Pielęgniarstwo Polskie 2013, 4 (50), 319–323

RODZINA JAKO ŚRODOWISKO KSZTAŁTUJĄCE ZACHOWANIA ZDROWOTNE DZIECI Z CUKRZYCĄ TYPU 1

THE FAMILY AS AN ENVIROMENT INFLUENCING HEALTH BEHAVIOURS OF CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES

MAIA STANISŁAWSKA-KUBIAK[1], EWA MOJS[1], RAFAŁ W. WÓJCIAK[1,2]

[1]Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Kierownik: dr hab. Ewa Mojs
[2] Zakład Higieny i Toksykologii Żywności, Katedra Higieny Żywienia Człowieka
Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. Jan Jeszka

Streszczenie

Analiza danych epidemiologicznych wskazuje na stały wzrost zachorowań dzieci na cukrzycę typu 1. Proces leczenia jest skomplikowany i wymagający od dziecka wielu umiejętności. Diabetolodzy wciąż szukają odpowiedzi na pytanie, jak skutecznie wspomagać proces leczenia dzieci i młodzieży, aby nie dochodziło do wczesnych powikłań. Aby osiągnąć prawidłowe wyrównanie glikemiczne, potrzebna jest współpraca chorego dziecka i jego rodziny z zespołem diabetologicznym. Rodzina może zarówno być czynnikiem ryzyka dla dziecka, jak i wspierać dziecko w zachowaniach prozdrowotnych. Niniejszy artykuł przedstawia, w oparciu o podejście systemowe, wybrane trudności towarzyszące budowaniu konstruktywnych zachowań zdrowotnych w grupie dzieci chorujących na cukrzycę typu 1.

Słowa kluczowe: dziecko, rodzina, cukrzyca typu 1, czynniki ryzyka, zachowania prozdrowotne.

Abstract

The analysis of epidemiological data shows a steady increase in the number of children affected with type 1 diabetes. The treatment is complicated and places several demands on children (i.e.learning new skills). Diabetologists have been looking for ways to effectively improve the treatment process so that early complications could be avoided. In order to achieve a good glycemic control, the cooperation between the child, its family and the diabetological team is necessary. The family may be both a risk factor and a supporting factor which positively affects the desired health-related behaviours of their children. The article presents selected difficulties associated with shaping positive health – related behaviours in the group of children with type I diabetes based on the systemic approach.

Key words: child, family, type 1 diabetes, risk factors, positive health-related behaviours.

Wprowadzenie

Dziecko chore przewlekle, jako członek rodziny, podlega jej nieustannym wpływom – rodzina to podstawa jego rozwoju oraz dobrostanu somatycznego i psychicznego. Trudności występujące w rodzinie to początek zakłóceń funkcjonowania związanego z zarządzaniem chorobą; w związku z tym istnieje ryzyko pojawienia się trudności zarówno fizycznych, jak i psychologicznych. Trudności te z kolei uruchamiają szereg mechanizmów, które utrudniają zachowania antyzdrowotne oraz takie, które nie gwarantują, szeroko pojmowanego, zdrowia.

Niniejszy artykuł przedstawia, w oparciu o podejście systemowe, wybrane trudności towarzyszące budowaniu konstruktywnych zachowań zdrowotnych w grupie dzieci chorujących na cukrzycę typu 1. Główny nacisk kładziemy tu na analizę czynników ryzyka pochodzenia rodzinnego oraz na analizę sposobów wspierania zachowań prozdrowotnych, jak również budowania prawidłowych umiejętności związanych z zarządzaniem chorobą.

Epidemiologia i skutki cukrzycy typu 1

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) cukrzyca typu 1 to jedna z najczęstszych chorób przewlekłych okresu rozwojowego. W 2007 roku WHO uchwaliła rezolucję uznającą cukrzycę za epidemię współczesnej cywilizacji; eksperci szacują, że w 2005 roku liczba osób z cukrzycą osiągnie 330 milionów. Obecnie cukrzyca typu 1 stanowi około 10% wszystkich zaburzeń metabolizmu węglowodanów – choruje na nią ponad 20 mln ludzi, w tym około 150 tysięcy w Polsce [1]. Ponad 40% pacjentów z tą postacią cukrzycy ma mniej niż 20 lat. Najwyższe wskaźniki zachorowalności wśród dzieci obserwuje się w grupie 10–14-latków, natomiast najszybszy wzrost zapadalności dotyczy dzieci poniżej 5 roku życia [1].

