

AGNIESZKA OLCHOWSKA-KOTALA

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich

Wydział Lekarski

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

POTOCZNA WIEDZA O CUKRZYCY: PORÓWNANIE OSÓB POSIADAJĄCYCH I NIEPOSIADAJĄCYCH CHOROĞO NA CUKRZYCĘ W RODZINIE

Świadomość zdrowotna jest istotnym czynnikiem wpływającym na prewencyjne praktyki, takie jak: uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, samobadanie, stosowanie właściwej diety, utrzymanie prawidłowej masy ciała, etc. W ujęciu poznawczym komponentami świadomości zdrowotnej są: percepcja choroby i zdrowia, przekonania dotyczące czynników ważnych dla zdrowia, przyczyn chorób, leczenia oraz konsekwencji choroby (Heszen, Sęk, 2008). Przekonania laików na temat natury i przebiegu chorób wpływają na ocenę informacji dotyczących własnego zdrowia oraz praktyki prozdrowotne. Przechowywane w umyśle poznawcze reprezentacje jednostek chorobowych pomagają organizować i oceniać informacje o zdrowiu własnym, a także innych osób. Powstają na kanwie doświadczenia opartego nierzadko o niereprezentatywne przypadki czy informacje z mass mediów. Zdarza się, że potoczne obrazy chorób odbiegają od wiedzy medycznej. W kilku badaniach okazało się, że potoczna wiedza o schorzeniach bywa niedostateczna. Roth pytał ludzi, co uważają za przyczynę powstawania wrzodu żołądka. Wśród uzyskanych odpowiedzi pojawiły się kłopoty z zębami czy żucie gumy (Ogden, 2007). Czasem laicy nie potrafią trafnie zlokalizować organów wewnętrznych. W badaniu Boyla (1970) okazało się, że tylko 42% osób właściwie lokalizuje serce, 49% wątrobę, a tylko 20% żołądek. Poglądy ludzi o chorobach bywają stereotypowe np. anemia kojarzona jest ze szczupłą sylwetką, a cukrzyca z nadwagą. W rzeczywistości szczupła sylwetka w przypadku anemii czy nadwaga w przypadku cukrzycy nie są warunkami koniecznymi do postawienia diagnozy o ich występowaniu.

Coraz częściej mówi się o późnej wykrywalności wielu chorób, co wiąże się z gorszymi szansami wyleczenia jej. Aby choroby były odpowiednio szybko wykrywane niezbędne jest prowadzenie na szeroką skalę badań

profilaktycznych. Jednym z predyktorów zachowań zdrowotnych zgodnie z teorią Leventhala (1998) są przekonania. Wiedza na temat symptomów, przyczyn choroby, jej przebiegu wpływa nie tylko na decyzję o udaniu się do lekarza, ale także pozwala odpowiednio wcześniej podjąć działania prewencyjne. Muray i McMillan (1993) badali rolę różnych czynników w przewidywaniu poddawania się przez osoby zdrowe badaniom cytologicznym. Posiadanie wiedzy o raku piersi i szyjki macicy było jednym z czynników zwiększających częstotliwość samobadania piersi i uczestnictwa w badaniu cytologicznym. O tym, że przekonania o naturze chorób implikują zachowanie przekonują też badania zespołu Martina, w których okazało się, że kobiety rzadziej rozpoznają u siebie symptomy ataku serca i co za tym idzie podejmują właściwe działanie, ponieważ w przekonaniu społecznym wiązany jest on z płcią męską (Morrisom, Bennett, 2006). Należy jednak dodać, że uwarunkowania poznawcze stanowią tylko fragment całego zespołu czynników wpływających na zachowania zdrowotne człowieka (Heszen, Sęk, 2008). Oprócz przekonań o istocie choroby w podejmowaniu zachowań zdrowotnych istotną rolę odgrywają też czynniki osobowościowe (samoskuteczność, umiejscowienie kontroli zdrowotnej, optymizm), a także emocjonalne i sytuacyjne. Adekwatna wiedza nie jest warunkiem wystarczającym do podjęcia zachowań prozdrowotnych. Jest ona tylko jednym z czynników wpływającym na zachowanie się człowieka.

Jedną z najbardziej powszechnych chorób przewlekłych w krajach rozwiniętych jest cukrzyca. Szacuje się, że w Polsce na cukrzycę choruje około 2 milionów osób, a wydatki z budżetu państwa na leczenie cukrzycy przekraczają sumę 2 miliardów złotych rocznie (Tatoń, Czech, 2006). Choroba ta polega na zaburzeniu prawidłowego przekształcania glukozy w energię niezbędną komórkom. Spowodowane jest to niedoborem w produkcji lub brakiem właściwej reakcji komórek na insulinę – hormon odgrywający zasadniczą rolę w przemianie glukozy. Organizm, nie mogąc czerpać energii z glukozy, szybko wyczerpuje swoje zasoby energetyczne. Nadmiar glukozy trafia do moczu i osoby chore na cukrzycę doświadczają większego pragnienia i zwiększonego oddawania moczu. Objawami są także zmęczenie, utrata wagi ciała i odwodnienie. Oprócz dolegliwości spowodowanych samą cukrzycą groźne są także jej powikłania. W porównaniu z ogółem populacji diabetycy są dwukrotnie bardziej narażeni na choroby serca, 17 razy częściej zapadają na choroby nerek, 20 razy częściej dochodzi u nich do gangreny i 25 razy częściej do utraty wzroku. Dalekosiężne skutki cukrzycy to także stany lękowe i depresyjne oraz problemy na tle seksualnym (Bishop, 2000). Występują dwa główne typy cukrzycy. O cukrzycy typu 1 insulino-zależnej mówi się wtedy, gdy organizm nie produkuje insuliny lub produkuje ją w bardzo małych ilościach, pojawia się ona zwykle w młodym wieku i stanowi niewielki procent wszystkich zachorowań na cukrzycę. Większość pacjentów (ponad 80%) choruje na cukrzycę typu

