

## PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

# Ocena poziomu wypalenia członków rodzin w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową objętych domową opieką paliatywną

## Assessment of burnout level among oncological patients' home caregivers in palliative homecare

MARTA GAWLIK<sup>1, A-G</sup>, DONATA KURPAS<sup>2, 3, D, E</sup>

<sup>1</sup> Ośrodek Medyczny Samarytanin w Opolu

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

<sup>3</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

**Streszczenie** **Wstęp.** W domowej opiece paliatywnej często pomija się trudności opiekunów domowych, którzy stają się członkami zespołów terapeutycznych. Zespół wypalenia opiekunów domowych staje się narastającym problemem w domowej opiece paliatywnej.

**Cel pracy.** Celem głównym pracy była ocena poziomu wypalenia w opiece wśród opiekunów domowych pacjentów z chorobą nowotworową objętych domową opieką paliatywną. Celem szczegółowym było określenie czynnika wpływającego na zachowania zdrowotne opiekunów.

**Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 100 opiekunów, ze 100 odrębnych rodzin, sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą onkologiczną, objętymi świadczeniem domowej opieki paliatywnej. Narzędziem pomiaru był kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (MBI).

**Wyniki.** Średni okres opieki sprawowanej nad pacjentem wyniósł  $1,9 \pm 2,01$  lat (zakres: od 2 miesięcy do 9 lat). Pacjenci będący pod opieką rodziny byli w trakcie leczenia onkologicznego i paliatywnego. Ogólny wynik MBI wyniósł  $5,1 \pm 12,62$  punkta. Najwyższy wynik respondenci uzyskali w kategorii obniżonego poczucia osiągnięć. Wyniki wykazały istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ) różnice między poszczególnymi kategoriami IZZ.

**Wnioski.** Wyniki Kwestionariusza Maslach Burnout Inventory (MBI) wskazują na średni poziom wypalenia. Uwagę należy skupić na wsparciu społecznym dla tej grupy opiekunów. Wskazana jest kontynuacja badań w tym zakresie.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, domowa opieka paliatywna, opiekun.

**Summary** **Background.** When considering palliative homecare, often the daily problems of home caregivers who become members of therapeutic teams are neglected. Their burnout syndrome poses an exacerbating difficulty emerging during the palliative homecare.

**Objectives.** The key issue under investigation was assessment of the burnout level among the oncological patients' home caregivers receiving palliative homecare as well as indication of factors influencing health practices applied by the carers.

**Material and methods.** The research group consisted of 100 caregivers from 100 different families providing support to oncological patients being subjects to the palliative care provision. The author's own survey as well as two standardized questionnaires: Health Behaviour Inventory (IZZ) and Maslach Burnout Inventory (MBI) served as evaluation tools.

**Results.** The mean length range of care performed over a patient was  $1.9 \pm 2.01$  years (from 2 months up to 9 years). The patients were nursed by the family and at the same time they were subjects to both oncological and palliative treatment. The average MBI result was  $5.1 \pm 12.62$  points. The respondents obtained the highest result within the category of reduced sense of achievement. The research results indicated statistically significant differences ( $p < 0.001$ ) between individual IZZ categories.

**Conclusions.** The burnout level among oncological patients' home caregivers is average. Special attention should be pointed to the social support to that group of carers. Further research of the issue is recommended.

**Key words:** quality of life, palliative homecare, caregiver.

## Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia, jednym z celów opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia pacjenta chorego onkologicznie w zaawansowanym stadium choroby. W swojej definicji opieka ta obejmuje również rodzinę, w której znajduje się pacjent [1]. Wykwalifikowany zespół terapeutyczny Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej w pracy nad pacjentem potrafi złagodzić objawy choroby i przeciwdziałać bólowi. Rodzinie towarzyszy w trudnych momentach swoim wsparciem psychicznym i przez edukację przyczynia się do podniesienia poziomu wiedzy członków rodziny na temat choroby i w opiece nad chorym. Przyczy-

nia się to do wypracowania trwałych zmian w postawach i przystosowania się do nowego funkcjonowania z przewlekłą chorobą w domu [2].

