

Mariusz Siemiński¹, Anna Nitka-Siemińska², Hubert Wichowicz², Edyta Drzazga³,
Małgorzata Meresta¹, Ewa Pilarska⁴, Walenty M. Nyka¹

¹Klinika Neurologii Dorosłych, Akademia Medyczna w Gdańsku

²Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych, Akademia Medyczna w Gdańsku

³Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Akademia Medyczna w Gdańsku

⁴Klinika Neurologii Rozwojowej, Akademia Medyczna w Gdańsku

Zespół wypalenia wśród opiekunów dzieci chorujących na padaczkę

Burnout syndrome among caregivers of children suffering from epilepsy

Abstract

Burnout syndrome is a condition of physical and mental exhaustion resulting from chronic exposure to negative emotions. Subjects involved in helping others for a long time (e.g. doctors, nurses, caregivers etc.) are at risk of developing burnout syndrome. The aim of this study was to assess the intensity of the burnout syndrome among caregivers of children suffering from epilepsy. We assessed 99 caregivers of children. They were asked to fill in the Maslach Burnout Inventory and Beck's Depression Index. We have found no symptoms of depression in any of the caregivers. There is a positive correlation between time passed from the diagnosis, age of the child, age of the caregiver and the level of emotional exhaustion. Subjects taking care of a child lonely, without any familial support had higher results in subscales of emotional exhaustion and depersonalisation. They were also characterised by lower self-esteem as well.

key words: caregivers, burnout syndrome, epilepsy

Wstęp

Termin *burnout syndrome* wprowadził amerykański analityk H.J. Freudenberg w 1974 roku. Rozumiął przez to „spadek energii u pracownika pojawiający się na skutek przytłoczenia problemami innych” [1]. Datę tę można uznać za początek naukowych badań nad zjawiskiem „wypalenia”. Zwrócono wtedy uwagę, że — bez względu na wykonywaną profesję — u niektórych ludzi występują podobne objawy „stanu fizycznego i psychicznego wyczerpania, który powstaje w wyniku działania długotrwałych negatywnych uczuć, rozwijających się w pracy i w obrazie własnym człowieka” [2]. Zauważono, że zespół wypalenia dotyczy głównie osób wykonujących pracę, której istotą jest praca z ludźmi. W języku angielskim zawody te okre-

ślane są pojęciem *human service*, zwrot trudny do pełnego, adekwatnego przetłumaczenia na język polski. Do zawodów tych zalicza się służbę zdrowia (lekarzy, pielęgniarki, psychologów, logopedów, rehabilitantów), nauczycieli, policjantów, opiekunów socjalnych, duchowieństwo i inne grupy zawodowe mające bezpośredni związek i kontakt z innymi ludźmi. Zespół wypalenia nie jest konkretną jednostką nozologiczną. Jest to raczej wielowymiarowe zaburzenie skorelowanych ze sobą nieprawidłowości psychologiczno-psychopatologicznych [3]. Tworzą je 3 grupy zaburzeń [4, 5]:

- 1. Wyczerpanie emocjonalne** — pojawiają się zaburzenia psychosomatyczne, takie jak bóle głowy, bezsenność, drażliwość, poczucie ciągłego zmęczenia; skargi hipochondryczne.
- 2. Depersonalizacja** — charakterystyczne objawy to obojętność, bezdusność, odhumanizowany stosunek do klienta/petenta/pacjenta. Lekarze nazy-

Adres do korespondencji:
lek. Mariusz Siemiński
Klinika Neurologii Dorosłych, Akademia Medyczna w Gdańsku
ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk
tel.: (0 58) 349 23 00, faks: (0 58) 349 23 20

wają ludzi na przykład „zawałami” czy „wrostkami”, a prawnicy — numerami paragrafów. Skraca się czas kontaktu z poszczególnymi ludźmi. Osoba wypalona unika kontaktu wzrokowego, zachowuje duży dystans w czasie rozmowy. Nie porusza zupełnie tematów zawodowych na płaszczyźnie towarzyskiej. Zachowane są pozory zawodowych kompetencji, ale jakość wykonywanej pracy zdecydowanie się obniża.

3. Obniżona ocena własnych możliwości — zwana jest też „fazą terminalną”. Pracownik wypada ze swojej roli, praca jest dla niego źródłem udręki i cierpienia. Dlatego też pracownik bądź z niej rezygnuje, bądź stara się „łagodzić” nieprzyjemne objawy na przykład alkoholem czy innymi używkami.

