

MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA
IWONA PARTYKA

WPŁYW RELACJI RODZINNYCH NA PRZEBIEG CUKRZYCY U DZIECI I MŁODZIEŻY

Cukrzyca, jak każda choroba przewlekła, niesie ze sobą wiele zmian w różnych obszarach życia. Oprócz zdrowia fizycznego, dotyka także sfery psychicznej i społecznej. W artykule, na podstawie dostępnej literatury naukowej, poddajemy analizie wpływ relacji rodzinnych na przebieg cukrzycy dziecka. Najpierw przedstawione zostały dane dotyczące cukrzycy oraz jej wpływu na rozwój emocjonalny dziecka, następnie kwestia zmiany stosunku i przystosowania dziecka do choroby w zależności od wieku. Kolejnym zagadnieniem jest funkcjonowanie rodziny i wpływ relacji rodzinnych na przebieg choroby u dziecka. Na końcu jest zaprezentowana metoda terapeutyczna MST – jako jeden ze sposobów pomocy rodzinie z dzieckiem chorym na cukrzycę, która charakteryzuje się holistycznym podejściem do problemu.

CUKRZYCA U DZIECI I MŁODZIEŻY

Cukrzyca typu 1 stanowi istotny i powszechny problem zdrowotny. Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 roku ogólna liczba chorych na cukrzycę na świecie wynosi 171 milionów. Oszacowano, że w 2025 roku chorych na cukrzycę będzie około 300 milionów. Dzieci i młodzież do 18 roku życia stanowią 2% chorych. Cukrzycę typu 1 można określić jako

Dr hab. MARTA MAKARA-STUDZIŃSKA – Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego; adres do korespondencji: ul. Chodźki 15, 20-039 Lublin; e-mail: mmakara@go2.pl

IWONA PARTYKA – Klinia Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego; adres do korespondencji: ul. Głuska 1, 20-439 Lublin; e-mail: iwona.partyka@gmail.com

stan przewlekłej hiperglikemii w wyniku postępującej niewydolności trzustki. Obecnie ostre powikłania cukrzycy występują stosunkowo rzadko ze względu na poprawę organizacji leczenia, natomiast odległe powikłania stanowią nadal poważny problem kliniczny. Są one przyczyną obniżenia komfortu i skrócenia długości życia. Wynikają z procesu toczącego się w drobnych naczyniach (mikroangiopatii) narządu wzroku, nerek oraz układu nerwowego. Można się spodziewać, że po 20 latach trwania choroby u 30-40% chorych wystąpi nefropatia i neuropatia, a u ponad 70% retinopatia¹.

Istnieje wiele dowodów, że przewlekła hiperglikemia przyczynia się do rozwoju powikłań (mikroangiopatii) u pacjentów z cukrzycą typu 1². Pierwsze etapy powikłań rozpoczynają się już we wczesnej fazie rozwoju cukrzycy, a proces raz zapoczątkowany nie jest możliwy do odwrócenia nawet przy poprawie kontroli glikemii³. Istnieje potrzeba zidentyfikowania tej grupy pacjentów, która jest narażona na złą kontrolę glikemii, a co za tym idzie – na większe ryzyko szybkiego rozwoju powikłań, w celu wdrożenia wczesnej i skutecznej interwencji w możliwie najwcześniejszych latach życia⁴.

Jednym z parametrów świadczących o wyrównaniu metabolicznym cukrzycy jest hemoglobina glikowana (HbA1c). Odzwierciedla ona średnie stężenie glukozy we krwi w ciągu poprzednich 120 dni od dnia badania⁵.

WPŁYW CUKRZYCY NA STAN PSYCHICZNY DZIECKA

Celem leczenia jest zmniejszenie częstości występowania danej choroby i jej powikłań, zmniejszenie śmiertelności oraz ogólna poprawa kondycji organizmu. Jednak w przypadku chorób przewlekłych zwracanie uwagi tylko

¹ Diabetes Control and Clinical Trial Research Group, „New England Journal of Medicine” 1993, nr 329, s. 997.

² J. D’A n t o n i o, D. E l l i s, B. D o f t [i in.], *Diabetic Complications, Glycemic Control: The Pittsburgh Prospective Insulin-Dependent Diabetes Cohort Study Status Report After Five Years of IDDM*, „Diabetes Care” 1989, nr 12, s. 694.

³ T. J. M e r i m e e, *Diabetic Retinopathy: A Synthesis of Perspectives*, „New England Journal of Medicine” 1990, nr 322, s. 978.

⁴ A. M. J a c o b s o n, S. T. H a u s e r, P. L a v o r i [i in.], *Family Environment and Glycemic Control: A Four-Year Prospective Study of Children and Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus*, „Psychosomatic Medicine” 1994, nr 56, s. 401.