2 insulino-niezależną. W przypadku cukrzycy typu 2 insulina jest produkowana przez organizm, ale w niewystarczających ilościach lub produkcja insuliny jest prawidłowa, ale podatność błon komórkowych na insulinę jest mniejsza i nie wywołuje takich efektów jak u osób zdrowych. Przyczyny i patomechanizm cukrzycy nie są do końca zbadane. Udowodniono jednak duże znaczenie czynników genetycznych, choć nie zawsze są one decydujące. Ich ekspansja zależy bowiem w znacznym stopniu od innych czynników, które same bez dziedzicznych cech predysponujących nie wywołałyby cukrzycy. Duże znaczenie w etiologii choroby przypisuje się otyłości, brakowi ruchu, ale również kortykosteroidom, katecholaminom i hormonom tarczycy (Luban-Plozza i in., 1995).

Istnieje szereg badań opisujących rolę obrazu własnej choroby (zwanego w innych ujęciach koncepcją choroby, reprezentacją choroby lub teorią choroby) u pacjentów chorych na poszczególne jednostki chorobowe. Obraz własnej choroby może być mglistym, niejasnym wyobrażeniem lub świadomą, zwerbalizowaną strukturą pojęciową (Sęk, 2001). Jednym z pierwszych systematycznych ujęć roli poznawczej reprezentacji choroby są badania prowadzone w zespole Heszen-Klemens (1979). Selekcjonując i interpretując napływające informacje, a także aktywnie ich poszukując, człowiek tworzy, rozbudowuje i weryfikuje obraz własnej choroby (Heszen-Niejodek, 1992). Badania pokazały, że osoby chore, tworząc obraz własnej choroby, dokonują atrybucji przyczyn, mają poglądy na temat istoty choroby i jej wpływu na życie, aktualnego stanu zdrowia oraz znaczenia różnych czynników w leczeniu i skutków choroby (Heszen-Klemens, 1979). Podobne elementy obrazu własnej choroby wskazuje Leventhal (1998), wskazywane wymiary tworzące obraz choroby to: identyfikacja objawów – objawy i przypisywane im etykiety; przyczyny – co jest przyczyną choroby; konsekwencje – jak choroba wpływa na życie chorego; czas trwania – czy jest to choroba chroniczna oraz jej cykliczność; efektywność leczenia – czy i jak można tę chorobę wyleczyć oraz kontrolowalność, jaki jest wpływ chorego na przebieg choroby poprzez tryb życia czy zachowanie. Ta poznawcza reprezentacja choroby wpływa na emocjonalną odpowiedź oraz zachowanie się osoby (Pimm, Weinmam, 1998). Obraz własnej choroby uważany jest za najważniejszy czynnik decydujący o zachowaniu się pacjenta w chorobie. Im bardziej rozwinięty i w większym stopniu trafny jest ten obraz, tym większe są możliwości sprawowania kontroli poznawczej nad procesem leczenia (Heszen-Niejodek, 1992). Badania pokazują, że obraz własnej choroby ma wpływ na szukanie pomocy medycznej, stosowanie się do zaleceń lekarskich i adaptację do chronicznej choroby (Moss-Morris i in., 2002; Scharloo i in., 2000; Hermale i in., 2007). Podejmowano także próby badania wielowymiarowego obrazu poszczególnych chorób u osób zdrowych w celu sprawdzenia ich świadomości zdrowotnej (Figueiras, Aloes, 2007). To badanie wpisuje się w ten nurt badań. Celem badania było sprawdzenie

