

Stan emocjonalny opiekuna dziecka z cukrzycą typu 1 jako czynnik różnicujący realizację funkcji rodziny

Emotional state of the guardian responsible for a child with type 1 diabetes as a differential factor in family functions

EWA KOBOS, JACEK IMIELA

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie. Opiekunowie dziecka chorego na cukrzycę typu 1 mogą doświadczać wielu różnorodnych stanów emocjonalnych mogących utrudniać moment rozpoznania występującego lęku i depresji.

Cel. Określenie stanu emocjonalnego opiekunów dzieci chorych na cukrzycę typu 1 oraz zbadanie korelacji między stanem emocjonalnym opiekuna a realizacją czynności 8 funkcji rodziny.

Materiał i metody. Badaniem objęto 200 bezpośrednich opiekunów dzieci chorych na cukrzycę typu 1 w wieku 3-16 lat. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano skalę HADS-M. Otrzymano ponad 60% zwrot ankiet drogą pocztową (112 ankiet).

Wyniki. U ponad 1/4 opiekunów stwierdzono zaburzenia stanu emocjonalnego. Stan emocjonalny opiekuna na istotnym statystycznie poziomie różnicował realizację funkcji kulturalno-towarzyskiej. Ze wzrostem wartości w skali HADS-M odnotowano ograniczenie kontaktów towarzyskich domowych ($p=0,000$) i pozadomowych oraz swobodnego wypoczynku. Zły stan emocjonalny opiekuna sprzyja również wzrostowi nieporozumień między małżonkami ($p=0,000$).

Wnioski. Planując opiekę nad dzieckiem chorym na cukrzycę typu 1 należy uwzględnić okresową ocenę stanu emocjonalnego bezpośredniego opiekuna.

Słowa kluczowe: bezpośredni opiekun, lęk, depresja, funkcje rodziny

Introduction. The guardians of children with type 1 diabetes may come across various emotional states, which can hinder the diagnosis of depression and anxiety.

Aim. To determine the emotional state of guardians of children with type 1 diabetes and to examine the correlations between the guardian's emotional state and the fulfillment of 8 family functions.

Material & methods. The research was conducted among 200 direct guardians of children with type 1 diabetes, aged 3-16 years. The HADS-M scale was used to collect the data. Over 60% of the questionnaires were returned via post (112 questionnaires).

Results. In over 1/4 of the guardians emotional disorders were observed. The guardian's emotional state differentiated the fulfillment of the socio-cultural function on a statistically essential level. With the rising of values on the HADS-M scale the limitation of social contacts was noted ($p=0,000$) both home and outside, as well as limitations in resting. The guardian's poor emotional state also accounts for the increase of marital problems ($p=0,000$).

Conclusions. When considering care of a child with type 1 diabetes it is essential to regularly estimate the emotional state of the direct guardian.

Key words: direct guardian, anxiety, depression, family functions

© Hygeia Public Health 2012, 47(3): 330-335

www.h-ph.pl

Nadesłano: 27.03.2012

Zakwalifikowano do druku: 01.08.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Ewa Kobos

Zakład Pielęgniarstwa Społecznego

ul. Ciołka 27, 01-445 Warszawa

tel./fax 22 8773597, e-mail: kobewa@interia.pl

Wykaz skrótów

HADS-M – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

R – siła związku między badanymi zmiennymi

p – prawdopodobieństwo testowe

SD – odchylenie standardowe

Wprowadzenie

Czynniki psychologiczne mogą mieć istotne znaczenie dla jakości opieki oraz kontroli choroby. Lęk, depresja i rozdrażnienie u opiekunów dziecka mogą pojawiać się w różnych okresach trwania choroby. Choroba może generować powtarzające się traumatyczne wydarzenia, które mogą powodować

trudności w identyfikacji momentu naprawdę występujących zaburzeń lękowych i depresji [1]. Sytuacjami sprzyjającymi nasileniu ich występowania mogą być: powtarzające się stany hipoglikemii, występowanie kwasicy ketonowej, trudności w uzyskaniu idealnej kontroli u dzieci, dodatkowo pojawiające się choroby ostre utrudniające wyrównanie glikemii [2].