W Tabeli 1 przedstawiono wybrane medyczne i psychologiczne skutki wstępowania cukrzycy typu 1 u dzieci.

Tabela1. Wybrane skutki cukrzycy typu 1 dla dzieci
Table 1. Selected effects of type 1 diabetes in children

Medyczne skutki cukrzycy typu 1 u dzieci	Psychologiczne skutki cukrzycy typu 1 u dzieci
• Powikłania naczyniowe, w następstwie których dochodzi do uszkodzenia wielu narządów • Mikroangiopatia • Neuropatia • Retinopatia • Nefropatia cukrzycowa • Makroangiopatia	• Zaburzenia koncentracji • Zaniżona samoocena • Depresyjność • Zaburzenia spostrzegania własnego ciała • Wysoki poziom lęku • Chroniczny stres

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own materials

Leczenie cukrzycy jest trudne, składa się z wielu elementów, które muszą wzajemnie współgrać i jednocześnie być dostosowywane do ciągle zmieniającego się stanu psychofizjologicznego chorego dziecka. Jednym z najważniejszych elementów jest funkcjonalna, intensywna insulinoterapia z zastosowaniem wielokrotnych wstrzyknięć za pomocą pena lub ciągłego podskórnego wlewu insuliny przy użyciu osobistej pompy insulinowej. Niezbędne są również: kilkakrotne w ciągu dnia monitorowanie poziomu glukozy we krwi, dobieranie odpowiedniej diety (w której każdy produkt trzeba zważyć i obliczyć jego wymienniki węglowodanowe i białkowo-tłuszczowe, aby dopasować do niej odpowiednią ilość insuliny) oraz systematyczny wysiłek fizyczny.

Takie leczenie jest możliwe jedynie w połączeniu ze stałą edukacją chorego i jego rodziny, przy dokładnej samokontroli oraz codziennym trenowaniu umiejętności przestrzegania zaleceń związanych z insulinoterapią połączoną z dietą i wysiłkiem fizycznym. Już same wymagania czynią cukrzycę typu 1 poważnym źródłem stresu zarówno dla dziecka, jak i wszystkich innych członków rodziny. Rodzina konfrontuje się z wieloma różnymi wyzwaniami, takimi jak: ciągła normalizacja poziomu glukozy we krwi, która wymaga stałego zwracania uwagi na objawy choroby, cierpliwość w jej prowadzeniu, jak również konieczność ciągłego dokształcania się, po to, by modyfikować zalecenia lekarskie w sytuacji, gdy chory za dużo i/lub za mało zje, podejmie większy lub mniejszy wysiłek fizyczny, zachoruje, przeżywa zbyt dużo sytuacji stresowych itp. Wszystkie te elementy generują chroniczny stres.

Stres powoduje z kolei wydzielanie hormonów będących w opozycji do insuliny, które zaburzają metabolizm organizmu [2]. Hormony stresu powodują wzrost stężenia glukozy we krwi, co wymaga dodatkowej dawki insuliny. Istnieją sprzeczne dowody na to, czy stres bezpośrednio wpływa na zachorowanie i przebieg cukrzycy [3, 4]. Niemniej badania wskazują, iż wyrównanie glikemiczne jest gorsze u osób odczuwających większy stres [4] oraz brak wsparcia [4, 5]. Konsekwencją może być stosowanie strategii opartych na emocjach i unikaniu konfrontacji z chorobą oraz uruchamianie myślenia życzeniowego [6].

Włączenie rodziny do procesu terapii korzystnie wpływa na lepsze zrozumienie problemów związanych z chorobą, oddziałuje na motywację, ułatwia realizację zachowań prozdrowotnych.