funkcjonującego w świadomości społecznej obrazu cukrzycy. W świetle danych o tak powszechnym występowaniu tej choroby w naszym kraju interesującym wydaje się ustalenie wiedzy o tej chorobie. Ze względu na to, że w etiologii choroby dość istotny jest czynnik genetyczny, badaniem objęto także członków rodziny chorego na cukrzycę. Badana zatem będzie świadomość zdrowotna dotycząca cukrzycy w grupach różniących się bezpośrednim doświadczeniem w tym zakresie. Członkowie rodzin chorych na cukrzycę tworzą swój obraz cukrzycy w trakcie obserwacji chorej osoby. Powinien on być zatem u nich bardziej trafny. Kontakt z osobą chorą na cukrzycę powinien sprawiać, że wiedza o tej chorobie u członków rodzin jest większa i bardziej adekwatna. Jednakże badania na amerykańskiej próbie pokazały, że nawet wśród osób, u których w rodzinie występowała cukrzyca istniała niewielka świadomość relacji między dietą, wagą ciała i ryzykiem rozwoju cukrzycy (Savoca, Miller, 2001). To badanie ma ustalić przekonania o cukrzycy wśród osób żyjących w jednym gospodarstwie domowym z chorym na cukrzycę. Członkowie rodzin mogliby stanowić lepsze wsparcie dla osoby chorej, posiadając trafne, z punktu widzenia wiedzy medycznej, przekonania. Posiadanie wiedzy na temat cukrzycy jest szczególnie ważne wśród osób spokrewnionych z chorym ze względu na duże znaczenie czynników genetycznych w zachorowaniu. Ustalenie poznawczej reprezentacji cukrzycy u osób, które nie zetknęły się bezpośrednio z cukrzycą i osób posiadających chorego na cukrzycę w rodzinie pozwoli trafnie projektować profilaktyczne kampanie informacyjne dotyczące tej choroby. Znając te przekonania, można na ich bazie celniej pomóc w zmianie zachowań na bardziej sprzyjające zdrowiu.

METODY BADAŃ

Obraz choroby. Dla zbadania obrazu cukrzycy zaadaptowano IPQ-R (*The Revised Illness Perception Questionnaire*) (Moss-Morris i in., 2002) do warunków polskich. Choć skala IPQ-R przeznaczona jest do badania obrazu własnej choroby u pacjentów chorych na daną jednostkę chorobową, to wykorzystywano już ją do badania ludzi zdrowych (Figueiras, Aloes, 2007). Kwestionariusz składał się tak jak w wersji oryginalnej z 3 części. Pierwsza dotyczyła identyfikacji objawów i zawierała 14, proponowanych przez autorów metody, powszechnie występujących objawów (np. chroniczny ból, zmęczenie, bóle głowy, kłopoty ze snem etc). Badany miał odpowiedzieć, czy dany objaw, jego zdaniem, towarzyszy cukrzycy.

Na drugą część w oryginalnym kwestionariuszu składa się 38 pytań. W badaniu zastosowano skróconą 25-itemową wersję IPQ-R. Na podstawie analizy czynnikowej, przeprowadzonej na danych uzyskanych w badaniu pilotażowym,

zdecydowano o wykluczeniu 13 itemów, które są w oryginalnej wersji skali. Ze skali usunięto pytania niespecyficzne dla żadnego czynnika i słabo (poniżej 0,4), korelujące z wyodrębnionymi czynnikami. Skala, tak jak oryginalna wersja, tworzy 7 podskal: chroniczność/ostrość choroby – 4 pytania; konsekwencje choroby – 5 pytań; osobista kontrola nad chorobą – 3 pytania; efektywność leczenia, czyli możliwość kontrolowania choroby poprzez leczenie – 4 pytania; rozumienie choroby – 3 pytania; cykliczność choroby – 3 pytania; emocjonalna reprezentacja choroby – 3 pytania. Występujące w oryginalnej skali stwierdzenia odnoszące się do własnej osoby, np. „Moja choroba jest poważna” zastąpiono ogólnymi: „Cukrzyca to choroba poważna”. Zadaniem badanego było zaznaczyć, jak bardzo zgadza się z twierdzeniami na 5 punktowej skali (od zdecydowanie nie zgadzam się – do zdecydowanie zgadzam się). Na uzyskanych w badanej próbie danych przeprowadzono analizę czynnikową metodą głównych składowych. Ze względu na to, że we wcześniejszych badaniach z zastosowaniem IPQ-R (Moss-Morris i in., 2002) podskale były ze sobą skorelowane, analizę czynnikową przeprowadzono z rotacją Promax. Struktura wewnętrzna 25-itemowej skali w badanej próbie była zbliżona do struktury oryginalnej skali IPQ-R. Na podstawie analizy czynnikowej wyodrębniono 7 czynników, które łącznie wyjaśniały 59% wariancji wyników. Większość współczynników α Cronbacha dla wyodrębnionych podskal w badanej próbie była zadawalająca, choć nie wszystkie (rozumienie choroby – 0,77; reprezentacja emocjonalna – 0,72; konsekwencje – 0,68; cykliczność – 0,55; przewlekłość/ostrość choroby – 0,55; kontrola osobista – 0,51; efektywność leczenia – 0,42).

Trzecia, ostatnia część kwestionariusza dotyczyła przyczyn powstania choroby. Osoba badana miała zaznaczyć, w jakim stopniu każda z 18 podanych możliwych przyczyn (stres, dziedziczność, bakterie i wirusy, dieta, pech, niedostateczna opieka zdrowotna, zanieczyszczenie środowiska, zachowanie, nastawienie psychiczne, problemy i kłopoty, przepracowanie, stan emocjonalny, wiek, używki, wypadek lub skaleczenie, osobowość, zaburzenia odporności) jej zdaniem jest powodem zachorowania na cukrzycę. Odpowiedzi również udzielano na 5-punktowej skali (od zdecydowanie nie zgadzam się – do zdecydowanie zgadzam się).

