

LIDIA PUCHALSKA<sup>1</sup>, MAŁGORZATA TARTAS<sup>2</sup>, HUBERT WICHOWICZ<sup>3</sup>,  
IWONA WASILEWKO<sup>2</sup>

## STRATEGIE RADZENIA SOBIE OPIEKUNÓW OSÓB CHORYCH NA DEPRESJĘ

### COPING STRATEGIES IN CAREGIVERS OF DEPRESSIVE PATIENTS

<sup>1</sup>Zakład Opieki Zdrowotnej w Żukowie

kierownik: lek. Joanna Komorowska

<sup>2</sup>Zakład Badań nad Jakością Życia Katedry Psychologii

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

kierownik: prof. dr hab. Mikołaj Majkowicz

<sup>3</sup>Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Katedry Chorób Psychiczych

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

kierownik: prof. dr hab. Jerzy Landowski

Celem pracy jest ocena, czy strategie radzenia sobie opiekunów osób chorych na depresję wiążą się bardziej z ich wiekiem, wykształceniem, różnymi aspektami funkcjonowania psychospołecznego osób chorych na epizod depresji, tj. poczuciem własnej skuteczności i strategiami radzenia sobie z chorobą, czy z samymi objawami choroby. Badaniu zostały poddane dwie grupy, osoby chore na epizod depresji (N = 30) jak również ich opiekunowie (N = 30). Do badań zastosowano następujące narzędzia: Skala Depresji Becka BDI (*Beck Depression Inventory*), Kwestionariusz radzenia sobie z chorobą – wersja Mini-MAC (*Mental Adjustment to Cancer*) Watsona i wsp., dostosowany do niniejszego badania, Skala Poczucia Własnej Skuteczności SES (*The Self-efficacy Scale*) Sherera i wsp. Stosowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie (głównie pozytywnego przewartościowania) przez opiekunów osób chorych na depresję, związane jest z ich wiekiem, zaś strategie destrukcyjne, głównie zaabsorbowanie lękowe, wiążą się z ich poziomem wykształcenia oraz z tym, jak ich podopieczni radzą sobie z własną depresją, a szczególnie z poczuciem bezradności i beznadziejności. Nie zaobserwowano natomiast związku pomiędzy wybieranymi strategiami radzenia sobie a nasileniem symptomów choroby u pacjentów ani płcią opiekuna. Wyniki przeprowadzonych badań sugerują, iż w efektywności opieki nad chorymi z depresją zasadnicze znaczenie, obok wieku i wykształcenia opiekunów, odgrywają psychologiczne strategie radzenia sobie z problemem depresji samych chorych i ich opiekunów.

Depresja jest chorobą, która w oczywisty i szczególny sposób dotyka tak chorego, jak i członków rodziny czy opiekunów chorych, w dużym stopniu upośledzając życie rodzinne. Dodatkowo, badania pokazują, że poziom obciążenia odczuwanego przez członków rodzi-

ny opiekujących się chorym krewnym jest wyższy w przypadku pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne, w tym epizod depresji, niż w przypadku chorych somatycznie [2]. Według Perlick'a i in. [9] takie zwiększone napięcie wynikające z obciążenia opieką może u opiekunów osób z zaburzeniami nastroju zwiększać tendencję do ruminacyjnego sposobu myślenia oraz rozwinięcia objawów depresji u nich samych. W związku z depresją wszystkie zadania i obowiązki rodzinne przechodzą na zdrowych członków rodziny. Prowadzi to u nich do nadmiernego obciążenia, a czasami nawet pogorszenia stanu zdrowia somatycznego, wyczerpania [8, 10]. Wiele badań potwierdza, że relacje w tych rodzinach stają się napięte, pełne przygnębienia i smutku [9, 3, 4, 5, 10].