Zespoły Domowej Opieki Paliatywnej pracujące w środowisku domowym chorego całość swojej uwagi skupiają na pacjencie, z częstym pominięciem członków rodziny i brakiem obserwacji w kierunku zmęczenia i wypalenia w sprawowanej opiece nad chorym przez rodzinę.

Pomoc w pokonaniu zmęczenia, lęku i barier psychicznych, z jakimi musi sobie poradzić opiekun osoby chorej na chorobę nowotworową, może zapobiec wyczerpaniu, które może być konsekwencją opieki nad chorym. Rodziny przy udziale wykwalifikowanego zespołu terapeutyczne-

go są zdolne do sprawowania efektywniejszej opieki nad pacjentem w środowisku domowym, co niewątpliwie może przyczynić się do podwyższenia jakości życia zarówno pacjenta, jak i wzrostu świadomości i poziomu wiedzy na temat choroby i opieki nad pacjentem u członków rodzin [3].

W Polsce Domowa Opieka Paliatywna jest najlepiej rozwiniętą formą świadczenia w ramach medycyny paliatywnej, choć nadal mało dostępną dla pacjentów, w konsekwencji małej liczby ośrodków świadczących takie usługi. Dla przykładu w roku 2007 w Polsce zarejestrowano około 284 zespoły Domowej Opieki Paliatywnej dla dorosłych i 42 dla dzieci [4].

Obecność chorego w domu działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego między pacjentem a rodziną [5]. Choroba jednego członka rodziny pozostającego w domu zwraca uwagę pozostałych domowników na zachowania zdrowotne i konieczność badań profilaktycznych, których celem jest wczesne wykrycie choroby nowotworowej. Członkowie rodzin nierzadko podejmują praktyki prowadzące do zmian diety czy rezygnacji z używek. Trudne jest to do zrealizowania, gdy podczas choroby osoby najbliższej cała uwaga jest skupiona na pacjencie, a członkowie rodzin ulegają zespołowi wypalenia w opiece, pozostając bez wsparcia ze strony zespołu terapeutycznego i społeczeństwa.

Na potrzeby przeprowadzonych badań członkowie rodzin są zamiennie nazywani opiekunami. Opiekunowie w tym przypadku są członkami rodzin, którzy sprawują bezpośrednią opiekę nad pacjentem chorym onkologicznie w środowisku domowym.

## Cel pracy

Celem głównym pracy była ocena poziomu wypalenia w opiece wśród opiekunów domowych pacjentów z chorobą nowotworową objętych domową opieką paliatywną. Celem szczegółowym było określenie czynnika wpływającego na zachowania zdrowotne opiekunów.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 100 opiekunów, w 100 niezależnych rodzinach, sprawujących opiekę nad pacjentami onkologicznymi, będącymi dla siebie bliskimi członkami rodziny. Średnia wieku opiekunów wynosiła  $45 \pm 13,25$  lat (zakres 21–82 lat). Wśród badanej grupy członków rodzin 69% stanowiły kobiety, 31% – mężczyźni. 38% ankietowanych nie pracowało zawodowo z powodu choroby członka rodziny, 6% – korzystało z urlopu wypoczynkowego, 3% – ze zwolnienia lekarskiego. Najwięcej osób miało wykształcenie średnie (39%), następnie – wyższe (36%), a jedna czwarta (25%) – wykształcenie zawodowe. Wszyscy ankietowani byli objęci opieką Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej Ośrodka Medycznego Samarytanin w Opolu. Badanie przeprowadzono od listopada 2012 do kwietnia 2013 r.

Narzędzie pomiaru stanowił autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusze standaryzowane – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) i Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (MBI). Kwestionariusz autorski zawierał dane socjodemograficzne oraz 15 pytań zamkniętych, dotyczących: czasu sprawowanej opieki i problemów z tym związanych, uzyskanego wsparcia w opiece, wpływu wizyt zespołu terapeutycznego na poziom wiedzy o chorobie i opiece oraz wpływu używek stosowanych przez członka rodziny sprawującego opiekę nad chorym na stan zdrowia.

