



Obciążenie opiekunów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi¹

Caregiver burden in mental illness

MAGDALENA CIAŁKOWSKA-KUŹMIŃSKA, ANDRZEJ KIEJNA

Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław

STRESZCZENIE

Cel. Analiza obciążenia opiekunów pacjentów leczonych stacjonarnie oraz konsekwencji zdrowotnych związanych z obciążeniem opieką.

Metoda. 60 opiekunów pacjentów leczonych na stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych we Wrocławiu, wskazanych przez pacjentów, wzięło udział w badaniu mającym na celu ocenę poziomu obciążenia opieką oraz towarzyszące temu konsekwencje zdrowotne. Wykorzystano Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) oraz liczącą 12 pozycji wersję General Health Questionnaire (GHQ-12).

Wyniki. W obszarze „martwienia się” aż 57% opiekunów doświadcza rzeczywistych konsekwencji opieki, w obszarze „nakłaniania” nieco mniej, bo 38% opiekunów. Aż 67% badanych opiekunów doświadczało rzeczywistego pogorszenia stanu zdrowia. Przeżywanie obciążenia w obszarze napięcia interpersonalnego wyjaśnia nawet 44% wariancji wyników (wynik stenowy w odniesieniu do badanej zbiorowości).

Wnioski. Opiekunowie pacjentów leczonych stacjonarnie odczuwają obciążenie opieką. Ogólny stan zdrowia opiekuna jest istotnym wskaźnikiem doświadczanego przez niego obciążenia opieką we wszystkich obszarach. Proces terapeutyczny pacjentów leczonych stacjonarnie powinien również obejmować interwencje ukierunkowane na ich kluczowych opiekunów, takie jak: diagnozę doświadczanego obciążenia i poziomu ogólnego stanu zdrowia oraz psychoedukację dotyczącą indywidualnych stresorów i radzenia sobie.

SUMMARY

Objectives. To analyze: (1) the caregiver burden in carers of currently hospitalized patients with mental illness, and (2) health-related consequences of their caregiver burden.

Method. Participants in the study, 60 key carers indicated by inpatients of mental hospitals in Wrocław (the capital of Lower Silesia, Poland), completed two tools: the Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) to assess their caregiver burden, and the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) to assess their health deterioration.

Results. As many as 57% of the caregivers experienced the burden of caregiving in the domain of worrying, while somewhat less, i.e. 38% of caregivers in the aspect of urging. A genuine deterioration in health status as measured by the GHQ-12 was found in 67% of the caregivers. Caregiver burden experienced in the area of interpersonal tension explains as much as 44% of the total variance in the data set (sten scores in the sample studied).

Conclusions. Key carers of psychiatric inpatients do experience the burden of caregiving. Their general health is a significant indicator of the caregiver burden they experience in all aspects. Therefore, in the process of the therapy provided to psychiatric inpatients interventions aimed at caregivers should be also included, such as their experienced burden and general health assessment, as well as psychoeducation concerning individual stressors and coping.

Słowa kluczowe: obciążenie / osoby z zaburzeniami psychicznymi / opiekunowie

Key words: caregiver burden / the mentally ill / carers

Od kilku dziesięcioleci na świecie próbowano opisać konsekwencje, z jakimi borykają się osoby zaangażowane w opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi. Kliniczne doświadczenia wskazują, że jest to zagadnienie wciąż aktualne, na które w Polsce nie zwraca się wystarczającej uwagi. Świadczyć może o tym chociażby fakt, że w ramach

rodzimej opieki zdrowotnej kluczowym opiekunom (krewnym, przyjaciołom) proponuje się bardzo ograniczone interwencje, obejmujące niemal wyłącznie oddziaływania psychoedukacyjne dotyczące choroby podopiecznego. Wciąż brakuje natomiast psychoedukacji w zakresie konsekwencji ponoszonych przez członków rodziny i sposobów radzenia sobie

¹ Badanie zrealizowano w ramach grantu promotorskiego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr NN 402269336.