Nie ma obecnie ścisłych kryteriów diagnostycznych określających, czy dana osoba jest już „wypalona”, czy też jeszcze nie. Można najwyżej oceniać stopień nasilenia objawów i mówić o większym lub mniejszym natężeniu każdego z nich. Zespół wypalenia stanowi zatem kontinuum objawów, rozciągające się od pełnego komfortu psychicznego do stanu całkowitego „wypalenia”. Na osi tej nie można jednoznacznie wyznaczyć punktów odcięcia, po przekroczeniu których u danej osoby można byłoby rozpoznawać *burnout syndrome* czy też jego wyżej wymienione składowe. Polskie tłumaczenie *burnout syndrome* jako „zespół wypalenia zawodowego” jest mylące. Zespół ten nie rozwija się jedynie w sytuacjach zawodowych. Może także dotyczyć matek wychowujących dzieci czy osób zajmujących się przewlekle chorym członkiem rodziny. Zagadnienie to przedstawiono poniżej.

Rodzina jest grupą osób, które powiązane są ze sobą więzami małżeństwa, krwi lub adopcji. Rodzina tworzy całość, jest jednostką, ale przy tym umożliwia poszczególnym swoim członkom zachowanie autonomii [6]. Choroba jednego z członków rodziny jest przyczyną modyfikacji życiowych planów i powoduje znaczne zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu rodziny. Najbardziej wyraźne jest to w przypadku chorób przewlekłych.

Jakość życia pacjentów przewlekle chorych znacznie się obniża. Ich codzienne funkcjonowanie się pogarsza, a realizacja wielu powszednich, zwykłych czynności może być trudniejsza lub wręcz niemożliwa. Na przykład — zakupy, sprzątanie domu, dbałość o ubranie są niewykonalne dla około 20% chorych na schizofrenię [7]. Obowiązki te automatycznie muszą przejść na rodzinę pacjenta. Wymaga to dużego zaangażowania, wielu wyrzeczeń i poświęceń, często doprowadza do przewlekłego zmęczenia oraz poczucia winy, iż nie wszystko robi się tak, jak powinno.

Według Fenglera obciążenie to może z kolei wpływać na deformację osobowości zdrowych członków rodziny. Nadmiar obowiązków, oczekiwań, nadziei wielokrotnie skazuje opiekunów na niepowodzenia, a te z kolei mogą prowadzić do pojawienia się lęku, obniżenia nastroju, apatii [8]. Jeżeli skargi te występują przez dłuższy czas, stają się zagrożeniem dla zdrowia psychicznego [9]. Może to doprowadzić do wystąpienia charakterystycznych cech zespołu wypalenia. Pod względem pierwotnej przyczyny różni się on nieco od wypalenia w pracy zawodowej (np. zawód można zmienić, chorego dziecka się nie porzuci). Jego przebieg i skutki są jednak zbliżone [10, 11].

W swojej pracy autorzy chcieli się zająć ewentualnym wystąpieniem zespołu wypalenia u rodziców osób chorujących na padaczkę. Wybraliśmy tę jednostkę, gdyż padaczka jest chorobą przewlekłą, wymagającą z reguły stałego leczenia i stałej ambulatoryjnej opieki medycznej. Możliwość występowania napadów, nierzadką konieczność hospitalizacji, obowiązków stałego przyjmowania leków autorzy uznali za czynnik stresogenny dla rodziny pacjenta. Zajęli się rodzicami pacjentów, zakładając, że to przede wszystkim na nich spoczywa pomoc i opieka nad chorym dzieckiem, oni są też z reguły najbardziej zaangażowani emocjonalnie.

Cel pracy

Celem pracy była:

- ocena stopnia wypalenia u opiekunów dzieci cierpiących na padaczkę;
- ocena korelacji tego zespołu z ich wiekiem, wiekiem dzieci i czasem trwania choroby;
- ocena wpływu wsparcia na wystąpienie zespołu.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród rodziców dzieci — pacjentów Przychodni Przyklicznej Poradni Neurologii Rozwojowej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2002 i 2003. Warunkiem udziału była dobrowolna zgoda rodzica na przeprowadzenie kwestionariusza oraz rozpoznana padaczka u dziecka. Badania były anonimowe.

