

Dorota Szałowska^{1,2}, Eliza Pilarz³, Marcin Tkaczyk²

Postawy rodzicielskie oraz funkcjonowanie emocjonalne rodziców dzieci z przewlekłą chorobą nerek

The parental attitudes and emotional functioning amongst parents of children with chronic kidney disease

¹ Klinika Pediatrii, Kardiologii Prewencyjnej i Immunologii Wieków Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zeman

² Klinika Pediatrii, Immunologii z Pododdziałem Nefrologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zeman

³ Zakład Rehabilitacji, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Adres do korespondencji: Dr n. med. Dorota Szałowska, Klinika Pediatrii, Immunologii z Pododdziałem Nefrologii ICZMP w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, e-mail: d.szalowska@interia.pl, tel.: 606 282 806

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Wstęp: Przewlekła choroba u dziecka, poza oczywistym wpływem na jego zdrowie i psychikę, zmienia też istotnie funkcjonowanie całej rodziny. Celem prezentowanego badania prowadzonego wśród rodziców dzieci z przewlekłą chorobą nerek (PChN) była ocena postaw rodzicielskich oraz ocena stanu emocjonalnego rodziców. **Materiał:** Grupę badaną stanowiło 22 rodziców dzieci z rozpoznaną (przynajmniej 3 miesiące przed przystąpieniem do badania) PChN w stadium III i wyższym, leczonych w ośrodku nefrologii dziecięcej o trzecim stopniu referencyjności. Grupę kontrolną stanowiło 20 rodziców dobranych losowo, których dzieci nie chorowały na przewlekłe choroby. **Metoda:** Do przeprowadzenia badania wykorzystano: 1) ankietę dotyczącą przebiegu choroby u dziecka oraz podstawowych danych epidemiologicznych; 2) kwestionariusz STAI X-1, STAI X-2; 3) skalę Becka; 4) skalę kontroli emocji (*Courtauld emotional control scale*, CECS); 5) skalę postaw rodzicielskich Mieczysława Płopy. **Wyniki:** W grupie rodziców dzieci z PChN stwierdzono znamienne wyższe wartości w teście mierzącym objawy depresyjne i wyższe wartości poziomu lęku w testach mierzących lęk w porównaniu z grupą kontrolną. W skali postaw rodzicielskich w grupie badanej zaobserwowano znacząco wyższe wyniki w zakresie postawy nadmiernie ochraniającej. Stwierdzono w niej także znamienne ujemną korelację pomiędzy czasem trwania choroby a poziomem lęku u rodzica. **Wnioski:** Przeprowadzone badanie wykazało istotnie podwyższony poziom lęku i objawów depresyjnych u rodziców dzieci chorujących na przewlekłą chorobę nerek w porównaniu z rodzicami z grupy kontrolnej. Postawa lękowa u rodziców malała wraz z czasem trwania choroby u dziecka. Rodzice dzieci z PChN istotnie częściej prezentowali ochraniającą postawę wobec dziecka.

Słowa kluczowe: przewlekła choroba nerek, depresja, lęk, dzieci, rodzice

Summary

Introduction: Chronic diseases in children, besides the influence on their health and mental status, change the life of the whole family. **Aim of the study:** Estimation of the parental attitudes and emotional functioning amongst parents of children with chronic kidney disease. **Material and methods:** Study group consisted of 22 parents of children with chronic kidney disease. The disease was diagnosed at least three months before the study. The children were treated in a tertiary paediatric nephrology centre. Twenty age-matched parents of healthy children served as controls. For the analysis 5 questionnaires were used: 1) clinical and epidemiological; 2) STAI X-1, STAI X-2; 3) Beck's Depression Inventory; 4) CECS; 5) Plopa's questionnaire of parental attitudes. **Results:** Parents with children with the chronic kidney disease had higher result in the test which estimated the level of depression and the level of fear. When parental attitudes were concerned, we observed the higher results in the protection in study group. Additionally, an inverse correlation between duration of the disease and level of fear was observed. **Conclusion:** The study clearly showed higher level of depression and fear in the parents of children with chronic kidney disease when compared with the parents from the control group. They also presented overprotection attitude. The intensity of fear in the study group decreased with the time of disease.