z nimi, interwencji ukierunkowanych na rozwój radzenia sobie ze stresem czy poprawę umiejętności komunikacyjnych opiekuna. Niniejsza praca zawiera opis i wyniki badań własnych, wskazujących jednoznacznie, że poważne obciążenie opiekunów wiąże się z pogorszeniem ich stanu zdrowia. Konieczność wdrażania oddziaływań ukierunkowanych na opiekunów powinno stanowić jedno z najistotniejszych zadań reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Każde przewlekłe schorzenie występujące w rodzinie wiąże się z szeregiem konsekwencji, wyrażających się w daleko idących zmianach, zarówno we wzajemnych zależnościach i relacjach rodzinnych, jak i niejednokrotnie w strukturze rodziny. Stosowane powszechnie terminy „konsekwencje opieki” i „konsekwencje choroby” nie są tożsame. Każdy członek rodziny, zgodnie z założeniem modelu systemowego, będzie w mniejszym lub większym stopniu odczuwał konsekwencje choroby – zarówno indywidualnie, jak i w ramach systemu rodzinnego. Konsekwencje opieki natomiast wypływają bezpośrednio z roli i znaczenia kluczowego opiekuna, będą więc różniły się w zależności od szeregu zmiennych.

W doniesieniach dotyczących negatywnych konsekwencji opieki coraz częściej odchodzi się od pojęcia „obciążenie opieką” (*burden of care*) na rzecz „doświadczenia związane z opieką” (*caregiving experience*) czy „konsekwencje opieki” (*caregiving consequences*) [1]. Te ostatnie bowiem mają wymiar neutralny i otwierają możliwość pozytywnych przeformułowań [2; za: 3]. W niniejszej pracy celowo zastosowano pojęcie „obciążenia opieką”, mające wydźwięk negatywny, chcąc tym samym podkreślić, że w centrum zainteresowania umieszczono negatywne doświadczenia związane z opieką.

Obciążenie obejmuje dwa wymiary: obiektywny oraz subiektywny [1, 4]. Obciążenie obiektywne wiąże się z mierzalnymi, obiektywnymi wskaźnikami niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu opiekuna, związanych z chorobą podopiecznego. Wyraża się w zmianach w codziennych czynności domowych, aktywności zawodowej i w czasie wolnym, w relacjach rodzinnych i społecznych, zaburzeniach zdrowotnych [4]. Obciążenie subiektywne związane jest z dyskomfortem psychicznym związanym z posiadaniem chorego krewnego i opieką nad nim (np. poczucie bycia stygmatyzowanym). Ten rodzaj obciążenia jest trudny do zweryfikowania, gdyż nie ma prostego powiązania z obciążeniem obiektywnym i wydaje się być powiązane z indywidualnymi sposobami radzenia sobie, poziomem uzyskiwanego psychospołecznego wsparcia i stylami opieki [5, 6, 7]. Wyniki badań sugerują, że charakter doświadczanego obciążenia jest w dużym stopniu niezależny od postawionej formalnej diagnozy [8, 9].

Zmiennymi dotyczącymi pacjenta, które w istotny sposób wiążą się z wyższym obciążeniem opiekuna, są:

pleć męska, cięższy przebieg choroby, większa liczba hospitalizacji, dłuższy czas trwania epizodów, niższy poziom funkcjonowania społecznego, pozostawanie bez pracy [10, 11, 12]. Opiekunowie dysponujący niewielkimi umiejętnościami radzenia sobie w procesie opieki odczuwają wyższy poziom obciążenia [10]. Wyższy poziom obciążenia notowano u matek, opiekunów o niższym poziomie wykształcenia, opiekunów młodszych chorych [12]. Przeżywany przez opiekuna stres leży u podłoża pojawiających się objawów z kręgu zaburzeń nerwicowych i depresyjnych [11]. Ze względu na to, że na poziom obciążenia w znacznej mierze mają wpływ zmienne dotyczące opiekuna, planując interwencje należy odnosić się do specyficznych cech opiekuna, a nie – jak często sądzono – do cech i funkcjonowania podopiecznego.

Dotychczasowe zainteresowania polskich badaczy w niewielkim stopniu koncentrowały się na problematyce obciążenia opiekunów osób chorujących na przewlekłe zaburzenia psychiczne [1].