⁵ A. B. L e w i n, A. D. H e i d g e r k e n, G. R. G e f f k e n [i in.], *The Relation Between Family Factors and Metabolic Control: The Role of Diabetes Adherence*, „Journal of Pediatric Psychology” 2006, nr 31(2), s. 174.

na te parametry wydaje się niewystarczające⁶, ponieważ choroba chroniczna wpływa na wszelkie aspekty funkcjonowania człowieka. Jedną z takich chorób jest cukrzyca: osiągnięcie prawidłowej kontroli glikemii wymaga od chorego dużego zaangażowania i wielu wyrzeczeń. Choroba zmusza go do stałego przestrzegania ścisłych zaleceń terapeutycznych w postaci częstych i systematycznych pomiarów poziomu cukru we krwi, iniekcji insuliny oraz do przestrzegania zaleceń dotyczących diety i wysiłku fizycznego⁷.

Współzależność między stopniem wyrównania metabolicznego pacjenta a jego stanem psychicznym jest niewątpliwa. Problematyce dzieci chorujących na cukrzycę poświęcono wiele uwagi w literaturze psychologicznej i pediatrycznej. Sytuacja psychospołeczna, jak również wpływ zaburzeń metabolicznych na rozwój psychiczny⁸, badanie rozwoju intelektualnego i emocjonalnego⁹ tych dzieci jest częstym tematem poruszonym w piśmiennictwie. Konieczność przestrzegania ścisłych zaleceń terapeutycznych, świadomość zagrożenia życia stanem hipoglikemii lub kwasicyą ketonową, a także świadomość nieuleczalności choroby (najpierw dotyczy rodziców chorego dziecka, wraz z rozwojem, w wieku młodzieńczym dziecko także nabiera tej świadomości) obciążają atmosferę w rodzinie i mają duży wpływ na emocjonalny rozwój dziecka. Rozpoznanie cukrzycy u dziecka jest zawsze trudnym momentem dla niego i jego rodziców i zwykle budzi typowe reakcje emocjonalne (lęk przed nieznanym, poczucie zagrożenia, złość, opór wobec zmiany przyzwyczajzeń, upodobań i dotychczasowego stylu życia, poczucie utraty zdrowia, ciągłego nadzorowania, poczucie dyskomfortu z powodu iniekcji i pomiarów glukozy, nieakceptowanie choroby)¹⁰.

⁶ M. Rose, U. Burkert, G. Scholler [i in.], *Determinants of the Quality of Life of Patients with Diabetes Under Intensified Insulin Therapy*, „Diabetes Care” 1998, nr 21, s. 1876.

⁷ E. Pietrzykowska, D. Zozulińska, B. Wierusz - Wysocka, *Jakość życia chorych na cukrzycę*, „Polski Mercuriusz Lekarski” 2007, nr 27, s. 311.

⁸ M. Grey, M. E. Cameron, *Psychosocial Status of Children with Diabetes in the First 2 Years After Diagnosis*, „Diabetes Care” 1995, nr 18, s. 1330.

⁹ P. Jarosz - Chabot, W. Franiczek, K. Moczka, G. Wiederman, *Lęk u dzieci chorych na cukrzycę*, „Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieków Rozwojowego” 1997, nr 3, s. 29.

¹⁰ M. Myśliwiec, A. Balcerska, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka oraz jego rodziny – cukrzyca*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2(2002), nr 4, s. 281.

WIEK DZIECKA A PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY

Większość autorów podkreśla, że problemy adaptacyjne dzieci chorych na cukrzycę zależą od wieku. Małe dzieci mogą reagować wybuchami złości, niechęcią do jedzenia i wtórnie powodować stany hipoglikemii na wysiłki opiekunów dotyczące diety, aktywności fizycznej i terapii insuliną. Skłania to często rodziców do zaprzestania dyscypliny wychowawczej. W wieku wczesnoszkolnym spotykamy relatywnie najmniej zaburzeń emocjonalnych, zwłaszcza w przypadku dobrej współpracy rodziców z lekarzem i nauczycielami. W tym okresie dziecko przechodzi do etapu samokontroli choroby, co często jest czynnikiem motywującym do przestrzegania otrzymanych zaleceń lekarskich. Aby nie doprowadzić do zaniżenia poczucia własnej wartości dziecka, warto umożliwić mu uczestnictwo w ćwiczeniach gimnastycznych i uprawianie sportów. Najwięcej problemów pojawia się w okresie dojrzewania: cukrzyca koliduje z potrzebami psychicznymi nastolatka, powoduje poczucie inności, mniejszej wartości względem rówieśników. Młodzież chorująca na cukrzycę ma wiele wątpliwości związanych z potencjalnym wpływem choroby na wygląd i atrakcyjność fizyczną, wybór studiów i możliwość w przyszłości wykonywania wymarzonego zawodu czy założenia rodziny. Dziecko nabiera świadomości dotyczącej nieuleczalności choroby, niebezpieczeństwa powikłań, ma poczucie niepewności, i to silnie wpływa na jego rozwój emocjonalny. W związku z tym mogą pojawić się objawy nerwicy, drażliwość, labilność emocjonalna, a nawet próby samobójcze. Czasem reakcją bywa brak akceptacji swojej choroby i całkowite zaniedbanie leczenia, a młodzi pacjenci ograniczają kontakt z lekarzem. Wiąże się to z zaostrzeniem konfliktów z rodzicami. Rezultatem takiej postawy są stany niedocukrzenia, śpiączka ketonowa, zakażenia i szybki rozwój przewlekłych powikłań cukrzycy¹¹.