Życie rodzinne jako czynnik ryzyka w rozwoju zachowań ryzykownych związanych z prowadzeniem cukrzycy typu 1

Problemy życia rodziny z dzieckiem chorującym na cukrzycę typu 1 ilustruje napisana przez Luthera Travisa recepta na powodowanie problemów psychologicznych w rodzinie, która składa się z siedmiu punktów (wszystkie dotyczą cukrzycy):

- „Obdarz członka rodziny przewlekłą chorobą – daj ją dziecku.
- Spraw, by choroba miała niejasne pochodzenie – wskaż na jej wrodzony charakter, ponieważ wtedy każdy będzie czuł się winny.
- Spowoduj, aby leczenie zasadnicze dla dobrego stanu chorego było czasochłonne i trudne.
- Uczyń to bolesnym.
- Spraw, by leczenie kłóciło się z normalnym trybem życia, bo wtedy wszyscy będą niezadowoleni.
- Spowoduj, żeby samodyscyplina było podstawą sukcesu w leczeniu, gdyż to wywołuje trudności.
- Włącz w to wszystko wielodyscyplinarny zespół, w którym poszczególni członkowie nie są pewni dróg leczenia i mogą dawać pacjentowi oraz jego rodzinie sprzeczne rady" [7].

Warunkiem dobrej kontroli cukrzycy jest posiadanie przez pacjenta oraz członków jego rodziny jak najlepszej wiedzy i informacji o chorobie, sposobach jej leczenia i właściwego odżywiania, a także o zasadach samokontroli. Badania z literatury są zgodne. Dowodzą, że rodzina jest integralnym czynnikiem prowadzenia cukrzycy u dzieci. Wyniki badań pokazują, że wysoki poziom spójności i zgodności z odpowiedzialnym i wspierającym zachowaniem ma związek z lepszym sprawowaniem ścisłej kontroli glikemii. Natomiast konflikty w rodzinie często powodują brak odpowiedzialności w prowadzeniu cukrzycy u dziecka i mają związek z gorszym trybem życia i kontrolą glikemii. Znaczące w rodzinach dysfunkcyjnych jest to, że w większości klinicznych obserwacji młodzieży pojawiają się nawracające kwasice ketonowe [8, 9]. Badania pokazują, że również czynniki socjodemograficzne, takie jak samotne rodzicielstwo [10] i niskie dochody, mają związek z większym ryzykiem złego prowadzenia cukrzycy [11].

Wielu rodziców ma również psychologiczne problemy po diagnozie cukrzycy 1 typu u swojego dziecka. U 1/3 matek pojawia się ryzyko depresji. Większość

problemów z przystosowaniem u matek pojawia się w trakcie pierwszego roku po otrzymaniu diagnozy dotyczącej choroby dziecka. Ojcowie dzieci z cukrzycą często spełniają kryteria diagnozy stresu posttraumatycznego po 6 tygodniu od rozpoznania choroby u ich dziecka [12]. Brak perspektywy na wyzdrowienie i ryzyko powikłań oraz konieczność wzięcia odpowiedzialności za przebieg choroby stanowią duże obciążenie. Świadomość, że choroba może zakłócać rozwój emocjonalny i poznawczy dziecka, że wymaga codziennego wysiłku, a leczenie spoczywa głównie na dziecku i/lub jego rodzinie, powoduje permanentne napięcie i w konsekwencji poczucie wyczerpania, zmęczenia, smutku czy złości. Choroba może również determinować realizację zadań rozwojowych, takich jak: założenie rodziny, posiadanie potomstwa, wybór zawodu (konieczność porzucenia planów zawodowych czy marzeń o karierze kierowcy, policjanta lub pilota) [13,14].

Emocje o zmieniającej się intensywności i treści towarzyszą rodzicom dziecka chorego na cukrzycę przez cały czas trwania choroby. Powszechnymi reakcjami emocjonalnymi są lęk, niepokój, poczucie zagrożenia. To, jak dziecko i jego rodzice poradzą sobie z nową sytuacją, zależy od wielu czynników, takich jak: osobowość pacjenta, poziom inteligencji, umiejętność radzenia sobie ze stresem, emocje, uruchamiane mechanizmy obronne i zachowania w obliczu choroby oraz zewnętrzne wsparcie [12]. Wiele zależy od oceny poznawczej odnoszącej się do cukrzycy, która pozostaje w związku z tym, jak dziecko spostrzega to, co o jego chorobie myślą rodzice i otoczenie [15].