CEL

Analizując powyższe doniesienia światowe, przyjęto następujące pytania badawcze.

1. Jaki jest poziom obciążenia opiekunów pacjentów leczonych stacjonarnie?
2. Jaka zależność zachodzi pomiędzy poziomem obciążenia opiekunów a ich ogólnym stanem zdrowia?

BADANE OSOBY

Badania, finansowane w ramach grantu MNiSW nr NN 402269336, zostały przeprowadzone na przestrzeni lat (2008–2010) w ogólnopsychiatrycznych oddziałach stacjonarnych we Wrocławiu. Badaniem kwestionariuszowym objęto 60 wskazanych przez pacjentów opiekunów kluczowych. Pacjenci, których opiekunowie wzięli udział w badaniu, mieli powyżej 18 a poniżej 65 lat, byli hospitalizowani z powodu zaburzeń z grup F20-F29 (schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii [schizotypowe] i urojeniowe) lub F30-F39 (zaburzeń afektywnych), z wyłączeniem podwójnej diagnozy. Pacjent musiał wyrazić zgodę na udział w badaniu przez opiekuna, przy czym brak zgody nie był związany z koniecznością udzielania dalszych wyjaśnień.

Średnia wieku badanych opiekunów wynosiła 50,02 (SD=16,23). Minimalny wiek opiekuna wynosił 19 lat, natomiast maksymalny 79 lat. Wartość przeciętna plasowała się na poziomie 53 lat. Rozkład płci – przewaga kobiet (72%) – koresponduje z rozkładami występującymi w badaniach polskich i światowych [por. 11, 18]. Najrzadziej, bo tylko w 6,67% przypad-

ków, mężczyzna opiekował się innym mężczyzną, najczęściej, bo w 38,33% przypadków kobieta była opiekunem pacjenta – mężczyzny. Różnice pomiędzy grupami są istotne statystycznie ($\chi^2 = 4,42$; $p < 0,05$). Większość opiekunów posiadała wykształcenie średnie (54%), znaczna część posiadała wykształcenie wyższe (30%). Przepuszczalnie istnieje zależność pomiędzy poziomem wykształcenia opiekunów a chęcią wzięcia udziału w badaniu naukowym; szczegółowe omówienie tego zagadnienia przekracza ramy niniejszego opracowania. Opiekunowie, którzy wzięli udział w badaniu, w większości pozostawali w związku małżeńskim (49%), 18% – było w stanie wolnym, taka sama liczba opiekunów owdowiała, a 15% opiekunów było po rozwodzie. Istotnych danych dostarcza zestawienie informacji dotyczących stopnia pokrewieństwa pomiędzy opiekunem a pacjentem. W 43% opiekun był rodzicem pacjenta, w 23% pozostawał z nim w związku małżeńskim. Dziecko pacjenta sprawowało nad nim opiekę w 13%, natomiast rodzeństwo pacjenta opiekowało się nim w 10%. W 75% przypadków pacjent należał do wspólnego gospodarstwa domowego razem z opiekunem. Przy czym najliczniejsza grupa opiekunów (30%) poświęcała swemu podopiecznemu zaledwie 1–4 godzin tygodniowo, nieco mniejsza (28% opiekunów) 5–8 godzin tygodniowo. 22% opiekunów poświęcało swemu podopiecznemu powyżej 32 godzin tygodniowo. Dane dotyczą różnej formy kontaktu (kontakt bezpośredni, ale również telefoniczny) w okresie czterech tygodni przed pobytem w szpitalu.