Key words: chronic kidney disease, depression, fear, children, parents

WSTĘP

Choroeba przewlekła u dziecka wywołuje szereg konsekwencji dla jego stanu zdrowia i psychiki. Ponadto może w znaczny sposób wpływać na funkcjonowanie całej rodziny. Istnieje wiele czynników medycznych i niemedycznych (społecznych, środowiskowych), które mogą modyfikować zakres i siłę zmian indukowanych przez chorobę przewlekłą. Komisja Chorób Przewlekłych przy WHO definiuje takie schorzenia jako „wszelkie zaburzenia od normy, które mają jedną lub więcej z charakterystycznych cech: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji czy opieki”. Jedną z niewielu chorób przewlekłych w populacji dziecięcej, które powodują największe zmiany w życiu rodziny, jest przewlekła choroba nerek (PChN). Dochodzi w niej do ubytku czynnych nefronów, z następującym – powoli, lecz nieuchronnie – ograniczeniem czynności filtracyjnej nerek. Według Litwin określenie *przewlekła niewydolność nerek* oznacza stan trwałego upośledzenia przesączania kłębuszkowego⁽¹⁾. W zależności od stopnia zmniejszenia przesączania kłębuszkowego (*glomerular filtration rate*, GFR) wyróżnia się pięć stadiów choroby. U młodszych dzieci najczęstszą przyczyną PChN są zespoły wad wrodzonych i nałożone na nie zakażenia układu moczowego. U dzieci starszych większy udział procentowy mają kłębuszkowe choroby nerek^(2,3).

Zapadalność na V stadium PChN w Polsce, oszacowana na podstawie liczby dzieci zgłoszonych do przeszczepienia nerki, wynosi około 3 osób na milion rocznie. Nie prowadzono dokładnych badań epidemiologicznych dotyczących wszystkich stadiów choroby. Biorąc pod uwagę doświadczenie kliniczne i dane z rejestrów szpitalnych (niepublikowane dane), należy przyjąć, że populacja dzieci z PChN w stadiach I–II – bez niewydolności nerek i z nieznacznie obniżonym eGFR (*estimated glomerular filtration rate* – szacunkowy współczynnik filtracji kłębuszkowej) – jest znacząca.

Otoczając opieką dziecko z przewlekłą chorobą nerek, należy pamiętać o nieodwracalności zmian zachodzących w miększym narządzie, postępie choroby oraz implikacjach klinicznych tego faktu, takich jak zaburzenia rozwoju psychomotorycznego, fizycznego, psychicznego, społecznego i adaptacji do życia dorosłego. PChN w stadiach zaawansowanych (III–V), poprzez ograniczenie funkcji oczyszczającej, metabolicznej i endokrynej, powoduje szereg wtórnych zaburzeń w obrębie układu kostnego, krążenia, centralnego układu nerwowego, równowagi hormonalnej organizmu i stanu odżywienia^(4,5). Choroba zmienia stan zdrowia i fizyczny dziecka. Świadomość tych zmian oraz nieuchronności postępu schorzenia, a także obciążenie dodatkowymi obowiązkami związanymi z opieką medyczną potencjalnie kształtują postawę życiową rodziców. Postępowanie i zabiegi medyczne zlecone dziecku

obejmują dodatkową diagnostykę, konieczność podawania przewlekłe leków i wykonywania zabiegów medycznych w domu (cewnikowanie, dializa otrzewnowa itp.) oraz wprowadzenie odpowiedniej diety. Nakłada to na dziecko ograniczenia, a na rodziców obowiązki, narastające wraz z postępowaniem choroby – największe w okresie dializoterapii, do której wskazania są zwykle indywidualizowane, oparte na szerokiej analizie (obejmującej więcej elementów niż ogólny stan zdrowia dziecka). Orientacyjnym kryterium jest wartość GFR. Przyjmuje się, że większość chorych z $GFR < 15\text{--}10\text{ ml/min/1,73 m}^2$ wymaga leczenia nerkozastępczego⁽⁶⁾.

