

# Styl życia młodzieży z chorobą przewlekłą na przykładzie cukrzycy I typu

## Streszczenie

Młodzież to dynamiczna zbiorowość społeczna, która dąży do odrębności i niezależności. Style życia, dotąd rozpatrywane w kontekście nauk społecznych, najczęściej zaś w aspekcie kulturowym, mogą stanowić interesujący – z dwóch powodów – przyczynek do rozważań nad chorobą przewlekłą, jaką jest cukrzyca typu I. Dotyka ona prawie zawsze młode osoby, ale także warto zwrócić uwagę na to, że choroba przewlekła, towarzysząca młodemu człowiekowi przez całe życie, może stać się powodem do zaakcentowania własnej odrębności, wyróżnienia się spośród dominującej większości, do czego nastolatki nieustannie dążą. W artykule autorka analizuje dwa aspekty stylu życia, nieodłącznie związane z osobą chorą na cukrzycę typu I: dietę cukrzycową i aktywność fizyczną.

**Słowa kluczowe:** styl życia, młodzież, cukrzyca typu I, aktywność fizyczna przy cukrzycy, dieta cukrzycowa, wykluczenie społeczne

## The lifestyle of young people with type I diabetes mellitus as an example of a chronic disease

### Abstract

Youth is a dynamic social community which pursues the distinctiveness and independence. Lifestyles, so far considered in the context of the social sciences, but generally in the cultural aspect, for two reasons may be an interesting contribution to the discussion about the type I diabetes mellitus as a chronic disease. Type I diabetes mellitus almost always affects young people, but it is also worth noticing that chronic, lifelong condition accompanying the young man, may become a reason for emphasizing one's own identity and distinguishing from the dominant majority, to which teenagers are constantly striving. In the article the author discusses about the two aspects of the lifestyle inherently associated with the individual suffering from the type I diabetes mellitus: a diabetic diet and physical activity.

**Key words:** lifestyle, young people, type I diabetes mellitus, physical activity in the diabetes, diabetic diet, social exclusion

## Styl życia i jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych

Istnieje wiele „jakości życia”, które są odmiennie interpretowane przez psychologów, socjologów, pedagogów oraz reprezentantów nauk medycznych. W naukach społecznych nie opracowano dotąd uniwersalnej definicji jakości życia, która mogłaby zostać przez wszystkich zaakceptowana. Badacze starają się raczej poddawać to pojęcie konceptualizacji, biorąc pod uwagę przede wszystkim cel prowadzonych badań. Można stwierdzić, że subiektywne poczucie jakości życia odnosi się do równie subiektywnych kryteriów wartościowania.

Miary indywidualne obejmują oceny poszczególnych aspektów życia, doświadczane jednostkowo wydarzenia stresowe i problemy z adaptacją psychiczną, system wartości i inne cechy osobowości, warunkujące postawę wobec egzystencji, aktywność życiową i zdolność przystosowania się do zmian społecznych<sup>1</sup>.

Styl życia jest jedną z kategorii socjologicznych, która również nie jest łatwa do zdefiniowania. Termin ma wiele znaczeń i stąd trudność nie tylko w zdefiniowaniu, ale także w określeniu zachowań społecznych, które wymykają się precyzyjnym miarom<sup>2</sup>. Pojęcie stylu życia funkcjonuje obok (lub zamiennie) takich kategorii jak: sposób życia, wzory zachowań, wzory kultury, wartości i postawy<sup>3</sup>. Andrzej Siciński stwierdził, że: „[...] styl życia znamieny dla pewnej zbiorowości ludzkiej jest charakterystycznym dla tej zbiorowości sposobem bycia w społeczeństwie. Ten sposób bycia to specyficzny zespół codziennych zachowań członków owej zbiorowości, a dzięki temu umożliwiający ich społeczną identyfikację”<sup>4</sup>. Styl życia jest „[...] przejawem jakiejś zasady (zasad) wyboru codziennego postępowania spośród repertuaru zachowań możliwych w danej kulturze, [...] jest czymś danym [...], znamieny (m) dla życia codziennego danej zbiorowości, grupy lub jednostki”<sup>5</sup>.

Styl życia można określić także jako swoistą przestrzeń, kategorię kultury, w której porusza się jednostka umieszczona na określonym szczeblu drabiny stratyfikacyjnej. To zespół zachowań werbalnych i niewerbalnych, informujących innych o jej przynależności do określonej zbiorowości. Połączony jest również z technikami radzenia sobie z codziennymi opresjami. Są to w różnym stopniu zmerkantylizowane propozycje relaksu po czasie pracy<sup>6</sup>. Styl życia bazuje na możliwości wyizolowania doznań, a przede wszystkim przeciwstawienia ich wszystkiemu, co musi być skumulowane i skoncentrowane w czasie pracy, a co stanowi jednostronne *obciążenie* i rodzaj eksploatacji osobowości<sup>7</sup>.

W literaturze istnieje zatem wiele typologii stylów życia, formułowanych według kryteriów kulturowych czy ekonomicznych, ze względu na społeczną lokalizację ich reprezentantów, położenie jednostki w strukturze społecznej itp. Andrzej Siciński, opisując złożoność

<sup>1</sup> J. Czapiński, *Diagnoza społeczna 2000*, Warszawa, Wydawnictwo PTS, 2001, s. 68

<sup>2</sup> Stylem życia, w odniesieniu do stratyfikacji społecznej, zajmowali się już: Florian Znaniecki, Józef Chałasiński, Stanisław Ossowski. Zob. S. Ossowski, *O nauce*, [w:] idem, *Dzieła*, t. IV, Warszawa, PWN, 1982, s. 152–157

<sup>3</sup> *Styl życia: przemiany we współczesnej Polsce*, red. A. Siciński, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 1978; A. Siciński, A. Wyka, *Badania „rozumiejące” stylu życia – narzędzia*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 1988; *Styl życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*, red. A. Siciński, Wrocław, Ossolineum, 1988; *Styl życia, obyczaje, ethos w Polsce lat siedemdziesiątych – z perspektywy roku 1981: szkice*, red. A. Siciński, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 1983; *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*, red. A. Siciński, Warszawa, IFiS PAN, 1980; A. Siciński, *Styl życia, kultura, wybór*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2002

<sup>4</sup> *Styl życia: przemiany we współczesnej Polsce*, op. cit., s. 13–14

<sup>5</sup> *Styl życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*, op. cit., s. 18

<sup>6</sup> J. Trzebiatowski, *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych*, „Hygeia Public Health” 2011, Nr 46 (1), s. 25–31

<sup>7</sup> L. Korporowicz, *Konsumpcja doznań w społeczeństwie transformacji*, [w:] *Zmiana czy stagnacja*, red. M. Marody, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2004, s. 83

problemów badawczych, związanych z analizą życia codziennego, wskazuje na potrzebę posługiwania się nawet kilkoma klasyfikacjami, co daje możliwość stworzenia „siatki klasyfikacyjno-typologicznej”, pozwalającej odnieść się do kilku „jakościowych wymiarów”<sup>8</sup>. Podsumowując, styl życia to całokształt cech charakterystycznych dla pojedynczej osoby lub grupy, wyróżniający się określonymi postawami wobec: pracy, sposobu spędzania wolnego czasu, konsumpcji, stroju oraz stosunków międzyludzkich, czyli, przede wszystkim, codziennego życia.

