

Natalia Majkowska

WYPALENIE ZAWODOWE W OPIECE

Badania psychologiczne
pielęgniarek i osób
z chorobą Alzheimera



**Wypalenie zawodowe w opiece
– badania psychologiczne pielęgniarek
i osób z chorobą Alzheimera**

Dostęp online
Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego:
<https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/278387>
DOI: [10.26106/d661-j054](https://doi.org/10.26106/d661-j054)

Natalia Majkowska

Institut Psychologii – Katedra Psychologii Klinicznej
Wydział Nauk Społecznych
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

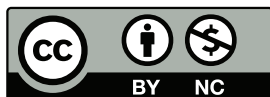
**Wypalenie zawodowe w opiece
– badania psychologiczne pielęgniarek
i osób z chorobą Alzheimera**

Kraków 2021

Recenzenci: *dr hab. Ewa Małgorzata Szepietowska, prof. UMCS*
dr hab. Wojciech Otrębski, prof. KUL

© Copyright by Natalia Majkowska

Publikacja dostępna na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne 4.0 Międzynarodowa (CC BY-NC 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/pl/legalcode>

Projekt i wykonanie okładki: *Anna Gajak*

Skład i opracowanie techniczne: *Aleksandra Kumaszcza, eBooki.com.pl*

Wydawca: Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Biblioteka Jagiellońska

ISBN 978-83-960916-6-6 (druk)

ISBN 978-83-960916-7-3 (pdf)

ISBN 978-83-960916-9-7 (epub)

ISBN 978-83-960916-8-0 (mobi)

Spis treści

Wstęp.....	11
------------	----

CZĘŚĆ I

PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ

1. WYBRANE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE CHOROBY ALZHEIMERA.....	17
1.1. Choroba Alzheimera w perspektywie historycznej.....	17
1.2. Medyczne i psychologiczne aspekty choroby Alzheimera	20
1.2.1. Etiopatogeneza.....	20
1.2.2. Kryteria rozpoznawania.....	22
1.2.3. Proces diagnostyczny i różnicowanie.....	26
1.3. Choroba Alzheimera jako przyczyna postępującej utraty sprawności.....	31
1.3.1. Faza przedkliniczna	31
1.3.2. Łagodne zaburzenia poznawcze	32
1.3.3. Ołpienie.....	34
2. PSYCHOLOGICZNY WYMIAR OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHORO- BĄ ALZHEIMERA	37
2.1. Trudności w relacji opiekuńczej wynikające z objawów choroby Alzheimera ...	37
2.1.1. Zaburzenia funkcji poznawczych	38
2.1.2. Zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne	39
2.1.3. Zaburzenia aktywności fizycznej.....	43
2.2. Wprowadzenie w problematykę stresu w pracy pielęgniarzkiej.....	44
2.2.1. Paradygmat transakcyjny w rozumieniu stresu psychologicznego.....	44
2.2.2. Procesy oceny poznawczej i obciążenie psychiczne w sytuacji stresu.....	46
2.3. Rola kompetencji w zapobieganiu niekorzystnym zmianom w funkcjonowaniu osoby wspierającej	48
2.3.1. Przekonanie o własnej skuteczności	49
2.3.2. Kompetencje emocjonalne.....	51
2.3.3. Kontrola wolicjonalna.....	53
2.4. Zespół wypalenia zawodowego jako psychologiczny koszt sprawowania opieki	55
2.4.1. Określenie wypalenia zawodowego oraz jego struktury	55
2.4.2. Dynamiczne aspekty zespołu wypalenia zawodowego	58

CZEŚĆ II

METODA BADAŃ WŁASNYCH

3.	PROBLEMATYKA BADAŃ WŁASNYCH.....	63
4.	CHARAKTERYSTYKA ZASTOSOWANYCH METOD BADAWCZYCH.....	69
4.1.	Narzędzia pomiaru wykorzystane w badaniu osób z chorobą Alzheimera	69
4.1.1.	Krótką Skala Oceny Stanu Umysłowego MMSE (M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh).....	69
4.1.2.	Inwentarz Neuropsychiatryczny – wersja dla ośrodków opiekuńczych NPI-NH (S. Wood, J. L. Cummings, M-A. Hsu, T. Barclay, M. Wheatley, K. T. Yarema, J. F. Schnelle).....	70
4.1.3.	Aparat SenseWear Pro3 Armband SWA	72
4.1.4.	Arkusz Osobowy Pacjenta	73
4.2.	Narzędzia pomiaru wykorzystane w badaniu personelu pielęgniarskiego	73
4.2.1.	Kwestionariusz Oceny Stresu KOS (K. Wrześniewski, A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk)	73
4.2.2.	Skala Stresu Opiekuna – modyfikacja CDS (D. I. Kaufer, i in.)	76
4.2.3.	Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES (R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński).....	77
4.2.4.	Kwestionariusz Kompetencji Emocjonalnych EKF (H. Rinderman).....	78
4.2.5.	Skala Kontroli Działania ACS-90 (M. Marszał-Wiśniewska).....	79
4.2.6.	Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI-HSS (C. Maslach, S. E. Jackson).....	80
4.2.7.	Arkusz Osobowy Personelu Pielęgniarskiego	81
5.	STRATEGIA BADAŃ I PROCEDURY STATYSTYCZNEJ ANALIZY DANYCH.....	83
6.	CHARAKTERYSTYKA BADANEJ PRÓBY.....	87
6.1.	Grupa osób z chorobą Alzheimera	87
6.2.	Grupa personelu pielęgniarskiego.....	90

CZEŚĆ III

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

7.	OPIS FUNKCJONOWANIA OSÓB Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA NA PRZYKŁADZIE PACJENTÓW ZAKŁADU OPIEKUŃCZO-LECZNICZEGO W KOPRZYWNICY.....	95
7.1.	Ocena sprawności funkcji poznawczych	95
7.2.	Ocena zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych.....	97
7.3.	Ocena aktywności fizycznej.....	101

8. KORELATY ZESPOŁU WYPALENIA ZAWODOWEGO W OPIECE NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA	103
8.1. Zespół wypalenia zawodowego a postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera	103
8.2. Zespół wypalenia zawodowego a posiadane kompetencje	108
8.3. Zespół wypalenia zawodowego a zmienne socjodemograficzne	112
9. PORÓWNANIE GRUP O RÓŻNYM NASILENIU WYPALENIA ZAWODOWEGO	113
9.1. Wyodrębnienie grup o różnym nasileniu wypalenia zawodowego.....	113
9.2. Postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera w grupach o różnym nasileniu wypalenia zawodowego.....	116
9.3. Posiadane kompetencje w grupach o różnym nasileniu wypalenia zawodowego.	118
10. TYPOLOGIA PIEŁĘGNIAREK Z UWAGI NA KONFIGURACJĘ WYMIARÓW ZESPOŁU WYPALENIA ZAWODOWEGO	123
10.1. Wyodrębnienie i charakterystyka grup o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	123
10.2. Postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera w grupach o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	124
10.3. Posiadane kompetencje w grupach o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	127
11. ZMIENNE WYJAŚNIAJĄCE ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO W OPIECE NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA	133
12. DYSKUSJA WYNIKÓW	137
12.1. Psychofizyczne funkcjonowanie pacjentów z chorobą Alzheimera przebywających w ośrodku opieki długoterminowej	137
12.2. Psychologiczne uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą Alzheimera.....	140
12.2.1. Czynniki sytuacyjne i podmiotowe a zespół wypalenia zawodowego...	141
12.2.2. Sposoby funkcjonowania w pracy opiekuńczej	149
12.2.3. Determinanty zespołu wypalenia zawodowego	158
Zakończenie	165
Bibliografia.....	175
Spis rycin.....	205
Spis tabel	206
Spis wykresów	209
Aneks.....	211

Wstęp

*Niekiedy coś niedobrego dzieje się z ludzką nadzieją.
Nadzieja jakby malała w człowieku, a wraz z tym
maleje również przestrzeń jego życia (...).
Człowiek zamiast kroczyć swoją drogą, czuje się
zmuszony szukać gdzieś w przestrzeni
kryjówki dla siebie.*

ks. Józef Tischner, 1982

Przytoczony cytat, będący fragmentem tekstu „*Ludzie z kryjówek*” autorstwa Józefa Tischnera można traktować, jako odzwierciedlenie doświadczenia wypalenia zawodowego w znaczeniu egzystencjalnym. To dramat wewnętrznego zagubienia się, pomniejszonej nadziei, stan znieruchomienia oraz zamknięcia się w lęku przed światem, drugim człowiekiem, samym sobą. Owa *kryjówka* – metafora ucieczki stanowi wyraz potrzeby chronienia siebie, podyktowanej poczuciem bezsilności i zmęczenia.

Na gruncie psychologii zjawisko wypalenia (*burnout*) jest analizowane od ponad trzydziestu lat jako istotny problem kliniczny, który w szczególności dotyka osoby pracujące w zawodach związanych z pomaganiem innym (Maslach, 1982a; Sęk, Beisert, Pasikowski, Ścigała, 1997; Okła, Steuden, 1998, 1999; Fengler, 2000). Powołując się na literaturę oraz własne obserwacje z pracy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przedmiotem zainteresowania prezentowanej rozprawy uczyniono zespół wypalenia zawodowego u opiekunów – pielęgniarek wspierających osoby z chorobą Alzheimera w zakresie opieki długoterminowej. Termin wspieranie (por. Okła, Steuden, 1998, 1999; Okła 2001) określa tu szereg czynności opiekuńczych, pielęgnacyjnych, leczniczych oraz terapeutycznych („bycie z”) wykonywanych podczas pracy w ośrodkach dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera.

Starzenie się obejmuje „naturalne, nieodwracalne, nasilające się z wiekiem zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji organizmu, a także do przemian morfologicznych oraz czynnościowych jego narządów” (Zych, 2010). To proces fizjologiczny, który zmniejsza rezerwy w zakresie funkcjonowania psychofizycznego osoby, z drugiej strony wiąże się z ryzykiem pojawienia się różnych schorzeń, także choroby Alzheimera (Steuden, 2011).

Chorobę Alzheimera uważa się za najczęstszą przyczynę otępienia, dotyczy ponad 50.% wszystkich przypadków, a jej występowanie jest sprzężone z wiekiem – od 65. do 86. roku życia podwaja się średnio w okresach co 5 lat (Kiejna, 2011b; Opala, 2011). Według szacunków zaprezentowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli (2017) liczba osób z otępieniem alzheimerowskim w Polsce w 2015 roku wynosiła 360-470 tysięcy. Odsetek ten, z uwagi na prognozowane starzenie się społeczeństwa będzie w najbliższym czasie narastał w szybkim tempie, a każde jedno zachorowanie implikuje konieczność zapewnienia osobie stałej opieki. Ponieważ choroba Alzheimera ma charakter przewlekłe postępujący oraz łączy się z obecnością całego zespołu objawów, na który składają się zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne, zaburzenia aktywności fizycznej (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004; Sobów 2010a), stąd sprawowana opieka stanowi niewątpliwie duże wyzwanie. W odniesieniu do powyższych rozważań, podejmowany temat wydaje się szczególnie ważny i warty pogłębionej refleksji.

W polskich badaniach problematyka opieki nad osobami z chorobą Alzheimera poruszała jak dotąd wyłącznie środowisko rodzinne – współmałżonków, dorosłe dzieci, koncentrując się między innymi na obciążeniu (Grabowska-Fudala, Jaracz, Smelkowska, Pniewska, Buczkowska, 2013), wypaleniu (Wojtyna, Popiołek, 2012), jakości życia (Rachel, Jabłoński, Datka, Zięba, 2014), zmęczeniu życiem codziennym (Basińska, Lewandowska, Kasprzak, 2013), zmaganiu się ze stresem (Adamiak, Juczyński, 2002), poczuciu straty (Warchoń-Biedermann, 2010), indywidualnych doświadczeniach (Hess-Wiktor, Opoczyńska; 2010, Lech, 2014). Nie natrafiono zaś na jakiegokolwiek doniesienia dotyczące psychologicznych kosztów sprawowania opieki instytucjonalnej, co zachęca do eksploracji tego zagadnienia. Jedną z form takiej opieki jest długoterminowa opieka świadczona w stacjonarnych, całodobowych ośrodkach (Błędowski, Maciejasz, 2013), która coraz częściej przestaje być traktowana jako ostateczność, a wybierana z uwagi na dobro osoby z chorobą Alzheimera, jak i dobro jej bliskich.

Inspirację do wyłonienia zmiennych oraz teoretyczną podstawę badań stanowiła teoria stresu psychologicznego R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984). W związku z czym wykonywaną pracę opiekuńczą ujęto w kategoriach relacji osoba – sytuacja, w której objawy występujące u pacjentów z chorobą Alzheimera, to jest zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne, zaburzenia aktywności fizycznej są oceniane przez pielęgniarkę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi. Według Sęk, Beisert, Pasikowskiego i Ścigały (1997) zjawisko wypalenia zawodowego można opisywać oraz wyjaśniać właśnie przy pomocy koncepcji poznawczych, a także odwołując się do zagadnienia kompetencji.

Głównym celem pracy jest empiryczna ocena zespołu wypalenia zawodowego, który może się ujawnić podczas sprawowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentami z chorobą Alzheimera, a także wyjaśnienie jego uwarunkowań tkwiących zarówno w czynnikach sytuacyjnych (postrzeganie klinicznych objawów schorzenia: ocena stresu oraz poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki), jak i podmiotowych (posiadane kompetencje: przekonanie o własnej skuteczności, kompetencje emocjonalne, kontrola wolicjonalna). Za cel poboczny przyjęto ustalenie wzorca funkcjonowania psychofizycznego osób z chorobą Alzheimera na przykładzie pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Koprzywnicy. Poznanie osób chorych pod względem ich funkcjonowania w obszarze poznawczym, behawioralnym i psychicznym, fizycznym stanowi ważny punkt odniesienia do zrozumienia specyfiki świadczonej opieki.

W projekcie zastosowano pewne nowatorskie ustalenia. Ocena stresorów jest reprezentowana przez ocenę stresu i poczucie obciążenia psychicznego w odniesieniu do sytuacji opieki, którą wyznaczają objawy typowe dla choroby Alzheimera: zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne, zaburzenia aktywności fizycznej. W dalszych rozdziałach pracy ocena stresorów zawiera się w określeniu – postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera. Wśród posiadanych kompetencji występuje między innymi konstrukcja kontrola wolicjonalna, której związek z wypaleniem jak dotąd jeszcze nie badano. Sam zespół wypalenia zawodowego, mimo iż szeroko eksplorowany, to jego studium w grupie pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera wydaje się być pierwsze na gruncie psychologii polskiej. Przedstawione kwestie odnoszą się do grupy (docelowej) personelu pielęgniarstwa. Za nowość uznać można także włączenie drugiej, odrębnej grupy (kontekstowej) osób z chorobą Alzheimera.

Wewnętrzna struktura niniejszej pracy składa się, oprócz wstępu i zakończenia, z trzech części – teoretycznej, metodologicznej oraz empirycznej, które odpowiadają poszczególnym etapom realizacji tematu.

Część teoretyczna obejmuje dwa rozdziały. W pierwszym zawarto wybrane zagadania dotyczące choroby Alzheimera, skupiając się na: perspektywie historycznej, aspektach medycznych, psychologicznych oraz przebiegu schorzenia – związanej z tym postępującej utracie sprawności osoby i konieczności zapewnienia jej opieki. W drugim rozdziale przedstawiono psychologiczny wymiar opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z chorobą Alzheimera. Za punkt wyjścia przyjęto tu trudności w relacji opiekuńczej wynikające z objawów samego schorzenia. Następnie odniesiono się do problematyki stresu, a także opisano rolę posiadanych kompetencji w zapobieganiu niekorzystnym zmianom w funkcjonowaniu osoby wspierającej. Na końcu rozważań teoretycznych zreferowano zespół wypalenia zawodowego.

Część metodologiczną stanowi rozdział trzeci, czwarty, piąty i szósty, w których zgodnie z kolejnością: omówiono problematykę badań własnych, scharakteryzowano zastosowane metody badawcze, przedstawiono strategię badań i procedury statystycznej analizy danych oraz badane osoby.

Część empiryczna zawiera się w sześciu rozdziałach. Pierwszy z nich – rozdział siódmy prezentuje wyniki opisujące funkcjonowanie osób z chorobą Alzheimera na przykładzie 50. pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Koprzywnicy. Następne rozdziały przedstawiają rezultaty badań uzyskane w grupie (docelowej), którą tworzyło 100. pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera. Znajdują się tu analizy dotyczące: korelatów zespołu wypalenia zawodowego, porównania grup o różnym nasileniu wypalenia zawodowego, typologii pielęgniarek z uwagi na konfigurację wymiarów zespołu wypalenia zawodowego, zmiennych wyjaśniających zespół wypalenia zawodowego (rozdział ósmy – jedenasty). Ostatni, dwunasty rozdział to dyskusja, która obejmuje syntezę i interpretację wyników oraz weryfikację hipotez. W dalszej kolejności zamieszczono zakończenie, bibliografię, spis rycin, tabel, wykresów oraz aneks.

Praca została przygotowana podczas studiów doktoranckich w Instytucie Psychologii Wydziału Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Dziękuję Promotor – Pani prof. dr hab. Stanisławie Steuden – za inspirację, wiele cennych uwag, życzliwość, cierpliwość i osobistą troskę.

Słowa podziękowania kieruję do dyrektorów ośrodków opieki długoterminowej, za pozwolenie na przeprowadzenie badań oraz do pielęgniarek, które zgodziły się wziąć w nich udział. Wyrazy wdzięczności – za zaufanie i współpracę składam pacjentom cierpiącym na chorobę Alzheimera.

Dziękuję również moim Rodzicom, wszystkim Bliskim i Przyjaciołom, bez Was powstanie tej pracy nie byłoby możliwe.

Część I

Podstawy teoretyczne badań

1. Wybrane zagadnienia dotyczące choroby Alzheimera

1.1. Choroba Alzheimera w perspektywie historycznej

Nazwa choroba Alzheimera (*Alzheimer's disease, AD*) pochodzi od nazwiska Aloisa Alzheimera (1864-1915) niemieckiego psychiatry, neuropatologa, który w 1906 roku udokumentował i ogłosił przypadek „niezwykłej choroby kory mózgu”. Opis ten dotyczył objawów otępienia obserwowanych u 51-letniej kobiety Augusty D. (Deter), przebywającej przez okres 4,5. roku w Zakładzie dla chorych psychicznie i epileptyków we Frankfurcie nad Menem (Kiejna, 2011a).

Augusta Deter została przyjęta do szpitala 25 listopada 1901 roku z inicjatywy męża, który nie był w stanie dłużej się nią opiekować. Na skierowaniu oprócz objawów zasadniczych – zaburzeń pamięci, niepokoju, bezsenności, widniała diagnoza „paraliż mózgu” (Draaisma, 2006).

Jak wynika z oryginalnej pracy Alzheimera (1907), pierwszym niepokojącym symptomem u chorej okazała się zazdrość o męża (przekonanie o niewierności), wkrótce potem wystąpiły problemy z pamięcią: „Była zdezorientowana w swoim domu, błądziła, przenosiła rzeczy z jednego miejsca na drugie i chowała je, a czasami uważała, że ktoś chce ją zabić i zaczynała głośno płakać”. W trakcie pobytu na oddziale ujawniała cechy określone mianem „całkowitej bezradności” (*complete helplessness*). Straciła orientację co do miejsca i czasu, mówiła, że niczego nie rozumie, że wszystko jest dla niej obce. Czasami pozdrowiała lekarza, jak gościa który przybył z wizytą i przeproszała, że nie skończyła domowych prac. Innym razem głośno protestowała, twierdząc, że on chce ją skrzywdzić. Miewała zaburzenia świadomości: „Przesuwała swoje łóżko, wołała męża i córkę, wydawała się doświadczać omamów słuchowych, często krzyczała przez kilka godzin” (za: Stelzmann, Schnitzlein, Murtagh, 1995, s. 429).

Z powodu trudności w zrozumieniu sytuacji, dopiero przy którejś z wielu prób Alzheimerowi udało się ocenić funkcjonowanie poznawcze pacjentki:

„(...) pokazywane przedmioty nazywała prawidłowo, ale prawie zawsze zaraz potem zapominała o wszystkim. Kiedy czytała tekst, opuszczała wiersze lub literowała poszczegól-

ne słowa albo pozbawiała je znaczenia wymawiając w nieprawidłowy sposób. Podczas pisania powtarzała wielokrotnie pojedyncze sylaby, inne opuszczała i szybko zniechęcała się całkowicie. W czasie mówienia wykorzystywała wypełnianie luk (perseweracje) oraz wiele określeń parafrazowanych, czasami było oczywiste, że nie mogła kontynuować. Pacjentka nie rozumiała określonych pytań. Nie pamiętała już jak używać niektóre przedmioty” (Alzheimer, 1907, za: Stelzmann, Schnitzlein, Murtagh, 1995, s. 429).

W 1995 roku w archiwum frankfurckiej kliniki psychiatrycznej wśród medycznej dokumentacji z innego rocznika, przypadkowo odnaleziono kartę chorobową Augusty. Z ostatnich, zwięzłych notatek spisanych przez współpracowników doktora wynikało, że w końcowym okresie chora była całkowicie otępiąca, leżała w łóżku, nie kontrolowała potrzeb fizjologicznych, miała odleżyny. Coraz bardziej słabła, cierpiała na gorączkę i zapalenie płuc. Za przyczynę zgonu w dniu 8 kwietnia 1906 roku podano: „zakażenie krwi spowodowane odleżynami” (Maurer, Volk, Gerbaldo, 1997).

Jako neuropatolog, badanie mózgu zmarłej pacjentki Alzheimer przeprowadził w Królewskiej Klinice Psychiatrycznej w Monachium, gdzie od 1903 roku pełnił funkcję asystenta Emila Kraepelina, kierując Laboratorium Anatomii. Sekcja ujawniła atrofię dużych fragmentów kory mózgowej i anomalie w tkance nerwowej: dziwne kłębkowate skręty i skupiska białek, z którymi doktor spotkał się po raz pierwszy (Draaisma, 2006).

Swoje odkrycie przedstawił podczas 37. Zjazdu Psychiatrów Południowo-Zachodnich Niemiec w Tybindze 3 listopada 1906 roku. Wystąpienie pt. „Niezwykła choroba kory mózgu” (*Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde*) nie zostało jednak przyjęte z entuzjazmem. Żaden z osiemdziesięciu ośmiu obecnych psychiatrów nie podzielił poglądu o nozologicznej odrębności przypadku Augusty D. (Barcikowska, Biliakiewicz, 2004).

Niezależnie od opinii, tekst odczytu opublikowano w czasopiśmie *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*. W zawartej tam konkluzji Alzheimer (1907) stwierdził: „(...) wydaje się, że mamy do czynienia ze specjalnym rodzajem choroby”, po czym za przyszłościowe w odróżnianiu swoistych schorzeń uznał metody badań histologicznych (za: Stelzmann, Schnitzlein, Murtagh, 1995, s. 430).

Wkrótce potem Gaetano Perusini, pracujący we wspomnianym już Laboratorium Anatomii zidentyfikował i zbadał pośmiertnie (znajdując „płytki” i „kłębki”) podobne trzy przypadki z wiekiem zachorowania 45, 63, 65 lat, a sam doktor obserwował znany mu przebieg objawów u 56-letniego Johanna Feigla. Gdy pacjent ten zmarł (październik 1910 rok) Alzheimer w książce sekcyjnej za przyczynę śmierci podał: „*Alzheimer'sche Krankheit*”. Wpis był zasadny, ponieważ parę miesięcy wcześniej Kraepelin w ósmym

wydaniu podręcznika psychiatrii (*Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*) przyznał chorobie odmienną nazwę jej badacza, uzasadniając:

„(...) można by sądzić, że chodzi tu o wyjątkowo ostrą formę demencji starczej, lecz przeczy temu fakt, że choroba zaczyna się około pięćdziesiątki. (...) można by myśleć, że mamy do czynienia z przypadkiem starości przedwczesnej, gdy w rzeczywistości prawdopodobnie chodzi o specyficzny obraz choroby, która pojawia się niezależnie od wieku” (Draaisma, 2006, s. 188).

Od tamtej pory, aż do lat 70. XX stulecia choroba Alzheimera była przypisywana młodszemu wiekowi. Odzwierciedlała rzadkie otępienie przedstarcze, różne od otępienia starczego, które uważano za wynik procesu starzenia się (Dobryszczycka, Leszek, 2007; Swerdlow, 2007). W polskich publikacjach medycznych jeszcze w latach 80. pisano: „Pierwotnie zwyrodnieniowy zespół otępienny rozpoczynający się przed 65. rokiem życia jest traktowany jako choroba Alzheimera, a występujący później jako otępienie starcze” (Tyszka, 1988, s. 158). Sobów i in. (2004) podkreślają, że arbitralne kryterium wieku przestało być istotne, ponieważ kolejne badania neuropatologiczne potwierdzały w każdym przypadku takie same zmiany w mózgu, jakie opisał Alzheimer. Za moment przełomowy przyjmuje się tu stanowisko Katzmana (1976), który stwierdził, że jeżeli dwóch grup (zachorowań przed i po 65. roku życia) nie odróżnia nic prócz wieku, to należy przyjąć jednolite oznaczenie – choroba Alzheimera.

Współcześnie (Styczyńska, 2012a,b; Kowalska, 2009b) choroba Alzheimera została podzielona na dwie postaci, które uznaje się za heterogenne klinicznie obraz tego samego procesu patologicznego:

- postać wczesną (*early-onset Alzheimer's disease*, EOAD) z objawami występującymi przed 65. rokiem życia; około połowa z wczesnych zachorowań jest dziedziczona w sposób autosomalny dominujący – tzw. przypadki rodzinne (*familial Alzheimer's disease*, FAD);
- postać późną (*late-onset Alzheimer's disease*, LOAD) z objawami występującymi po 65. roku życia; w 95% są to przypadki sporadyczne (*sporadic Alzheimer's disease*, SAD) z bardziej złożonym typem dziedziczenia oraz wieloczynnikową etiologią.

Pierwsze opisy sporządzone przez Alzheimera i Perusinię dotyczyły pacjentów cierpiących na postać choroby o wczesnym początku, która według bieżących danych dotyka 5-10% osób poniżej 65. roku życia (Styczyńska, 2012a). W populacji powyżej 65. roku życia zachorowalność podwaja się mniej więcej w okresach co 5 lat, po 85. roku życia maleje, wówczas zwiększa się odsetek otępień naczyniopochodnych. Choroba Alzheimera jest więc sprzężona z wiekiem (Barcikowska, 2012; Sobów i in. 2004).

1.2. Medyczne i psychologiczne aspekty choroby Alzheimera

1.2.1. Etiopatogeneza

Choroba Alzheimera należy do grupy chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego. Jej istota polega na zaniku neuronów i ich połączeń synaptycznych w korze mózgowej. Stan ten jest związany z powstawaniem białek o nieprawidłowej konformacji (strukturze przestrzennej). Jeżeli w komórce znajduje się ich znaczna ilość, to dochodzi do formowania się patologicznych agregatów białkowych tworzących blaszki starcze (*senile plaques*) zlokalizowane na zewnątrz neuronów oraz zwyrodnienie włókienkowe, inaczej neurofibrylarne (*neurofibrillary tangles*) wypełniające neurony (Barcikowska, 2012; Szwed, Miłowska, 2012; Barcikowska, Bilikiewicz, 2004).

Głównym budulcem blaszek starczych jest peptyd β -amyloid ($A\beta$), który składa się z 40-43 aminokwasów i stanowi fragment dużej cząsteczki białkowej, tzw. białka prekursorowego amyloidu (*amyloid precursor protein*, APP). APP to białko błonowe, występuje w większości komórek lecz jego rola nie została w pełni poznana. Metabolizm

APP może przebiegać dwutorowo. Prawidłowa (nieamyloidogenna) przemiana odbywa się z udziałem enzymu α -sekreazy. Dochodzi wówczas do rozszczepienia cząsteczki na dwa rozpuszczalne fragmenty, które ulegają degradacji. Alternatywna droga (amyloidogenna), to cięcie przez enzymy β - i γ -sekreazę, powodujące uwolnienie peptydu $A\beta$ w całości. Następnie dochodzi do jego agregacji (łączenia) i tworzenia złogów między komórkami mózgu. Najczęstsze formy $A\beta$ są zbudowane z 40, 42 aminokwasów, przy czym $A\beta_{42}$ jest bardziej podatny na odkładanie się (Szwed, Miłowska, 2012; Kowalska, 2009a; Bartoszevska, 2008; Wiśniewski, Węgiel, 1998a). Badania kliniczne z ostatnich lat ujawniły, że za efekty neurotoksyczne w większym stopniu niż uformowane złogi $A\beta$ odpowiedzialne są jego wcześniejsze formy – rozpuszczalne oligomery, gromadzące się wewnątrzkomórkowo i zewnątrzkomórkowo (Styczyńska, 2012a; Gąsiorowski, Brokos, 2011; Cąkała, Strosznajder, 2010).

Zwyrodnienie neurofibrylarne jest złożone z włókienkowatych struktur, które powstają w wyniku nieprawidłowej fosforylacji białka tau (τ). Fizjologicznie białko τ występuje głównie w neuronach. Pełni ważną rolę w tworzeniu i stabilizacji mikrotubul (mikrotubule są podstawowym składnikiem cytoszkieletu oraz uczestniczą w transporcie substancji z ciała komórki w kierunku zakończeń nerwowych). W chorobie Alzheimera białko τ na skutek działania enzymu – kinazy GSK 3β ulega nadmiernej fosforylacji. Postać hiperfosforylowana nie jest skutecznie rozkładana i gromadzi się w cytoplazmie, łącząc się w podwójne helikalnie skręcone włókienka (*paired helical filaments*, PHF). Akumulacja włókienek określana jako zwyrodnienie neurofibrylarne początkowo upośledza metabolizm komórki, aby ostatecznie doprowadzić do jej

rozpadu (Szwed, Miłowska, 2012; Kowalska, 2009a; Ożarowski, Kupisz, Torlińska, 2006; Wiśniewski, Węgiel, 1998b).

Obumieranie neuronów obarczonych amyloidozą i zmianami włóknkowymi najczęściej zachodzi na drodze aktywizacji apoptozy, czyli genetycznie programowanej śmierci. Jest to proces fizjologiczny, w którym przy zadziałaniu czynnika indukującego organizm eliminuje uszkodzone komórki. Występuje on relatywnie późno, gdy objawy kliniczne są w pełni rozwinięte (Gąsiorowski, Brokos, 2011; Kowalska, 2009a).

Utrata komórek jest równoznaczna z wypadaniem ich funkcji, w tym z ustaniem przekazywania sygnałów nerwowych. Zaburzenia neurotransmisji zaczynają się jednak o wiele wcześniej, już na samym początku choroby z uwagi na uszkodzenie neurytów i synaps przez nieprawidłowo sfałdowane białka. Niewydolność pojawia się w obrębie wielu systemów przekąźnikowych, takich jak: układ cholinergiczny, glutaminergiczny, serotonergiczny, noradrenergiczny, dopaminergiczny (Vetulani, Leszek, 2011; Sobów, 2010b; Vetulani, 2004).

Spójne wyniki badań neurochemicznych pozwoliły na sformułowanie najstarszej, klasycznej hipotezy cholinergiczej, według której podłożem zaburzeń poznawczych w chorobie Alzheimera jest deficyt przekąźnictwa cholinergicznego. Powstaje on jako rezultat zaniku neuronów jądra podstawnego Meynerta i innych jąder przodomózgowia. Neurony cholinergiczne odpowiadają za produkcję acetylocholinę i pełnią zasadniczą rolę w procesach zapamiętywania, uwagi oraz przypominania. Aktualnie podkreśla się, że równie istotna w patogenezie choroby Alzheimera jest dysfunkcja układu glutaminergicznego. Glutaminian to neuroprzekąźnik pobudzający, zaangażowany w tworzenie śladu pamięciowego, głównie przez zjawisko długoterminowego wzmocnienia. Jeżeli dojdzie do jego nadmiernej, patologicznej aktywacji (zaburzenia rozkładu i usuwania), to staje się toksyczny. Źle wpływa na pamięć (mechanizm szumu informacyjnego) oraz prowadzi do śmierci neuronów (mechanizm ekscytotoksyczności). Obie hipotezy znajdują swoje odzwierciedlenie w terapii pacjentów, u których stosuje się leki zapobiegające szybkiemu rozkładowi acetylocholinę (inhibitory acetylocholinoesterazy) – donepezyl, galantamina, riwastygmina oraz leki hamujące receptory glutaminowe – memantyna (Sobów, 2013; Flirski, Sobów, 2011; Vetulani, Leszek, 2011; Vetulani, 2007, 2004).

Obecnie przy wyjaśnianiu patogenezy choroby Alzheimera najczęściej wskazuje się na hipotezę kaskady amyloidowej. Według jej założeń pierwotnym procesem, który inicjuje sekwencję zdarzeń prowadzących do neurodegeneracji jest nieprawidłowy metabolizm białka prekursorowego amyloidu (APP). W efekcie dochodzi do narastania poziomu β -amyloid ($A\beta$) oraz kolejno do jego oligomeryzacji i odkładania się pod postacią blaszek. Inne patologiczne zmiany, jak: postępujące uszkodzenie neuronów (synaps i neurytów), przewlekła odpowiedź zapalna (aktywacja mikrogleju i astrogleju), zaburzenia

równowagi jonów wapnia, stres oksydacyjny, hiperfosforylacja białka τ , utrata neuronów, zmiany w neurotransmisji są traktowane jako wtórne do amyloidozy (Cąkała, Strosznajder, 2010; Kowalska, 2009a; Nawrot, Antoszczyk, Sierant, 2003).

Ważnymi przesłankami dla hipotezy amyloidowej stały się odkrycia w badaniach nad genetyką choroby Alzheimera. W postaci rodzinnej (FAD) znaczna większość poznanych mutacji prowadzi do wzmożonej ilości wydzielanego A β . Wyróżniono tu 32 mutacje w genie kodującym białko prekursorowe amyloidu (gen APP, ulokowany na chromosomie 21) oraz odpowiednio 178 i 14 mutacji w genach kodujących preseniliny – PSEN1 (na chromosomie 14), PSEN2 (na chromosomie 1), które mają bezpośredni wpływ na dojrzewanie APP (Pesz, Misiak, Sąsidek, 2011; Kowalska, 2009c). Etiologia postaci sporadycznej (SAD), która przeważa w całej populacji osób chorych jest słabiej poznana. Wciąż jedynym zidentyfikowanym genetycznym czynnikiem ryzyka pozostaje allel APOE ϵ *4 genu Apolipoproteiny E (APOE), kodujący białko włączone w regulację metabolizmu cholesterolu. Zwiększa on prawdopodobieństwo zachorowania, ale o nim nie przesądza. Przypuszcza się, że kluczowe mogą okazać się inne, dotąd nieznanne modyfikacje i/lub zmieniony proces usuwania A β z komórki (Kowalska, 2009a,b).

Mechanizmy leżące u podłoża neurodegeneracji w przypadkach sporadycznych są również wiązane ze współdziałaniem wielu czynników natury środowiskowej (Kiejna, 2011b). Wśród nich za najbardziej istotny i bezsporny uchodzi wiek. Zachorowalność wzrasta wraz z wiekiem, aż do 85. roku życia (Opala, 2011). W grupie podwyższonego ryzyka częściej mają znajdować się: kobiety, osoby z niższym poziomem wykształcenia (teoria rezerwy mózgowej) oraz po przebytych urazie głowy (pourazowe depozyty A β). Dane te nie zostały ostatecznie udowodnione i nadal podlegają dyskusji (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004). Liczne badania dowodzą, że także zmiany w naczyniach mózgu (często wynikające z: nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, cukrzycy typu 2, zaburzeń rytmu serca, niewydolności krążenia) mogą wpływać na ryzyko wystąpienia i przyspieszać postęp choroby Alzheimera (Geppert, Przedpelska-Ober, 2007).

