



FUNDACJA
NIE WIDĄĆ PO MNIE

Problemy **dużej** wagi

Emocje w cukrzycy – jak
pomóc dziecku zrozumieć i
oswoić trudne uczucia?

Agnieszka Walecka



Tytuł: Emocje w cukrzycy – jak pomóc dziecku zrozumieć i owoić trudne uczucia?
Autor: Agnieszka Wałeczka

Korekta: Urszula Szybowicz
Korekta składu: Kamila Olejnik
Skład i opracowanie graficzne: Laura Sobotka
Zdjęcia: źródło – baza zdjęć iSTOCK
ISBN: 978-83-68385-71-7

COPYRIGHT © 2026 Fundacja Nie Widać Po Mnie
Ul. Okopowa 58/72, lok 604, Klif Tower
01-042 Warszawa

Przygotowanie merytoryczne i graficzne materiałów:
Ul. Okopowa 58/72, lok 604, Klif Tower
01-042 Warszawa

Realizacja zadań: **„Problemy dużej wagi” – Wsparcie i psychoedukacja dzieci z cukrzycą typu I oraz dzieci z problemem otyłości oraz ich rodzin** w ramach programu: „Wsparcie i psychoedukacja dzieci przewlekle chorych oraz ich rodzin”.

Zadanie dofinansowane ze środków z budżetu Województwa Mazowieckiego.

Wszelkie prawa zastrzeżone zgodnie z Ustawą o Prawie Autorskim i Prawach Pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 roku (Dz.U.94 Nr 24 poz. 83, sprost.: Dz.U.94 Nr 43 poz.170).

Warszawa 2026

Cukrzyca to nie tylko glikemia

Moment rozpoznania cukrzycy u dziecka stanowi dla rodziny punkt zwrotny, wymuszający natychmiastową adaptację do nowych, złożonych ról. Opiekunowie w krótkim czasie muszą przyswoić wiedzę z zakresu diabetologii, dietetyki oraz analityki medycznej, zarządzając dawkami insuliny, podając węglowodanów i intensywnością wysiłku fizycznego. Często tak bardzo uwaga zostaje skupiona się na wynikach, że zapomina się o tym, co dziecko czuje, a to przecież od jego emocji zależy sukces leczenia. Zrozumienie i zaopiekowanie sfery emocjonalnej dziecka staje się integralnym elementem skutecznej terapii medycznej.

Rozdział 1

Diagnoza jak grom z jasnego nieba

Dzień, w którym pada diagnoza cukrzycy typu 1, często dzieli życie rodziny na „przed” i „po”. W literaturze medycznej moment ten opisuje się jako silną reakcję stresową związaną z diagnozą choroby przewlekłej, która u części rodzin może przypominać objawy stresu pourazowego. Wymaga ona od opiekunów i dziecka błyskawicznej adaptacji do skomplikowanych procedur medycznych, przy jednoczesnym radzeniu sobie z silnym wstrząsem emocjonalnym.

Mechanizm szoku i zaprzeczenia

Pierwszy etap po rozpoznaniu cukrzycy typu 1 u dziecka najczęściej wiąże się z wystąpieniem szoku. Stan ten może objawiać się poczuciem odrealnienia lub trudnością w przyjęciu nowej rzeczywistości. Z psychologicznego punktu widzenia jest to naturalny mechanizm obronny, którego zadaniem jest ochrona struktury psychicznej przed skutkami gwałtownego i traumatycznego zdarzenia.

Proces adaptacji do życia z chorobą przewlekłą wykazuje liczne podobieństwa do mechanizmów żałoby. W tym przypadku przedmiotem straty nie jest osoba, lecz dotychczasowy obraz zdrowego dziecka oraz wizja beztróskiego, wolnego od medycznych rygorów dzieciństwa. Zrozumienie i pełne przeżycie pojawiających się emocji jest niezbędnym elementem procesu akceptacji.

Poczucie winy – największy wróg rodzica

Poczucie winy stanowi jedno z najbardziej obciążających doświadczeń emocjonalnych towarzyszących opiece nad dzieckiem z cukrzycą. Częstym zjawiskiem jest przypisywanie sobie odpowiedzialności za wystąpienie choroby lub przeoczenie jej wczesnych symptomów. Należy jednak wyraźnie rozgraniczyć emocjonalne odczucia od faktów medycznych.

Cukrzyca typu 1 jest chorobą autoimmunologiczną, a jej mechanizm polega na nieprawidłowej reakcji układu odpornościowego, który z przyczyn niezależnych rozpoczyna destrukcję komórek beta trzustki. Żadne działania lub zaniedbania ze strony rodziców nie mają wpływu na wywołanie tego procesu. Pełne zrozumienie biologicznego podłoża choroby jest kluczowym warunkiem niezbędnym do przekierowania energii z destrukcyjnej autorefleksji na konstruktywne wspieranie dziecka w procesie terapeutycznym.



Jak rozmawiać z dzieckiem na początku choroby ?

Rozmowa z dzieckiem na początku diagnozy cukrzycy typu 1 jest jednym z najtrudniejszych wyzwań dla rodziców. Dziecko w momencie diagnozy czuje przede wszystkim lęk przed bólem oraz niepokój wynikający z emocji rodzica.

Oto kluczowe zasady prowadzenia pierwszych rozmów i wspierania dziecka w tym okresie:

- ➔ **Empatia, jasność i humor:** Edukacja i rozmowy powinny opierać się na współczuciu, cierpliwości i umiejętności słuchania. Ważne jest, aby styl komunikacji był pełen szacunku i wspierał autonomię dziecka, co pomaga w budowaniu zaufania i otwartości.
- ➔ **Szczerość i dostosowany język do wieku:** Treść rozmów musi ewoluować wraz z rozwojem dziecka.

Dzieci młodsze (do 7. roku życia): Rozmowy powinny koncentrować się na dawaniu dziecku poczucia bezpieczeństwa. Należy tłumaczyć konieczność pomiarów i zastrzyków w sposób prosty, często wykorzystując zabawę jako formę oswojenia z procedurami.

Dzieci starsze (8–11 lat): Dzieci w tym wieku zaczynają zauważać swoją „inność” na tle rówieśników. Rozmowa powinna skupiać się na budowaniu poczucia własnej wartości i zachęcaniu do udziału w normalnych aktywnościach szkolnych i sportowych.