## **Choroby przewlekłe – problem medyczny czy społeczny?**

Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała chorobę przewlekłą jako „wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych:

- są trwałe,
- pozostawiają po sobie inwalidztwo,
- spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi,
- wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego,
- według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki”<sup>9</sup>.

Choroby przewlekłe niosą z sobą wiele niedogodności, np. prowadzenie rygorystycznego trybu życia, pozostawanie w stałym kontakcie z placówkami medycznymi, a przede wszystkim najbardziej uciążliwą, szczególnie dla młodych, aktywnych osób, długotrwałą konieczność zażywania tabletek i lekarstw<sup>10</sup>.

Dodatkowe problemy są obecne także w psychice młodego człowieka. Pojawia się duży stres, poczucie bezsilności i strachu wobec bólu i śmierci albo zwykły wstyd. Dlatego też wielu lekarzy dowodzi, że z tych powodów choroby przewlekłe należy rozpatrywać nie tylko w kategoriach medycznych, ale i etycznych.

Opieka lekarza nad pacjentem, gwarantowana złożoną przysięgą Hipokratesa, może być realizowana na dwa, omówione niżej, sposoby<sup>11</sup>.

Model biomedyczny zakłada, że życiem człowieka kieruje fizyka, chemia i biologia. Zdrowie ludzkie postrzegane jest jako prawidłowo funkcjonujący organizm biologiczny, a choroba stanowi jego zakłócenie. Leczenie w modelu biomedycznym polega na ustaleniu przyczyny choroby oraz na próbie jej zlikwidowania. Model ten nie wymaga od lekarzy wchodzenia w głębsze relacje z pacjentami, przez co pozwala na dystans do problemu bólu i cierpienia drugiego człowieka. Rola lekarza sprowadza się do analizy danych i poszukiwania

<sup>8</sup> *Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*, op. cit., s. 37–38

<sup>9</sup> *Choroby przewlekłe*, WHO, [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/\(ang.\)](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/(ang.)), [dostęp z dnia: 30 czerwca 2012]

<sup>10</sup> G. Hołub, *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, 2007, [www.mp.pl](http://www.mp.pl), [dostęp z dnia: 30 czerwca 2012]

<sup>11</sup> Ibidem

właściwego lekarstwa. Pacjent, przeżywający swoją chorobę w atmosferze lęku i niepewności, ma poczucie zredukowania do kolejnego przypadku chorobowego. Stan pacjenta zatem może się pogorszyć – przekłada się to na konkretne, negatywne wyniki badań i zakłócone funkcjonowanie poszczególnych narządów.

Drugi z modeli, holistyczny (aksjomedyczny), zakłada natomiast, że człowiek jest zespołem różnorodnych czynników. To szersze pojmowanie chorego, gdzie „zdrowie nie sprowadza się jedynie do sprawności systemu biologicznego, lecz stanowi stan dynamicznej równowagi wielu systemów obejmujących biologiczne, psychiczne i społeczne poziomy funkcjonowania jednostki”<sup>12</sup>.

Badania i zabiegi medyczne pełnią tu bardzo ważną rolę, ale równie istotne są działania lekarza, nastawione na zrozumienie psychiki chorego. Nie zawsze występuje schorzenie fizyczne. Terapia ma się zatem koncentrować na zakłóconych procesach biochemicznych i czynnościowych oraz na przeżyciach psychicznych, moralnych i duchowych chorej osoby. Lekarz powinien posiadać również umiejętności psychologiczne, a także poświęcić własny czas i energię na rozmowy z pacjentem oraz rozwijanie umiejętności psychoterapeutycznych, czyli po prostu pogłębianie relacji.

Najistotniejsze wydaje się dopasowanie właściwego modelu do konkretnego pacjenta, ze względu na pomoc zarówno czysto medyczną, jak i psychoterapeutyczną, w odpowiednich proporcjach i okresach czasu.

## **Charakterystyka młodzieży przewlekle chorej na przykładzie młodych osób żyjących z cukrzycą typu I**

W naukach medycznych, a nierzadko także i w społecznych, na określenie zmian zachodzących we wszystkich sferach życia rozwijającego się człowieka pomiędzy wiekiem dziecięcym a dorosłością, używa się określenia adolescencja i dorastanie. Adolescencja jest somatycznym i psychologicznym odzwierciedleniem biologicznych procesów dojrzewania i kształtującego wpływu, wywieranego przez rodzinę, kulturę i subkulturę<sup>13</sup>. Dorastanie zawiera w sobie całość przemian, jakie muszą zajść, aby żyjące w świecie swojej rodziny dziecko stało się zdolne do samodzielnego funkcjonowania w dorosłym społeczeństwie. Przemiany te dotyczą sfery poznawczej, emocjonalnej, motywacyjnej, interakcyjnej, społecznej i seksualnej<sup>14</sup>.

Jak pisze socjolog Zbyszko Melosik, młodzież stanowi dynamiczną konstrukcję społeczną<sup>15</sup>. Zazwyczaj też, przynajmniej w kulturze Zachodu, pojęcie to zawiera duży, najczęściej

<sup>12</sup> Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk, Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, 2005, s. 69

<sup>13</sup> E. Dullit, *The three stages of adolescence*, [w:] *The short course in adolescent psychiatry*, red. R. J. Novello, New York, Brunner/Mazel, 1979, s. 45

<sup>14</sup> I. B. Weiner, *Zaburzenia psychiczne wieku dorastania*, Warszawa, PZWL, 1977, s. 89

<sup>15</sup> Z. Melosik, *Młodzież a przemiany kultury współczesnej*, [w:] *Młodzież wobec nieogóscinnej przyszłości*, red. R. Leppert i in., Wrocław, Wydawnictwo DSWE, 2005, s. 35

pozytywny, ładunek emocjonalny. Młodzi ludzie to, z jednej strony, bezcenny kapitał społeczny i narodowy, a z drugiej nadzieja na „lepszą przyszłość”<sup>16</sup>.