1.2.2. Kryteria rozpoznawania

Podstawę rozpoznawania choroby Alzheimera jako przyczyny otępienia stanowią opisowe kryteria kliniczne. Poniżej przedstawiono kryteria, które najczęściej stosuje się w codziennej praktyce (w Europie – ICD-10, w Stanach Zjednoczonych – DSM-IV-TR) oraz w badaniach naukowych (NINCDS/ADRD), a także najnowsze kryteria NIA/AA uwzględniające obie sytuacje diagnostyczne.

Kryteria Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania umieszcza *otępienie w chorobie Alzheimera* (F00) w dziale Organiczne zaburzenia psychiczne. Według ustaleń diagnostycznych przez otępienie rozumie się zespół spowodowany chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub postępującą, w którym przy zachowanej świadomości, dochodzi do zaburzeń wyższych czynności korowych, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, funkcje językowe, zdolność uczenia się i zdolność do racjonalnej oceny. Objawom tym zwykle towarzyszy lub niekiedy może je wyprzedzać, osłabienie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, nad zachowaniem i motywacją. W wywiadzie chorobowym powyższy stan musi trwać przez co najmniej 6 miesięcy.

Kryteria wskazują, że aby rozpoznać otępienie w chorobie Alzheimera, należy stwierdzić obecność wyżej zdefiniowanego otępienia oraz: trudno uchwytny (podstępny) początek, przebieg powolny lecz postępujący, obraz kliniczny i wyniki badań wykluczające wystąpienie otępienia na skutek innych chorób układowych czy chorób mózgu, brak udarowego (nagłego) początku lub objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.). Istnieje także możliwość wyróżnienia podtypu otępienia w chorobie Alzheimera: o wczesnym początku – przed 65. rokiem życia (F00.0), o późnym początku – po 65. roku życia (F00.1), postaci atypowej lub mieszanej w razie współistnienia z otępieniem naczyniowym (F00.2) (World Health Organization [WHO], 1992, 1993; Pużyński, Wciórka, 1998, 2000).

Kryteria Amerykańskiej Klasyfikacji Diagnostycznej i Statystycznej – DSM-IV-TR

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadza termin *otępienie typu alzheimerowskiego* (294.1), aby podkreślić niehomogeny charakter tej grupy zaburzeń. Przy stawianiu rozpoznania wymagana jest obecność licznych deficytów poznawczych, zarówno zaburzeń pamięci (krótko-, długotrwałej), jak i co najmniej jednego z dalszych objawów, czyli: zaburzeń mowy (afazja), zaburzeń wykonywania złożonych czynności ruchowych przy braku niedowładów (apraksja), niezdolności do rozpoznawania przedmiotów mimo dobrego widzenia (agnozja) oraz zaburzeń funkcji wykonawczych (planowanie, ustalanie kolejności, organizowanie, uogólnianie). Deficyty te muszą występować przy zachowanej świadomości, a ich nasilenie powinno w sposób istotny zakłócać czynności społeczne, zawodowe oraz wyraźnie obniżać poziom funkcjonowania w porównaniu z okresem sprzed choroby. Zgodnie z założeniami, przebieg otępienia typu alzheimerowskiego powinien charakteryzować się stopniowym początkiem i ciągłym narastaniem objawów.

Potwierdzając diagnozę należy wykluczyć schorzenia, które mogą wywoływać podobne zaburzenia czynności poznawczych, to jest: inne stany o.u.n., stany układowe,

wpływ substancji toksycznych i choroby psychiczne. Poza dookreśleniem czy otępienie typu alzheimerowskiego cechuje się wczesnym/późnym początkiem, kryteria przewidują dodatkowe rozróżnienie na postać bez zakłóceń zachowania (294.10) i z zakłóceniami zachowania (294.11) (American Psychiatric Association [APA], 2000; Wciórka, 2008).

W najnowszym wydaniu podręcznika (DSM-V) termin otępienie nie zachował swojego statusu. Wskazano zaś na *zaburzenia neuropoznawcze* (większe lub łagodne) w tym spowodowane chorobą Alzheimera (APA, 2013; Gałęcki, Świącicki, 2015).

Kryteria Narodowego Instytutu Chorób Neurologicznych i Udarów dla Choroby Alzheimera i Chorób Pokrewnych – NINCDS/ADRDA

Są to kryteria naukowe (wprowadzone w 1984 roku i poddane rewizji w 2007 roku), które przewidują dwa poziomy wiarygodności diagnozy.

Prawdopodobna choroba Alzheimera jest rozpoznawana przy obecności zaburzeń pamięci epizodycznej, które: pojawiały się stopniowo i wciąż postępują, trwają dłużej niż 6 miesięcy, są potwierdzone badaniem przy użyciu testów, występują w sposób izolowany lub łącznie z innymi deficytami funkcji poznawczych. Do informacji wspomagających diagnozę zalicza się stwierdzenie jednej lub więcej z poniższych cech:

- zmniejszenie objętości struktur przyśrodkowej części płata skroniowego mózgu (zanik hipokampa, kory śródwęczowej, jąder migdałowatych) w badaniu metodą rezonansu magnetycznego (MR);
- nieprawidłowe stężenie biomarkerów (obniżone stężenie β -amyloidu, podwyższone stężenie białka tau całkowitego i ufosforylowanego) w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego;
- swoisty wzorzec metabolizmu w płatach skroniowo-ciemieniowych mózgu w badaniu za pomocą pozytonowej tomografii emisyjnej (PET);
- wykazanie w najbliższej rodzinie obecności mutacji dziedziczonej autosomalnie-dominująco (gen APP, PSEN1, PSEN2).

Diagnoza *pewnej choroby Alzheimera* wymaga jednoczesnego spełnienia: kryteriów klinicznych i histopatologicznych (badanie biopsyjne za życia, autopsyjne po śmierci, które ma wskazać na cechy typowej neuropatologii) lub kryteriów klinicznych i genetycznych (obecność deterministycznej mutacji) (Dubois i in. 2007; Barcikowska, 2008; Larner, 2010).

Kryteria Narodowego Instytutu Badań Starzenia i Stowarzyszenia Alzheimerowskiego – NIA/AA

Wytyczne ustalone przez NIA-AA proponują oddzielne kategorie klasyfikacji do stosowania w praktyce klinicznej i w badaniach naukowych. W każdym przypadku, podstawą rozpoznania jest potwierdzenie samego otępienia, czyli objawów poznawczych

i neuropsychiatrycznych, które: zakłócają funkcjonowanie zawodowe lub wykonywanie codziennych czynności, świadczą o obniżeniu sprawności w stosunku do wcześniejszego ich poziomu, nie powstały na skutek mającego ani innych chorób psychicznych. Wśród objawów muszą znajdować się co najmniej dwa rodzaje zaburzeń dotyczące: pogorszonej zdolności nabywania i zapamiętywania informacji, osłabionego rozumowania i wykonywania złożonych zadań, dysfunkcji wzrokowo-przestrzennych, ograniczonych czynności językowych, zmian sfer osobowości, zachowania lub sposobu bycia. Oceny dokonuje się na podstawie informacji z wywiadu od pacjenta i bliskiej dobrze znającej go osoby oraz wyników testów mierzących czynności poznawcze.

O *otępieniu prawdopodobnie spowodowanym przez chorobę Alzheimera* można mówić, jeżeli spełnione są podstawowe kryteria otępienia przy jednoczesnym występowaniu dodatkowych cech klinicznych. Cechy te są elementem kluczowym dla diagnozy i obejmują: skryty początek objawów, jednoznaczny wywiad wskazujący na nasilenie się dysfunkcji poznawczych, swoisty obraz wczesnych zaburzeń w postaci amnestycznej (najczęstsze problemy z pamięcią) lub nieamnestycznej (typ językowy, wzrokowo-przestrzenny, dotyczący funkcji wykonawczych). Zwiększenie pewności rozpoznania jest możliwe przez: potwierdzenie pogarszania czynności poznawczych w kolejnych ocenach pacjenta lub wykrycie swoistej mutacji genowej (w genie APP, PSEN1 lub PSEN2).

Na potrzeby badań naukowych w uaktualnionych kryteriach uwzględniono dane dotyczące wskaźników biologicznych, czyli parametrów mierzalnych przeżyciowo, które obrazują cechy patofizjologiczne choroby Alzheimera. Należą do nich wskaźniki odkładania się białka amyloidu beta w mózgu (małe stężenie A β 42 w płynie mózgowo-rdzeniowym, dodatni wynik obrazowania amyloidu w badaniu PET) oraz wskaźniki zwyrodnienia lub uszkodzenia neuronów (zwiększone stężenie białka tau całkowitego i ufosforylowanego w płynie mózgowo-rdzeniowym, zmniejszony wychwytywanie 18fluoro-deoksyglukozy w korze płatów skroniowych i ciemieniowych w badaniu PET, duży zanik przyśrodkowej, podstawnej, bocznej części płata skroniowego i przyśrodkowej części płata ciemieniowego w badaniu MR). Jeżeli pacjent spełnia kryteria kliniczne otępienia prawdopodobnie spowodowanego chorobą Alzheimera, wówczas można przejść do ustalenia rozpoznania z wykorzystaniem wskaźników biologicznych. Ich oznaczenie zwiększa bądź zmniejsza (zależnie od wyniku) pewność, że przyczyną istniejących zaburzeń jest alzheimerowski proces patofizjologiczny. Obecnie procedury tej nie zaleca się w rutynowej diagnostyce. Niezbędne są dalsze badania, które mają ustalić przydatność, znaczenie i trafność poszczególnych wskaźników (McKhann i in., 2011; Barcikowska, 2012).

1.2.3. Proces diagnostyczny i różnicowanie

Obok przedstawionych wyżej kryteriów, istnieją również ujednoczone standardy dotyczące rozpoznawania i leczenia choroby Alzheimera. Są to wytyczne opublikowane w 2010 roku przez Europejską Federację Towarzystw Neurologicznych (*European Federation of Neurological Societies*, EFNS). Zawierają one praktyczne zalecenia, które powstały jako metaanaliza prac naukowych wydanych do maja 2009 roku. Siłę każdego zalecenia oceniono na skali od A do C, gdzie A oznacza największą siłę – zalecenie wynika z badań o wysokim stopniu wiarygodności. Jeżeli eksperci pomimo braku danych potwierdzających, kierując się własnym doświadczeniem przyjmowali wspólne stanowisko odnośnie ważnych kwestii, to formułowano wskazówki dobrej praktyki klinicznej. Wytyczne powstały w celu ułatwienia pracy neurologom, geriatrom, psychiatrom i innym specjalistom, tak by postępowali według określonych ram. Zgodnie z całościowym podejściem do pacjenta podkreślono, że aby trafnie rozpoznać objawową fazę choroby Alzheimera, należy odwołać się do różnych procedur diagnostycznych (Hort i in., 2010).

Wywiad, badanie przedmiotowe – ogólne i neurologiczne, badania laboratoryjne

Podstawowym i zarazem bardzo istotnym elementem diagnostyki jest zebranie wywiadu chorobowego. Informacje należy uzyskać od samego pacjenta oraz od bliskiej, dobrze znającej go osoby (siła zalecenia A). Po pierwsze zadaje się pytania dotyczące występowania określonych zaburzeń poznawczych i pozapoznawczych. Następnie określa się właściwości objawów (ich początek, tempo narastania, przebieg, kolejność pojawiania się zmian) oraz to, w jaki sposób wpływają na codzienne funkcjonowanie. Widoczne pogorszenie w zakresie wykonywania różnych czynności dnia codziennego jest wymagane do rozpoznania otępienia (siła zalecenia A). Ważne znaczenie mają także przebyte i współistniejące choroby, historia obciążeń rodzinnych, wykształcenie. Podczas wywiadu z opiekunem dąży się do zweryfikowania istniejących i ujawnienia nowych danych. W tym celu można korzystać z dostępnych kwestionariuszy badania informatora (Hort i in., 2010; Pfeffer, 2012; Siuda, Opala, 2012; Sobów 2010a).

Ogólne badanie przedmiotowe i badanie neurologiczne warto przeprowadzić każdorazowo, jako element pomocny przy różnicowaniu choroby Alzheimera od innych zaburzeń (Hort i in., 2010).

Na początku lekarz szczegółowo ocenia ogólny stan zdrowia pacjenta, tak aby wykluczyć internistyczne przyczyny mogące mieć silny związek z pojawieniem się dysfunkcji poznawczych. Są one upatrywane, jako powikłania chorób somatycznych, wśród których najczęściej wymienia się: cukrzycę, przewlekłą niewydolność nerek, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, zespół metaboliczny, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność oddechową, astmę, toczeń trzewny układowy,

choroby endokrynologiczne (Talarowska, Gałeczki, 2013; Pfeffer, 2012; Słowik, Turaj, Szczudlik, 2004).

Ocena neurologiczna jest badaniem, które pozwala na określenie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz ustalenie przynajmniej wstępnie jego przyczyny (Prusiński, 2011). W początkowym okresie choroby Alzheimera nie ma jakichkolwiek typowych zmian neurologicznych. Niekiedy może pojawić się odruch dłoniowo-bródkowy, będącym jednym z objawów deliberacyjnych (atawistycznych). W bardziej zaawansowanych stadiach najczęściej stwierdza się symptomy zespołu parkinsono-wskiego. Są to sztywność, bradykinezja (spowolnienie ruchowe), rzadziej drżenie. U około 10% pacjentów w późnej fazie choroby występują patologiczne mioklonie (kurcze mięśni) i napady padaczkowe (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004).

Jako wyznacznik dobrej praktyki klinicznej zleca się wykonanie rutynowych badań laboratoryjnych krwi. Należą do nich: oznaczenie stężenia witaminy B12 i kwasu foliowego, tyreotropiny (TSH), wapnia, glukozy oraz pomiar biochemicznych czynności nerek i wątroby, a także morfologia. Uzyskane wskaźniki dają możliwość wykluczenia potencjalnie odwracalnych przyczyn otępienia, które mogą ściśle wynikać z zaburzeń metabolicznych, hormonalnych, niedoborowych, elektrolitowych. W indywidualnych przypadkach ważne są testy w kierunku neuroinfekcji – kiły, boreliozy, HIV (Hort i in., 2010; Pfeffer, 2012; Sobów, 2005).

Ocena zaburzeń poznawczych i pozapoznawczych

U wszystkich osób należy przeprowadzić ocenę czynności poznawczych (siła zalecenia A), wykonując w pierwszej kolejności badanie przesiewowe. Następnie jeżeli zachodzi konieczność, na ogół w bardzo wczesnej fazie otępienia oraz w rozpoznaniach niepewnych praktykuje się badanie pogłębione (siła zalecenia B) (Hort i in., 2010).

Badanie przesiewowe jest to wstępne, orientacyjne określenie ogólnego poziomu sprawności poznawczej. Umożliwia wychwycenie istotnych zmian w funkcjonowaniu, tym samym identyfikuje pacjentów, którzy wymagają dalszej, szczegółowej diagnostyki (Barczak, Mandeczka, 2012). Rutynowo dokonuje się tego używając skринingowych skal klinimetrycznych. Przegląd aktualnych doniesień wskazuje, że największą czułością i swoistością w wykrywaniu choroby Alzheimera odznacza się: *Krótki Test Stanu Psychicznego STMS* (96%, 91%), *7-Minutowy Test Przesiewowy 7MS* (91-93%, 86-96%), *Montrealaska Skala Oceny Funkcji Poznawczych MoCA* (83%, 88%), *Test Rysowania Zegara CDT* (72,9%, 65,6%) (Ciesielska i in., 2013). Z nowszych metod na uwagę zasługuje polska wersja *Addenbrooke's Coognitive Examination ACE-III* (Senderecka i in., 2014), która z dokładnością 94%, 89% różnicuje osoby z chorobą Alzheimera od osób zdrowych i osób z innymi postaciami otępienia (Mioshi, Dawson, Mitchell, i in., 2006).

W praktyce wciąż najczęściej stosuje się *Krótką Skalę Oceny Stanu Umysłowego* MMSE. Jest ona wrażliwa na dysfunkcje wynikające z uszkodzenia obszarów korowych mózgu. Sprawdza się w przypadku typowej choroby Alzheimera, gdy początkowym objawem są zaburzenia pamięci i orientacji (Folstein, Folstein, Fanjiang, 2009).

Zdecydowana większość prostych narzędzi przesiewowych nie spełnia swojego zadania w przypadku osób, u których występują bardzo wczesne, dyskretne objawy otępienia. Testy te okazują się zbyt łatwe, pojawia się tzw. efekt sufitowy – osiągnięty jest maksymalny poziom ich wykonania (Kotapka-Minc, 2003).

Badanie pogłębione (neuropsychologiczne) ma charakter funkcjonalny. Jego celem jest szczegółowa ocena przebiegu poszczególnych procesów poznawczych, na podstawie której można ustalić obecność i głębokość deficytów w danym obszarze. Diagnozując osobę, u której istnieje podejrzenie otępienia, należy dokładnie oszacować poziom funkcji językowych, wzrokowo-przestrzennych i wykonawczych używając konkretnych testów. Przeprowadzając badanie trzeba pamiętać, aby dobór narzędzi pod względem trudności był dostosowany do aktualnych możliwości pacjenta. W bardziej zaawansowanych stadiach warto ograniczyć się do najprostszych, krótkich skal i prób eksperymentalno-klinicznych (Kotapka-Minc, 2007; Barczak, 2012a).

W ramach funkcji językowych przydatne jest sprawdzenie zdolności aktualizacji nazw (*Test Nazywania z Bostońskiego Testu do Diagnozy Afazji*) i fluencji słownej (*Test Fluencji Słownej*), będących jednocześnie przejawem pamięci semantycznej. Bazując w dalszym ciągu na materiale słownym obowiązkowo ocenia się zakres uwagi, czyli pamięć krótkotrwałą słuchową (*Test Powtarzanie Cyfr Wprost Skali Inteligencji Wechslera*) oraz procesy uczenia się i odtwarzania, czyli pamięć słuchową epizodyczną (*Test Uczenia się 15 Słów Reya, Kalifornijski Test Uczenia się Językowego*). Pomiar funkcji wzrokowo-przestrzennych obejmuje zwykle: uwagę i przeszukiwanie wzrokowe (*Test Łączenia Punktów – część A*), pamięć wzrokową krótkotrwałą (*Test Pamięci Wzrokowej Bentona*) i epizodyczną (*Test Figury Złożonej Reya-Osterreitha*), fluencję niewerbalną (*Test Płynności Figuralnej Ruffa*). Do metod, które w sposób znaczący angażują funkcje wykonawcze, rozumiane jako zdolność planowania i kontrolowania działań umysłowych, należy *Test Powtarzanie Cyfr Wspak Skali Inteligencji Wechslera* i *Test Łączenia Punktów – część B*. Tendencja do persewencji w próbach mierzących fluencję oraz pamięć, a także brak umiejętności korzystania ze wskazówek podczas przypominania z podpowiedzią, również mogą sugerować deficyty w zakresie systemu wykonawczego (Barczak, Gorzkowska, Klimkowicz-Mrowiec, 2012; Kotapka-Minc, Borkowska, 2012; Hort i in., 2010; Gugala i in., 2007; Kotapka-Minc, 2007).

Rezultatem badania neuropsychologicznego powinno być wyznaczenie profilu zaburzeń poznawczych pacjenta wraz ze wskazaniem dominującej dysfunkcji. Jeżeli

udokumentowane zaburzenia wykraczają poza normę związaną z wiekiem i zarazem nie są następstwem depresji, to zasadne jest stwierdzenie procesu otępiennego. W dalszej kolejności przechodzi się do diagnozy różnicowej, analizuje się profil pod kątem przypuszczalnej etiologii otępienia (Barczak, 2012; Kotapka-Minc, 2004).

Badanie psychiatryczne obejmuje ocenę objawów pozapoznawczych, zwanych inaczej neuropsychiatrycznymi, które stanowią integralny element obrazu klinicznego otępienia, również choroby Alzheimera. W praktyce jakiś rodzaj objawów z szerokiego zakresu zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych obserwuje się u większości pacjentów. Z tego względu ocenę psychiatryczną należy traktować, jako procedurę obowiązkową (siła zalecenia A). W celu uniwersalizacji badania, zwrócono uwagę na możliwość wykorzystania *Inwentarza Neuropsychiatrycznego NPI* i *Skali Oceny Zachowania w Otępieniu* (Hort i in., 2010; Gabrylewicz, 2014; Sobów, 2012)

Biomarkery: neuroobrazowe, biochemiczne, genetyczne

W ramach diagnostyki pacjentów z pogorszeniem czynności poznawczych wykorzystuje się metody neuroobrazowania. Standardowe badania strukturalne przy użyciu tomografii komputerowej – TK, rezonansu magnetycznego – MR pozwalają na ocenę struktur anatomicznych mózgu (Krzyżowski, Bogusławska-Walecka, 2006). EFNS zaleca, aby badanie strukturalne (preferowany MR) było wykonane przynajmniej jeden raz, w celu: wykluczenia innych, potencjalnie wyleczalnych (chirurgicznie) zmian patologicznych (guz, krwiak, wodogłowie), wykrycia uszkodzeń naczyńopochodnych (co nie neguje obecności procesów zwyrodnieniowych), określenia typu otępienia na podstawie cech zaniku o swoistej topografii. W przypadku choroby Alzheimera rozpoznanie kliniczne potwierdza wykazany w obrazowaniu zanik przyśrodkowych części płatów skroniowych (siła zalecenia A). Łącząc ten wskaźnik ze zmniejszoną objętością tylnej części kory zakrętu obręczy lub przedklinka poprawia się pewność diagnozy, szczególnie u osób przed 65. rokiem życia (siła zalecenia B). Przy objawach atypowych (gdzie nie dominują zaburzenia amnestyczne) ocena MR części wskazuje na zajęcie kory skroniowo-ciemieniowej (siła zalecenia B) (Filippi i in., 2012).

Dzięki nowym technikom medycyny nuklearnej (wprowadzanie do krwiobiegu izotopów promieniotwórczych) wykonywane są badania funkcjonalne. Umożliwiają one pomiar fizjologicznej aktywności mózgu: metabolizmu (pozytonowa tomografia emisyjna – PET), przepływu krwi (tomografia emisyjna pojedynczego fotonu – SPECT). W porównaniu do badań strukturalnych, zapewniają wcześniejsze wykrycie zaburzeń, przez co są wysoce użyteczne w początkowych fazach otępienia (Walecki, Pawłowska-Detko, Adamczyk, 2007).

Według rekomendacji EFNS badanie funkcjonalne należy zlecić, jeżeli rozpoznanie otępienia na podstawie uprzednich metod pozostaje wątpliwe, a także w szczególnych sytuacjach klinicznych (siła zalecenia A). Typowy obraz nieprawidłowości, który uważa się za czynnik predykcyjny dla choroby Alzheimera, to zmniejszony metabolizm lub zredukowany przepływ krwi w tylnych częściach płatów skroniowych i w płatach ciemieniowych (siła zalecenia A) (Filippi i in., 2012).

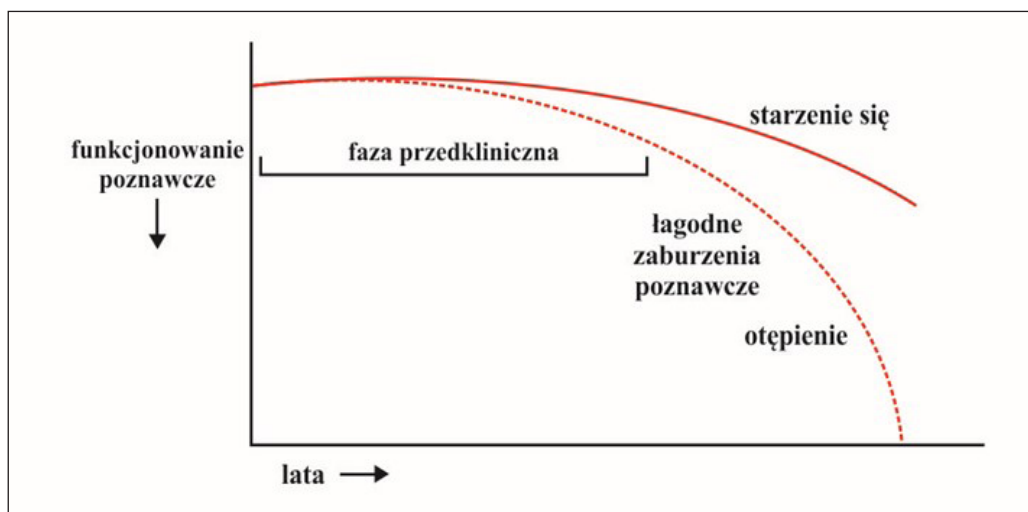
Najbardziej obiecujące, choć obecnie nie uznawane jako badanie rutynowe jest obrazowanie β -amyloidu za pomocą PET. Stosując odpowiednie znaczniki (ligandy) przeżyciowo można wyznaczyć patologiczne złogi w korze mózgu. Prawdopodobnie $A\beta$ -PET będzie rozwiązaniem przełomowym w rozpoznawaniu toczącego się procesu alzheimerowskiego u osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczym, a także u osób z chorobą Alzheimera o wczesnym początku i z objawami atypowymi (siła zalecenia C) (Szcudlik, 2014).

Oznaczenia biochemiczne dotyczą pomiaru białek, uznawanych za kluczowe w patogenezie choroby Alzheimera. Są to β -amyloid i białko tau, których stężenie określa się w płynie mózgowo-rdzeniowym pobranym w zabiegu punkcji lędźwiowej. Nieprawidłowe wyniki, tj. jednoczesowe zmniejszone stężenia β -amyloid 42 ($A\beta_{42}$) i zwiększone stężenie białka tau (całkowitego i postaci ufosforylowanej) potwierdzają rozpoznanie choroby Alzheimera (siła zalecenia B). Badanie markerów biochemicznych traktuje się jako uzupełniające, zwłaszcza przy różnicowaniu zachorowań atypowych (Hort i in., 2010; Rachel i in., 2014; Styczyńska, 2012a; Zboch, Leszek, 2010).

Istnieją silne dowody na to, że w niektórych przypadkach choroba Alzheimera dziedziczy się autosomalnie dominująco. Wymieniona prawidłowość warunkuje rzadką, rodzinną postać o wczesnym początku (FAD/EOAD), dla której dotychczas udało się opisać mutacje sprawcze w trzech genach: APP, PSEN1, PSEN2 (Kowalska, 2009c). EFNS podaje, że u pacjentów z odpowiednim fenotypem (wiek zachorowania i obraz kliniczny) lub obciążonym wywiadem rodzinnym (występowanie choroby u krewnych) można wykonać testy przesiewowe na nosicielstwo mutacji we wspomnianych genach. Dla postaci choroby Alzheimera o późnym początku (w zdecydowanej większości są to przypadki sporadyczne SAD/LOAD) podłoże genetyczne nadal pozostaje nieznanne. Jedynym niekwestionowanym czynnikiem ryzyka jest tu polimorfizm genu APOE. Obecność allelela APOE ϵ 4 nie daje pewności rozpoznania, dlatego EFNS nie zaleca jego rutynowego badania (Styczyńska, 2012; Hort i in., 2010; Kowalska, 2009b).

1.3. Choroba Alzheimera jako przyczyna postępującej utraty sprawności

Zgodnie z aktualnymi ustaleniami grupy roboczej Narodowego Instytutu Badań Starzenia i Stowarzyszenia Alzheimerowskiego (*National Institute on Aging and the Alzheimer's Association*, NIA-AA) choroba Alzheimera jest definiowana, jako zjawisko obejmujące alzheimerowski proces patofizjologiczny. Termin alzheimerowski proces patofizjologiczny określa rozwijające się w ośrodkowym układzie nerwowy i typowe dla tej jednostki nozologicznej zmiany neurodegeneracyjne. W konsekwencji rozumienie choroby Alzheimera opiera się na kontinuum – ciągłości zaburzeń (ryc. 1), w którym wyróżnia się fazę przedklinikzną i kliniczną. Faza kliniczna (objawowa) to otępienie oraz poprzedzające je łagodne zaburzenia poznawcze (Sperling i in., 2011; Gabryelewicz, 2011c).



Ryc. 1. Model kontinuum choroby Alzheimera (Sperling i in., 2011, s. 4).

1.3.1. Faza przedklinikzna

Podstawą koncepcji przedklinikcznej fazy choroby Alzheimera (*preclinical stages of Alzheimer's disease*) jest założenie, że leżący u podstaw otępienia alzheimerowski proces patofizjologiczny wyprzedza czasowo pojawienie się objawów. Od momentu zainicjowania kaskady zmian w mózgu, aż do widocznego klinicznie pogorszenia funkcjonowania może upłynąć 10 lub więcej lat (Sperling i in., 2011; Swerdlow, 2007; Morris, 2005; Braak, Braak, 1991). W tym okresie podstawowe znaczenie ma odkładanie się β -amyloidu ($A\beta$), który uważa się za najwcześniej wykrywalny wskaźnik biologiczny. Gromadzenie się tego toksycznego białka może w pewnych przypadkach (czynnik

konieczny lecz niewystarczający) prowadzi do rozwoju dalszych etapów zmian w mózgu (O'Brien, Wong, 2011; Sprling i in., 2011; Jack i in., 2011).

Według przewidywanej sekwencji zdarzeń patofizjologicznych grupa NIA-AA zaproponowała podział przedklinicznej fazy choroby Alzheimerera na trzy stadia. Są to:

- bezobjawowa amyloidoza mózgu (dodatnie wskaźniki gromadzenia się A β , brak innych nieprawidłowości);
- bezobjawowa amyloidoza + neurozwyrodnienie (dodatnie wskaźniki gromadzenia się A β , co najmniej jeden dodatni wskaźnik uszkodzenia neuronów);
- amyloidoza + neurozwyrodnienie + nieznaczne pogorszenie funkcjonowania poznawczego.

W ostatnim stadium oprócz obecności swoistych cech biologicznych, występują subtelne zmiany czynności poznawczych w porównaniu z ich wcześniejszym poziomem. Stan ten może wiązać się z większym ryzykiem progresji do łagodnych zaburzeń poznawczych i później do otępienia. Należy jednak pamiętać, że u niektórych osób nie dochodzi do rozwoju zaburzeń poza stadium 1., 2., co wciąż pozostaje przedmiotem wielu badań. Przedstawiony podział ma charakter hipotetyczny i jest stosowany w celach naukowych (Sprling i in., 2011; Jack i in., 2011; Parnowski, 2011; Gabryelewicz, 2011c).

W najnowszych doniesieniach przedkliniczną fazę choroby Alzheimerera traktuje się z dużą ostrożnością prognostyczną. Jej rozpoznawanie – wciąż na etapie badawczym odbywa się według restrykcyjnych kryteriów. Podstawowym warunkiem jest tu brak objawów klinicznych dla zespołu amnestycznego lub postaci atypowych (fenotypy AD). Następnie przechodzi się do wyników markerów diagnostycznych. Na ich podstawie autorzy (*International Working Group, IGW-2*) wyróżniają: stan bezobjawowego ryzyka (obecne odkładanie się A β i/lub uszkodzenie neuronów); stan presymptomatyczny (obecne mutacje sprawcze w znanych genach) (Dubois i in. 2014; Sobów, 2014a).

1.3.2. Łagodne zaburzenia poznawcze

Termin łagodne zaburzenia poznawcze (*mild cognitive impairment, MCI*) powstał, aby określić stan pomiędzy starzeniem fizjologicznym, a patologicznym, w którym występuje osłabienie funkcji poznawczych, zazwyczaj pamięci. Prezentowany stopień nasilenia zmian jest mniejszy niż w przypadku otępienia, ale przekracza normę dla wieku i poziomu wykształcenia. Pacjenci z tej grupy klinicznej uskarżają się na kłopoty z pamięcią i/lub pogorszenie innych sprawności umysłowych. Zgłaszane trudności (obiektywnie potwierdzone przez rodzinę i wyniki testów psychometrycznych) nie mają jednak wpływu na codzienną, prostą aktywność. Co ważne, przy zachowanej ogólnej samodzielności, pojawiają się natomiast problemy z aktywnością złożoną np.:

z planowaniem i realizacją zakupów, zarządzaniem finansami, czy podróżowaniem do nowych miejsc (Bidzan, 2015; Gabryelewicz, 2011a, 2011b).

Ze względu na heterogenną etiologię, obraz łagodnych zaburzeń poznawczych jest zróżnicowany. Może mieć charakter stabilny, odwracalny lub konwertujący. Postać konwertująca (postępująca) wiąże się z podwyższonym ryzykiem rozwoju otępienia. Największe prawdopodobieństwo progresji w kierunku otępienia w chorobie Alzheimera mają osoby z amnestycznym MCI, w którym zaburzona jest wyłącznie pamięć. Roczny wskaźnik konwersji wynosi tu 7%. W uogólnionym amnestycznym MCI (gdzie obecne są deficyty zarówno pamięci, jak i innych funkcji), w wybiórczym nieamnestycznym MCI (gdzie uszkodzeniu ulega pojedyncza funkcja, ale nie pamięć) oraz w uogólnionym nieamnestycznym MCI (gdzie występuje pogorszenie wielu domen poznawczych, oprócz pamięci) ryzyko przejścia do otępienia alzheimerowskiego jest mniejsze (zob. ryc. 2.). (Barczak, 2012b; Gabryelewicz, 2011a, 2004).

amnestyczne MCI	→	choroba Alzheimera
uogólnione amnestyczne MCI	→	choroba Alzheimera otępienie naczyniopochodne prawidłowe starzenie się?
nieamnestycznej postaci MCI	→	otępienie czołowo-skroniowe otępienie z ciałami Lewy'ego otępienie naczyniopochodne afazja pierwotnie postępująca choroba Parkinsona choroba Alzheimera

Ryc. 2. Heterogenność łagodnych zaburzeń poznawczych (Parnowski, 2011, s. 539).

Aby precyzyjnie rozpoznać objawową fazę choroby Alzheimera poprzedzającą otępienie grupa robocza NIA-AA zdefiniowała termin łagodne zaburzenia poznawcze spowodowane chorobą Alzheimera (*mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease*). Główne ustalenia diagnostyczne są tu zgodne z dotychczasowym stanem wiedzy, przedstawionym w pierwszym akapicie tego podrozdziału. Dodatkowo, autorzy zalecają: wykluczyć inne choroby ogólnoustrojowe i neurologiczne (także urazy), ustalić postępujący przebieg zaburzeń poznawczych, zebrać wywiad obciążen rodzinnych.

W przypadku badań naukowych zaproponowane zostały dwa rodzaje markerów (wskaźniki odkładania się A β oraz wskaźniki uszkodzenia neuronów), uważanych za pomocne w ustalaniu predyspozycji do rozwoju otępienia typu Alzheimera u osób z MCI. Największe ryzyko zachorowania autorzy wiążą z dodatnimi wynikami obydwóch wskaźników. Jeżeli tylko jedno oznaczenie jest pozytywne – ryzyko określa się jako umiarkowane (Albert i in., 2011; Gabryelewicz, 2011a; Barczak, 2012b).

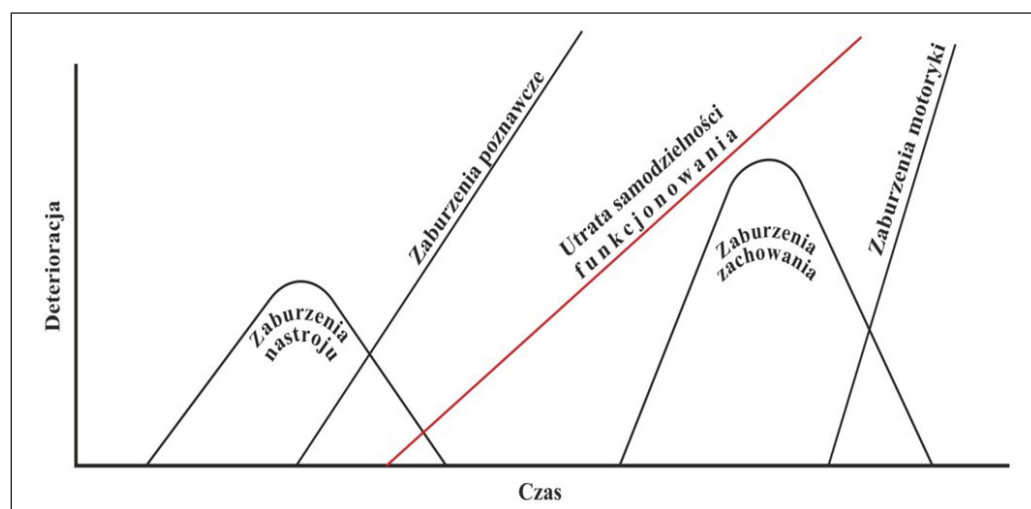
1.3.3. Otępienie

Czas trwania otępienia spowodowanego chorobą Alzheimera (*dementia due to Alzheimer's disease*) jest bardzo zmienny, według różnych autorów szacowany na: 2-10 lat (Pąchalska i in., 2004), 8-10 lat (Barcikowska, 2012), 6-14 lat (Styczyńska, 2012a), 8-14 lat (Klich-Rączka, 2006), 4-20 lat (Sobów, 2010a). Przeważnie mówi się o kilkunastoletnim okresie przeżycia (Kiejna, 2011b), przy czym szybszy przebieg obserwuje się wśród zachorowań o wcześniejszym początku – przed 65. rokiem życia (Sobów, 2014b; Opala, 2011).