Do oceny poziomu zachowań zdrowotnych zastosowano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego [6]. Kwestionariusz składa się z 24 twierdzeń opisujących różne zachowania związane ze zdrowiem. Badani mogą też dopisać na końcu własne propozycje zachowań. Narzędzie badawcze obejmuje cztery kategorie – domeny za-

chowań zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach 24–120 punktów. Im wynik jest wyższy, tym większe nasilenie deklarowanych przez respondentów zachowań zdrowotnych. Uzyskaną liczbę punktów można przeliczyć na steny i interpretować w kategoriach wyników niskich (1–4 stena), średnich (5–6 stena) i wysokich (7–10 stena).

W badaniu zastosowano również Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego – Maslach Burnout Inventory (MBI), opracowanego w 1981 r. przez C. Maslacha i S.E. Jacksona [7]. Wystandaryzowane narzędzie pomiaru ocenia stopień wyczerpania emocjonalnego (9 pozycji), depersonalizacji (5 pozycji) i brak osiągnięć zawodowych (8 pozycji). Pozycje testowe w podskalach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji są sformułowane negatywnie, a w podskali obniżonego poczucia dokonań osobistych – pozytywnie. Wysokie wyniki w pierwszych dwóch podskalach i niski w trzeciej świadczą o znacznym poziomie wypalenia zawodowego w opiece nad chorym. Pytania od 1 do 9 odnoszą się do wyczerpania emocjonalnego, od 10 do 14 dotyczą zespołu objawów związanych z depersonalizacją, a pytania od 15 do 20 – satysfakcji zawodowej. Miara zagrożenia wypaleniem zawodowym wynika z sumy twierdzących w skali I i II (pytania 1–9 i 10–14) oraz przeczących odpowiedzi w skali III (pytania 15–20). Wyniki ostatniej skali należy interpretować uwzględniając odmienność znaku tego wymiaru wypalenia zawodowego: wysoka satysfakcja zawodowa oznacza niską wartość wypalenia, czyli wysoka satysfakcja jest odwrotnością syndromu wypalenia się. Wybór kwestionariusza znalazł uzasadnienie w twierdzeniu, że opieka nad pacjentem w domu jest formą pracy. W przypadku członków rodzin mówimy również o wypaleniu się w opiece nad chorym.

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie  $p < 0,05$ , a za wysoce istotne –  $p < 0,01$ . Zachowania prozdrowotne członków rodzin – ogółem i w zależności od wykształcenia – analizowano testem Kruskala-Wallisa, a porównanie między skalami przeprowadzono testem Friedmana. Wyniki analiz przedstawiono w tabelach licznosci, tabelach dwudzielczych i tabelach statystyk opisowych oraz na wykresach.

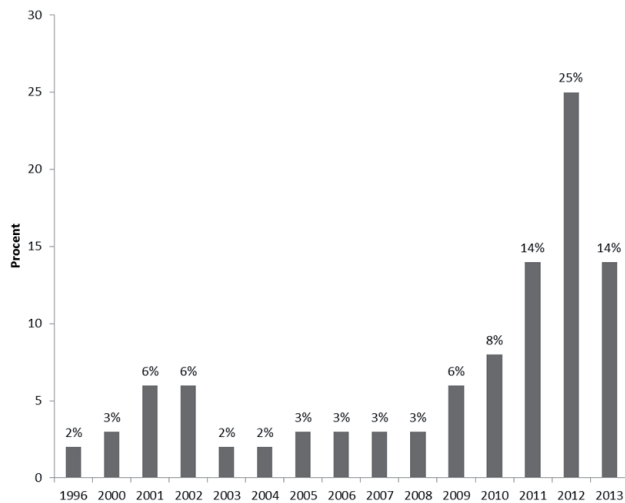
Badanie rozpoczęto po otrzymaniu zgody Komisji Bioetycznej UM we Wrocławiu (nr zgody: KB- 225/2013).