Teorie społeczne, w tym socjologiczne, psychologiczne i kulturowe, przedstawiają człowieka jako jednostkę funkcjonującą w określonym układzie społecznym, zmuszoną do podejmowania określonych ról społecznych. Konflikt pomiędzy rolą a oczekiwaniami wobec niej nasila się u nastolatków. Teorie psychoanalityczne podkreślają rolę czynników psychologicznych, m. in. w uzyskiwaniu przez młodych niezależności emocjonalnej od rodziców. Teorie poznawcze koncentrują się z kolei na zmianach w funkcjonowaniu poznawczym młodych osób, a zwłaszcza na zdolności do wykonywania formalnych operacji myślowych<sup>17</sup>. Cały szereg czynników biologicznych, rodzinnych, kulturowych i społecznych ma wpływ na przebieg młodzieńczego okresu życia. Choroba przewlekła może być niewątpliwie jednym z nich. Jest ona poważnym obciążeniem dla człowieka, m. in. jako czynnik stresujący. Choroba przewlekła dziecka uznawana jest zwykle za istotny czynnik stwarzający nową (przekształcającą dotychczasową) sytuację zarówno jego, jak i całej rodziny poprzez pojawienie się określonych wymagań i ograniczeń, którym pacjent i jego najbliżsi muszą sprostać<sup>18</sup>. Wpływ, jaki choroba przewlekła wywiera na dorastającego człowieka, postrzegać należy zawsze w kontekście specyfiki tego okresu życia. Adaptacja do nowej sytuacji oznacza, w tym przypadku, nie bierną, ale twórczą reakcję na występujące utrudnienia i zagrożenia. Ma ona w końcowym efekcie doprowadzić do poprawy tejże sytuacji.

Młody człowiek zostaje zmuszony do stawienia czoła nie tylko wyzwaniom własnego dorastania, lecz także chorobie – jej objawom i powodowanym przez nią ograniczeniom. Choroba przewlekła wymusza na młodym człowieku akceptację zarówno przedłużającej się zależności od rodziny i braku autonomii, jak i powstałego stanu pasywności; naturalny brak zgody na taką sytuację budzi lęk i gniew<sup>19</sup>. Przewlekłe chory nastolatek i jego rodzina stają wobec konieczności wyboru drogi życiowej adekwatnej do ograniczeń wynikających z choroby oraz konfrontacji marzeń i oczekiwań z możliwościami. Rysują się tu dwa przeciwstawne zagrożenia: przecenianie wpływu choroby i poczucie rezygnacji oraz, z drugiej strony, negowanie ograniczeń i wyznaczanie sobie niereczywistych celów życiowych<sup>20</sup>. Warto tutaj pamiętać, że, w okresie nadmiernej wrażliwości na własny wygląd i atrakcyjność fizyczną oraz silnych tendencji konformistycznych wewnątrz grupy rówieśniczej, „chory” znaczy „odmienny”, co z kolei jest tożsame z „byciem gorszym”.

Jednym z podstawowych celów okresu młodzieńczego jest uzyskanie samodzielności. Na proces ten składa się nie tylko uzyskanie niezależności od rodziny, ale też zdolność

<sup>16</sup> Ibidem, s. 38

<sup>17</sup> T. Wolańczyk, *Dorastanie a choroba przewlekła – wybrane zagadnienia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2006, Nr 6, s. 321

<sup>18</sup> Ibidem, s. 322

<sup>19</sup> E. C. Perrin, P. S. Gerrity, *Development of Children with a Chronic Illness*, „Pediatric Clinics of North America” 1984, Nr 31 (1), s. 19

<sup>20</sup> Ibidem, s. 21

do nawiązywania samodzielnych więzi społecznych poza rodziną i możliwość zdobycia zawodu zapewniającego utrzymanie. Przewlekła choroba w tej sytuacji może stać się źródłem pozornych korzyści. Są to: bezpieczne pozostawanie w rodzinie w roli dziecka oraz ochrona przed podejmowaniem zadań dorastania, wraz z niepokojami towarzyszącymi ich realizacji. Rezultatem choroby jest zatem utrudnienie procesu osiągnięcia samodzielności i wchodzenia w dorosłość.

Osiągnięcie niezależności od rodziny stanowi zakończenie procesu separacji, postępującego przez cały czas, od momentu urodzenia. Przebieg tego procesu może zostać zaburzony przez przewlekłą chorobę, wymuszającą silny związek z rodziną. Źródłem takiego związku może być przede wszystkim lęk przed pozostawaniem w samotności w momencie zagrożenia (dotyczy to szczególnie chorób o charakterze napadowym: astmy, padaczki, zaburzeń rytmu serca), wynikający z obawy przed znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia lub przed śmiercią.

U młodzieży przewlekle chorej inaczej przebiega kształtowanie niezależności, odbywające się na drodze tworzenia prawa do prywatności i poszerzania sfer wolnych od wpływu i kontroli rodziców. Prawo do przebywania we własnym, zamkniętym pokoju i zamkniętej łazience, będące wyrazem budowania „przestrzeni prywatności”, stanowi często, z punktu widzenia zdrowia nastolatków przewlekle chorych, zagrożenie życia. Podobnie, ograniczone są samodzielne wyjazdy na kolonie, obozy lub biwaki z przyjaciółmi (część naturalnego procesu separacji), co prowadzi do utrudnienia kontaktów z rówieśnikami i, w konsekwencji, do odrzucenia przez grupę rówieśniczą, ze skutkami w postaci poczucia osamotnienia i niepewności, powstałych z braku grupy odniesienia innej niż rodzina.

Przewlekła choroba nie ułatwia również wyboru odpowiedniego zawodu. Wpływają na to liczne ograniczenia, dotyczące różnych form aktywności fizycznej, kierowania pojazdami, pracy przy maszynach w ruchu, czy pracy na wysokościach<sup>21</sup>.