Badania zostały przeprowadzone za pomocą zmodyfikowanego przez autorów Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI, *Maslach Burnout Inventory*) [12, 13]. Kwestionariusz ten składa się z 22 pytań. Odpowiedzi zakreśla się w 7-punktowej skali uwzględniającej, jak często występuje dany objaw: od 0 (nigdy) do 6 codziennie. Kwestionariusz dzieli się na trzy podskale. Podskala pierwsza obejmuje 9 pytań i dotyczy

wyczerpania emocjonalnego. Podskala druga opisuje nasilenie depersonalizacji. W jej skład wchodzi 5 pytań. Podskala trzecia, zbudowana z 8 pytań, to podskala samooceny. W pierwszych dwóch podskalach wyższy wynik ma negatywne znaczenie, to znaczy im wyższy wynik, tym większe wyczerpanie emocjonalne i depersonalizacja. W podskali trzeciej sytuacja jest odwrotna, to znaczy, im więcej punktów, tym lepsza samoocena. Wprowadzona przez autorów modyfikacja polegała na zmianie słów, tak by pytania odnosiły się do życia w rodzinie, a nie do pracy zawodowej. Wykorzystano także Inwentarz Depresji Becka [14, 15] oraz ankietę zawierającą pytania o cechy demograficzne rodziców i ich chorych dzieci, a także o zaangażowanie innych członków rodziny w opiekę nad dzieckiem. Uczestnicy badania podczas wizyty w przychodni otrzymywali komplet kwestionariuszy od ankieterów, którzy przeprowadzali z nimi także wstępną rozmowę kwalifikacyjną.

Wyniki

Ankieterzy rozdali 115 ankiet, uzyskano zwrótnie 99 prawidłowo wypełnionych kompletów kwestionariuszy (86%). Dobór badanej grupy miał charakter losowy. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu zrezygnowano z uwzględnienia osób, które przebyły kiedykolwiek schorzenia psychiczne. Celem tego było

wyeliminowanie odpowiedzi fałszywie dodatnich, które mogłyby być rezultatem choroby psychicznej. Przebadano 88 kobiet (88,9%) i 11 (11,1%) mężczyzn. U żadnej z badanych osób wynik Inwentarza Depresji Becka nie sugerował obecności objawów depresji, a średni wynik 2 punkty był bardzo niski.

Sześćdziesiąt osiem przebadanych osób (68,7%, 61 kobiet i 7 mężczyzn) mogło liczyć na wsparcie rodziny (podgrupa I). Natomiast 31 osób (31,3%, 27 kobiet i 4 mężczyzn), opiekowało się chorym dzieckiem samotnie (podgrupa II). Grupy te różniły się znamienne statystycznie pod względem wszystkich danych demograficznych. Odpowiednie wyniki przedstawia tabela 1.

Osoby opiekujące się dzieckiem były znamienne statystycznie starsze, więc wiek dziecka i czas trwania schorzenia były dłuższe.

Średnie wyniki w poszczególnych podskalach MBI przedstawia tabela 2. Ponieważ autorzy spodziewali się wyższego wypalenia u osób bez wsparcia, zastosowali hipotezę jednostronną.

Osoby bez wsparcia były znamienne statystycznie bardziej wyczerpane emocjonalnie i charakteryzowały się większym stopiem depersonalizacji. Ich samoocena nie różniła się znamienne statystycznie od osób ze wsparciem.

W całej badanej populacji wyniki w podskali wyczerpania emocjonalnego były dodatnio skorelowane z wie-

Tabela 1. Dane demograficzne dotyczące całej badanej populacji oraz wyodrębnionych podgrup

Table 1. Demographic data for the whole study population and subgroups

Dane	Badana populacja (n = 99)	Podgrupa I — ze wsparciem rodziny (n = 68)	Podgrupa II — bez wsparcia rodziny (n = 31)
Wiek (lata)	34,9 ± 7,7	33,9 ± 6,8	37,1 ± 9,0
Wiek chorego dziecka (lata)	7,4 ± 5,4	6,4 ± 5,1	9,5 ± 5,5*
Czas choroby (lata)	3,7 ± 4,2	3,1 ± 3,6	5,0 ± 5,1**

*0,01 > p > 0,001, **0,05 > p > 0,01, różnice pomiędzy podgrupą I vs. II, test t-Studenta, hipoteza dwustronna