Nastolatki: Wymagają renegocjacji ról w rodzinie. Ważne jest wspólne ustalenie, za co odpowiada nastolatek, a w czym nadal pomagają rodzice, aby uniknąć konfliktów i wypalenia terapeutycznego.

- ➔ **Nazywanie emocji:** Bardzo ważne jest, aby od samego początku uczyć dziecko nazywania swoich uczuć, stanów i nastrojów. Pomaga to rozładować napięcia i zapobiega kierowaniu ich przeciwko sobie lub innym członkom rodziny .
Komunikat o braku winy: Dziecko, szczególnie w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym musi być wielokrotnie utwierdzone w przekonaniu, że cukrzyca nie jest niczyją winą
- ➔ **Przestrzeń na pytania:** Nawet jeśli odpowiedź na pytanie nie jest znana, warto powiedzieć:
„Dowiemy się tego razem od lekarza”.

Pierwsze kroki w oswajaniu lęku

Oswajanie lęku po diagnozie cukrzycy u dziecka, zwłaszcza lęku przed hipoglikemią, jest procesem wieloetapowym, który ma kluczowe znaczenie dla dobrostanu rodziny i kontroli glikemii. Aby ruszyć z miejsca, potrzeba solidnej bazy: edukacji, dobrych urządzeń i opieki nad emocjami dziecka. Największym wyzwaniem na początku są procedury medyczne. Kluczem jest przewidywalność. Dziecko, które wie, co się wydarzy, czuje mniejszy opór niż dziecko zaskakiwane.

Ćwiczenie terapeutyczne: Monitorowanie adaptacji do nowych obowiązków

Skutecznym narzędziem wspierającym dziecko w oswajaniu nowej codzienności jest wizualizacja postępów w zarządzaniu chorobą. Narzędzie to pozwala na bieżące monitorowanie poziomu lęku oraz budowanie poczucia sprawstwa u młodego pacjenta.

Przebieg ćwiczenia:

1. Mapowanie czynności: Na arkuszu papieru należy wypisać wszystkie nowe składowe dnia związane z terapią, np. pomiar glikemii, podanie insuliny, obliczanie wymienników, wymiana zestawu infuzyjnego.
2. Ocena poziomu lęku: Obok każdej czynności nanosi się symbol graficzny (np. emotikon) odzwierciedlający aktualny stosunek dziecka do danego zadania. Smutna lub wystraszona mina oznacza lęk lub niechęć, neutralna akceptację zadania, a uśmiechnięta sukces i poczucie sprawstwa.
3. Weryfikacja postępów: W odstępach tygodniowych warto dokonywać wspólnego przeglądu mapy. Zmiana symbolu na bardziej pozytywny stanowi namacalny dowód postępu i adaptacji

Systematyczna aktualizacja mapy buduje w dziecku świadomość, że czynności początkowo trudne lub przerażające z czasem stają się rutynowe i neutralne.



Rozdział 2

Słownik emocji małego diabetyka

Cukrzyca stawia przed dzieckiem wymagania, które są trudne nawet dla dorosłych. Maluch, zamiast skupić się wyłącznie na zabawie i beztrosce, musi nagle zacząć kontrolować swoje ciało i zwracać uwagę na sygnały, których jego rówieśnicy w ogóle nie muszą znać. To sprawia, że dziecko dorasta szybciej niż inne, ale to przyspieszone dojrzewanie ma swoją cenę.

Złość jako radzenie sobie z poczuciem niesprawiedliwości

Złość w cukrzycy rzadko jest wymierzona w rodzica, choć to on najczęściej staje się jej celem. Jest to tzw. złość przemieszczona. Dziecko nie może nakrzyczeć na swoją trzustkę ani na chorobę, więc krzyczy na osobę, która podaje mu insulinę lub zabrania zjedzenia kolejnego ciastka.

Poczucie niesprawiedliwości może objawiać się jako porównywanie się z rówieśnikami i jest to naturalny etap rozwoju społecznego. U diabetyka rodzi to frustrację, która może prowadzić do zachowań buntowniczych wobec leczenia, np. pomijania pomiarów.



Jak reagować? W sytuacjach, gdy czynności medyczne wywołują u dziecka silny sprzeciw, kluczową strategią jest uprawomocnienie (walidacja) emocji zamiast stosowania metod dyscyplinujących czy kar. Uznanie prawa dziecka do przeżywania trudnych uczuć pozwala na szybsze obniżenie napięcia emocjonalnego niż wprowadzenie zakazów. Zamiast konfrontacji, warto zastosować komunikaty uznające perspektywę dziecka, np.:

- ➡ „To zrozumiałe, że pojawia się złość w związku z koniecznością ponownego pomiaru glikemii”.
- ➡ „Frustracja w tej sytuacji jest naturalną i uzasadnioną reakcją”.

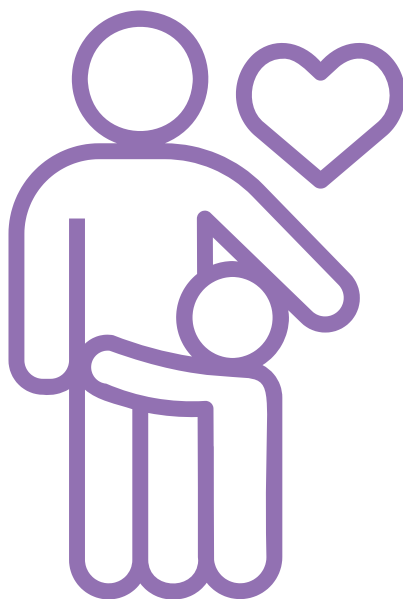
Wербalne potwierdzenie, że emocje dziecka są słuszne i zrozumiałe, pozwala na szybsze wyciszenie reakcji stresowej. Tworzy to przestrzeń do współpracy, ponieważ dziecko przestaje czuć się oceniane za swój stan emocjonalny, a zaczyna czuć się rozumiane.

Dzieci i młodzież często doświadczają niesprawiedliwości na poziomie społecznym. Konieczność stałych pomiarów i zastrzyków sprawia, że młodzi pacjenci czują się gorsi od zdrowych rówieśników. Dźwięk alarmu pompy w cichej klasie czy konieczność wyjścia z basenu na posiłek regeneracyjny budują barierę między dzieckiem a grupą. To z kolei może prowadzić do wycofania społecznego. Często przybiera ono formę izolacji lub pasywności, objawiając się poczuciem samotności, trudnościami w nawiązywaniu przyjaźni oraz niechęcią do dzielenia się swoimi przeżyciami z innym.