Ze względu na przewlekły i postępujący charakter PChN dzieci dotknięte tym schorzeniem są częściej hospitalizowane i poddawane większym rygorom niż dzieci z populacji ogólnej. Właściwe leczenie tych chorych wymaga ścisłej współpracy specjalistów różnych dziedzin medycyny, a także ogromnej pracy opiekunów dziecka i wielu wyrzeczeń z ich strony. Aby ta opieka była coraz doskonalsza i szeroka w nowoczesnym, holistycznym rozumieniu zdrowia, działania lekarskie powinny obejmować nie tylko fizyczny aspekt choroby, ale również psychiczny. Celem prezentowanego badania, prowadzonego wśród rodziców dzieci z PChN, była ocena postaw rodzicielskich oraz ocena stanu emocjonalnego rodziców.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zaplanowano jako przekrojową próbę kliniczną wśród rodziców dzieci chorujących na przewlekłą niewydolność nerek w odniesieniu do rodziców dzieci zdrowych. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji ds. Etyki Badań Naukowych.

MATERIAŁ

Grupę badaną stanowiło 22 rodziców (20 kobiet i 2 mężczyzn, w wieku *Me* 37,7 roku) dzieci leczonych z powodu PChN w trzeciorzędowym ośrodku nefrologii dziecięcej. Kryterium włączenia do grupy stanowiło wyrażenie świadomej zgody na badanie, a także fakt rozpoznania PChN u dziecka przynajmniej 3 miesiące przed przystąpieniem do badania. Charakterystyka kliniczna grupy badanej została przedstawiona w tabeli 1.

Grupę kontrolną stanowiło 20 rodziców (17 kobiet, 3 mężczyzn, w wieku *Me* 36 lat) dobranych losowo, których dzieci nie chorowały na przewlekłe choroby.

METODYKA BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

Do przeprowadzenia badania wykorzystano ankietę dotyczącą przebiegu choroby u dziecka oraz podstawowych danych epidemiologicznych, a także cztery kwestionariusze, walidowane dla grupy dorosłych respondentów:

1. kwestionariusz STAI X-1 i X-2 (*Inwentarz stanu i cechy lęku*);