Wiedza o cukrzycy. Do zbadania szczegółowej wiedzy o cukrzycy poproszono osoby badane, aby określiły prawdziwość lub fałszywość pięciu informacji dotyczących cukrzycy. Wykorzystano do tego 4 fałszywe stwierdzenia dotyczące tego schorzenia, pochodzące ze strony internetowej American Diabetes Association (*10 Biggest Diabetes Myths*; <http://www.diabetes.org>):

1. Ludzie z cukrzycą w ogóle nie mogą jeść słodczy i czekolady.
2. Cukrzycą można się zarazić.
3. Jedzenie zbyt dużej ilości cukru jest głównym powodem powstawania cukrzycy.

4. Ludzie z cukrzycą są bardziej podatni na przeziębienia.
oraz jedno prawdziwe stwierdzenie:

5. Stres wpływa na poziom cukru we krwi.

Osoba badana miała za zadanie określić, czy stwierdzenie jest prawdziwe czy fałszywe.

OSOBY BADANE

W badaniu wzięło udział 160 osób w wieku od 22 do 87 lat. Badanie przeprowadzono w przychodniach POZ wśród osób oczekujących na wizytę u lekarza. Wzięli w nim udział ochotnicy. Z badania wykluczono osoby chorujące na cukrzycę. Badanie przeprowadzono w dwóch grupach: pierwszą stanowili członkowie rodziny osoby chorej na cukrzycę, mieszkający z chorym w jednym gospodarstwie domowym (56 osób), drugą osoby nieposiadające w rodzinie chorego na cukrzycę (104 osoby). Średnia wieku w grupie z cukrzycą w rodzinie wynosiła 54 lata, średnia wieku w grupie bez cukrzycy w rodzinie 55 lat. 80% z grupy z cukrzycą w rodzinie była spokrewniona z chorym, resztę grupy stanowili partnerzy lub osoby niezwiązane więzami krwi z chorym na cukrzycę. W grupie z cukrzycą w rodzinie 9% miało podstawowe wykształcenie, 48% średnie, 43% wyższe. W grupie bez cukrzycy w rodzinie 8% miało podstawowe wykształcenie, 57% średnie, 35% wyższe wykształcenie. 73% w badanej grupie z cukrzycą w rodzinie i 79% bez cukrzycy w rodzinie stanowiły kobiety.

REZULTATY

Obraz cukrzycy był podobny w obu badanych grupach (tabela 1). Badani z obu grup uznali, że cukrzyca to choroba przewlekła, niosąca ze sobą poważne konsekwencje, mająca cykliczny przebieg, na której przebieg ma wpływ zachowanie badanego i z którą medycyna potrafi sobie radzić. Zanotowano tylko istotną różnicę w podskali rozumienia choroby. Badani w obu grupach dosyć wysoko ocenili swoje rozumienie mechanizmu tej choroby (średnie powyżej punktu środkowego skali). Dla osób przebywających na co dzień z chorym na cukrzycę, dolegliwości związane z tą chorobą tworzą bardziej spójny obraz i mają one poczucie posiadania większej wiedzy na ten temat. Dla podskali rozumienia choroby, w której uzyskano istotną różnicę między grupami, w kolejnym kroku przeprowadzono analizę ANCOVA kontrolującą wpływ zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie) na tę zmienną. Uzyskano istotny efekt wieku ($F(1,159) = 4,49; p < 0,05$) i wykształcenia ($F(1,159) = 6,42; p < 0,01$). Młodsze i bardziej wykształcone osoby miały większe poczucie rozumienia choroby. Przy

kontroli współzmiennych różnica pomiędzy osobami posiadającymi i nieposiadającymi chorego w rodzinie w podskali rozumienia choroby nadal pozostała istotna ($F(1,159) = 7,88; p < 0,01$).