Cel pracy

Określenie stanu emocjonalnego opiekunów dzieci chorych na cukrzycę typu 1 oraz zbadanie korelacji między stanem emocjonalnym opiekuna a realizacją czynności 8 funkcji rodziny.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w trakcie wizyty kontrolnej opiekuna z dzieckiem w poradni diabetologicznej. Do udziału w badaniach zakwalifikowano opiekunów posiadających rodziny pełne, dziecko chore na cukrzycę co najmniej od 6 miesięcy, nie posiadających innych dzieci przewlekle chorych w domu, chore dziecko było w wieku 3-16 lat. 200 opiekunów wyraziło zgodę na udział w badaniu. Do pomiaru stanu emocjonalnego badanych wykorzystano skalę HADS-M składającą się z 16 pytań oceniających poziom lęku, depresji i rozdrażnienia. Opiekunowie otrzymali kwestionariusz skali HADS-M w kopercie z adresem zwrotnym. Drogą pocztową otrzymano zwrot 116 kwestionariuszy. Informacje dotyczące realizacji funkcji rodziny zebrano za pomocą wywiadu. W wywiadzie uwzględniono realizację 8 funkcji rodziny i czynności realizowanych w ramach tych funkcji. Wpływ choroby na natężenie zmian oceniano za pomocą pytań skalowanych z przedziałami odpowiedzi od „-3” oznaczających duży spadek natężenia realizacji czynności w ramach funkcji do „3” oznaczających duży wzrost natężenia realizacji. „0” oznaczało brak wpływu choroby na realizację danej czynności.

Wśród respondentów 41,0% mieszkało na wsi, 28,6% w mieście do 50 tys. mieszkańców, 30,4% w mieście powyżej 50 tys. mieszkańców. Najliczniejszą grupę stanowili opiekunowie w wieku do 35 lat - 34,8%; średnia wieku osób biorących udział w badaniu wynosiła 39,8 lat (SD=6,8). Z wykształceniem średnim było 45,5% badanych, z wyższym 26,8%, z zasadniczym zawodowym 24,1%, tylko 3,6% badanych posiadało wykształcenie podstawowe. Aż 47,3% bezpośrednich opiekunów pozostawało bez pracy. Średnia wieku chorych dzieci wynosiła 11,3 lat (SD=3,6), czas trwania choroby u 46,4% dzieci wynosił do 3 lat, 53,6% powyżej 3 lat. Poziom hemoglobiny glikowanej w grupie chorych dzieci był na poziomie dobrym (do 7%) u 46,4%, na średnim (>7% do 8%) u 28,6%, zły poziom wyrównania (>8%) wykazano u 25% dzieci.

Wyniki

W badanej grupie nasilenie wartości w podskali depresji i rozdrażnienia wynosiło średnio 8,00 punktów (SD=5,7), natomiast lęku 7,6 punktów (SD=4,9) (tab. I).

Około 25% badanych uzyskało w podskali lęku i ponad 30% respondentów w podskali depresji i rozdrażnienia wartość przekraczającą 10 punktów, co oznacza, iż występują u nich zaburzenia w stanie emocjonalnym.

W kolejnym etapie badań poddano analizie korelacje między wartościami w stanie emocjonalnym opiekuna a natężeniem zmian w realizacji poszczególnych czynności funkcji rodziny. Wykazano na istotnym statystycznie poziomie ujemny związek między poziomem depresji i rozdrażnienia u bezpośredniego opiekuna dziecka z cukrzycą a odwiedzaniem krewnych i znajomych ($p=0,000$, $0,3 < R < 0,5$) (tab. II).