K/M	20/2
Wiek rodzica wypełniającego ankietę	37,7
Miejsce zamieszkania	Miasto >50 tys. – 2 (9%) Miasto 10–50 tys. – 5 (23%) Miasto <10 tys. – 5 (23%) Wieś – 10 (45%)
Sytuacja finansowa	Dobra/bardzo dobra – 0 (0%) Zadowolająca – 14 (64%) Niedostateczna – 8 (36%)
Liczba dzieci w rodzinie	Jedno – 5 (23%) Dwoje – 12 (55%) Troje i więcej – 5 (23%)
Czy pozostałe dzieci chorują na choroby przewlekłe	Tak – 0 (0%) Nie – 22 (100%)
Czy ktoś w rodzinie poza dzieckiem choruje na chorobę nerek	Tak – 2 (9,1%) Nie – 20 (90,9%)
Kto powiedział o chorobie dziecka	Lekarz POZ – 3 (14%) Lekarz specjalista oddziału szpitalnego – 19 (86%)
Czy informacje o chorobie były przekazywane w sposób zrozumiały	Tak – 19 (86%) Nie – 3 (14%)
Kto obecnie jest podstawowym źródłem informacji o chorobie dziecka	Lekarz POZ – 0 (0%) Lekarz specjalista oddziału szpitalnego – 22 (100%)
Czy informacje są przekazywane w sposób zrozumiały	Tak – 22 (100%) Nie – 0 (0%)
Czy według rodzica jego dziecko ma ograniczenia w codziennym życiu	Tak – 18 (82%) Nie – 4 (18%)
Czy życie rodzica zmieniło się po rozpoznaniu choroby u dziecka	Tak – 19 (86%) Nie – 3 (14%)
Czy po rozpoznaniu choroby dziecka rodzic potrzebował (od razu) wsparcia (rodziny, personelu medycznego)	Tak – 19 (86%) Nie – 3 (14%)
Czy rodzic obecnie potrzebuje wsparcia	Tak – 15 (68%) Nie – 7 (32%)
Czy zmieniło się podejście rodzica do dziecka po rozpoznaniu choroby	Tak – 21 (95%) Nie – 1 (5%)
Czy rodzic wini się za chorobę dziecka	Tak – 3 (14%) Nie – 19 (86%)
Czy rodzic uważa, że można było uniknąć choroby dziecka	Tak – 6 (27%) Nie – 16 (73%)
Wiek dziecka	125,1 miesiąca (10 lat i 4 miesiące)
Płeć dziecka K/M	8/14 (36%/64%)
Stadium choroby dziecka (PChN)	III – 12 (59%), IV – 4 (18,2%), V – 5 (22,8%)
Czas trwania PChN u dziecka	72,9 miesiąca (6 lat i 1 miesiąc)

Tabela 1. Charakterystyka kliniczna grupy badanej

2. kwestionariusz Becka (ocena depresji);
3. skalę kontroli emocji (CECS);
4. skalę postaw rodzicielskich Mieczysława Płopy.
Ankieta była wypełniana przez rodzica w trakcie konsultacji medycznej dziecka, w asyście lub bez asysty członków grupy badawczej. Analiza i podsumowanie zostały przeprowadzone przez psychologa z doświadczeniem w pracy z rodzinami dzieci przewlekłe chorych.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Rozkład cech oceniano za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. W celu przetestowania hipotez badawczych zostały użyte testy parametryczne – dla cech o rozkładzie

zgodnym z normalnym, a także nieparametryczne – dla cech o rozkładzie niezgodnym z normalnym. Dodatkowo w analizie tablic wielodzielczych zastosowano test chi-kwadrat oraz dokładny test Fishera. Dla wyodrębnienia zależności pomiędzy cechami badanymi a zmiennymi niezależnymi zostały wykorzystane współczynniki korelacji.

WYNIKI

Wśród rodziców grupy badanej przeważającą część stanowili mieszkańcy wsi (45%), osoby z zadowolającą sytuacją finansową ich rodziny (64%), rodzice posiadający dwoje dzieci (55%). Większość respondentów (86%) o chorobie dziecka została poinformowana przez lekarza

specjalistę oddziału szpitalnego. Znacząca część opiekunów (82%) uważa, że z powodu choroby wystąpiły ograniczenia w codziennym życiu ich podopiecznych, a 86% rodziców jest zdania, że po rozpoznaniu choroby u dziecka odczuwalnej zmianie uległo życie całej rodziny. W związku z tym w okresie po rozpoznaniu choroby 86% z nich potrzebowało wsparcia ze strony rodziny oraz personelu medycznego, obecnie z pomocy korzysta 68%. W grupie badanej aż 95% rodziców deklaruje, że po rozpoznaniu PChN zmieniło swój stosunek do dziecka, choć tylko 14% z nich czuje się winnych choroby; 73% uważa, że choroby nie można było uniknąć (tabela 1).

