

Ocena poziomu lęku i depresji u rodziców dzieci z zespołem nerczycowym – sposoby radzenia sobie z nimi i metody wsparcia

The assessment of level of anxiety and depression in parents of children with nephrotic syndrome – coping with them and methods of support

¹ Klinika Pediatrii i Immunologii z Pododdziałem Nefrologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

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

² Zakład Rehabilitacji, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Kierownik: lek. med. Marcin Machnia

Adres do korespondencji: Klinika Pediatrii i Immunologii z Pododdziałem Nefrologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź

Badanie finansowano z funduszy statutowych Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Streszczenie

Wstęp i cele pracy: Idiopatyczny zespół nerczycowy w wieku rozwojowym przebiega nawrotowo i trwałe zmienia życie dzieci oraz ich rodziców. Celem badania była ocena poziomu lęku i depresji u rodziców dzieci z zespołem nerczycowym. **Materiał i metodyka:** Badanie zaplanowano jako przekrojową próbę kliniczną wśród rodziców dzieci chorujących na zespół nerczycowy w odniesieniu do rodziców dzieci zdrowych. Wszyscy badani (46 rodziców) wypełniali: ankietę dotyczącą przebiegu choroby u dziecka, kwestionariusz STAI (*Inwentarz stanu i cechy lęku*), kwestionariusz *Skali depresji Becka*, kwestionariusz *Skali kontroli emocji* (CECS). Grupę kontrolną stanowiło 20 rodziców dzieci zdrowych. **Wyniki:** Rodzice dzieci z zespołem nerczycowym charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem depresji (*Skala depresji Becka* 8,7 vs 4,9, $t = 2,18, p < 0,05$). U ojców zaobserwowano wyższe subiektywne uczucie kontrolowania własnych reakcji w porównaniu z matkami – wyższy wynik CECS, suma u ojców (55,1 vs 47,2, $t = 2,53, p < 0,05$). U matek odnotowano wyższe wskaźniki zarówno w skalach mierzących poziom lęku jako cechy (STAI – cecha 45,7 vs 36,1, $t = 3,19, p < 0,05$) i stanu (STAI – stan 42,8 vs 33,4, $t = 2,8, p < 0,05$), jak i w kwestionariuszu badającym poziom depresji (10,62 vs 4,86, $t = 2,66, p < 0,05$). Rodzice, którzy wykazywali tendencję do obwiniania się o chorobę dziecka, podczas jej pierwszego epizodu uzyskali statystycznie istotny wyższy wynik w testach badających poziom depresji. **Wnioski:** Rodzice dzieci cierpiących na zespół nerczycowy charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem depresji niż rodzice dzieci zdrowych. Ważne wydaje się objęcie szczególną opieką matek, mającą na celu obniżenie poziomu lęku i objawów depresji, oraz ojców skłonnych do tłumienia przeżywanych emocji.

Słowa kluczowe: zespół nerczycowy, lęk, depresja, postawy rodzicielskie, dzieci

Summary

Objective: Idiopathic nephrotic syndrome of childhood has been described as a recurrent disease with detrimental influence on child health and family settings. Authors assessed the level of anxiety and depression in group of parents of nephrotic children. **Material and methods:** The study was a cross-sectional clinical trial of parents (46 subjects) whose children suffer from nephrotic syndrome in relation to parents of healthy children. All parents filled: original questionnaire concerning of clinical course of the disease, State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and Courtauld Emotional Control Scale Inventory. Twenty parents of healthy children consisted a control group. **Results:** Parents whose children suffer from the nephrotic syndrome indicate significantly higher level of depression (Beck Depression Inventory 8.7 vs. 4.9, $t = 2.18, p < 0.05$). Fathers showed subjective sense of controlling their emotions when compared to mothers – CECS, total in fathers (55.1 vs. 47.2, $t = 2.53, p < 0.05$). Mothers have higher level of anxiety as a trait (STAI – trait 45.7 vs. 36.1, $t = 3.19, p < 0.05$) and as a state (STAI – state 42.8 vs. 33.4, $t = 2.8, p < 0.05$) and also the depression level (10.62 vs. 4.86, $t = 2.66,$

$p < 0.05$). Parents who blame themselves of being responsible for the child's disease during first episode of the disease have statistically higher depression level. **Conclusions:** Parents of nephrotic children showed significantly higher level of depression when compared to parents of healthy children. Authors suggest to take care of mothers whose children suffer from the nephrotic syndrome to help them to decrease the level of anxiety and depression and fathers, because they have tendency of damming up their feelings.