Tabela II. Realizacja funkcji kulturalno-towarzyskiej a wartość w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia
Table II. Fulfillment of socio-cultural functions in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji kulturalno-towarzyskiej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja+rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
odwiedzanie krewnych i znajomych	-0,185	0,050	-0,314	0,000
zapraszanie krewnych i znajomych	-0,186	0,049	-0,268	0,004
swobodny wypoczynek	-0,227	0,015	-0,290	0,001
wspólne sposoby spędzania czasu wolnego	0,124	0,189	0,015	0,867
wyjazdy na wczasy/wypoczynek zorganizowany	-0,072	0,446	-0,006	0,944
uczestnictwo w kulturze bierne	-0,207	0,027	-0,186	0,048
uczestnictwo w kulturze czynne	-0,177	0,060	-0,148	0,118
utrzymywanie kontaktów telef. i mail. z rodziną/znajomymi	0,007	0,935	-0,031	0,739

Ze wzrostem poziomu lęku, depresji i rozdrażnienia spada również częstotliwość utrzymywania kontaktów towarzyskich domowych, możliwość swobodnego wypoczynku i bierne uczestnictwo w kulturze ($p \leq 0,05$). Wykazane związki są o słabej sile $0,1 < R < 0,3$.

Wartość w podskali depresji i rozdrażnienia jest zróżnicowana sytuacją ekonomiczną rodziny. Mniejszemu ograniczeniu dochodów z tytułu pracy stałej oraz mniejszym ograniczeniom w wydatkach na odzież i leczenie towarzyszy lepszy stan emocjonalny opiekunów ($p \leq 0,05$). Prezentowane związki są o słabej sile $0,1 < R < 0,3$ (tab. III).

Tabela I. Stan emocjonalny opiekuna według skali HADS-M
Table I. Guardian's emotional state based on HADS-M scale

HADS-M	Średnia	SD	Mediana	Odsetek badanych ≤ 7 pkt [%] Brak zaburzeń	Odsetek badanych 8-10 pkt [%] Stany graniczne	Odsetek badanych > 10 pkt [%] Stwierdza się zaburzenia
Lęk	7,6	4,9	7,0	52,7%	21,4%	25,9%
Depresja	5,5	4,7	4,5	67,0%	17,0%	16,0%
Depresja+ rozdrażnienie	8,0	5,7	6,0	56,3%	8,9%	34,8%

Tabela III. Realizacja funkcji materialno-ekonomicznej a wartość w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia
Table III. Fulfillment of material-economic functions in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji materialno-ekonomicznej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja+rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
dochody z tytułu pracy	-0,113	0,233	-0,194	0,040
wydatki ponoszone na żywienie chorego dziecka	0,023	0,801	0,087	0,358
wydatki ponoszone na leczenie chorego dziecka	0,058	0,541	0,117	0,218
wydatki związane z zapewnieniem opieki choremu dziecku	0,020	0,832	0,084	0,373
środki przeznaczone na leczenie pozostałych członków rodziny	-0,159	0,093	-0,208	0,027
wydatki na odzież	-0,126	0,182	-0,190	0,044
wydatki na żywienie pozostałych członków rodziny	-0,070	0,462	-0,128	0,177
wydatki związane z nauką szkolną dzieci	-0,130	0,171	-0,108	0,256

Ze wzrostem wartości w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia spadkowi ulega częstotliwość podejmowania współżycia seksualnego (tab. IV).

Tabela IV. Realizacja funkcji prokreacyjnej i seksualnej a wartość w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia
Table IV. Fulfillment of the procreation and sexual functions in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji prokreacyjnej i seksualnej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja+rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
współżycie seksualne	-0,265	0,004	-0,214	0,022
stosowanie środków zapobiegających ciąży	-0,068	0,471	-0,177	0,061

W zakresie realizacji funkcji opiekuńczo-pielęgnacyjnej wraz ze wzrostem poziomu w podskali depresji i rozdrażnienia spada natężenie dbania o higienę i wygląd dorosłych ($p=0,022$), ze zwrotem wartości w podskali lęku wzrasta dbanie o zdrowie rodziny ($p=0,041$). Wykazano słabą siłę związków $0,1 < R < 0,3$ (tab. V).