## Wyniki

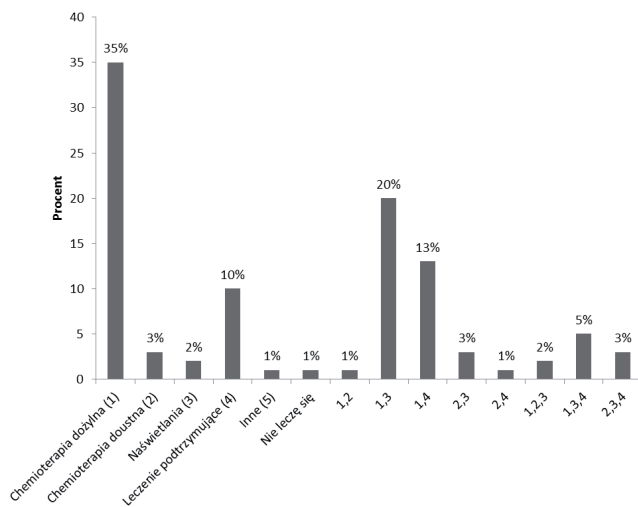
Średni okres sprawowania opieki nad chorym to  $1,9 \pm 2,01$  lat (zakres od 2 miesięcy do 9 lat). Pytanie o rok diagnozy pozwoliło na określenie długości czasu opieki członków rodziny i Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej nad pacjentem. 25% opiekunów sprawowało opiekę nad chorym w domu od 2012 r., 14% pacjentów i rodzin pozostawało pod opieką zespołu w 2011 r. i 2013 r. (ryc. 1). U większości opiekunów okres sprawowanej opieki przekroczył rok.

Pod opieką rodzin pozostawali pacjenci, którzy byli w trakcie leczenia onkologicznego i paliatywnego (ryc. 2).

Ogólny wynik Kwestionariusza Maslach Burnout Inventory wynosił  $51,48 \pm 12,62$  punktów. Wśród badanych członków rodziny, będącymi opiekunami pacjentów pozostających podczas trwania choroby w domu, stwierdzono średni poziom wypalenia zawodowego (tab. 1). Wyniki uzyskano od poziomu bardzo niskiego (0–25), przez niski (26–50), aż do wysokiego (76–100). Nikt z ankietowanych nie miał bardzo wysokiego (101–132) poziomu wypalenia. Najwyższe wyniki u badanych stwierdzono w kategorii obniżonego poczucia osiągnięć.



Rycina 1. Okres sprawowanej opieki rodziny nad pacjentem w domu



Rycina 2. Rodzaj leczenia w badanej grupie pacjentów pozostających pod opieką rodziny w domu

Tabela 1. Statystyka opisowa wyniku Kwestionariusza Maslach Burnout Inventory w badanej grupie rodzin

| Kategoria  | Średnia | Odczylenie standardowe | Minimum | Dolny kwartył | Mediana | Górny kwartył | Maksimum |
|--|---------|------------------------|---------|---------------|---------|---------------|----------|
| Ogólny wynik wypalenia zawodowego według Kwestionariusza Maslach Burnout Inventory | 51,48   | 12,62                  | 22      | 42            | 54      | 61            | 100      |
| Wyczerpanie emocjonalne  | 20,40   | 5,70                   | 8       | 16            | 20      | 25            | 38       |
| Depersonalizacja   | 9,54    | 3,56                   | 3       | 8             | 9       | 11            | 26       |
| Obniżone poczucie osiągnięć  | 21,54   | 5,59                   | 4       | 17            | 23      | 25            | 36       |

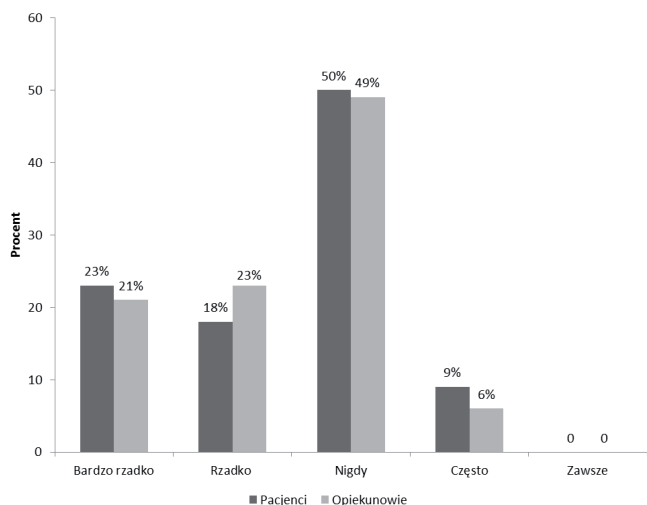
W grupie badanej opiekunów i pacjentów pozostających ze sobą często w domu zbadano korelacje między obiema grupami w używaniu nikotyny, spożywaniu alkoholu oraz stosowaniu środków uspokajających i nasennych w obu grupach. Wyniki badań wskazały na wysoce istotną ( $p < 0,0001$ ) zależność odpowiedzi na pytanie o częstot-

palenia papierosów wśród respondentów. W zależności od grupy to opiekunowie częściej sięgają po nikotynę niż pacjenci (tab. 2).