Cukrzyca, jako choroba przewlekła i nieuleczalna, wiąże się z ciągłym emocjonalnym napięciem również dla rodzica, który chce wspierać dziecko. W konsekwencji może pojawić się mechanizm współuzależnienia od zachowań dziecka i jego poziomu glikemii u opiekuna. I tak, poziom napięcia i niepokoju wzrasta wraz z poziomem glikemii u dziecka, co sprawia, że jeszcze trudniej jest go stabilizować, ponieważ stres podwyższa poziom cukru we krwi [16].

W rodzinach dzieci z cukrzycą typu 1 spotykamy uczenie się określonego stylu życia obejmującego kilka istotnych czynników ryzyka: nadopiekuńczość lub nadkontrola rodziców, która ma służyć wspieraniu chorego dziecka, a często wzmacnia poczucie bezradności oraz nadmierną koncentrację na chorobie. Niemniej brak zainteresowania wsparciem dziecka w jego chorobie jest również niebezpieczny. Nieprzeprowadzenie przez rodzinę analizy dotyczącej sposobu żywienia czy poziomu aktywności fizycznej powoduje nasilenie siedzącego trybu życia, wzrost liczby godzin spędzonych przed telewizorem i komputerem, a w konsekwencji poczucie samotności, tendencje unikowe oraz negowanie choroby. Czynniki te generują z kolei stres w rodzinie oraz jej mniejszą spójność. Tabela 2 przedstawia wybrane czynniki ryzyka dzieci z cukrzycą typu 1 w związku z oddziaływaniem rodziców. Zdecydowanie gorsze rezultaty uzyskiwano w przypadku nadmiernie oferowanego wsparcia, odbieranego jako przesadne i wyzwalającego zachowania niesprzyjające zdrowiu, na przykład jedzenie słodyczy. Zbyt wysoki poziom wsparcia korelował również z symptomami depresji, poczuciem zależności od innych, bezsilności. Wzrost depresji u dziecka może z kolei wyzwalać bezradność członków rodziny i zwiększać komplikacje medyczne. Dlatego wsparcie udzielane dzieciom z cukrzycą powinno być zbieżne z wykorzystaniem zasobów indywidualnych dziecka, co zwiększa efektywne radzenie sobie i lepsze przystosowanie do sytuacji wyzwalanych przez chorobę.

Tabela 2. Właściwości rodzica a konsekwencje dla rozwoju zachowań ryzykownych u dziecka z cukrzycą typu 1
Table 2. Parent's profile and its consequences for development of risky health – behaviors in children with type 1 diabetes

Właściwości rodziców	Konsekwencje dla dziecka
Nadopiekuńczość rodziców	Wzmacnia bezradność, nadmierną koncentrację na chorobie oraz utrudnia zdobywanie autonomii
Silny stres w rodzinie	Somatyzacja stresu, tłumienie i zaleganie takich emocji, jak smutek, złość, poczucie winy, lęk
Brak zainteresowania wsparciem dziecka w przeżywaniu choroby	Negowanie problemu, zachowania unikowe w stosunku do własnej choroby u dziecka
Brak zainteresowania aktywnością fizyczną dziecka	Siedzący tryb życia dziecka, trudniejsze wyrównanie metaboliczne
Słaba spójność rodziny i poczucie niedostatecznej opieki	Depresja, gorsze wyrównanie metaboliczne, niskie umiejętności radzenia sobie z chorobą

Źródło: opracowanie własne na podstawie pracy z rodzinami z dzieckiem z cukrzycą typu 1
Source: based on authors' analysis of their work with children with type 1 diabetes and their families

Czynniki zachowań ryzykownych w rodzinie mogą przyczynić się do pojawienia się i utrwalenia zachowań antyzdrowotnych u dziecka z cukrzycą.