Tabela 2: Wyniki w poszczególnych podskalach MBI

Table 2. The results according to the MBI subscales

Dane	Badana populacja (n = 99)	Podgrupa I — ze wsparciem rodziny (n = 68)	Podgrupa II — bez wsparcia rodziny (n = 31)
Wyczerpanie emocjonalne (zakres: 0–54 pkt)	21,9 ± 14,3	18,7 ± 9,3	29,0 ± 20,0*
Depersonalizacja (zakres: 0–30 pkt)	11,7 ± 6,6	10,8 ± 4,6	13,8 ± 9,5**
Samoocena (zakres: 0–48 pkt)	19,0 ± 6,9	19,2 ± 7,5	18,7 ± 5,4

*p < 0,001, **0,05 > p > 0,01, różnice pomiędzy podgrupą I vs. II, test t-Studenta, hipoteza jednostronna

kiem opiekuna, wiekiem dziecka i czasem trwania choroby. Wyniki podskali depersonalizacji były istotnie dodatnio skorelowane tylko z wiekiem dziecka, nie stwierdzono istotnej korelacji pomiędzy podskalą depersonalizacji a wiekiem opiekuna i czasem trwania choroby. Nie stwierdzono istotnych korelacji pomiędzy wynikami w podskali samooceny a danymi demograficznymi. W podgrupie I — ze wsparciem — jedynie wynik wyczerpania emocjonalnego korelował znamienne statystycznie dodatnio z czasem trwania choroby dziecka. W podgrupie II — bez wsparcia — dodatnio znamienne statystycznie ze wszystkimi danymi demograficznymi był skorelowany stopień wyczerpania emocjonalnego.

Dyskusja

Pojęcie zespołu wypalenia nie jest nową koncepcją. Niemniej, istnieje niewiele prac dotyczących tego problemu wśród opiekunów osób przewlekle chorych. Ukazało się dużo prac opisujących objawy psychopatologiczne (np. depresji lub lęku) u osób przewlekle opiekujących się chorym członkiem rodziny. Na przykład Song i wsp. stwierdzili, że około 40% opiekunów zajmujących się psychicznie chorym członkiem rodziny charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem wystąpienia zespołu depresyjnego [16]. W cytowanej pracy wykazano, że najistotniejszy wpływ na rozwój depresji u opiekunów ma brak wsparcia — zarówno ze strony dalszej rodziny, jak i personelu medycznego. Rolę społecznego wsparcia podkreślają także Webb i wsp. [17]. W przeprowadzonych badaniach udowodniono, że 38% opiekunów osób przewlekle chorych wykazuje objawy depresji. Schulz i Beach wykazali w swojej pracy — przeprowadzonej w grupie osób w wieku podeszłym, opiekujących się swoim chorym współmałżonkiem — że bycie opiekunem jest niezależnym czynnikiem ryzyka zwiększonej śmiertelności. Uwzględniając czynniki socjodemograficzne, śmiertelność w grupie badanej (opiekunów) była o 63% wyższa niż w odpowiednio dobranej grupie kontrolnej [18]. Prowadzono także badania nad obrazem psychologiczno-psychopatologicznym opiekunów osób cierpiących na padaczkę. Lee i wsp. wykryli, że u 22% opiekunów chorych na padaczkę obecne są objawy lęku, a u 14% objawy depresji [19]. Camfield i wsp. opisali zależność pomiędzy obrazem klinicznym padaczki u dziecka a stanem psychicznym jego rodziców i rodzeństwa. W tej pracy stwierdzono, że im większy jest negatywny wpływ padaczki na życie dziecka, tym wyższy jest poziom stresu u rodziców i tym gorsza samoocena oraz większa liczba problemów emocjonalnych u rodzeństwa [20]. Według wiedzy autorów, jest to pierwsza praca opisująca ten zespół w polskiej populacji opiekunów osób