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jak często Pan/ /Pani pali papierosy?” w ankietowanej grupie pacjentów i w ankietowanej grupie rodziny i opiekunów

| Jak często pali papierosy? | Pacjenci | Opiekunowie |
|----------------------------|----------|-------------|
|                            | N        | N           |
| Bardzo rzadko              | 9        | 5           |
| Rzadko                     | 12       | 17          |
| Nigdy                      | 69       | 33          |
| Często                     | 6        | 31          |
| Zawsze                     | 4        | 14          |
|                            | 100      | 100         |

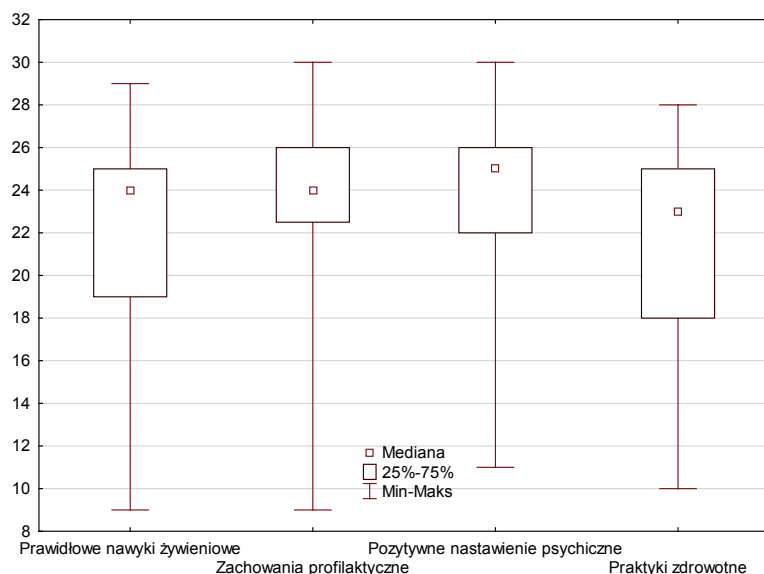
W badaniu dotyczącym częstości spożywania alkoholu w obu grupach wysoce istotna zależność ( $p < 0,0001$ ) rozkładu odpowiedzi wskazywała również na grupę opiekunów, jako respondentów częściej sięgających po alkohol. W badaniu nie stwierdzono istotnej zależności ( $p = 0,72$ ) rozkładu odpowiedzi na pytanie o częstotliwość zażywania środków uspokajających lub nasennych, w zależności od grupy. Stosowanie tych środków w obu grupach miało podobny charakter (ryc. 3).



Rycina 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie o częstotliwość przyjmowania środków uspokajających i nasennych w ankietowanej grupie opiekunów i pacjentów

Wśród badanych 84% stwierdziło, że wizyty domowe zespołu terapeutycznego przyczyniły się do podniesienia poziomu wiedzy dotyczącego prawidłowego sprawowania opieki nad chorym w warunkach domowych (6% zaprzecza temu). Grupa 10% twierdzi, że takie informacje nie były im potrzebne. Zdaniem 89% ankietowanych zespół terapeutyczny we właściwy sposób rozpoznawał potrzeby pacjenta i członków jego rodziny (8%).

Wykazano korelacje dodatnie ( $p < 0,0001$ ) między poszczególnymi kategoriami IZZ. Najwyższe wyniki odnotowano w przypadku pozytywnego nastawienia psychicznego (0,27) i kolejno w kategorii zachowania profilaktycznego (0,13), praktyki żywieniowej (0,13) i praktyki zdrowotnej (0,31) (ryc. 4). Badanie wskazało na wysoce istotną różnicę poziomu wyników w poszczególnych skalach kwestionariusza IZZ. Najwyższy wynik w badaniu osiągnięto w skali „pozytywnego nastawienia psychicznego”, gdzie przeważała grupa badanych z wyższym wykształceniem. Najwięk-



Rycina 4. Rozkład wyników podskal kwestionariusza IZZ – ogółem dla grupy opiekunów

szy rozkład wyników w skali „zachowania profilaktyczne” osiągnęli respondenci ze średnim wykształceniem, a najniższy – z wykształceniem podstawowym. Prawidłowe nawyki żywieniowe oraz praktyki zdrowotne najlepiej zachowywali badani z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Zachowania prozdrowotne członków rodzin nie różnią się istotnie ( $p > 0,05$ ) w zależności od poziomu wykształcenia.