Key words: nephrotic syndrome, anxiety, depression, parental attitude, children

ZAŁOŻENIA I CEL BADANIA

Idiopatyczny zespół nerczycowy (IZN) to choroba przewlekła, przebiegająca z okresami remisji i zaostrzeń⁽¹⁾. Charakter schorzenia oraz liczne powikłania wynikające z jego przebiegu, a także działań ubocznych stosowanego leczenia mogą wywierać znaczący wpływ na funkcjonowanie całej rodziny (niepokój związany z terapią, stosowaniem leków, hospitalizacjami). Stanowią również wyzwanie dla zespołu leczącego dziecko z IZN. Aby zaplanować właściwe postępowanie, konieczna jest ścisła współpraca rodziców oraz zrozumienie specyfiki schorzenia i zasad leczenia.

Choroba może również wpływać na postawy rodzicielskie, od nadmiernej koncentracji z nadmiernym ochranianiem dziecka do skrajnego odrzucenia. U wielu rodziców mogą pojawić się poczucie winy, reakcje depresyjne oraz lękowe, które bardzo często ujawniane są poprzez wyższy poziom agresywności oraz stałe niezadowolenie, a także poczucie, że medycyna nie może już pomóc. Rodzice dzieci przewlekłe chorych zadają sobie pytania dotyczące dalszego życia ich syna czy córki, wpływu choroby na edukację, codzienne życie, kontakty z rówieśnikami⁽²⁾. Obawy te mogą powodować trudności z radzeniem sobie z sytuacją chorobową oraz we współpracy z personelem medycznym. Rodzice mogą wówczas prezentować reakcje depresyjne, obwiniać się o chorobę dziecka lub zaniedbania, które mogły spowodować hospitalizację i konieczność dalszego leczenia.

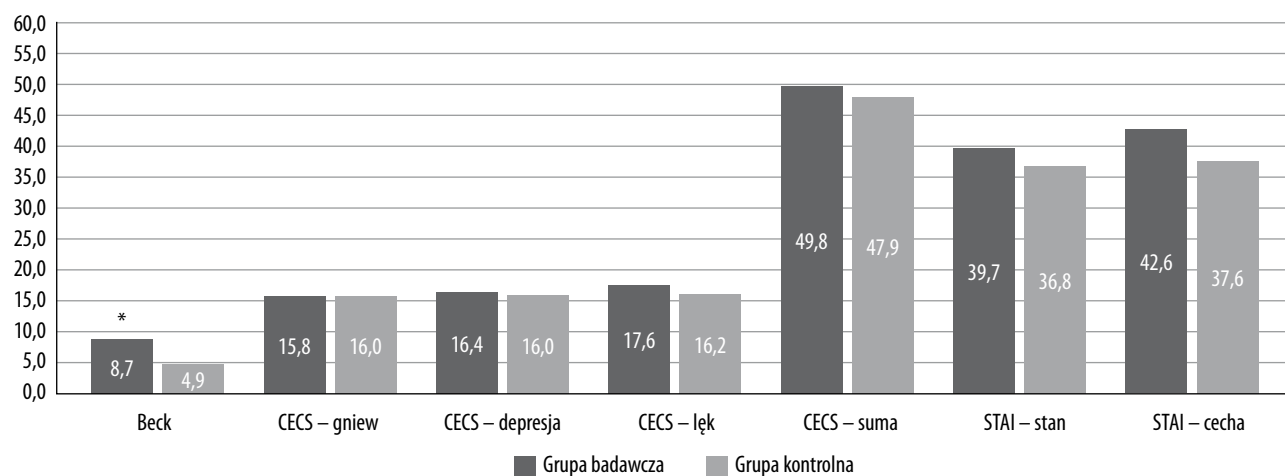
Brak jednoznacznego określenia przyczyn schorzenia może wywołać poczucie winy, co wyraźnie zaznacza się w bezpośrednich rozmowach z rodzicami⁽³⁾.