Korelacje istotne statystycznie między stanem emocjonalnym opiekuna a realizacją czynności funkcji konsumpcyjnej mają charakter ujemny, o słabej sile $0,1 < R < 0,3$. Wyższym wartościom w podskalach HADS-M towarzyszy ograniczenie realizacji takich czynności jak porządki w domu ($p=0,013$), pranie ($p=0,26$), prasowanie ($p=0,011$) (tab. VI).

Wyższym wartościom w podskali depresji i rozdrażnienia towarzyszy spadek przyjmowania komunii ($p=0,014$), częstotliwości spowiedzi ($p=0,014$) oraz uczestnictwa w nabożeństwach ($p=0,023$). Prezentowane związki są o słabej sile $0,1 < R < 0,3$ (tab. VII).

Tabela V. Realizacja funkcji opiekuńczo-pielęgnacyjnej a wartość w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia
Table V. Fulfillment of nursing and caring functions in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji pielęgnacyjno-opiekuńczej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja+rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
dbałość o odżywianie dziecka chorego	0,004	0,958	0,077	0,413
wzajemna pomoc	0,106	0,265	-0,070	0,460
dbanie o higienę i wygląd dorosłych	-0,135	0,154	-0,214	0,022
dbanie o zdrowie rodziny	0,192	0,041	-0,008	0,931
opieka i pielęgnacja pozostałych dzieci	0,009	0,919	-0,094	0,320
zaangażowanie współmałżonka w opiekę nad chorym dzieckiem	-0,038	0,686	-0,061	0,517
zaangażowanie innych członków rodziny w opiekę nad chorym dzieckiem	-0,032	0,731	-0,139	0,141

Tabela VI. Realizacja funkcji konsumpcyjnej a wartość podskali lęku, depresji i rozdrażnienia
Table VI. Fulfillment of consumption function in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji konsumpcyjnej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja+rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
przygotowywanie posiłków	0,004	0,965	0,076	0,421
porządki w domu	-0,209	0,026	-0,231	0,013
pranie	-0,190	0,044	-0,209	0,026
prasowanie	-0,198	0,036	-0,238	0,011
robienie zakupów	0,004	0,965	-0,093	0,324
zmywanie naczyń	-0,122	0,199	-0,144	0,128
korzystanie z instytucji lub osób spoza rodziny w prowadzeniu domu	-0,112	0,238	-0,072	0,444

Tabela VII. Realizacja funkcji religijnej a wartość w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia
Table VII. Fulfillment of religious function in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji religijnej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja+rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
modlitwa codzienna	-0,064	0,496	-0,151	0,109
udział w nabożeństwach kościelnych	-0,126	0,184	-0,214	0,023
zainteresowanie wiarą	-0,000	0,996	0,004	0,959
rozmowy na temat wiary	-0,055	0,561	-0,001	0,991
spowiedź	-0,128	0,176	-0,230	0,014
przyjmowanie komunii świętej	-0,128	0,176	-0,230	0,014

Ze wzrostem wartości w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia na istotnym statystycznie poziomie wzrasta częstotliwość nieporozumień między małżon-

kami ($p=0,000$). Związki te cechują się przeciętną siłą $0,3 < R < 0,5$ (tab. VIII). Wzrostowi również ulega ilość czasu poświęcanego dziecku choremu ($p=0,017$, $0,1 < R < 0,3$).

Realizacja funkcji kontrolno-socjalizacyjnej była zróżnicowana wartością w podskali lęku ($p=0,021$). Wzrostowi wartości w podskali lęku towarzyszy większe zainteresowanie nauką szkolną dzieci (tab. IX).