W komunikacji z dzieckiem chorującym przewlekłe istotne jest unikanie bagatelizowania jego trudnych doświadczeń. Stosowanie komunikatów typu „nic się nie stało” w odpowiedzi na ból czy frustrację dziecka bywa przeciwnie skuteczne, ponieważ unieważnia jego realne odczucia.

Z punktu widzenia dziecka, każda czynność medyczna lub ograniczenie wynikające z choroby stanowi istotne zdarzenie emocjonalne.

Zalecaną alternatywą jest stosowanie pytań otwartych, które dają dziecku przestrzeń do wyrażenia potrzeb i aktywnego poszukiwania komfortu. Zamiast zaprzeczania emocjom, warto skoncentrować się na rozwiązaniach wspierających, stosując podejście ukierunkowane na empatię. Pytania takie jak: „Co mogłoby pomóc w poprawie nastroju w tej chwili?” lub „Jakiego rodzaju wsparcia potrzebujesz teraz najbardziej?”, budują w dziecku poczucie bycia słyszonym i ważnym.



Społeczne aspekty życia z cukrzycą: Przewycięzanie stygmatyzacji

Uczucie wstydu oraz zażenowania stanowi istotną barierę psychologiczną, która może negatywnie rzutować na stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Główne źródło dyskomfortu często stanowi widoczny osprzęt medyczny, co może prowadzić do prób ukrywania urządzeń lub rezygnacji z niezbędnych pomiarów w miejscach publicznych w celu uniknięcia niepożądaney uwagi otoczenia.

Proces normalizacji i integracji

Kluczowym elementem wsparcia jest normalizacja, czyli włączenie procedur medycznych w rytm codzienności w taki sposób, aby choroba nie dominowała nad tożsamością młodego pacjenta.

Celem nadrzędnym pozostaje integracja opieki nad cukrzycą z funkcjonowaniem w środowisku szkolnym i rówieśniczym. Dążenie do zapewnienia dziecku warunków życia jak najbardziej zbliżonych do standardów grupy rówieśniczej sprzyja jego prawidłowemu rozwojowi psychospołecznemu.

W procesie tym skuteczne okazuje się wykorzystanie przykładu znanych osób. Sportowcy czy influencerzy otwarcie pokazujący swoje urządzenia diabetologiczne to dla dziecka sygnał: „to nie powód do wstydu, to po prostu część mojego życia”.



Wpływ relacji rówieśniczych na wyniki leczenia

Badania wskazują na silną zależność między dobrostanem społecznym a wynikami medycznymi:

- ➡ Izolacja społeczna: Trudności w relacjach rówieśniczych i wycofanie społeczne są statystycznie powiązane z pogorszeniem wyrównania metabolicznego cukrzycy.
- ➡ Wsparcie społeczne: Relacje z przyjaciółmi pełnią funkcję ochronną, uzupełniając zaangażowanie opiekunów i poprawiając ogólną kondycję psychiczną pacjenta.

Rola psychoedukacji

Współczesne podejście terapeutyczne akcentuje rolę psychoedukacji ukierunkowanej na naukę nazywania emocji. Budowanie pozytywnego obrazu siebie oraz kompetencji komunikacyjnych zapobiega kierowaniu napięć przeciwko sobie lub otoczeniu, co jest fundamentem trwałej adaptacji do życia z chorobą.

Ćwiczenie terapeutyczne: Kosz emocji

Celem tego ćwiczenia jest uznanie trudności choroby przy jednoczesnym szukaniu zasobów.

Potrzebne będą dwie kartki. Na jednej należy narysować kosz na śmieci, na drugiej szafkę z narzędziami.

- ➔ **KOSZ:** niech dziecko zapisze lub narysuje wszystko, co w cukrzycy jest „beznadziejne”, np. klucie, konieczność kontrolowania spożycia słodczy.
- ➔ **SZAFKA:** zapiszcie wspólnie rzeczy, które pomagają wygrywać z chorobą, np. nowa naklejka na sensor, pomocna pani w szkole.



Rozdział 3

Mechanizmy biologiczne – kiedy humor zależy od cukru

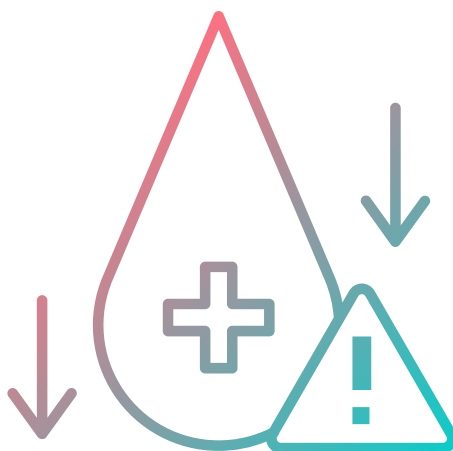
W opiece nad dzieckiem z cukrzycą kluczowe jest rozróżnienie między postawą wychowawczą a reakcją fizjologiczną organizmu. W diabetologii biologia bardzo często determinuje psychologię. Glukoza jest głównym źródłem energii dla mózgu, dlatego jej wahania silnie wpływają na funkcjonowanie układu nerwowego.

Niestabilność glikemii bezpośrednio rzutuje na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego. Zarówno hipoglikemia, jak i hiperglikemia mogą objawiać się zmianami w zachowaniu, które bywają mylnie interpretowane jako błędy wychowawcze lub trudny charakter dziecka. Zrozumienie, że mózg w obliczu braku lub nadmiaru paliwa traci zdolność do efektywnej regulacji emocji, jest fundamentem budowania wspierającej postawy opiekuna.

Hipoglikemia, czyli mózg na głodzie

Gdy poziom cukru spada, dochodzi do zjawiska zwanego hipoglikemią. Mózg zaczyna wtedy wysyłać sygnały alarmowe, ponieważ brakuje mu energii do podstawowych procesów.