W praktyce dokładna granica wyznaczająca rozpoczęcie się fazy otępienia jest trudna do określenia. Pierwsze symptomy, najczęściej zaburzenia pamięci pojawiają się w sposób podstępny, skryty (Barcikowska, Bilikiewicz 2004). Narastają stopniowo, powoli lecz stale i systematycznie, co odzwierciedla przewlekłe postępujący charakter procesu chorobowego (Kłoszewska, 2001). Zdarza się, że występują dłuższe lub krótsze okresy względnej stabilizacji stanu (Bilikiewicz, Parnowski, 2011).

Dynamika obrazu klinicznego obejmuje zwykle trzy następujące po sobie stadia, zależne od stopnia zaawansowania otępienia: łagodne (lekkie), umiarkowane (średnie), głębokie (znacne) (Barcikowska, 2012; Grossberg, Kamat, 2011; Sobów i in., 2004). Przebieg każdego etapu jest względnie stały (Olszewski, 2008), zaś czas jego trwania u poszczególnych osób – zmienny (Sobów, 2014b).

Na rycinie 3. (s. 31.) przedstawiono zjawiska uważane za kluczowe w większości przypadków choroby Alzheimera. Wyodrębnione zostały osiowe zaburzenia poznawcze i towarzyszące im zaburzenia nastroju, zachowania, motoryki. W wymiarze poziomym wyznaczono ich rozwój w czasie, a w pionowym nasilenie (deteriorację). Linia czerwona obrazuje bezpośrednie skutki zaburzeń w postaci utraty samodzielności funkcjonowania.



Ryc. 3. Wzorzec progresji objawów w typowych przypadkach choroby Alzheimera (Gauthier, Ballard, 2009, za: Domagała, 2015, s. 73).

Głównym wyznacznikiem choroby Alzheimera jest stale narastające pogarszanie się funkcji poznawczych, aż do ich całkowitego rozpadu. Występowanie poszczególnych objawów deterioracji poznawczej w czasie, czyli wzorzec progresji zmian przyjmuje tu dość typowy obraz (Sobów, 2011). Charakter postępujący mają również zaburzenia aktywności fizycznej, to znaczy nasilają się wraz z zaawansowaniem choroby (Klich-Rączka, 2008). Obserwowane prawie u każdego pacjenta zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne (Gabryelewicz, 2012) przebiegają w sposób mniej uporządkowany. Spotyka się je powszechnie w każdym z trzech stadiów, przy czym są bardziej zmienne (Sobów, Kłoszewska, 2007; Kłoszewska, 1998). Trzeba zaznaczyć, że forma w jakiej się ujawniają w dużym stopniu zależy od indywidualnych cech chorego (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004).

Pogłębiające się dysfunkcje poznawcze oraz zaburzenia sfery fizycznej prowadzą najpierw do obniżenia, a później do całkowitej utraty sprawności funkcjonalnej. Osoba staje się niesamodzielna, jest zależna od pomocy innych (Wieczorowska-Tobis, 2011c). Negatywny wpływ na poziom codziennego funkcjonowania mają również zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne. Są one przyczyną wielu trudności – uniemożliwiają normalną aktywność oraz sprzyjają szybszemu tempu progresji choroby (Sobów, 2012; Sobów, Kłoszewska, 2007). Nasilająca się niesprawność warunkuje coraz niższą jakość życia, której poprawa stanowi nadrzędny cel podejmowanej opieki (Klich-Rączka, 2012; Kozak-Putowska, Iłżecka, 2016).

2. Psychologiczny wymiar opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą Alzheimera

2.1. Trudności w relacji opiekuńczej wynikające z objawów choroby Alzheimera

Według słownika języka polskiego opiekować się oznacza „troszczyć się, dbać o kogoś” (Drabik, Sobol, 2016). Termin ten w literaturze medycznej jest definiowany także jako: udzielanie pomocy, zabezpieczanie potrzeb, ochrona, dogłądanie, nadzór, pocieszanie, uczuciowe zainteresowanie, pomaganie (Dobińska, 2007). To rodzaj relacji między dwoma stronami procesu – dawcą i biorcą opieki, która powstaje w odpowiedzi na zaburzenia zdrowia i/lub chorobę (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka, 2008).

W chorobie Alzheimera zakres i forma oddziaływań opiekuńczych ściśle zależy od tego, jak bardzo zaawansowany klinicznie jest stan osoby. Sadowska (2006b) podaje, że w drugim roku od ujawnienia się objawów czas opieki wynosi średnio 4 godziny dziennie, w czwartym – 8 godzin, w szóstym – 12 godzin, a w dziewiątym trwa całą dobę. Parnowski (1998) porusza kwestię potrzeby opieki zależnie od stadium choroby, zgodnie ze Skalą Deterioracji Ogólnej Reisberga (*Global Deterioration Scale*, GDS). Osoba z zaburzeniami poznawczymi w stopniu: średnio głębokim (etap 5.) nie jest już w stanie funkcjonować sama bez pomocy; głębokim (etap 6.) wymaga pomocy przy wykonaniu podstawowych czynności; bardzo głębokim (etap 7.) musi mieć zapewnioną ciągłą, stałą pomoc. Jak podkreśla Nestorowicz (2013) początkowy nadzór i okresowa opieka z czasem przekształca się w opiekę całkowitą połączoną z pielęgnacją.

Pomoc we wczesnym okresie choroby Alzheimera przeważnie organizowana jest w domu przez osoby bliskie – współmałżonków, dorosłe dzieci, rodzeństwo (Sadowska, 2006b). Mówi się wówczas o tzw. opiece nieformalnej, w odróżnieniu do opartej na wykształceniu pielęgniarskim opiece profesjonalnej (Dobińska, 2007). Podjęcie decyzji o przekazaniu osoby chorej do zakładu opieki długoterminowej wynika prawie zawsze z zaostrzenia jej stanu psychofizycznego (stadium II, III) i związanego z tym wyczerpania opiekuna (Kijanowska-Haładyna, 2013; Oleksy-Kawecka, Hess-Wiktor, 2014).

Przegląd piśmiennictwa – poradników (Mace, Rabins, 2005; Sadowska, 2006a; Grochmal-Bach, 2007; Parnowski, 2013), analiz przypadków (Wilczewska, Roszmann,

2005; Nieckarz, 2015; Biercewicz, Filipiska, Kędziora-Kornatowska, 2016) potwierdza uciążliwość i stresogenny charakter opieki nad osobami z chorobą Alzheimera. Główne źródło trudności jest tu upatrywane w samych objawach choroby – zaburzeniach funkcji poznawczych, zaburzeniach zachowania, objawach psychotycznych i afektywnych oraz zaburzeniach aktywności fizycznej.

2.1.1. Zaburzenia funkcji poznawczych

Zmiany w zakresie funkcji poznawczych zwykle zaczynają się od selektywnych zaburzeń pamięci. Najwcześniej uszkodzona zostaje pamięć krótkotrwała. Osoby mają problemy z przyswajaniem nowych informacji – zapominają ostatnie wydarzenia, treści rozmów, wykonywane czynności, wielokrotnie powtarzają te same uwagi, pytania, trudno im opowiedzieć przeczytane/usłyszane fakty, mylnie odkładają rzeczy, których później nie mogą znaleźć (Bilikiewicz, Parnowski, 2011; Parnowski, 1998). W badaniu klinicznym widocznie ograniczona jest zdolność uczenia i swobodnego przypominania, stan ten upatruje się w zaburzeniach pamięci epizodycznej (Hort i in., 2010; Kotapka-Minc, 2004). Charakterystyczne deficyty pojawiają się także w ramach pamięci semantycznej. Zapominane są uprzednio dobrze znane pojęcia, nazwy, obniżeniu ulega ekspresja mowy (fluencja) oraz dobór właściwego słownictwa. W wypowiedziach spontanicznych coraz częściej występują niekonkretne sformułowania, brak rzeczowego wątku, dłuższe pauzy (Domagała, 2015; Szepietowska, Daniluk, 2000). Na tym etapie –otępienie łagodne równoległe rozwijają się zaburzenia innych domen poznawczych. Główne zmiany obejmują: uwagę dowolną (spadek koncentracji, niemożność realizacji dwóch czynności na raz), myślenie (ograniczone rozumienie abstrakcji, ironii, dygresji), funkcje wykonawcze (trudności w ocenie sytuacji, planowaniu, wydatkach). Może również dochodzić do dezorientacji, a nawet zagubienia zwłaszcza w nowych miejscach (Barcikowska, 2012; Kotapka-Minc, 2004; Łuczywek, 1998; Parnowski, 1998).

W stadium umiarkowanym obecne wcześniej zaburzenia nasilają się. Osoby często nie pamiętają bieżących wydarzeń, minionego dnia, a ostatecznie tego co działo się przed krótką chwilą. Aktywność intelektualna ogranicza się do przeszłości. Pamięć dawna jest stosunkowo długo zachowana, z czasem jednak i ona słabnie. Zanika wiedza na temat historii własnego życia – faktów, doświadczeń, bliskich osób (Barcikowska, Bilikiewicz 2004; Sobów i in., 2004). W obszarze języka następuje utrata kontroli nad wypowiedziami, są one „puste”, pozbawione treści. Pogłębiają się problemy dotyczące odnajdywania słów, widoczne są: parafazy, słowa źle dobrane (werbalne – odległe znaczeniowo, semantyczne – bliskie znaczeniowo), dygresje, neologizmy, zmyślenia. Swoją początek mają też zaburzenia związane z rozumieniem mowy (przy względnie zachowanej zdolności powtarzania) (Olszewski, 2008; Szepietowska, Daniluk, 2000). Wraz

z postępem choroby dołączają się inne objawy: apraksja (trudności w celowym używaniu przedmiotów, wykonywaniu czynności złożonych, później prostych), agnozja (mylne rozpoznawanie znanych obiektów, twarzy), zaburzenia orientacji w miejscu, czasie i przestrzeni (Grochmal-Bach, 2010; Sobów, 2010a).

Trzecie, późne stadium to otępienie głębokie, w którym dochodzi do dalszego pogarszania się czynności intelektualnych, aż do ich pełnej utraty. Pamięć obejmuje jedynie proste fakty autobiograficzne lecz często i one są zapominane – chory może nie wiedzieć kim jest (Sobów i in., 2004). Zazwyczaj zna własne imię i reaguje na nie, ale coraz częściej nie potrafi rozpoznać najbliższych osób (Barcikowska, 2012). Zaburzenia afatyczne są prawie pełne, niekiedy pozostałością mowy jest tzw. żargon ze stereotypowymi, dobrze utrwalonymi wyrażeniami. Część pacjentów wypowiada frazy o przybliżonym znaczeniu, pojedyncze słowa lub wydaje z siebie nieartykułowane dźwięki (Domagała, 2015; Olszewski, 2008). Ostatni okres tego stadium jest określany jako terminalna faza choroby. Następuje wówczas całkowite rozprzężenie możliwości wykonawczych mózgu (Barcikowska, Bilikiewicz 2004).

2.1.2. Zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne

W starszych opracowaniach, wszelkie objawy otępienia niebędące zaburzeniami funkcji poznawczych figurowały pod ogólną nazwą zaburzeń zachowania (Kłoszewska, 1998; 2004). Ustalenie to obowiązywało do 1996 roku, gdy podczas konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Psychogeriatrycznego (*International Psychogeriatric Association*, IPA) grupa ekspertów wprowadziła termin behawioralne i psychologiczne objawy otępienia (*behavioural and psychological symptoms of dementia*, BPSD), zdefiniowany jako: „przedmiotowe i podmiotowe objawy zaburzeń postrzegania, treści myślenia, nastroju lub zachowania, często występujące u chorych z otępieniem” (Finkel i in., 1997, s. 1060). Mimo, iż termin ten jest powszechnie używane w literaturze angielskiej, autorzy polscy (Parnowski, 1995; Kłoszewska, 2002; Barcikowska, Bilikiewicz, 2004; Sobów, 2012; Gabryelewicz, 2014) za bardziej trafne uważają określenie zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne towarzyszące otępieniu, które również zostało przyjęte w niniejszej pracy.

Na wczesnym etapie choroby Alzheimera dominują zwykle zmiany osobowości, które wpływają na sferę behawioralną (Nestorowicz, 2013). Z kolei częstość typowych zaburzeń zachowania, jak: wędrowanie, pobudzenie, agresja, reakcje katastroficzne, dysfotyczne, odhamowanie, zaburzenia neurovegetatywne (snu, jedzenia), znacząco nasilają się w stadium średnim i głębokim (Parnowski, 1998).

Wędrowanie jest „skłonnością do przemieszczania się w sposób bezcelowy bądź świadczący o dezorientacji lub podążaniem za nieosiągalnym/nieokreślonym celem”

(Gabryelewicz, 2012, s. 39). Może ono przybierać różne formy: sprawdzanie/podążanie (nieustanne poszukiwanie opiekuna, czy „tropienie” – chodzenie za nim), krzątanie się (nieefektywne wykonywanie prac, czynności), bezcelowe chodzenie, chodzenie w celu niedorzecznym (np. poszukiwanie zmarłego krewnego), wędrowanie mające cel lecz podejmowane za często, nadmierna aktywność (poruszanie się przez większość czasu), nocne chodzenie, błądzenie poza domem, próby ucieczki, opuszczania domu (Hope, Fairburn, 1990; za: Kłoszewska, 2004). Zaburzenie to występuje u 20-60% chorych (Gabryelewicz, 2007), o relatywnie dobrym zdrowiu fizycznym i w przeciwieństwie do agresji, nie musi wynikać z dyskomfortu związanego z otoczeniem (Kłoszewska, 1998).

Pobudzenie pojawia się u 75% pacjentów dotyczy „zachowań przebiegających ze zwiększoną aktywnością ruchową w postaci niepokoju manipulacyjnego i ruchowego z towarzyszącym lękiem, poczuciem zagrożenia” (Gabryelewicz, 2014, s. 217). Odnosi się także do niedostosowanej aktywności słownej, wokalne (Kłoszewska, 2002). Wciąż aktualny podział (Cohen-Mansfield, Billing, 1986) pozwala prześledzić różnorodność tego zjawiska. Do pobudzenia fizycznego bez agresji zalicza się: ogólny niepokój, powtarzające się manieryzmy/nawyki, rytmiczne powtarzanie czynności, usiłowanie dostania się w różne miejsca, niewłaściwe manipulowanie rzeczami, chowanie rzeczy, niestosowne ubieranie lub rozbieranie się. Słowne pobudzenie bez agresji przejawia się, jako: negatywizm/upór, krytykanctwo, stałe domaganie się uwagi, narzekanie i jęczenie, apodyktyczność, wtrącanie się i przerywanie, powtarzanie sentencji. Drugą kategorię stanowi pobudzenie fizyczne lub słowne z agresją (za: IPA, 2002), opisane poniżej.

Agresja może wynikać z samej choroby tj. przeżyć psychotycznych, frustracji z powodu zaburzeń pamięci lub być wyrazem niezrozumienia sytuacji, czy dezaprobaty. Najczęściej (u 50% przypadków) obserwuje się agresję słowną w postaci: krzyczenia, przeklinania, obrażania, wydawania głośnych dźwięków. Rzadziej przejawiana (25%) agresja fizyczna to między innymi: uderzanie/bicie, popychanie, drapanie, szczypanie, gryzienie, kopanie (Gabryelewicz, 2007). Jeżeli złość, wściekłość pojawia się nagle, „wybucha” i jest nadmiernie nasiloną wówczas mówimy o reakcjach katastroficznych (IPA, 2002). Do zachowań pokrewnych agresji, lecz o łagodniejszym przebiegu zalicza się reakcje dysfotyczne. Są one wywołane złym stanem emocjonalnym osoby chorej – nadmierną drażliwością, poirytowaniem, napięciem psychicznym (Gabryelewicz, 2014).

Odhamowanie odnosi się do zachowań niedostosowanych społecznie, takich jak: mówienie o rzeczach nietaktownych lub bardzo osobistych, działanie w sposób impulsywny, nieokrzesany, intruzywność, niewłaściwe zachowania natury seksualnej, (IPA, 2002, Cummings, 1994).

Przyjmuje się, że 25-35% pacjentów z chorobą Alzheimera cierpi na zaburzenia snu. Typowe jest odwrócenie rytmu dobowego – wybudzanie się w ciągu nocy często ze

współwystępującym splątaniem i pobudzeniem oraz senność, podsypianie, drzemki w dzień (Bidzan, 2012). Zaburzenia przyjmowania pokarmów występują u 45-75% chorych (Gabryelewicz, 2006). Z jednej strony polegają na wzmożonym apetycie, nawet żarłoczności (Parnowski, 1995) z drugiej na niechęci do jedzenia. Osoby chore mogą: odmawiać pokarmów, przechowywać pożywienie pod policzkiem, wypluwać je, zaciskać zęby. Spotyka się także: zmiany apetytu lub upodobań żywieniowych, urojenia dotyczące jedzenia, dekoncentrację i zajmowanie się innymi rzeczami podczas posiłków (Włodarek, 2012).

Rozpowszechnienie objawów psychotycznych wśród osób z otępieniem szacuje się na 20-73% dla urojeń i 15-49% dla halucynacji. Urojenia zwykle towarzyszą średnim, a halucynacje głębokim dysfunkcjom poznawczym (Gabryelewicz, 2012). Oba objawy traktuje się jako czynniki niekorzystne rokowniczo, mogące zwiastować szybszy postęp i gorszy przebieg choroby (Sobów, 2012).

Urojenia obejmują „fałszywe przekonania wynikające z błędnej interpretacji rzeczywistości, niepodzielane przez otoczenie chorego, ale podtrzymywane przez niego mimo dostarczania dowodów na ich nieprawdziwość” (Kotlicka-Antczak, 2014, s. 20). Z uwagi na treść, u pacjentów z chorobą Alzheimera najczęściej spotyka się urojenia: okradania (obcy ludzie kradną wartościowe przedmioty albo przekładają rzeczy), opuszczenia/porzucenia przez najbliższych, prześladowcze (opiekun jest „oszustem”, oskarżenia o zaniedbywanie, więzienie), podstawionej osoby (osoba bliska, nie jest tym za kogo się podaje), typu „ten dom nie jest moim domem” niewierności małżeńskiej (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004; Kłoszewska, 2004; Filarski, 2012). Obraz kliniczny ujawnianych urojeń jest prosty, niedziwaczny, paranoiczny w strukturze (Sobów, 2012).

U osób z otępieniami halucynacje, czyli „fałszywe spostrzeżenia zmysłowe, pojawiające się bez odpowiedniego bodźca zewnętrznego, a uznawane za realnie występujące” (Kotlicka-Antczak, 2014, s. 14) przeważnie dotyczą percepcji wzrokowej (30%) i słuchowej (10%). Halucynacje smakowe, węchowe, dotykowe są nieczęsto spotykane (IPA, 2002).

W obrębie analizowanej grupy objawów wskazuje się także na „fałszywe przekonania powstające przy udziale obiektywnie istniejących, lecz niewłaściwie, mylnie interpretowanych bodźców zewnętrznych” (Kłoszewska, 2002, s. 94). Są to sytuacje: mylnego rozpoznawania osób (u 23-50% chorych), obecności obcej osoby w domu (17%), mylnego rozpoznawania w lustrze swojego odbicia (4%), traktowania postaci z telewizora, jako realnych ludzi (6%) (Gabryelewicz, 2007). Owe błędne identyfikacje wiązane z otępieniem średniego stopnia, wciąż budzą wątpliwości, czy interpretować je w kategorii urojeń, czy halucynacji, czy jako skutki zaburzeń poznawczych (Krzemiński, Caroff, Rossa, 2006).

Do najczęstszych objawów afektywnych towarzyszących chorobie Alzheimera, zalicza się: depresję, apatię, chwiejność afektywną, lęk.

Objawy depresyjne dotyczą one 40-50% pacjentów, przy czym odsetek dużej depresji stanowi 10-20%. Zdarza się, że depresja wyprzedza czasowo proces otępienny, jednak szczyt jej występowania przypada na etap otępienia umiarkowanego, a później spada (Kłoszewska, 2004). Obraz kliniczny często prezentuje się w sposób atypowy, jest inny od depresji bez otępienia. W propozycji kryteriów diagnostycznych depresji w chorobie Alzheimera (Olin i in, 2002) wymienia się: obniżony nastrój (smutek, brak nadziei, płaczliwość, zniechęcenie), zmniejszenie zdolności do odczuwania przyjemności, izolację lub wycofanie społeczne, zaburzenia apetytu, zaburzenia snu, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, drażliwość, męczliwość lub utratę energii, poczucie niskiej wartości, braku nadziei lub obwinianie się, nawracające myśli o śmierci lub ideacje samobójcze. Obecne (w okresie 14 dni) powinny być co najmniej trzy objawy przy czym pierwszy i/lub drugi objaw uznaje się za warunek konieczny.

Ważną kwestię stanowi odróżnienie stanów depresyjnych od apatii – „obniżenia aktywności i zainteresowań połączonych ze spadkiem nastroju lub zobojętnieniem” (Kotlicka-Antczak, 2014, s. 37). Apatia jest silnie utożsamiana z otępieniem, jej częstość wzrasta wraz z jego progresją. Występuje u 70% chorych w stadium umiarkowanym i u 90% w stadium znacznym. Do cech typowych dla apatii zalicza się: brak aktywności spontanicznej, motywacji, zmniejszone zaangażowanie społeczne, bladeść emocjonalną, zmniejszoną reaktywność na bodźce. Może podobnie jak depresja łączyć się ze brakiem energii, spadkiem zainteresowań, spowolnieniem psychoruchowym, łatwym męczeniem się (Sobów, 2012). Nastrój euforyczny przejawia 7% pacjentów, z kolei nadmiernie częste zmiany afektu, niezależne od zewnętrznych czynników (chwiejność afektywną) nawet 75% (Gabryelewicz, 2012).

Lęk jest zjawiskiem bardziej nasilonym na etapie łagodnego i umiarkowanego otępieniem. Zwykle przyjmuje postać zespołu lęku uogólnionego (9-15%) lub istotnych klinicznie uporczywych objawów lękowych (8-71%) (Sobów, 2012). Pacjenci wyrażają niepokój, obawy, troski dotyczące siebie i swoich bliskich, martwią się o nadchodzące wydarzenia, czy aktywności – nieustannie o nie pytają (objaw Godota), boją się zostać samemu (IPA, 2002). Starkstein i in. (2007) w kryteria diagnostycznych dla zespołu lęku uogólnionego w chorobie Alzheimera za kluczowe uznali nasilony, uporczywy i trudny do kontroli lęk lub zamartwianie się oraz trzy z następujących objawów: niepokój, drażliwość, wzmożone napięcie mięśniowe, trudności w oddychaniu, inne przejawy aktywacji układu wegetatywnego.

2.1.3. Zaburzenia aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna jest zwykle definiowana jako „dowolna forma ruchu ciała spowodowana skurczami mięśni, przy której wydatek energetyczny przekracza poziom energii spoczynkowej” (Wytyczne UE, 2008, za: Włodarek, 2012, s. 13). Jej zaburzenia u osób z chorobą Alzheimera są konsekwencją zmian związanych z procesem starzenia się organizmu oraz współwystępujących zmian neurologicznych typowych dla tej jednostki nozologicznej (Wieczorowska-Tobis, 2011a).

Starzenie się układu ruchowego obejmuje wszystkie jego elementy: mięśnie, kości, stawy. Zmniejszająca się masa i siła mięśniowa (sarkopenia) utrudnia utrzymanie równowagi, obniża zdolność do przyspieszenia ruchu, sprzyja niestabilności chodu oraz męczoniu się. Bilans przebudowy tkanki kostnej zaczyna być ujemny, dochodzi do utraty masy i gęstości kości (osteopeni) lub bardziej zaawansowanej osteoporozy. Tym samym nasila się ryzyko upadków i złamań. Chrząstki stawowe ulegają zmianom jakościowym – ścięczeniu i usztywnieniu, pojawiają się zwyrodnienia. Stawy tracą przez to stan równowagi dynamicznej, zakres ruchów staje się ograniczony (Wieczorowska-Tobis, 2011b; 2013; Bień, 2008).

W miarę postępu choroby (etap drugi i trzeci) na zmiany tożsame z wiekiem zaczynają nakładać się objawy neurologiczne, które są związane z uszkodzeniem układu pozapiramidowego (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004). Występuje bradykinezja – ogólne spowolnienie ruchowe będące formą ograniczenia tempa czynności ruchowej oraz sztywność, jako wynik wzmożonego napięcia mięśni. Drżenie spoczynkowe, jeśli jest obecne to dotyczy dłoni i przypomina ruch kręcenia pigulek lub liczenia pieniędzy. Ubożeje mimika, twarz osoby staje się maskowata (Pfeffer-Baczuk, 2006).

Zmiany sylwetki obejmują postawę pochyloną do przodu, plecy są zaokrąglone, zapada się klatka piersiowa. Chód, często ze zgiętymi w stawach kolanowych i łokciowych kończynami odbywa się drobnymi krokami z przesuwaniem, „szuraniem” stóp po podłożu (Sawicka, Doroszkiewicz, 2016). Pojawiają się problem z regulacją czynności ruchowych (koordynacją), ze sprawnością manualną (Borowicz, 2013a,b) i apraksją, czyli „niemożnością wykonywania wyuczonych, celowych czynności ruchowych przy braku: niedowładów, upośledzenia czucia, ataksji” (Prusiński, 2011, s. 102). Mniej jest także ruchów spontanicznych (Parnowski, 1995). Jako objaw współwystępujący wymienia się zaburzenia kontroli zwieraczy. Początkowo ma miejsce sporadyczne moczenie się, później całkowite nietrzymanie moczu i kału (Klich-Rączka, 2008).

Nasilające się zaburzenia równowagi i nagłe upadki uważa się za bardzo typowe w przebiegu choroby Alzheimera (Barcikowska, Bilikiewicz, 2004). Skutkiem upadków są stłuczenia lub urazy, w tym złamania, które prowadzą do ograniczenia sprawności, a także stanowią częstą przyczynę śmierci (Borowicz, 2011).

W zaawansowanych stadiach choroby (trzecie i terminalne) obserwuje się mioklonie, czyli „nagłe, szybkie i nieregularne skurcze mięśni, częściej dotyczące mięśni kończyn niż tułowia” (Pfeffer-Baczuk, 2006, s. 28). U 10% pacjentów występują napady padaczkowe toniczno-kloniczne (Ryglewicz, 2008).

Dalsze pogłębianie się niesprawności fizycznej prowadzi do utraty umiejętności chodzenia, nawet przy pomocy innych (Klich-Rączka, 2008). Później obserwuje się także trudności ze stabilnością pozycji siedzącej, pionizacją tułowia, utrzymaniem uniesionej głowy (Gaweł, Potulska-Chromik, 2015). W terminalnej fazie choroby, która może trwać nawet kilka lat pacjent pozostaje unieruchomiony w łóżku. Stan ten jest obciążony ryzykiem wielu powikłań. Powstają przykurcze kończyn, zaniki mięśniowe i odleżyny. Nasilają się dolegliwości bólowe, duszność i zaburzenia połykania (Klich-Rączka, Piotrowicz, Stompór, 2012).

2.2. Wprowadzenie w problematykę stresu w pracy pielęgniarstwa

Założoną problematykę opieki nad osobą chorą przewlekle i o niepomyślnym rokowaniu w literaturze przedmiotu przeważnie ujmuje się z punktu widzenia koncepcji stresu oraz radzenia sobie z nim.

2.2.1. Paradygmat transakcyjny w rozumieniu stresu psychologicznego

Najczęściej cytowanym i wykorzystywanym w ramach badań psychologicznych podejściem do stresu jest koncepcja Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman. Terminem stresu psychologicznego określają oni „szczególną relacją między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 19).

Powyższa definicja zmienia wcześniejsze, tradycyjne ujęcie stresu w kategoriach czynników albo zewnętrznych – bodziec, sytuacja, wydarzenie (m.in. pogląd I. L. Janisa) albo wewnętrznych – reakcje płynące z organizmu człowieka (m.in. ujęcie H. Selye’ego, czy D. Mechanica). Jej nadrzędną cechą stanowi bowiem pojęcie relacyjności między tymi dwoma elementami (Heszen-Niejodek, 2005).

W kolejnych pracach autorzy przyjmują, że istotą relacji osoby z otoczeniem są „wzajemne oddziaływania oraz łączenie się w całość” – tworzenie nowego jakościowo bytu o właściwościach innych niż prosta suma części. Zjawisko to nazywają transakcją (Lazarus, Folkman, 1987, s. 142).

O tym, czy dana transakcja zostanie uznana za stresową decydują nie obiektywne cechy osoby czy sytuacji, lecz subiektywna ocena jej znaczenia nadana przez osobę,

która w niej uczestniczy (podejście fenomenologiczno-poznawcze). Jako rozstrzygające przyjmuje się tu uznanie, że relacja obciąża lub przekracza posiadane zasoby i stanowi zagrożenie dla dobrostanu (Heszen, 2014). Ocena poznawcza jest więc mechanizmem, który odpowiada za różnice indywidualne w doświadczaniu stresu (Terelak, 2008). Jak wskazuje Heszen-Niejodek (2005, s. 470): „(...) nawet czynnik obiektywnie groźny dla osoby i wpływający na jego losy nie powoduje stresu, jeśli zostanie nietrafnie oceniony”.

Lazarus i Folkman (1984, s. 31) oceną poznawczą (*appraisal*) nazywają „proces kategoryzowania wydarzenia i różnych jego aspektów w odniesieniu do znaczenia, jakie ma ono dla dobrostanu jednostki”. Jest to proces ewaluacyjny, który trwa nieprzerwanie przez całe życie. Składają się na niego trzy etapy: ocena pierwotna, wtórna i powtórna.

Ocena pierwotna (*primary appraisal*) jest osądem dotyczącym subiektywnego znaczenia, jakie dla jednostki ma dana relacja z otoczeniem. Może być ona: nieistotna/obojętna, sprzyjająco-pozytywna lub stresowa. Przyjęcie relacji za stresową implikuje dalszą ocenę (stresora) w kategoriach: krzywda/strata (*harm/loss*), zagrożenie (*threat*), wyzwanie (*challenge*) (Lazarus, Folkman, 1984, s. 32).

Ocena wtórna (*secondary appraisal*) polega na oszacowaniu możliwości sprostaania wymaganiom stawianym przez zaistniałą relację stresową. Jej przedmiot zawiera się więc w pytaniu o dostępne opcje działań „Co mogę z tym zrobić?” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 35). W oparciu o nowe informacje płynące ze środowiska lub będące pochodną własnych reakcji osoby, może dojść do zmiany dotychczasowej oceny, co stanowi ocenę powtórna (*reappraisal*) (tamże, s. 38).

Ocena pierwotna (uznanie relacji za stresową) uruchamia, zaś ocena wtórna ukierunkowuje przebieg następnej aktywności – procesu zaradczego (Ratajczak, 2000).

Według Lazarusa i Folkman (1984, s. 141) radzenie sobie ze stresem (*coping*) to „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby”. Jak wyjaśnia Heszen-Niejodek (2005) wysiłki te: pojawiają się za pośrednictwem poznawczych procesów oceniających, obejmują całość aktywności podejmowanych w danej sytuacji, a także mają charakter dynamiczny, zmieniają się w czasie trwania transakcji.

Radzenie sobie spełnia dwie zasadnicze funkcje: zorientowaną na problem oraz zorientowaną na emocje. Pierwsza z nich ma prowadzić do opanowania lub zmienienia problemu wywołującego dystres, druga regulować reakcje emocjonalne występujące w związku z problemem. Określona forma radzenia sobie podjęta przez osobę może spełniać tylko jedną, bądź obie funkcje na raz (Lazarus, Folkman, 1984, s. 150-153).

W strukturze transakcji stresowej (ryc. 4.) poznawcza i radzenie sobie należą do procesów pośredniczących, które warunkują nasilenie stresu oraz jego skutki.



Ryc. 4. *Transakcja stresowa w ujęciu Lazarusa i Folkman (Heszen-Niejodek, 2005, s. 471).*

Biorąc pod uwagę perspektywę czasową wynikami procesów oceny i radzenia sobie są skutki krótkoterminowe (skuteczność rozwiązania danej transakcji) oraz długoterminowe (rezultaty dla adaptacji). Mogą być one oceniane w aspekcie jakości funkcjonowania osoby w trzech sferach życia: społecznej (role i relacje), emocjonalnej (morale), somatycznej (Lazarus, Folkman, 1984).

2.2.2. Procesy oceny poznawczej i obciążenie psychiczne w sytuacji stresu

Zagadnienie oceny poznawczej w największym stopniu zostało rozwinięte przez Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman, jako główny element omówionej teorii stresu. Zdaniem autorów „ocena poznawcza jest procesem kategoryzowania relacji osoba – otoczenie pod kątem znaczenia dla jednostki” (Lazarus, Folkman 1984, s. 31). To forma z reguły świadomej aktywności, trwająca przez cały stan czuwania, która ma charakter wartościujący, ewaluacyjny i skupia się na analizie sensu wydarzeń (Łosiak, 2007). Należy odróżnić ją od wiedzy, która według Lazarusa jest zbiorem bardziej ogólnych, utrwalonych przekonań o samym sobie i świecie (Włodarczyk, 1999).

Jeżeli w wyniku oceny poznawczej podmiot uzna daną relację za niekorzystną, zakłócającą równowagę między wymaganiami otoczenia, a osobistymi możliwościami, wtedy mówimy o stresie. Ta pierwotna ocena obrazuje poczucie człowieka, że znalazł się w niebezpieczeństwie, a następnie konkretyzuje się jako: krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie (Lazarus, 1980). Krzywda/strata dotyczy już zaistniałej szkody w postaci utraty tego co wartościowe. Zagrożenie wiąże się z antycypowaną szkodą, której teraz jeszcze nie ma, ale może nastąpić. Wyzwanie odnosi się do sytuacji, gdzie przewiduje się zarówno spodziewane szkody, jak i korzyści (Lazarus, Folkman 1984).

Stojąc w obliczu stresu jednostka poszukuje informacji na temat potencjalnych działań zaradczych. Oszacowaniu (ocenie wtórnej) podlegają wówczas możliwości oraz własne zasoby. Etap ten stanowi podstawę podjęcia decyzji, w jaki sposób naprawić szkodę, opanować zagrożenia czy podjąć wyzwanie (Lazarus, 1980).

Każde wartościowanie niesie za sobą pewne reakcje emocjonalne. Ocena relacji osoba – otoczenie w kategorii stresu wywołuje ogólne negatywne emocje, które po

dołączeniu kolejnych składników oceny przechodzą w bardziej szczegółowe (Lazarus, 2002). Krzywdzie/stracie towarzyszą złość, żal, smutek, a zagrożeniu – strach, lęk, martwienie się. W sytuacji wyzwania spotykamy się z emocjami negatywnymi (jak przy zagrożeniu) oraz pozytywnymi: nadzieją, zapałem, podnieceniem, rozweseleniem. Emocje są więc rezultatem, odzwierciedleniem oceny poznawczej i zmieniają się wraz z nią w czasie transakcji (Heszen, 2014).