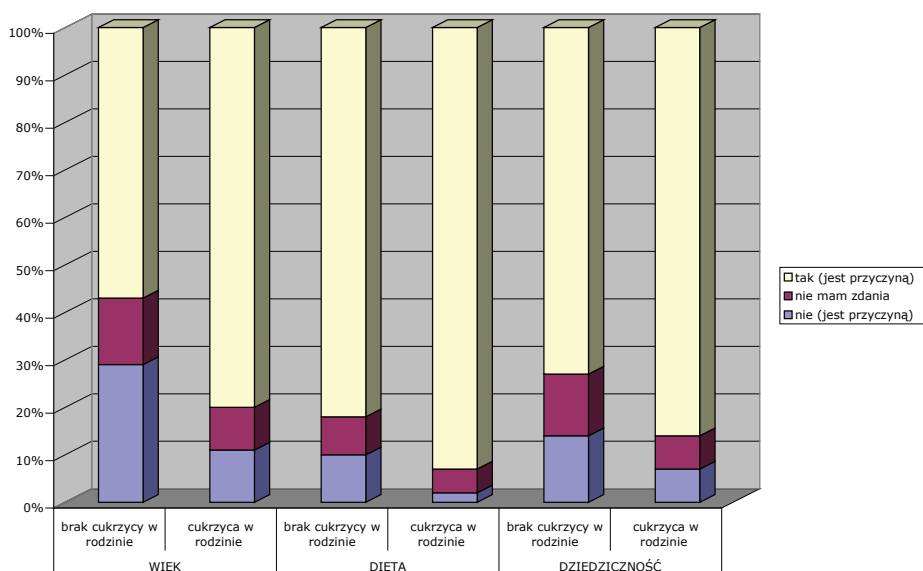
Tabela 1

Różnice w obrazie cukrzycy pomiędzy osobami posiadającymi osobę chorą na cukrzycę w rodzinie i nieposiadającymi chorego na cukrzycę w rodzinie. N=160
M(SD)

Podskale IPQ-R	Cukrzyca w rodzinie N = 56	Brak cukrzycy w rodzinie N = 104	F	Istotność
Chroniczność/ostrość	18,05 (2,35)	17,58 (2,22)	1,62	n.i.
Powaga konsekwencji	17,71 (3,58)	17,53 (3,03)	0,12	n.i.
Efektywność leczenia	15,43 (2,21)	15,29 (1,99)	0,17	n.i.
Kontrola osobista	12,37 (1,68)	11,97 (1,83)	1,88	n.i.
Rozumienie choroby	9,80 (2,45)	8,80 (2,33)	6,55	0,01
Cykliczność przebiegu	8,45 (2,24)	8,62 (2,04)	0,23	n.i.
Reprezentacja emocjonalna	9,61 (2,69)	9,39 (1,81)	0,35	n.i.
Liczba objawów	22,66 (2,23)	22,50 (2,86)	0,13	n.i.

Źródło: badania własne.

Istotne różnice w spostrzeganej etiologii choroby pomiędzy osobami posiadającymi osobę chorą na cukrzycę w rodzinie i nieposiadającymi chorego na cukrzycę w rodzinie zanotowano dla: wieku, diety i nawyków żywieniowych, przepracowania, dziedziczności i niedostatecznej opieki zdrowotnej w przeszłości. Cukrzyca w rodzinie skłaniała do wyższej oceny roli wieku, nawyków żywieniowych, nadmiaru pracy, czynnika genetycznego i niedostatecznej opieki w przeszłości w powstawaniu cukrzycy. W kolejnym kroku przeprowadzono analizę ANCOVA. Wprowadzając do modelu analizy wariancji zmienne socjodemograficzne jako współzmiennne, nie uzyskano istotnych efektów tych zmiennych dla: dziedziczności, diety i starości. Natomiast uzyskano istotny efekt wieku dla przepracowania ($F(1,159) = 5,13; p < 0,05$) oraz istotny efekt wykształcenia $F(1,159) = 3,94; p < 0,05$ dla niedostatecznej opieki medycznej w przeszłości. Im starsze osoby, tym większa rola w etiologii choroby przypisywana przepracowaniu oraz im niższe wykształcenie, tym większa rola przypisywana niedostatecznej opiece w przeszłości. Wszystkie zaprezentowane w tabeli 2 różnice między grupami różniącymi się doświadczeniem w zakresie cukrzycy pozostały istotne przy kontrolowaniu jako współzmiennych w analizie ANCOVA zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie). Wykres 1 prezentuje statystyki częstości dla wskazywanych przez lekarzy największych czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę.



Wykres 1. Statystyki częstości dla najważniejszych czynników ryzyka zachorowania na cukrzycę.
N = 160

Tabela 2

Różnice w atrybucji przyczyn zachorowania na cukrzycę pomiędzy osobami posiadającymi osobę chorą na cukrzycę w rodzinie i nieposiadającymi chorego na cukrzycę w rodzinie. N=160
M(SD)