Umiarkowana i ciężka hipoglikemia bezpośrednio wywołuje zmiany w zachowaniu, takie jak agresja, zdezorientowanie, drażliwość i splątanie. Mogą pojawić się nagłe wybuchy płaczu o drobiazg, agresja słowna, upór, a nawet śmiech nieadekwatny do sytuacji. Dziecko nie robi tego złośliwie, tylko zwyczajnie fizycznie traci kontrolę nad swoimi odruchami.

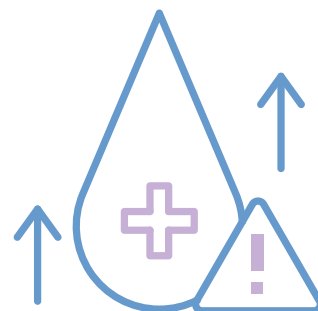


Hiperglikemia, czyli mgła mózgowa i drażliwość

Wysoki poziom cukru, czyli hiperglikemia działa na układ nerwowy inaczej, ale równie dotkliwie. Hiperglikemia może zaburzać funkcjonowanie mózgu, powodując zmęczenie, spadek koncentracji oraz uczucie tzw. „mgły mózgowej”. Dziecko może wydawać się leniwe, nieobecne lub mieć trudności z koncentracją nad pracą domową.

Ponadto chronicznie wysoki cukier sprawia, że próg cierpliwości dziecka drastycznie spada. Sytuacja, która normalnie wywołałaby uśmiech, przy cukrze 300 mg/dL może stać się powodem do awantury.

Złota zasada rodzica: weryfikacja poziomu glikemii powinna zawsze poprzedzać ocenę postawy dziecka. W sytuacjach, gdy parametry glikemiczne znajdują się poza zakresem docelowym, wszelkie trudne zachowania należy interpretować jako symptom zaburzeń metabolicznych, a nie jako świadomy wybór czy manifestację charakteru. Takie podejście pozwala na oddzielenie fizjologii od wychowania, co jest niezbędne dla zachowania obiektywizmu i skuteczności terapeutycznej.



Ćwiczenie terapeutyczne: Detektyw sygnałów

Skutecznym narzędziem wspierającym dziecko w zarządzaniu chorobą jest nauka łączenia sygnałów fizjologicznych z aktualnym stanem emocjonalnym. Celem tego zadania jest rozwój autorefleksji, która pozwala na zamianę impulsywnych reakcji na świadome działania diagnostyczne. Warto przygotować wspólnie z dzieckiem arkusz obserwacji (tabelę), w którym zestawione zostaną trzy obszary:

- 1. Doznania fizyczne:** Co czuje moje ciało? (np. drżenie rąk, senność, ucisk w brzuchu).
- 2. Stany emocjonalne:** Jaka to emocja? (np. nagła złość, lęk, rozdrażnienie).
- 3. Weryfikacja glikemii:** Jaki jest aktualny wynik na glukometrze lub sensorze?

Co czuje moje ciało?	co czuje moja głowa (emocje) ?	Jaki mam wtedy cukier?
Trzęsą mi się ręce	Boje się, chce mi się płakać	niski
jest mi gorąco, chce mi się pić	jestem zły, wszystko mnie drażni	wysoki
mam dużo siły do zabawy	Jestem wesoły i spokojny	dobry



Rozdział 4

Narzędzia do oswajania trudnych uczuć

Wiedząc, jak stres wpływa na glikemię, trzeba dać dziecku narzędzia, które pomogą mu obniżyć poziom napięcia.

Mindfulness, czyli uważność małego diabetyka

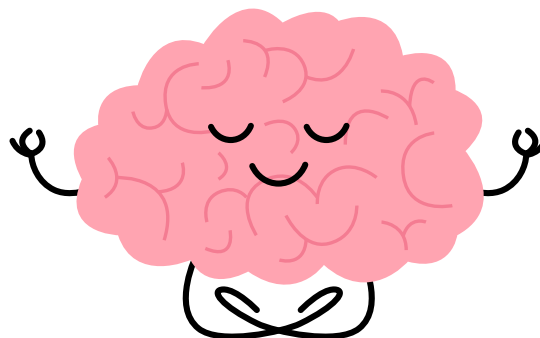
Techniki uważności są traktowane w psychodiabetologii jako innowacyjne podejście mające na celu budowanie odporności psychicznej oraz zapobieganie depresji u pacjentów z cukrzycą. Dzięki temu dzieci nie tylko mniej się boją, ale też uczą się słuchać swojego ciała z ciekawością, a nie ze strachem czy poczuciem winy.

Technika 5-4-3-2-1

Technika 5-4-3-2-1 jest praktycznym narzędziem z obszaru uważności oraz treningu umiejętności radzenia sobie, która jest wskazana jako skuteczna metoda redukcji stresu i budowania odporności psychicznej u pacjentów z cukrzycą. Gdy cukier gwałtownie spada lub rośnie, a dziecko wpada w panikę należy zasugerować przeniesienie myśli na zmysły.

Dziecko powinno wymienić:

- ➔ 5 rzeczy, które widzi,
- ➔ 4 rzeczy, które słyszy,
- ➔ 3 rzeczy, które może dotknąć,
- ➔ 2 rzeczy, które czuje nosem (zapach),
- ➔ 1 rzecz, którą może spróbować (smak)



Dlaczego to działa? Technika ta służy jako forma adaptacyjnego odwrócenia uwagi, co jest uznawane za skuteczną strategię radzenia sobie z trudnymi, niekontrolowanymi emocjami, takimi jak nagły lęk przed hipoglikemią czy frustracja wynikająca z nieprzewidywalnych wyników glikemii.

Nadawanie kształtu lękowi poprzez bajkoterapię

Dzieciom trudno mówić o niezrozumiałych dla nich pojęciach, a bajkoterapia pozwala im je zrozumieć. Można zastosować na przykład metaforę Cukrowego Smoka. Jest to opowieść o smoku, który mieszka w brzuchu. Czasem smok śpi – wtedy cukier jest w normie. Czasem, gdy cukier jest wysoki, smok jest głodny i zjeje ogniem. Dzięki tej opowieści dziecko może powiedzieć: "Mamo, mój smok jest dzisiaj bardzo zły". To daje dziecku poczucie kontroli nad sytuacją.

Komunikacja Wspierająca

Skuteczna komunikacja nie służy jedynie wymianie informacji technicznych, ale jest modyfikowalnym narzędziem poprawiającym wyniki medyczne, jakość życia oraz satysfakcję z opieki. Służy temu komunikacja wspierająca autonomię, czyli dawanie pacjentowi wyboru. Powinna ona być pełna szacunku i dostosowana do zmieniających się kompetencji dziecka.