Z jednej strony choroba przewlekła dziecka ma wpływ na funkcjonowanie rodziców, z drugiej zaś postawa rodziców i ich stan emocjonalny mogą w sposób korzystny lub niekorzystny oddziaływać na efektywność leczenia. Celem badania była ocena poziomu lęku i depresji u rodziców dzieci z zespołem nerczycowym oraz ocena wpływu klinicznego przebiegu choroby na poziom lęku i depresji. Zostało ono zaplanowane jako przekrojowa próba kliniczna wśród rodziców dzieci chorujących na IZN w odniesieniu do rodziców dzieci zdrowych.

MATERIAŁ I METODYKA

Grupę badaną stanowiło 46 rodziców dzieci pozostających pod nefrologiczną opieką specjalistyczną z powodu idiopatycznego zespołu nerczycowego. Przeważały w niej matki (67,4% badanych). W grupie dzieci więcej było chłopców (60,9%). Średni wiek dziecka wynosił 96,5 miesiąca, a rodzica 35,5 roku. Czas, jaki upłynął od chwili rozpoznania zespołu nerczycowego, wynosił średnio 48,9 miesiąca. Pozostałą część charakterystyki grupy badanej zawiera tabela 1.

Grupa kontrolna składała się z 20 rodziców, dobranych losowo, których dzieci nie chorowały na chorobę przewlekłą (kobiety – 80%; średni wiek rodzica – 36,15 roku; średni wiek dziecka – 93,5 miesiąca).



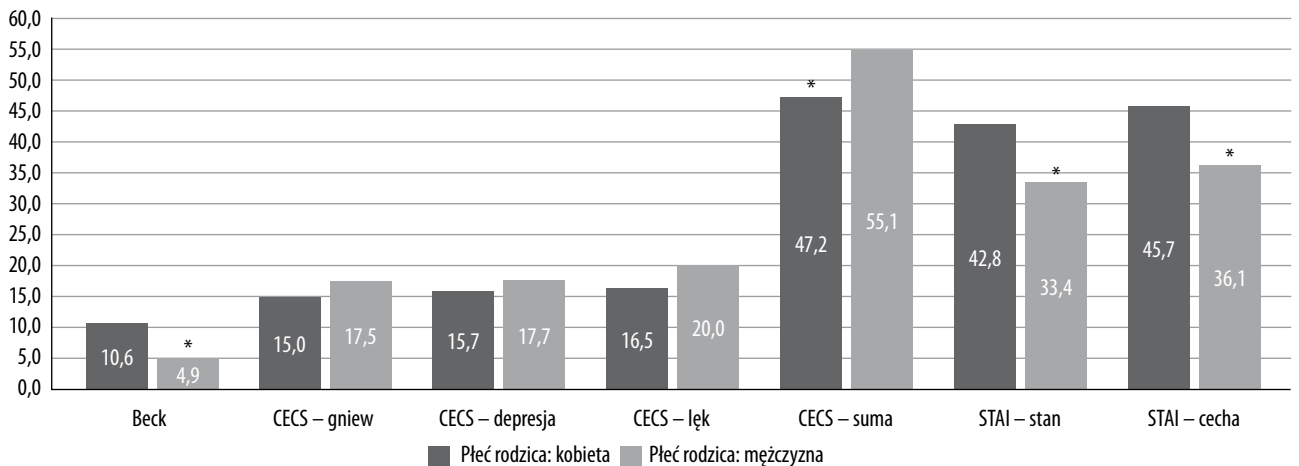
Rys. 1. Porównanie wyników Skali depresji Becka, STAI i CECS w grupie badanej i kontrolnej. Gwiazdką oznaczono różnice statystycznie (p < 0,05)