Chociaż powyższe rozważania wykluczają takie nastawienie – choroba przewlekła może mieć również pozytywny wpływ na przebieg okresu młodzieńczego. Jednym z jego istotnych elementów jest nabycie zdolności do podejmowania własnych decyzji i ponoszenia ich konsekwencji. Przewlekle chory młody człowiek łatwiej akceptuje swoje ograniczenia, bo nauczył się tego w trakcie funkcjonowania choroby. Choroba, w której ważne jest stałe przestrzeganie konkretnych reguł i ponoszenie na własnym organizmie konsekwencji ich złamania (pogorszenie stanu zdrowia po odstawieniu leków), może być szkołą odpowiedzialności<sup>22</sup>. W porównaniu z rówieśnikami chory nastolatek lepiej rozumie procesy zachodzące we własnym ciele oraz rozpoznaje związki pomiędzy przebiegiem choroby a własnym postępowaniem<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> T. Wolańczyk, op. cit., s. 324

<sup>22</sup> S. M. Cupey, M. J. Cohen, *Special considerations for the health care of adolescents with chronic illnesses*, „Pediatric Clinics of North America” 1984, Nr 31, s. 211

<sup>23</sup> Ibidem, s. 213

Badania przedstawione poniżej poświęcone są wpływowi choroby przewlekłej na funkcjonowanie dzieci i młodzieży. Tomasz Wolańczyk wskazuje, że obejmują one dwa główne nurty, różniące się odmiennym podejściem do problemu<sup>24</sup>. Jeden koncentruje się na identyfikacji czynników zagrażających oraz zaburzeń działania typowych dla konkretnej choroby, przykładowo – cech charakteryzujących dzieci chore na cukrzycę – oraz na poszukiwaniu hipotetycznej osobowości cukrzycowej lub padaczkowej (podejście rodzajowe, *categorical approach*). Drugi nurt (podejście nierodrajowe, *noncategorical approach*) poparty jest założeniem, że wpływ choroby przewlekłej nie zależy od jej rodzaju, a czynniki zagrażające są wspólne dla wszystkich stanów chronicznych i odgrywają daleko ważniejszą rolę niż czynniki specyficzne dla danej jednostki chorobowej<sup>25</sup>. Wyjątkiem są tutaj zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego (OUN), które wpływają bezpośrednio na funkcje poznawcze i emocje. Badania prowadzone wśród dzieci przewlekle chorych wykazują, że znacznie częściej niż dzieci zdrowe demonstrowują one różnego rodzaju zaburzenia rozwoju psychicznego<sup>26</sup>, a najbardziej narażone są na to dzieci z chorobami OUN<sup>27</sup>.

Tomasz Wolańczyk podkreśla także, jak oczywisty wpływ na funkcjonowanie nastoletnich pacjentów ma cukrzyca<sup>28</sup>. Wyniki badań przeprowadzonych w wielu krajach wskazują, że najczęstsze problemy tej grupy to niska samoocena: mniejsza pewność siebie, niższy poziom akceptacji własnej osoby, brak wiary w osiągnięcie zamierzeń<sup>29</sup>, obniżony nastrój i lęk<sup>30</sup>, a także silna zależność od rodziny<sup>31</sup>. Wiadomo, że przytoczone problemy obserwuje się u chorych z różnymi chorobami przewlekłymi. Nieco odmiennie wyniki przyniosło bardzo interesujące badanie prospektywne Anette Boeger i Inge Seiffke-Krenke<sup>32</sup>, podczas którego autorki obserwowały przez 4 lata grupę młodzieży z cukrzycą i grupę zdrowych rówieśników. Młodzież chora na cukrzycę wypadła lepiej w skalach samooceny niż młodzież zdrowa, gdyż zgłaszała mniej problemów, mniej objawów psychopatologicznych i bardziej identyfikowała się z pożądanymi społecznie modelami zachowań. Badania prospektywne wykazały natomiast, że grupa chorych charakteryzowała się zdecydowanym opóźnieniem w rozwoju psychospołecznym, zwłaszcza pod względem osiągania niezależności od rodziców i nawiązywania kontaktów z rówieśnikami oraz przywiązywała mniejszą wagę do zdobywania tych

<sup>24</sup> Por. T. Wolańczyk, op. cit., s. 323

<sup>25</sup> Por. ibidem., s. 324; P. Hoare, *Does illness foster dependency? A study of epileptic and diabetic children*, „Developmental Medicine and Child Neurology” 1984, Nr 26, s. 20–24

<sup>26</sup> S. M. Cupey, M. J. Cohen, op. cit., s. 21

<sup>27</sup> Ibidem, s. 22

<sup>28</sup> Por. T. Wolańczyk, op. cit., s. 325

<sup>29</sup> Por. M. Bartnik, A. Brodziak, Z. Kołosa i in., *Struktura osobowości młodych ludzi chorych na cukrzycę insulinozależną. Związek ze sposobem leczenia i jego skutecznością*, „Pediatria Polska” 1994, Nr 69 (8), s. 601–608

<sup>30</sup> Por. M. Liakopoulou, M. Korvessi, D. Dacou-Voutetakis, *Personality Characteristics, Environmental Factors and Glycemic Control in Adolescents with Diabetes*, „European Child and Adolescent Psychiatry” 1992, Nr 1, s. 82–88

<sup>31</sup> P. Hoare, *Does illness foster dependency?...*, op. cit., s. 20–24

<sup>32</sup> A. Boeger, I. Seiffke-Krenke, *Symptombelastung, Selbstkonzept und Entwicklungsverzögerung bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen mit Typ-I-Diabetes*, „Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie” 1994, Nr 22, s. 5–15

celów w przyszłości. Na określenie tego zjawiska wprowadzono pojęcie „fasadowej normalności”, jako że wynika ona ze zmiany sposobu postrzegania siebie w stosunku do grup odniesienia.

Odrębnym problemem młodzieży z cukrzycą insulinozależną jest silny związek pomiędzy funkcjonowaniem psychicznym a kontrolą glikemii, wynikającą z przestrzegania zaleceń dietetycznych i leczniczych. Udowodniono, że młodzież znajdująca się w trudnej sytuacji, z niskim poczuciem kompetencji społecznej i słabym dostosowaniem do choroby, ma gorzej wyrównane poziomy cukru we krwi<sup>33</sup>.

## Wybrane aspekty stylu życia młodzieży z cukrzycą typu I

### Dieta cukrzycowa u młodych osób jako styl konsumpcji

Cukrzyca wykryta u osoby dorosłej sprawia, że konieczne staje się wprowadzenie innego trybu życia oraz sposobu myślenia. Ta choroba przewlekła związana jest z koniecznością nauczenia się samodyscypliny i regularności.