chorych na padaczkę. Średnie wyniki w dwóch pierwszych podskalach były zbliżone i wahały się w granicach 39–41% zakresu skal, jednak ze znamienne wyższymi wynikami u osób bez wsparcia. Natomiast średnie wyniki w skali samooceny wynosiły aż 60% punktacji maksymalnej (odwrotna punktacja skali). Grupę należy zatem uznać za wypaloną w średnim stopniu. W swojej pracy autorzy u żadnego z opiekunów nie stwierdzili cech depresji (posługując się Inwentarzem Depresji Becka). Mimo to, w odpowiednich podskalach Kwestionariusza Wypalenia Maslach stwierdzono dość wysokie wartości wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz niską samoocenę. Na podstawie tej rozbieżności wyników w Inwentarzu Depresji Becka i w Kwestionariuszu Wypalenia Maslach można stwierdzić, że zespół wypalenia jest zjawiskiem jakościowo różnym od depresji i przebiegającym niezależnie od zaburzeń nastroju. Autorzy nie oceniali w swoim badaniu rozpowszechnienia objawów psychopatologicznych innych niż depresja. Analiza ich ewentualnego wpływu na nasilenie zespołu wypalenia wymaga dalszych badań.

W swojej pracy autorzy podjęli próbę wykazania, jak istotne jest wsparcie ze strony najbliższych dla rodziców chorych dzieci. W grupie osób pozbawionych takiego wsparcia stwierdzono znacząco wyższe wartości w podskalach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. Jednak te różnice można wytłumaczyć innymi przyczynami. Biorąc pod uwagę znamienne statystycznie wyższy wiek osób bez wsparcia, wiek ich dzieci i czas trwania choroby, należy zachować ostrożność przy formułowaniu ostatecznych wniosków. Nie można wykluczyć, iż u podłoża znamienne statystycznie wyższych wyników dwóch pierwszych podskal MBI leżą właśnie te różnice, a nie brak wsparcia.

Z badań autorów wynika, że poziom wyczerpania emocjonalnego wzrasta proporcjonalnie do wieku opiekunów, czasu trwania choroby i wieku dziecka. Najsilniej koreluje z czasem trwania padaczki u dziecka. Potwierdza to przypuszczenia, że im dłużej oddziałują czynniki stresogenne, tym większe zmęczenie emocjonalne wywołują. Depersonalizacja natomiast jest zależna od wieku dziecka — można przypuszczać, że im dziecko jest starsze, tym rodzice chętniej dzielą się z nim odpowiedzialnością za przebieg choroby i leczenia, oddalając w ten sposób problem od siebie. Jednak analiza współczynników korelacji w odniesieniu do wyodrębnionych podgrup wyraźnie wskazuje, iż na wyniki w całej badanej grupie wyraźnie wpływały wyniki z podgrupy osób bez wsparcia (zob. ostatnia kolumna tab. 3).

Żadna z analizowanych cech nie wpływa na wyniki w podskali III samooceny. Na samoocenę opiekunów

Tabela 3. Współczynniki korelacji pomiędzy danymi demograficznymi a stopniem wyczerpania emocjonalnego w poszczególnych skalach**Table 3.** The correlation coefficient between demographic data and the degree of emotional exhaustion according to subscales

Współczynniki korelacji	Badana populacja (n = 99)	Podgrupa I — ze wsparciem rodziny (n = 68)	Podgrupa II — bez wsparcia rodziny (n = 31)
MBI podskala I do:			
wieku opiekuna (lata)	0,236*	-0,008	0,349
wieku dziecka (lata)	0,237*	-0,01	0,345
czasu trwania choroby (lata)	0,376**	0,205	0,4362
MBI podskala II do:			
wieku opiekuna (lata)	0,105	0,099	0,046
wieku dziecka (lata)	0,203*	0,069	0,257
czasu trwania choroby (lata)	0,095	-0,058	0,134
MBI podskala III do:			
wieku opiekuna (lata)	-0,04	-0,090	0,082
wieku dziecka (lata)	0,019	0,025	0,044
czasu trwania choroby (lata)	0,048	0,009	0,169

*0,05 > p > 0,01, **p < 0,001

być może ma wpływ sam fakt choroby dziecka, a nie długość jej trwania.

Osoby opiekujące się dzieckiem chorym na padaczkę są zagrożone wystąpieniem zespołu wypalenia. Z tego powodu konieczna jest regularna ocena stanu psychicznego opiekuna przez lekarza prowadzącego. Wskazane byłyby programy interwencyjno-terapeutyczne obejmujące nie tylko pacjenta, ale także całą jego rodzinę. W przypadku wystąpienia zespołu wypalenia pomocy należy szukać na warsztatach radzenia sobie z wypaleniem, prowadzonych przez wykwalifikowanych psychologów. Uczestnicy tych warsztatów uczą się metod radzenia sobie ze stresem, technik relaksacyjnych, organizacji wolnego czasu i umiejętności społecz-

nych. Niestety, warsztaty te są jak dotąd popularne jedynie w krajach Europy Zachodniej [21].