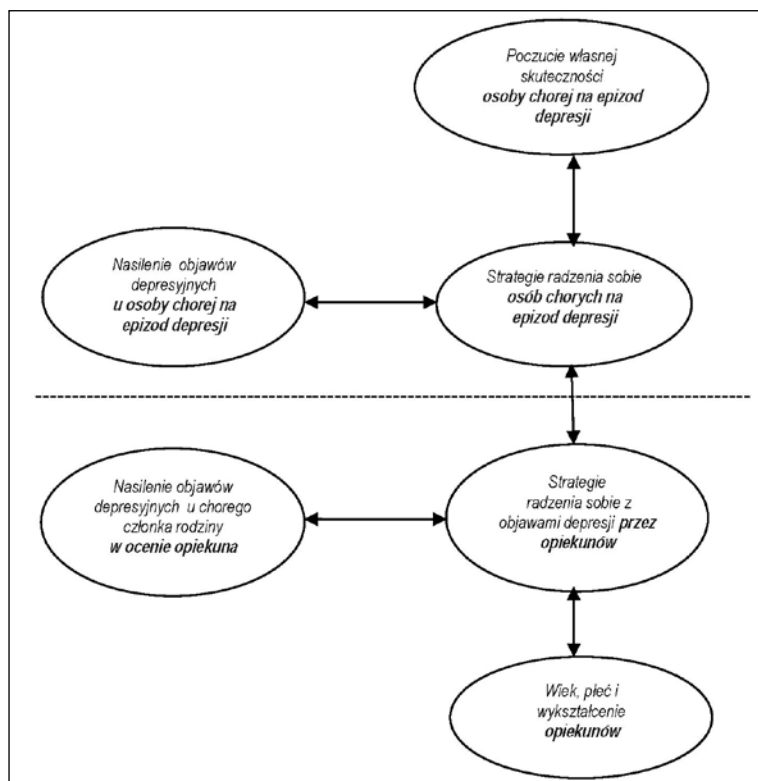
Funkcjonowanie opiekunów osób chorujących na depresję w dużym stopniu zależy od przyjętych przez nich strategii radzenia sobie z tą trudną sytuacją. Strategie te mogą mieć charakter konstruktywny lub destrukcyjny. Wyniki badań Juczyńskiego dowodzą, że przyczyną preferowania aktywnych strategii radzenia sobie z chorobą członka rodziny jest wysoki poziom dyspozycyjnego optymizmu i spostrzeganego wsparcia emocjonalnego [7]. Jeszcze w początkowej fazie choroby najbliżsi chorego próbują zrozumieć jego zachowanie, pocieszają go, współczują, próbują – na ile jest to możliwe – empatyzować z jego stanem psychicznym. Niestety, bardzo często okazuje się, że taka postawa nie tylko nie przynosi rezultatów w postaci poprawy stanu psychicznego chorego, ale powoli prowadzi do obniżenia samopoczucia i bezradności osoby wspierającej. Chorzy spostrzegają u swoich najbliższych tylko negatywne cechy, wzbudzają w nich poczucie winy, a także przypisują im sprawstwo swoich problemów. W takiej sytuacji członkowie rodziny zaczynają postrzegać chorego jako „wysysającego z nich energię” [14]. Bardzo obciążające dla rodziny są próby samobójcze chorego albo podjęcie decyzji o hospitalizacji. Stres jest tym większy im cięższa jest faza depresji oraz im dłużej ona trwa. W tych warunkach stan opiekunów można określić jako ciągłą gotowość na alarm.

Podjęte badania są próbą określenia specyfiki relacji opiekunów i chorych w perspektywie właściwości depresji vs strategii radzenia sobie z chorobą. Ich celem była weryfikacja hipotezy, że strategii radzenia sobie z chorobą u opiekunów wiążą się bardziej z różnymi aspektami funkcjonowania psychospołecznego chorych niż z manifestowaniem objawów choroby. Ponadto sprawdzono, czy istnieje związek pomiędzy strategiami stosowanymi przez opiekunów a takimi zmiennymi, jak wiek, płeć i wykształcenie opiekunów.