Wraz z przejściem z okresu dzieciństwa do okresu adolescencji następuje pogorszenie współpracy z lekarzem i mniej dokładne przestrzeganie zasad dla chorych na cukrzycę¹². Wiąże się to z częstymi hospitalizacjami, głównie

¹¹ A. S y m o n i d e s - Ł a w e c k a, *Problemy młodzieży chorej na cukrzycę*, „Diabetologia Polska” 1998, nr 5, s. 88.

¹² D. D r o t a r, C. I e v e r s, *Age difference in parent-child responsibilities for management of cystic fibrosis and insulin-dependent diabetes mellitus*, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics” 1994, nr 15, s. 265.

z powodu kwasicy ketonowej¹³. O ile u dzieci czynnikami ryzyka dla nieprawidłowej kontroli glikemii są zaburzenia zachowania, emocji oraz choroby psychiczne¹⁴, to u młodzieży większe znaczenie mają czynniki ryzyka związane z rodziną, np. choroby psychiczne w rodzinie¹⁵ czy niski poziom wsparcia rodziców w leczeniu cukrzycy¹⁶. Chociaż niektórzy postrzegają problemy z kontrolą glikemii u nastolatków za przejściowe i uważają, że jest to element rozwojowy, to istnieją dowody, że długotrwałe nieprzystosowanie do cukrzycy u nastolatków jest czynnikiem predysponującym do nieprawidłowej kontroli glikemii i szybszego rozwoju powikłań w życiu dorosłym¹⁷. Młodzież chorująca na cukrzycę stanowi trudną do leczenia grupę pacjentów, jednocześnie zbyt mało uwagi w literaturze naukowej poświęcono tej grupie wiekowej¹⁸.

FUNKCJONOWANIE RODZINY Z DZIECKIEM CHORYM NA CUKRZYCĘ

Zachowania prozdrowotne pacjenta są ważnym czynnikiem determinującym stopień wyrównania cukrzycy, zatem stosowanie się do zaleceń lekarskich, a także inne psychospołeczne wymiary, np. wsparcie rodziny, mogą sprzyjać lub utrudniać osiągnięcie optymalnej glikemii. Istnieją źródła, które dowodzą związku między czynnikami rodzinnymi, takimi jak spójność, konflikty i kli-

¹³ M. R. Maldonado, E. R. Chong, M. A. Oehl, A. Balasubramanyam, *Economic Impact of Diabetic Ketoacidosis in a Multiethnic Indigent Population: Analysis of Costs Based on the Precipitating Cause*, „Diabetes Care” 2003, nr 26, s. 1265.

¹⁴ A. Rewers, H. P. Chase, T. Mackenzie [i in.], *Predictors of Acute Complications in Children with Type 1 Diabetes*, „Journal of the American Medical Association” 2002, nr 287, s. 2511.

¹⁵ R. H. Dumont, A. M. Jacobson, C. Cole [i in.], *Psychosocial Predictors of Acute Complications of Diabetes in Youth*, „Diabetic Medicine” 1995, nr 12, s. 612.

¹⁶ D. S. Liss, D. A. Waller, B. D. Kennard, D. McIntire, P. Capra, J. Stephens, *Psychiatric Illness and Family Support in Children and Adolescents with Diabetic Ketoacidosis: A Controlled Study*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 1998, nr 37, s. 536.

¹⁷ K. S. Bryden, D. B. Dunninger, R. A. Mayo, R. C. Peveler, H. A. Neail, *Poor Prognosis of Young Adults with Type 1 Diabetes: A Longitudinal Study*, „Diabetes Care” 2003, nr 26, s. 1052.

¹⁸ D. Gray, D. G. Marreno, C. Godfrey, D. Orr, M. P. Golden, *Chronic Poor Metabolic Control in the Pediatric Population: A Stepwise Intervention Program*, „Diabetes Educator” 1988, nr 14, s. 516.

mat emocjonalny w rodzinie, a przystosowaniem do choroby i stopniem wyrównania cukrzycy¹⁹.