Poziom i stopnie wyrównania u dziecka z cukrzycą typu 1 zwykle określa się na podstawie wskaźnika procentowego wyrównania hemoglobiny glikowanej. Wskaźniki poprawy zdrowia i zmian w zakresie zachowań zdrowotnych to HbA1c na poziomie 6,5–7,5%. Źle kontrolowana glikemia, wskaźnik HbA1c powyżej 8%, może być powodem podwyższonego poziomu lęku i niskiej samooceny. Zaburzenia lękowe u pacjentów z cukrzycą mogą przejawiać się pod postacią: zespołu lęku uogólnionego, niezróżnicowanych zaburzeń lękowych i nasilonych objawów lękowych [17]. I tak na przykład

w przypadku fobii społecznej u dziecka z cukrzycą może dominować lęk przed ujawnieniem własnej choroby. Innym obserwowanym problemem jest fobia przed wykonaniem iniekcji, której towarzyszą silne objawy wegetatywne. Charakter fobii przybiera również lęk przed hipoglikemią, co objawia się przesadną częstością sprawdzania glukozy we krwi, strachem przed zostaniem samemu w domu, przed wysiłkiem fizycznym lub unikaniem niedocukrzenia przez dojadanie lub zmniejszanie dawki insuliny, co w konsekwencji prowadzi do wysokich stężeń glukozy we krwi. Diagnoza objawów zaburzeń lękowych jest utrudniona, ponieważ objawy mogą być podobne do objawów hipoglikemii.

Wskazania do terapii w większości wymagają od dziecka restrykcyjnej zmiany stylu życia – poprzez ścisłą kontrolę glikemii, podawanie insuliny do dokładnie obliczonego pokarmu, zmniejszanie dawek pożywienia, ćwiczenia fizyczne.

Prewencja i interwencja

Szczególnie w początkowej fazie choroby można skorygować przekonania pacjenta, dostarczyć rodzinie adekwatnej wiedzy i informacji. Wspieranie rodziny w momencie diagnozy może mieć wpływ na to, w jaki sposób przeżywają i myślą o chorobie rodzice; z dużym prawdopodobieństwem ich przekonania będą również dotyczyć dziecka. Dzieje się tak, ponieważ znaczenia i interpretacje nadawane wydarzeniom i sytuacjom, w których uczestniczy rodzina, osadzone są w jej doświadczeniach społecznych, kulturowych i historycznych [15].

Wsparcie społeczne

Silna więź z osobami wspierającymi odgrywa istotną rolę w odbiorze przez dziecko informacji o chorobie. Wsparcie, zwłaszcza o charakterze emocjonalnym, może oddziaływać na ocenę doświadczanego stresu i wybór strategii radzenia sobie z codziennymi trudnościami [12, 18]. Pozytywną rolę wsparcia przekłada się na lepsze radzenie sobie z trudnościami związanymi z samoopieką i kontrolą objawów cukrzycowych. Oczywiste jest, że opieka i wsparcie dla dzieci z cukrzycą w różnym wieku muszą być specyficzne. Dla młodzieży muszą być one bardziej instrumentalne; równie ważne jest umożliwienie młodym ludziom doznawania wsparcia emocjonalnego od przyjaciół [12, 18]. Atrybutem dorastania jest bowiem często negatywny stosunek nastolatka do opiekunów, co w konsekwencji nasila stres dziecka i wpływa na kontrolę glikemii. Poczucie niewystarczającego wsparcia znacznie częściej powoduje wspomniane wcześniej unikowe radzenie sobie z chorobą, odizolowanie się, zaniechanie troski o własne zdrowie [12, 18]. W wielu badaniach [18] podkreślana jest zależność pomiędzy adekwatnością wsparcia a kontrolą cukru i postępowaniem zgodnym z wytycznymi lekarza.

Wsparcie społeczne wpływa znacząco na wiele aspektów zachowań prozdrowotnych rodzin z dzieckiem chorym na cukrzycę. Gdy otoczenie wykazuje zrozumienie dla choroby, dzieciom i nastolatkom dużo łatwiej jest stosować dietę, poświęcać więcej czasu na aktywność fizyczną i obserwować glikemię.

Cechy pozytywne, które mogą być wzmacniane w przebiegu choroby to, w porównaniu ze zdrowymi rówieśnikami, większa dojrzałość psychiczna, odpowiedzialność, wytrwałość i sumienność [19]. Dzieci chore na cukrzycę często są bardziej uporządkowane, mają stałe zasady i wyższy poziom empatii. W myśleniu i zachowaniach są bardziej refleksyjne i realistyczne [20].