## CEL PRACY

W pracy postawiono następujące pytania:

1. Czy istnieje związek strategii radzenia sobie opiekunów z depresją podopiecznych a płcią, wiekiem i wykształceniem opiekunów?
2. Czy istnieje związek oceny nasilenia depresji zdaniem opiekunów z ich strategiami radzenia sobie z chorobą osoby z epizodem depresji?
3. Czy istnieje związek nasilenia objawów depresyjnych osoby chorej na epizod depresji, z jej strategiami radzenia sobie z chorobą?
4. Czy istnieje związek strategii radzenia sobie rodziny z chorobą, ze strategiami radzenia sobie z chorobą osób chorujących na epizod depresji?
5. Czy istnieje związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a strategiami radzenia sobie osób chorych na epizod depresji?



Rycina 1. Model badań

Figure 1. Research model

Poczucie własnej skuteczności osoby chorej na epizod depresji / Self-efficacy of a depressive patient; Nasilenie objawów depresyjnych u osoby chorej na epizod depresji / Intensity of depressive symptoms of patients; Strategie radzenia sobie osób chorych na epizod depresji / Coping strategies of depressive patients; Nasilenie objawów depresyjnych u chorego członka rodziny w ocenie opiekuna / Intensity of depressive symptoms of patients assessed by caregivers; Strategie radzenia sobie z objawami depresji przez opiekunów / Coping strategies of caregivers; Wiek, płeć i wykształcenie opiekunów / Age, sex and education of caregivers

## MATERIAŁ I METODY

Badaniu zostały poddane zarówno osoby chore na epizod depresji jak i ich opiekunowie. Osoby chore były badane na oddziałach szpitalnych, a opiekunowie w większości w ich własnych domach. Kontakt z opiekunami był nawiązywany za zgodą i pośrednictwem chorego. Osoby chore i rodziny powiadomieni zostali o zasadach badania, wymagana była jedynie zgoda ustna. Badanie uzyskało zgodę Komisji Etyki GUMed.

Zbadano 30 osób (22 kobiety) cierpiących na epizod depresji, rozpoznany wg kryteriów ICD-10, hospitalizowanych w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych

GUMed i w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku oraz 30 opiekunów (14 kobiety).

W badaniu zastosowano trzy metody:

1. Skala depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI). Na potrzeby niniejszego badania wykorzystaliśmy Skalę BDI w wersji standardowej oraz dla potrzeb badania opiekunów zmieniliśmy instrukcję tak, by bliscy osób depresyjnych opisywali objawy we własnej ocenie.
2. Skala Poczucia Własnej Skuteczności (*Self-efficacy Scale* – SES). Do oceny poczucia własnej skuteczności posłużono się Skalą Poczucia Własnej Skuteczności wg Sherera i wsp. [12]. Skala ta jest narzędziem zaprojektowanym do badania poczucia własnej skuteczności w obszarze dwóch czynników. Ogólne poczucie własnej skuteczności wobec zadań (*Generale Self-efficacy Scale* – GSES) oddaje gotowość człowieka do: rozpoczęcia zachowania, trwania w zachowaniu pomimo pojawiających się trudności oraz zwiększania wysiłków służących zakończeniu zachowania. Wspomniana gotowość jest funkcją wcześniej doświadczonych sukcesów bądź porażek w życiowych aktywnościach zadaniowych. Społeczne poczucie własnej skuteczności (*Social Self-efficacy Scale* – SSES) odwołuje się do tych samych procesów w odniesieniu do sytuacji kontaktu z innymi ludźmi. Wcześniej przeprowadzona analiza rzetelności tej skali (współczynnik alfa Cronbacha  $GSES.\alpha=0,87$ ;  $SSES.\alpha=0,72$ ) wykazała jej dużą zgodność wewnętrzną [13].
3. Kwestionariusz radzenia sobie z chorobą (*Mental Adjustment to Cancer* – Mini-MAC) [6] dostosowany do niniejszego badania, w taki sposób, że pojęcie „nowotwór” zastąpiono pojęciem „depresja”, zawiera ogółem 29 stwierdzeń ocenianych przez badanego w skali 4-stopniowej (1 – zdecydowanie nie, 4 – zdecydowanie tak) i mierzy 4 strategie radzenia sobie z chorobą, tj.:
  - zaabsorbowanie lękowe – wyrażające niepokój spowodowany chorobą, spostrzeganą głównie jako zagrożenie wywołujące lęk, nad którym nie można zapanować i który sprawia, że każda zmiana jest interpretowana jako sygnał pogorszenia się stanu zdrowia;
  - duch walki – skłaniający chorego do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających chorobę;
  - bezradność-beznadziejność – świadcząca o poczuciu bezsilności, zagubieniu i biernym poddaniu się chorobie;
  - pozytywne przewartościowanie – wyrażające takie przeorganizowanie problemu swojej choroby, aby przy pełniej świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat.