Ważna jest charakterystyka psychospołeczna pacjenta i jego rodziny w odniesieniu do aspektów medycznych, takich jak stopień wyrównania cukrzycy czy wczesny etap powikłań. Celem długoterminowych badań jest identyfikacja tych zmiennych psychospołecznych, które później przekładają się na wyniki parametrów medycznych cukrzycy²⁰. A. M. Jacobson i współautorzy założyli, że relacje pacjentów i ich matek dotyczące spójności, konfliktów, wyrażania emocji i organizacji w rodzinie mają związek z początkowym etapem stopnia wyrównania cukrzycy i będą mogły służyć jako wskaźniki zmian w kontroli glikemii. Jest to hipoteza oparta na wnioskach z wcześniejszych badań, które dowodzą, że emocjonalny klimat w rodzinie ma związek z kontrolą glikemii i dostosowaniem do zaleceń lekarzy²¹. Ponadto wyniki poprzednich badań Jacobsona sugerują, że tendencje w kierunku sprecyzowanego planowania (typ organizacji w systemie rodzinnym) sprzyjają dostosowaniu do zaleceń dla pacjenta z cukrzycą²².

Zakładając, że celem działań klinicznych jest poprawa stanu zdrowia i zredukowanie ryzyka wystąpienia powikłań cukrzycowych, ważne wydaje się skoncentrowanie nie tylko na przestrzeganiu zaleceń lekarskich, lecz także na czynnikach rodzinnych, które – jak dowiedziono – mają wpływ na stopień wyrównania metabolicznego choroby dziecka. Wnioski dotyczące związku między wyrównaniem metabolicznym cukrzycy u dziecka a funkcjonowaniem rodziny (np. zaangażowanie rodziców w zadania wynikające z leczenia cukrzycy, postrzeganie przez dziecko wartościowości zachowań i wsparcia rodziców w kwestiach dotyczących choroby) podkreślają wagę działań ukierunkowanych na poprawę relacji i zachowań w obrębie rodziny²³.

¹⁹ B. Anderson, J. Miller, W. Auslander [i in.], *Family Characteristics of Diabetic Adolescents: Relationship to Metabolic Control*, „Diabetes Care” 1981, nr 4, s. 586.

²⁰ Jacobson, Hauser, Lavori [i in.], *Adherence Among Children and Adolescents*, s. 511.

²¹ S. Minuchin, L. Baker, B. Rosman [i in.], *A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children*, „Archives of General Psychiatry” 1975, nr 32, s. 1031.

²² S. T. Hauser, A. M. Jacobson, P. Lavori [i in.], *Adherence Among Children and Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus Over a 4-Year Follow Up: II The Immediate and Long-Term Influences of the Family Milieu*, „Journal of Pediatric Psychology” 1991, nr 15, s. 527.

²³ Lewin, Heidgerken, Geffken [i in.], *The Relation Between Family Factors*, s. 174.

J. McKelvey i współautorzy postulują, że o ile poszczególne składowe zachowań rodzicielskich brane pod uwagę osobno (np. odpowiedzialność, ciepło rodzicielskie) nie mają silnego wpływu na kontrolę glikemii u dziecka, to już całościowy wzorzec zachowań wykazuje silniejszy związek z wynikami wyrównania metabolicznego cukrzycy²⁴.

Przeprowadzono wiele badań dotyczących związku między czynnikami rodzinnymi rodzin z dzieckiem chorym na cukrzycę a przestrzeganiem zaleceń i wyrównaniem metabolicznym choroby. Na przykład pozytywne wsparcie emocjonalne rodziców (wyrażanie zrozumienia dotyczącego ograniczeń wynikających z obecności przewlekłej choroby i leczenia) jest związane z lepszym wyrównaniem metabolicznym choroby, a odpowiednie, ale nie przesadne zaangażowanie opiekunów w zadania wynikające z szeroko rozumianego leczenia cukrzycy jest pozytywnie skorelowane z lepszymi wynikami wskaźników stanu zdrowia w cukrzycy²⁵. Mniejsze nasilenie konfliktów dotyczących kwestii związanych z leczeniem cukrzycy między dzieckiem a rodzicami oznacza lepszą kontrolę choroby²⁶.

Natomiast wysoki poziom konfliktów rodzinnych powoduje nieprzestrzeganie zasad leczenia i gorsze wyniki wyrównania metabolicznego choroby²⁷. Równie niekorzystnie wpływają negatywne i niewspierające postawy i zachowania rodziców (przesadne zaangażowanie, dokuczanie, grożenie, krytykowanie, ganieńie)²⁸. Ponadto brak zgodności między rodzicami a dzieckiem w kwestii dotyczącej odpowiedzialności za całokształt działań związanych z terapią cukrzycy jest czynnikiem pogarszającym kontrolę glikemii, złasz-

²⁴ J. McKelvey, D. A. Waller, A. J. North [i in.], *Reliability and Validity of the Diabetes Family Behavior Scale*, „Diabetes Educator” 1993, nr 19, s. 125.