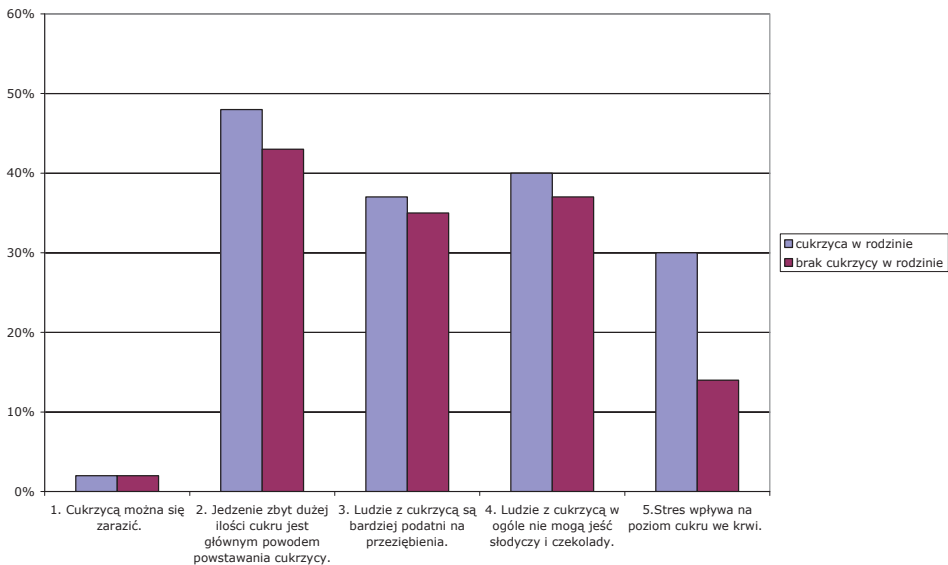
Przyczyny zachorowania	Cukrzyca w rodzinie N = 56	Brak cukrzycy w rodzinie N = 104	F	Istotność
1	2	3	4	5
Dieta i nawyki żywieniowe	4,32 (0,66)	3,93 (0,92)	7,85	0,01
Dziedziczność	4,09 (0,88)	3,78 (0,96)	4,00	0,05
Wiek, starość	3,80 (0,84)	3,30 (1,09)	9,15	0,01
Alkohol	3,54 (1,14)	3,25 (1,03)	2,59	n.i.
Zachowanie	3,52 (1,13)	3,36 (1,03)	0,84	n.i.
Niedostateczna opieka medyczna	3,21 (1,06)	2,87 (1,03)	4,08	0,05
Przepracowanie	3,05 (0,99)	2,62 (0,92)	7,81	0,01
Stres	2,93 (1,19)	2,75 (1,08)	0,93	n.i.
Zaburzenia odporności	2,93 (1,06)	3,04 (1,05)	0,40	n.i.
Papierosy	2,91 (1,13)	2,76 (0,99)	0,76	n.i.
Złe samopoczucie	2,73 (1,07)	2,57 (0,88)	1,10	n.i.

Tabela 2 (cd.)

1	2	3	4	5
Zanieczyszczenie środowiska	2,73 (0,98)	2,71 (0,91)	0,02	n.i.
Kłopoty	2,68 (1,03)	2,52 (0,89)	1,04	n.i.
Nastawienie życiowe	2,61 (1,06)	2,50 (0,91)	0,45	n.i.
Przypadek lub pech	2,57 (1,17)	2,44 (1,16)	0,45	n.i.
Osobowość	2,43 (1,08)	2,25 (0,86)	1,32	n.i.
Bakterie i wirusy	1,96 (0,99)	2,16 (0,88)	1,70	n.i.
Wypadek	1,89 (0,93)	1,94 (0,69)	0,14	n.i.

Źródło: badania własne.

Istotną różnicę pomiędzy badanymi grupami w ocenie prawdziwości i fałszywości szczegółowych stwierdzeń, dotyczących cukrzycy, uzyskano tylko odnośnie do stwierdzenia, że stres wpływa na poziom cukru we krwi. Osoby posiadające w rodzinie chorego na cukrzycę istotnie częściej oceniały to stwierdzenie jako prawdziwe $\chi^2(1,160) = 5,77$; $p < 0,05$. Jednakże tylko 30% badanych z cukrzycą w rodzinie i 14% nieposiadających chorego w rodzinie prawidłowo oceniła prawdziwość tego stwierdzenia (wykres 2).



Wykres 2. Wiedza o cukrzycy. N = 160

Większość badanych trafnie oceniła, że cukrzyca nie jest chorobą zakaźną (tylko 3 osoby z całej grupy badanych sądzą, że cukrzyca można się zarazić). Prawie połowa badanych w obu grupach (48% z grupy z cukrzycą w rodzinie i 43% z grupy bez cukrzycy w rodzinie) nietrafnie uznaje, że jedzenie zbyt dużej ilości cukru jest główną przyczyną cukrzycy. Więcej niż jedna trzecia badanych (37% z grupy z cukrzycą w rodzinie i 35% z grupy bez cukrzycy w rodzinie) niesłusznie sądzi, że osoby z cukrzycą są bardziej podatne na przeziębienia. Fałszywe przekonanie o tym, że osoby chore na cukrzycę w ogóle nie mogą jeść słodyczy i czekolady ma 40% osób posiadających chorego na cukrzycę w rodzinie i 37% nieposiadających chorego w rodzinie.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Przeprowadzone badanie wskazuje, że w badanej próbie jest dość wysoka świadomość przebiegu i konsekwencji, jakie niesie ze sobą cukrzyca. Zarówno osoby posiadające, jak i nieposiadające chorego na cukrzycę w rodzinie trafnie, z punktu widzenia wiedzy medycznej, oceniały czas trwania, konsekwencje choroby oraz znaczenie własnego zachowania w kontroli cukrzycy. W badanej próbie było też duże zrozumienie kosztów emocjonalnych związanych z choro- waniem na cukrzycę oraz wiara w skuteczność współczesnej medycyny w walce z tą chorobą. Zanotowana różnica w rozumieniu choroby pomiędzy badanymi grupami jest zrozumiała i logiczna. Dla osób posiadających chorego na cukrzycę w rodzinie choroba i związane z nią dolegliwości tworzą bardziej spójny obraz. Obraz zmian w organizmie, ich przyczyn i konsekwencji jest swoistą metaanalizą wszystkich elementów obrazu choroby. Badania na osobach chorych pokazują, że wysokie wyniki w podskali rozumienia choroby są związane z rzadszym pojawia- niem się u pacjentów negatywnych emocji w związku z chorobą (Hermele i in., 2007). Być może także u członków rodzin chorego przekonanie o własnej wiedzy ma dobroczynne skutki emocjonalne. Wyższe wyniki w podskali rozumienia cho- roby w grupie z cukrzycą w rodzinie mogą zatem wynikać zarówno z większych doświadczeń z tą chorobą, jak i pełnić rolę mechanizmu obronnego.