Wyróżnione przez Lazarusa i Folkmana formy oceny poznawczej przebiegają równolegle i są ze sobą sprzężone. Oznacza to, że w zależności od oceny wtórnej (ocena optymistyczna vs pesymistyczna) zmianie może ulec pierwotna ocena sytuacji stresowej (Heszen, 2014). Tym samym o stresie i jego sile decyduje nie jedna lecz interakcja obydwu ocen (Lazarus, Folkman 1984). W niniejszej pracy subiektywne poczucie stresu (jego poziom) jest nazywane obciążeniem psychicznym (Sęk i in., 1997, s. 177).

Procesy oceny poznawczej Lazarus (1991) rozpatruje w aspekcie adaptacyjnym dla człowieka. To dzięki nim możliwe jest zintegrowanie trzech często rozległych oraz złożonych obszarów: wymagań sytuacyjnych, posiadanych zasobów i osobistych celów (za: Włodarczyk, 1999). W późniejszych pracach (Lazarus, 2002, s. 186) stwierdzenie, że „dane zdarzenie jest istotne właśnie z uwagi na pewien osobisty cel, dążenie” badacz uznaje jako warunek konieczny do powstania oceny.

Wśród czynników modyfikujących kształtowanie się oceny poznawczej można wymienić zmienne podmiotowe i sytuacyjne. W pierwszej grupie mieszczą się szeroko pojęte przekonania jednostki (szczególnie dotyczące osobistej kontroli wydarzeń oraz egzystencjalne), a także jej zaangażowanie, czyli to co wartościowe i ważne – potrzeby, motywy, cele (Lazarus, Folkman, 1984). Drugą grupę stanowią cechy samej sytuacji: nowość, przewidywalność, niepewność wystąpienia, niejednoznaczność, czas trwania, bliskość pojawienia się (Lazarus, Folkman, 1984; Łosiak, 2008).

Kontrola i panowanie nad sytuacją może zmniejszyć, a jej nowość i niepewność zwiększyć nasilenie doświadczanego stresu (Włodarczyk, 1999). Ocena poznawcza zawsze jest jednak wynikiem interakcji zespołu uwarunkowań związanych z osobą oraz otoczeniem (Lazarus, 1980).

Nawiązując do transakcyjnej teorii stresu Wrześniewski wyodrębnił dwa wymiary oceny poznawczej: dyspozycyjny i sytuacyjny. Podstawą tego podziału były obserwowane indywidualne różnice w ocenie tej samej sytuacji przez różne osoby oraz odmiennie oceny poszczególnych sytuacji przez tę samą osobę (Włodarczyk, 1999). Ocena dyspozycyjną ujęto jako „trwałą skłonność jednostki do oceniania w określony sposób własnych relacji z otoczeniem”, z kolei ocenę sytuacyjną jako „zależną głównie od aktualnych cech sytuacji” (Włodarczyk, Wrześniewski, 2005, s. 342).

Na podstawie badań własnych, autorzy opowiedzieli się także za dualistycznym rozumieniem oceny w kategorii wyzwanie. Wyzwanie-aktywność stanowi mobilizację, gotowość do aktywnego działania, a wyzwanie-pasywność bierność oraz życzeniowe myślenie o zyskach. Dodatkowo określenie poznawcza ocena stresu proponują zastąpić krótszym, pozbawionym tautologii terminem ocena stresu (Włodarczyk, Wrześniewski, 2005; 2010). W niniejszej pracy nazwy te stosuje się zamiennie.

2.3. Rola kompetencji w zapobieganiu niekorzystnym zmianom w funkcjonowaniu osoby wspierającej

W rozumieniu potocznym kompetencja (*competence*) wyraża „zakres czyjejs wiedzy, umiejętności i doświadczenia” (Drabik, Sobol, 2016). Ze względu na szerokie znaczenie termin ten używa się w wielu dyscyplinach naukowych m.in. w pedagogice (Czerepaniak-Walczak, 1999), psychiatrii (Bomba, 2011), prawie (Widła, 2000), celem określenia wymagań związanych z danym zawodem.

Na gruncie psychologii kompetencja jest opisana, jako „zdolność do wykonania jakiegoś zadania lub dokonania czegoś” (Reber, Reber, 2008). Tym samym odnosi się do sfery ludzkiego działania, a ściślej jego efektywności w różnych warunkach, rolach społecznych, wyzwaniach (Tucholska, 2005).

Sęk (2000) postrzega niniejsze zagadnienie, jako ważne z punktu widzenia psychoprophylaktyki. Powołuje się na poglądy Wiemanna, według którego kompetencja to „zdolność do takiego zachowania się w interakcji z otoczeniem, aby stosownie do sytuacji realizować indywidualne cele” (s. 486). Przytoczona definicja kładzie nacisk na „wykorzystanie zdolności do posługiwania się wyuczonymi umiejętnościami dla efektywnego radzenia sobie z otaczającym światem”. Różne formy kompetencji stanowią więc istotne warunki zdrowia. Ich rozwój zapobiega niekorzystnym zjawiskom w życiu człowieka, które są przyczyną powstawania zaburzeń w funkcjonowaniu (tamże).

Na podstawie przeglądu licznych koncepcji Tucholska (2005) usystematyzowała wiedzę dotyczącą kompetencji formułując jej podstawowe wyznaczniki. Zgodnie z nimi kompetencje: – wiążą się z określonymi właściwościami osobowości (dany układ cech); – są nabywane i doskonalone w procesie uczenia się (doświadczenie, wychowanie); – stanowią wyższy etap rozwoju osoby, jej potencjalności, predyspozycji wrodzonych, zdolności; – umożliwiają realizowanie zadań w sposób efektywny oraz na odpowiednim poziomie; – prowadzą do zdobywania osiągnięć; – ujawniane są przez osoby działające w konkretnych warunkach, ale mają też możliwość „przenoszenia się” na inne sytuacje; – występują u określonych osób na różnym poziomie; – ich rozwój może postępować

w ciągu całego życia i przebiega przez nadbudowywanie, wzbogacanie już posiadanych umiejętności o nowe (s. 28-29).

Każda kompetencja opisywana jest również przez wskazanie czego konkretnie dotyczy, jakich treści. Przyjmując za kryterium sferę funkcjonowania psychicznego do której się odnosi można wyróżnić różne jej formy, rodzaje (Tucholska, 2005; Leopold, 2001). Mając na uwadze charakter podjętego tematu, szczegółowej analizie poddano trzy kompetencje: poznawczą (przekonanie o własnej skuteczności), emocjonalną, wolitywną (kontrola wolicjonalna).

2.3.1. Przekonanie o własnej skuteczności

Pojęcie własnej skuteczności (*self-efficacy*) zastało wprowadzone przez Alberta Bandurę w ramach teorii społeczno-poznawczej. Autor przyjął, że zachowaniem ludzi oprócz wzorców (uczenie się przez modelowanie) kierują również oczekiwania, które podzielił na trzy typy. Dwa pierwsze oczekiwania dotyczą konsekwencji, to jest: skutku sytuacji (*situation-outcome expectancies*) bez osobistego zaangażowania się oraz wyniku działania (*action-outcome expectancies*) z oceną, że dane działanie doprowadzi do zamierzonego celu. Trzeci typ stanowią oczekiwania własnej skuteczności (*self-efficacy expectancies*) (Schwarzer, 1997; Juczyński, 1998), czyli „przekonanie jednostki, że może skutecznie wykonać działanie niezbędne do wywołania pożądanego rezultatu” (Bandura, 1977, s. 193).

Przekonanie (*belief*) lub poczucie własnej skuteczności obejmuje więc „sądy, jakie ludzie formułują na temat swoich umiejętności działania w określonej sytuacji lub wobec określonego zadania” (Bandura, 1997, za: Łaguna, 2006, s. 104). Jest to wiara w siebie, przeświadczenie, że potrafię poradzić sobie w nie do końca znanych, a nawet stresujących warunkach (Oleś, 2005). Innymi słowy konstrukt ten wyraża „subiektywne przekonanie, że środki, którymi dysponuje jednostka umożliwiają przeprowadzenie zamierzonych działań” (Juczyński, 1998, s. 56).

Niniejszy typ oczekiwań należy odróżnić od samooceny, która dotyczy oceny własnej wartości i jest ugruntowana w standardach, cechach ważnych dla jednostki oraz preferowanych przez jej otoczenie społeczne. Stąd skuteczność nie w każdym obszarze będzie gratyfikowana i wiązana z samozadowoleniem. Całkowicie odmienne znaczenie ma również termin umiejscowienie kontroli. Można czuć się mało skutecznym, ale brać wewnętrzną odpowiedzialność za swoje działania (Bandura, 1997, za: Gambin, 2012).

Bandura (1977) do opisu własnej skuteczności używa trzech wymiarów, które są zróżnicowane u poszczególnych osób. Wielkość/zasięg (*magnitude*) oznacza poziom trudności zadania, oceniany jako: łatwy, umiarkowany, trudny. Tym samym u pewnych jednostek dane oczekiwania mogą obejmować jedynie najprostsze przypadki, u innych

również średnio ciężkie lub wszystkie trzy kategorie. Ogólność (*generality*) to stopień zgeneralizowania przekonania dotyczący na przykład tylko konkretnych działań w specyficznych warunkach, bądź też sytuacji bardziej uogólnionych. Siła (*strength*) wyraża jaka jest pewność wytrwania w realizacji celu mimo trudności, przeszkód. Owe zniechęcające doświadczenia potrafią wygasić poczucie skuteczności – jeśli od początku było ono raczej słabe lub powodować ponawianie wysiłków u osób, które pierwotnie miały je silne (por. Bandura, 2007).

Dla aktywności omawiana zmienna poznawcza ma przede wszystkim znaczenie motywacyjne. Decyduje o „wyborze sytuacji, ustaleniu preferencji dla określonych czynności i podjęciu decyzji co do sposobu działania” (Juczyński, 2000, s. 12). Kiedy ocena posiadanych możliwości jest wysoka ludzie próbują sprostac rzeczywistości, jeśli sądzą że sobie nie poradzą – unikają sytuacji, a to nasila lęk, zahamowania i reakcje obronne. Po fazie wyboru, postrzeganie siebie jako osoby skutecznej wpływa na przebieg samej czynności – wkładany wysiłek i wytrwałość w dążeniu (Bandura, 2007). Odpowiada też za jakość i siłę reakcji emocjonalnych, występujących podczas całego procesu (Bandura, 1982) oraz za poziom stresu, jaki można tolerować (Oleś, 2005).

Nawiązując do powyższych ustaleń Pervin (2002) podkreśla, że różnice między ludźmi w zakresie myślenia, odczuwania, motywacji i zachowań są pochodną między innymi różnic w odczuwanej własnej skuteczności.

Główną rolę w jej kształtowaniu pełnią informacje wywodzące się z czterech źródeł. Zasadniczo najważniejsze, bo zapewniające najbardziej autentyczne dowody są osobiste doświadczenia w wykonywaniu zadań. Odnoszone sukcesy podwyższają spostrzeganą skuteczność. Wpływ porażek może być negatywny – jeśli powtarzają się często, zwłaszcza w początkowej fazie aktywności lub pozytywny – gdy są sporadyczne i udaje się je pokonać. Istotne jest też przewyciężanie lęków, oporów, czy próbowanie swoich możliwości w nieznanach, trudnych okolicznościach. Drugie źródło stanowią doświadczenia zastępcze/pomocne, wynikające z obserwowania działań innych ludzi i porównywania się z nimi. Daje to szansę na poznanie, które zachowania są skuteczne w danych sytuacjach, a następnie zintegrowanie tej wiedzy z własnymi możliwościami. Kolejne informacji mogą napływać w postaci perswazji słownej czyli instrukcji, sugestii jak sobie poradzić, jakie kroki są wartościowe. Mieszczą się tu również nakłaniania, zachęty ze strony innych, aby uwierzyć we własne siły. Tak wzbudzone przekonania jeśli nie znajdą potwierdzenia w realnych osiągnięciach mają niewielki potencjał, napotykanie niepowodzenia szybko je podważa. Osobna kategoria to sygnały wysyłane przez organizm wskaźniki fizjologiczne. Stan wysokiego pobudzenia emocjonalnego, ale i całkowity jego brak obniżają efektywność działania, co nie wpływa pozytywnie na osobistą skuteczność (Bandura, 1977; 2007, Oleś, 2005; Poprawa, 2001).

2.3.2. Kompetencje emocjonalne

Najbardziej pełną i szczegółowo opisaną konceptualizację pojęcia kompetencji emocjonalnej (*emotional competence*) zaproponowała Carolyn Saarni, definiując ją jako: „demonstrowanie samoskuteczności w społecznych transakcjach uruchamiających emocje” (Saarni, 1999a, s. 2). Autorka zaznacza, że chodzi o sprawność „strategicznego wykorzystania wiedzy o emocjach i wyrażania ich w kontaktach interpersonalnych” (Saarni, 1999b, s. 79).

W omawianym podejściu ważne miejsce zajmuje kształtowanie się kompetencji emocjonalnej, ujęte z perspektywy społecznego konstruktywizmu. Według tego modelu emocje są zależne od konkretnych kontekstów społecznych oraz od aktualnego sposobu funkcjonowania poznawczo-rozwojowego jednostki (Saarni, 2005).

Wiedza, że nasz system Ja doświadcza emocji pojawia się dopiero w momencie posiadania autorefleksji, czyli wtedy gdy przy Ja subiektywnym istnieje Ja obiektywne – samoświadomość. Znajomość siebie, własnych emocji nie rozwija się w próżni, lecz jest nierozłącznie związana z relacjami społecznymi. W sytuacjach wywołujących emocje, interakcje z innymi ludźmi (ich reakcje) pomagają osobie zdefiniować znaczenie, jakie ma dane doświadczenie emocjonalne (Saarni, 1999b; Leopold, 2006).

Saarni (1988) jest zdania, że kompetencja emocjonalna zawiera w sobie pewne komponenty – umiejętności (*skills*), które powstają w wyniku uczenia się (za: Leopold, Ruda, 2001). Wyróżnia 8 ich rodzajów: – świadomość własnego stanu emocjonalnego, z możliwością odczuwania jednocześnie wielu emocji; – zdolność dostrzegania emocji innych ludzi w oparciu o wskazówki sytuacyjne i ekspresyjne; – znajomość słownictwa i wyrażen związanych z emocjami w danej kulturze; – zdolność empatycznego i współ-czującego zaangażowania się w doświadczenia emocjonalne innych ludzi; – zdolność do rozumienia, że wewnętrzny stan emocjonalny może nie odpowiadać zewnętrznemu zachowaniu, zarówno u siebie samego, jak i u innych; – zdolność przystosowawczego radzenia sobie z przykrymi emocjami przy użyciu strategii samoregulacji; – świadomość tego, że struktura, natura relacji jest po części zdeterminowana jakością zachodzącej w niej komunikacji emocjonalnej; – zdolność do skuteczności emocjonalnej, czyli postrzeganie siebie jako osobę czującą w sposób w jaki chce czuć (Saarni, 1999b, c).

Przedstawione umiejętności i zdolności są dynamiczne oraz wzajemnie zależne. Oznacza to, że wysoko rozwinięty jeden element wpływa pozytywnie na inne, ułatwia ich zdobycie. Ponadto należy je traktować jako konstrukt związany z poczuciem moralności, gdyż „właściwe postępowanie” jest integralnym składnikiem kompetencji emocjonalnej (Saarni, 1999b).

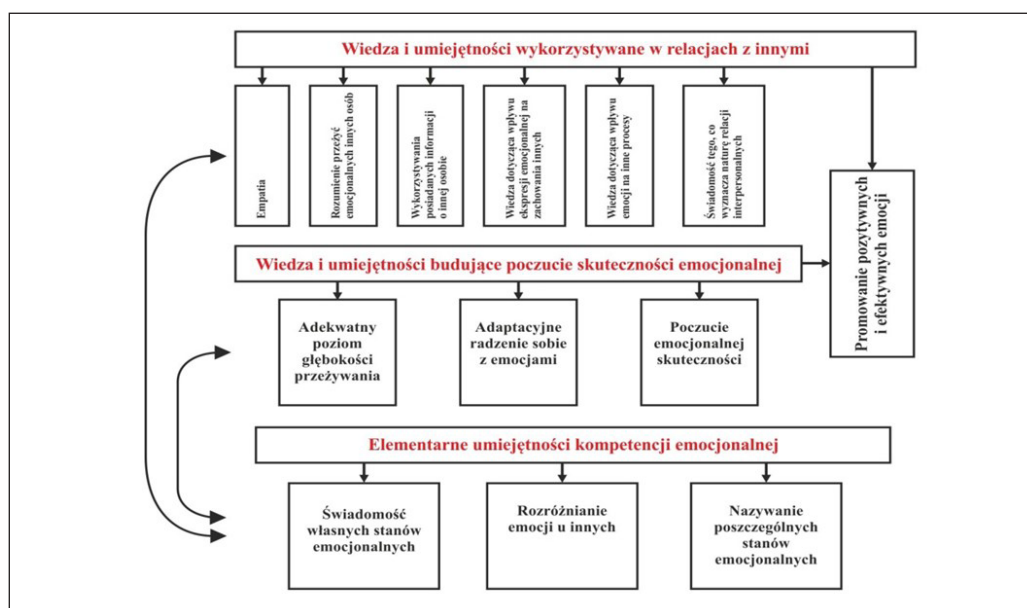
Na podstawie powyższej koncepcji Mirosława Leopolda (2001) przyjęła, że kompetencja emocjonalna to: „nabyte w toku rozwoju umiejętności, o różnym stopniu

nasilenia u poszczególnych jednostek, istotne dla jej funkcjonowania emocjonalnego” (s. 169). Kształt kompetencji emocjonalnej osoby w danym okresie jest rezultatem indywidualnych możliwości rozwojowych, a także oddziaływań środowiska i może ulec zmianie na dalszych etapach życia.

W odróżnieniu od Saarni, Leopold wyraźnie rozgranicza termin umiejętność od terminu zdolność. Umiejętność za Chlewińskim rozumie przez: „gotowość do podejmowania określonych zachowań oraz sprawne posługiwanie się zdobytą wiedzą i doświadczeniem - w sytuacjach, gdzie występują emocje”. Nie jest ona równoznaczna ze zdolnością, którą za Strelauem wiąże bardziej z fizjologią mózgu. Mając na uwadze istotę kompetencji za zasadne uznaje używanie tylko pierwszego terminu (tamże s. 169).

W wyniku badań własnych Leopold (2001) przedstawiła umiejętności, które są ważne dla bycia kompetentnym emocjonalnie. Oprócz tych, które można odnaleźć na liście Saarni, pojawiły się także pozycje nowe. Ostatecznie 13 umiejętności posłużyło jako baza do opracowania pozycji kwestionariusza KE (Leopold, Ruda, 2001).

Idąc krok dalej niż Saarni, Leopold podjęła próbę pogrupowania umiejętności. Analizy doprowadziły do wyłonienia struktury kompetencji emocjonalnej, złożonej z trzech następujących czynników: umiejętności elementarne, wiedza i umiejętności budujące poczucie skuteczności emocjonalnej, wiedza i umiejętności wykorzystywane w relacjach z innym. W powstałym modelu (ryc. 5.) umiejętności elementarne korelują z pozostałymi obszarami, co uważa się za zgodne z teoriami rozwoju emocjonalnego, gdzie rozwój przebiega od procesów bazalnych do bardziej złożonych, a także od emocji własnych do społecznych (Leopold, 2006).



Ryc. 5. Struktura kompetencji emocjonalnej (Leopold, 2006, s. 201).

Należy podkreślić, że kompetencja emocjonalna nie jest tożsama z inteligencją emocjonalną. Autorzy modelu zdolnościowego Mayer i Salovey (1997, s. 15) tłumaczą, że: „kompetencja emocjonalna pokazuje ile z potencjalnych zdolności stanowiących inteligencję emocjonalną udało nam się zamienić w przydatne w życiu umiejętności”. Zdanie to podziela wielu innych badaczy. Matczak i Martowska (2011, s. 7) inteligencją emocjonalną nazywają „zdolności poznawcze do przetwarzania informacji emocjonalnych, natomiast kompetencją emocjonalną – „konkretne umiejętności radzenia sobie w sytuacjach w których informacje takie się pojawiają. Jasielska i Leopold (2000, s. 12) podają, że „koncepcja inteligencji emocjonalnej zakłada istnienie pewnej wrodzonej, podstawowej zdolności, natomiast kompetencja emocjonalna odnosi się do nabywanych w toku rozwoju umiejętności”.

2.3.3. Kontrola wolicjonalna

Problematyka kontroli wolicjonalnej, zwanej siłą woli jest rozpatrywana przez Juliusa Kuhla (2001) w kontekście Teorii Integracji Systemów Osobowościowych (za: Kuhl, 2011; Wojdyło, 2008). Pierwsza i zarazem kluczowa analiza tego zjawiska pojawiła się w pracach Kuhla już w latach osiemdziesiątych jako Koncepcja Kontroli Działania. Autor przedstawił w niej pojęcie siły woli, które dotyczy „procesów pośredniczących między zamiarem a jego realizacją” (Marszał-Wiśniewska, 2002, s. 77). Tym samym wskazał, że przyczyną niewykonania danego zadania mogą być właściwości woli, a nie jak sądzono wyłącznie deficyty motywacyjne (tamże).

Według Kuhla kontrola wolicjonalna (*volitional control*) pełni funkcję ochronną wobec sformułowanego zamiaru. Wzmacnia jego siłę, czyli zaangażowanie jednostki oraz hamuje inne, konkurencyjne schematy działania, które pojawiają się przed rozpoczęciem jak i w trakcie realizacji zamiaru. Efektywność tego procesu zależy między innymi od różnic indywidualnych, określanych jako orientacja na działanie vs orientacja na stan (Kadzikowska-Wrzosek, 2013; Marszał-Wiśniewska, Zalewska, 1992).

Orientacja na działanie to koncentrowanie się na w pełni rozwiniętej strukturze działania: stanie teraźniejszym, przyszłym, rozbieżnością między nimi oraz działaniem, które może tą rozbieżność zniwelować. Ułatwia ona realizację przyjętego zamiaru. Charakteryzuje osoby o wysokiej sprawności mechanizmów kontroli wolicjonalnej. Przeciwny biegun kontinuum – orientacja na stan wyraża się przez skupianie uwagi na stałym punkcie w czasie: przeszłości, teraźniejszości lub przyszłości. To pewna bezczynność, bierność, inercja, która utrudnia realizację zamiaru. Określa osoby o niskiej sprawności mechanizmów kontroli wolicjonalnej (Kuhl, 1985, za: Marszał-Wiśniewska, 1999; 2001).

Orientacja na stan (Kuhl, 1994a) może przejawiać się jako zaabsorbowanie czymś innym (*preoccupation*) bądź wahanie się (*hesitation*). W pierwszym przypadku występuje niekontrolowana nadaktywność poznawcza w postaci przemyśliwania, która jest oderwana od bieżącego zamiaru osoby. Prowadzi ona do osłabienia siły woli przez mechanizm interferowania bądź zakłócania pierwotnie zamierzonego działania. Drugi wskaźnik orientacji na stan to zwlekanie po sformułowaniu zamiaru z jego realizacją – wahanie się. Ma ono miejsce, gdy system siły woli został uprzednio wyłączony i trudno go teraz zaktywizować (za: Marszał-Wiśniewska, 2001).

Oba typy orientacji na stan są związane z niedoczynnością systemu inicjującego działanie. Zdaniem Kuhla (1994b) również nadczynność owego systemu – zwana orientacją na zmienność jest uważana za czynnik utrudniający realizację zamiaru. Mowa tu o niemożności kontynuowania przez podmiot przyjemnej, satysfakcjonującej czynności, zbyt szybkiego jej porzucania oraz przejścia do nowych działań (za: Marszał-Wiśniewska, 2002).

Badacz zakłada i empirycznie potwierdza, że wykształcenie się orientacji na stan jest w głównej mierze warunkowane przez czynniki wychowawcze. Typ określany jako „przemyśliwiający” może stanowić konsekwencję niezaspokojenia potrzeb dziecka, czy stawiania mu wymogu nadmiernej obowiązkowości. Z kolei typ „wahający się” – mało stymulującego kontaktu z dzieckiem, a także nadopiekuńczości. Do innych czynników sprzyjających osłabieniu kontroli wolicjonalnej Kuhl zalicza powtarzające się porażki oraz nieprzewidywalność dotyczącą sytuacji i zachowania się ludzi (Kuhl, 1994a, za: Marszał-Wiśniewska, 2001; por. Kadzikowska-Wrzosek, 2011).

W ramach rozwoju swojej koncepcji autor docieka także, w jaki sposób różnice indywidualne w sprawności kontroli wolicjonalnej łączą się z odmiennym charakterem regulacji działania (Kadzikowska-Wrzosek, 2010).

Kuhl (1996) wskazuje na samoregulację (*self-regulation*) jako demokratyczny oraz samokontrolę (*self-control*) jako autorytarny typ kontroli działania. Samokontrola umożliwia działanie zgodne z celem (*goal-maintenance*), w którym Ja staje się obiektem kontroli, tak aby wykluczać uczucia, potrzeby, wartości z celem niezgodne. Z kolei samoregulacja to działanie zgodne z Ja (*self-maintenance*), gdzie Ja występuje w roli podmiotu, „głównego koordynatora” aktywności.

W prezentowanym ujęciu z uwagi na konieczność sprawnego i równoczesnego przetwarzania wielu informacji samoregulacja została oparta na procesach intuicyjnych, nieuświadomianych. Za jej podstawę przyjęto pamięć rozciągłą (*extension memory*), czyli ukryty (*implicit*) systemem reprezentacji własnych potrzeb, preferencji, wartości, doświadczeń, dostarczający zintegrowanej wiedzy o Ja (Kadzikowska-Wrzosek, 2012a).

Zgodnie z badaniami Kuhla i współpracowników dostęp do pamięci rozciąglej zależy od umiejętności regulacji afektu, a umiejętność ta ściśle wiąże się z różnicami w sprawności mechanizmów kontroli wolicjonalnej.

Osoby zorientowane na działanie wykazują większe możliwości wzbudzania afektu pozytywnego w sytuacji wyzwań, wymagań – samomotywowania (*self-motivation*) i neutralizowania afektu negatywnego w obliczu zagrożeń, porażek, przykrości – samouspokajania (*self-relaxation*). Przez co mają lepszy dostęp do pamięci rozciąglej, dominuje u nich samoregulacja, tryb regulacji holistycznej zapewniający utrzymanie lepszego funkcjonowania.

Osoby zorientowane na stan ujawniają trudności w regulacji afektu, ich działanie nie jest wspierane przez system Ja, co rzutuje na silniejsze tendencje do samokontroli (Kadzikowska-Wrzosek, 2010, 2012b, 2013).

2.4. Zespół wypalenia zawodowego jako psychologiczny koszt sprawowania opieki

2.4.1. Określenie wypalenia zawodowego oraz jego struktury

Zgodnie ze słownikiem języka polskiego termin wypalić się oznacza „zużyć się przez palenie”, „spalić się całkowicie, wygasnąć” (Drabik, Sobol, 2016). W kontekście aktywności zawodowej ma on charakter metafory, która przywołuje obraz zagasającej świecy, czy ogniska jako wyrazu utraty energii. Najczęściej jest łączony z określeniem zespół/syndrom, stanowiącym „wiązkę objawów, które występują razem i mogą być traktowane jako wskaźniki danego typu nieprawidłowości” (Reber, Reber, 2008).

W literaturze przeważa pogląd, że „wypalenie jest przewlekłym, negatywnym stanem psychicznym wywołanym pracą zawodową, pojawiającym się u ludzi w normie” (Schaufeli, Enzmann, 1998, s. 36). Spostrzeganie tego zjawiska, jako przypadłości osób ogólnie zdrowych znajduje potwierdzenie w obowiązującym systemie klasyfikacji.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zalicza *wypalenie się* (Z 73.0) do grupy Problemów związanych z trudnościami życiowymi, zawartych w rozdziale Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia. Jest to „stan wyczerpania życiowego” uznany za okoliczność/problem, który sam w sobie nie stanowi choroby ani urazu (WHO, 1993).

Kryteria diagnostyczne z DSM-5 nie uwzględniają wypalenia jako samodzielnej jednostki, ale przewidują rozpoznanie *problemów dotyczących zatrudnienia* (V62.29), w tym: braku zadowolenia z pracy, niepewności co do wyboru ścieżki kariery, psychospołecznych czynników stresowych oraz każdej innej trudności z obszaru zawodowego.

Kategoria ta nie należy do zaburzeń psychicznych, mieści się w rozdziale Inne stany, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego (APA, 2013).

Chociaż wypalenie zawodowe istnieje prawdopodobnie odkąd pojawiła się sama praca, to w obszarze nauki rozwój tego zagadnienia przypada na lata 70 za sprawą publikacji dwóch, niezależnych osób – psychiatry Herberta Freudenbergera i psychologa Christiny Maslach. Odwołując się do przeżyć wolontariuszy z ośrodka dla narkomanów Freudenberger (1974, s. 159) jako pierwszy użył określenia wypalenie (*burnout*), które uważał za „stan wyczerpania spowodowany nadmiernymi wymaganiami w odniesieniu do posiadanej energii, siły, zasobów”. Jego rozważania miały charakter szczegółowych analiz klinicznych i były nastawione praktycznie, na zdefiniowanie objawów oraz form pomocy. Niemal równocześnie na podstawie zebranych danych empirycznych Maslach (1976) przedstawiła teoretyczną koncepcję wypalenia. Wychodząc poza dotychczasowe standardy (opracowanie skali pomiaru) wzbudziła żywe zainteresowanie tematem wśród badaczy na całym świecie (Tucholska, 2009; Anczewska, Świtaj, Roszczyńska, 2005).

Wyjściowym punktem zainteresowań Maslach było zagadnienie stanu silnego pobudzenia emocjonalnego i sposobów jego redukowania u osób, które z uwagi na wykonywany zawód muszą funkcjonować spokojnie oraz skutecznie w sytuacjach zagrożenia, chaosu. W ówczesnej literaturze medycznej istniały dwa pojęcia z tym związane – „zdystansowana troska” i „obronna dehumanizacja” u lekarzy, określające techniki profesjonalnego podejścia do pacjenta. Skłoniło to badaczkę do pogłębienia tematu przez podjęcie licznych rozmów z pracownikami służby zdrowia. Wyłonił się z nich ważny problem nazwany potocznie „wypaleniem” (Maslach, 2009).

Z treści przeprowadzonych wywiadów wynikało, że osoby zawodowo udzielające pomocy innym często nie radziły sobie z emocjonalnie stresującymi doświadczeniami. Starły uchronić się przed silnym pobudzeniem zachowując dystans do źródła napięcia (pacjenta), co jednocześnie przynosiło obojętność, utratę troski, a nawet dehumanizację. Na tej podstawie przyjęto, że wypalenia nie należy ograniczać tylko do prostej reakcji na stres. Jest to konstrukt złożony – syndrom, w którym można zidentyfikować dwa wymiary: wyczerpanie emocjonalne i depersonalizację (Maslach, 1976; 1993). Kolejna seria badań, będąca efektem współpracy z Susan Jackson miała charakter kwestionariuszowy i ujawniła trzeci, niezależny wymiar wypalenia – obniżone poczucie dokonań osobistych (Maslach, Jackson, 1981).

Wyodrębnione komponenty stały się podstawą do stworzenia trójskładowego modelu wypalenia, w którym przyjęto, że wypalenie to: „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych”. Może się ono pojawić u osób pracujących w zawodach opartych na kontaktach z innymi ludźmi (Maslach, 1982a, s. 3).

Wyczerpanie emocjonalne (*emotional exhaustion*) jest poczuciem nadmiernego zmęczenia i nadwężenia zasobów emocji (Maslach, 2009). Charakteryzuje się utratą naturalnej energii, siły, brakiem zapału do działania oraz niedostrzeganiem możliwości regeneracji. Pojawia się potrzeba wkładania w pracę większego wysiłku, a realizowane zadania nie przynoszą satysfakcji (Tucholska, 2001). W sferze przeżywania dominuje: pesymizm, zniechęcenie, niezadowolenie, napięcie wewnętrzne, wahania pomiędzy niepokojem, a rozdrażnieniem. Często współwystępują liczne objawy psychosomatyczne, jak: przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, bezsenność, zaburzenia ze strony układu krążenia i pokarmowego (Okła, Steuden, 1998).

Zakłada się, że wyczerpanie emocjonalne poprzedza stan wysokiego pobudzenia, tym samym jest to czynnik mocno związany ze stresem. Uważa się go za zjawisko najczęściej doświadczane i zgłaszane lecz niewystarczające do pełnego opisu wypalenia (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Depersonalizacja (*depersonalization*) przejawia się reagowaniem na innych w sposób negatywny, bezduszny, zbyt obojętny (Maslach, 2009) Wymiar ten określa zmianę postawy z podmiotowej na przedmiotową w relacjach osobowych i wyraża się: brakiem współczucia, unikaniem kontaktu psychicznego czy odpowiedzialności (Okła, Steuden, 1998).

Początkowo tworzenie dystansu wobec problemów pacjentów, klientów stanowi formę ochrony siebie przed silnym odczuwaniem emocji i pozwala dobrze, efektywnie pracować. Maslach (1982b; 2011) eksploracyjnie wyodrębniła następujące techniki emocjonalnego dystansowania się: etykietowanie i używanie naukowego żargonu, wykorzystywanie poczucia humoru, intelektualizowanie lub izolowanie sytuacji pracy, wycofywanie się (minimalizowanie zaangażowania). Ich nadużywanie wraz z upływem czasem niesie jednak ryzyko narastania obojętności i dehumanizacji.

W celu uniknięcia pomyłek i powiązań z językiem psychiatrii depersonalizacja, która odpowiada interpersonalnemu aspektowi wypalenia, bywa zamiennie określana jako: depersonifikacja, odczłowieczanie (Anczewska, 2006), czy utrata podmiotowego zaangażowania (Okła, Steuden, 1999).

Obniżone poczucie dokonań osobistych (*reduced personal accomplishment*) odnosi się do poczucia niekompetencji oraz braku osiągnięć w pracy (Maslach, 2009) Jest to doświadczanie niskiej skuteczności i efektywności działania, które sprzyja depresyjności oraz trudnościom w radzeniu sobie. Ostatecznie doprowadza do rozwoju nieadekwatności w niesieniu pomocy i porażki – rezygnacji, wycofania (Maslach, 1998).

Wymiar ten reprezentuje obszar samooceny (negatywnej) i może być również nazywany obniżeniem: osobistych osiągnięć/dokonań, osobistego zaangażowania, czy zadowolenia z osiągnięć zawodowych (Sęk, 2009a) lub po prostu brakiem efektywności (*inefficacy*) (Maslach, Leiter, 2008).

Pierwszą, klasyczną analizę zjawiska wypalenia Maslach oparła na paradygmacie relacji pomiędzy osobami udzielającymi, a otrzymującymi pomoc. Konsekwencją tego sposobu myślenia stało się założenie, że najbardziej narażeni na wypalenie są przedstawiciele zawodów polegających na świadczeniu usług społecznych (*human services*). Mowa tu o: pielęgniarkach, lekarzach, nauczycielach, wychowawcach, pracownikach socjalnych, a także policjantach, prawnikach, urzędnikach. W tych profesjach istotną rolę pełni bliski kontakt, interakcja z drugim człowiekiem, która wymaga: osobistego zaangażowania, poświęcenia, emocjonalnego dostrojenia, troski, kreatywności. Dużą wagę przypisuje się także umiejętnościom personalnym. Konieczne są: uważne słuchanie, odpowiedzialne komunikowanie się, okazywanie zainteresowania, dawanie wsparcia, cierpliwość, empatia, takt i dyskrecja. Sprostanie tej specyficznej relacji nie jest wolne od kosztów – emocjonalnych obciążeń (Tucholska, 2001).