²⁵ D. A. Waller, J. J. Chipman, B. W. Hardy [i in.], *Measuring Diabetes-Specific Family Support and Its Relation to Metabolic Control: A Preliminary Report*, „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 1986, nr 25, s. 415.

²⁶ B. J. Anderson, J. Ho, J. Brackett, L. M. B. Laffel, *An Office-Based Intervention to Maintain Parent-Adolescent Teamwork in Diabetes Management: Impact on Parent Involvement, Family Conflict, and Subsequent Glycemic Control*, „Diabetes Care” 1999, nr 22, s. 713.

²⁷ S. Miller-Johnson, R. E. Emery, R. S. Marvin, W. Clarke, R. Lovinger, M. Martin, *Parent-Child Relationships and the Management of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1994, nr 62, s. 603.

²⁸ L. C. Schaffer, K. D. McCaul, R. E. Glasgow, *Supportive and Non-supportive Family Behaviors: Relationships to Adherence and Metabolic Control in Persons with Type 1 Diabetes*. „Diabetes Care” 1986, nr 9, s. 179.

cza w przypadku, gdy ani dziecko, ani rodzic nie czują się odpowiedzialni za leczenie²⁹.

Poczucie odpowiedzialności za losy dziecka i strach przed skutkami błędów w leczeniu mogą wyzwać nieprawidłowe postawy rodzicielskie. Perfekcjonizm polegający na dążeniu do uzyskania idealnych wyników za wszelką cenę, często kosztem psychiki dziecka (niekończące się kontrole glikemii za pomocą glukometru), gwałtowne zmiany w insulinoterapii często pogarszają jakość leczenia i pogłębiają chwiejność cukrzycy. Nadmierna opiekuńczość uniemożliwia usamodzielnianie się dziecka, pogłębia poczucie mniejszej wartości i brak wiary we własne siły. Ten rodzaj postawy doprowadza często do skrajnych napięć w rodzinie, zwłaszcza w okresie pokwitania. Bierność rodziców, czyli przeniesienie całej odpowiedzialności za leczenie na personel medyczny, chory nie uczestniczy aktywnie w procesie leczenia, nie dostosowuje dawek insuliny do stężenia glukozy we krwi, aktywności fizycznej oraz diety³⁰.

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

D. A. Ellis i współautorzy proponują terapię MST (*multisystemic therapy*) jako metodę, która wpływa na poprawę wyrównania metabolicznego cukrzycy, umożliwia rzadszą kontrolę poziomu glukozy we krwi, a także zmniejsza częstość hospitalizacji wśród młodzieży z przewlekłe nieprawidłowo kontrolowaną cukrzycą typu 1. Jest to intensywna, oparta na środowisku domowym i społecznym, forma terapii rodzinnej, pierwotnie stosowana w terapii rodzin z dzieckiem ujawniającym poważne antyspołeczne zaburzenia zachowania³¹. Ponadto randomizowane badania kliniczne potwierdzają skuteczność tej metody w terapii młodzieży przestępczej, nadużywającej substancji psychoaktywnych oraz chorej na poważne choroby psychiczne³². W grupie adolescentów

²⁹ B. J. Anderson, W. F. Auslander, K. C. Jung, J. P. Miller, J. V. Santiago, *Assessing Family Sharing of Diabetes Responsibilities*, „Journal of Pediatric Psychology” 1990, nr 15, s. 477.

³⁰ Myśliwiec, Balcerska, *Przewlekła choroba somatyczna*, s. 281.

³¹ S. W. Henggeler, S. K. Schoenwald, C. R. Borduin, M. D. Rowland, P. B. Cunningham, *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*, New York: Guilford Press 1998.

³² S. K. Schoenwald, D. M. Ward, S. W. Henggeler, M. D. Rowland, *Multisystemic Therapy vs. Hospitalization for Crisis Stabilization of Youth: Placement*

chorujących na cukrzycę z nieprawidłową kontrolą glikemii stosowanie tej metody przyczyniło się do poprawy wyników badań parametrów medycznych oraz pozwoliło na obniżenie kosztów leczenia³³ (choć kwestia kosztów jest nadal otwarta, gdyż prowadzenie MST jest relatywnie kosztowne³⁴, ale z kolei powoduje oszczędności wynikające z redukcji liczby hospitalizacji³⁵). W celu oceny faktycznych zysków lub strat finansowych należałoby przeprowadzić odpowiednią analizę kosztów.