Funkcjonowanie konstruktywne charakteryzuje duch walki oraz pozytywne przewartościowanie, natomiast funkcjonowanie destrukcyjne – zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność-beznadziejność. Stwierdzenia zawarte w polskiej wersji Mini-MAC odpowiadają skali oryginalnej. Wcześniejsza analiza (zaabsorbowanie lękowe  $\alpha=0,89$ ; duch walki  $\alpha=0,90$ ; bezradność-beznadziejność  $\alpha=0,92$ ; pozytywne przewartościowanie  $\alpha=0,87$ ) potwierdziła wartość diagnostyczną zastosowanej metody [6].

W obliczeniach statystycznych posłużono się pakietem SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), stosując współczynnik korelacji Pearsona (w tabelach celem przejrzystości przedstawiono tylko wyniki znaczące statystycznie) oraz test t dla prób zależnych.

## WYNIKI BADAŃ

Pierwszą zaobserwowaną w badaniu prawidłowością okazało się istnienie istotnego związku pomiędzy strategiami radzenia sobie opiekunów osób chorych na epizod depresji a ich wiekiem i wykształceniem w latach nauki.

Tabela I. Wiek i wykształcenie opiekuna w latach nauki, a wybór strategii radzenia sobie z chorobą  
Table I. Age and education of caregivers in years versus chosen strategies of coping with illness

	Funkcjonowanie opiekunów Functioning of caregivers					
	konstruktywne constructive			destrukcyjne destructive		
	duch walki fighting spirit	pozytywne przewarto- ściowanie positive reinterpre- tation	łącznie together	zaabsor- bowanie lękowe anxious preoccupa- tion	bezrad- ność – bezna- dziejność helples- sness-hope- lessness	łącznie together
wiek opiekuna osoby badanej age of caregiver		r=0,378*	r=0,349*			
wykształcenie w latach nauki –opiekuna osoby badanej education of caregiver in years				r=0,354*		

r – Współczynnik korelacji Pearsona / Pearson's correlation coefficient

\* – Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie) / Correlation is significant at 0.05 level (one-tailed)

Wraz z wiekiem opiekunów osób chorych na epizod depresji wzrasta ich funkcjonowanie konstruktywne ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,05$ ), co wyraża się wzrostem pozytywnego przewartościowania ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,05$ ) służącego przeformułowaniu problemu choroby, tak by pojawiła się nadzieja. Natomiast wraz ze wzrostem wykształcenia opiekuna osoby chorej na epizod depresji, wzrasta tendencja do zaabsorbowania lękowego ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,05$ ) jako strategii radzenia sobie z chorobą w rodzinie.

Jednocześnie badania wykazały, że płeć opiekunów nie pozostaje w związku z podejmowanymi przez nich strategiami radzenia sobie z depresją członka rodziny ( $r$  Pearsona,  $p > 0,05$ ).

Nie zaobserwowano istotnych korelacji pomiędzy strategiami radzenia sobie rodziny z nasileniem depresji u pacjenta. To, jaką strategię radzenia wybiorą opiekunowie, czy destrukcyjną (zaabsorbowanie lękowe, bezradność/bez nadzieję) czy konstruktywną (pozytywne przewartościowanie, duch walki) nie jest związane z poziomem natężenia depresji u chorego w ocenie opiekunów ( $r$  Pearsona,  $p > 0,05$ ).