Miejsce zamieszkania	Miasto > 50 tys. – 9 (19,6%) Miasto 10–50 tys. – 11 (23,9%) Miasto < 10 tys. – 4 (8,7%) Wieś – 22 (47,8%)
Sytuacja finansowa	Dobra/bardzo dobra – 9 (19,6%) Zadawalająca – 29 (63%) Niedostateczna – 8 (17,4%)
Liczba dzieci w rodzinie	Jedno – 12 (26,1%) Dwoje – 25 (54,3%) Troje i więcej – 9 (19,6%)
Czy pozostałe dzieci chorują na choroby przewlekłe?	Tak – 3 (6,5%) Nie – 43 (93,5%)
Kto powiedział o chorobie dziecka?	Lekarz POZ – 12 (26,1%) Lekarz specjalista oddziału szpitalnego – 33 (71,8%)
Czy informacje o chorobie były przekazywane w sposób zrozumiały?	Tak – 41 (88,1%) Nie – 5 (10,9%)
W jaki sposób powinny być przekazywane informacje na temat choroby dziecka?	Od razu w całości – 42 (91,3%) Stopniowo – 4 (8,7%)
Kto obecnie jest podstawowym źródłem informacji o chorobie dziecka?	Lekarz POZ – 2 (4,3%) Lekarz specjalista oddziału szpitalnego – 44 (95,7%)
Czy informacje są przekazywane w sposób zrozumiały?	Tak – 46 (100%) Nie – 0 (0%)
Czy według rodzica jego dziecko ma ograniczenia w codziennym życiu?	Tak – 35 (76,1%) Nie – 11 (23,9%)
Czy życie rodzica zmieniło się po rozpoznaniu choroby u dziecka?	Tak – 39 (84,8%) Nie – 7 (15,2%)
Czy po rozpoznaniu choroby u dziecka rodzic potrzebował (od razu) wsparcia (rodziny, personelu medycznego)?	Tak – 36 (78,3%) Nie – 10 (21,7%)
Czy rodzic obecnie potrzebuje wsparcia?	Tak – 25 (54,3%) Nie – 21 (45,7%)
Czy zmieniło się podejście rodzica do dziecka po rozpoznaniu choroby?	Tak – 44 (95,7%) Nie – 2 (4,3%)
Czy rodzic wini się o chorobę dziecka?	Tak – 8 (17,4%) Nie – 38 (82,6%)
Czy rodzic uważa, że można było uniknąć choroby dziecka?	Tak – 8 (17,4%) Nie – 38 (82,6%)
Postać zespołu nerczycowego	Rzadkie nawroty – 12 (26,1%) Steroidozależność, częste nawroty – 27 (58,7%) Steroidooporność – 7 (15,2%)
Częstość zaostrzeń zespołu nerczycowego	1–2/rok – 26 (56,6%) 3–4/rok – 18 (39,1%) > 4/rok – 2 (4,3%)
Częstość hospitalizacji z powodu zaostrzeń	Nie wymaga – 18 (39,1%) 1–2/rok – 26 (56,6%) > 2/rok – 2 (4,3%)
Aktualne leczenie	Sterydoterapia – 29 (63%) Cyklosporyna – 28 (60,9%) Bez leków – 2 (4,3%)
Wcześniejsze leczenie	Sterydoterapia – 42 (91,3%) Cyklosporyna – 21 (45,7%) Cyklofosfamid i chlorambucyl – 8 (17,4%)

Tabela 1. Charakterystyka kliniczna grupy badanej

Kryteriami włączenia do badania była świadoma zgoda na badanie oraz minimum 3-miesięczny czas trwania choroby. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki.

Wszyscy badani rodzice wypełniali autorską ankietę dotyczącą przebiegu choroby u dziecka oraz danych epidemiologicznych, kwestionariusz STAI (*Inwentarz stanu i cechy lęku*), kwestionariusz *Skali depresji Becka*, kwestionariusz *Skali kontroli emocji* (CECS).



Rys. 2. Porównanie wyników Skali depresji Becka, STAI i CECS w grupie matek i ojców. Gwiazdką oznaczono różnice znamienne statystycznie ($p < 0,05$)

Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej przy użyciu testu t -Studenta dla prób niezależnych, Kruskala-Wallisa dla tych zmiennych grupujących, dla których kategorii odpowiedzi było więcej niż dwie, korelacji Pearsona oraz testu normalności Kołmogorowa-Smirnowa.