W związku z powyższym, kładąc nacisk na etiologię zdefiniowano wypalenie jako „rodzaj przedłużonej odpowiedzi na emocjonalne i interpersonalne stresory w pracy”. Jest to „indywidualne doświadczenie stresu osadzone w kontekście złożonych relacji społecznych, obejmujące pojęcie danej osoby zarówno o sobie, jak o innych” (Maslach, Goldberg, 1998, s. 64).

2.4.2. Dynamiczne aspekty zespołu wypalenia zawodowego

Maslach rozwijając swoją koncepcję przyjęła, że wypalenie będąc zjawiskiem strukturalnie złożonym, cechuje się również określoną dynamiką. Na bazie zebranego materiału empirycznego, wraz ze współpracownikiem (Leiter, Maslach, 1988) określiła etapy rozwoju zespołu. Nadmierne obciążenie zawodowymi interakcjami w pierwszej kolejności powoduje objawy wyczerpania emocjonalnego, ich narastanie z czasem prowadzi do depersonalizacji. W konsekwencji, jako ostatecznie kształtuje się obniżone poczucie dokonań osobistych.

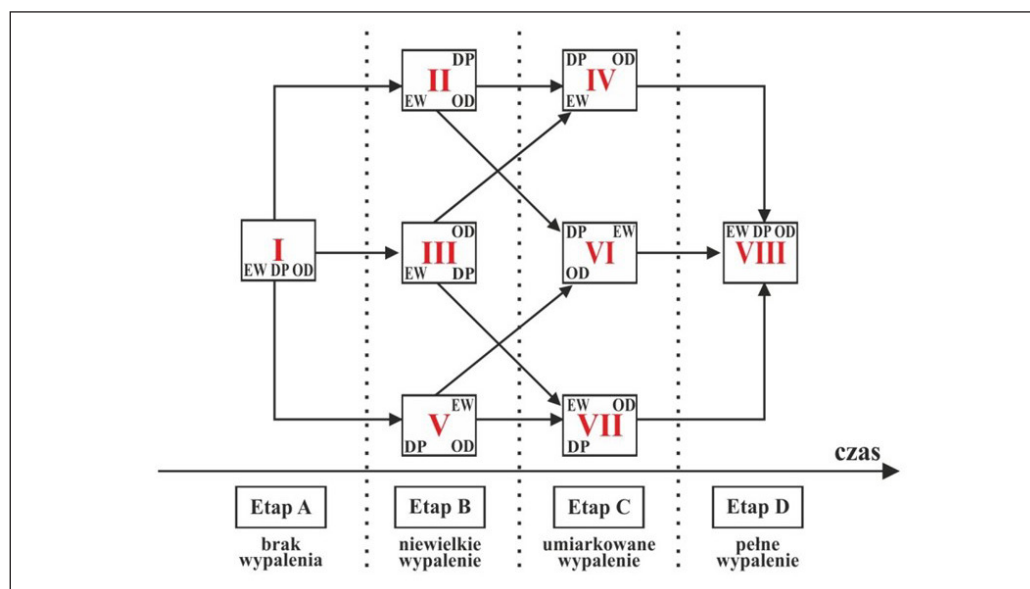
Zaproponowany powyżej model ma charakter sekwencyjny, tzn. wymiary pojawiają się w sposób uporządkowany i są ze sobą powiązane – jeden przyspiesza rozwój innego, a pogłębiając się, wzajemnie się wzmacniają (Anczewska, 2006).

Prowadzone badania rzuciły nowe światło na temat przebiegu wypalenia. Leiter (1993) sugerował, że obniżone poczucie dokonań osobistych rozwija się równolegle do dwóch pozostałych komponentów. To znaczy jest względnie niezależne od wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji połączonych sekwencyjnie.

Doniesienia polskie (Sęk, 2009b) potwierdziły klasyczną, samowzmacniająca się strukturę zespołu wypalenia u pielęgniarek. Z kolei w grupie nauczycieli poszczególne elementy zespołu występowały niezależnie od siebie.

Całkiem odmienny pogląd zaprezentowali Golembiewski i Munzenrider (1988). Wykorzystując koncepcję i skalę pomiaru Maslach opracowali model zwany fazowym, w którym na początku występuje depersonalizacja, potem dochodzi obniżone poczucie dokonań osobistych, a dopiero przy samym końcu procesu – od fazy V obecne jest wyczerpanie emocjonalne. Autorzy są zdania, że te trzy elementy mogą rozwijać się równocześnie lecz niezależnie od siebie tworząc różne zestawienia niskich i wysokich poziomów, co w efekcie daje osiem faz wypalenia. Kierunek zmian jest progresywny, im późniejsza faza, tym mocniej odczuwane objawy (za: Golembiewski, 1989).

W warunkach polskich Noworol i Marek (1993) za pomocą analizy skupień zredukowali osiem faz Golembiewskiego do czterech. Powstał model typologiczny zakłada, że każda jednostka wypala się w sposób indywidualny (sześć różnych ścieżek) i w danej chwili charakteryzuje ją określony stopień rozwoju syndromu (jeden spośród ośmiu skupień). Może ona również zostać przyporządkowana do grupy osób będących na tym samym poziomie rozwoju wypalenia. Przewidziane są tu cztery etapy: A – brak wypalenia, B – niewielkie wypalenie, C – umiarkowane wypalenie, D – pełne wypalenie, przy czym ostrość i szkodliwość objawów wzrasta wraz z kolejnym etapem. Model ten (ryc. 6.) jest komplementarny do założeń Maslach i Golembiewskiego.



Ryc. 6. Typologiczny model wypalenia zawodowego (Noworol, Marek, 1993, s. 224).

Oznaczenia: EW – emocjonalne wyczerpanie, DP – depersonalizacja, OD – obniżone poczucie dokonań osobistych; symbol umieszczony w dolnym rzędzie oznacza niski, a w górnym rzędzie – wysoki poziom danego wymiaru, cyfry rzymskie to skupienia (fazy według Golembiewskiego); strzałki reprezentują możliwe procesy – ścieżki wypalenia.

Ogólne rozumienie wypalenia jako procesu można zawrzeć w stwierdzeniu: „ten stan rozwija się stopniowo, w sposób ciągły i nieprzerwany, spychając ludzi ku dołowi

ruchem spiralnym, który jest trudny do odwrócenia.” Finalnie doprowadza do „erozji wartości, godności i woli – erozji ludzkiej duszy” (Maslach, Leiter, 2011, s. 34). Tym samym jednostka nie tylko przestaje być zdolna do pomagania innym, lecz także sama zaczyna potrzebować wsparcia (Okła, Steuden, 1999).

Początkowe ustalenia (Maslach, Jackson, 1981) przypisywały wypaleniu miano zmiennej ciągłej, która waha się od niskiego do wysokiego stopnia nasilenia dystresu. Ważną zmianę w podejściu do tego tematu zawiera koncepcja kontinuum aktywności zawodowej. Zakłada ona, że określenie stosunku osoby do pracy można przedstawić na kontinuum, gdzie jednym krańcem jest wypalenie, a drugim zaangażowanie. Dymensje konstytuujące zaangażowanie to: energia życiowa, współpraca, skuteczność działania. Są one przeciwstawne odpowiednio do: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, obniżenia poczucia dokonania osobistych. Przeciwnością wypalenia nie jest więc stan neutralności (niewypalenie) ale dobra kondycja psychiczna, dysponowanie niezbędnymi umiejętnościami, reasumując spełnianie się w zawodzie (Maslach, 1998).

Mówiąc o zjawisku wypalenia warto mieć na uwadze jego odrębność od innych, pokrewnych stanów. Należy odróżnić go od nerwicy egzystencjalnej, alienacji, kryzysu, depresji, przewlekłego zmęczenia, czy też zmęczenia współczuciem.

W przeciwieństwie do nerwicy egzystencjalnej, której istotą jest chroniczny brak wiary co do realności, użyteczności swoich działań, wypalenie dotyka ludzi początkowo silnie przekonanych o ważności wykonywanej pracy. Również wstępne oczekiwania na temat egzystencjalnego znaczenia pracy pozwalają rozgraniczyć wypalenie, a alienację – stan anomii (Pines, 2009). Punkt zwrotny w życiu jednostki, jakim określa się kryzys w odróżnieniu od wypalenia zawiera w sobie element wzmacniający, dający możliwość rozwoju (Stawiarska, 2016). Depresja obejmuje wszystkie sfery życia, z kolei wypalenie zawęża się do obszaru zawodowego i we wczesnych stadiach nie narusza prawidłowego funkcjonowania poza pracą. W zespole przewlekłego zmęczenia oprócz emocjonalnego wyczerpania brak jest pozostałych dwóch wymiarów utożsamianych z wypaleniem, a także dominują dolegliwości fizyczne. Zmęczenie współczuciem występuje na skutek pracy z osobami po przebytej traumie, różni się od wypalenia nagłym początkiem i ostrym przebiegiem (Anczewska, 2006).

Część II

Metoda badań własnych

3. Problematyka badań własnych

Problem pracy i cel badań

Zasadniczy problem badawczy referowanej pracy dotyczy analizy zmiennych psychologicznych modyfikujących zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera. Podjęte analizy mają charakter badań przekrojowych typu korelacyjnego.

Głównym celem pracy jest empiryczna ocena zespołu wypalenia zawodowego, który może się ujawnić podczas sprawowania opieki pielęgniarstwa nad pacjentami z chorobą Alzheimera, a także wyjaśnienie jego uwarunkowań tkwiących zarówno w czynnikach sytuacyjnych (postrzeganie klinicznych objawów schorzenia: ocena stresu oraz poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki), jak i podmiotowych (posiadane kompetencje: przekonanie o własnej skuteczności, kompetencje emocjonalne, kontrola wolicjonalna).

Za cel poboczny przyjęto ustalenie wzorca funkcjonowania psychofizycznego osób z chorobą Alzheimera na przykładzie pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Koprzywnicy. Poznanie osób chorych pod względem ich funkcjonowania w obszarze poznawczym, behawioralnym i psychicznym oraz fizycznym stanowi ważny punkt odniesienia do zrozumienia specyfiki świadczonej pracy opiekuńczej.

Uzyskane informacje mogą być przydatne w praktyce (cel aplikacyjny) poprzez wskazanie kierunków oddziaływań prewencyjnych i terapeutycznych służących zapobieganiu lub eliminowaniu objawów wypalenia wśród pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera.

Pytania badawcze i hipotezy

W związku z powyższym stawia się osiem pytań badawczych, które grupują się w cztery bloki tematyczne odpowiadające poszczególnym celom pracy.

Pierwszy blok tematyczny ma charakter wprowadzający. Dotyczy celu pobocznego pracy, czyli realnego obrazu klinicznych objawów choroby Alzheimera w reprezentatywnej grupie pacjentów. Odnośnie do tego bloku postawiono pierwsze pytanie badawcze o charakterze eksploracyjnym:

Pytanie 1. Jaki jest wzorzec funkcjonowania psychofizycznego osób z chorobą Alzheimera przebywających w ośrodku opieki długoterminowej?

Pozostałe bloki tematyczne są zgodne z głównym celem pracy, którym jest ocena zespołu wypalenia zawodowego w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą Alzheimera oraz ustalenie uwarunkowań tego zjawiska.

Drugi blok tematyczny dotyczy zespołu wypalenia zawodowego i jego powiązań z wybranymi zmiennymi psychologicznymi. Zawarto tu następujące pytania badawcze: pytanie drugie mające charakter eksploracyjny, pytanie trzecie do którego sformułowano trzy hipotezy szczegółowe, pytanie czwarte z jedną hipotezą ogólną oraz pytanie piąte któremu odpowiadają trzy hipotezy szczegółowe.

Pytanie 2. Jaka jest struktura i nasilenie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera?

Pytanie 3. Jaki jest związek między poznawczą oceną stresu pozostającą w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera, a zespołem wypalenia zawodowego?

Hipoteza 3.1. *Ocena objawów choroby Alzheimera w kategorii wyzwanie łączy się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego (H3.1).*

Hipoteza 3.2. *Ocena objawów choroby Alzheimera jako zagrożenie łączy się z większym nasileniem depersonalizacji (H3.2).*

Hipoteza 3.3. *Ocena objawów choroby Alzheimera w kategorii krzywda/strata łączy się z większym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych (H3.3).*

W modelu wypalenia zawodowego opracowanym w przez zespół Sęk, Beisert, Pasikowski i Ściagała (1997), który ściśle nawiązuje do poznawczo-transakcyjnej koncepcji stresu, akcentuje się znaczenie procesów interpretacji-wartościowania stresorów, czyli ocenę sytuacji stresowej. Niekorzystna ocena poznawcza dotyczącej między innymi stresorów zawodowych w genezie wypalenia jest także zasadniczym elementem modelu opracowanego przez Stawiarską (2016).

Badania pielęgniarek przeprowadzone przez Beisert (2009) wykazały, że ocena stresorów zawodowych jako wyzwanie w sposób pośredni przez rozwijanie własnych zasobów przeciwdziała wypaleniu zarówno na poziomie wskaźnika ogólnego, jak i wszystkich trzech jego wymiarów. Z kolei ocena w kategorii zagrożenie wpływała wprost na depersonalizację, a obniżone poczucie dokonań osobistych było wspierane bezpośrednio przez ocenę w kategorii strata.

Pytanie 4. Jaki jest związek między obciążeniem psychicznym pozostającym w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera, a zespołem wypalenia zawodowego?

Hipoteza 4. *Im silniejsze jest doświadczanie obciążenia psychicznego tym większe występuje nasilenie wypalenia zawodowego, szczególnie w wymiarze emocjonalnego wyczerpania (H4).*

W literaturze przedmiotu jednoznacznie wskazuje się, że zespół wypalenia jest odpowiedzią na nadmierne obciążenie osoby sytuacją zadaniową, w której jej zasoby zaradcze stały się niewystarczające (Tucholska, 2010). Akcentuje się brak skuteczności w zmaganiu się z długotrwałym stresem (Okła, Steuden, 1999), czy niezmodyfikowanie stresu własną aktywnością zaradczą (Sęk, 2005).

Badania nad wypaleniem w wielowymiarowym modelu Maslach ujawniły, że wyczerpanie emocjonalne stanowi naturalną reakcję na fizyczny i psychiczny stres, a depersonalizacja oraz obniżone poczucie dokonań osobistych tworzą oddzielne komponenty (Schaufeli, Van Dierendonck, 1993; 1995). Ponadto Maslach, Schaufeli, Leiter (2001) zakładają, że wyczerpanie emocjonalne poprzedza stan wysokiego pobudzenia, co umacnia związek tego wymiaru ze stresem.

Wśród polskich pielęgniarek (Sęk, 2009b; Beisert, 2010) wypalenie na poziomie wskaźnika ogólnego i emocjonalnego wyczerpania było spowodowane bezpośrednio obciążeniem stresowym. Pozytywny związek wypalenia z poziomem odczuwanego stresu wykazały również badania zagraniczne w tej grupie zawodowej (Schmitz, Neumann, Oppermann, 2000; Hsu, Chen, Yu, Lou, 2010).

Pytanie 5. Jaki jest związek między posiadanymi kompetencjami – przekonaniem o własnej skuteczności, kompetencjami emocjonalnymi, kontrolą wolicjonalną, a zespołem wypalenia zawodowego?

Hipoteza 5.1. *Wyższe przekonanie o własnej skuteczności wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego (H5.1).*

Zgodnie z koncepcją oczekiwania przekonanie jednostki dotyczące możliwości osiągnięcia zamierzonego celu w danej sytuacji ma znaczenie dla wielu aspektów jej zachowania, w tym dla zmagania się ze stresem (Bandura, 1994; Schwarzer, 1997).

Osoba, która uważa się za mało skuteczną będzie zdaniem Poprawy (2001): działać nieefektywnie, nawet jeśli wie jak ma postępować, zmniejszać wysiłki bądź rezygnować z celu, gdy napotka trudności, unikać sytuacji ocenianych, jako za trudne. Cechuje ją także tendencja do: wytwarzania silnego wzburzenia emocjonalnego, koncentrowania się na własnych brakach, wyolbrzymiania przeszkód i spostrzegania potencjalnie zagrażających zdarzeń, jako przerażające. Według Juczyńskiego (1998) niskie przekonanie o własnej skuteczności wiąże się z depresją, lękiem i bezradnością.

Cherniss (1993) analizując niniejsze zagadnienie w kontekście wypalenia uznał, że w warunkach przeciążenia osoby z niskim przekonaniem o własnej skuteczności nie

podejmują prób przystosowania się, czy przekształcenia otoczenia, za to reagują apatią i cynizmem. W doniesieniach Ogińskiej-Bulik (2003) na temat zawodów usług społecznych wysokie przekonanie o własnej skuteczności pozwoliło na przewidywanie niższego wypalenia (ogólnego), a także chroniło przed wyczerpaniem emocjonalnym. Badania pielęgniarek (Sęk, 2009b; Beisert, 2009) wykazały, że przekonanie o własnej skuteczności przeciwdziało wypaleniu całkowitemu oraz dwóm jego wymiarom – niwelowało wyczerpanie emocjonalne i podnosiło poczucie osiągnięć osobistych.

Hipoteza 5.2. *Wyższy poziom kompetencji emocjonalnych wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego (H5.2).*

Zdaniem Leopold (2006) nabywanie kompetencji emocjonalnych, wpisując się w prawidłowości rozwoju emocjonalnego przebiega od emocji bazowych w kierunku bardziej złożonych oraz od emocji własnych ku emocjom o charakterze społecznym. U poszczególnych osób niektóre kompetencje emocjonalne będą więc bardziej, a inne mniej rozwinięte, co wynika nie tylko z danego okresu rozwoju, ale także z czynników genetycznych, wpływu środowiska i ma bezpośrednie przełożenie na funkcjonowanie.

W badaniach autorstwa Kovacs, Kovacs, Hegedus (2010) emocjonalny dysonans, ujawnianie negatywnych emocji oraz kontrola emocji wykazały pozytywny związek z wypaleniem u pielęgniarek, przy czym najsilniejszym predykatorem wyczerpania emocjonalnego był emocjonalny dysonans, a depersonalizacji przejawianie negatywnych emocji. Inne doniesienia (Sasaki, Kitaoka-Higashiguchi, Morikawa, Nakagawa, 2009) podają, że im wyższa jest ekspresja emocji u pielęgniarek w sytuacji stresu, tym silniejsze występują u nich objawy emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji.

Hipoteza 5.3. *Wyższa orientacja na działanie wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego (H5.3).*

Przeciwstawna orientacji na działanie – orientacja na stan przejawia się bezpośrednio w zachowaniu osoby, jako: bierność w sytuacjach, które wymagają zainicjowania nowych aktywności, sztywność w przestawianiu się z jednej czynności na inną, niezdecydowanie w podejmowaniu decyzji i późniejsze zwlekanie z jej realizacją, trudność w pełnym zaangażowaniu się w czynności satysfakcjonujące (koncentracja bardziej na aspekcie użyteczności działań, niż na ich właściwościach hedonistycznych). Jednostki te cechuje również większa powaga oraz nadmierna obiektywność. W perspektywie odległej orientacja na stan jest przyczyną spadku poziomu wykonania zadań po niepowodzeniu (ciągłe myślenie o zaistniałych porażkach obniża efektywność wykonania zadań właściwych), oraz zwiększa ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych: depresji, fobii, nerwic (Marszał-Wiśniewska, 1999). W literaturze nie znaleziono danych o zależności między kontrolą wolicjonalną a zespołem wypalenia zawodowego.

Trzeci blok tematyczny dotyczy różnic w postrzeganiu klinicznych objawów choroby Alzheimera i różnic w poziomie posiadanych kompetencji między grupami wyodrębnionymi ze względu na ogólny wskaźnik wypalenia (podział pierwszy) oraz konfigurację wymiarów zespołu wypalenia (podział drugi). Postawiono tu dwa pytania badawcze o charakterze eksploracyjnym:

Pytanie 6. Czy pielęgniarki o różnym nasileniu wypalenia zawodowego różnią się między sobą pod względem postrzegania klinicznych objawów choroby Alzheimera oraz posiadanych kompetencji?

Pytanie 7. Czy w badanej populacji pielęgniarek można wyodrębnić grupy osób różniące się konfiguracją wymiarów zespołu wypalenia zawodowego? Jeśli tak, to w zakresie jakich charakterystyk psychologicznych grupy te różnią się między sobą?

Czwarty blok tematyczny dotyczy ustalenia zmiennych wyjaśniających zespół wypalenia zawodowego i zawiera się w jednym eksploracyjnym pytaniu badawczym:

Pytanie 8. Które z badanych zmiennych wyjaśniają zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera?

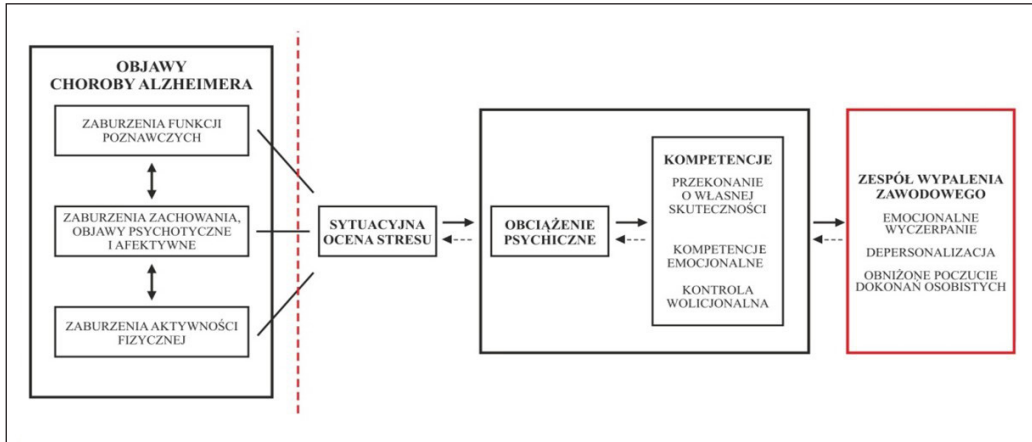
Określenie zmiennych

W prezentowanym projekcie badawczym uwzględnione zostały dwie odrębne grupy – kontekstowa i docelowa. *Grupa kontekstowa* osób z chorobą Alzheimera, w której dokonano opisu poznawczej, behawioralnej i psychicznej oraz fizyczne sfery funkcjonowania pacjentów. Stanowi ona tło, punkt odniesienia dla podjętej problematyki wypalenia zawodowego w opiece. *Grupa docelowa* to grupa personelu pielęgniarskiego, wyróżniono w niej zmienną zależną oraz zmienne niezależne (ryc. 7).

I. **Zmienna zależna** (wyjaśniana) to *zespół wypalenia zawodowego*, konstytuowany przez trzy wymiary: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację, obniżone poczucie dokonań osobistych, które łącznie tworzą ogólny wskaźnik wypalenia.

II. **Zmiennymi niezależnymi** (wyjaśniającymi) są: 1. *Ocena stresu* w odniesieniu do sytuacji opieki, wyznaczonej przez objawy typowe dla choroby Alzheimera: zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne, zaburzenia aktywności fizycznej; 2. *Poczucie obciążenia psychicznego* w odniesieniu do sytuacji opieki, wyznaczonej przez objawy typowe dla choroby Alzheimera: zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne, zaburzenia aktywności fizycznej; 3. *Przekonanie o własnej skuteczności*; 4. *Kompetencje emocjonalne* obejmujące: rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji, rozpoznawanie emocji u innych osób, regulację i kontrolę własnych emocji, ekspresywność emocjonalną; 5. *Kontrola wolicjonalna* ujęta przez: orientację na działanie/stan w sytuacjach

niepowodzenia, przykrych doświadczeń, orientację na działanie/stan(wahanie) w sytuacjach decyzyjnych, orientację na działanie/zmienność podczas wykonywania czynności.



Ryc. 7. Hipotetyczny schemat wzajemnych możliwych zależności pomiędzy zmiennymi w grupie pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera.

4. Charakterystyka zastosowanych metod badawczych

W prezentowanych badaniach zastosowano metody, które w najbardziej diagnostyczny sposób opisywały eksplorowane obszary. Jako pierwsze zostaną scharakteryzowane metody dla grupy osób z chorobą Alzheimera, a następnie metody dla grupy personelu pielęgniarstwa.

4.1. Narzędzia pomiaru wykorzystane w badaniu osób z chorobą Alzheimera

4.1.1. Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego MMSE (M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh)

Powstała w 1975 roku Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (*Mini-Mental State Examination*, MMSE) jest najczęściej stosowanym narzędziem służącym do oceny zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym osób dorosłych. Może być wykorzystywana w celach przesiewowych, a także do monitorowania przebiegu choroby, jak ma to miejsce w niniejszej pracy.

Skala składa się z 30. zadań, ujętych w 11 kategorii: *orientacja w czasie* (bada orientację osoby w czasie), *orientacja w miejscu* (bada orientację osoby w miejscu), *zapamiętywanie* (bada zdolność uczenia się i zapamiętania trzech niezwiązanych ze sobą słów oraz uwagę), *uwaga i liczenie* (bada uwagę i zdolności rachunkowe), *przypominanie* (bada zdolność przypominania sobie trzech przyswojonych wcześniej słów), *nazywanie* (bada zdolność rozpoznania i nazwania dwóch powszechnie znanych przedmiotów), *powtarzanie* (bada zdolność do precyzyjnego powtórzenia serii niepowiązanych ze sobą słów, rzadko występujących razem), *rozumienie* (bada zdolność do skupienia się na złożonym poleceniu, jego zrozumienia i wykonania), *czytanie* (bada zdolność czytania i rozumienia prostego zdania), *pisanie* (bada zdolność napisania zrozumiałego zdania), *rysowanie* (bada zdolności wzrokowo-przestrzenne). W ramach każdej kategorii osoba badana wykonuje od 1. do 5. zadań:

<i>orientacja w czasie</i> – 5	<i>powtarzanie</i> – 1
<i>orientacja w miejscu</i> – 5	<i>rozumienie</i> – 3
<i>zapamiętywanie</i> – 3	<i>czytanie</i> – 1
<i>uwaga i liczenie</i> – 5	<i>pisanie</i> – 1
<i>przypominanie</i> – 3	<i>rysowanie</i> – 1
<i>nazywanie</i> – 2	

Odpowiedzi ocenia się zgodnie z instrukcją w punktacji 1 – odpowiedź prawidłowa, 0 – odpowiedź nieprawidłowa. Wynik ogólny jest sumą wszystkich uzyskanych punktów, maksymalnie może wynosić 30, minimalnie 0 – punktów. Za wynik graniczny (tzw. punkt odcięcia), który wskazuje na obecność zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym przyjmuje się 23 punkty lub mniej. Ponad to dla celów klasyfikacyjnych autorzy testu zalecają następujące szczegółowe przedziały oceny: 27-30 – funkcjonowanie poznawcze w normie, 26-21 – niewielkie upośledzenie funkcji poznawczych, 20-11 – umiarkowane upośledzenie funkcji poznawczych, 10-0 – głębokie upośledzenie funkcji poznawczych (Folstein, Folstein, Fanijiang, 2009; Folstein, Folstein, McHugh, Fanijiang, 2009).

Polskie badania normalizacyjne przeprowadzone przez Stańczak (2010) na próbie klinicznej liczącej 308 osób wskazały na następujące wartości psychometryczne MMSE: współczynnik zgodności wewnętrznej (wysoki) $\alpha = 0,82$ (osoby z chorobą Alzheimera $\alpha = 0,82$), współczynnik stałości czasowej (bardzo wysoki) $r = 0,93$ (osoby otępieniem $r = 0,76$). W przypadku trafności (metoda porównań międzygrupowych) stwierdzono, że: wyniki różnicują osoby z grup klinicznych od osób zdrowych, najniższe rezultaty osiągają osoby z diagnozą otępienia, punkt odcięcia – 23 jest czułym wskaźnikiem obniżenia funkcjonowania poznawczego, wyniki wysoko dodatnio korelują z rezultatami innych miar do badania funkcji poznawczych.

W badaniach własnych korzystano z arkuszy Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego, w wydaniu polskim zakupionych w Pracowni Testów Psychologicznych.

4.1.2. Inwentarz Neuropsychiatryczny – wersja dla ośrodków opiekuńczych NPI-NH (S. Wood, J. L. Cummings, M-A. Hsu, T. Barclay, M. Wheatley, K. T. Yarema, J. F. Schnelle)

Celem Inwentarza Neuropsychiatrycznego (*Neuropsychiatric Inventory*, NPI) jest uzyskanie informacji na temat występowania objawów psychopatologicznych u osób z otępieniem, a w szczególności z chorobą Alzheimera. Pierwsza opublikowana wersja skali dotyczyła 10. obszarów zaburzeń (Cummings i in., 1994), druga – 12. (Cummings, 1997). W każdej z nich badanie opierało się na odpowiedziach opiekuna zajmującego się osobą chorą w domu. W niniejszej pracy posłużono się wersją skali dla ośrodków opiekuńczych (*Nursing Home Version*, NH), przeznaczoną do stosowania przez profesjonalnych

opiekunów (osoby z zawodowego personelu) w opiece długoterminowej nad pacjentami z otępieniem (Wood i in., 2000).

Ocena w NPI-NH opiera się na danych z obserwacji i obejmuje 12 obszarów/ objawów, to jest: *urojenia, halucynacje, pobudzenie/agresja, depresja, lęk, nadmierna radość/euforia, apatia/zobojętnienie, odhamowanie, drażliwość/chwiejność, odbiegające od normy zachowania ruchowe, sen, apetyt i zaburzenia jedzenia*. Do każdego z tych obszarów przynależą trzy rodzaje pytań: przesiewowe, dodatkowe, pytania o częstość i nasilenie.

Pytanie przesiewowe (ogólne) ma na celu stwierdzenie u pacjenta obecności lub nieobecności danego rodzaju objawu. Jeśli odpowiedź na pytanie przesiewowe jest przecząca (nie) – przechodzi się bezpośrednio do następnego obszaru. W sytuacji, gdy pojawi się odpowiedź twierdząca (tak) należy objaw zbadać głębiej i przystąpić do pytań dodatkowych.

Pytania dodatkowe umożliwiają zdobycie szczegółowych informacji na temat występującego objawu – postaci w jakich się ujawnia. Odpowiedzi udziela się w skali dychotomicznej tak/nie. Ilość pytań dodatkowych jest różna w zależności od obszaru (od 5. do 8. itemów):

<i>urojenia</i> – 6	<i>apatia/zobojętnienie</i> – 7
<i>halucynacje</i> – 7	<i>odhamowanie</i> – 7
<i>pobudzenie/agresja</i> – 8	<i>drażliwość/chwiejność</i> – 7
<i>depresja</i> – 8	<i>odbiegające od normy zach. ruchowe</i> – 5
<i>lęk</i> – 7	<i>sen</i> – 6
<i>nadmierna radość/euforia</i> – 6	<i>apetyt i zaburzenia jedzenia</i> – 8

Po przeanalizowaniu objawu w pytaniach dodatkowych (odnotowanie postaci) należy określić jego częstość i nasilenie. Oceny częstości występowania dokonuje się w skali 1 – 4 (rzadko, czasami, często, bardzo często), zaś stopnia nasilenia w skali 1 – 3 (łagodne, umiarkowane, ciężkie).

Z każdej kategorii zaburzeń można obliczyć iloczyn częstości i nasilenia, a ich zsumowanie (12 obszarów) daje ogólny wynik skali (Cummings, 2005).

Parametry rzetelności polskiej wersji językowej skali uzyskały zadowalające oceny: współczynnik zgodności wewnętrznej $\alpha = 0,92$, zbieżność (porównywalność) wyników $\rho = 0,86$, ocena powtarzalności test-retest 0,75 (Bidzan, Bidzan, 2005).

W badaniach własnych korzystano z Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersji dla ośrodków opiekuńczych (w języku polskim) dzięki uprzejmości jego autora Jeffrey Cummings, M.D., Sc. D. (University of California at Los Angeles School of Medicine), z którym nawiązano kontakt za pośrednictwem strony: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neuropsychiatric-inventory>.

4.1.3. Aparat SenseWear Pro3 Armband SWA

Do oceny aktywności fizycznej pacjentów z chorobą Alzheimera wykorzystano aparat SenseWear Pro3 Armband (SWA) firmy Body Media Pittsburgh, USA. Jest to urządzenie wielosensorowe, które rejestruje i gromadzi w sposób ciągły (noszone przez 24 godziny na tylnej powierzchni ramienia ręki) informację o osobie badanej. Aparat posiada pięć różnego rodzaju czujników: dwuosiowy akcelerometr (zapisuje ruchy i pozycję ciała), czujnik zmian ciepła (mierzy ilość ciepła rozproszonego przez ciało), galwaniczny czujnik skóry (rejestruje zmiany w oporze elektrycznym skóry), czujnik temperatury skóry oraz czujnik temperatury otaczającej ciało (zob. ryc. 8).



Ryc. 8. Aparat SenseWear Pro3 Armband.

Uzyskane podczas pomiaru informacje są zapisywane w pamięci urządzenia, a następnie przetwarzane za pomocą skonfigurowanego z nim programu komputerowego InnerView Professional 5.0. W raporcie z badania znajdują się określone parametry aktywności fizycznej, takie jak: liczba wykonanych kroków (*number of steps*, NS), czas odpoczynku, czyli łączny czas snu i przebywania w pozycji leżącej (*lying down*, LD), całkowity czas wysiłku fizycznego (*physical activity duration*, PAD) i jego nasilenie, czyli czas umiarkowanego, dużego, bardzo dużego wysiłku fizycznego. Otrzymuje się też dane dotyczące całkowitego wydatku energetycznego (*total energy expenditure*, TEE) i wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym (*active energy expenditure*, AEE) (Włodarek, 2012; Włodarek, Majkowski, Majkowska, 2012).

Ze względu na zakres realizowanej pracy wydatków energetycznych nie brano pod uwagę. Analizowano liczbę wykonanych kroków, czasu odpoczynku, czasu wysiłku fizycznego. Ich pomiar charakteryzuje się dużą dokładnością < 90% (Liden i in., 2002).

Poziom aktywności fizycznej aparat SWA ustalał na podstawie równoważnika metabolicznego (*metabolic equivalent*, MET). Jeden MET to jednostka spoczynkowego poboru tlenu u osoby dorosłej, która wynosi ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała w ciągu minuty (Fletcher i in. 2001). Zgodnie z zaleceniami producenta MET poniżej 3,0 był definiowany jako siedzący tryb życia, a MET powyżej 3,0 jako wysiłek fizyczny. Nasilenie wysiłku fizycznego oceniano ze względu na wartość MET jako: umiarkowane dla MET 3,0-6,0; duże dla MET 6,0-9,0; bardzo duże dla MET >9,0 (Włodarek, 2012).

Aktywność fizyczna klasyfikowana była także w oparciu o liczbę wykonanych kroków. Dla dorosłych dzienna liczba kroków mniej niż 5000 oznacza siedzący tryb życia, 5000-7499 – małą aktywność fizyczną, 7500-9999 – dobrą aktywność fizyczną, a ≥ 10000 – aktywny styl życia (Tudor-Luce, Bassett, 2004). Dodatkowo przyjęto, że wykonanie mniej niż 2500 kroków w ciągu dnia wskazuje na bardzo małą aktywność fizyczną (Włodarek, 2012).

W badaniach własnych korzystano z aparatu SenseWear Pro3 Armband dzięki uprzejmości dr hab. lek med. Dariusza Włodarka z Zakładu Dietetyki Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie.

4.1.4. Arkusz Osobowy Pacjenta

Metoda ma formę krótkiej ankiety własnej konstrukcji i służy zebraniu danych socjodemograficznych dotyczących badanych osób z chorobą Alzheimera. Składa się z 10. pytań, które grupują się w trzy bloki tematyczne: pytania o dane podstawowe (płeć, data urodzenia, data badania); pytania o: wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania przed przyjęciem do ośrodka; pytania o dane dotyczące choroby Alzheimera oraz jej leczenie (rok zdiagnozowania choroby Alzheimera, rok przyjęcia do ośrodka, farmakoterapia choroby Alzheimera, choroby współistniejące).