W grupie rodziców dzieci z PChN stwierdzono znamienne wyższe wartości testu mierzącego objawy depresyjne ($p = 0,01078$). Uzyskano również istotne statystycznie wyniki w testach mierzących poziom lęku (zarówno jako stan, jak i cechę) – wyższe wartości zaobserwowano u rodziców dzieci chorych ($p < 0,05$). W skali postaw rodzicielskich badana grupa rodziców dzieci przewlekle chorych uzyskała istotnie wyższe wyniki w zakresie postawy nadmiernie ochraniającej. W przypadku testów dotyczących tendencji do tłumienia emocji nie stwierdzono znamiennej różnicy pomiędzy badanymi grupami, chociaż obserwowano tendencję do wyższych wartości wśród rodziców dzieci chorych (tabela 2).

Po wykonaniu analizy korelacji stwierdzono znamienne ujemną zależność pomiędzy czasem trwania choroby a poziomem lęku u rodzica ($R = 0,48, p < 0,05$). Pozostałe wartości testów psychologicznych nie były związane z wiekiem dziecka, czasem trwania choroby ani stopniem jej zaawansowania (stadium PChN).

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują na istotnie wyższy poziom objawów depresyjnych oraz lęku (jako stanu i cechy) u rodziców dzieci chorych w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych. Zaobserwowano tendencję do większego tłumienia emocji w grupie rodziców dzieci z PChN.

WNIOSKI

Przeprowadzone badanie wykazało, że poziom lęku i objawów depresji jest wyższy u rodziców dzieci chorujących

na przewlekłą chorobę nerek. Lęk (rozumiany jako cecha) malał wraz z czasem trwania choroby. Rodzice dzieci z PChN istotnie częściej prezentowali ochraniającą postawę wobec dziecka.

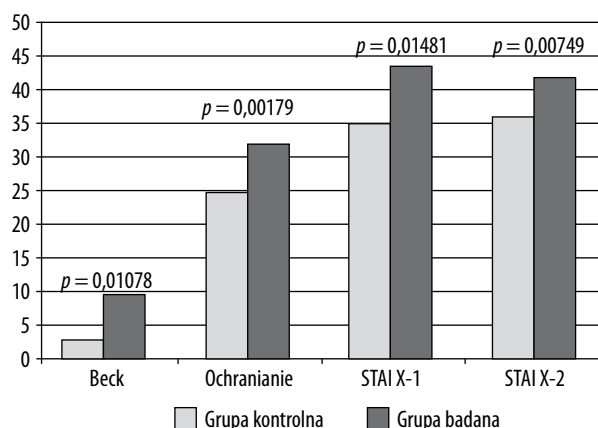
OMÓWIENIE

Prezentowane badanie jest w Polsce jednym z niewielu poświęconych tematowi chorób przewlekłych u dzieci. Schorzenia te stanowią poważny problem psychologiczno-lekarski, bardzo często wpływają bowiem na funkcjonowanie całej rodziny chorego dziecka. Nie tylko ma to przełożenie na codzienne czynności (np. rezygnację z pracy jednego z rodziców, ograniczenie aktywności społecznych), ale może również wpływać na stan emocjonalny opiekunów. Rodzina rozumiana jest jako system, w którym choroba dziecka zaburza funkcjonowanie całości. Trudna sytuacja może spowodować kryzys rodziny w postaci zmiany więzi emocjonalnej⁽⁷⁾. Regularne wizyty u specjalistów (badania kontrolne, nagłe zaostrzenia choroby) oraz pobyty w szpitalu mogą wywoływać w rodzicach lęk, niepokój, ale również poczucie smutku i bezradności wobec choroby. Czasami te emocje są nieświadome – ukrywane za maską agresji oraz stałego niezadowolenia i poczucia, że medycyna nie jest w stanie pomóc. Często rodzice mają także poczucie winy, obwiniają się o chorobę dziecka i ewentualne zaostrzenia, które mogą prowadzić do hospitalizacji. W przeprowadzonym badaniu wykazano, że u rodziców dziecka z PChN częstsze jest występowanie zaburzeń o charakterze depresyjnym oraz wyższy poziom lęku w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych. Co ciekawe, czas trwania choroby korelował ujemnie z okazywanym lękiem (rozumianym jako stan). Możliwe, że dłuższy okres choroby dziecka pozwala przyzwyczaić się do zaistniałej sytuacji lub rodzice wypełniający ankietę niedługo po diagnozie mają tendencję do generalizacji lęku w ogóle. W późniejszym czasie następuje stopniowe oswojenie choroby. Mimo to rodzice charakteryzują się istotnie wyższym poziomem lęku w porównaniu z rodzicami dzieci zdrowych.