Zamiast mówić:	Spróbuj powiedzieć:
"Znowu masz wysoki cukier! Co zjadłeś?"	"Widzę, że wykres idzie w górę. Jak się teraz czujesz?"
"Dlaczego nie sprawdziłeś cukru?"	"Widzę, że trudno Ci było dzisiaj pamiętać o pomiarze. Co możemy zrobić, żeby było Ci łatwiej?"
"Bądź dzielny, to tylko klucie."	"Wiem, że to klucie jest nefajne. Masz prawo się na to złościć."

Skrzynka pt. Jak sobie radzić?

„Skrzynka radzenia sobie” to zestaw adaptacyjnych strategii i narzędzi psychologicznych, które pomagają pacjentom z cukrzycą oraz ich rodzinom neutralizować wpływ stresorów i osiągać lepszą jakość życia. To fizyczne pudełko, które przygotowywane jest wspólnie z dzieckiem.

Powinno zawierać rzeczy, które koją zmysły dziecka w chwilach kryzysu. Może to być:

- gniotek do ściskania (rozładowanie złości),
- słuchawki z ulubioną muzyką,
- zapachowy olejek (np. lawenda na uspokojenie),
- karta z wypisanymi "supermocami" dziecka.



Ćwiczenie terapeutyczne: Oddech piórka

Należy poprosić dziecko, aby wyobraziło sobie, że na jego palcu znajduje się lekkie piórko. Musi dmuchać na nie tak delikatnie, aby nie spadło, ale żeby się poruszyło. Zadanie te ma na celu wydłużenie wydechu, co bezpośrednio obniża tętno oraz poziom kortyzolu- hormonu podnoszącego cukier.

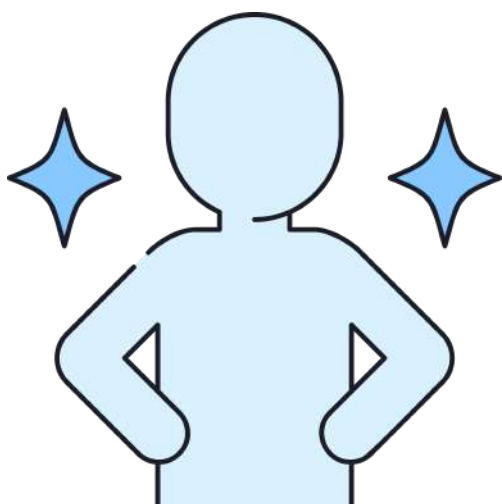


Rozdział 5

Samodzielność bez lęku

Samodzielność w cukrzycy to nie „skok na głęboką wodę”, ale długi proces budowania zaufania dziecka do własnego organizmu i umiejętności. Zbyt szybkie oddanie kontroli może prowadzić do wypalenia cukrzycowego u dziecka, natomiast zbyt późne do lęku i braku wiary we własne siły.

Poczucie sprawczości



Kluczem do sukcesu jest budowanie w dziecku poczucia sprawczości. Pojęcie to jest zbliżone do koncepcji „self-efficacy”, czyli przekonania pacjenta o własnej zdolności do skutecznego wykonywania działań związanych z leczeniem.

Może temu pomóc metoda małych kroków. Zamiast oczekiwać, że dziecko samo obliczy dawkę insuliny przypadającą na obiad, zaczyna się od tego, by dziecko samodzielnie wybrało miejsce wklucia lub zdezynfekowało palec. Każdy taki krok powinien być zauważony i doceniony. Jest to istotne, ponieważ dzieci z wyższym poczuciem sprawstwa mają stabilniejsze poziomy glikemii, a także wyższą jakość życia.

Etapy przekazywania kontroli

Przekazywanie kontroli nad zarządzaniem cukrzycą z rodziców na dziecko jest aktywnym, dynamicznym i wieloletnim procesem, który polega na stopniowym przesuwaniu i współdzieleniu odpowiedzialności za zadania terapeutyczne oraz podejmowanie decyzji. Proces ten musi być dostosowany do ewoluujących kompetencji dziecka, jego dojrzałości poznawczej oraz gotowości do samodzielnej opieki, przy jednoczesnym zachowaniu wsparcia i nadzoru ze strony dorosłych.

Etapy przekazywania kontroli można podzielić zgodnie z fazami rozwoju dziecka:

1. Niemowlęstwo i wiek przedszkolny, 0–7 lat

W tym okresie rodzice są niemal całkowicie odpowiedzialni za wszystkie zadania związane z cukrzycą i to do nich głównie jest kierowana edukacja. Dzieci mogą zacząć uczestniczyć w prostych czynnościach, takich jak pomoc w badaniu poziomu glukozy, trzymanie zapisków czy rozpoznawanie produktów zawierających węglowodany.

2. Wiek szkolny, 8–11 lat

Okolo 10. roku życia uważa się za niezbędne rozpoczęcie procesu włączania dziecka w zadania związane z chorobą, aby przygotować je do stopniowego przechodzenia odpowiedzialności. Dziecko może zacząć samodzielnie wykonywać iniekcje lub obsługiwać bolusy w pompie dla standardowych posiłków, ale nadal wymaga istotnej pomocy i nadzoru przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Dzieci w tym wieku często współdzielą już ponad połowę zadań z rodzicami. Dopuszcza się samodzielną opiekę w szczególnych sytuacjach, ale to stałe zaangażowanie rodziców jest warunkiem utrzymania kontroli metabolicznej.

3. Wczesna adolescencja, 12–15 lat

Etap ten charakteryzuje się dążeniem nastolatka do niezależności. Konieczne jest ciągłe renegocjowanie ról w zarządzaniu cukrzycą, tak aby podział obowiązków był akceptowalny zarówno dla nastolatka, jak i rodziców. Największym zagrożeniem jest przedwczesne przekazanie całkowitej odpowiedzialności dziecku, co jest silnie skorelowane z pogorszeniem wyrównania metabolicznego. Najlepsze wyniki osiągają nastolatki, których rodzice utrzymują partnerski model współpracy.