Sprawa okazuje się bardziej skomplikowana w przypadku cukrzycy u dzieci. Oczywiście, im mniejsze dziecko, tym większa odpowiedzialność za jego prawidłowe leczenie i postępowanie w chorobie spoczywa na rodzicach. Jak już zostało wskazane powyżej, cukrzyca związana jest z nauczeniem się regularności oraz samodyscypliny. Aby skutecznie obniżyć poziom cukru we krwi, trzeba codziennie jeść określone posiłki o tych samych porach, przyjmować leki, jeśli jest to konieczne oraz nierzadko odmawiać sobie niegdyś ulubionych produktów. Dziecku, zwłaszcza małemu, trudno jest od razu zrozumieć, że wszystkie te rzeczy są naprawdę konieczne i nie wymaga się ich bez słusznego powodu czy za karę. Chodzi tutaj zresztą nie tylko o zakaz jedzenia czekolady o określonej porze, ale też o przyjmowanie insuliny. W związku z tym, ważnym elementem procesu wychowawczego musi stać się nauczenie dziecka, jak żyć z cukrzycą. Trzeba też przekazać mu w odpowiedni sposób, że wcale nie musi ona wpływać na „normalne” funkcjonowanie i cieszenie się światem.

### Aktywność fizyczna młodzieży jako styl spędzania czasu wolnego

Aktywność fizyczna odgrywa bardzo ważną rolę w zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych. Powszechnie wiadomo także, że regularne ćwiczenia korzystnie wpływają na organizm, funkcjonowanie umysłu i jednocześnie zmniejszają ryzyko zapadalności na choroby różnego typu. Aktywność fizyczna (ang. *physical activity*) jest definiowana jako: „każdy ruch ciała wyzwalany przez mięśnie szkieletowe, który powoduje wydatek energetyczny”<sup>34</sup>. Wydany w USA *Dictionary of the sport and exercise science* definiuje aktywność fizyczną

<sup>33</sup> R. Smoczkiwicz, H. Dziatkowiak, E. Wistöcka, *Wpływ sytuacji kryzysowych na dzieci i młodzież chore na cukrzycę insulinozależną*, „Pediatria Polska” 1994, Nr 69 (8), s. 595–600

<sup>34</sup> C. J. Caspersen, K. E. Powell, G. M. Christenson, *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*, Public Health Rep. 1985 Mar-Apr, 100(2), s. 126–131



jako: „ruch ciała człowieka, który znajduje swój wyraz na poziomie tempa metabolizmu spoczynkowego”<sup>35</sup>.

Człowiek funkcjonujący w społeczeństwie podlega ciągłemu procesowi socjalizacji. Nastolatki najczęściej uczą się nowych ról i związanych z nimi obowiązujących powszechnie przyjętych zachowań. Pełniona rola może być modyfikowana przez jednostkę i otoczenie, w którym funkcjonuje, w tym przez grupy rówieśnicze, a także przez instytucje, silnie wpływające na kształtowanie się wzorów zachowań, również na style spędzania wolnego czasu.

Pojęcie czasu wolnego było zawsze przeciwstawiane definicji pracy w kontekście wysiłku fizycznego. Ogólnie przyjmuje się jednak, że czas wolny to okres dnia, którym człowiek może dysponować według swej woli i uznania<sup>36</sup>. W literaturze stwierdzono m. in., że: „[...] czas wolny jest dobrem społecznym, wypracowanym przez jednostkę i społeczeństwo dla regeneracji sił fizycznych i psychicznych po pracy zawodowej i nauce – w celu rozwijania indywidualnych zamiłowań i zainteresowań, zapewnienia kulturalnego wypoczynku i kształtowania bogatszej osobowości jednostki”<sup>37</sup>. Dlatego „[...] należy go uczynić czasem aktywnego, świadomego poszukiwania nowych celów, wartości, które pozwolą na kształtowanie postawy jednostki wobec otoczenia i znalezienie własnej roli w społeczeństwie”<sup>38</sup>. W innym rozumieniu czas wolny to ten, który pozostaje człowiekowi do dyspozycji po wykonaniu czynności związanych z zaspokojeniem potrzeb biologicznych i higienicznych oraz czynności obowiązkowych. Duży nacisk kładzie się na możliwość wyboru cech czynności, którymi konkretna osoba pragnie się zajmować, czyli na dobrowolność, niezarobkowość i przyjemność<sup>39</sup>.

W definicjach *Słownika pedagogicznego* sprecyzowano, że czas wolny pozostaje do dyspozycji jednostki po wykonaniu przez nią zadań obowiązkowych (pracy zawodowej, nauki w szkole i w domu oraz koniecznych prac domowych). Czas ten jest przeznaczony na: odpoczynek, rozrywkę, działalność społeczną o charakterze bezinteresownym i dobrowolnym oraz na rozwój zainteresowań i uzdolnień poprzez zdobywanie wiedzy i amatorską działalność artystyczną, techniczną, naukową czy sportową<sup>40</sup>.

W literaturze podkreśla się fakt, że czas wolny jest formą, która może być wypełniana przez różne treści. Przykładowo, może być „[...] wolny od: pracy zawodowej podstawowej, w tym również u uczniów i studentów od zajęć szkolnych; zarobkowej pracy nadliczbowej lub od pracy w drugim zawodzie, a odnośnie uczniów i studentów – od odrabiania zadań domowych; dojazdów do pracy (uczelni); zaspokajania elementarnych potrzeb organizmu

<sup>35</sup> P. Freedson, *Dictionary of the sport and exercise science*, Human Kinetics Books, 1991, s. 35

<sup>36</sup> K. Czajkowski, *Wychowanie do rekreacji*, Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1979, s. 10

<sup>37</sup> Ibidem, s. 10

<sup>38</sup> Ibidem, s. 21

<sup>39</sup> K. Przełowski, *Czas wolny dzieci i młodzieży*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa, Wydawnictwo Fundacja Innowacja, 1993, s. 75–76

<sup>40</sup> W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa, PWN, 1992, s. 35–36

(sen, higiena osobista i spożywanie posiłków); obowiązków domowych i rodzinnych oraz uczelnianego kształcenia się pracujących<sup>41</sup>.

Czas wolny trudno zatem krótko i jednoznacznie zdefiniować. Wiąże się także ze stylem życia. Niekiedy granica jest trudna do uchwycenia, ponieważ nierzadko czynność przypisana do sfery obowiązku (nauki czy pracy), wykonywana z zaangażowaniem i przyjemnością, wkracza w sferę wolnego czasu (pojmowanego jako odpoczynek od obowiązków). Niebagatelną rolę odgrywają wzory spędzania wolnego czasu, które związane są z przyjętym stylem życia. W odniesieniu do grupy dzieci i młodzieży w wieku szkolnym ważna jest umiejętność kreowania sposobów wypełniania wolnego czasu, na który mają wpływ wzory rodzinne, proponowane przez mass media lub zastane i uznane za obowiązujące w grupie rówieśniczej czy klasie szkolnej.