## Dyskusja

Idea opieki paliatywnej, której głównym celem jest jakość życia chorych w zaawansowaniu choroby, powinna być oferowana pacjentom łącznie z każdym postępowaniem medycznym, na każdym etapie choroby przewlekłej. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, można stwierdzić, iż rozwój nauki w zakresie opieki paliatywnej wydaje się być jednym z istotniejszych problemów opieki medycznej.

Dotychczas nie prowadzono badań nad wypaleniem członków rodzin w opiece nad pacjentami z chorobą nowotworową, nie uzyskano doniesień z wynikami zespołu wypalenia u członków rodzin osób chorych onkologicznie. Badania takie prowadzone były głównie wśród personelu medycznego: lekarzy i pielęgniarek [7, 8]. Wyniki badań własnych nie wskazały na bardzo wysoki poziom wypalenia w opiece wśród opiekunów. Najwyższe wyniki wskazujące na wypalenie respondenci uzyskali w zakresie obniżonego poczucia osiągnięć oraz wyczerpania emocjonalnego, co ma odzwierciedlenie w rezygnowaniu z aktywności zawodowej, 38% opiekunów nie pracowało zawodowo podczas sprawowania opieki nad chorym. Podobne wyniki uzyskano badając wypalenie w opiece nad chorym pacjentem w domu z chorobą Alzheimera [9]. Poziom obciążenia opiekunów osób z chorobą Alzheimera był na poziomie wysokim (62%). Zjawisko to zostało uwarunkowane przez czynniki związane z upływem czasu. Podobne badania zostały przeprowadzone wśród rodziców osób chorych na schizofrenię przez Nitka-Siemińską (2007) [10]. Autorka dokonała porównania poziomu wypalenia wśród dwóch grup opiekunów – osób chorych na schizofrenię oraz chorych na cukrzycę typu 1.

W badanej grupie zaobserwowano wysoki poziom nasilenia wyczerpania emocjonalnego, co może świadczyć o braku wsparcia społecznego. Tworzenie przy ośrodkach medycznych punktów informacyjnych i grup wsparcia dla rodzin, gdzie opiekunowie mogą zasięgnąć podstawowych informacji i wskazówek dotyczących opieki nad chorym w domu, przyczyniłoby się do zwiększenia poziomu wiedzy w społeczeństwie na temat chorób nowotworowych,

jak również problemów związanych z opieką nad pacjentem z chorobą nowotworową. W Polsce istnieje wiele fundacji i stowarzyszeń działających przy Instytutach Onkologicznych, np. Instytut Marii Skłodowskiej-Curie we współpracy z National Cancer Institute of United State wydał bezpłatny poradnik dla opiekunów i rodzin z chorobą nowotworową. Brak jest natomiast zorganizowanych grup wsparcia, gdzie opiekunowie osób chorych i inni członkowie rodzin mieliby możliwość podzielenia się swoimi uczuciami i emocjami związanymi ze sprawowaną opieką oraz nabywałyby umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Pomoc grup wsparcia zapobiegłaby wypaleniu członków rodzin, którzy sprawują opiekę nad pacjentem i w efekcie zmniejszyłoby to liczbę rodzin decydujących się na umieszczenie chorego w placówce stacjonarnej opieki paliatywnej czy hospicyjnej [11].