Wyniki prezentowanych badań są zbliżone do wyników badań Lepiarz, która oceniała problemy zdrowia

Test	Grupa badana $n = 22$		Grupa kontrolna $n = 20$		Znamienność statystyczna
	Mediana	Kwartyl 25/75	Mediana	Kwartyl 25/75	
Becka	9,5	3,0/14,75	3,0	0,75/8,0	0,011
Akceptacja	44,0	41,0/48,5	45,0	43,0/48,25	0,475
Wymagania	27,0	23/30,75	30,5	24,5/34,5	0,386
Autonomia	36,0	31,5/40,75	37,5	36,0/41,25	0,214
Niekonsekwencje	19,0	15,25/25,0	20,0	15,0/24,25	0,983
Ochronianie	32,0	27,5/37,75	25,0	21,75/30,0	0,002
STAI X-1	43,5	40,25/49,0	35,0	31,0/42,25	0,015
STAI X-2	42,0	39,0/48,0	36,0	35,0/40,25	0,007
CECS	53,0	47,25/60,25	50,0	39,75/58,0	0,156

Tabela 2. Wyniki testów psychologicznych u rodziców z grupy badanej i kontrolnej



Rys. 1. Wyniki analizy statystycznej wybranych testów psychologicznych w grupie badanej i kontrolnej

psychicznego rodziców dzieci z chorobą nowotworową. Autorka stwierdziła, że u 43% rodziców chorych dzieci pojawiły się objawy depresyjne (przygnębienie, lęk, obniżenie nastroju, poczucie winy, trudności z koncentracją i inne), a u 60% z nich wystąpiły zaburzenia funkcjonowania⁽⁸⁾. W innym badaniu potwierdzono występowanie u rodziców dzieci z chorobami onkologicznymi emocjonalnych objawów napięcia, depresji, lęku, niepewności dotyczącej przyszłego stanu zdrowia dziecka⁽⁹⁾. Sharghi i wsp. na podstawie przeprowadzonego badania zaobserwowali wyższy poziom depresji u matek dzieci z talasemią i chorobami krwi w stosunku do matek dzieci zdrowych⁽¹⁰⁾. Wyższy poziom depresji u 216 rodziców dzieci z autyzmem stwierdzili w swoim badaniu także Olsson i wsp.⁽¹¹⁾ Podatność na depresję rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zbadali inni autorzy, obserwując u tych osób m.in. nasilenie uczuć negatywnych, lęku o przyszłość, poczucia krzywdy^(12,13).

Choroba może również zmieniać postawy rodzicielskie, które mogą zbliżyć się do jednego z przeciwległych biegunów: do przesadnej koncentracji z nadmiernym ochranianiem dziecka lub skrajnego odrzucenia. Według Ziemskiej postawa rodzicielska to „w pewnym stopniu utrwalona, nabyta struktura poznawczo-drażeniowo-afektywna, skierowująca zachowanie się rodziców wobec dziecka”⁽¹⁴⁾. Postawa rodzicielska zawiera zatem trzy komponenty: poznawczy, uczuciowo-motywacyjny i behawioralny. Element poznawczy wyraża się w formie poglądów dotyczących dziecka i może zawierać ocenę jego zachowania; drugi komponent przejawia się zarówno w treści wypowiedzi, jak i w jej tonie, sposobie ekspresji; trzecia składowa, czyli behawioralna, to sposób zachowania się rodzica wobec dziecka⁽¹⁴⁾. Płopa wyróżnia pięć postaw rodzicielskich: akceptację–odrzucenie, wymaganie, autonomię, niekonsekwencję i ochranianie⁽¹⁵⁾. Choroba przewlekła u dziecka może wpłynąć na zachowanie się rodziców wobec niego i tym samym przełożyć się na postawy. Postawy rodzicielskie mają również wtórny wpływ