Skuteczność pomocy dla dzieci z cukrzycą wyraża się w budowaniu w szerszym środowisku rodzinnym i społecznym warunków ułatwiających edukację, umożliwiającą utrzymywanie zachowań prozdrowotnych lub chociaż przeciwdziałanie wahaniom glikemii. Programy te nie koncentrują się jedynie na dziecku, ale na wielu obszarach, z których ono korzysta, by wspomagać jego rozwój.

Tabela 3. Obszary interwencji regulacyjnych programów przeciwdziałania powikłaniom u dzieci z cukrzycą typu 1
Table 3. Areas of intervention of programs for counteracting negative effects of type 1 diabetes in children

Szkoła	Dom	Dziecko z cukrzycą
Budowanie świadomości nauczycieli o chorobie i jej specyfice Zmiana asortymentu sklepików szkolnych Aktywizujące zajęcia fizyczne	Włączenie rodziców w zmiany stylu życia dziecka, stylu odżywiania i spędzania wolnego czasu	Dbanie o podnoszenie wiedzy o chorobie, samooceny i motywacji do zmian w stylu życia

Źródło: opracowanie własne na podstawie pracy z rodzinami z dzieckiem z cukrzycą typu 1
Source: based on authors' analysis of their work with children with type 1 diabetes and their families

Sposób i zasięg oddziaływania tak rozumianej interwencji zbliżone są w swej logice do rekonstrukcji niewykształconej w rozwoju dziecka kompetencji zdrowego (somatycznie i psychicznie) regulowania swojej aktywności w środowisku, zarówno pod względem somatycznym, jak i emocjonalnym, stąd też warto w zakresie zdrowia publicznego zwracać uwagę na działanie rodziny.

Okazuje się, że rodzina jest fundamentem prawidłowych zachowań, takich jak: odpowiednie nastawienie

do choroby, własny monitoring, pozytywne wzmocnienia, odnoszące się do zachowań prozdrowotnych, podtrzymujące rodzicielskie porozumienie i właściwy udział i odpowiedzialność w prowadzeniu cukrzycy, poprawę nawyków i kontroli glikemii [12]. Ostatnie studia na temat terapii systemowej z rodzinami z dzieckiem z cukrzycą pokazują poprawę konfliktów i trybu życia oraz poprawę kontroli glikemii przez 18 miesięcy [21]. Często dziecko nie reaguje na indywidualną terapię tak dobrze jak na rodzinną. Szczególnie w sytuacji, gdy natężenie stresu związanego z chorobą nakłada się na inne sytuacje stresowe w systemie rodzinnym [22].

Terapia rodzin przyczynia się do zwiększenia umiejętności rozwiązywania problemów i wzrostu wsparcia dzieci i rodziców, co pomaga poprawiać kontrolę glikemii u dzieci przez dłuższy czas. Interwencja psychologiczna jest również pomocna w sytuacjach podejmowanych zmian w systemie. Z badań wynika, że jeśli rodzice pozwolą starszym dzieciom i adolescentom zajmować się cukrzycą, gdy nie są oni wystarczająco dojrzali społecznie i poznawczo, młodzi pacjenci będą mieli problemy z prowadzeniem cukrzycy, co wiąże się z określonymi konsekwencjami. Warto podkreślić, że powodem lekceważenia choroby przez dziecko jest niekiedy chęć zwrócenia na siebie uwagi [22].

Podsumowując, można stwierdzić, że rodzina jest podstawą najskuteczniejszych, pozytywnych wzmocnień i prawidłowych zachowań w prowadzeniu cukrzycy. Terapeuci systemowi powinni być częścią zespołu diabetologicznego opiekującego się rodzinami z dzieckiem z cukrzycą. Wydaje się, iż właśnie takie złożone podejście, które spotyka się coraz częściej w pracach dotyczących opieki nad dziećmi z cukrzycą i jego funkcjonowaniem w sytuacjach krytycznych i długotrwałego stresu, jest najbardziej uzasadnione.