W badaniach dotyczących sprawowania bezpośredniej opieki nad osobą z chorobą onkologiczną [12] stwierdza się, że opieka ta zalicza się do sytuacji stresogennych. W celu uniknięcia zespołu wypalenia u członków rodzin osób chorych onkologicznie powinni oni być świadomi, że sprawowanie opieki może nieść ze sobą stres. Sytuacja rodziny jest tym bardziej trudna, że relacje i więzi są silniejsze, aniżeli te między personelem zespołu terapeutycznego a pacjentem [13]. Jednym z zadań Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej jest edukacja członków rodziny nie tylko w praktycznych aspektach pielęgnacji chorego, ale również w nabywaniu umiejętności komunikowania się z pacjentem w różnych etapach jego choroby oraz umiejętności radzenia sobie z negatywnymi uczuciami i emocjami własnymi i pacjenta, które mają wpływ na otoczenie [14].

Uzyskane wyniki pokazują, że dzięki wizytom zespołu terapeutycznego w domu pacjenta i prowadzonej przez zespół edukacji członkowie rodzin uzyskali większą wiedzę na temat pielęgnacji chorego, co zapewniało poczucie bezpieczeństwa i lepszej kontroli nad sytuacją w przypadku pojawienia się skutków ubocznych leczenia i progresji choroby. Zdecydowana większość badanej grupy członków rodzin stwierdza, że zespół trafnie rozpoznaje potrzeby pacjenta i rodziny oraz podaje rozwiązania problemu pielęgnacyjnego.

Wyniki badań własnych wskazały, że u większości członków rodzin okres sprawowania opieki nad pacjentem wyniósł ponad rok. Świadczy to o fakcie objęcia domową opieką paliatywną pacjenta na początku i w trakcie aktywnego procesu terapeutycznego, a nie po jego zakończeniu. W wielu ośrodkach pacjenci obejmowani są opieką domową przez lekarzy na początku podejmowanego leczenia, jak w przypadku chorych ze szpiczakiem mnogim [15], gdzie



w opiece paliatywnej nad chorym należy uwzględnić potrzebę zapobiegania i leczenia objawowego zaostrzeń choroby. Z wyników pracy, która ukazała się w 2010 r. na łamach pisma *New England Journal* wynika, że pacjenci z zaawansowanym niedrobnokomórkowym nowotworem płuca, którym zaoferowano wczesną opiekę paliatywną w połączeniu ze standardową opieką onkologiczną, żyli średnio 3 miesiące dłużej niż chorzy, którzy tej opieki nie otrzymali [16]. Prowadzenie badań w tym zakresie oraz wdrażanie modelu opieki domowej od początku choroby, na etapie zaostrzenia do stanu terminalnego pacjenta, oznacza, że kompleksowy model leczenia pacjenta onkologicznego może wpłynąć na uzyskanie lepszych wyników w dziedzinie onkologii.

Przeprowadzone badania wykazały, że wykształcenie badanych osób nie było czynnikiem decydującym w zachowaniach prozdrowotnych badanej grupy. Należałoby zbadać, jaki czynnik wpływa na zmianę postaw prozdrowotnych w rodzinie z pacjentem z chorobą nowotworową. Czy jest to obecność osoby chorej i to ona kształtuje postawy zdrowotne u członków rodzin? Może to być czynnik motywujący opiekunów do badań przesiewowych. Dotychczas nie ukazały się doniesienia o zachowaniach zdrowotnych wśród opiekunów domowych pacjentów z chorobami nowotworowymi. Wyniki w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych różniły się istotnie ( $p = 0,0337$ ) w porównaniu do badań przeprowadzonych wśród opiekunów osób chorych onkologicznie ( $p < 0,0001$ ). Wyniki kategorii zachowania profilaktyczne ( $M = 21,33$ ;  $SD = 3,93$ ) i praktyki zdrowotne ( $M = 21,15$ ;  $SD = 3,49$ ) były nieco wyższe niż wyniki kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego ( $M = 20,37$ ;  $SD = 3,82$ ) i prawidłowe nawyki żywieniowe ( $M = 20,31$ ;  $SD = 4,40$ ) [17]. Odmienne przedstawiały się

wyniki opiekunów osób chorych onkologicznie, gdzie na najwyższym poziomie były wyniki w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego, a na najniższym – kategoria praktyki zdrowotne, co może świadczyć o tym, że opiekun osoby chorej jest tak skoncentrowany na pomocy i zdrowiu pacjenta, że zaniedbuje swoje zdrowie. Brak świadomości i edukacji opiekunów w tym zakresie może prowadzić do licznych zachorowań wśród opiekunów, którzy w sprawowanej opiece są podatni na ich wystąpienie. W badaniach własnych przedstawiono korelację między IZZ a wykształceniem badanej grupy. Podobne wyniki przeprowadzonych badań IZZ uzyskano wśród kobiet po mastektomii. Wskazują one przeciętny poziom zachowań zdrowotnych, na granicy wysokich. Im wyższy poziom wykształcenia, tym zachowania zdrowotne są na wyższym poziomie [18].