METODA

W celu zebrania danych dotyczących poziomu obciążenia opiekunowie samodzielnie wypełniali Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (*Involvement Evaluation Questionnaire*) oraz Ogólny Kwestionariusz Zdrowia Davida Goldberga w wersji z 12 pozycjami (*General Health Questionnaire-12*). Polskie tłumaczenie Kwestionariusza Oceny Zaangażowania (IEQ) powstało w 2000 roku w Katedrze i Klinice Psychiatrii we Wrocławiu na potrzeby badania EDEN [2, 13]. IEQ wypełnia wskazana przez pacjenta najbliższa mu osoba – opiekun kluczowy. Warto zwrócić uwagę, że zaproponowana przez pacjenta osoba nie musi być opiekunem formalnym. Podobnie nie musi być osobą obiektywnie najbardziej angażującą się w opiekę nad pacjentem, jedynym wymaganiem narzuconym przez twórców kwestionariusza jest poświęcanie pacjentowi przynajmniej jednej godziny w tygodniu. Ocena dokonywana przez opiekuna obejmuje cztery ostatnie tygodnie przed badaniem. Wyniki IEQ opracowywane są albo na podstawie skali Likerta zastosowanej w badaniu oryginalnym, albo też na podstawie skali zdy-

chotomizowanej, gdzie 0 oznacza brak konsekwencji, a 1 – prawdziwe konsekwencje. Ta ostatnia kategoria może być wprowadzona, gdy udzielona odpowiedź ma wagę większą niż tylko „czasami”, a więc „dość często” – 3, „prawie zawsze” – 4. W niniejszym badaniu zastosowano oba rodzaje analizy wyników. Pozycje kwestionariusza budują cztery podskale. Podskala „napięcie” dotyczy napiętych stosunków między opiekunem a podopiecznym, wynikających z uciążliwych zachowań pacjenta, zaś podskala „martwienie się” związana jest z obawami doświadczanymi przez opiekuna, a związanymi ze zdrowiem, bezpieczeństwem i przyszłością chorego. Podskala „nadzór” odnosi się do działań opiekuna związanych z konieczną kontrolą różnych obszarów funkcjonowania podopiecznego. Podskala „nakłanianie” dotyczy konieczności motywowania i mobilizowania chorego do wykonywania czynności życia codziennego [por. 13, 14].

GHQ-12 [15, 16] stanowi często stosowane narzędzie do przesiewowych badań populacji w kierunku niepsychotycznych zaburzeń psychicznych, stanowiąc jednocześnie ogólną miarę zdrowia psychicznego i przeżywanego dystresu. Stworzono kilka wersji narzędzia – pierwotna, składająca się z 60 pozycji, ustąpiła miejsca wersjom 30-, 28-, 12-punktowym. Zarówno rzetelność, jak i trafność różnych wersji kwestionariusza była wielokrotnie sprawdzana w toku badań. Polskie analizy walidacyjne prowadzone były przez zespół Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi [16]. Istnieje kilka metod punktacji GHQ, z których najlepsze okazują się dwie: punktacja GHQ oraz punktacja Likerta. Punktacja GHQ zakłada przypisanie następującej punktacji każdej odpowiedzi („w ogóle nie”, „nie bardziej niż zwykle”, „raczej bardziej niż zwykle”, „znacznie bardziej niż zwykle”): 0–0–1–1. Służy więc identyfikacji „obszaru”. Punktacja Likerta polega na przydzieleniu poszczególnym odpowiedziom następującej punktacji: 0–1–2–3, a dane uzyskane dzięki tej punktacji dotyczą zarówno „obszaru”, jak i „intensywności”. W praktyce obie wspomniane punktacje mają podobną wartość [16].

WYNIKI

Na wyniki w obszarze obciążenia opiekuna, oprócz zmiennych, które wydają się stabilne bez względu na odmienności kulturowe, jak płeć opiekuna, czy też relacja pokrewieństwa między opiekunem a pacjentem, wpływ będą miały również zmienne związane z radzeniem sobie ze stresem oraz korzystaniem przez opiekuna z oferty psychoedukacyjnej, prewencyjnej i rehabilitacyjnej. Współczesne modele predykcyjne obciążenia potwierdzają, że trzy grupy czynników wpływają na odczuwane przez opiekuna brzemienie. Grupy te stanowią: czynniki związane z osobą pacjenta, czynniki związane

z osobą opiekuna oraz czynniki związane z charakterem relacji między nimi [17]. Stąd też w niniejszym badaniu zwrócono uwagę na zmienne należące do poszczególnych grup czynników.