na zachowanie dzieci i mogą kształtować ich późniejszy stosunek do choroby.

Postawa nadmiernie ochraniająca, którą prezentowało istotnie statystycznie więcej rodziców dzieci chorych, oznacza nadmierną troskę o dziecko. Rodzic traktuje je jako osobę wymagającą stałej opieki; nie uświadamia sobie jego potrzeby autonomii, doświadczania swobody. Przejawy autonomii w postępowaniu dziecka są odbierane z lękiem, niepokojem. Rodzic wyraża przesadną troskę o przyszłość dziecka, nie wierzy, że może ono prawidłowo funkcjonować bez jego pomocy oraz bezpośredniej bliskości. Badania przeprowadzone przez Kózkę i wsp. dotyczące postaw rodzicielskich wśród rodziców dzieci po przeszczepie szpiku kostnego wykazały występowanie postawy niepożądanego wychowawczo w skali koncentracji na dziecku⁽¹⁶⁾. Podobnie jak w naszych badaniach czas choroby dziecka nie wpływał na postawy rodzicielskie. Kózka przeprowadziła również badania wśród rodziców dzieci z rozpoznaną wadą serca – uzyskane wyniki wykazały istnienie niepożądanych wychowawczo postaw w skalach górowania, bezradności i koncentracji⁽¹⁷⁾. Oba badania opierały się na klasyfikacji postaw rodzicielskich według Ziemskiej. Badanie dotyczące postaw rodzicielskich przy użyciu skali Płopy przeprowadzono w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie na grupie 91 rodziców dzieci przewlekłe chorych (Stawicka-Wasienko, 2008). Matki prezentowały bardziej autonomiczną postawę, przy jednoczesnej postawie niekonsekwentnej. Ojcowie bardziej przejawiali postawę autonomiczną i mniej wymagającą, ale również bardziej ochronną⁽¹⁵⁾. W naszym badaniu u matek dominująca była postawa ochronna. Różnica może wynikać z faktu, że wydzieliliśmy grupę rodziców jedynie dzieci z przewlekłą chorobą nerek, natomiast w badaniu CZD brano pod uwagę opiekunów wszystkich dzieci, z różnymi chorobami przewlekłymi.

Pod względem metodyki w prezentowanym badaniu stosowano walidowane i akceptowane narzędzia psychologiczne. Pewną niedoskonałość stanowi mała liczebność grupy badanej ($n = 22$) – nie umniejsza to jednak wartości zaobserwowanych znamienności statystycznych, a jedynie nie potwierdza dodatkowych zmian w nastroju i postawie rodziców badanych, które zauważono w badaniach innych autorów.

Podsumowując, badanie wpływu posiadania dziecka z przewlekłą chorobą nerek na nastrój oraz postawy rodziców stanowi przyczynek do udzielenia dzieciom i ich opiekunom szerszego wsparcia przez zespół psychologa i lekarza – w zakresie obejmującym nie tylko samo leczenie choroby i jej powikłań.