Tabela VIII. Realizacja funkcji emocjonalno-ekspresyjnej a wartość w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia

Table VIII. Fulfillment of emotional and expressive functions in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji emocjonalno-ekspresyjnej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja + rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
poświęcanie czasu choremu dziecku	0,271	0,003	0,223	0,017
poświęcanie czasu pozostałym dzieciom	0,033	0,724	-0,037	0,695
poczucie wspólnoty	0,063	0,506	0,016	0,860
staranie o więź i miłość w rodzinie	0,102	0,284	0,007	0,934
nieporozumienia między dziećmi	0,061	0,519	0,006	0,942
nieporozumienia między rodzicami	0,335	0,000	0,364	0,000
wspólne rozmowy w rodzinie	-0,069	0,465	-0,207	0,027

Tabela IX. Realizacja funkcji kontrolno-socjalizacyjnej a wartość w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia

Table IX. Fulfillment of control and socialization functions in relation to value of anxiety, depression and exasperation

Czynności funkcji kontrolno-socjalizacyjnej	Współwystępowanie korelacji			
	Lęk		Depresja + rozdrażnienie	
	R Spearmana	p	R Spearmana	p
kontrolowanie zachowań dziecka chorego	-0,132	0,165	-0,037	0,692
kontrolowanie zachowań pozostałych dzieci	0,055	0,561	0,023	0,802
rozmowy z dziećmi/dzieckiem	0,137	0,147	0,111	0,241
zainteresowanie i pilnowanie nauki szkolnej dzieci/dziecka	0,216	0,021	0,005	0,950
aktywizacja dzieci w rolach osób dorosłych	0,102	0,284	0,017	0,856
egzekwowanie zasad i reguł postępowania	-0,043	0,647	-0,027	0,777
stawianie wymagań dzieciom/dziecku	-0,016	0,860	-0,043	0,648

Dyskusja

Sprawowanie opieki nad dzieckiem z cukrzycą typu 1 wymaga szczególnego zaangażowania rodziców w kontrolę choroby, podejmowanie decyzji terapeutycznych, oraz planowania posiłków. Jest ono zróżni-

cowane wiekiem dziecka, które im jest młodsze tym bardziej zależne od opieki rodziców. Jak wskazuje się w literaturze ocena stanu emocjonalnego opiekunów jest ważna z punktu widzenia jego wpływu na funkcjonowanie rodziny oraz zachowania chorych dzieci [3]. Wykazano, że symptomy depresji u opiekunów mają pośrednie znaczenie we wzroście poziomu depresji u chorych dzieci, a także pogorszenia kontroli metabolicznej [4]. Wyniki badań własnych wykazały, że średni wynik w podskali lęku u opiekunów dzieci chorych na cukrzycę typu 1 wynosił 7,6 punktu, depresji 5,5, zaś depresji i rozdrażnienia 8,0 punktów. Te wyniki są zgodne z istniejącymi w literaturze z wykorzystaniem skali HADS. Zgodnie z nimi natężenie lęku wynosiło średnio 6,86 punktów, natomiast depresji 4,0 punktu [1]. Z klinicznego punktu widzenia wyniki wykazały, że u ponad jednej piątej opiekunów występuje duże prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń lękowych, u 17% objawów depresji. U ponad ¼ badanych w podskali lęku wartość przekroczyła 10 punktów, w podskali depresji u 16% badanych, co potwierdza, iż zaburzenia te już mogą występować. Ocena stanu emocjonalnego opiekuna jest równie ważna bezpośrednio po rozpoznaniu cukrzycy u dziecka, stanowiącym silne traumatyczne przeżycie dla całej rodziny [5], jak i w kolejnych latach trwania choroby. Opiekunom dzieci z cukrzycą typu 1 może towarzyszyć chroniczny smutek nawet do 10 lat od zdiagnozowana choroby [6]. Opieka nad dzieckiem chorym na cukrzycę typu 1 sprzyja doświadczaniu przez rodziców różnorodnych stanów emocjonalnych będących konsekwencją min.: powtarzających się stanów hiper i hipoglikemii mogącymi w rezultacie doprowadzić do śpiączki lub powikłań, wzięcia odpowiedzialności za codzienne leczenie, a tym samym związanych z nim zadawaniem dziecku bólu, świadomości krótszej perspektywy życia dziecka, doświadczeń związanych z intensywną terapią, zagrożeniem śmiercią [7,8,1,9]. Czynniki te mogą mieć znaczenie traumatyczne i stresogenne, których częstotliwość i intensywność występowania jak pokazują wyniki badań koreluje na istotnym statystycznie poziomie z poziomem depresji u opiekunów [10]. W literaturze udokumentowano podwyższony poziom depresji u matek sprawujących opiekę nad dziećmi z cukrzycą typu 1. Zgodnie z nimi około 17-22% kobiet doświadcza podwyższonych poziomów depresji [1,11], około 30% rodziców spełniało kryteria rozpoznania symptomów depresji [12,13].