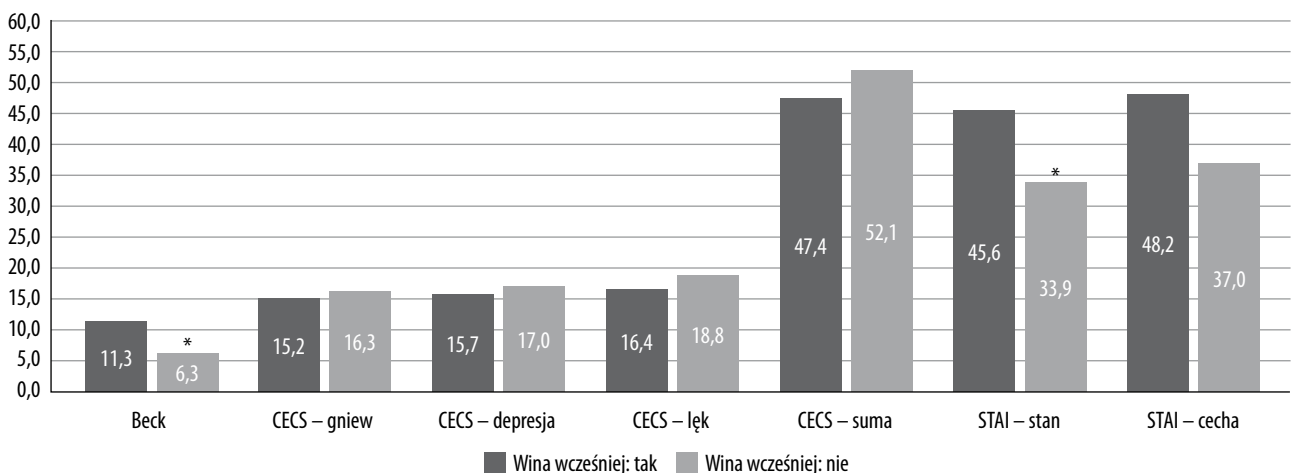
WYNIKI

Na podstawie otrzymanych wyników dowiedziono, że rodzice dzieci cierpiących na zespół nerczycowy charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem depresji (*Skala depresji Becka* 8,7 vs 4,9, $t = 2,18, p < 0,05$) niż rodzice dzieci zdrowych (rys. 1). Stwierdzono wyższe subiektywne uczucie kontrolowania własnych reakcji w sytuacjach doświadczania określonych negatywnych emocji u ojców chorych w porównaniu z matkami – wyższy wynik CECS, suma u ojców (55,1 vs 47,2, $t = 2,53, p < 0,05$) (rys. 2). U matek dzieci z IZN odnotowano wyższe wskaźniki zarówno w skalach mierzących poziom lęku jako cechy

(STAI – cecha 45,7 vs 36,1, $t = 3,19, p < 0,05$) i stanu (STAI – stan 42,8 vs 33,4, $t = 2,8, p < 0,05$), jak i w kwestionariuszu badającym poziom depresji (10,62 vs 4,86; $t = 2,66, p < 0,05$) (rys. 2).

Stwierdzono, że rodzice, którzy wykazywali tendencję do obwiniania się o chorobę dziecka, podczas jej pierwszego epizodu uzyskali istotnie statystycznie wyższy wynik w testach badających poziom depresji (*Skala depresji Becka* 11,3 vs 4,3, $t = 2,47, p < 0,05$) i lęku (STAI – stan 45,6 vs 33,9, $t = 4,01, p < 0,05$) (rys. 3).

Czas, jaki upłynął od pierwszego epizodu zespołu nerczycowego, nie miał wpływu na obniżenie objawów depresji (tabela 2). Nie wykazano korelacji pomiędzy wynikami uzyskiwanymi w testach badających kontrolę emocji, poziom lęku i depresji a: wiekiem rodzica i dziecka, płcią dziecka, czasem trwania choroby, postacią zespołu nerczycowego, występującymi powikłaniami oraz częstością hospitalizacji z powodu zaostrzeń choroby (tabela 2, rys. 4, 5).



Rys. 3. Porównanie wyników Skali depresji Becka, STAI i CECS w grupie rodziców, którzy obwiniali się o chorobę dziecka, i w grupie rodziców, którzy nie mieli poczucia winy. Gwiazdką oznaczono różnice znamienne statystycznie ($p < 0,05$)

		Wiek dziecka	Wiek rodzica	Czas od pierwszego epizodu
Beck	Korelacja Pearsona	,002	-,120	-,282
	Istotność (dwustronna)	,990	,442	,067
	<i>n</i>	43	43	43
CECS – gniew	Korelacja Pearsona	-,066	,041	-,200
	Istotność (dwustronna)	,665	,788	,183
	<i>n</i>	46	46	46
CECS – depresja	Korelacja Pearsona	,067	,160	,055
	Istotność (dwustronna)	,659	,289	,716
	<i>n</i>	46	46	46
CECS – lęk	Korelacja Pearsona	,273	,265	,268
	Istotność (dwustronna)	,066	,075	,072
	<i>n</i>	46	46	46
CECS – suma	Korelacja Pearsona	,122	,199	,064
	Istotność (dwustronna)	,418	,184	,674
	<i>n</i>	46	46	46
STAI – stan	Korelacja Pearsona	,079	-,085	-,151
	Istotność (dwustronna)	,601	,574	,315
	<i>n</i>	46	46	46
STAI – cecha	Korelacja Pearsona	,158	,050	-,159
	Istotność (dwustronna)	,295	,741	,291
	<i>n</i>	46	46	46