Natężenie depresji ma natomiast wpływ na strategie radzenia sobie stosowane przez samych pacjentów, co przedstawia tabela II.

Tabela II. Związki pomiędzy natężeniem depresji a strategiami radzenia sobie z depresją, osób chorych

Table II. Relations between the level of depression and patients' strategies of coping the illness

	Funkcjonowanie opiekunów Functioning of caregivers					
	konstruktywne constructive			destrukcyjne destructive		
	duch walki fighting spirit	pozytywne przewartościowanie positive reinterpretation	łącznie together	zaabsorbowanie lękowe anxious preoccupation	bezradność – bez nadzieję helplessness-hopelessness	łącznie together
poziom natężenia depresji intensity of depression		$r = -0,435^{**}$	$r = -0,358^*$	$r = 0,700^{**}$	$r = 0,668^{**}$	$r = 0,779^{**}$

$r$  – Współczynnik korelacji Pearsona / Pearson's correlation coefficient

\* – Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie) / Correlation is significant at 0.05 level (one-tailed)

\*\* – Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie) / Correlation is significant at 0.01 level (one-tailed)

Wraz ze wzrostem natężenia depresji u pacjenta, maleje zdolność funkcjonowania w sposób konstruktywny ( $r = -0,4$ ,  $p < 0,05$ ), czego wyrazem jest istotnie malejące pozytywne przewartościowanie ( $p < 0,01$ ). Wzrasta zaś funkcjonowanie destrukcyjne ( $r = 0,8$ ,  $p < 0,01$ ), co wyraża się wzrostem zaabsorbowania lękowego ( $r = 0,7$ ,  $p < 0,01$ ), oraz bezradności/bez nadzieję ( $r = 0,7$ ,  $p < 0,01$ ).

Badania wykazały ponadto, że istnieje związek pomiędzy strategiami radzenia sobie opiekunów ze strategiami radzenia sobie z chorobą pozostających pod ich opieką osób chorych na epizod depresji.

Tabela III. Związek pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą przez rodzinę, a strategiami radzenia sobie z chorobą przez osoby chore na epizod depresji.

Table III. Relation between coping strategies of family and patients suffering from a depressive episode

Funkcjonowanie osób chorych na epizod depresji Functioning of patients suffering from depressive episode	Funkcjonowanie opiekunów Functioning of caregivers					
	konstruktywne constructive			destrukcyjne destructive		
	duch walki fighting spirit	pozytywne przewartościowanie positive reinterpretation	łącznie together	zaabsorbowanie lękowe anxious preoccupation	beznadziei – beznadziejność helplessness-hopelessness	łącznie together
beznadziei – beznadziejność helplessness-hopelessness				r=0,394*		r=0,380*
zaabsorbowanie lękowe anxious preoccupation						
funkcjonowanie destrukcyjne łącznie destructive functioning together				r=0,399*		r=0,349*

r – Współczynnik korelacji Pearsona / Pearson's correlation coefficient

\* – Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie) / Correlation is significant at 0.05 level (one-tailed)

\*\* – Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie) / Correlation is significant at 0.01 level (one-tailed)

Wraz ze wzrostem funkcjonowania destrukcyjnego u chorego na epizod depresji członka rodziny, wzrasta funkcjonowanie destrukcyjne u jego opiekuna ( $r=0,4$ ;  $p<0,05$ ) co potwierdzają wyniki badań wskazujące na dominację strategii określanej jako zaabsorbowanie lękowe u opiekuna w przypadku wzrostu beznadziei – beznadziejności ( $r=0,4$ ;  $p<0,05$ ) oraz funkcjonowania destrukcyjnego ( $r=0,4$ ,  $p<0,05$ ) u osób chorych na epizod depresji.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że istnieją istotne różnice w ocenie nasilenia objawów depresji pomiędzy osobą chorą a jej opiekunem.