Wnioski

1. W badanej grupie występował średnio nasilony zespół wypalenia.
2. Tylko wypalenie emocjonalne silnie korelowało dodatnio z wiekiem badanych oraz z wiekiem chorych dzieci i czasem trwania choroby.
3. U osób samotnie wychowujących dzieci znamienne statystycznie wyższy był stopień wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. Wymienione w punkcie 2 korelacje dotyczyły przede wszystkim tej grupy osób.

Streszczenie

Zespół wypalenia jest to stan fizycznego i psychicznego wyczerpania powstający w wyniku działania długotrwałych uczuć negatywnych. Na zespół wypalenia narażone są osoby długotrwale zaangażowane w udzielanie pomocy (lekarze, terapeuci, pielęgniarki, opiekunowie). Celem niniejszej pracy była ocena nasilenia zespołu wypalenia wśród opiekunów dzieci chorujących na padaczkę. W ankiетowym badaniu oceniono 99 opiekunów dzieci chorych na padaczkę, którzy wypełnili Kwestionariusz Wypalenia Maslach i Inwentarz Depresji Becka. U żadnego z badanych opiekunów nie zaobserwowano objawów depresji. Stwierdzono, że istnieje dodatnia korelacja pomiędzy czasem trwania choroby, wiekiem dziecka oraz wiekiem opiekuna a poziomem wyczerpania emocjonalnego. Osoby opiekujące się chorym dzieckiem samotnie, bez wsparcia rodziny, cechowały się wyższymi wartościami wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji, a także niższą samooceną.

słowa kluczowe: opiekunowie, zespół wypalenia, padaczka

PIŚMIENICTWO

1. Freudenberger H.J. Staff burnout. *J. Social Issues* 1974; 30: 159.
2. Emener W.G. Professional burnout: rehabilitation's hidden handicap. *J. Rehabil.* 1979; 45: 55–58.
3. Maslach C. Burnout-Multidimensional perspective. W: Schaufel W.B., Maslach C., Marek T. (red.). *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. CRC PRes, Washington 1993, 19–24.
4. Sęk H. (red.). *Wypalenie zawodowe*. PWN, Warszawa 2000.
5. Świętochowski W. Wypaleni ludzie. *Charaktery* 2001; 1: 42–45.
6. Ugniewska C. *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
7. Spiridonow K., Kasperek B., Meder J. Jakość życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1997; 6 (supl. 2): 31–38.
8. Fengler J. *Pomaganie męczy*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
9. Scarfone D. Syndrome d'épuisement professionnel (burnout): y aurait-il de la fumée sans feu? *Annales-Medico-Psychologiques* 1985; 143: 754–761.
10. Magliano L., Fadden G., Madianos M. i wsp. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1998; 33: 405–412.
11. van den Heuvel E.T., de Witt L.P., Schure L.M., Sanderman R., Meyboom-de Jong B. Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clin. Rehabil.* 2001; 15: 669–677.
12. Maslach Ch. Burnout: A multidimensional perspective. W: Schaufel W.B., Maslach C., Marek T. (red.). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington 1993.
13. Sęk H. *Wypalenie zawodowe. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Zakłady Wydawnicze K. Domke, Poznań 1996.
14. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
15. Parnowski T., Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa). *Psychiatr. Pol.* 1977; 11: 417–421.
16. Song L.Y., Biegel D.E., Milligan S.E. Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health J.* 1997; 33: 269–286.
17. Webb C., Pfeiffer M., Mueser K.T. i wsp. Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: the role of coping style and social support. *Schizophr. Res.* 1998; 34: 169–180.
18. Schulz R., Beach S.R. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama* 1999; 282: 2215–2219.
19. Lee M.M., Lee T.M., Ng P.K., Hung A.T., Au A.M., Wong V.C. Psychosocial Well-Being of Carers of People with Epilepsy in Hong Kong. *Epilepsy Behav.* 2002; 3: 147–157.
20. Camfield C., Breaux L., Camfield P. Impact of pediatric epilepsy on the family: a new scale for clinical and research use. *Epilepsia* 2001; 42: 104–112.
21. Pines A., Aronson E., Kaffry D. *Burnout. Causes and Cures*. Free Press, Nowy Jork 1988.