Tabela 2. Dane dotyczące korelacji między wiekiem rodzica, wiekiem dziecka i czasem od pierwszego epizodu choroby a wynikami testów psychologicznych z użyciem współczynnika korelacji Pearsona

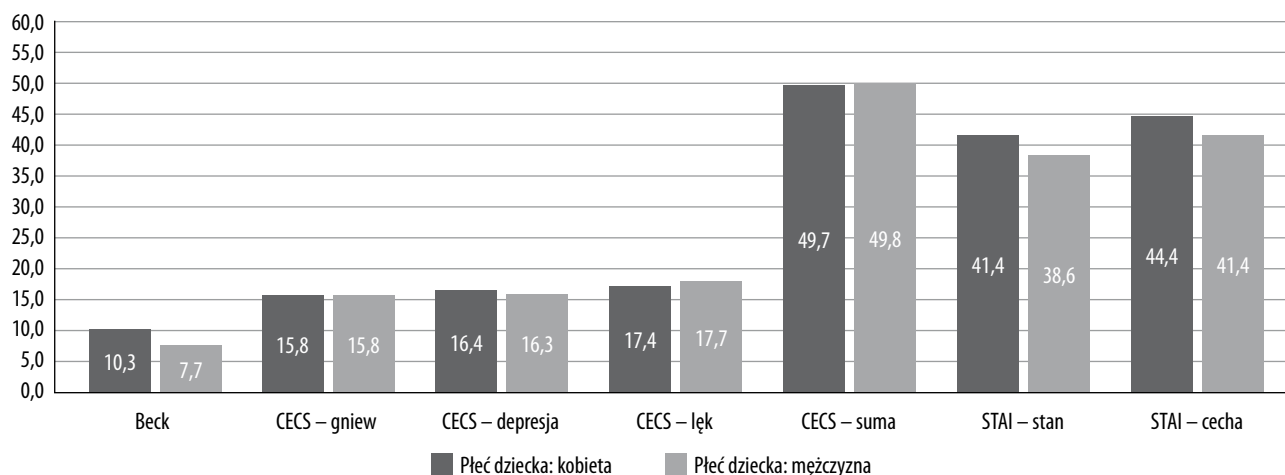
OMÓWIENIE

Choroby przewlekłe u dzieci ze względu na swój zasięg stanowią bardzo poważny problem psychologiczno-lekarski. Komisja Chorób Przewlekłych przy WHO definiuje je 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”. Pilecka podaje, że dzieci chore przewlekłe to dzieci normalne w anormalnej sytuacji⁽⁴⁾. Mają one takie same potrzeby rozwojowe jak dzieci zdrowe, lecz napotykają trudności w ich realizacji z powodu ograniczeń i wymagań związanych z chorobą. Wówczas normalne potrzeby w interakcji z ograniczeniami, które wynikają z sytuacji choroby, wywołują stres i tworzą nowe wyzwania⁽⁵⁾. Jak podaje między innymi Skórczyńska⁽²⁾, wszystkie rodziny dzieci przewlekłe chorych muszą poradzić sobie nie tylko z typowymi dla dynamiki życia rodzinnego obowiązkami, lecz także ze wszystkimi wymaganiami związanymi z chorobą (wymagania finansowe, wymagania codzienne, na przykład nadmierne obciążenie jednego z opiekunów, wymagania społeczne – wpływ na relacje małżeńskie, na rodzeństwo, wymagania psychologiczne – rodzina musi się uporać z utratą tego,

co mogło się wydarzyć – swoimi nadziejami, marzeniami, możliwościami). Te wszystkie czynniki niewątpliwie wpływają na stan emocjonalny zarówno chorego, jak i jego rodziny⁽²⁾.