4.2. Narzędzia pomiaru wykorzystane w badaniu personelu pielęgniarskiego

4.2.1. Kwestionariusz Oceny Stresu KOS (K. Wrześniewski, A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk)

Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS) opracowany przez K. Wrześniewskiego, A. Jakubowską-Winecką i D. Włodarczyk (Włodarczyk, Wrześniewski, 2010) służy do pomiaru rodzaju i nasilenia oceny sytuacji stresowej nazywanej oceną stresu. Narzędzie stanowi operacjonalizację pojęć wywodzących się z poznawczej teorii stresu i radzenia sobie R. S. Lazarusa, S. Folkman (1984), przy czym autorzy koncentrują się na ocenie pierwotnej sytuacji jako stresowej i jej odmianach.

Kwestionariusz jest przeznaczony do stosowania wśród osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych somatycznie. Składa się z dwóch tożsamy pod względem treści części: A (do badania oceny sytuacyjnej), B (do badania oceny dyspozycyjnej), Części można wykorzystywać pojedynczo lub łącznie, przy czym w drugim przypadku zaleca się kilkudniowy odstęp czasowy albo rozdzielenie badania inną metodą.

Dyspozycyjna ocena stresu rozumiana jest jako trwała, osobowościowa tendencja jednostki do oceny w podobny sposób różnych sytuacji stresowych. Ocena sytuacyjna uwzględnia zmienność sytuacyjną i jest zależna przede wszystkim od aktualnych cech zdarzenia. Jak zauważa Heszen (2014, s. 183):

„Jest to także sposób ujmowania wielu innych konstruktów psychologicznych, którym przypisywany jest status względnie stałych dyspozycji czy cech człowieka, aktualizujących się w określonych sytuacjach. Następuje wtedy zmiana ich statusu na taki, który można określić jako stan, zależny nie tylko od stałych właściwości podmiotu, ale będących też odpowiedzią na zmienne właściwości sytuacji”.

Obie części zawierają ten sam zestaw 35 przymiotnikowych określeń (23 z nich ma charakter diagnostyczny, 12 pełni funkcję buforową), stosowanych do opisu sytuacji stresowej. Zasadniczą różnicę stanowi podawana instrukcja. Zgodnie z przyjętym celem projektu, posłużono się częścią A narzędzia, w której badacz wskazuje sytuację będącą przedmiotem badania w danej grupie, z prośbą o odniesienie się do tej sytuacji.

W referowanej pracy przedmiotem badania była sytuacja opieki, pozostająca w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera. Pomiar przy użyciu Kwestionariusza Oceny Stresu (KOS) został zatem przeprowadzony trzykrotnie (KOS -1, -2, -3), zależnie od cech zdarzenia, wyznaczonych przez objawy typowe dla choroby Alzheimera. Instrukcje, które podawano osobom badanym zostały sformułowane w sposób następujący:

KOS-1

„Proszę przypomnieć sobie konkretną sytuację trudną z Pani/Pana pracy, która dotyczyła występowania u pacjenta z chorobą Alzheimera **zaburzeń funkcji poznawczych**, takich jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, uwaga i liczenie, zdolność uczenia się, język, ocena”.

KOS-2

„Proszę przypomnieć sobie konkretną sytuację trudną z Pani/Pana pracy, która dotyczyła występowania u pacjenta z chorobą Alzheimera **zaburzeń zachowania, objawów psycho-tycznych i afektywnych**, takich jak: urojenia, halucynacje, pobudzenie/agresja, depresja, lęk, podwyższony nastrój, apatia/zobojętnienie, rozhamowanie, drażliwość/chwiejność emocjonalna, odbiegające od normy zachowania ruchowe, zaburzenia snu i apetytu”.

KOS-3

„Proszę przypomnieć sobie konkretną sytuację trudną z Pani/Pana pracy, która dotyczyła występowania u pacjenta z chorobą Alzheimera **zaburzeń aktywności fizycznej**, takich jak: ograniczenie ruchów spontanicznych, zmniejszenie sprawności manualnej, zmiany napięcia mięśni, zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia równowagi, zaburzenia chodu, upadki, unieruchomienie w łóżku”.

Po zdaniu wprowadzającym: „Ta sytuacja była dla mnie...”, badany posługując się listą 35 przymiotnikowych określeń, ocenia sytuację na skali od 0 do 3, gdzie: „0” oznacza *zdecydowanie nie*; „1” – *raczej nie*; „2” – *raczej tak*, „3” – *zdecydowanie tak*. Wyniki obliczane są według klucza, poprzez sumowanie liczby punktów przypisanych do poszczególnych stwierdzeń dla każdej podskali osobno. Im wyższy wynik w danej podskali, tym wyższy poziom oceny sytuacji o danych charakterze.

W wersji podstawowej kwestionariusz zawierał trzy podskale odpowiadające trzem różnym rodzajom oceny sytuacji (zagrożenie, wyzwanie, krzywda/strata). Zostały one wyodrębnione na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej, z ograniczeniem do trzech czynników, zgodnie z teoretyczną propozycją Lazarusa i Folkman. Dalsze prace pozwoliły na wyłonienie dwóch kategorii oceny wyzwanie: wyzwanie-aktywność, wyzwanie-pasywność. Za podstawowy element różnicujący uznaje się tu gotowość do działania i własnej aktywności lub jej brak.

Poniżej przedstawiono cztery podskale KOS i tworzące je pozycje, a następnie krótki ich opis oraz wskaźniki rzetelności (współczynniki α Cronbacha). Podskale te są wskaźnikami poszczególnych rodzajów oceny stresu.

Zagrożenie (0,90), 9 pozycji – odnosi się do szkód, które jednak jeszcze nie wystąpiły, są przewidywane. Wyzwanie ogólnie wskazuje na możliwość opanowania trudnej sytuacji i zyskania czegoś.

Wyzwanie-aktywność (0,80), 5 pozycji – dotyczy mobilizacji i możliwości do podjęcia aktywnego wysiłku, działania w celu uporania się z trudnościami.

Wyzwanie-pasywność (0,71), 5 pozycji – odnosi się do oczekiwań, że dana sytuacja może dostarczyć pewnych zysków, jednak zachowanie podmiotu jest bierne, jego myślenie ma charakter życzeniowy, nie uruchamia konstruktywnych działań.

Krzywda/strata (0,76), 4 pozycje – dotyczy już poniesionych szkód związanych z tym, co ważne, wartościowe.

W zakresie trafności, oprócz argumentów wynikających ze spójności zawartości kwestionariusza z przyjętą teorią, wspartych opiniami sędziów kompetentnych, została także wykorzystana ocena empiryczna. Rezultaty porównań wyników KOS w przypadku oceny sytuacyjnej z wynikami innych miar psychologicznych, jak Profil Nastroju – POMS w adaptacji Dudka i Koniarka czy Inwentarz Stanu Emocjonalnego – SPI

w adaptacji Spielberga i Wrześniewskiego okazały się zadowalające (Włodarczyk, Wrześniewski, 2005, Heszen, 2014).

Kwestionariusz i zgodę na jego zastosowanie w badaniach uzyskano dzięki uprzejmości autora dr n. med. Doroty Włodarczyk z Zakładu Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

4.2.2. Skala Stresu Opiekuna – modyfikacja CDS (D. I. Kaufer, i in.)

Skala Stresu Opiekuna (*Caregiver Distress Scale*, CDS) autorstwa zespołu kierowanego przez Kaufera (Kaufer i in., 1998) jest dodatkową częścią opisanego w podrozdziale 4.1.2. Inwentarza Neuropsychiatrycznego. Została ona opracowana kompatybilnie do wyróżnionych w inwentarzu 12. obszarów zaburzeń, to znaczy po pytaniu przesiewowym, dodatkowym oraz pytaniu o częstość i nasilenie (zob. s. 67.) następuje ocena wpływu jaki na opiekuna mają poszczególne objawy stwierdzone u pacjenta z chorobą Alzheimerera (Cummings, 2005).

W wersji Inwentarza Neuropsychiatrycznego dla ośrodków opiekuńczych, Skala Stresu Opiekuna dostarcza ilościowego pomiaru tak zwanego obciążenia psychicznego. W tym celu zadaje się następujące pytanie: *w jakim stopniu dany objaw, który wystąpił u pacjenta utrudniły Twoją pracę i/lub spowodował, że musiałeś włożyć w nią większy wysiłek?* Powyższe pytanie, zawarte w publikacji Wooda i in. (1999) „*Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress in professional caregivers*” przetłumaczyła autorka niniejszej pracy (po konsultacji z lektorem języka angielskiego).

Odpowiedzi udziela się na skali od 0 do 5, gdzie: 0 – w ogóle, 1 – minimalnie, 2 – nieznacznie, 3 – umiarkowanie, 4 – znacząco, 5 – bardzo znacząco/ekstremalnie. Parametry rzetelności skali uznano jako zadowalające: ocena powtarzalności test-retest 0,92, ocena poziomu zgodności ocenających inter-rater 0,96 (Kaufer i in., 1998).

Na potrzeby niniejszej pracy Skala Stresu Opiekuna została zmodyfikowana do sytuacji opieki, pozostającej w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimerera. Pomiar przy użyciu skali CDS został zatem przeprowadzony trzykrotnie (CDS -1, -2, -3), zależnie od cech zdarzenia, wyznaczonych przez objawy typowe dla choroby Alzheimerera. Instrukcje, które podawano osobom badanym zostały sformułowane w sposób następujący:

CDS-1

„Proszę odwołać się do analizowanej sytuacji raz jeszcze, a następnie określić w jakim stopniu **zaburzenia funkcji poznawczych**, które wystąpiły u pacjenta utrudniły Twoją pracę i/lub spowodowały, że musiałeś włożyć w nią większy wysiłek.”

CDS-2

„Proszę odwołać się do analizowanej sytuacji raz jeszcze, a następnie określić w jakim stopniu **zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne**, które wystąpiły u pacjenta utrudniły Twoją pracę i/lub spowodowały, że musiałeś włożyć w nią większy wysiłek.”

CDS-3

„Proszę odwołać się do analizowanej sytuacji raz jeszcze, a następnie określić w jakim stopniu **zaburzenia aktywności fizycznej**, które wystąpiły u pacjenta utrudniły Twoją pracę i/lub spowodowały, że musiałeś włożyć w nią większy wysiłek.”

Polecenie „proszę odwołać się do analizowanej sytuacji raz jeszcze” dotyczy konkretnych sytuacji trudnych badanych Kwestionariuszem Oceny Stresu, po którym bezpośrednio prezentowano Skalę Stresu Opiekuna (por. rozdz. 5.).

4.2.3. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES (R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński)

Opracowana w 1992 roku w Niemczech przez R. Schwarzera i M. Jerusalema oraz zaadoptowana sześć lat później – w 1998 roku w Polsce przez R. Schwarzera, M. Jerusalema, Z. Juczyńskiego Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Efficacy Scale*, GSES) nawiązuje teoretycznie do koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności A. Bandury. Skala jest przeznaczona do pomiaru siły ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Służy do badania (indywidualnego lub zbiorowego) osób dorosłych, zarówno zdrowych jak i chorych.

GSES składa się z 10. pytań, na które badany udziela odpowiedzi z czterech możliwych zaznaczając właściwą cyfrę: 1 – nie; 2 – raczej nie; 3 – raczej tak; 4 – tak. Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności.

Wynik może mieścić się w granicach 10-40 punktów – im wyższy, tym większe jest poczucie własnej skuteczności. Wartość ogólnego wskaźnika przekształca się na jednostki standaryzowane w skali stenowej zgodnie z polskimi normami. Wyniki w granicach 1-4. stena traktuje się jako niskie, w granicach 7-10. stena jako wysokie. Z kolei 5 i 6 sten to wyniki przeciętne (Schwarzer, Jerusalem, Juczyński, 2012).

Polska wersja skali ma następujące wartości psychometryczne: współczynnik zgodności wewnętrznej $\alpha = 0,85$, rzetelność (metodą test-retest) = 0,78. Struktura skali jest jednolita, jeden czynnik wyjaśnia 44% wariancji całkowitej (Juczyński, 2000).

W badaniach własnych korzystano z arkuszy Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności zakupionych w Pracowni Testów Psychologicznych.

4.2.4. Kwestionariusz Kompetencji Emocjonalnych EKF (H. Rinderman)

Autorem Kwestionariusza Kompetencji Emocjonalnych (*Emotionale-Kompetenz-Fragebogen, EKF*) jest H. Rinderman (2009). Pod pojęciem „kompetencje emocjonalne” rozumie on zdawanie sobie sprawy ze znaczenia uczuć/emocji i kompetencji z nimi związanych. Jest to umiejętność wielowymiarowa, zbudowana ze zróżnicowanych subkomponentów. W niniejszej pracy posłużono się polskim tłumaczeniem niniejszego kwestionariusza dokonany przez I. Januszewską (2011), której w tym miejscu dziękuję za jego udostępnienie.

Oryginalna wersja EKF składa się z 62. twierdzeń, ocenianych na skali 5-stopniowej (całkowicie niezgodne, raczej niezgodne, nie mam zdania, raczej zgodne, całkowicie zgodne). Twierdzenia są przyporządkowane do czterech czynników (skal głównych): 1. *Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji*, 2. *Rozpoznawanie emocji u innych*, 3. *Regulacja i kontrola własnych emocji*, 4. *Ekspresywność emocjonalna*, które łącznie wyjaśniają 46% wariancji. Współczynniki rzetelności α Cronbacha wynoszą odpowiednio: 0,88; 0,91; 0,88; 0,92 (Januszewska, Steuden, 2015).

W badaniach Steuden i Januszewskiej (2014) na podstawie macierzy danych ($N=203$ osoby), w ramach skal głównych kwestionariusza wyodrębniono podskale szczegółowe (czynniki II-go rzędu), dające możliwość bardziej wnikliwej analizy obrazu psychologicznego. Poniżej przedstawiono ich psychologiczną i psychometryczną charakterystykę.

1. *Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji* – zdolność do samodzielnego rozpoznawania własnego stanu emocjonalnego oraz ochrony stabilności i ciągłości doświadczenia pozytywnych emocji (15 twierdzeń; $\alpha=0,76$; $g_1=0,43$; $g_2=0,36$). Na skalę tą składają się: 1.1. Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji (6 tw., $\alpha=0,78$); 1.2. Kontrola nad utrzymaniem stencicznych emocji (6 tw., $\alpha=0,74$); 1.3. Samokontrola nad stabilnością dobrego nastroju (3 tw., $\alpha=0,41$);

2. *Rozpoznawanie emocji u innych* – zdolność do dostrzegania i rozumienia stanów emocjonalnych u innych ludzi, bazująca głównie na empatii (17 twierdzeń; $\alpha=0,89$; $g_1=-0,10$; $g_2=-0,28$). Składają się na to: 2.1. Rozpoznawania stanów emocjonalnych u innych (6 tw., $\alpha=0,77$); 2.2. Rozpoznawania zmian stanów emocji u innych (7 tw., $\alpha=0,84$); 2.3. Rozpoznawanie astenicznych i negatywnych emocji u innych (4 tw., $\alpha=0,70$).

3. *Regulacja i kontrola własnych emocji* – zdolność do kierowania i regulowania własnymi emocjami, co stanowi podstawę zagwarantowania sobie pozytywnego tła emocjonalnego i sprawowania kontroli nad przebiegiem zdarzeń (13 twierdzeń; $\alpha=0,77$; $g_1=0,07$; $g_2=0,26$). Jej elementami strukturalnymi są: 3.1. Samokontrola własnych negatywnych emocji (7 tw., $\alpha=0,80$); 3.2. Wytrzymałość i odporność emocjonalna (3 tw., $\alpha=0,51$); 3.3. Obrona przed negatywnymi emocjami (3 tw., $\alpha=0,59$)

4. *Ekspresywność emocjonalna* – zdolność do gotowości wyrażenia na zewnątrz własnych stanów emocjonalnych, co stanowi podstawowy warunek do utrzymywania społecznych interakcji i potencjalnego osiągnięcia korzyści wynikających z współdziałania społecznego (17 twierdzeń; $\alpha=0,75$; $g_1=0,15$; $g_2=0,73$). Jej składowymi są: 4.1. Spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie (6 tw., $\alpha=0,67$); 4.2. Koncentracja na wyrażaniu pozytywnych emocji (5 tw., $\alpha=0,69$); 4.3. Spontaniczne informowanie o swoich emocjach (3 tw., $\alpha=0,74$); 4.4. Wyuczone, świadome wyrażanie swoich emocji (3 tw., $\alpha=0,37$).

W badaniach własnych, przy testowaniu różnic międzygrupowych posłużono się zarówno skalami głównymi, jak i podskalami kwestionariusza EKF, zaś w przypadku korelacji i analizy regresji – tylko skalami głównymi.

4.2.5. Skala Kontroli Działania ACS-90 (M. Marszał-Wiśniewska)

Skala Kontroli Działania (*Action Control Scale*, ACS-90) została opublikowana przez J. Kuhla w 1994 roku, jako skrócona wersja (36 pozycji) narzędzia, które autor opracował w latach 80-tych. Jej adaptację do warunków polskich przeprowadziła M. Marszał-Wiśniewska (2002). Podstawą teoretyczną skali jest koncepcja kontroli działania Kuhla potocznie zwana siłą woli odnosząca się do procesów pośredniczących między zamiarem, a jego realizacją. Dla efektywność tych procesów określanych terminem kontroli wolicjonalnej duże znaczenie mają indywidualne tendencje do orientacji na działanie/stan (orientacji na działanie/zmienność).

Skala ACS-90 służy do oszacowania owych różnic indywidualnych w zakresie właściwości wolicjonalnych (orientacji na działanie vs stan oraz orientacji na działanie vs zmienność) wpływających na zdolność do podtrzymywania i realizacji zamiarów. Składa się z trzech podskal:

- AOF (*failure-related action orientation vs preoccupation*) podskala orientacji na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń vs orientacji na stan (pochłonięcie, zaabsorbowanie), która mówi o umiejętności oderwania się (poznawczego, emocjonalnego i w działaniu) od doznanego niepowodzenia, przykrych doświadczeń;
- AOD (*decision-related action orientation vs hesitation*) podskala orientacji na działanie w sytuacjach decyzyjnych vs orientacji na stan (wahanie), która mówi o umiejętności zainicjowania zamierzonego działania;
- AOP (*performance-related action orientation vs volatility*) podskala orientacji na działanie podczas wykonywania czynności vs orientacji na zmienność, która mówi o umiejętności pozostania przy dobrowolnej czynności sprawiającej podmiotowi satysfakcję, umiejętność „zatopienia się” w owej czynności, jej

kontynuowania, w przeciwieństwie do przedwczesnego jej porzucenia i podjęcia nowych działań.

Wszystkie trzy podskale zawierają po 12 pozycji opisujących konkretne sytuacje. Przy pozycjach zawsze znajdują się dwie alternatywne odpowiedzi (A i B), które wskazują odpowiednio orientację na działanie i orientację na stan (zmienność).

Wyniki oblicza się oddzielnie dla każdej podskali, sumując odpowiedzi zgodne z kluczem – diagnostyczne (po 1. punkcie) świadczące o zorientowaniu na działanie.

W każdej podskali suma punktów przybiera wartość od 0 do 12, co oznacza że im wyższy jest wynik, tym większa jest orientacja na działanie. Dodatkowo według wskaźówek autora testu – w skali 12-punktowej wynik powyżej 6 punktów wskazuje na orientację na działanie, a wynik poniżej 6 punktów na orientację na stan (zmienność).

W polskich pracach adaptacyjnych trzyczynnikowy model, odpowiadający trzem podskalam uzyskał wysokie wskaźniki dobroci dopasowania (0,925; 0,910). Podskale miały także zadowalającą rzetelność: AOF $r_{tt} = 0,79$; AOD $r_{tt} = 0,77$; AOP $r_{tt} = 0,69$ (Marszał-Wiśniewska, 2002).

W badaniach własnych korzystano ze Skali Kontroli Działania zawartej w publikacji: Marszał-Wiśniewska, M. (2002). Adaptacja Skali Kontroli Działania J. Kuhla (ACS-90). *Studia Psychologiczne*, 40, 77-102.

4.2.6. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI-HSS (C. Maslach, S. E. Jackson)

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (*Maslach Burnout Inventory*, MBI) został opracowany w 1981 roku przez C. Maslach i S. E. Jackson. Przyjmuje się, że jest on najbardziej rozpowszechnionym narzędziem do badania syndromu wypalenia.

MBI służy do oszacowania poziomu trzech wyróżnionych przez autorki aspektów wypalenia. Dlatego każda z pozycji testu przypisana jest do jednej z trzech odrębnych podskal. W skład podskali *emocjonalne wyczerpanie* (WE) wchodzi 9 pozycji, w skład podskali *depersonalizacja* (DP) – 5 pozycji, ostatnia podskala, czyli *obniżone poczucie dokonań osobistych* (OD) składa się z 8 pozycji. Osoba badana odpowiadając na wszystkie 22 pozycje testu określa na 7-punktowej skali częstość występowania u niej odczuć, opisanych w formie zdań twierdzących (Pasikowski, 2009). Poszczególne noty przedstawiają się w sposób następujący: 0 – nigdy; 1 – kilka razy w roku lub rzadziej; 2 – raz w miesiącu lub rzadziej; 3 – kilka razy w miesiącu; 4 – raz w tygodniu; 5 – kilka razy w tygodniu; 6 – codziennie.

Wyniki uzyskiwane przez badanych oblicza się oddzielnie dla każdej podskali – otrzymuje się trzy wskaźniki liczbowe. Ich interpretacja jest następująca: *emocjonalne wyczerpanie*: wysokie (27↑); średnie (17-26); niskie (0-16); *depersonalizacja*: wysokie

(13↑); średnie (7-12); niskie (0-6); *obniżone poczucie dokonań osobistych*: wysokie (0-31); średnie (32-38); niskie (39↑) (Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli, Schwab, 2013).

Dla celów niniejszych badań postanowiono zastosować procedurę polegającą na odwróceniu wyników cząstkowych w podskali mierzącej *obniżone poczucie dokonań osobistych*. Umożliwiło to po pierwsze porównanie uśrednionych wyników uzyskanych we wszystkich trzech podskalach (po konwersji wysokie wyniki wskazują na duże nasilenie mierzonych kwestionariuszem objawów wypalenia). I po drugie obliczenie *ogólnego wskaźnika wypalenia* (OW) jako sumy wyników cząstkowych w pozycjach należących do podskal *emocjonalne wyczerpanie*, *depersonalizacja* oraz odwróconych wyników cząstkowych w podskali *obniżone poczucie dokonań osobistych*. Procedurę tę już wcześniej stosowali w swoich badaniach między innymi Sęk (2009b), Pasikowski (2009), Tucholska (2009).

Współczynniki rzetelności polskiej wersji kwestionariusza oceniane na danych z badań pielęgniarek wynosiły odpowiednio: WE $\alpha=0,79$; DP $\alpha=0,56$; OD $\alpha=0,72$. Niesatysfakcjonujący okazał się współczynnik dla podskali *depersonalizacja*, który po wyłączeniu pozycji 22 osiągnął wartość 0,72 (Pasikowski, 2009).

W badaniach własnych korzystano z Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego, wersji *Human Services Surver* (HSS), tłumaczenie – E. Donesch-Ježo zakupionego od autorów za pośrednictwem strony: <https://www.mindgarden.com/>.

4.2.7. Arkusz Osobowy Personelu Pielęgniarskiego

Metoda ma formę krótkiej ankiety własnej konstrukcji i służy zebraniu danych socjodemograficznych dotyczących badanego personelu pielęgniarskiego. Składa się z 13. pytań, które obejmują: dane podstawowe (płeć oraz wiek); wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, status religijny; dane dotyczące pracy (staż pracy w zawodzie ogółem, staż pracy w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera, dodatkowa specjalizacja i/lub kurs specjalistyczny, relacje w zespole leczącym); dane dotyczące zdrowia (ogólny stan zdrowia, występowanie ewentualnych chorób, dolegliwości zdrowotne odczuwane w trakcie i/lub po dyżurze).

5. Strategia badań i procedury statystycznej analizy danych

Grupa osób z chorobą Alzheimera

Do grupy badawczej osób z chorobą Alzheimera, pacjenci zostali włączeni poprzez dobór celowy na podstawie diagnozy lekarskiej. Z uwagi na rodzaj stosowanych metod, badania zrealizowano wyłącznie w miejscu pracy autorki rozprawy – w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Koprzywnicy.

Badanie *Krótką Skalą Oceny Stanu Umysłowego* (MMSE) przeprowadzано osobiście podczas indywidualnego, nieograniczonego czasowo spotkania z pacjentem. Ponieważ stan badanych był różny, dlatego test wykonywano w gabinecie lub w pokoju chorego, ale zawsze bez obecności innych osób. Stosowana procedura, podawane instrukcje oraz punktowanie zadań pozostawały w zgodzie z informacjami zawartymi w podręczniku użytkownika.

Podstawę oceny przy użyciu *Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersji dla ośrodków opiekuńczych* (NPI-NH) stanowiły dane pozyskiwane z obserwacji osoby chorej w czasie ostatnich trzech miesięcy. Ocena każdego pacjenta (celem zwiększenia obiektywizmu) była wykonywana przez zespół badający, w skład którego wchodził: autorka tego projektu, pielęgniarka naczelna, pielęgniarka oddziałowa, lekarz psychiatra.

Aparat *SenseWear Pro3 Armband* (SWA) umieszczano na tylnej części ramienia ręki prawej. Niewielkie gabaryty urządzenia i jego zasilanie na baterię zapewniały pacjentom komfort w trakcie badania. Sam pomiar był nieinwazyjny, z założenia musiał trwać 24 godziny, bez przerw w rejestracji. W niektórych przypadkach, jeśli osoba samodzielnie zdjęła aparat przed czasem konieczne było powtórzenie badania. Zanim przystąpiono do pomiaru, urządzenie za każdym razem konfigurowano wpisując dane personalne (imię nazwisko, datę urodzenia, płeć) oraz antropometryczne (wagę, wzrost). Cała procedura zawsze była wykonywana osobiście. *Arkusze Osobowe Pacjentów* wypełniała autorka projektu na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej.

Grupa personelu pielęgniarskiego

Przy doborze grupy badawczej personelu pielęgniarskiego, kierowano się dwoma równoważnymi kryteriami. Poszukiwano osób z wykształceniem pielęgniarskim, które

pracują (przez min. 1 rok) w ośrodkach opieki długoterminowej przeznaczonych dla pacjentów z chorobą Alzheimera. Badania przeprowadzono w dziesięciu ośrodkach specjalizujących się w udzielaniu tego typu świadczeń opiekuńczych. Był to: Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny dla Osób z Chorobą Alzheimera NZOZ „Medyk” w Koprzywnicy koło Sandomierza; Dom Pomocy Społecznej Charytatywne Dzieło Miłości im. ks. I. Kłopotowskiego Loretto pod Wyszkowem; Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy o profilu psychogeriatrycznym „Inter-med” w Sokołowsku koło Wałbrzycha; Dom Pomocy Społecznej dla Osób z Chorobą Alzheimera w Ptaszkach pod Siedlcami; Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Osób z Chorobą Alzheimera SPZZOZ „Sanatorium” im. Jana Pawła II w Górnicy; Centrum Alzheimera w Warszawie; Oddział dla Osób z Chorobą Alzheimera przy Domu Pomocy Społecznej „Kalina” w Lublinie; Oddział dla Osób z Chorobą Alzheimera przy Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Kielcach; Ośrodek Badawczo-Naukowo-Dydaktyczny chorób otępiennych im. ks. H. Gulbinowicza w Ścinawie.

W większości z wymienionych ośrodków badania przeprowadzono osobiście. Gdy nie było to możliwe, wówczas korzystano z pomocy zaufanej osoby – zatrudnionego w danym ośrodku psychologa. Każdy badany był informowany o celu, przedmiocie i przebiegu badania. Następnie przekazywano kopertę z zestawem arkuszy testowych, zaznaczając by nie były one wypełniane w godzinach pracy. Dodatkowo w kopercie znajdował się Arkusz Osobowy z pisemną, ogólną instrukcją.

Przygotowany zestaw, zszyty w jedną całość zawierał 10 metod ułożonych w odpowiedniej kolejności (por. ryc. 9.). Ponieważ poszczególne pomiary (1, 2, 3) przy użyciu *Kwestionariusza Oceny Stresu* (KOS) oraz *Skali Stresu Opiekuna* (CDS) były kompatybilne, dlatego prezentowano je badanym według schematu: KOS-1 + CDS-1; KOS-2 + CDS-2; KOS-3 + CDS-3. Aby uniknąć zjawiska nakładania się informacji, metody te zostały przedzielone metodami do pomiaru kompetencji: *Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności* (GSES), *Kwestionariuszem Kompetencji Emocjonalnych* (EKF), *Skalą Kontroli Działania* (ACS-90). Jako ostatni załączono *Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego* (MBI-HSS).



Ryc. 9. Kolejność metod w zestawie do badania personelu pielęgniarstwa.

Ogółem rozdano 140 zestawów, a do analiz statystycznych zakwalifikowano pełnych 100 kompletów wypełnionych arkuszy. Część badań nie wróciła, część została odrzucona z powodu braku danych. Wykluczono także badania czterech pielęgniarzy.

Wyniki badań przeprowadzonych w grupie 50. pacjentów z chorobą Alzheimera oraz w grupie 100. pielęgniarek poddano analizom statystycznym w programie SPSS.

Grupa osób z chorobą Alzheimera

Do opis wyników dotyczących funkcjonowania osób z chorobą Alzheimera oraz do przedstawienia ich danych osobowych posłużono się takimi statystykami opisowymi, jak: minimum (x_{min}), maksimum (x_{max}), średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD). Opierano się też na rozkładzie ilościowym (N) i procentowym (%).

Grupa personelu pielęgniarskiego

W celu scharakteryzowania badanej grupy pielęgniarek z uwagi na zmienne niezależne, zmienną zależną oraz dane osobowe wykorzystano następujące statystyki opisowe: minimum (x_{min}), maksimum (x_{max}), średnia (M), odchylenie standardowe (SD). Odwoływano się także do rozkładu ilościowego (N) i procentowego (%).

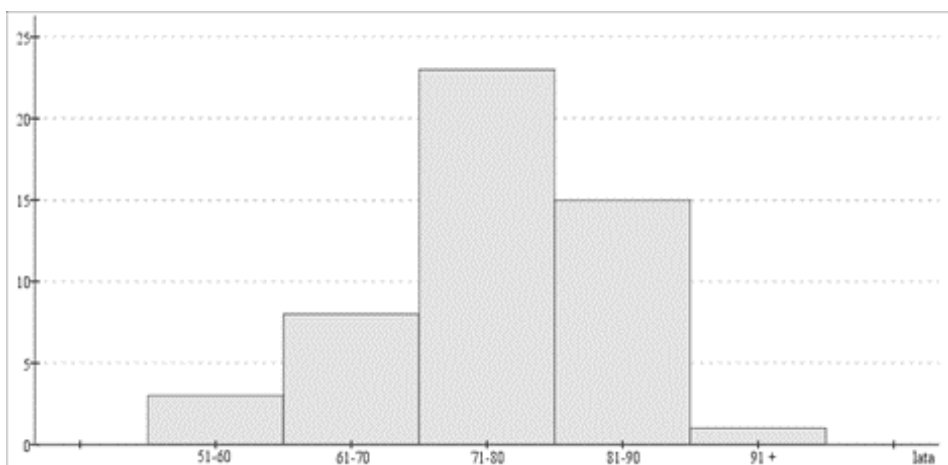
Warunek normalności rozkładu dla poszczególnych zmiennych sprawdzano testem Kołmogorowa-Smirnowa dla jednej próby ($K-S$). Do testowania różnic w zakresie zmiennych – ocena stresu oraz obciążenie psychiczne w sytuacji opieki, wyznaczonych przez trzy objawy typowe dla choroby Alzheimera zastosowano test nieparametryczny ANOVA rang Friedmana dla prób zależnych (χ^2) z analizą post hoc testem Dunna. Badając współzmienność między danymi obliczano współczynniki korelacji rang Spearmana (ρ). Wyodrębnienie grup ze względu na poziom zmiennej zależnej dokonano w oparciu o dostępne normy, a zasadność podziału potwierdzono nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya (Z). Test ten również posłużył do testowania różnic między dwoma wydzielonymi grupami. Dla wyodrębnienia grup o różnej konfiguracji wymiarów zmiennej zależnej przeprowadzono analizę skupień do grupowania przypadków metodą k -średnich. Testowanie różnic między czterema wydzielonymi grupami odbyło się za pomocą testu nieparametrycznego ANOVA rang Kruskala-Wallisa (H) z analizą post hoc testem Tukeya lub Gamesa-Howella. Do wyodrębnienia zmiennych niezależnych w sposób istotny wyjaśniających wariancję zmiennej zależnej zastosowano model krokowej analizy regresji.

Celem jednoczesnej graficznej prezentacji (na wykresach) danych wyrażonych na skalach o różnych zakresach dokonywano ich przekształcenia liniowego na wyniki standaryzowane z o średniej równej 0 i odchyleniu standardowym równym 1.

6. Charakterystyka badanej próby

6.1. Grupa osób z chorobą Alzheimera

Badaniem objęto ogółem 50. pacjentów z chorobą Alzheimera, w tym 39 kobiet (78%) i 11. mężczyzn (22%), przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznym w Koprzywnicy. Średnia wieku dla całej grupy wynosiła 76,12 lat ($SD = 8,31$). Najmłodsza osoba miała 56 lat, zaś najstarsza 91 lat. Liczebność badanych w poszczególnych przedziałach wiekowych zaprezentowano na wykresie 1.



Wykres 1. Liczebność badanych osób w przedziałach wiekowych.

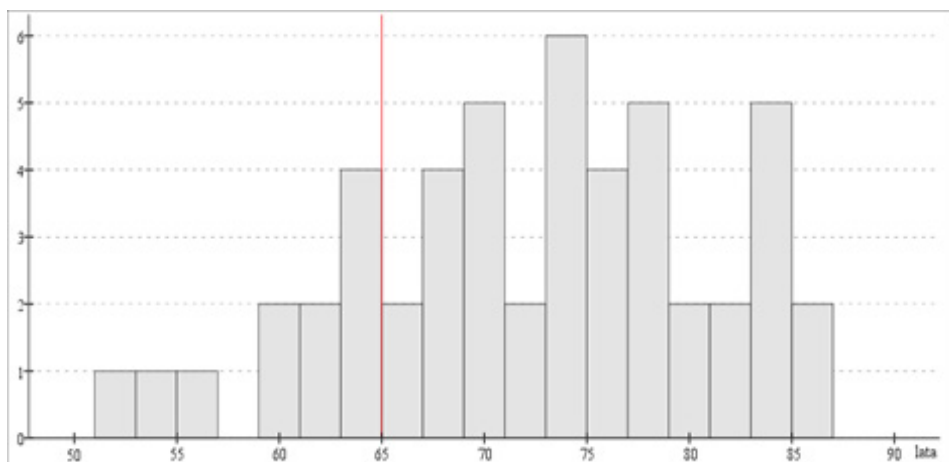
Jak wynika z powyższego wykresu w grupie dominowały osoby w 8. dekadzie życia ($n = 23$). W 9. dekadzie życia znalazło się 15 osób, w 7. – 8, w 6. – 3, w 10. – 1.

Analiza danych socjodemograficznych wykazała między innymi, że pacjenci z chorobą Alzheimera posiadali zróżnicowany poziom wykształcenia. Częściej było to wykształcenie średnie (38%), zawodowe (28%), rzadziej – podstawowe (18%), wyższe (16%). W odniesieniu do stanu cywilnego zdecydowaną większość grupy stanowiły wdowy/wdowcy (72%). Osób pozostających w związku małżeńskim odnotowano 24%, osób stanu wolnego 4%. Przed przyjęciem do ośrodka opieki długoterminowej badani żyli głównie w miastach (78%). Pozostałe 22% stanowili mieszkańcy wsi. Wszystkie omówione zmienne zawarto w tabeli 1. na stronie 33.