Najpierw terapeuta dokonuje oceny słabych i mocnych stron danej rodziny, a następnie – bazując na zebranych informacjach i spostrzeżeniach – sporządza plan postępowania terapeutycznego. Określa cele, jakie mogą być w tej rodzinie osiągnięte, oraz konkretne sposoby dążenia do tych celów, co pozwala uzyskać lepsze przystosowanie do choroby i dostosowanie do zaleceń dla chorych na cukrzycę³⁶. Nie ma określonej liczby spotkań, choć zwykle na początku są to dwa/trzy spotkania w tygodniu. Koniec terapii jest wyznaczony osiągnięciem celów, a nie ilością godzin spędzonych przez terapeuta z rodziną. Terapeuci używają technik zapożyczonych z terapii kognitywno-behawioralnej, treningu rodziców oraz terapii behawioralnej dla rodzin. Interwencje MST obejmują problemy przystosowawcze do choroby przewlekłej w rodzinie, sieć rówieśników oraz szerszy kontekst społeczny, w którym rodzina jest osadzona. Działania obejmujące środowisko domowe to: wprowadzenie regularnej kontroli, systemu nagradzania i dyscypliny w celu aktywnego włączenia rodziców do przestrzegania zasad dla chorych na cukrzycę; rozwijanie rodzinnych rytuałów, jak np. wspólne regularne posiłki; uczenie zasad prawidłowej, efektywnej komunikacji dotyczącej spraw związanych

Outcomes 4 Months Post-Referral, „Mental Health Services Research” 2000, nr 2, s. 3.

³³ D. A. E l l i s, S. N a a r - K i n g, M. A. F r e y, T. T e m p l i n, M. D. R o w - l a n d, N. G r e g e r, *Use of Multisystemic Therapy to Improve Regimen Adherence Among Adolescents with Type 1 Diabetes in Poor Metabolic Control: A Pilot Study*, „Journal of Clinical Psychology” 2004, nr 11, s. 315.

³⁴ S. K. S c h o e n w a l d, D. M. W a r d, S. W. H e n g g e l e r, S. G. P i c k r e l, H. P a t e l, *Multisystemic Treatment of Substance Abusing or Dependent Adolescent Offenders: Costs of Reducing Incarceration, Inpatient, and Residential Placement*, „Journal of Child and Family Studies” 1996, nr 5, s. 431.

³⁵ A. M. T e r s h k o v e c, K. K u p p l e r, *Ethnicity, Insurance Type, and Follow-Up in a Pediatric Weight Management Program*, „Obesity Research” 2003, nr 11, s. 17.

³⁶ S. W. H e n g g e l e r, S. K. S c h o e n w a l d, J. G. L i a o, E. J. L e t o u r - n e a u, D. E d w a r d s, *Transporting Efficacious Treatments to Field Settings: The Link Between Supervisory Practices and Therapist Fidelity in MST Programs*, „Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology” 2002, nr 31, s. 155.

z chorobą dziecka. Interwencje w środowisku szkolnym polegają na usprawnieniu komunikacji między rodziną a szkołą. Działania dotyczące systemu opieki zdrowotnej to usuwanie przyczyn zaniedbywania regularnych wizyt u lekarza oraz pomoc w osiągnięciu przymierza terapeutycznego na linii lekarz–pacjent i jego rodzina. Dowiedziono wpływu MST na wskaźniki wyrównania cukrzycy, natomiast nie osiągnięto sukcesów w zakresie poprawy dostosowania się chorych do wskazań dietetycznych, co jest jednym z najtrudniejszych aspektów w cukrzycy u młodzieży³⁷.

*

Cukrzyca typu 1 u dzieci i młodzieży stanowi zagadnienie zarówno medyczne, jak i psychologiczne. Leczenie i dobra kontrola glikemii są istotne od najwcześniejszych lat życia, gdyż mogą zapobiec przedwczesnemu rozwojowi groźnych odległych powikłań. Funkcjonowanie rodziny ma silny wpływ na dostosowanie pacjenta do ścisłych zaleceń w leczeniu cukrzycy. Postępowanie z dzieckiem chorym na cukrzycę wymaga dużych umiejętności od lekarza, personelu medycznego oraz rodziców. Tylko dobra współpraca wszystkich osób odpowiedzialnych za rozwój dziecka może uchronić jego psychikę od wymienionych wcześniej urazów, kompleksów, zaburzeń emocjonalnych, a także odsunąć w czasie rozwój powikłań.

BIBLIOGRAFIA

- A n d e r s o n B. J., A u s l a n d e r W. F., J u n g K. C., M i l l e r J. P., S a n t i a g o J. V.: Assessing Family Sharing of Diabetes Responsibilities, „Journal of Pediatric Psychology” 1990, nr 15, s. 477-492.
- A n d e r s o n B. J., H o J., B r a c k e t t J., L a f f e l L. M. B.: An Office-Based Intervention to Maintain Parent-Adolescent Teamwork in Diabetes Management: Impact on Parent Involvement, Family Conflict, and Subsequent Glycemic Control, „Diabetes Care” 1999, nr 22, s. 713-720.