Adaptacja do środowiska, chęć rozumienia świata, w jakim żyjemy, skła- nia do poszukiwania zależności przyczynowo-skutkowych. Pomimo że wiedzę o przyczynach powstawania cukrzycy w obu grupach można uznać za dobrą, bo najważniejsze czynniki ryzyka zachorowania zostały trafnie wytypowane, to, przyglądając się statystykom częstości, można zauważyć, że są osoby, u których zakres wiedzy o przyczynach cukrzycy jest mały. Jest to szczególnie niepokoją- ce w odniesieniu do członków rodzin osób chorych na cukrzycę. Aż 14% bada- nych z rodzin, w których cukrzyca występuje nie wiedziało lub nie miało zdania na temat tego, czy dziedziczenie odgrywa istotną rolę w powstawaniu cukrzycy.

Tymczasem, dane wskazują jednoznacznie na rolę czynnika genetycznego. Jeśli oboje rodzice chorują na cukrzycę typu 2, to jest 45% ryzyko, że przed 65 rokiem życia u osoby rozwinię się cukrzyca, a jeśli u jednego z rodziców lub rodzeństwa pojawi się cukrzyca przed 50 rokiem życia, to jest 14% ryzyko, że osoba zachoruje na cukrzycę (Scollan-Koliopoulos i in., 2006). Wiedza o tym, że należy się do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania na daną chorobę jest cenna z uwagi na możliwość podjęcia zachowań prewencyjnych. Wiele osób nie tylko nie wie, że należy do grupy ryzyka, ale także nie jest świadoma, że już choruje. Szacuje się, iż wśród chorujących w Polsce na cukrzycę 50% (około 1 miliona ludzi) to przypadki cukrzycy „nieznanej” – nierozpoznanej i nieleczonej (Tatoń, Czech, 2006).

Dieta, czynniki genetyczne i wiek lokowane są wysoko na liście przyczyn w obu grupach, choć ich rolę w powstawaniu cukrzycy istotnie wyżej oceniają członkowie rodzin chorych na cukrzycę. Taka, zgodna z wiedzą medyczną, atrybucja przyczyn u członków rodzin świadczy o większej w tej grupie wiedzy o tej chorobie. Istotnie wyższa ocena niedostatecznej opieki zdrowotnej w przeszłości oraz przepracowania u członków rodzin może wynikać z obserwacji stylu życia osoby chorej na cukrzycę i odzwierciedlać większą świadomość u rodzin wpływu własnego zachowania na rozwój cukrzycy. Taki rezultat może być również przejawem swego rodzaju mechanizmu obronnego, polegającego na tym, że osoba badana przecenia rolę korzystania z opieki zdrowotnej i nadmiaru pracy, myśląc, że jeśli sama będzie postępować inaczej cukrzyca jej nie dotknie.

Nie tylko wśród osób, które nie zetknęły się bezpośrednio z cukrzycą, ale także wśród osób posiadających chorego na cukrzycę w rodzinie widać pewne braki w szczegółowej wiedzy na temat tej choroby. Gdyby wiedza o prawidłowym zachowaniu się chorego na cukrzycę była pełniejsza, najbliżsi mogliby być lepszym wsparciem dla chorego. Szczególnie wiedza o zalecanej diecie jest bardzo istotna w przypadku cukrzycy, ponieważ bardzo ważną rolę w kontroli przebiegu tej choroby odgrywa dieta i utrzymanie prawidłowej masy ciała. Wskazane byłoby, aby członkowie rodziny przygotowujący razem z chorym posiłki czy robiący wspólne zakupy byli świadomi zaleceń żywieniowych dla cukrzyków. Z uwagi na to, że choroba wpływa na całą rodzinę, członkowie rodzin powinni także adaptować się do choroby, np. zmienić styl życia, dietę czy czasem nawet cele życiowe. Niewielki procent badanych z obu grup był świadomy wpływu stresu na poziom cukru we krwi. Istnieją naukowe dowody wskazujące na to, że stres wpływa na regulację metabolizmu i zapotrzebowanie na insulinę wzrasta pod wpływem stresu (Tatoń, Czech, 2006). Wydzielane w stresie katecholaminy hamują sekrecję insuliny, co prowadzi do zmian w metabolizmie węglowodanów. Z psychofizjologicznego punktu widzenia ważną rolę w przebiegu cukrzycy odgrywa wpływ napięcia psychicznego na układ hormonalny (Luban-Plozza, 1995). Tej zależności między stresem i poziomem cukru we krwi nie zna wielu badanych, nawet wśród członków rodzin chorego. W programach edukacji prozdrowotnej adresowanej zarówno do grup ryzyka, jak i do szerokiego kręgu społecznego powinno

się uwzględnić tę tematykę. Pozytywnym wnioskiem płynącym z badań jest to, że w badanej próbie nie zaobserwowano mitu o zaraźliwości cukrzycy.