Tabela IV. Związek pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a strategiami radzenia sobie osób chorych na epizod depresji

Table. IV. Relation between self-efficacy and strategies of coping with illness in patients suffering from a depressive episode

	Funkcjonowanie konstruktywne Constructive functioning			Funkcjonowanie destrukcyjne Destructive functioning		
	duch walki fighting spirit	pozytywne przewartościowanie positive reinterpretation	łącznie together	zaabsorbowanie lękowe anxious preoccupation	bezradność – beznaścieżność helplessness-hopelessness	łącznie together
Poczucie własnej skuteczności wobec zadań Self-efficacy towards tasks		r=0,348*		r=-0,499**	r=-0,383*	r=-0,498**
Społeczne poczucie własnej skuteczności Social self-efficacy				r=-0,401*	r=-0,378*	r=-0,443**
Ogólne poczucie własnej skuteczności General self-efficacy		r=0,362*		r=-0,511**	r=-0,414*	r=-0,524**

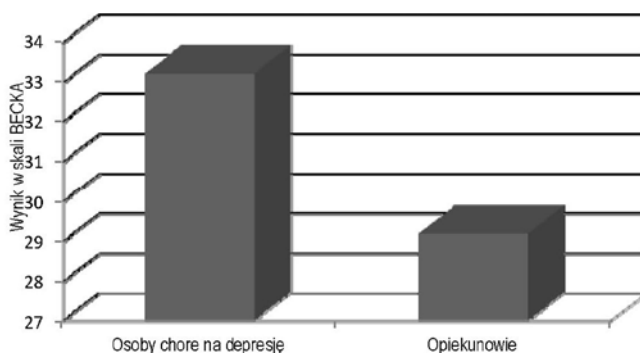
r – Współczynnik korelacji Pearsona / Pearson's correlation coefficient

\* – Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie) / Correlation is significant at 0.05 level (one-tailed)

\*\* – Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie) / Correlation is significant at 0.01 level (one-tailed)

Zaobserwowano (ryc. 2), że średnia ocena natężenia depresji w ocenie pacjenta wynosiła  $M=33,23$  ( $SD=8,94$ ), i była na poziomie bliskim założonemu poziomowi istotności statystycznym wyższa niż w ocenie opiekuna pacjenta  $M = 29,20$  ( $SD = 10,19$ ),  $t(29) = 1,967$ ,  $p<0,059$ . Oznacza to, iż pacjent postrzega samego siebie za bardziej chorego, w stosunku do tego, jak oceniają to jego opiekunowie.





Rycina 2. Różnica w ocenie nasilenia objawów depresji pomiędzy osobami chorymi a opiekunami  
Figure 2. Difference in assessment of intensity of symptoms of depression between patients and their caregivers  
Wynik w skali Beck'a / Beck's Scale score; Osoby chore na depresję / Depressive patients; Opiekunowie / Caregivers

Wyniki badań potwierdzają wreszcie istnienie istotnego związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a wyborem strategii radzenia sobie przez osobę chorą na epizod depresji, a ponadto dostarczają ciekawych spostrzeżeń charakteryzujących ten związek (tab. IV).

Okazuje się, że poczucie własnej skuteczności ma wyraźny związek z funkcjonowaniem destrukcyjnym osób chorych na epizod depresji. Wraz ze spadkiem poczucia własnej skuteczności wzrasta funkcjonowanie destrukcyjne, czego wyrazem jest wzrost zaabsorbowania lękowego oraz poczucia bezradności-beznadziejności.

## DYSKUSJA

Analiza uzyskanych wyników pozwoliła na wykazanie znaczenia wieku i poziomu wykształcenia opiekunów dla ich radzenia sobie z depresją członka rodziny. Jest to zgodne z wynikami uzyskanymi przez Ampalam i in. [2]. Wraz z wiekiem opiekunów wzrasta pozytywne przewartościowanie, wraz z upływem lat nabywają oni zdolności adaptacyjnych, być może wzrasta ich tolerancja własnej bezradności wobec chorych członków rodziny. Wykształcenie natomiast odgrywa negatywną rolę, tzn. łącząc się z większą wiedzą, sprzyja zaabsorbowaniu lękowemu opiekunów. Można zatem przyjąć, że w opiece nad chorym na depresję większe znaczenie ma dojrzałość struktur osobowościowych opiekunów niż ich poziom edukacji.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że osoby chore na epizod depresyjny znacząco wyżej oceniają nasilenie objawów własnej choroby, niż ich opiekunowie. Jest to zgodne z większością koncepcji depresji (w tym z koncepcją Becka) oraz kryteriami diagnostycznymi wymienianymi przez ICD-1 i DSM-IV wg których niska samoocena stanowi jeden z ważniejszych objawów schorzenia [11]. Natomiast strategie radzenia sobie z chorobą przez opiekuna