³⁷ D. A. E l l i s, M. A. F r e y, S. N a a r - K i n g, T. T e m p l i n, P. C u n n i n g h a m, N. C e k a m, *Use of Multisystemic Therapy to Improve Regimen Adherence Among Adolescents with Type 1 Diabetes in Chronic Poor Metabolic Control*, „Diabetes Care” 2005, nr 28, s. 1604.

- Anderson B. J., Miller J., Auslander W. [i in.], Family Characteristics of Diabetic Adolescents: Relationship to Metabolic Control, „Diabetes Care” 1981, nr 4, s. 586-594.
- Bryden K. S., Dugger D. B., Mayou R. A., Peveler R. C., Neail H. A.: Poor Prognosis of Young Adults with Type 1 Diabetes: A Longitudinal Study, „Diabetes Care” 2003, nr 26, s. 1052-1057.
- D’Antonio J., Ellis D., Doft B. [i in.], Diabetic Complications, Glycemic Control: The Pittsburgh Prospective Insulin-Dependent Diabetes Cohort Study Status Report After Five Years of IDDM, „Diabetes Care” 1989, nr 12, s. 694-700.
- Diabetes Control and Clinical Trial Research Group, „New England Journal of Medicine” 1993, nr 329, s. 997.
- Drotar D., Ievers C.: Age Difference in Parent-Child Responsibilities for Management of Cystic Fibrosis and Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, „Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics” 1994, nr 15, s. 265-272.
- Dumont R. H., Jacobson A. M., Cole C. [i in.], Psychosocial Predictors of Acute Complications of Diabetes in Youth, „Diabetic Medicine” 1995, nr 12, s. 612-618.
- Ellis D. A., Frey M. A., Naar-King S., Templin T., Cunningham P., Cekam N.: Use of Multisystemic Therapy to Improve Regimen Adherence Among Adolescents with Type 1 Diabetes in Chronic Poor Metabolic Control, „Diabetes Care” 2005, nr 28, s. 1604-1610.
- Ellis D. A., Naar-King S., Frey M. A., Templin T., Rowland M. D., Greger N.: Use of Multisystemic Therapy to Improve Regimen Adherence Among Adolescents with Type 1 Diabetes in Poor Metabolic Control: A Pilot Study, „Journal of Clinical Psychology” 2004, nr 11, s. 315-324.
- Gray D., Marrero D. G., Godfrey C., Orr D., Golden M. P.: Chronic Poor Metabolic Control in the Pediatric Population: A Stepwise Intervention Program, „Diabetes Educator” 1988, nr 14, s. 516-520.
- Grey M., Cameron M. E.: Psychosocial Status of Children with Diabetes in the First 2 Years After Diagnosis, „Diabetes Care” 1995, nr 18, s. 1330-1336.
- Hauser S. T., Jacobson A. M., Lavori P. [i in.]: Adherence Among Children and Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus Over a 4-Year Follow Up: II The Immediate and Long-Term Influences of the Family Milieu, „Journal of Pediatric Psychology” 1991, nr 15, s. 527-542.
- Henggeler S. W., Schoenwald S. K., Borduin C. R., Rowland M. D., Cunningham P. B.: Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents, New York: Guilford Press 1998.
- Henggeler S. W., Schoenwald S. K., Liao J. G., Letourneau E. J., Edwards D.: Transporting Efficacious Treatments to Field Settings: The Link Between Supervisory Practices and Therapist Fidelity in MST Programs, „Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology” 2002, nr 31, s. 155-167.
- Jacobson A. M., Hauser S. T., Lavori P. [i in.]: Adherence Among Children and Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus Over