## Wnioski

Wyniki kwestionariusza Maslach Burnout Inventory wskazują na średni poziom wypalenia. Niskie wyniki stwierdzono w kategorii obniżonego poczucia osiągnięć oraz wyczerpania emocjonalnego. Brak wsparcia społecznego i inicjatyw wspierających opiekunów prowadzą w tej grupie do wypalenia w opiece nad pacjentem, co może skutkować częstszym umiejscowieniem pacjentów w placówkach stacjonarnych. Wykształcenie nie ma wpływu na zachowania zdrowotne wśród opiekunów. Nie uzyskano wyników świadczących o wpływie choroby członka rodziny na zachowania zdrowotne ich bezpośrednich opiekunów. Ze względu na niewielką liczbę zbadanych opiekunów i wagę problemu wskazane jest prowadzenie szerszych badań nad tym zagadnieniem.

## Piśmiennictwo

1. Connor SR, Supulvedo-Bermedo MC, eds. *Global atlas of palliative care at the end of life*. Worldwide Palliative Care Alliance, WHO; 2014: 5.
2. Kurpas D, Lukaszczuk I, Mroczek B. Opinia Polaków na temat opieki paliatywnej. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(2): 189–193.
3. Wiebe LA, Von Roenn JH. Working with a palliative care team. *Cancer J* 2010; 16(5): 488–492.
4. *Sprawozdanie Konsultanta Krajowego z dziedziny Medycyny Paliatywnej za rok 2007*. Dostępny na URL: <http://www.opiekapaliatywna.org>.
5. Kłapa W, Wilk I. Oczekiwania pielęgniarek związane z przygotowaniem do pracy wśród chorych onkologicznie i w opiece paliatywnej. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7(4): 945–949.
6. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
7. Pasikowski T, Sęk H. *Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006: 135–149.
8. Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Kędziora-Kornatowska K, et al. Selected Problems Related to Working in Oncology Departments and Hospices. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(4): 343–352.
9. Grabowska-Fundala B, Jaracz K, Smelkowska A, et al. The burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease. Preliminary results. *Now Lek* 2013; 82(1): 25–30.
10. Nikita-Siemirska A. Zespół wypalenia u rodziców osób chorujących na schizofrenię przewlekłą. Rozprawa doktorska, Akademia Medyczna, Gdańsk 2007.
11. Heaven C, Maguire P. *Psychosocial issues in palliative care*. Oxford: Oxford University Press; 2003: 13–34.
12. Wen A, Gatchell G, Tachibana Y, et al. A palliative care educational intervention for frontline nursing home staff: the impress project. *J Gerontol Nurs* 2012; 38(10): 20–25.
13. Fopka-Kowalczyk M. Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej. *Psychoonkologia* 2013; 4: 156–162.
14. Morisson RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med* 2004; 350(25): 2582–2590.
15. Graczyk M, Pyszor A, Krajnik M. Trudności w opiece nad chorym z rozpoznaniem szpiczakiem mnogim. *Adv Palliat Med* 2007; 6: 137–146.
16. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. The early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363(8): 733–742.
17. Kózka M, Majda A, Kula A. Evaluation of life quality and health behaviors of patients with stable coronary artery disease in the geriatric age. *Probl Pielęgn* 2013; 21(4): 433–442.
18. Kalwaska H. *Health behaviors among women after mastectomy and health locus of control*. Praca magisterska. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika. Toruń 2012.

Adres do korespondencji:

Mgr Marta Gawlik

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

Tel.: 781 957-268

E-mail: [gawlikm@wsm.opole.pl](mailto:gawlikm@wsm.opole.pl)

Praca wpłynęła do Redakcji: 6.05.2014 r.

Po recenzji: 20.05.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 13.11.2014 r.