Obciążenie opiekunów

Najistotniejsze obciążenie opiekunowie przeżywali w ramach obciążenia subiektywnego – średni wynik w podskali „napięcie” wynosił $15,68 \pm 7,956$, a w podskali „martwienie się” – $16,72 \pm 5,314$. W podskali „nakłanianie” średni wynik obciążenia wyniósł $15,33 \pm 9,456$, natomiast w podskali „nadzór” $7,533 \pm 5,020$. Prawoskośny rozkład wyników podskali „martwienie się” powoduje, że ten obszar ma istotny wkład w ogólny poziom obciążenia.

Analizie poddano rzeczywiste konsekwencje opieki, jakich doświadczają badani opiekunowie. Obliczono je, przyjmując, że prawdziwe konsekwencje dotyczą tych obszarów, w których waga odpowiedzi była większa aniżeli „czasami” (a więc „dość często” – 3 lub „prawie zawsze” – 4). W obszarze martwienia się aż 57% opiekunów doświadczają rzeczywistych konsekwencji opieki, w obszarze nakłaniania nieco mniej, bo 38% opiekunów. Znikomy odsetek opiekunów doświadczają rzeczywistych konsekwencji obciążenia opieką w obszarze napięć interpersonalnych (2%) oraz nadzorowania podopiecznego (2%). Sądzić można, że zamartwianie się różnymi aspektami funkcjonowania podopiecznego stanowi nieodłączny atrybut opieki nad chorym, co ma swoje uzasadnienie, biorąc pod uwagę konsekwencje choroby w postaci upośledzenia samodzielności życiowej oraz funkcjonowania społecznego chorych.

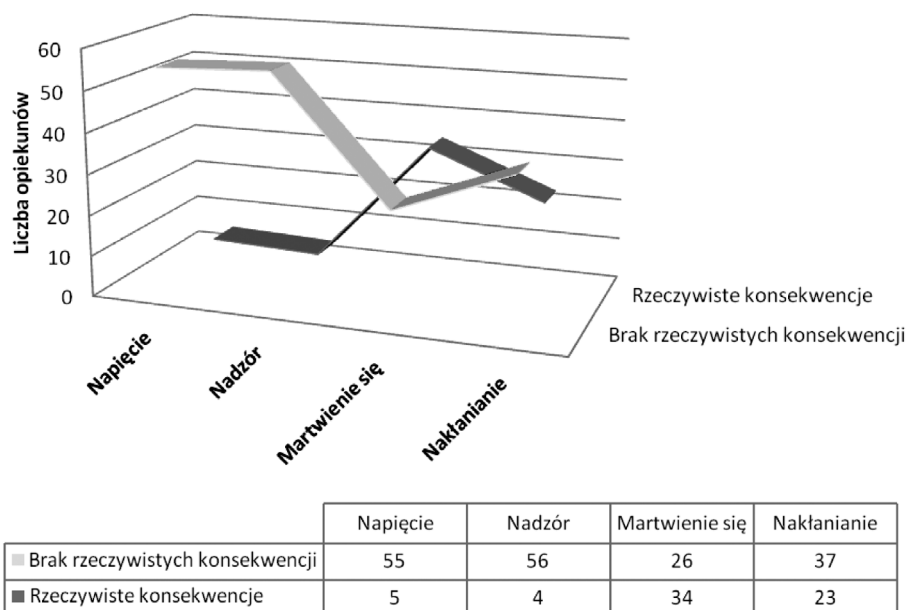
Obszary prawdziwych konsekwencji, jakich doświadczają badani opiekunowie, przedstawiono na ryc. 1.

Obciążenie odczuwane przez opiekuna w podskali „napięcie” oraz podskali „martwienie się” zróżnicowane jest w zależności od jego płci. Opiekunowie-kobiety odczuwają w tych obszarach istotnie wyższe obciążenie (odpowiednio $t=2,096$ przy $p=0,040$ oraz $t=2,609$ przy $p=0,011$). Im wyższy wiek opiekuna, tym wyższe odczuwalne obciążenie we wspomnianych obszarach. Umiarkowaną korelację odnotowano w zakresie podskali „martwienie się” ($r=0,423$, przy $p=0,000$). Niewielkie istotne statystycznie korelacje występują pomiędzy wiekiem opiekuna i wynikami IEQ w podskali „napięcie” ($r=0,342$ przy $p=0,007$) oraz „nakłanianie” ($r=0,265$ przy $p=0,040$).