Tabela 1. *Struktura badanej grupy osób z chorobą Alzheimera z uwagi na zmienne socjodemograficzne*

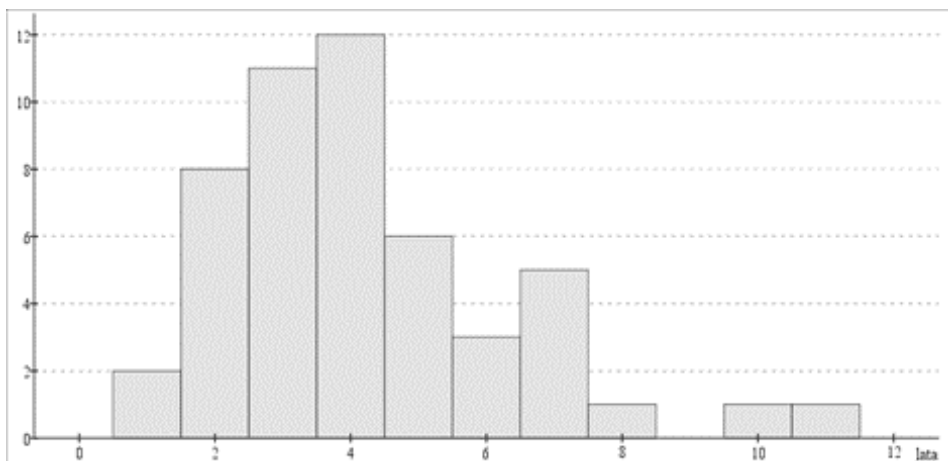
Zmienna	Wartość zmiennej	N	%
Wykształcenie	podstawowe	9	18
	zawodowe	14	28
	średnie	19	38
	wyższe	8	16
Stan cywilny	stan wolny (panna/kawaler)	2	4
	związek małżeński	12	24
	osoba owdowiała	36	72
Miejsce zamieszkania	miasto	39	78
	wieś	11	22

Następnie badaną grupę przeanalizowano pod kątem cech dotyczących choroby Alzheimera i jej leczenia. Średnia wieku zachorowania (rok diagnozy – rok urodzenia) wynosiła 71,90 lat, przy czym najniższy wiek, w którym osobie została postawiona diagnoza to 52 lata, a najwyższy 86 lat. Większość spośród pacjentów (78%) przejawiała późną postać choroby (zachorowania po 65. roku życia). Przypadki postaci wczesnej (zachorowania przed 65. roku życia) stanowiły 22% grupy. Powyższe dane w formie graficznej przedstawiono na wykresie 2.



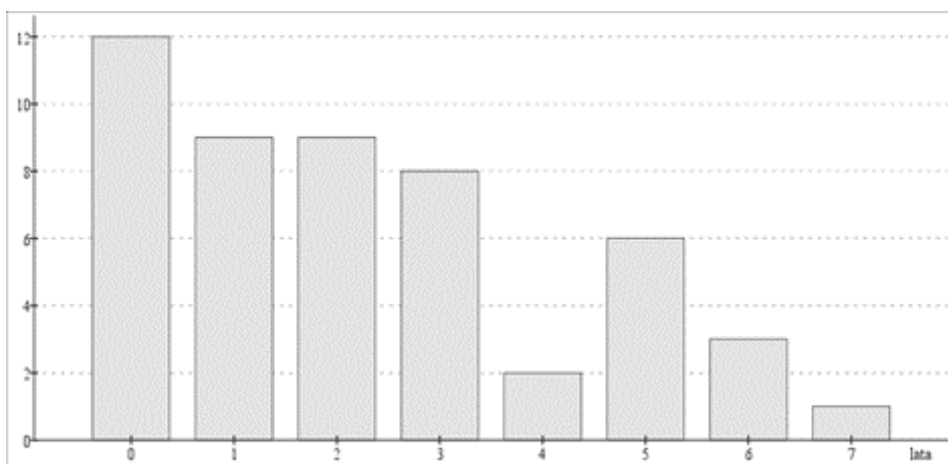
Wykres 2. Wiek zachorowania badanych osób na chorobę Alzheimera.

Na podstawie zebranych informacji oszacowano także czas trwania choroby (rok nin. badania – rok diagnozy) oraz czas pobytu w ośrodku opieki długoterminowej (rok nin. badania – rok przyjęcia do ośrodka). Średni czas trwania choroby Alzheimera dla całej grupy równał się 4,22 lata. W sytuacji osoby chorującej najkrócej był to jeden rok, zaś u osoby chorującej najdłużej – 11 lat (por. wyk. 3.).



Wykres 3. Czas trwania choroby Alzheimera u badanych osób.

Pacjenci w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym w Koprzywnicy przebywali średnio 2,28 lata. Najkrótszy czas pobytu wynosił mniej niż jeden rok ($x_{min} = 0,00$), najdłuższy – 7 lat. Jak obrazuje wykres 4. w grupie znalazło się najwięcej ($N = 38$) chorych do trzech lat od przyjęcia (0-3), później (4-7 lat od przyjęcia) ich liczba wyraźnie malała ($N = 12$).



Wykres 4. Czas pobytu badanych osób w ośrodku opieki długoterminowej.

W ramach opieki długoterminowej każda z badanych osób była objęta leczeniem farmakologicznym objawów choroby Alzheimera. Średnia przyjmowanych leków dla całej grupy osiągnęła wartość 3,70. Zależnie od zlecenia lekarskiego pacjenci zażywali od 1. do 9. leków, wśród których można wyróżnić:

- leki wpływające na zaburzenia funkcji poznawczych: rywastygmina (Ristidic, Exelon, Nimvastid, Evertas), donepezyl (Donectil, Donepect, Yasnal); memantyna (Axura, Biomentin, Ebixa, Memantine, Nemdatine);

- leki przeciwdepresyjne: Selatof, Miansec, Tritico, Deprexolet, Mirtagen, Cital, Bioxetin, Venlectine;
- leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki): Tisercin, Promazin, Ketrel, Perazin, Triapridal, Rispolept, Olanzapine;
- leki przeciwdrgawkowe: Amizepin, Depakine, Tegretol, Finlepsin;
- inne: leki nasenne (Senzop), leki przeciwłękowe (Afobam).

U 52.% osób z grupy choroba Alzheimera stanowiła jedyne schorzenie. Pozostałe osoby (48%) cechowały się obecnością jednej (34%), dwóch (10%) lub trzech (4%) chorób współistniejąc, jak: nadciśnienie tętnicze (10 os.), niewydolność krążenia (6 os.), niewydolność serca (3 os.), cukrzyca typu 2 (3 os.), schorzenia tarczycy (3 os.), astma (3 os.), miażdżyca uogólniona (2 os.), choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka, reumatoidalne zapalenie stawów (po 1 os.). W tabeli 2. zamieszczono szczegółowe dotyczące wszystkich powyższych zmiennych.

Tabela 2. *Struktura badanej grupy osób z chorobą Alzheimera z uwagi na zmienne związane z chorobą i leczeniem*

Zmienna	x_{min}	x_{max}	M	SD
Wiek zachorowania	52,00	86,00	71,90	8,52
Czas trwania choroby	1,00	11,00	4,22	2,13
Czas pobytu (w ośrodku opieki długoterminowej)	0,00	7,00	2,28	2,00
Przyjmowane leki (farmakoterapia choroby Alzh.)	1,00	9,00	3,70	1,68
Choroby współistniejące	0,00	4,00	0,68	0,89

6.2. Grupa personelu pielęgniarskiego

Badaniem objęto 100 osób. Były to wyłącznie kobiety, pracujące w zawodzie pielęgniarki w ośrodkach opieki długoterminowej dla pacjentów z chorobą Alzheimera. Średnia wieku dla całej grupy wynosiła 41,78 lat. Wiek badanych mieścił się między 20. a 59. rokiem życia (por. tab. 3.).

Tabela 3. *Osoby badane według płci i wieku*

Płeć badanych	N^a	% ^a	x_{min}	x_{max}	M	SD
Kobiety	100	100	20,00	59,00	41,78	9,00

^aBadaną grupę personelu pielęgniarskiego tworzyło 100 osób, dlatego częstość oraz procent mają taką samą wartość i w dalszej części pracy będą przedstawiane łącznie za pomocą symbolu $N / \%$.

Strukturę grupy w pierwszej kolejności przeanalizowano pod względem danych socjodemograficznych. Ponieważ zawód pielęgniarki ma pewną hierarchizację badany personel różnił się poziomem wykształcenia. 52% osób posiadało wykształcenie średnie

zawodowe, pozostały odsetek stanowili pracownicy z tytułem magistra (30%) i licencjata (18%). Z uwagi na stan cywilny w grupie znalazło się 75% mężatek, 23% kobiet stanu wolnego i 2% wdów. Badania zrealizowano w różnych regionach Polski (zob. str. 10.), a rozkład mieszkańców miast i wsi był wyrównany (47%, 53%). Odnośnie religijności wszyscy uczestnicy zadeklarowali się jako osoby wierzące, przy czym 87% z nich wiarę praktykowało. Opisane wyżej zmienne zawarto w tabeli 4.

Tabela 4. *Struktura badanej grupy personelu pielęgniarskiego z uwagi na zmienne socjodemograficzne*

Zmienna	Wartość zmiennej	N / %
Wykształcenie	średnie zawodowe (liceum medyczne, studium zawodowe)	52
	wyższe licencjackie	18
	wyższe magisterskie	30
Stan cywilny	stan wolny (panna/kawaler)	23
	związek małżeński	75
	osoba owdowiała	2
Miejsce zamieszkania	miasto	47
	wieś	53
Religijność	wierząca praktykujący	87
	wierzący niepraktykujący	13
	niewierzący	0

Następnie określono cechy dotyczące wykonywanej pracy. Średni staż pracy w zawodzie ogółem równał się 16,96 lat, a w opiece nad osobą z chorobą Alzheimera – 7,88 lat. Dodatkowe kwalifikacje zawodowe posiadało 59% badanych, deklarowano: specjalizację z pielęgniarstwa zachowawczego (4 os.), opieki długoterminowej (3 os.), pielęgniarstwa psychiatrycznego (1 os.), a także kursy specjalistyczne z opieki długoterminowej (30 os.), opieki paliatywnej (6 os.), opieki środowiskowo-rodzinnej (5 os.), geriatricznej (5 os.), psychiatrii (3 os.), podstawowej opieki zdrowotnej (2 os.), anestezjologii (1 os.). Jeśli chodzi o relacje ze współpracownikami przeważnie uważano je za dobre – 61% i bardzo dobre – 32% osób (por. tab. 5. i 6.).

Tabela 5. *Staż pracy w badanej grupie personelu pielęgniarskiego*

Zmienna	x_{min}	x_{max}	M	SD
Staż pracy 1 (w zawodzie ogółem)	1	39	16,96	10,50
Staż pracy 2 (z pacjentem z chorobą Alzheimera)	1	25	7,88	5,11

Właściwości badanej grupy poddano także analizie z uwagi na zmienne związane ze zdrowiem. Swój ogólny stan zdrowia w kategorii dobry oceniło 67% pielęgniarek, jako bardzo dobry – 18%, przeciętny – 13%, zły, bardzo zły – po 1%. Wśród osób 23%

zgłosiło, że cierpi na różne schorzenia, jak: choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa (9 os.) lub stawów (3 os.), nadciśnienie tętnicze (7 os.), żylaki kończyn dolnych (2 os.), anemia, astma, arytmia serca, alergia, borelioza, cukrzyca, miażdżyca (po 1 os.). Zdecydowanie więcej, bo 77% badanych w trakcie i/lub po dyżurze odczuwało dolegliwości zdrowotne – fizyczne i psychiczne. Skarżono się na: ból kręgosłupa (44 os.), ogólne zmęczenie (38 os.), ból nóg (20 os.), ból głowy (16 os.), bóle serca, brzucha, oczu (po 1 os.), a także osłabienie, rozdrażnienie, zestresowanie (po 2 os.), bezsilność i rozgoryczenie (po 1os.). Omówione zmienne dotyczące pracy i zdrowia zamieszczono w tabeli 6.

Tabela 6. *Struktura badanej grupy personelu pielęgniarskiego z uwagi na zmienne związane z pracą i zdrowiem*

Zmienna	Wartość zmiennej	N / %
Specjalizacja/kurs specjalistyczny	brak	41
	obecne	59
Relacje w zespole leczącym	bardzo złe	0
	złe	1
	ani dobre ani złe	6
	dobrze	61
	bardzo dobre	32
Ogólny stan zdrowia	bardzo zły	1
	zły	1
	ani dobry ani zły	13
	dobry	67
Ewentualne choroby	bardzo dobry	18
	brak	77
Dolegliwości zdrowotne (na i/lub po dyżurze)	obecne	23
	brak	77

Część III

Wyniki badań własnych

7. Opis funkcjonowania osób z chorobą Alzheimera na przykładzie pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Koprzywnicy

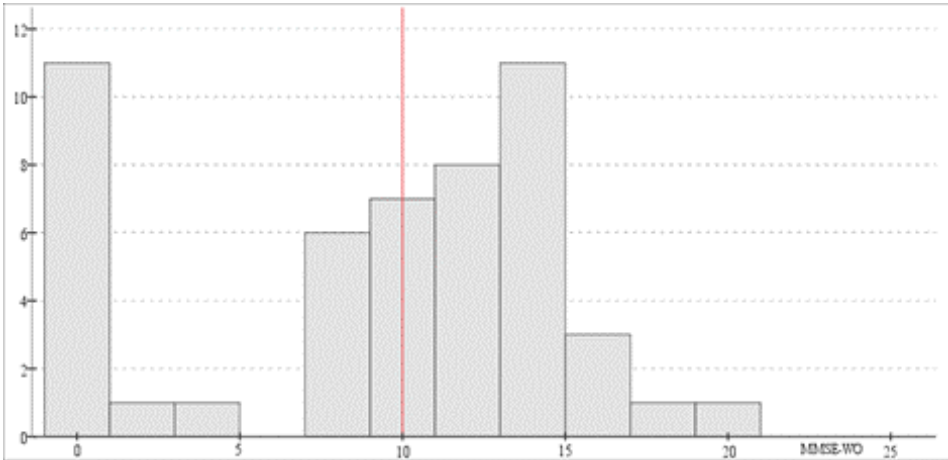
W pierwszym rozdziale empirycznym zostaną omówione dane dotyczące sprawności funkcji poznawczych, występowania zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych oraz poziomu aktywności fizycznej w grupie (kontekstowej) osób z chorobą Alzheimera.

7.1. Ocena sprawności funkcji poznawczych

Zastosowanie *Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego* (MMSE) pozwoliło na określenie obecności, stopnia głębokości oraz specyfiki zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym osób z chorobą Alzheimera. Odnosząc się do powszechnie przyjętego punktu odcięcia dla *wyniku ogólnego testu* ($WO \leq 23$) stwierdzono, że wszyscy pacjenci ujawnili obniżony poziom sprawności funkcji poznawczych ($x_{min} = 0,00$; $x_{max} = 20,00$). Uzyskana dla całej grupy średnia ($M = 8,90$) po przyporządkowaniu do klasyfikacyjnych przedziałów oceny (zob. s. 66.) wskazała na głęboki stopień zaburzeń (górną granicę). Przy czym wśród badanych było 52% osób z głębokim oraz 48% osób z umiarkowanym upośledzeniem funkcji poznawczych (por. tab. 7. i wyk. 5.).

Tabela 7. *Statystyki opisowe oraz rozkład ilościowy i procentowy w poszczególnych przedziałach dla wyniku ogólnego MMSE w grupie osób z chorobą Alzheimera*

MMSE-WO	x_{min}	x_{max}	M	SD	0-10 pkt.		11-20 pkt.	
					N	%	N	%
	0,00	20,00	8,90	5,75	26	52	24	48



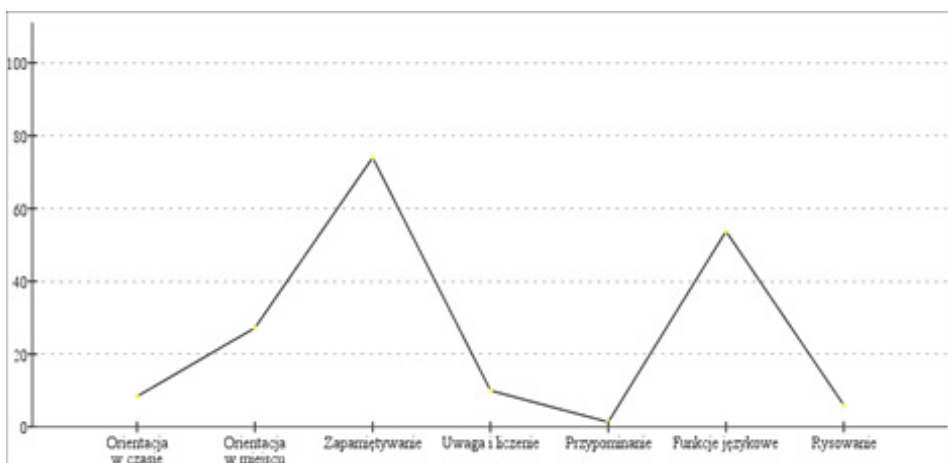
Wykres 5. Wyniki ogólne w MMSE otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.

W celu przedstawienia specyfiki zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym osób z chorobą Alzheimera obliczono średnie wyniki w 11. podskalach testu (zob. tab. 8. aneks). Następnie średnie sprowadzono do porównywalnych jednostek, dzieląc je przez liczbę twierdzeń odpowiadających danej podskali. Otrzymane wartości zostały przekształcone liniowo na skalę od 0. do 100. i zawarte w tabeli 9. oraz dodatkowo zobrazowane na wykresie 6.

Tabela 9. Statystyki opisowe wyników w podskalach MMSE dla grupy osób z chorobą Alzheimera

MMSE (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Orientacja w czasie	0,00	40,00	8,40	13,46
Orientacja w miejscu	0,00	100,00	27,20	26,42
Zapamiętywanie	0,00	100,00	74,00	43,27
Uwaga i liczenie	0,00	80,00	10,00	19,06
Przypominanie	0,00	66,67	1,33	9,43
Funkcje językowe ^a	0,00	100,00	53,75	34,09
Rysowanie	0,00	100,00	6,00	23,99

^a Podskale *nazywanie, powtarzanie, rozumienie, czytanie i pisanie* ujęto razem jako *funkcje językowe*.



Wykres 6. Średnie wyniki w podskalach MMSE otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.

W porównaniu do innych kategorii, najwyższy wynik pacjenci osiągnęli przy *zapamiętywaniu* ($M = 74,00$), angażującym zdolność uczenia się i zapamiętania trzech niezwiązanych ze sobą słów (ich bezpośrednie powtórzenie). Względnie wysoka była również wartość *funkcji językowych* ($M = 53,75$), głównie dzięki zachowanej zdolności *nazywania* (dwóch powszechnie znanych przedmiotów), *czytania* (prostego zdania) oraz *rozumienia* (złożonego polecenia). Zdecydowanie niższe średnie uzyskano w przypadku *rysowania* ($M = 6,00$), oceniającego zdolności wzrokowo-przestrzenne, *uwagi, liczenia* ($M = 10,00$), jak i *orientacji w czasie* ($M = 8,40$), która okazała się słabsza niż *orientacja w miejscu* ($M = 27,20$). Na tle analizowanych podskali najniżej ze wszystkich ($M = 1,33$) sytuowały się wyniki w zakresie *przypominania* trzech wcześniej przyswojonych słów.

7.2. Ocena zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych

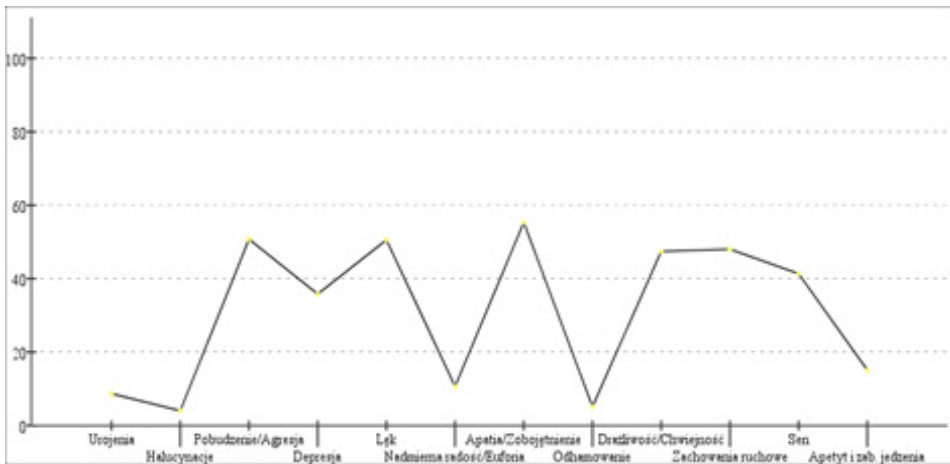
Obecność objawów psychopatologicznych, ich postaci, częstość występowania oraz stopień nasilenia u osób z chorobą Alzheimera określono korzystając z *Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersji dla ośrodków opiekuńczych* (NPI-NH). Średnia liczba objawów (liczona z pytań przesiewowych) dla całej grupy wynosiła $M = 7,10$ ($SD = 1,63$). Każdy pacjent ujawniał od 2. do 10. objawów z 12. w skali.

Aby wskazać, które ze stwierdzonych objawów były wśród badanych osób najbardziej, a które najmniej liczne obliczono średnie wyniki z pytań dodatkowych w 12. podskalach (zob. tab. 10. aneks). Otrzymane wartości po sprowadzeniu do porównywalnych jednostek (podział przez liczbę przynależnych itemów) wyrażono na skali 100-stopniowej i zamieszczono w tabeli 11.

Tabela 11. Statystyki opisowe wyników dotyczących ilości objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera

NPI-NH (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Urojenia	0,00	67,00	8,68	16,92
Halucynacje	0,00	43,00	4,02	10,88
Pobudzenie/Agresja	0,00	88,00	50,72	31,12
Depresja	0,00	63,00	35,80	20,55
Lęk	0,00	86,00	50,54	18,83
Nadmierna radość/Euforia	0,00	50,00	10,64	17,03
Apatia/Zobojętnienie	0,00	100,00	55,32	24,71
Odhamowanie	0,00	71,00	5,14	15,71
Drażliwość/Chwiejność	0,00	100,00	47,42	30,85
Odbiegające od normy zach. ruchowe	0,00	100,00	48,00	28,28
Sen	0,00	83,00	41,34	27,66
Apetyt i zaburzenia jedzenia	0,00	50,00	15,10	18,50

W postaci graficznej wyniki zilustrowano na wykresie 7.



Wykres 7. Średnie wyniki ilości objawów w NPI-NH otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.

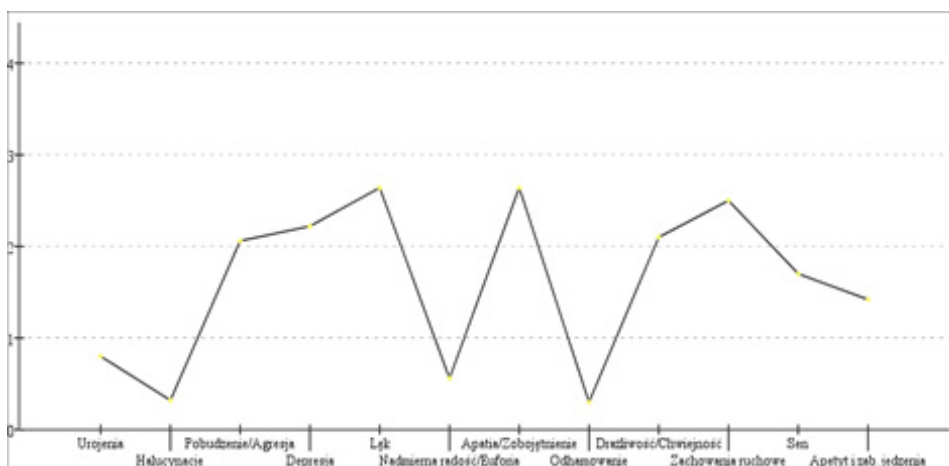
Biorąc pod uwagę ilość poszczególnych objawów, definiowanych przez postacie w jakich się ujawniają, najwyższe okazały się wyniki w zakresie: *apatii/zobojętnienia* ($M = 55,32$), *pobudzenia/agresji* ($M = 50,72$), *lęku* ($M = 50,54$), *odbiegających od norm zachowań ruchowych* ($M = 48,00$), *drażliwości/chwiejności* ($M = 47,42$). Z kolei wyniki o najniższych notach uzyskano dla: *halucynacji* ($M = 4,02$), *odhamowania* ($M = 5,14$), *urojeń* ($M = 8,68$), *nadmiernej radości/euforii* ($M = 10,64$), *zaburzeń apetytu i jedzenia* ($M = 15,10$). Pomędzy wartościami najwyższymi, a najniższymi znalazły się średnie dla *zaburzeń snu* ($M = 41,34$) oraz *depresji* ($M = 35,80$).

W następnym kroku przeprowadzonych analiz oszacowano, jak często i w jakim nasileniu występowały u pacjentów stwierdzone objawy psychopatologiczne (zob. s. 67.). Na koniec obliczono iloczynny częstości i nasilenia poszczególnych 12. objawów (zob. tab. 12. aneks), a ich zsumowanie dało *ogólny wynik* skali, który wyniósł $M = 42,94$ ($SD = 17,05$).

Statystyki opisowe dla częstości objawów ocenianych na podstawie NPI-NH zawarto w tabeli 13. Wykres 8. jest graficzną prezentacją tych wyników.

Tabela 13. *Statystyki opisowe wyników dotyczących częstości objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera*

NPI-NH (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Urojenia	0,00	4,00	0,80	1,40
Halucynacje	0,00	4,00	0,32	0,94
Pobudzenie/Agresja	0,00	4,00	2,06	1,32
Depresja	0,00	4,00	2,22	1,36
Lęk	0,00	4,00	2,64	0,92
Nadmierna radość/Euforia	0,00	3,00	0,56	0,91
Apatia/Zobojętnienie	0,00	4,00	2,64	1,21
Odhamowanie	0,00	3,00	0,30	0,84
Drażliwość/Chwiejność	0,00	4,00	2,10	1,18
Odbiegające od normy zach. ruchowe	0,00	4,00	2,50	1,21
Sen	0,00	4,00	1,70	1,11
Apetyt i zaburzenia jedzenia	0,00	4,00	1,42	1,73



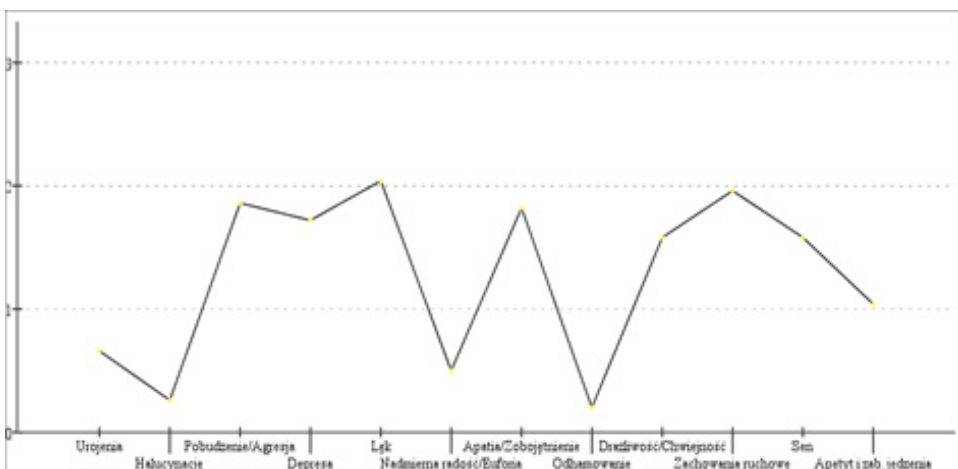
Wykres 8. Średnie wyniki częstości objawów w NPI-NH otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.

W badanej grupie osób najczęstszymi objawami były *lęk*, *apatia/zobojętnienie* ($M = 2,64$) oraz *odbiegające od normy zachowania ruchowe* ($M = 2,50$). Czasami obserwowano: *depresję* ($M = 2,22$), *drażliwość/chwiejność* ($M = 2,10$), *pobudzenie/ agresję* ($M = 2,06$), *zaburzenia snu* ($M = 1,70$), *zaburzenia apetytu i jedzenia* ($M = 1,42$). Natomiast *odhamowanie* ($M = 0,30$), *halucynacje* ($M = 0,32$), *nadmierna radość euforia* ($M = 0,56$) i *urojenia* ($M = 0,80$) pojawiały się u chorych rzadko.

Poniżej w tabeli 14. znajdują się statystyki opisowe dla nasilenia objawów, które oceniano za pomocą NPI-NH. Wyniki zostały również przedstawione na wykresie 9.

Tabela 14. Statystyki opisowe wyników dotyczących nasilenia objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera

NPI-NH (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Urojenia	0,00	3,00	0,66	1,15
Halucynacje	0,00	3,00	0,26	0,75
Pobudzenie/Agresja	0,00	3,00	1,86	1,07
Depresja	0,00	3,00	1,72	1,01
Lęk	0,00	3,00	2,04	0,70
Nadmierna radość/Euforia	0,00	2,00	0,50	0,79
Apatia/Zobojętnienie	0,00	3,00	1,82	0,90
Odhamowanie	0,00	2,00	0,20	0,57
Drażliwość/Chwiejność	0,00	3,00	1,58	0,93
Odbiegające od normy zach. ruchowe	0,00	3,00	1,96	0,97
Sen	0,00	3,00	1,58	1,07
Apetyt i zaburzenia jedzenia	0,00	3,00	1,04	1,23



Wykres 9. Średnie wyniki nasilenia objawów w NPI-NH otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.

U pacjentów z chorobą Alzheimera większość objawów, to jest *lęk, odbiegające od normy zachowania ruchowe, pobudzenie/agresja, apatia/zobojętnienie, depresja, drażliwość/chwiejność, zaburzenia snu* odznaczały się umiarkowanym nasileniem (M od 1,58 do 2,04). W stopniu łagodnym (M od 0,20 do 1,04) występowały zaś *odhamowanie, halucynacje, nadmierna radość/euforia, urojenia* oraz *zaburzenia apetytu i jedzenia*.

7.3. Ocena aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna osób z chorobą Alzheimera została oceniona przy użyciu aparatu *SenseWear Pro3 Armband* (SWA). W tabeli 15. zawarto charakterystykę liczby wykonanych kroków, czasu odpoczynku i czasu wysiłku fizycznego.

Tabela 15. Statystyki opisowe wyników dotyczących parametrów aktywności fizycznej w SWA dla grupy osób z chorobą Alzheimera

Parametry aktywności fizycznej	x_{min}	x_{max}	M	SD	Me
Liczba wykonanych kroków	18,00	7471,00	1132,82	1585,16	547,5 ^b
Czas odpoczynku ^a	46,00	1127,00	612,62	219,52	602
Czas wysiłku fizycznego ^a	0,00	391,00	65,48	89,77	28,5 ^b

^a Czas odpoczynku i czas wysiłku fizycznego został podany w minutach.

^b Dla zmiennych o rozkładzie odbiegającym od normalnego ($p \leq 0,05$, test *Shapiro-Wilka*) odnieszono się także do mediany.

Średnia liczba kroków wykonywanych dziennie przez pacjentów miała wartość $M = 1132,82$, przy czym rozpiętości między wynikiem najwyższym ($x_{min} = 7471,00$), a najniższym ($x_{min} = 18,00$) była duża. Większość badanych (86%) zrobiła mniej niż 2500 kroków, co przemawia za bardzo małą aktywnością fizyczną. Przeciętna (Me) liczba kroków dla całej grupy wynosiła 547,5.

Osoby chore *odpoczywały* (przebywanie w pozycji leżącej i sen łącznie) średnio 612,62 minut, czyli ponad 10 godzin na dobę. Najkrótszy czas odpoczynku równał się 46 minut, najdłuższy – 1127 minut (około 19 godzin).

W przypadku wysiłku fizycznego średnia jego długość trwała 1. godzinę na 24 godziny pomiaru ($M = 65,84$) i był to przeważnie wysiłek o nasileniu umiarkowanym. U czterech najsłabszych pacjentów wysiłku fizycznego nie zarejestrowano ($x_{min} = 0,00$), u osoby najbardziej wydolnej osiągnął on 6,5 godziny. W badanej grupie przeciętny czas wysiłku fizycznego ($Me = 28,5$) po przeliczeniu oscylował wokół 0,5 godziny.

8. Korelaty zespołu wypalenia zawodowego w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera

W części metodologicznej referowanej pracy dla grupy (docelowej) personelu pielęgniarskiego określono następujące zmienne niezależne: ocena stresu w sytuacji opieki, poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki, przekonanie o własnej skuteczności, kompetencje emocjonalne, kontrola wolicjonalna. Zgodnie z proponowaną kolejnością w poniższych podrozdziałach najpierw zostaną scharakteryzowane wyniki uzyskane w zakresie każdej zmiennej niezależnej, a następnie będą ustalone ich związki (korelacje rang Spearmana) ze zmienną zależną – zespołem wypalenia zawodowego.

8.1. Zespół wypalenia zawodowego a postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera

Ocena stresu w sytuacji opieki

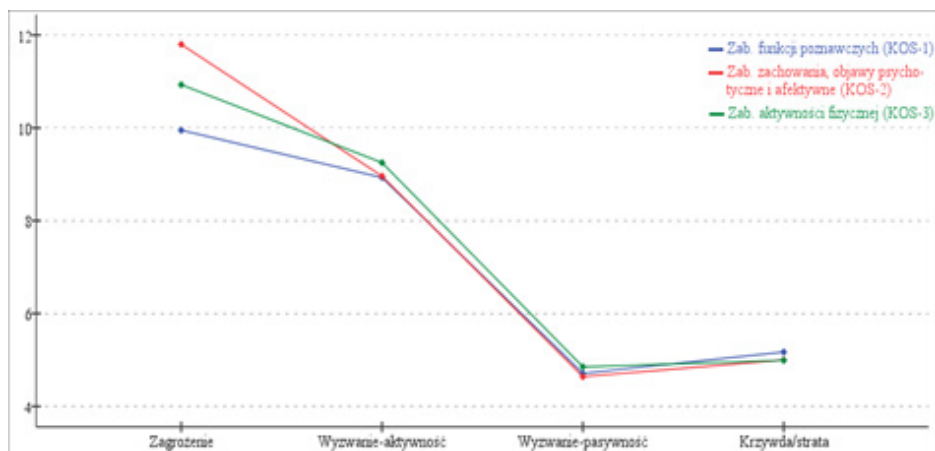
Dane dotyczące sytuacyjnej oceny stresu uzyskano za pomocą *Kwestionariusza Oceny Stresu* (KOS). Pomiar został przeprowadzony trzykrotnie, zależnie od cech zdarzenia, wyznaczonych przez typy objawów choroby Alzheimera (zob. s. 71.). Tabela 16. zawiera średnie i odchylenia standardowe otrzymane w poszczególnych podskalach kwestionariusza dla całej badanej grupy. W celu określenia specyfiki oceny stresu dokonywanej przez pielęgniarki przetestowano istotność różnic w wynikach.

Tabela 16. *Statystyki opisowe wyników w KOS dla całej grupy pielęgniarek w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera: zaburzeń funkcji poznawczych (KOS-1), zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (KOS-2), zaburzeń aktywności fizycznej (KOS-3) oraz istotność różnic w wynikach*

KOS (podskale)	Zab. funkcji poznawczych 1		Zab. zachowania, objawy psychotyczne i afektywne 2		Zab. aktywności fizycznej 3		ANOVA Friedmana	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
Zagrożenie	9,95	6,28	11,80	5,80	10,93	6,22	9,32	0,009 ^{ac}
Wyzwanie-aktywność	8,93	2,48	8,96	2,77	9,25	2,83	7,20	0,027 ^b
Wyzwanie-pasywność	4,71	3,41	4,64	3,21	4,85	3,60	1,16	0,560
Krzywdza/strata	5,17	3,04	5,00	2,82	4,99	2,92	2,58	0,275

Różnice między pomiarami (analiza post hoc test Dunna): a. 1-2; b. 1-3; c. 2-3;

W postaci graficznej wyniki z trzech pomiarów zaprezentowano na wykresie 10.



