływem choroby na życie codzienne oraz z postrzeganą efektywnością leczenia.

Streszczenie

Cukrzyca typu 1 jest chorobą przewlekłą, która wymaga aktywnego udziału pacjenta w leczeniu. Okres dorastania wiąże się często z pogorszeniem samokontroli. Reprezentacja choroby jest jednym z ważnych czynników psychologicznych wyznaczających behawioralną i emocjonalną odpowiedź na chorobę. W I części pracy przedstawiono modele identyfikujące przekonania związane z podmiotową oceną własnej sytuacji zdrowotnej (z zaakcentowaniem modelu Leventhala). Część II zawiera przegląd badań nad wpływem

poznawczej reprezentacji choroby na wybrane aspekty adaptacji psychologicznej, podejmowane działania związane z leczeniem oraz kontrolę metaboliczną u młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1.

Słowa kluczowe: psychologia, reprezentacja choroby, cukrzyca typu 1, młodzież

Summary

Type 1 diabetes mellitus is a chronic disease that requires active participation in the daily management of the condition. Adolescence is often associated with a decline in levels of self-care. An illness representation is one of the important psychological determinants of individuals' behavioral and emotional response to a disease. In part I of the paper models identifying specific beliefs associated with health-related behaviour including treatment adherence (underlying the self-regulatory model of Leventhal) are presented. Part II includes a review of the literature referring to the influence of cognitive illness representation on some aspects of psychological adaptation, health-related activities and metabolic control in adolescents with type 1 diabetes.

Key words: psychology, illness representations, type 1 diabetes, adolescents

Bibliografia

1. Blum R. (1984). Compliance with Therapeutic Regimens Among Children and Youths. [W:] Blum R. (red.), *Chronic Illness and Disabilities in Childhood and Adolescence*. London: Grune and Stratton, 143-158.
2. Edgar K. A., Skinner T. C. (2003). Illness Representations and Coping as Predictors of Emotional Well-being In Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 7, 485-493.

3. Griva K., Myers L., Newman S. (2000). Illness Perceptions and Self- Efficacy Beliefs In Adolescents and Young Adults with Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *Psychology and Health*, 15, 733-750.
4. Hagger M. S., Orbell S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, 2, 141-184.
5. Hana K. M., Guthrie D. (2000). Adolescents' Perceived Benefits and Barriers Related to Diabetes Self-Management – part 1. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 23, 165-174.
6. Heijmans M., de Ridder D. (1998). Assessing Illness Representation of Chronic Illness: Explorations of Their Disease-Specific Nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 485-502.
7. Heszen-Niejodek I. (2000). Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień. [W:] Heszen-Niejodek I. (red.), Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 13-32.
8. Hocking M. C., Lochman J. E. (2005). Applying the Transactional Stress and Coping Model to Sickle Cell Disorder and Insulin Dependent Diabetes Mellitus: Identifying Psychosocial Variables Related to Adjustment and Interventions. *Clinical of Child and Family Psychology Review*, 3, 221-246.
9. Holmbeck G. A. (2002). Developmental Perspective on Adolescent Health and Illness: An Introduction to the Special Issues. *Journal of Pediatric Psychology*, 5, 409-415.
10. Hornsten A., Sandstrom H., Lundman B. (2004). Personal Understandings of Illness among People with Type 2 Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 2, 174-182.
11. Knight K. M., Bundy C., Morris R., Higgs J. F., Jameson R. A., Unsworth P., Jayson D. (2003). The Effects of Group Motivational Interviewing and Externalizing Conversations for Adolescents with Type 1 Diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 2, 149-157.
12. Kokoszka A., Jodko A., Radzio R. (2004). Krótka metoda radzenia sobie z chorobą – geneza i opis roboczej wersji metody. *Przewodnik Lekarza*, 39-46.
13. Kyngas H. (2000). Compliance of Adolescents with Chronic Disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 549-556.
14. Kyngas H., Barlow B. A. (1995). Diabetes: an Adolescent's Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 941-947.
15. Lange L. J., Piette J. D. (2006). Personal Models for Diabetes in Context and Patient's Health Status. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 239-253.
16. Law G. U. (2002). Dissimilarity in Adolescents and Maternal Representations of Type 1 Diabetes: Exploration of Relations to Adolescent Well-Being. *Care, Health & Development*, 28, 5, 369-378.
17. Law G. U., Kelly T. P., Huey D. (2002). Self-Management and Well-Being in Adolescents with Diabetes Mellitus: Do Illness Representations Play a Regulatory Role? *Journal of Adolescent Health*, 31, 381-385.
18. Myers L., Abraham C. (2005). Beyond Doctor's Orders'. *The Psychologist*, 11, 680-683.
19. Patino A. M., Sanchez J., Eidson M., Delamater A. M. (2005). Health Beliefs and Regimen Adherence in Minority Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 6, 503-512.
20. Salewski C. (2003). Illness Representations in Families with a Chronically Ill Adolescent: Differences between Family Members and Impact

- on Patients' Outcome Variables. *Journal of Health Psychology*, 8(5), 587-598.
21. Skinner T. C., Hampson S. E. (2001). Personal Models of Diabetes in Relation to Self-Care, Well-Being and Glycemic Control: A Prospective Study in Adolescence. *Diabetes Care*, 24, 828-833.
 22. Skinner T. C., John M., Hampson S. E. (2000). Social Support and Personal Models of Diabetes as Predictors of Self-Care and Well-Being: A Longitudinal Study of Adolescents with Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 4, 257-267.
 23. Weinman J., Petrie K. J. (1997). Illness Perceptions: A New Paradigm for Psychosomatics. *Journal of Psychosomatic Review*, 2, 113-116.
 24. Williams C. (1999). Gender, Adolescence and the Management of Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 1160-1166.

Adres do korespondencji:

mgr Anna Kaczmarek
 Klinika Chorób Dzieci
 I Katedra Pediatrii Uniwersytetu
 Medycznego
 Ul. Sporna 36/50, 91-738 Łódź