W prezentowanym badaniu uzyskano wyższy poziom depresji wśród rodziców z grupy badanej. Olsson i Hwang także odnotowali podwyższony poziom depresji u 216 rodziców dzieci z autyzmem⁽⁶⁾. Dohrenwend i wsp. w 1989 roku udowodnili istotny statystycznie związek pomiędzy wydarzeniami pozostających poza kontrolą człowieka, takimi jak śmierć czy choroba innej osoby, a następującym po nich zachorowaniem na depresję⁽⁷⁾.

W związku z powyższym należy zwracać szczególną uwagę na zachowania, które mogą świadczyć o znacznie obniżonym nastroju rodziców (wycofanie, smutek, problemy ze snem, poczucie bezradności). W takich sytuacjach ważna jest szybka interwencja w celu uniknięcia pogorszenia ich stanu emocjonalnego. Autorzy poniższego badania dowiedli, że ojcowie dzieci z IZN wykazują tendencję do tłumienia negatywnych emocji. Także w tym przypadku trzeba zachować czujność, ponieważ badani mężczyźni w sposób mniej jawny demonstrowali objawy obniżonego nastroju. Niektórzy badacze twierdzą, że częstsze występowanie depresji u kobiet spowodowane jest przekonaniem, że choroba ta świadczy o emocjonalnej słabości i dlatego mężczyźni unikają jej jako zachowania, którego nie zaakceptują.



Rys. 4. Porównanie wyników Skali depresji Becka, STAI i CECS w zależności od płci dziecka

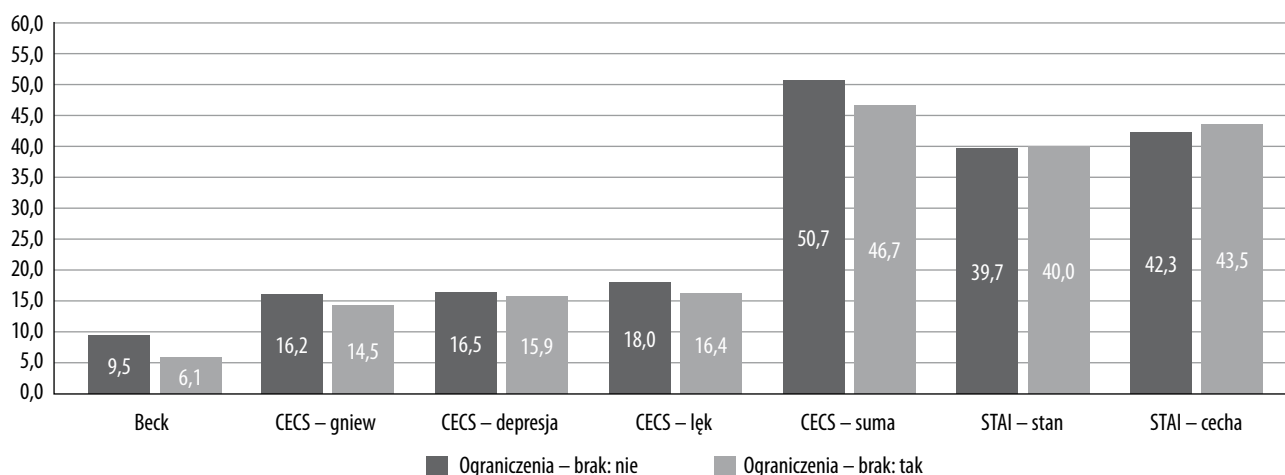
Na depresję mogą chorować także mężczyźni, ale inaczej ujawniają jej objawy (na przykład mogą skarżyć się na niedomagania fizyczne, nadużywać alkoholu itp.)⁽⁸⁾. W badaniu uzyskano istotnie statystycznie wyższe wyniki świadczące o większym poziomie lęku u matek chorych dzieci, co może wynikać z niepewności dotyczącej rozwoju choroby, często też jej nieprzewidywalności. Według Thompson i Gustafson matki dzieci przewlekle chorych najczęściej przeżywały głęboki stres oraz cierpiały na zaburzenia lękowe i depresyjne⁽⁵⁾.

Na szczególną uwagę zasługują wyniki wskazujące na korelację pomiędzy obwinianiem się rodziców o chorobę dziecka w początkowej jej fazie a poziomem lęku jako stanu. Oznacza to konieczność możliwie szybkiej rozmowy personelu medycznego z opiekunami dziecka w celu dokładnego wyjaśnienia możliwych przyczyn zachorowania. Zespół nercycowy na samym początku może przypominać objawy alergiczne i często jest tak właśnie leczony przez lekarzy pierwszego kontaktu. Dlatego też rodzice doszukują się własnych błędów

i zaniedbań, które doprowadziły ich dziecko do takiego stanu. Cechą charakterystyczną choroby przewlekłej jest długość trwania, co oznacza ciągłe obawy i lęk dotyczące jej rokowania, z czym rodzicom trudno jest sobie poradzić.