nie są związane poziomem nasilenia depresji widzianym oczami tegoż opiekuna u chorego członka rodziny.

Na uwagę zasługuje fakt, że strategie radzenia sobie opiekunów są związane ze strategiami radzenia sobie z depresją przez samego chorego, co zgodne jest z danymi uzyskanymi przez Juczyńskiego i Adamiak [7]. Okazuje się, że destrukcyjne funkcjonowanie opiekunów wyrażające się zaabsorbowaniem lękowym pozostaje w związku z destrukcyjnym funkcjonowaniem chorych wobec depresji, a szczególnie z ich bezradnością-beznadziejnością [1].

Potwierdzona zostaje zatem teza pracy, że strategie radzenia sobie z chorobą przez opiekunów wiążą się z różnymi aspektami funkcjonowania psychospołecznego chorych, ze strategiami radzenia sobie z chorobą, a nie z nasileniem objawów choroby, co jest zgodne z wynikami badań Juczyńskiego i Adamiak [7].

Dodatkowo wykazano, że zachowania konstruktywne opiekuna nie zależą od jego płci (potwierdza to także wyniki Ampalam i in. [2] oraz Perlick'a i in. [10]).

Ponadto wykazano, że im bardziej osoba chora na epizod depresji jest przekonana o własnej skuteczności wobec zadań życiowych, tym bardziej wzrasta jej tendencja do pozytywnego przewartościowania choroby. Problem choroby jawi się w innym, jaśniejszym świetle, wzrasta nadzieja i poczucie kontroli. Choroba staje się wyzwaniem. Zadaniowe poczucie własnej skuteczności słabnie wraz ze wzrostem zaabsorbowania lękowego. Oznacza to, że spadek własnej skuteczności wobec zadań życiowych w depresji, wiąże się z pogłębionym uczuciem lęku, bezradności, oraz funkcjonowaniem destrukcyjnym. Podobny rezultat uzyskano w zakresie społecznego poczucia własnej skuteczności. I w tym przypadku im mniejsze społeczne poczucie własnej skuteczności, tym silniejsze uczucia lęku i bezradności, oraz funkcjonowanie destrukcyjne.

## WNIOSKI

1. Strategie radzenia sobie z chorobą przez opiekunów pacjentów z epizodem depresji wiążą się z ich wiekiem i wykształceniem. Przy wyborze strategii nie odgrywa roli płeć opiekuna.
2. Strategie radzenia sobie rodziny nie pozostają w związku z ich oceną nasilenia symptomów depresyjnych u chorego.
3. Zaobserwowano istnienie związku pomiędzy strategiami radzenia sobie z depresją osoby chorej z nasileniem jej objawów. Wraz ze wzrostem natężenia objawów depresyjnych maleje zdolność do pozytywnego przewartościowania, a nasila się funkcjonowanie destrukcyjne (zaabsorbowanie lękowe, bezradność – beznadziejność). Osoby chore na epizod depresji postrzegają siebie samych jako bardziej chorych, niż widzą to ich opiekunowie.
4. Destrukcyjne strategie radzenia sobie opiekunów są związane z destrukcyjnymi strategiami radzenia sobie chorego. Konstruktywne funkcjonowanie rodziny wobec choroby nie ma znaczenia dla funkcjonowania chorego.
5. Wraz ze spadkiem poczucia własnej skuteczności u osoby chorej na epizod depresji, nasila się tendencja do funkcjonowania destrukcyjnego wobec choroby.