4. Późna adolescencja, 16–19 lat

Etap ten koncentruje się na wspieraniu ostatecznego przejścia do pełnej samodzielności i integracji cukrzycy z nowym stylem życia. Rozpoczynają się także formalne dyskusje na temat przeniesienia pacjenta do zespołu diabetologicznego dla dorosłych.

Pułapka cukrzycowego osamotnienia

Biegłość w obsłudze technologii diabetologicznej nie powinna być utożsamiana z pełną odpowiedzialnością za leczenie. Nawet samodzielny nastolatek potrzebuje wsparcia rodzica, szczególnie w okresach gorszego samopoczucia fizycznego lub psychicznego. Budowanie autonomii dziecka z cukrzycą polega na stopniowym przekazywaniu narzędzi, przy jednoczesnym zachowaniu stałej obecności i gotowości rodzica do wsparcia.

Przygotowanie do wyjścia z domu

Samodzielność to także pewność siebie poza domem, czy to w szkole czy u kolegi. Warto przećwiczyć w formie zabawy scenariusze na różne sytuacje. Przygotowanie strategii rozwiązywania problemów „na chłodno” to jedno z najskuteczniejszych narzędzi budowania spokoju. Gdy sytuacja kryzysowa wystąpi w rzeczywistości, wypracowane wcześniej schematy pozwolą działać automatycznie i pewnie, minimalizując napięcie emocjonalne.

Ćwiczenie terapeutyczne: Drabina odwagi

Proces nauki samodzielności warto zwizualizować za pomocą drabiny celów. Na dole umieszcza się najprostsze zadania, a na górze cel priorytetowy. Kluczowe jest wspólne wypracowanie etapów pośrednich oraz zachowanie cierpliwości – przejście o stopień wyżej powinno odbywać się zgodnie z tempem dziecka. Nic tak nie dodaje skrzydeł jak drobne, niematerialne gesty. Docenienie każdego małego kroku dziecka sprawi, że zaczyna ono wierzyć w swoje siły i po prostu chce starać się dalej.



Rozdział 6

Rodzic jako fundament

Cukrzyca typu 1 u dziecka wymaga od opiekunów nieustannej czujności, przypominającej bieg długodystansowy bez możliwości odpoczynku. Częstość zjawiskiem jest zaniedbywanie przez rodziców własnych potrzeb na rzecz opieki nad dzieckiem. Tymczasem nauka potwierdza silną korelację między kondycją psychiczną opiekuna a efektami leczenia: stabilny emocjonalnie rodzic to jeden z kluczowych czynników sprzyjających prawidłowemu wyrównaniu glikemii u dziecka.

Wypalenie cukrzycowe rodzica

To stan chronicznego wyczerpania fizycznego i emocjonalnego wynikający z nieustannego zarządzania chorobą. Nie jest to oznaka słabości, lecz naturalna reakcja organizmu na długotrwały stres.

Do najczęstszych objawów towarzyszących wypaleniu należą:

- ➡ Izolacja społeczna: subiektywne poczucie osamotnienia w trudnościach.
- ➡ Labilność emocjonalna: podwyższona drażliwość i obniżony próg tolerancji na stres.
- ➡ Zaburzenia snu: często wtórne wobec konieczności prowadzenia nocnego monitoringu glikemii.
- ➡ Poczucie braku sprawstwa: przekonanie o nieskuteczności podejmowanych działań terapeutycznych.

Wypalenie opiekuna bezpośrednio rzutuje na dobrostan dziecka. Deficyty zasobów emocjonalnych u rodzica mogą prowadzić do osłabienia empatii na rzecz nadmierowej kontroli. Zjawisko to potęguje stres u pacjenta, co paradoksalnie prowadzi do pogorszenia wyników glikemii i trudności w stabilizacji choroby.

Zarządzanie lękiem o przyszłość

Częstym zjawiskiem w procesie opieki nad dzieckiem z cukrzycą jest chroniczny lęk przed odległymi powikłaniami choroby. Stan ten niejednokrotnie manifestuje się poprzez postawy nadopiekuńcze lub dążenie do tzw. perfekcjonizmu glikemicznego.

Z perspektywy naukowej dążenie do idealnych parametrów glikemii kosztem nadmiernego obciążenia emocjonalnego bywa nieskuteczne. Wysokie napięcie w relacji między opiekunem a dzieckiem generuje wyrzut kortyzolu, hormonu stresu u obu stron. Wzrost poziomu tego hormonu wykazuje znaczny wzrost glukozy we krwi, co w praktyce może destabilizować glikemię w stopniu znacznie większym niż błędy dietetyczne.

Zasada maski tlenowej

W procedurach bezpieczeństwa obowiązuje jedna kluczowa zasada: aby uratować innych, najpierw należy zapewnić dopływ tlenu sobie. W codziennym zarządzaniu cukrzycą ta reguła ma fundamentalne znaczenie. Skrajne wyczerpanie fizyczne i psychiczne opiekuna ogranicza jego zdolność do szybkiego i spokojnego reagowania w sytuacjach krytycznych, takich jak ciężka hipoglikemia czy trudne emocje dziecka. Dbanie o własne zasoby nie jest przejawem egoizmu, lecz warunkiem koniecznym do zapewnienia dziecku bezpiecznej opieki.

Skuteczne sposoby na wzmocnienie systemu opieki:

- ➡ Delegowanie odpowiedzialności: Kluczem do zachowania sił jest angażowanie w proces opieki innych osób. Pozwala to na niezbędną regenerację, podczas gdy nadzór nad chorobą przejmuje na kilka godzin przeszkolony partner, dziadkowie czy nauczyciele. Każda chwila odpoczynku od „trybu czuwania” realnie przekłada się na większą cierpliwość i uważność rodzica w dłuższej perspektywie.
- ➡ Budowanie sieci wsparcia rówieśniczego: Badania wskazują, że kontakt z innymi rodzicami dzieci z cukrzycą typu 1 istotnie zmniejsza poczucie izolacji i poziom stresu. Wspólna wymiana doświadczeń pozwala wyjść z izolacji i poczuć, że trudności, których się doświadcza, są zrozumiałe i pokonywalne.