Dosyć ważną rolę odgrywają w tym kontekście instytucje (kluby sportowe dla młodzieży, centra rozrywki itp.), które powinny kreować akceptowane społecznie formy spędzania wolnego czasu, a jednocześnie wspomagać jednostkę w jej rozwoju intelektualnym i fizycznym. Styl życia, czyli standardowe reakcje i wzory zachowań powstałe w procesie socjalizacji, mogą stanowić wzorzec dla rozmaitych rodzajów zachowań, zarówno tych związanych z uprawianiem sportu, turystyki i rekreacji, jak i związanych z dbałością o zdrowie. Czas wolny to także wartość sama w sobie, której treść wypełniona jest odpoczynkiem i rozrywką, rzadziej zajęciami rozwijającymi osobowość<sup>42</sup>.

Czas wolny różni się w poszczególnych kategoriach wiekowych długością, zróżnicowaniem pod względem form i miejsc spędzania. Dla dziecka jest generalnie czasem, jaki pozostał mu po wypełnieniu obowiązków szkolnych, domowych, czynności organizacyjno-porządkowych, związanych ze zdrowiem i higieną, a który wykorzystywany jest przez nie na wypoczynek, rozrywkę i zaspokajanie potrzeb wynikających z własnych zainteresowań<sup>43</sup>.

Wpływ na treść i formę spędzania wolnego czasu mają takie czynniki jak: stopień koncentracji ludności, warunki materialne, wykształcenie i zróżnicowanie zawodowe, działalność organizacji społecznych i kulturalnych, instytucje organizujące czas wolny w lokalnych społecznościach, a także, w dużej mierze, tradycje kulturowe, wyzwajające nowe zainteresowania. Dlatego ważne jest, szczególnie w większych aglomeracjach miejskich, dążenie do budowania tradycji kulturowych. Niebagatelną rolę odgrywa również:

- dążenie do rewitalizacji technicznej i społecznej wielkich akulturowych blokowisk, często pozbawionych miejsc umożliwiających spędzanie wolnego czasu, zwłaszcza przez dzieci i młodzież;

<sup>41</sup> A. Kamiński, *Czas wolny i jego problematyka społeczno-wychowawcza*, Wrocław-Warszawa-Kraków, Ossolineum, 1965, s. 69–70

<sup>42</sup> *Czas wolny w różnych jego aspektach*, red. J. Kędzior, M. Wawrzak-Chodaczek, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2000, s. 6–7

<sup>43</sup> J. Izdebska, *Czas wolny dzieci miejskich i wiejskich*, [w:] *Czas wolny dzieci i młodzieży w Polsce*, red. K. Przecławski, Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1978, s. 23

- wskazywanie na wartość procesu wychowania przez szkołę, bez wątplenia warunkującą edukację uczniów (i rodziców) w kierunku uczenia się racjonalnych form wykorzystywania wolnego czasu, w tym organizowania zajęć pozalekcyjnych, utrwalających pożądane nawyki i przyzwyczajenia;
- wskazywanie wartościowych wzorów spędzania wolnego czasu w sposób atrakcyjny dla uczniów w poszczególnych przedziałach wiekowych;
- traktowanie przez szkołę realizacji funkcji w tym zakresie jako inwestycji w zasoby, które, skapitalizowane przez uczniów, pozwolą w sposób znaczący podnieść jakość spędzania wolnego czasu;
- potraktowanie świadomego i planowego uczenia akceptowanych wzorów spędzania wolnego czasu jako inwestycji w lokalny kapitał, służący całej społeczności.

Podstawowymi czynnikami, różnicującymi sposób spędzania wolnego czasu, są: „[...] wykształcenie, płeć (w znacznie mniejszym stopniu) i status (młodzież ucząca się *versus* pracująca, a nie ucząca się), [...] środowisko lokalne<sup>44</sup>. Ważną funkcję pełni także sytuacja ekonomiczna rodzin i ich zaangażowanie w wypełnianie poszczególnych funkcji rodzinnych.

Wysiłek fizyczny odgrywa istotną rolę w życiu człowieka. Przez wiele lat panowało przekonanie, że osoby chorujące na cukrzycę powinny unikać nadmiernej aktywności fizycznej. Aktualnie wysiłek fizyczny jest uznany przez środowisko medyczne za integralną i niezbędną składową leczenia cukrzycy<sup>45</sup>.

Zatem, oprócz przestrzegania diety, chorzy na cukrzycę powinni w miarę swoich potrzeb uprawiać sport. Wysiłek fizyczny zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę. U chorego na cukrzycę typu II połączenie zdrowej diety ze sportem może być wystarczającą metodą leczenia. Podstawowym materiałem energetycznym dla pracujących mięśni jest glukoza pochodząca z pokarmu oraz procesów glikogenolizy i glukoneogenezy<sup>46</sup>. W utrzymaniu równowagi energetycznej w trakcie treningu fizycznego ważną rolę odgrywają hormony, m. in. insulina, katecholaminy, glukagon, glikokortykosteroidy i hormon wzrostu. Wysiłek fizyczny powinien być dostosowany do wieku i kondycji pacjenta. Preferowanymi formami są te, w których pracuje jak największa ilość mięśni. Zaleca się: spacer, jogging, pływanie i jazdę na rowerze. Największą korzyść dają wysiłki regularne (codziennie po ok. 30 minut). Należy unikać form długotrwałych, bardzo intensywnych, wiążących się z dużą ilością urazów. Zdecydowanie przeciwwskazane są: podnoszenie ciężarów, kulturystyka czy dosyć popularne ostatnio nurkowanie<sup>47</sup>. Badania wykazują, że tylko co trzecia osoba zaliczana do grupy dzieci i młodzieży oraz co dziesiąta osoba dorosła utrzymują poziom

<sup>44</sup> K. Przeclawski, *Wstęp*, [w:] *Czas wolny dzieci i młodzieży w Polsce*, op. cit., s. 15

<sup>45</sup> A. Gawrecki, D. Naskręt, D. Zozulińska-Ziółkiewicz, *Sport a cukrzyca typu 1*, „Diabetologia Praktyczna” 2011, t. XII, Nr 2, s. 52

<sup>46</sup> J. Górski, *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, Warszawa, PZWL, 2008, s. 435

<sup>47</sup> D. Majgier, *Dieta chorego na cukrzycę*, „Rzeczpospolita” z 10 IX 2009, <http://www.rp.pl/arttykul/361325.html?p=2> [dostęp z dnia: 1 listopada 2012]

aktywności fizycznej zaspokajający podstawowe zapotrzebowanie organizmu. Aktywność fizyczna wielu osobom kojarzy się jedynie z forsownymi ćwiczeniami, a zainteresowanie wysiłkiem fizycznym spada wraz z wiekiem, np. modny za granicą jogging w Polsce uprawia 4% osób w wieku do 25. lat, 3% osób do 35. lat i 2% osób w wieku 50. lat. Polska nie zajmuje zaszczytnego miejsca, jeśli chodzi o aktywność fizyczną. Z punktu widzenia młodzieży najciekawszą formę aktywności fizycznej mogą stanowić zajęcia grupowe, które działają motywująco i spełniają istotną funkcję socjalną. Ponadto osoby biorące udział w zorganizowanym wysiłku czerpią radość z pracy nad własnym ciałem i duchem; kształtuje się wówczas samodyscyplina. Przynależność do grupy umożliwia też tworzenie i umacnianie więzi koleżeńskich.