Wiek pacjenta koreluje negatywnie z obciążeniem opiekuna w zakresie „martwienia się” na poziomie istotnym statystycznie ($r=-0,291$ przy $p=0,02$). Innymi słowy, im młodszy pacjent, tym bardziej nasilone zamartwianie się opiekuna o przyszłość finansową podopiecznego, a także jego przyszłość w ogóle, ogólny stan zdrowia chorego, jego bezpieczeństwo i otrzymywane leczenie. Nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy poziomem obciążenia opiekuna a płcią podopiecznego.

Obciążenie opiekunów a ich ogólny stan zdrowia

Wyniki analiz statystycznych przedstawione w poniższej tabeli wskazują na istotną statystycznie zależność pomiędzy wynikami uzyskanymi w poszczególnych podskalach IEQ a wynikami GHQ-12, obliczonymi różnymi metodami (punktacja GHQ oraz punktacja Likerta). Przy analizie wyników stenowych GHQ i ich korelacji z podskalami IEQ warto zwrócić uwagę, że najwyższą korelację uzyskano pomiędzy wynikiem stenowym interpretowanym w odniesieniu



Rycina 1. Rzeczywiste konsekwencje opieki w poszczególnych podskalach IEQ, n=60.

Figure 1. Real consequences of care in the particular subscales of IEQ, N=60.

do całej zbiorowości a wynikami IEQ w podskali „napięcie” ($r=0,67$, przy $p=0,00$). Podobnie wynik surowy obliczany metodą GHQ koreluje wysoko z wynikami IEQ w podskali „napięcie” ($r=0,60$, przy $p=0,00$) (por. tab. 1). Im wyższe obciążenie opiekunów pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne, tym wyższe wyniki w skali GHQ, a więc tym gorsze wyniki na kontinuum zdrowie – choroba.

Biorąc pod uwagę odsetek rzeczywistych przypadków w GHQ-12, należy podkreślić, że w niniejszym badaniu aż 67% badanych opiekunów doświadczało rzeczywistego pogorszenia stanu zdrowia. Przeżywanie obciążenia w obszarze napięcia interpersonalnego wyjaśnia nawet 45% wariacji wyników (wynik stenowy w odniesieniu do badanej zbiorowości). Wynik jest o tyle istotny, że stanowi potwierdzenie obserwowanego klinicznie faktu pogarszania dobrostanu psychicznego u opiekunów rzeczywiście obciążonych opieką nad podopiecznym. Sugeruje to również konieczność zaproponowania opiekunom odpowiednich form interwencji, mających na celu obniżenie przeżywanego obciążenia.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Najistotniejsze obciążenie opiekunowie przeżywali w ramach obciążenia subiektywnego – w zakresie zamartwiania się, napięcia interpersonalnego oraz nakłaniania. Podobne wyniki w populacji polskiej uzyskał Hadryś [18, 19]. Podobne wyniki odnośnie tendencji do zamartwiania się uzyskali van Wijngaarden i wsp., badając opiekunów pacjentów depresyjnych – około 25–50% z nich martwiło się zdrowiem podopiecznego, jego leczeniem, bezpieczeństwem oraz przyszłością [20].

Jednocześnie jedynie część z badanych opiekunów odczuwało nasilone, rzeczywiste konsekwencje opieki. Najdotkliwiej doświadczano ich w obszarze zamartwiania się, następnie nakłaniania, najslabiej zaś w obszarze nadzorowania. W zakresie napięć interpersonalnych oraz nadzoru opiekunowie doświadczaali w zdecydowanej większości objawów obciążenia o niewielkim nasileniu. Wyniki powyższe są zbieżne z uzyskanymi w badaniach Hadrysia [18, 19]. Sądzić więc można, że zamartwianie się różnymi

Tabela 1. Zależność między obciążeniem opiekunów (IEQ) i stanem zdrowia opiekunów (GHQ-12), $n=52$.