PIŚMIENNICTWO:
BIBLIOGRAPHY:

1. Litwin M.: Przewlekła niewydolność nerek. W: Sieniawska M., Wyszyńska T. (red.): Nefrologia dziecięca. Tom 3, Warszawa 2004: 27–78.
2. Fivush B.A., Jabs K., Neu A.M. i wsp.: Chronic renal insufficiency in children and adolescents: the 1996 annual report of NAPRTSC. North American Pediatric Renal Transplant Cooperative Study. *Pediatr. Nephrol.* 1998; 12: 328–337.
3. Litwin M., Grenda R., Prokurat S. i wsp.: Survival and causes of death among children on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Pediatr. Nephrol.* 2001; 16: 996–1001.
4. Wiecek A., Schaeffer F., Wanner C.: The patient with uremia: metabolic disorders. W: Davison A.M.A., Cameron J.S., Grunfeld J.P. i wsp. (red.): *Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. Oxford University Press, Oxford 1998.
5. Ziolkowska H., Sieniawska M.: Zaburzenia przemiany wapniowo-fosforowej w przewlekłej niewydolności nerek. W: Sieniawska M., Wyszyńska T. (red.): Nefrologia dziecięca. Tom 3, rozdział 2, Warszawa 2004: 85–106.
6. Żurowska A.: Dializa otrzewnowa u dzieci. W: Sieniawska M., Wyszyńska T. (red.): Nefrologia dziecięca. Tom 3, Warszawa 2004: 283–316.
7. Wielgosz E.: Dzieci przewlekłe chore. W: Obuchowska I. (red.): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1991: 390–424.
8. Lepiarz A.: Problemy zdrowia psychicznego u rodziców dzieci z chorobą nowotworową. *Onkol. Pol.* 2009; 12: 102–104.
9. Vrijmoet-Wiersma C.M., van Klink J.M., Kolk A.M. i wsp.: Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: a review. *J. Pediatr. Psychol.* 2008; 33: 694–706.
10. Sharghi A., Karbakhsh M., Nabaei B. i wsp.: Depression in mothers of children with thalassemia or blood malignancies: a study from Iran. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 2006; 2: 27.
11. Olsson M.B., Hwang C.P.: Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2001; 45: 535–543.
12. Wiśniewska E., Kułak W.: Psychospołeczne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Przegl. Pediatr.* 2010; 40: 218–225.
13. Manuel J., Naughton M.J., Balkrishnan R. i wsp.: Stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *J. Pediatr. Psychol.* 2003; 3: 197–201.
14. Płopa M.: Skala postaw rodzicielskich. Rozdział 1. Warszawa 2008: 59.
15. Płopa M.: Skala postaw rodzicielskich. Rozdział 2. Warszawa 2008: 101–104.
16. Kózka M., Perek M., Gruszecka-Kruszecka A.: Postawy rodziców dzieci po przeszczepie szpiku kostnego. *Probl. Piel.* 2011; 19: 5–12.
17. Kózka M., Perek M., Łudzik K.: Wiedza i postawy rodziców dzieci z rozpoznaną wadą serca. *Probl. Piel.* 2009; 17: 79–85.

PEDIATRIA, JAKIEJ NIE ZNACIE

Serdecznie zapraszamy do udziału w IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej dla Studentów i Młodych Lekarzy „Pediatria, jakiej nie znacie”. Gwarantujemy ciekawe sesje naukowe i różnorodne warsztaty, atrakcyjne materiały konferencyjne, nadzór naukowy najwyższej klasy ekspertów oraz wysoki poziom merytoryczny wydarzenia. Będziemy poruszać zaskakujące tematy, wzbudzać kontrowersje i prostować obiegowe opinie.



Organizatorzy: studenckie koła naukowe Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego we współpracy z Fundacją Rozwoju PediatrII oraz Oddziałem Warszawskim Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Tematyka: pediatria, ale również chirurgia dziecięca, intensywna terapia, psychiatria dziecięca, neonatologia, problemy żywieniowe i wiele innych.

Termin: 8–9 marca 2014 r.

Miejsce: Centrum Dydaktyczne WUM, Aula B, ul. ks. Trojdena 2 A, Warszawa.

Program, warsztaty, partnerzy: www.pjnz.pl.

Rejestracja już wkrótce!