Zalecenia dotyczące wysiłku fizycznego u dorosłych chorych na cukrzycę typu I, u których nie występują powikłania, obejmują również dzieci. Należy jednak pamiętać, że u dzieci występuje większa zmienność glikemii. Trzeba zwrócić szczególną uwagę na konieczność zrównoważenia potrzeby kontroli glikemii i możliwości normalnej zabawy — niezbędna może się okazać pomoc ze strony rodziców, nauczycieli oraz trenerów.

American College of Sports Medicine sugeruje chorym, aby uprawiać sport 3 do 5 razy w tygodniu przez 20–60 minut: spacer, bieganie, pływanie, taniec. Ponadto wskazane jest wykonywanie ćwiczeń oporowych, 2–3 razy w tygodniu co najmniej jednego zestawu 8–10 ćwiczeń, angażujących różne grupy mięśni. W skład jednego zestawu wchodzi ok. 12 powtórzeń. Do ćwiczeń włączane bywają ćwiczenia rozciągające, jako prewencja zmian stawowo-mięśniowych, będących wynikiem szczególnie źle wyrównanej cukrzycy (procesy uszkodzające struktury stawowe). Na początek i zakończenie ćwiczeń wskazane są rozgrzewka i ćwiczenia kończące. Rozgrzewka to kilka minut mniej intensywnych ćwiczeń. Składają się na nią proste ćwiczenia rozciągające, np. skłony, wymachy, przysiady. Zwiększa to nie tylko efektywność dalszego wysiłku, lecz również zapobiega szczególnie niebezpiecznym dla chorych na cukrzycę urazom (głównie stóp). Na zakończenie polecane są również krótkie ćwiczenia rozluźniające.

Według American Diabetes Association (ADE-S. Colberg, Diabetes Educator 2000) chorzy muszą unikać wykonywania ćwiczeń przy stężeniu glukozy powyżej 250 mg% z towarzyszącą ketozą (aceton w moczu), jak również powyżej 300 mg% bez ketozy.

Poniżej, w tabeli nr 1, zawarto przykładowe zestawienie produktów żywieniowych w porównaniu z wysiłkiem fizycznym. Większy wysiłek fizyczny wymagany jest po spożyciu ryb oraz produktów mięsnych.

Przy poziomie glukozy ok. 100 mg% chorzy powinni spożyć dodatkowy posiłek. Muszą się oni nauczyć regulowania dawek insuliny i spożywania dodatkowego posiłku w celu uniknięcia niedocukrzeń. Częste oznaczanie glikemii pozwala poznać chorym wpływ różnych ćwiczeń na jej poziom. W miarę potrzeby powinni także pamiętać o zabezpieczeniu dodatkowego pożywienia przy planowanym wysiłku.

**Tabela 1. Zestawienie produktów żywnościowych i ich parametrów w porównaniu z wysiłkiem fizycznym**

Produkt	Porcja	waga	kcal	WW	pływanie (min)	Spacer (min)	Rower (min)
Margaryna	1 płaska łyżeczka	5g	27	0	5	6	3
Masło ekstra wyborowe	1 płaska łyżeczka	5g	37	0	7	9	4
Oliwa z oliwek	1 łyżeczka	4g	36	0	6	9	4
Półdewka sopočka	2 plastry	20g	33	0	6	8	4
Schab pieczony	1 porcja	70g	33	0	6	8	4
Szynka wieprzowa gotowana	1 plaster	20g	51	0	9	12	6
Szynka z indyka	2 plastry	20g	17	0	3	4	2
Łosoś wędzony	1 porcja	200g	33	0	6	8	4
Makrela wędzona	1 porcja	100g	223	0	40	54	25
Sardynka w oleju	1 porcja	30g	67	0	12	16	7
Śledź w oleju	1 porcja	50g	151	0	27	36	17
Lody śmietankowe	1 kulka	40g	64	0,7	11	15	7
Czekolada	1 tabliczka	100g	558	5,7	99	134	61
Cukier	1 łyżka	5g	20	0,5	4	5	2

Źródło: Z. Szczeklik-Kumala, *Tolerancja wysiłków fizycznych jako czynnik determinujący stosowanie leczenia treningiem fizycznym u osób z cukrzycą*, „Nowa Medycyna” 2000, Nr 6, s. 7

**Tabela 2. Ćwiczenia dla chorych na cukrzycę**

Przeciwwskazane	Zalecane
Trening na bieżni Długie spacer Jogging Step	Pływanie Ćwiczenia na siedząco Jazda na rowerze Ćwiczenia obręczy barkowej Inne, niewymagające dźwigania ciężaru ciała

Źródło: Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine, *Phys public health: a recommendation*, JAMA, 1995, 237, s. 402–407

Zdolność do samodzielnej modyfikacji dawek insuliny oraz diety, która umożliwia bezpieczny udział w zajęciach związanych z wysiłkiem fizycznym uważa się obecnie za istotny element postępowania terapeutycznego u pacjentów z cukrzycą. Hipoglikemii, która zdarza się podczas wysiłku fizycznego, wkrótce po nim albo wiele godzin po zaprzestaniu ćwiczeń, można uniknąć. W tym celu pacjent musi posiadać wiedzę na temat reakcji metabolicznej i hormonalnej na wysiłek fizyczny oraz umiejętności niezbędne do prowadzenia samokontroli. Coraz szersze stosowanie algorytmu intensywnej insulinoterapii sprawiło, że odpowiednio wyedukowani pacjenci mogą sami decydować o dawkach insuliny, zależnie od swojej aktywności.

Wyczynowe uprawianie sportu przez chorych na cukrzycę wymaga indywidualnej edukacji. Sportowiec z cukrzycą powinien być zmotywowany do utrzymywania normoglikemii oraz mieć wiedzę pozwalającą na samodzielne dostosowywanie dawki insuliny, zarówno

„bazowej”, jak i okołoposiłkowej, do potrzeb organizmu w okresie treningowym i w czasie odpoczynku<sup>48</sup>.