- a 4-Year Follow Up: I The Influence of Patient Coping and Adjustment, „Journal of Pediatric Psychology” 1991, nr 15, s. 511-526.
- J a c o b s o n A. M., H a u s e r S. T., L a v o r i P. [i in.]: Family Environment and Glycemic Control: A Four-Year Prospective Study of Children and Adolescents with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, „Psychosomatic Medicine” 1994, nr 56, s. 401-409.
- J a r o s z - C h a b o t P., F r a n i c z e k W., M o c z i a K., W i e d e r m a n G.: Lęku dzieci chorych na cukrzycę, „Endokrynologia, Diabetologia i Choroby Przemiany Materii Wieków Rozwojowych” 1997, nr 3, s. 29-31.
- L e w i n A. B., H e i d g e r k e n A. D., G e f f k e n G. R. [i in.]: The Relation Between Family Factors and Metabolic Control: The Role of Diabetes Adherence, „Journal of Pediatric Psychology” 2006, nr 31(2), s. 174-183.
- L i s s D. S., W a l l e r D. A., K e n n a r d B. D., M c I n t i r e D., C a p r a P., S t e p h e n s J.: Psychiatric Illness and Family Support in Children and Adolescents with Diabetic Ketoacidosis: A Controlled Study, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 1998, nr 37, s. 536-544.
- M a l d o n a d o M. R., C h o n g E. R., O e h l M. A., B a l a s u b r a m a n y a m A.: Economic Impact of Diabetic Ketoacidosis in a Multiethnic Indigent Population: Analysis of Costs Based on the Precipitating Cause, „Diabetes Care” 2003, nr 26, s. 1265-1269.
- M c K e l v e y J., W a l l e r D. A., N o r t h A. J. [i in.]: Reliability and Validity of the Diabetes Family Behavior Scale, „Diabetes Educator” 1993, nr 19, s. 125-132.
- M e r i m e e T. J.: Diabetic Retinopathy: A Synthesis of Perspectives, „New England Journal of Medicine” 1990, nr 322, s. 978-983.
- M i l l e r - J o h n s o n S., E m e r y R. E., M a r v i n R. S., C l a r k e W., L o v i n g e r R., M a r t i n M.: Parent-Child Relationships and the Management of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1994, nr 62, s. 603-610.
- M i n u c h i n S., B a k e r L., R o s m a n B. [i in.]: A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children, „Archives of General Psychiatry” 1975, nr 32, s. 1031-1038.
- M y ś l i w i e c M., B a l c e r s k a A.: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka oraz jego rodziny – cukrzyca, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2(2002), nr 4, s. 281-286.
- P i e t r z y k o w s k a E., Z o z u l i Ń s k a D., W i e r u s z - W y s o c k a B.: Jakość życia chorych na cukrzycę, „Polski Merkuriusz Lekarski” 2007, nr 27, s. 311-314.
- R e w e r s A., C h a s e H. P., M a c k e n z i e T. [i in.]: Predictors of Acute Complications in Children with Type 1 Diabetes, „Journal of the American Medical Association” 2002, nr 287, s. 2511-2518.
- R o s e M., B u r k e r t U., S c h o l l e r G. [i in.]: Determinants of the Quality of Life of Patients with Diabetes Under Intensified Insulin Therapy, „Diabetes Care” 1998, nr 21, s. 1876-1885.

- S c h a f e r L. C., M c C a u l K. D., G l a s g o w R. E.: Supportive and Non-supportive Family Behaviors: Relationships to Adherence and Metabolic Control in Persons with Type 1 Diabetes, „Diabetes Care” 1986, nr 9, s. 179-185.
- S c h o e n w a l d S. K., W a r d D. M., H e n g g e l e r S. W., P i c k r e l S. G., P a t e l H.: Multisystemic Treatment of Substance Abusing or Dependent Adolescent Offenders: Costs of Reducing Incarceration, Inpatient, and Residential Placement, „Journal of Child and Family Studies” 1996, nr 5, s. 431-444.
- S c h o e n w a l d S. K., W a r d D. M., H e n g g e l e r S. W., R o w l a n d M. D.: Multisystemic Therapy vs. Hospitalization for Crisis Stabilization of Youth: Placement Outcomes 4 Months Post-Referral, „Mental Health Services Research” 2000, nr 2, s. 3-12.
- S y m o n i d e s - Ł a w e c k a A.: Problemy młodzieży chorej na cukrzycę, „Diabetologia Polska” 1998, nr 5, s. 88-89.
- T e r s h k o v e c A. M., K u p p l e r K.: Ethnicity, Insurance Type, and Follow-Up in a Pediatric Weight Management Program, „Obesity Research” 2003, nr 11, s. 17-20.
- W a l l e r D. A., C h i p m a n J. J., H a r d y B. W. [i in.]: Measuring Diabetes-Specific Family Support and Its Relation to Metabolic Control: A Preliminary Report, „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 1986, nr 25, s. 415-418.

THE INFLUENCE OF FAMILY RELATIONSHIPS
ON THE COURSE OF DIABETES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

S u m m a r y

Type 1 diabetes mellitus in children and adolescents is a question of medical and psychological field. It is relevant to treat and maintain proper glycaemic control from the very beginning of the disease. This may prevent from early development of diabetic-related complications. Family functioning is of a high importance in the course of child's diabetes care. Cooperation between parents, medical service and teachers is needed to protect children from emotional problems and early complications. The role of the family seems to be irreplaceable.

Translated by Tadeusz Karłowicz

Słowa kluczowe: cukrzyca, dzieci, funkcjonowanie rodziny.

Key words: diabetes mellitus, kids, family functioning.