Table 1. Relation between carers' burden (IEQ) and their health status (GHQ-12), $N=52$.

Analizowane zmienne	Średnia	Odchylenie standardowe	Korelacja $r_{(x,y)}$	Wariancja r^2	Statystyka t	Poziom istotności p
GHQ-12_ws-GHQ	4,63	3,44				
IEQ napięcie	16,13	7,81	0,60	0,36	5,26	0,0000
IEQ nadzór	7,90	5,20	0,39	0,15	3,02	0,0040
IEQ martwienie się	16,56	5,52	0,39	0,15	2,96	0,0046
IEQ nakłanianie	15,46	9,96	0,45	0,21	3,61	0,0007
GHQ-12_ws – Likerta	15,67	6,62				
IEQ napięcie	16,13	7,81	0,61	0,37	5,39	0,0000
IEQ nadzór	7,90	5,20	0,41	0,17	3,15	0,0028
IEQ martwienie się	16,56	5,52	0,42	0,18	3,31	0,0017
IEQ nakłanianie	15,46	9,96	0,48	0,23	3,85	0,0003
GHQ-12_sten Likerta – płeć	6,73	1,96				
IEQ napięcie	16,13	7,81	0,53	0,28	4,43	0,0001
IEQ nadzór	7,90	5,20	0,36	0,13	2,70	0,0093
IEQ martwienie się	16,56	5,52	0,38	0,15	2,94	0,0050
IEQ nakłanianie	15,46	9,96	0,38	0,15	2,92	0,0052
GHQ-12_sten Likerta – zbiorowość	7,04	1,90				
IEQ napięcie	16,13	7,81	0,67	0,45	6,36	0,0000
IEQ nadzór	7,90	5,20	0,37	0,14	2,85	0,0063
IEQ martwienie się	16,56	5,52	0,48	0,23	3,91	0,0003
IEQ nakłanianie	15,46	9,96	0,42	0,18	3,27	0,0019

GHQ-12_WS-GHQ oznacza wynik surowy obliczany wg punktacji GHQ (0–0–1–1)

GHQ-12_WS-Likerta oznacza wynik surowy obliczany wg punktacji Likerta (0–1–2–3),

GHQ-12_sten Likerta-Płeć oznacza wynik stenowy dla danej płci obliczany wg punktacji Likerta (0–1–2–3)

GHQ-12_sten Likerta-Zbiorowość oznacza wynik stenowy dla całej zbiorowości obliczany wg punktacji Likerta (0–1–2–3).

aspektami funkcjonowania podopiecznego stanowi nieodłączny atrybut opieki nad chorym, co ma swoje uzasadnienie, jeśli wziąć pod uwagę konsekwencje choroby w postaci upośledzenia samodzielności życiowej oraz funkcjonowania społecznego chorych.

Biorąc pod uwagę współzależność stanu zdrowia i obciążenia opiekunów, wykazano, że istnieje bardzo wyraźna zależność pomiędzy doświadczanym obciążeniem opieką w różnych aspektach a gorszym stanem zdrowia opiekunów. 67% badanych opiekunów doświadczało rzeczywistego pogorszenia stanu zdrowia (GHQ-12). Przeżywanie obciążenia w obszarze napięcia interpersonalnego wyjaśnia nawet 44% wariacji wyników (wynik stenowy w odniesieniu do badanej zbiorowości). Zbliżony wynik uzyskał w swoich analizach Hadryś – ogólny wynik stanu zdrowia opiekuna mierzony skalą GHQ-28 korelował na poziomie 0,40 z obciążeniem opiekuna w aspekcie napięć interpersonalnych ($p < 0,05$) [19]. Goossens i wsp. ustalili, że symptomy dystresu opiekunów (badane z zastosowaniem GHQ) istotnie korelują z poziomem doświadczanych konsekwencji opieki (ocnianych za pomocą IEQ), stąd sugerują, że każdemu opiekunowi doświadczającemu pogorszenia stanu zdrowia należy dostarczyć odpowiedniego wsparcia i psychoedukacji w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z opieką [21].