Wyniki badań pokazały, że wzrostowi poziomu depresji i rozdrażnienia u opiekunów towarzyszy spadek częstotliwości podejmowania kontaktów towarzyskich domowych i pozadomowych. W literaturze wskazuje się, że zadowolenie z pracy, utrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi jest bardzo ważne dla przeciwdziałania stanom depresji i poprawy kontaktów z dzieckiem

[14]. Stan emocjonalny opiekuna różnicuje realizację funkcji emocjonalno-ekspresyjnej w kierunku pozytywnym i negatywnym. Z jednej strony wyższe wartości w podskalach lęku, depresji i rozdrażnienia przyczyniają się do poświęcania większego czasu choremu dziecku, z drugiej zaś strony sprzyjają konfliktom między małżonkami oraz unikaniu wspólnych rozmów. Może to wynikać ze wskazywanego w literaturze wyższego poziomu lęku jako reakcji na możliwość występowania u dziecka ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy, co powoduje, że dzieci podlegają większej kontroli [1]. Wśród 200 opiekunów biorących udział w badaniu tylko 4 mężczyźni deklarowało, że są bezpośrednimi opiekunami dziecka, co potwierdza, iż odpowiedzialność za opiekę spoczywa zasadniczo na matkach. Wymagania związane z leczeniem mogą rodzić specyficzne trudności w relacjach małżeńskich [15], a poziom wsparcia przez współmałżonka poprawia relacje w rodzinie [16], i jakość życia dzieci z cukrzycą [17]. Przewlekła choroba dziecka sprzyja pojawianiu się stresorów finansowych w rodzinie [18]. Wyniki badań potwierdzają związek sytuacji finansowej z wartościami uzyskanymi u opiekuna w podskali depresji i rozdrażnienia. Lepszy stan emocjonalny opiekunów występuje w rodzinach, w których w niewielkim stopniu uległy ograniczeniu dochody z tytułu pracy stałej oraz wydatki na odzież i leczenie pozostałych członków rodziny. Lepsza kondycja finansowa rodziny staje się czynnikiem chroniącym przed negatywnymi stanami emocjonalnymi. Praca pozwala na utrzymywanie kontaktów towarzyskich, daje poczucie zadowolenia, pozwala odreagować nega-

tywne stany emocjonalne [14]. Czynności seksualne wynikające nie tylko z potrzeb fizjologicznych stały się rodzajem kontaktu społecznego umożliwiającym rozładowanie napięć, obniżenie poczucia osamotnienia, wzrost poczucia szczęścia. U rodziców dzieci chorych na cukrzycę typu 1 czynności funkcji prokreacyjnej i seksualnej mogą ulec zakłóceniu [19]. Jak wykazano w pracy jednym z czynników, który różnicuje ich realizację w kierunku spadku napięcia jest stan emocjonalny opiekuna. Doświadczanie negatywnych przeżyć emocjonalnych, przeciążenie obowiązkami, atmosfera napięcia i lęku może zniechęcać małżonków do podejmowania kontaktów seksualnych.

Wyniki badań, sugerują potrzebę wykonywania badań przesiewowych stanu psychicznego opiekunów i zapewnienia im dodatkowej pomocy, zważywszy, że stan emocjonalny może stanowić czynnik ryzyka dla trudności w realizacji funkcji rodziny.