## PIŚMIENNICTWO

1. Abe K., Kashiwagi T., Tsuneto S.: Coping strategies and its effects on depression among caregivers of impaired elders in Japan. *Aging Ment. Health* 2003, 7, 3, 207. – 2. Ahlström B.H., Skärsäter I., Danielson E.: Major depression in a family: what happens and how to manage. *Issues Ment. Health Nurs.* 2007, 28, 7, 691. – 3. Ampalam P., Gunturu S., Padma V.: A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian J. Psychiatry* 2012, 54, 3, 239. – 4. Dudek D., Zięba A., Jawor M., Szymaczek M., Wróbel A.: Dzieci wobec depresji rodziców. Wyniki badań nad dorosłymi potomkami pacjentów depresyjnych. *Psychiatr. Pol.* 1999, 33, 4, 565. – 5. Jarosz M., Poprawska I.: Poczucie choroby w psychozie afektywnej. *Psychiatr. Pol.* 1992, 26, 3/4, 207. – 6. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa : Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2001. – 7. Juczyński Z., Adamiak G.: Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające radzeniu sobie opiekunów z depresją członka rodziny. *Psychiatr. Pol.*, 2005, 29, 1, 161. – 8. Kiejna, A. Rybakowski, J. Czech, M. Faluta, T. Pachocki, R.: Ocena prospektywna przebiegu depresji i jej nawrotów. Skutki kliniczne, społeczne ekonomiczne doniesienie tymczasowe. *Psychiatr. Pol.* 2001, 35, 2, 181. – 9. Perlick D. A. , Gonzalez J., Michael L., Huth M., Culver J. , Kaczynski R., Calabrese J., Miklowitz D. J.: Rumination, gender, and depressive symptoms associated with caregiving strain in bipolar disorder. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2012, 126, 5, 356. – 10. Perlick D. A., Miklowitz D. J., Lopez N., Chou J., Kalvin C., Adzhishvili V., Aronson A.: Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010, 12, 6, 627.
11. Puzyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. Wyd. 5. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008. – 12. Sherer M., Maddux J. E., Mercandante B., Prentice-Dunn S., Jacobs B., Rogers R. W.: The Self-Efficacy Scale: construction and validation. *Psychol. Rep.* 1982, 51, 2, 663. – 13. Tartas M.: Poczucie własnej skuteczności a remisja w schizofrenii. *Psychiatr. Pol.* 2002, 36, 6, supl., 249. – 14. Qiu Y., Li S.: Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalization. *J. Clin. Nurs.* 2008, 17, 12, 1563.

L. Puchalska, M. Tartas, H. Wichowicz , I. Wasilewko

## COPING STRATEGIES IN CAREGIVERS OF DEPRESSIVE PATIENTS

## Summary

The aim of the study is to assess whether coping strategies of depressive patients' caregivers are influenced more by such factors as their age, education level, psychosocial functioning of patients suffering from depression episode, or by the presence of symptoms of the illness. Two groups were tested: patients with depression (N=30) and their caregivers (N=30) with the use of the following set of methods: Beck Depression Inventory, Mental Adjustment to Cancer by M. Watson (Mini-MAC) adjusted to the study conditions and The Self-efficacy Scale by Sherer et al. It occurred, that implying constructive coping strategies (mainly positive reinterpretation) by caregivers of depressive patients is related mainly to their age, while their destructive functioning (mainly anxious preoccupation) is related mostly to their level of education and the way the patients were dealing with their own depression (and especially their feeling of being hopeless/helpless). No relation was observed, however, between the strategies chosen and the intensity of depressive symptoms, nor the caregiver's sex. The results of the study suggest that the substantial role in effectiveness of care implemented in case of patients suffering from a depression episode may be played by the strategies of coping chosen by patients and their caregivers.

Adres: Małgorzata Tartas

Zakład Badań nad Jakością Życia Katedry Psychologii GUMed

ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk

e-mail: [mtartas@gumed.edu.pl](mailto:mtartas@gumed.edu.pl)