PIŚMIENNICTWO

1. Rewers M., Krętowski A., Epidemiologia cukrzycy typu 1., w: Cukrzyca, Sieradzki J. (red.), Wydawnictwa VIA MEDICA, Gdańsk 2007, 151–158.
2. Peyrot M.F., McMurry J.F., Stress buffeting and glycemic control. The role of doping styles, Diabetes Care 1992, 15, 842–846.
3. Helz J.W., Templeton B., Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus: a review, Am. J. Psychiatry 1990, 147, 1275–1282.
4. Psychosomatic Medicine. Psychiatric Care of the Medically, Levenson J.L. (ed.), American Psychiatric Publishing, A Division of American Psychiatric Association, Arlington 2011, 503–524.
5. Chida Y., Hamer M., An association of adverse psychosocial factors In diabetes mellitus: a meta-analytie review of longitudinal cohort studies, Diabetologia 2008, 51, 2168–2178.
6. Grey M., Cameron M.E., Thurber F.W., Coping and adaptation in children with diabetes, Nurs. Res. 1990, 40, 144–149.
7. Silink M., Fichna P., Cukrzyca wieku dziecięcego i okresu dojrzewania, Pediatr. Praktycz. 1997, t. 5, Zeszyty 2, 3.
8. Liss D., Waller D., Kennard B. et al., Psychiatric illness and familly suport in children and adolescents with diabetic ketoacidosis: a controlled study, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1998, 37, 536–544.
9. Anderson B.J., Miller J.P., Auslander W.F., Santiago J.V., Family Characteristics of diabetic adolescents: relationship to metabolic control, Diabetes Care 2005, 1081, 4, 586–594.
10. Thompson S.J., Auslander W.F., White N.H., Comparison of single-mother and two-parent familie on metabolic control of children with diabetes, Diabetes Care 2001, 24, 234–238.
11. Junik R., Bronisz A., Zaburzenia psychiczne w cukrzycy, w: Cukrzyca, J. Sieradzki (red.), Wydawnictwa VIA MEDICA, Gdańsk 2007, 1134–1142.
12. Stanisławska-Kubiak M., Mojs E., Wójciak R., Diagnoza i opieka psychologiczna dzieci i młodzieży z cukrzycą, w: Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne, t. 4, Janowski K., Artymiak M. (red.), Wyd. Polihymnia, Lublin 2009, 164–178.
13. Buchnat M., Wizje przyszłego życia dzieci przewlekle chorych na cukrzycę, Wyd. Nauk. UAM, Poznań 2008.
14. Smoczkiewicz R., Dziatkowiak H., Wisłocka E., Wpływ sytuacji kryzysowych na dzieci i młodzież chore na cukrzycę insulinozależną, Pediatr. Pol. 1994, 49, 595–600.
15. Stanisławska-Kubiak M., Terapia systemowa jako forma wsparcia w rodzinie z cukrzycą typu 1, w: Pomoc psychologiczna w chorobach somatycznych, Mojs E. (red.), Jeżeli p to q, wyd. SC, Poznań 2009, 67–85.
16. Wojciechowska J., Stanisławska-Kubiak M., Mojs E., Sytuacja psychologiczna matki dziecka chorego na cukrzycę. Etapy procesu adaptacji do choroby jako wyznacznik wspierania i warunek pośredni równowagi glikemicznej dziecka, Now. Lek. 2011, 80, 6, 452–460.
17. Grigsby A.B., Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J., Prevalence of ankiety in adults with diabetes: a systematic review, J. Psychosom. Res. 2002, 53, 1053–1060.
18. Dalmater A.M., Psychological care of children and adolescents with diabetes, Pediatr. Diabetes 2007, 8, 340–348.
19. Szymańska S., Psychologiczne problemy młodzieży chorej na cukrzycę, w: Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji, Czabała J.C., Zasępa E. (red.), Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej,Warszawa 2006, 235–244.
20. Szewczyk L., Wiśniowiecka M., Pomoc psychologiczna dziecku choremu na cukrzycę w zależności od dominujących cech osobowości i jakości prowadzonej samokontroli, w: Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka, Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), Wyd. Emu, Warszawa 2003, 127–136.
21. Wysocki T., Harris M., Buckloh L. et al., Randomized trial of behavioral family systems therapy for diabetes: maintenance of effects on diabetes outcomes in adolescents, Diabetes Care 2007, 30, 555–560.
22. Goldberg H., Goldberg I., Terapia rodzin, Wyd. UJ, Kraków 2006.