Planując i realizując działania zaplanowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego, należy brać pod uwagę perspektywę opiekunów, w tym poziom odczuwanego przez nich obciążenia i ogólny stan zdrowia. Jak wynika z doświadczenia klinicznego, czynniki te mogą bowiem wpływać na kierowanie chorego do opieki zinstytucjonalizowanej albo też – z drugiej strony – na dłuższe i bardziej satysfakcjonujące funkcjonowanie chorego w środowisku.

WNIOSKI

1. Poziom odczuwanego przez opiekuna obciążenia wiąże się z jego wiekiem i płcią. Starsi opiekunowie oraz opiekunowie-kobiety odczuwają wyższe obciążenie subiektywne („martwienie się” oraz „napięcia interpersonalne”).
2. Młodszy wiek pacjentów związany jest z wyższym obciążeniem opiekunów w aspekcie zamartwiania się, przy czym poczucie obciążenia opiekuna pozostaje niezależne od płci podopiecznego.
3. Stan zdrowia opiekuna może być istotnym wyznacznikiem obciążenia opiekuna we wszystkich wymiarach, przede wszystkim w obszarze napięcia interpersonalnego. Trudna, stresogenna rela-

cja z chorującym podopiecznym może być obszarem kluczowym dla pojawiania się u opiekunów zaburzeń psychicznych o łagodnym nasileniu.

PIŚMIENNICTWO

1. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kiejna A. Konsekwencje opieki nad pacjentem z zaburzeniem psychicznym – definicje i narzędzia oceny. *Psychiatr Pol.* 2010; 44(4):519–27.
2. Samele C, Manning N. Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *Eur Psychiatry.* 2000; 20(15): 196–204.
3. Awad AG, Voruganti LNP. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. A Review. *Pharmacoeconomics.* 2008; 26(2): 149–162.
4. Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990; 25: 289–297.
5. Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspect Psychiatr Care.* 2002; 38(2): 61–8.
6. Kartalova-O’Doherty Y, Doherty DT. Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed methods analysis. *Scand J Caring Sci.* 2008; 22(1): 19–28.
7. Stengård E. Caregiving types and psychosocial well-being of caregivers of people with mental illness in Finland. *Psychiatr Rehabil J.* 2002; 26(2): 154–64.
8. Wittmund B, Wilms HU, Mory C, Angermeyer MC. Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37(4): 177–82.
9. Möller-Leimkühler AM. Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005; 255(4): 223–31.
10. Harvey K, Burns T, Fahy T, Manley C, Tattan T. Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36(9): 456–461.
11. Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS, Kilian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A. EuroSC Research Group Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry.* 2007; 190: 333–8.
12. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40: 899–904.
13. van Wijngaarden B, Schene AH, Koerter M, Vázquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, McCrone P. Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version. EPSILON study 4. *Brit J Psychiatry.* 2000; 177(suplement 39): 21–27.
14. Ciałkowska M, Hadryś T, Kiejna A. Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (Involvement Evaluation Questionnaire) – charakterystyka i zastosowanie. *Psychiatr Pol.* 2009; 43(4): 435–44.
15. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine.* 1979; 9: 139–145.
16. Goldberg D, Williams P, Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera; 2001.

17. Schene, AH, van Wijngaarden, B, Koeter, MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*. 1998; 24: 609–618.
18. Hadryś T. Badanie obciążeń rodzin pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Rozprawa doktorska. Wrocław 2005.
19. Hadryś T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(5): 363–372.
20. van Wijngaarden B, Schene A, Koeter M. Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress and help seeking. *J Affect Disord*. 2004; 81(3): 211–222.
21. Goossens PJJ, van Wijngaarden B, Knoppert-van der Klein EAM, van Achterberg T. Family caregiving in bipolar disorder: Caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*. 2008; 54(4): 303–316.

Nadesłano/Submitted: 17.05.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 25.06.2012. Przyjęto/Accepted: 12.07.2012.

Adres/Address: dr n. med. Magdalena Ciałkowska-Kuzmińska, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel. 71-7841600, e-mail: magdalena.cialkowska-kuzminska@am.wroc.pl