Odpuszczanie perfekcji

Nadrzędnym celem opieki nad dzieckiem z cukrzycą nie jest dążenie do nieomyślności w roli zewnętrznej trzustki. Priorytetem pozostaje budowanie relacji opartej na wsparciu i poczuciu bezpieczeństwa. W procesie zarządzania glikemią błędy w dawkowaniu (np. przy podawaniu bolusa) są naturalnym elementem nauki i codzienności z chorobą przewlekłą. Kluczowe znaczenie ma zrozumienie, że stabilna emocjonalnie obecność rodzica jest dla dziecka ważniejsza niż matematyczna precyzja każdego wyliczenia. To właśnie poczucie akceptacji, mimo nieuniknionych trudności terapeutycznych, stanowi fundament prawidłowego rozwoju młodego pacjenta.

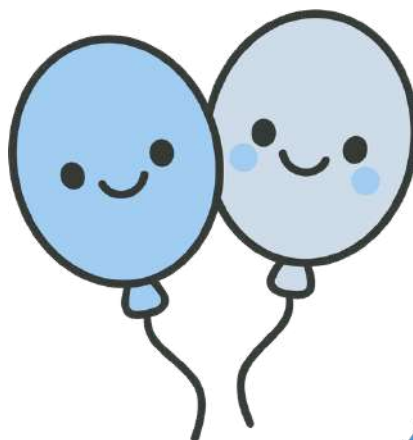
Ćwiczenie terapeutyczne: Mój zbiornik paliwa

W celu lepszego zrozumienia własnej kondycji psychofizycznej warto przeprowadzić analizę tzw. zbiornika zasobów. Proces ten pozwala na zidentyfikowanie czynników obciążających oraz regenerujących.

- 1. Identyfikacja deficytów:** Należy wypisać wszystkie czynniki powodujące utratę energii (np. nocny monitoring glikemii, sytuacje konfliktowe dotyczące diety, lęk przed nowymi sytuacjami społecznymi).
- 2. Określenie źródeł regeneracji:** Po drugiej stronie należy wskazać aktywności pozwalające na odzyskanie równowagi (np. chwila wyciszenia, wsparcie społeczne, aktywność fizyczna bez rozpraszaczy).
- 3. Wdrożenie standardu opieki:** Codzienne zapewnienie sobie przynajmniej jednego elementu regenerującego nie jest luksusem, lecz niezbędnym narzędziem pracy w procesie zarządzania chorobą przewlekłą.

Perspektywa rozwojowa: Cukrzyca jako proces wzmacniający relację

Cukrzyca typu 1, choć stanowi ogromne wyzwanie, może stać się katalizatorem budowania głębokich kompetencji emocjonalnych. Proces oswajania trudnych emocji sprzyja wzmacnianiu więzi między opiekunem a dzieckiem. Pacjent pediatryczny, który uczy się nazywania złości, rozumienia lęku oraz komunikowania potrzeby wsparcia, zyskuje dojrzałość emocjonalną, która często przewyższa kompetencje zdrowych rówieśników.



Trzy fundamenty wspierającej opieki

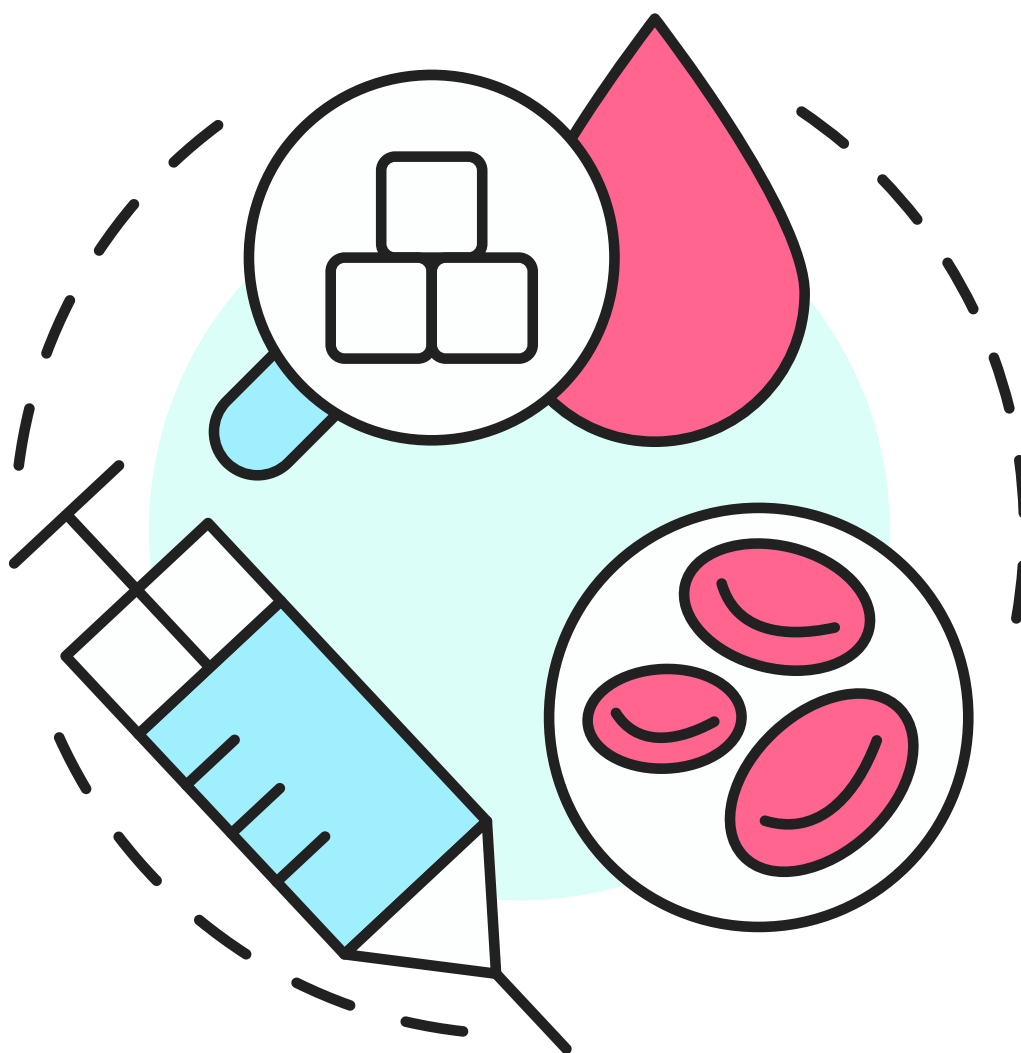
Warto regularnie powracać do trzech kluczowych filarów, które stanowią bazę dla stabilnego procesu terapeutycznego:

- ➔ **Biologiczne podłoże emocji:** Należy pamiętać, że wahania glikemii mogą nasilać reakcje emocjonalne (np. wybuchy złości) nie są błędem wychowawczym, lecz bezpośrednim sygnałem fizjologicznym z organizmu dziecka.
- ➔ **Wartość wystarczająco dobrego rodzicielstwa:** Ideał perfekcyjnych wyników glikemicznych jest nieosiągalny. Najważniejszym czynnikiem leczącym jest stała, wspierająca obecność opiekuna i jego zrozumienie dla trudności pacjenta.
- ➔ **Indywidualne tempo budowania autonomii:** Samodzielność nie jest wyścigiem. Każde dziecko rozwija się we własnym rytmie, a rolą opiekuna jest jedynie asekurowanie procesu zdobywania kolejnych kompetencji.