W kampaniach społecznych, projektowanych w celu profilaktyki cukrzycy, należałoby zwrócić uwagę na dostarczenie szczegółowych informacji związanych z cukrzycą. O ile zasób wiedzy ogólnej związanej z tą chorobą można uznać za zadowalający, to widoczny jest niedobór informacji dotyczący konkretnych zachowań chorego na cukrzycę. Przeprowadzone badanie prowadzi też do wniosku, że warto byłoby objąć członków rodzin programem screeningowym oraz kampanią informacyjną. Członkowie rodzin byłiby wtedy nie tylko lepszym wsparciem dla chorego, ale mogliby odpowiednio wcześniej rozpoznać nieprawidłowe funkcjonowanie własnego organizmu.

BIBLIOGRAFIA

- Bishop G.D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław.
- Boyle C.M. (1970), *Differences between patients' and doctors' interpretations of common medical term*, „British Medical Journal”, **2**, 286–289.
- Figueiras M. J., Alves N.C. (2007), *Lay perception of serious illness: An adapter version of Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people*, „Psychology and Health”, **22**(2), 143–158.
- Hermele S., Oliwio E.L., Namerow P., Mehmed C. (2007), *Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery*, „Psychology, Health & Medicine”, **12**(5), 580–591.
- Heszen-Klemens I. (1979), *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*, Ossolineum, Wrocław.
- Heszen-Niejodek I. (1992), *Lekarz i pacjent*, Universitas, Kraków.
- Heszen I., Sęk I. (2008), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Leventhal H., Leventhal E.A., Contrada R.J. (1998), *Self-regulation, health and behaviour: A perceptual-cognitive approach*, „Psychology and Health”, **13**, 717–733.
- Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., Wasilewski B. (1995), *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa, 105–107.
- Morrison V., Bennet P. (2006), *An Introduction to Health Psychology*, Pearson Education Limited, Essex.
- Moss-Morris R., Weinman J., Patrie K.J., Horne R., Cameron L.D., Buick D. (2002), *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*, „Psychology and Health”, **17**(1), 1–16.
- Murray M., McMillan C. (1993), *Health beliefs, locus of control, emotional control and women cancer screening behaviour*, „British Journal of Clinical Psychology”, **32**, 87–100.
- Ogden J. (2007), *Health Psychology*, Open University Press, Berkshire.
- Pimm T.J., Weinman J. (1998), *Applying Leventhal's self regulation model to adaptation and intervention in rheumatoid arthritis*, „Clinical Psychology and Psychotherapy”, **5**, 62–75.
- Scollan-Koliopoulos M., O'Connell K.A., Walker E.A. (2006), *Assessing legacies of diabetes: recollections of family members' illness representations and outcomes*, „The Journal of Theory Construction and Testing”, **9**(2), 40–48.
- Savoca M., Miller C. (2001), *Food selection and eating patterns: themes found among people with type 2 diabetes mellitus*, „Journal of Nutrition Education”, **33**(4), 224–233.

- Scharloo M., Kaptein A., Weinman J., Willems L.N., Rooijmans H.G. (2000), *Physical and psychological correlates of functioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease*, „Journal of Asthma”, **37**, 17–29.
- Sęk H. (2001), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.
- Tatoń J., Czech A. (2006), *Jak zwyciężyć cukrzycę*, PZWL, Warszawa.

AGNIESZKA OLCHOWSKA-KOTALA

LAY KNOWLEDGE OF DIABETES – THE COMPARISON BETWEEN FAMILY MEMBERS OF DIABETIC PATIENTS AND THOSE WHO HAD NO FAMILY EXPERIENCE WITH DIABETES

The aim of the study was to examine the perception of diabetes and the knowledge about this disease. Participants were divided into two groups: the first one consisted of family members of diabetic patients (56 individuals; M age = 54) whereas the second one comprised those who had no family experiences with diabetes (104 individuals; M age = 55). In order to examine the perception of diabetes modified version of IPQ-R (The Revised Illness Perception Questionnaire), enabling examination of healthy individuals was applied. Additionally, participants were to decide whether certain given information on diabetes was true or false. Participants in both groups considered diabetes as a serious chronic disease which can be successfully treated and the course of which is largely dependant on a patient's behaviour. In both groups there were false assumptions regarding the causes of the disease and opinions discordant with medical knowledge. It would be advisable to organize educational campaigns and screening programmes for the family members. As a result, family members would be able to provide better support for the patient and could also recognize dysfunctions of their own organism early enough.

Key words: diabetes, illness representations, healthy individuals.