Wnioski

1. U ponad 1/4 bezpośrednich opiekunów dzieci chorych na cukrzycę typu 1 występują zaburzenia w stanie emocjonalnym.
2. Wyższe wartości w podskalach HADS-M sprzyjają zmianom w napięciu realizacji poszczególnych czynności funkcji rodziny.
3. Planując opiekę nad dzieckiem chorym na cukrzycę typu 1 należy uwzględnić okresową ocenę stanu emocjonalnego bezpośredniego opiekuna.

Praca naukowa finansowana ze środków budżetowych na naukę w latach 2010-2012 jako projekt badawczy.

Piśmiennictwo / References

1. Horsch A, McManus F, Kennedy P, et al. Anxiety, depressive, and posttraumatic stress symptoms in mothers of children with type 1 diabetes. *J Traumatic Stress* 2007, 20(5): 881-891.
2. Rozpoznanie i leczenie cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży. Aktualne wytyczne International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). *Med Prakt – Pediaatria* 2001, 1: 54.
3. McClellan CB, Cohen LL. Family Functioning in children with chronic illness compared with healthy controls: a critical review. *J Pediatric* 2007, 150: 221-223.
4. Eckshtain D, Ellis D, Kolmodin K, et al. The effects of parental depression and parenting practices on depressive symptoms and metabolic control in urban youth with insulin dependent diabetes. *J Pediatric Psychol* 2010, 35(4): 426-435.
5. Wielgosz E. Wychowywanie dzieci niepełnosprawnych somatycznie. [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Obuchowska I (red). *WSiP, Warszawa* 2008: 417-485.
6. Bowers S, Lowes L, Warner J, et al. Chronic sorrow in parents with type 1 diabetes. *J Adv Nurs* 2009, 65(5): 992-1000.
7. Landolt M, Ribi K, Laimbacher J, et al. Brief report: Posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed IDDM. *J Pediatr Psychol* 2002, 27: 647-652.
8. Streisand R, Swift E, Wickmark T, et al. Pediatric parenting stress of parents with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility and fear. *J Pediatr Psychol* 2005, 30(6): 517-518.
9. Mellin A, Neumark-Sztainer D, Patterson J. Parenting adolescent girl with type 1 diabetes parents perspectives. *J Pediatr Psychol* 2004, 29(3): 224-226.
10. Patton S, Dolan L, Smith L, et al. Pediatric parenting stress and its relations to depressive symptoms and fear of hypoglycemia in parents of young children with type 1 diabetes mellitus. *J Clin Psychol Med Settings* 2011, Jun 5. [Epub ahead of print].
11. Jaser SS, Whittemore R, Ambrosino JM, et al. Mediators of depressive symptoms in children with type 1 diabetes and their mothers. *J Pediatric Psychol* 2008, 33(5): 509-519.
12. Whittemore R, Urban A, Tamborlane W, et al. Quality of life in school age children with type 1 diabetes on intensive treatment and their parents. *Diabetes Educator* 2003, 29: 847-854.

13. Driscoll KA, Johnson SB, Barker D, et al. Risk factors associated with depressive symptoms in caregivers of children with type 1 diabetes or cystic fibrosis. *J Pediatric Psychol* 2010, 35(8): 814-822.
14. Maciarz A. Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. Impuls, Kraków 2001: 46-47.
15. Tsampanli A, Kounenou K. The Greek family system when a child has diabetes mellitus 1. *Acta Paediatr* 2004, 93: 1646-1653.
16. Lewandowski A, Drotar D. The relationship between parent-reported social support and adherence to medical treatment in families of adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatric Psychol* 2007, 34(4): 427-436.
17. Weissberg-Benchell J, Nansel T, Holmbeck G, et al. Generic and diabetes-specific parent-child behaviors and quality of life among youth with type 1 diabetes. *J Pediatric Psychol* 2009, 34(9): 977-988.
18. Skórczyńska M. Przewlekła choroba dziecka w aspekcie realizacji zadań życiowych jednostki i rodziny. [w:] Dziecko chore. Zagadnienia biopsychiczne i pedagogiczne. Cytowska B, Winczura B (red). Impuls, Kraków 2007: 40-46.
19. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Obuchowska I (red). WSiP, Warszawa 2008: 18-55.