Podsumowanie

Cukrzyca to tylko jeden z wielu wątków w bogatej historii życia dziecka, a nie jej główny temat. Mimo że choroba narzuca pewne ramy, posiadanie odpowiedniego zaplecza psychologicznego pozwala na zarządzanie nią z większą pewnością i spokojem. Warto pamiętać, że fundamentem skutecznego wsparcia podopiecznego jest dbałość o własne zasoby – stabilny i wypoczęty przewodnik to dla dziecka największa gwarancja bezpiecznego dorastania.



Bibliografia

F. Ayed et al.: Self-Care behaviors and their association with self-efficacy and health literacy among adolescents with type 1 diabetes mellitus in palestine: a cross-sectional study, BMC Psychology, 2025

M. Brzuszek et al.: Psychodiabetology: the challenge of the future?, J. Clin. Med, 2024

V. Costa et al.: Parental psychosocial variables and glycemic control in T1D pediatric age: a systematic review, Current Diabetes Reports, 2025

C. P. Cruz-Martinez et al.: Predictors of depressive symptomatology in caregivers of adolescents with type 1 diabetes and depression, U.S. Department of Health and Human Services, 2017

M. E. Hilliard et al.: Diabetes resilience: A model of risk and protection in type 1 diabetes, Curr Diab Rep, 2012

S. S. Jaser et al.: Stress and coping predicts adjustment and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes, Ann Behav Med., 2017

K. Kontoangelos et al.: Burnout related to diabetes mellitus: a critical analysis, Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2022

C. E. Lloyd et al.: Association between stress and glycemic control in adults with type 1 (insulin-dependent) diabetes, Diabetes Care, 1999

M. L. Marcovecchio et al.: The effects of acute and chronic stress on diabetes control, Sci. Signal, 2012

L. S. Schilling et al.: The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis, Journal of Advanced Nursing, 2002

J. Silverstein et al.: Care of children and adolescents with type 1 diabetes, Diabetes Care, 2005

R. Whittemore et al.: Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: A systematic mixed-studies review, Diabetes Educ. 2012

M. de Wit et al.: ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: psychological care of children, adolescents and young adults with diabetes, Pediatr Diabetes, 2022

O Autorce

mgr Agnieszka Wałęcka
Magister dietetyki klinicznej, trener personalny i
edukatorka żywieniowa

Jako magister dietetyki klinicznej i trener personalny, specjalizuję się w obszarze budowania zdrowia, skutecznej redukcji masy ciała oraz dietoterapii w diabetologii. Moim celem jest pomaganie pacjentom w trwałej i bezpiecznej zmianie nawyków żywieniowych, bez bolesnego efektu jo-jo.

Z Fundacją „Nie Widać Po Mnie” łączą mnie wspólne działania edukacyjne – jestem autorką ebooków dotyczących cukrzycy, skierowanych do młodzieży oraz ich rodziców. Doświadczenie zawodowe zdobywałam m.in. prowadząc pacjentów w ramach opieki koordynowanej NFZ, współpracując z PZU Zdrowie oraz dzieląc się wiedzą jako wykładowczyni akademicka.

W pracy ze swoimi podopiecznymi stawiam na pełną personalizację. Wychodzę z założenia, że to jadłospis musi być dopasowany do człowieka, a nie odwrotnie. Skupiam się na edukacji opartej na dowodach naukowych, udowadniając, że zmiana nawyków jest możliwa na każdym etapie życia, a odpowiednie wsparcie żywieniowe realnie poprawia parametry zdrowotne i komfort codziennego funkcjonowania.

O Fundacji Nie Widać Po Mnie

Fundacja Nie Widać Po Mnie zrodziła się z potrzeby przełamywania tabu i głośnego mówienia o zdrowiu psychicznym Polaków i problemach, takich jak depresja, uzależnienia, lęki i fobie. Wierzymy, że odpowiednia psychoedukacja i zwiększanie świadomości jest istotnym elementem profilaktyki zdrowotnej, która pozwoli w przyszłości zmniejszyć ryzyko zaburzeń psychicznych i zahamuje tendencję wzrostową zapadalności na tego typu choroby, których konsekwencje odczuwają pacjenci, rodzina i cały system opieki zdrowotnej.

Swoje działania kierujemy do różnych grup wiekowych oraz zawodowych. Odkrywamy czynniki zwiększająceprawdopodobieństwo zaburzeń, a także uczymy, jak to zagrożenie zmniejszać. Realizujemy programy psychologicznej pomocy dla osób dorosłych w kryzysie. Troszczymy się też o seniorów.

Troską otaczamy też dzieci i młodzież. Wirtualna rzeczywistość, deprecjonowanie życia „w realu”, samotność, rosnąca depresja, uzależnienia od substancji i czynności, cyberprzemoc — to tylko kilka z listy problemów, które piętrzą się dziś przed młodymi ludźmi.

Programy psychoedukacyjne kierujemy też do medyków, którzy w sposób szczególny zagrożeni są zaburzeniami typu depresja, uzależnienia, lęki, zespół stresu pourazowego czy wypalenie zawodowe. Wierzymy, że odczarowanie heroizmu w zawodach ochrony zdrowia pozwoli wielu medykom przełamać strach przed właściwą terapią, a to wpłynie na jakość usług i poprawi funkcjonowanie całego systemu.

Więcej informacji o naszych programach i podejmowanych działaniach dostępnych jest na naszej stronie internetowej www.niewidacpomnie.org