U młodzieży zmiany hormonalne mogą przyczyniać się do trudności w kontroli glikemii. Pomimo tych dodatkowych problemów, przy dobrej edukacji, samokontroli oraz leczeniu hipoglikemii, zajęcia sportowe mogą być bezpieczne oraz dawać dużo zadowolenia większości dzieci i młodzieży z cukrzycą typu I. Z perspektywy społecznej gry i zabawy sportowe sprzyjają integracji młodych ludzi. Integracja jest ważną przesłanką do stworzenia więzi, która połączy i zapewni wsparcie rówieśników o podobnych problemach zdrowotnych.

## Podsumowanie

Pojęcie stylu życia, zarówno w rozważaniach teoretyków, jak i w rozumieniu potocznym, od zawsze kojarzyło się z pewnym wyborem jednostki, czyli: żyję w taki sposób, na jaki się zdecydowałem i ponoszę tego konsekwencje. Choroba przewlekła, według Światowej Organizacji Zdrowia, jest trwała i spowodowana nieodwracalnymi zmianami patologicznymi. Zatem dolegliwość ta nie pozostawia choremu wyboru w sensie: czy z nią żyć, czy nie, ale pozostaje zawsze decyzją, jak ma to życie wyglądać. W medycynie częściej używa się pojęcia „jakość życia”. Młodzi ludzie, chorzy na cukrzycę, jeszcze chętniej niż ich rówieśnicy akcentują swoją niezależność. Dieta cukrzycowa, rozumiana jako styl konsumpcji oraz aktywność fizyczna, widziana jako styl spędzania czasu wolnego, mogą stanowić nie tylko przykrą konieczność, ale specyficzny sposób na życie, którego poszukiwania są bardzo charakterystyczne dla wieku młodzieńczego.

## Literatura:

- Bartnik M., Brodziak A., Kołosa Z. i. in., *Struktura osobowości młodych ludzi chorych na cukrzycę insulinozależną. Związek ze sposobem leczenia i jego skutecznością*, „Pediatria Polska” 1994, Nr 69 (8)
- Boeger A., Seiffke-Krenke I., *Symptombelastung, Selbstkonzept und Entwicklungsverzögerung bei gesunden und chronisch kranken Jugendlichen mit Typ-I-Diabetes*, „Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie“ 1994, Nr 22
- Caspersen C. J., Powell K. E., Christenson G. M., *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*, Public Health Rep., 1985 Mar-Apr, 100(2)
- Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine, Physical activity: a recommendation*, JAMA, 1995
- Czapiński J., *Diagnoza społeczna 2000*, Warszawa, Wydawnictwo PTS, 2001
- Czas wolny w różnych jego aspektach*, red. Kędzior J., Wawrzak-Chodaczek M., Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2000
- Dulit E., *The three stages of adolescence*, [w:] *The short course in adolescent psychiatry*, red. Novello R. J., New York, Brunner/Mazel, 1979
- Freedson P., *Dictionary of the sport and exercise science*, Human Kinetics Books, 1991
- Gawrecki A., Naskręt D., Zozulińska-Ziółkiewicz D., *Sport a cukrzyca typu 1*, „Diabetologia Praktyczna” 2011, t. XII, Nr 2

<sup>48</sup> A. Gawrecki, D. Naskręt, D. Zozulińska-Ziółkiewicz, op. cit., s. 55

- Górski J., *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, Warszawa, PZWL, 2008
- Hoare P., *Does illness foster dependency? A study of epileptic and diabetic children*, „Developmental Medicine and Child Neurology” 1984, Nr 26
- Izdebska J., *Czas wolny dzieci miejskich i wiejskich*, [w:] *Czas wolny dzieci i młodzieży w Polsce*, red. Przeclawski K., Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1978
- Kamiński A., *Czas wolny i jego problematyka społeczno-wychowawcza*, Wrocław-Warszawa-Kraków, Ossolineum, 1965
- Korporowicz L., *Konsumpcja doznań w społeczeństwie transformacji*, [w:] *Zmiana czy stagnacja*, red. Marody M., Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2004
- Liakopoulou M., Korvessi M., Dacou-Voutetakis D., *Personality Characteristics, Environmental Factors and Glycemic Control in Adolescents with Diabetes*, „European Child and Adolescent Psychiatry” 1992, Nr 1
- Melosik Z., *Młodzież a przemiany kultury współczesnej*, [w:] *Młodzież wobec niegościnniej przyszłości*, red. Leppert R. i in., Wrocław, Wydawnictwo DSWE, 2005
- Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Warszawa, PWN, 1992
- Przeclawski K., *Czas wolny dzieci i młodzieży*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. Pomykało W., Warszawa, Wydawnictwo Fundacja Innowacja, 1993
- Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*, red. Siciński A., Warszawa, IFiS PAN, 1980
- Siciński A., Wyka A., *Badania „rozumiejące” stylu życia – narzędzia*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 1988
- Siciński A., *Styl życia, kultura, wybór*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2002
- Smoczkiwicz R., Działkowiak H., Wisłocka E., *Wpływ sytuacji kryzysowych na dzieci i młodzież chore na cukrzycę insulinozależną*, „Pediatria Polska” 1994, Nr 69 (8)
- Styl życia, obyczaje, ethos w Polsce lat siedemdziesiątych – z perspektywy roku 1981: szkice*, red. Siciński A., Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 1983
- Styl życia: przemiany we współczesnej Polsce*, red. Siciński A., Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 1978
- Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*, red. Siciński A., Wrocław, Ossolineum, 1988
- Szawarski Z., *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk, Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, 2005
- Szczeklik-Kumala Z., *Tolerancja wysiłków fizycznych jako czynnik determinujący stosowanie leczenia treningiem fizycznym u osób z cukrzycą*, „Nowa Medycyna” 2000, Nr 6
- Trzebiatowski J., *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „Hygeia Public Health” 2011, Nr 46 (1)
- Weiner I. B., *Zaburzenia psychiczne wieku dorastania*, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1977
- Wolańczyk T., *Dorastanie a choroba przewlekła – wybrane zagadnienia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2006, Nr 6

### Strony internetowe:

- Choroby przewlekłe*, WHO, [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/\(ang.\)](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/(ang.)), [dostęp z dnia: 30 czerwca 2012]
- Hołub G., *Etyczna problematyka chorób przewlekłych*, [www.mp.pl](http://www.mp.pl); [dostęp z dnia: 30 czerwca 2012]
- Majgier D., *Dieta chorego na cukrzycę*, „Rzeczpospolita” z 10 IX 2009, <http://www.rp.pl/artykul/361325.html? p=2> [dostęp z dnia: 1 listopada 2012]