Jak wykazały wcześniejsze badania⁽³⁾, rodzice dzieci z IZN mogą mieć tendencję do szukania własnej winy jako przyczyny zachorowania dziecka. Należy podkreślić fakt, że podwyższony poziom lęku może wpływać na zawężenie koncentracji uwagi skierowanej na spostrzegane źródło zagrożenia, czemu towarzyszy względne pomijanie innych ważnych bodźców⁽⁹⁾. Najlepsze rezultaty w rozmowie z rodzicami z podwyższonym poziomem lęku można uzyskać, powtarzając informacje kilkakrotnie podczas kolejnych spotkań (zapisując najważniejsze z nich, na przykład dotyczące stosowania leków).

Osoby pracujące z rodzicami dzieci chorujących na zespół nercycowy w sposób intuicyjny starają się zapewnić im wsparcie. Często są to rozmowy z lekarzami,



Rys. 5. Porównanie wyników Skali depresji Becka, STAI i CECS w zależności od obecności ograniczeń w życiu codziennym dziecka podawanych przez rodziców

pielęgniarkami, wyjaśniające specyfikę choroby oraz proces leczenia bądź ukazujące sposoby radzenia sobie z IZN. Wsparciem okazują się również rozmowy z osobami doświadczającymi podobnego problemu. Przeprowadzone badanie dostarczyło informacji, jakiego rodzaju pomocy potrzebują rodziny dzieci chorujących na zespół nerczycowy. Autorzy mają nadzieję, że pozwoli to usprawnić opiekę w celu uzyskania możliwie najlepszych efektów leczenia tego schorzenia.

WNIOSKI

Prezentowane badanie wykazało, że rodzice z grupy badanej charakteryzowali się istotnie wyższym poziomem depresji niż rodzice z grupy kontrolnej. Większy poziom depresji stwierdzono u matek, co wiązało się z obwinianiem się o chorobę dziecka – wydaje się, że należy zapewnić im szczególne wsparcie w trakcie procesu leczenia. U matek należy dążyć do obniżenia poziomu lęku i objawów depresji, a u ojców do zmniejszenia tendencji do tłumienia przeżywanych emocji, mimo braku sygnalizowania przez nich potrzeby pomocy. W początkowym okresie choroby zespół leczący powinien zwrócić uwagę na idiopatyczny charakter schorzenia, aby przekonać rodziców, że nie powinni obwiniać się o jego wystąpienie. Nieuświadomienie im braku związku przyczynowo-skutkowego między rozwojem choroby u dziecka a ich zaniedbaniem może prowadzić do długotrwałego obniżenia nastroju i zwiększenia u nich poziomu lęku.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Chesney R.: The changing face of childhood nephrotic syndrome. *Kidney Int.* 2004; 66: 1294–1302.
2. Skórzyńska M.: Przewlekła choroba dziecka w aspekcie realizacji zadań życiowych jednostki. W: Cytowska B., Winczura B. (red.): Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Impuls, Kraków 2007.
3. Pilarz E., Stempień J.R., Tkaczyk M., Nowicki M.: Analiza postaw i wzajemnych oczekiwań lekarzy i rodziców dzieci chorujących na zespół nerczycowy. *Przegl. Pediatr.* 2007; 37: 377–381.
4. Pilecka W.: Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby somatycznej dziecka – perspektywa ekologiczna. W: Cytowska B., Winczura B. (red.): Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Impuls, Kraków 2007.
5. Pilecka W.: Psychospołeczne aspekty przewlekłej choroby somatycznej dziecka – perspektywa ekologiczna. W: Cytowska B., Winczura B. (red.): Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Impuls, Kraków 2007: 26.
6. Olsson M.B., Hwang C.P.: Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2001; 45: 535–543.
7. Hammen C.: Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007: 108.
8. Hammen C.: Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
9. Rachman S.: Zaburzenia lękowe. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.

Szanowni Autorzy!

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów publikacja artykułu w czasopiśmie „**PEDIATRIA I MEDYCINA RODZINNA**” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.