Wykres 10. Średnie wyniki w KOS-1, KOS-2, KOS-3 otrzymane w całej grupie pielęgniarek.

Istotnie statystycznie okazały się różnice w podskalach *zagrożenie* ($\chi^2 = 9,32$; $p < 0,01$) oraz *wyzwanie-aktywność* ($\chi^2 = 7,20$; $p < 0,05$). Biorąc pod uwagę ocenę *zagrożenie* pielęgniarki uzyskały znacząco wyższe wyniki w sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych ($M = 11,80$; $SD = 5,80$) niż zaburzeń funkcji poznawczych ($M = 9,95$; $SD = 6,28$) oraz zaburzeń aktywności fizycznej ($M = 10,93$; $SD = 6,22$). W zakresie oceny *wyzwanie-aktywność* znamienne wyższe wyniki zdobyto w przypadku obecności u pacjentów zaburzeń aktywności fizycznej ($M = 9,25$; $SD = 2,83$) niż zaburzeń funkcji poznawczych ($M = 8,93$; $SD = 2,48$). Odnośnie oceny *krzywda/strata* najwyższe, ale nieistotne wyniki osiągnięto w sytuacji, gdy osoby chore ujawniały zaburzenia funkcji poznawczych. Brak różnic stwierdzono też w wynikach podskali *wyzwanie-pasywność*.

Na dalszym etapie analiz, wyniki uzyskane w *Kwestionariuszu Oceny Stresu* (KOS) skorelowano z wynikami *Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego* (MBI). Jako pierwsze (tabela 17.) wyznaczono zależności między zespołem wypalenia zawodowego, a kategoriami oceny stresu w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń funkcji poznawczych (KOS-1).

Tabela 17. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w KOS-1 dla całej grupy pielęgniarek

MBI	KOS - 1				
	Zagrożenie	Wyzwanie - aktywność	Wyzwanie - pasywność	Krzywda/strata	
Wyczerpanie emocjonalne	0,22*	-0,14	-0,12	0,17	
Depersonalizacja	0,20*	-0,09	0,01	0,22*	
Obniżone poczucie dokonań osobistych	0,33***	-0,18	-0,05	0,36***	
Ogólny wskaźnik wypalenia	0,34***	-0,18	-0,05	0,32 ***	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Wyniki podskali obniżone poczucie dokonań osobistych oraz ogólny wskaźnik wypalenia wykazały istotny dodatni związek z oceną zaburzeń funkcji poznawczych w kategorii *zagrożenie* ($\rho = 0,33$; $\rho = 0,34$; $p < 0,001$) i *krzywda/strata* ($\rho = 0,36$; $\rho = 0,32$; $p < 0,001$). Analogiczną lecz słabszą zależność ujawniono dla depersonalizacji ($\rho = 0,20$; $\rho = 0,22$; $p < 0,05$). Dodatnią korelację odkryto także między wymiarem wyczerpanie emocjonalne a oceną *zagrożenie* ($\rho = 0,22$; $p < 0,05$). W podskali *wyzwanie -aktywność* oraz *-pasywność* nie zaszły istotne związki z żadną ze skal wypalenia.

W drugiej kolejności obliczono współczynniki korelacji między zespołem wypalenia zawodowego, a kategoriami oceny stresu w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (KOS-2). Otrzymane rezultaty przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w KOS-2 dla całej grupy pielęgniarek

MBI	KOS - 2				
	Zagrożenie	Wyzwanie - aktywność	Wyzwanie - pasywność	Wyzwanie - pasywność	Krzywda/ strata
Wyczerpanie emocjonalne	0,19	-0,04	-0,13	-0,13	0,15
Depersonalizacja	0,15	-0,07	-0,04	-0,04	0,11
Obniżone poczucie dokonań osobistych	0,17	-0,23*	-0,08	-0,08	0,21*
Ogólny wskaźnik wypalenia	0,22*	-0,13	-0,08	-0,08	0,19

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Istotną statystycznie korelację stwierdzono między podskalą obniżone poczucie dokonań osobistych, a oceną zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych w kategorii *wyzwanie-aktywność* oraz *krzywda/strata*. W pierwszym przypadku kierunek zależności był ujemny, a w drugim dodatni ($\rho = -0,23$; $\rho = 0,34$; $p < 0,05$). Wskaźnik ogólnego wypalenia ujawnił pozytywny związek z oceną *zagrożenie* ($\rho = 0,22$; $p < 0,05$). Wyniki podskali *wyzwanie-pasywność* nie korelowały w istotny sposób z żadną ze skal wypalenia.

W tabeli 19, na następnej stronie znalazły się ostatnie korelacje z niniejszego obszaru. Ustalono je między zespołem wypalenia zawodowego, a kategoriami oceny stresu w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń aktywności fizycznej (KOS-3).

Tabela 19. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w KOS-3 dla całej grupy pielęgniarek

MBI	KOS - 3	Zagrożenie	Wyzwanie - aktywność	Wyzwanie - pasywność	Krzywdą/strata
		Wyczerpanie emocjonalne	0,21*	-0,23*	-0,11
Depersonalizacja	0,24*	-0,08	-0,07	0,24**	
Obniżone poczucie dokonań osobistych	0,28**	-0,34***	-0,03	0,22*	
Ogólny wskaźnik wypalenia	0,29**	-0,28**	-0,03	0,26**	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Wyniki ogólnego wskaźnika wypalenia i trzech jego podskal wykazały istotną dodatnią zależność z oceną zaburzeń aktywności fizycznej – *zagrożenie* (od $\rho = 0,21$ do $\rho = 0,29$). Jednocześnie ogólny wskaźnik wypalenia oraz depersonalizacja ($\rho = 0,26$; $\rho = 0,24$; $p < 0,01$), jak również obniżone poczucie dokonań osobistych ($\rho = 0,22$; $p < 0,05$) pozytywnie korelowały z *krzywdą/stratą*. Związek o znaku ujemnym uzyskano zaś między wymiarem obniżone poczucie dokonań osobistych, a oceną *wyzwanie-aktywność* ($\rho = -0,34$; $p < 0,001$). Analogiczna lecz słabsza korelacja wystąpiła w przypadku ogólnego wskaźnika wypalenia ($\rho = -0,28$; $p < 0,01$) i wyczerpania emocjonalnego ($\rho = -0,23$; $p < 0,05$). W podskali *wyzwanie-pasywność* nie stwierdzono istotnych zależności z żadną ze skal wypalenia.

Poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki

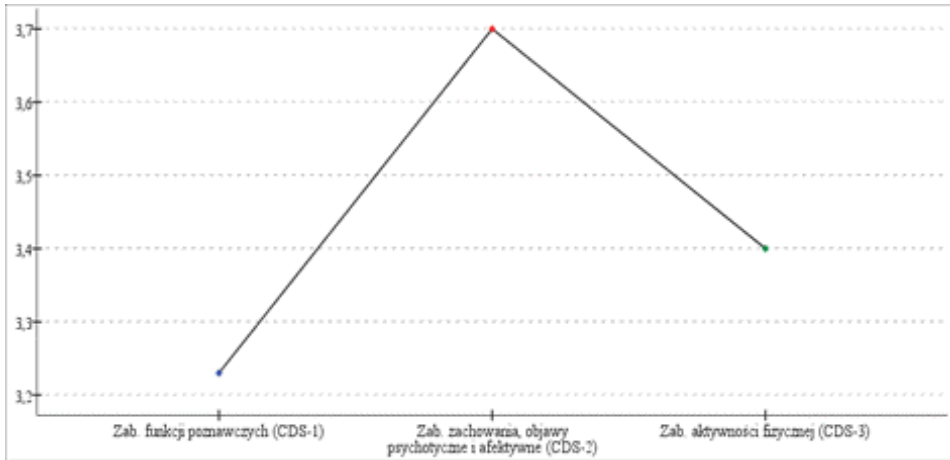
Poziom obciążenia psychicznego określono przy użyciu *Skali Stresu Opiekuna* (CDS). Pomiar również został przeprowadzony trzykrotnie, zależnie od cech zdarzenia, wyznaczonych przez typy objawów choroby Alzheimera (zob. s. 73.). W tabeli 20. podano średnie i odchylenia standardowe dla skali w całej badanej grupie. Dla uzyskania specyfiki poczucia obciążenia pielęgniarek przetestowano istotność różnic w wynikach.

Tabela 20. Statystyki opisowe wyników w CDS dla całej grupy pielęgniarek w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera: zaburzeń funkcji poznawczych (CDS-1), zaburzeń zachowania, objawów psychiatrycznych i afektywnych (CDS-2), zaburzeń aktywności fizycznej (CDS-3) oraz istotność różnic w wynikach

CDS	Zab. funkcji poznawczych 1		Zab. zachowania, objawy psychiatryczne i afektywne 2		Zab. aktywności fizycznej 3		ANOVA Friedmana	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>p</i>
	3,23	0,96	3,70	0,93	3,40	0,97	28,32	0,000 ^{a,c}

Różnice między pomiarami (analiza post hoc test Dunna): a. 1-2; c. 2-3;

Wykres 11. jest graficzną ilustracją wyników ujętych razem z trzech pomiarów.



Wykres 11. Średnie wyniki w CDS-1, CDS-2, CDS-3 otrzymane w całej grupie pielęgniarek.

Stwierdzono, że otrzymane wyniki istotnie różniły się między sobą ($\chi^2 = 28,32$; $p < 0,001$). Pielęgniarki wykazały znacznie wyższy poziom *obciążenia psychicznego* w sytuacji występowania u pacjentów zaburzenia zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych ($M = 3,70$; $SD = 0,93$) w porównaniu do pozostałych dwóch sytuacji – występowania zaburzeń funkcji poznawczych ($M = 3,23$; $SD = 0,96$) oraz zaburzeń aktywności fizycznej ($M = 3,40$; $SD = 0,97$).

Następnie, celem wykrycia możliwych zależności między zespołem wypalenia zawodowego, a poczuciem obciążenia psychicznego w sytuacji opieki, skorelowano wyniki uzyskane w *Kwestionariuszu Wypalenia Zawodowego* (MBI) oraz *Skali Stresu Opiekuna* (CDS). Niezmiennie uwzględniono przy tym ujawniane przez pacjentów: zaburzenia funkcji poznawczych (CDS-1), zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne (CDS-2), zaburzenia aktywności fizycznej (CDS-3). Macierz obliczonych korelacji zamieszczono w tabeli 21.

Tabela 21. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w CDS- 1, 2, 3 dla całej grupy pielęgniarek

MBI	CDS	Zab. funkcji poznawczych	Zab. zachowania, objawy psychotyczne i afektywne	Zab. aktywności fizycznej
		1	2	3
Wyczerpanie emocjonalne		0,15	0,20*	0,04
Depersonalizacja		0,04	0,09	0,09
Obniżone poczucie dokonań osobistych		-0,08	-0,08	-0,14
Ogólny wskaźnik wypalenia		0,07	0,09	-0,02

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Otrzymano tylko jeden istotny, choć niski współczynnik korelacji. Związek ten był dodatni i ujawnił się między wyczerpaniem emocjonalnym, a *obciążeniem psychicznym* w sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych ($\rho = 0,20$; $p < 0,05$). *Poczucie obciążenia psychicznego* pielęgniarek w przypadku obecności u osób chorych zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń aktywności fizycznej nie łączyło się istotnie z żadną ze skal wypalenia.

8.2. Zespół wypalenia zawodowego a posiadane kompetencje

Przekonanie o własnej skuteczności

Siłę przekonania o własnej skuteczności oszacowano za pomocą *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności* (GSES). W tabeli 22. zawarto statystyki opisowe oraz rozkład ilościowy i procentowy w poszczególnych przedziałach dla wyniku ogólnego skali w całej badanej grupie.

Tabela 22. *Statystyki opisowe oraz rozkład ilościowy i procentowy w poszczególnych przedziałach dla wyniku ogólnego GSES w całej grupie pielęgniarek*

GSES	x_{min}	x_{max}	M	SD	1-4 sten	5-6 sten	7-10 sten
					$N / \%$	$N / \%$	$N / \%$
	21,00	40,00	31,45	3,90	3	27	70

Odnosząc się do dostępnych norm polskich stwierdzono, że u pielęgniarek *ogólne przekonanie o własnej skuteczności* ($x_{min} = 21,00$; $x_{max} = 40,00$) wahało się od niskiego (3 os.), poprzez przeciętne (27 os.) aż do wysokiego (70 os.). Otrzymana dla całej grupy średnia ($M = 31,45$) po przekształceniu na jednostki standaryzowane wskazała na 7. sten, czyli wysoki stopień *ogólnego przekonania o własnej skuteczności*.

W kolejnym kroku, wyniki uzyskane w *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności* (GSES) i w *Kwestionariuszu Wypalenia Zawodowego* (MBI) poddano analizie korelacji. Ustalone współczynniki przedstawiono w tabeli 23. na następnej stronie.

Istotna statystycznie okazała się korelacja między podskalą *obniżone poczucie dokonań osobistych*, a *przekonaniem o własnej skuteczności* ($\rho = -0,28$; $p < 0,01$). Jednocześnie istotną lecz słabszą zależność stwierdzono dla wypalenia we wskaźniku ogólnym ($\rho = -0,22$; $p < 0,01$). Kierunek związku w obydwóch przypadkach był ujemny. Pozostałe dwie podskale nie korelowały w sposób istotny z analizowaną zmienną.

Tabela 23. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w GSES i w MBI dla całej grupy pielęgniarek

MBI	GSES	Wskaźnik przekonania o własnej skuteczności
Wyczerpanie emocjonalne		-0,16
Depersonalizacja		-0,14
Obniżone poczucie dokonań osobistych		-0,28**
Ogólny wskaźnik wypalenia		-0,22*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

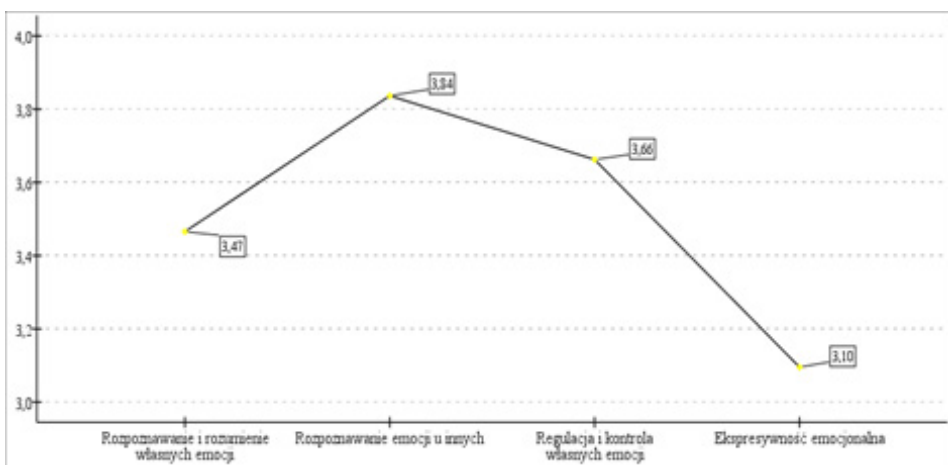
Kompetencje emocjonalne

Pomiaru kompetencji emocjonalnych dokonano przy użyciu *Kwestionariusza Kompetencji Emocjonalnych* (EKF). W tabeli 24. znajdują się statystyki opisowe wyników otrzymane w poszczególnych skalach kwestionariusza w całej badanej grupie.

Tabela 24. Statystyki opisowe wyników w skalach głównych EKF dla całej grupy pielęgniarek

EKF (skale główne)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji	36	73	52,00	7,77
Rozpoznawanie emocji u innych	35	85	65,22	9,68
Regulacja i kontrola własnych emocji	26	65	47,61	7,86
Ekspresywność emocjonalna	34	75	52,62	7,89

Wykres 12. stanowi graficzną prezentację wyników w EKF po ich sprowadzeniu do porównywalnych jednostek, które otrzymano dzieląc poszczególne średnie przez liczbę twierdzeń odpowiadających danej skali.



Wykres 12. Średnie wyniki w skalach EKF otrzymane w całej grupie pielęgniarek.

W porównaniu do innych kategorii, najwyższe wyniki zostały osiągnięte przez pielęgniarki w skali *rozpoznawanie emocji u innych* ($M = 3,84$) natomiast najniższe w skali *ekspresywność emocjonalna* ($M = 3,10$).

W celu określenia, jaki jest związek między zespołem wypalenia zawodowego, a kompetencjami emocjonalnymi, skorelowano ze sobą wyniki dwóch *Kwestionariuszy – Wypalenia Zawodowego* (MBI) i *Kompetencji Emocjonalnych* (EKF). Rezultatem tych analiz są wskaźniki korelacyjne podane w tabeli 25.

Tabela 25. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w EKF dla całej grupy pielęgniarek

EKF	MBI	WE	DP	OD	OW
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji		-0,26**	-0,36***	-0,30**	-0,38 ***
Rozpoznawanie emocji u innych		-0,21*	-0,29**	-0,39***	-0,37***
Regulacja i kontrola własnych emocji		-0,21*	-0,27**	-0,31**	-0,31**
Ekspresywność emocjonalna		-0,13	-0,19	-0,23*	-0,22*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Oznaczenia: *WE* – Wyczerpanie emocjonalne; *DP* – Depersonalizacja; *OD* – Obniżone poczucie dokonań osobistych; *OW* – Ogólny wskaźnik wypalenia.

Powyższe dane wskazują na występowanie licznych, istotnych zależności o znaku ujemnym. Wymiar depersonalizacja ujawnił istotny statystycznie związek ze skalami *rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji* ($\rho = -0,36$; $p < 0,001$), *rozpoznawanie emocji u innych* oraz *regulacja i kontrola własnych emocji* ($\rho = -0,29$; $\rho = -0,27$; $p < 0,01$). Również istotne, lecz słabsze korelację uzyskano między niniejszymi skalami, a wyczerpaniem emocjonalnym (ρ od $-0,21$ do $-0,26$).

Dla obniżonego poczucia dokonań osobistych i ogólnego wskaźnika wypalenia stwierdzono istotne związki ze wszystkimi skalami EKF. W pierwszym przypadku najsilniejsza okazała się korelacja ze skalą *rozpoznawanie emocji u innych* ($\rho = -0,39$; $p < 0,001$), w drugim ze skalami *rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji* oraz *rozpoznawanie emocji u innych* ($\rho = -0,38$; $\rho = -0,37$; $p < 0,001$).

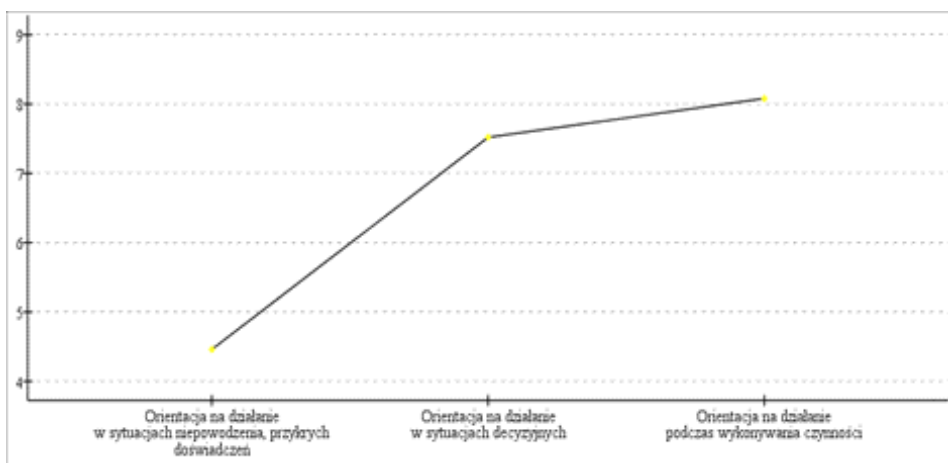
Kontrola wolicjonalna

Różnice w zakresie właściwości wolicjonalnych (orientacji na działanie vs stan oraz orientacji na działanie vs zmienność) badano za pomocą *Skali Kontroli Działania* (ACS-90). Statystyki opisowe wyników otrzymane w poszczególnych podskalach metody w całej badanej grupie zaprezentowano w tabeli 26.

Tabela 26. Statystyki opisowe wyników w podskalach ACS-90 dla całej grupy pielęgniarek

ACS-90 (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych dośw.	0	12	4,46	2,92
Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych	1	12	7,52	2,89
Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności	2	12	8,08	2,25

W postaci graficznej wyniki zostały przedstawione na wykresie 13.



Wykres 13. Średnie wyniki w podskalach ACS-90 otrzymane w całej grupie pielęgniarek.

Badane pielęgniarki uzyskały wyniki mieszczące się w przedziale $M > 6$ przemawiające za *orientacją na działanie* w podskalach orientacja na działanie podczas wykonywania czynności i orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, zaś wyniki mieszczące się w przedziale $M < 6$ świadczące o *orientacji na stan* w podskali orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń.

Dalsza analiza statystyczna miała na celu wyznaczenie zależności między zespołem wypalenia zawodowego a orientacją na działanie vs stan oraz orientacją na działanie vs zmienność. Skorelowano tym samym wyniki uzyskane w *Kwestionariuszu Wypalenia Zawodowego* (MBI) oraz *Skali Kontroli Działania* (ACS-90). Tabela 27. na następnej stronie zawiera macierz otrzymanych korelacji.

Wszystkie skale wypalenia w sposób istotny łączyły się z podskala *orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych* (ρ od $-0,23$ do $-0,34$). Otrzymane współczynniki były ujemne, przy czym najsilniejsza okazała się zależność z ogólnym wskaźnikiem wypalenia ($\rho = -0,34$; $p < 0,001$) zaś najsłabsza z obniżonym poczuciem dokonań osobistych ($\rho = -0,23$; $p < 0,05$).

Tabela 27. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w ACS-90 dla całej grupy pielęgniarek

MBI	ACS-90	AOF	AOD	AOP
Wyczerpanie emocjonalne		-0,02	-0,27**	-0,17
Depersonalizacja		-0,02	-0,28**	0,02
Obniżone poczucie dokonań osobistych		0,10	-0,23*	0,09
Ogólny wskaźnik wypalenia		0,04	-0,34***	-0,09

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Oznaczenia: *AOF* – orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń; *AOD* – orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych; *AOP* – orientacja na działanie podczas wykonywania czynności.

8.3. Zespół wypalenia zawodowego a zmienne socjodemograficzne

Dopełnieniem przedstawionych powyżej analiz jest ustalenie zależności między zespołem wypalenia zawodowego, a zmiennymi socjodemograficznymi. Ponieważ ich znaczenie dla realizowanego tematu jest drugorzędne, w tekście zostaną podane jedynie w formie słownej związki, które okazały się istotne statystycznie, natomiast tabele 28., 29., 30., 31. zamieszczono w aneksie.

Przetestowanie różnic w wynikach MBI między dwoma grupami różniącymi się miejscem zamieszkania wskazało, że osoby z miast uzyskały znacząco wyższe wyniki w skali *wyczerpanie emocjonalne* niż osoby mieszkające na wsi ($Z = -2,07$; $p < 0,05$).

Wyniki skali *wyczerpanie emocjonalne* istotnie różniły się także między grupami wydzielonymi z uwagi na stan zdrowia oraz dolegliwości. W przypadku pierwszym osoby o bardzo dobrym stanie zdrowia uzyskały znamienne niższe wyniki niż osoby o stanie zdrowia dobrym i przeciętnym ($H = 6,56$; $p < 0,05$). Zaś w drugim znacząco niższe okazały się wyniki osób bez dolegliwości w trakcie i/lub po dyżurze niż osób, które takie dolegliwości odczuwały ($Z = -2,73$; $p < 0,01$).

Analiza korelacji ujawniła jeden istotny, dodatni związek między wyczerpaniem emocjonalnym, a stażem pracy z pacjentem z chorobą Alzheimera ($\rho = 0,20$; $p < 0,05$). Im dłuższy był staż pracy opiekuńczej nad pacjentem z chorobą Alzheimera tym większe było nasilenie wyczerpania emocjonalnego.

Ponieważ wykrytych związków jest niewiele, podjęto decyzję o niewłączaniu zmiennych socjodemograficznych do dalszych analiz.

9. Porównanie grup o różnym nasileniu wypalenia zawodowego

W niniejszym rozdziale jako pierwsze zostaną przedstawione dane dotyczące struktury i nasilenia zespołu wypalenia zawodowego w całej grupie pielęgniarek. Następnie na podstawie ogólnego wskaźnika wypalenia zostanie wyodrębniona grupa osób ze średnim/wysokim nasileniem wypalenia oraz grupa osób z niskim nasileniem wypalenia. Po czym w ostatnim kroku grupy zostaną porównane (test U Manna-Whitneya) pod względem postrzegania klinicznych objawów choroby Alzheimera oraz posiadanych kompetencji.

9.1. Wyodrębnienie grup o różnym nasileniu wypalenia zawodowego

Celem określenia poziomu oraz specyfiki zespołu wypalenia zawodowego w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera zastosowano *Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego* (MBI). Obliczona wartość współczynnika rzetelności α -Cronbacha ($\alpha = 0,88$) jest wysoka, co wskazuje na wewnętrzną zgodność metody. W tabeli 32. znajdują się statystyki opisowe wyników uzyskane w poszczególnych skalach MBI w całej badanej grupie.

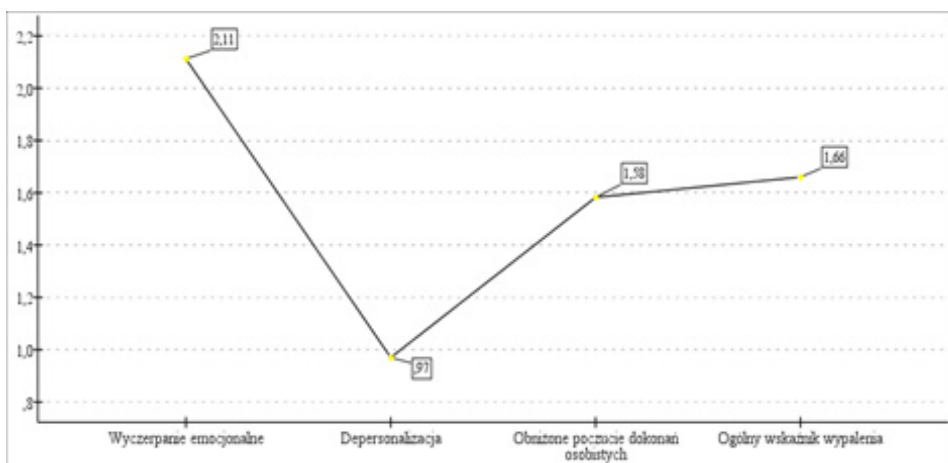
Tabela 32. Statystyki opisowe wyników w skalach MBI dla całej grupy pielęgniarek

MBI (skale)	Wyniki całkowite (surowe)			
	x_{min}	x_{max}	M	SD
Wyczerpanie emocjonalne	0	4,67	19,01	10,51
Depersonalizacja	0	4,40	4,85	5,32
Obniżone poczucie dokonań osobistych	0	4,25	12,66	8,05
Ogólny wskaźnik wypalenia	1	79,00	36,52	18,55

Odnosząc się do norm dla wyników całkowitych w skalach kwestionariusza (zob. s. 78.) stwierdzono, że badane pielęgniarki ujawniły średnie nasilenie wyczerpania emocjonalnego ($M = 19,01$) i obniżonego poczucia dokonań osobistych ($M = 12,66$) oraz niskie nasilenie depersonalizacji ($M = 4,85$). Sumując wartości tych wyników uzyskano skalę dodatkową – *ogólny wskaźnik wypalenia*.

Rozkład liczebności wyników w ogólnym wskaźniku wypalenia nie spełnia warunków rozkładu normalnego ($K-S = 0,103; p < 0,05$), a zawiera się w przedziale od 1 do 79 pkt (zob. wyk. 14. aneks).

Mając na uwadze zalecenia autorów MBI dotyczące przedstawiania wyników w postaci średnich, poszczególne wyniki całkowite podzielono przez liczbę itemów odpowiadających danej skali. Otrzymane rezultaty zaprezentowano graficznie na wykresie 15. Wszystkie dalsze analizy są wykonywane na wynikach średnich.



Wykres 15. Średnie wyniki w skalach MBI otrzymane w całej grupie pielęgniarek.

W całej badanej grupie najwyższe w porównaniu z pozostałymi okazały się wyniki wyczerpania emocjonalnego ($M = 2,11$), a najniższe depersonalizacji ($M = 0,97$).

Pielęgniarki zajmujące się pacjentami z chorobą Alzheimera nie stanowią grupy jednolitej pod względem wyników w zakresie wypalenia, o czym świadczą duże wartości odchyłeń standardowych dla poszczególnych skal. Obserwacja ta była podstawą do wyodrębnienia grup o różnym nasileniu wypalenia zawodowego. Podział ten został dokonany w oparciu o wynik *ogólnego wskaźnika wypalenia* (OW), który jest sumą wyników z trzech wymiarów: wyczerpania emocjonalnego (WE), depersonalizacji (DP), obniżonego poczucia dokonań osobistych (OD). Klasyfikacja badanych do grup odbyła się według następującego kryterium:

Osoby z wypaleniem niskim: $OW_n = WE \leq 1,77 + DP \leq 1,2 + OD \leq 1,125$

Osoby z wypaleniem średnim/wysokim: $OW_{s/w} = WE > 1,77 + DP > 1,2 + OD > 1,125$

Wartości kluczowe dla poszczególnych skal stanowią zgodnie z normami górną granicę wyników niskich, przedstawioną w postaci średniej (zob. s. 78.).

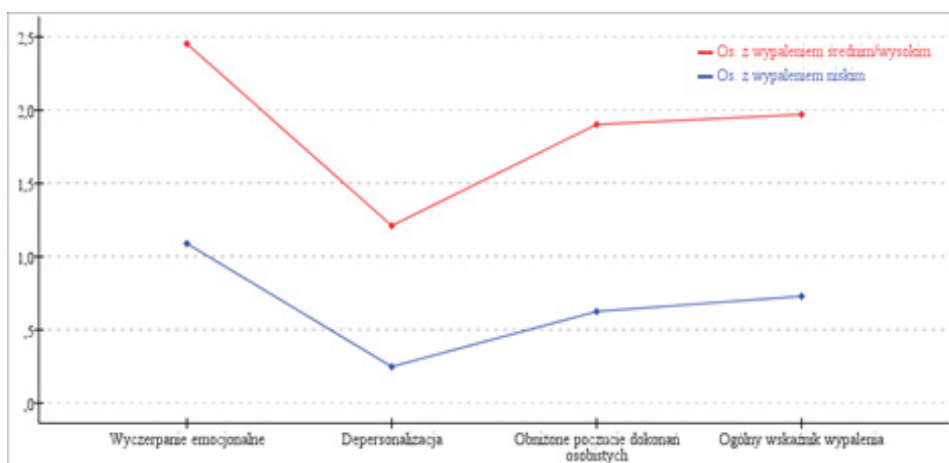
Tabela 33. zawiera średnie i odchylenia standardowe dla skal MBI otrzymane w wyodrębnionych grupach oraz istotność różnic między grupami w zakresie wyników.

Tabela 33. Statystyki opisowe wyników w skalach MBI oraz istotność różnic między wyodrębnionymi grupami

MBI (skale)	Os. z wypaleniem średnim/wysokim (N=75)		Os. z wypaleniem niskim (N=25)		Test U Manna - Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Wyczerpanie emocjonalne	2,45	1,13	1,09	0,45	-5,38	0,000
Depersonalizacja	1,21	1,11	0,25	0,35	-4,47	0,000
Obniżone poczucie dokonań osobistych	1,90	0,94	0,63	0,39	-5,95	0,000
Ogólny wskaźnik wypalenia	1,97	0,73	0,73	0,29	-7,01	0,000

Wyodrębnione grupy różnią się między sobą we wszystkich wymiarach, a także w *ogólnym wskaźniku wypalenia*. Stwierdzone różnice są istotne statystycznie na wysokim poziomie prawdopodobieństwa ($p < 0,001$).

Wykres 16. stanowi graficzną prezentację wyników kwestionariusza uzyskanych przez osoby z wypaleniem średnim/wysokim i osoby z wypaleniem niskim.



Wykres 16. Średnie wyniki w skalach MBI w wyodrębnionych grupach.

Układ poszczególnych wymiarów i *ogólnego wskaźnika wypalenia* jest podobny względem siebie w każdej z grup. Obserwowane różnice dotyczą ich nasileniem, które jest istotnie wyższe w grupie osób z wypaleniem średnim/wysokim.

Przyjęty podział na osoby z wypaleniem średnim/wysokim ($OW_{s/w}$) oraz osoby z wypaleniem niskim (OW_n) wydaje się lepiej odzwierciedlać charakter zmiennej zależnej, niż podział na grupy skrajne.

9.2. Postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera w grupach o różnym nasileniu wypalenia zawodowego

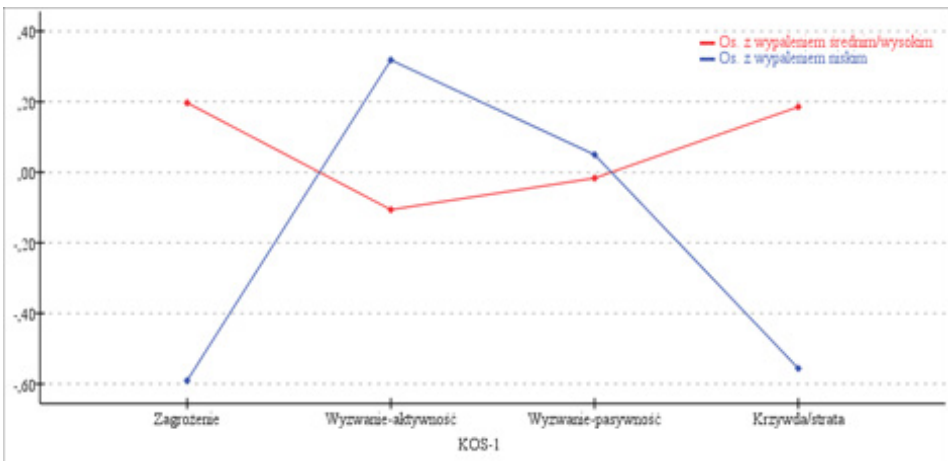
Ocena stresu w sytuacji opieki

Grupy o różnym nasileniu wypalenia porównano pod względem sposobów oceny stresu w sytuacji opieki, które mierzono *Kwestionariuszem Oceny Stresu* (KOS). W pierwszym porównaniu uwzględniono sytuację występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń funkcji poznawczych (KOS-1). Otrzymane średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic znajdują się w tabeli 34.

Tabela 34. *Istotność różnic w wynikach KOS-1 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego*

KOS-1 (podskale)	Os. z wypaleniem średnim/wysokim		Os. z wypaleniem niskim		Test U Manna - Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Zagrożenie	11,19	5,71	6,24	6,56	-3,53	0,000
Wyzwanie-aktywność	8,67	2,32	9,72	2,82	-1,46	0,145
Wyzwanie-pasywność	4,65	3,14	4,88	4,17	-0,12	0,907
Krzywdza/strata	5,73	2,96	3,48	2,66	-3,50	0,000

W celu umożliwienia porównań między poszczególnymi podskalami wyniki przekształcono na jednostki standaryzowane z i przedstawiono na wykresie 17.



Wykres 17. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-1 otrzymane w wyodrębnionych grupach.

Okazało się, że podskale *zagrożenie* i *krzywdza/strata* różnicują na poziomie istotnym statystycznie porównywane grupy ($p < 0,001$). W każdym przypadku znacząco wyższe wyniki miały pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim. Obecne u pacjentów z chorobą Alzheimera objawy zaburzenia funkcji poznawczych silniej postrzegały one w kategoriach *zagrożenie*, *krzywdza/strata*. Pielęgniarki z wypaleniem niskim osiągnęły

wyższe (lecz nieistotne) wyniki w podskali *wyzwanie-aktywność*. Wyniki podskali *wyzwanie-pasywność* zbliżają się do średniej w obydwóch grupach.

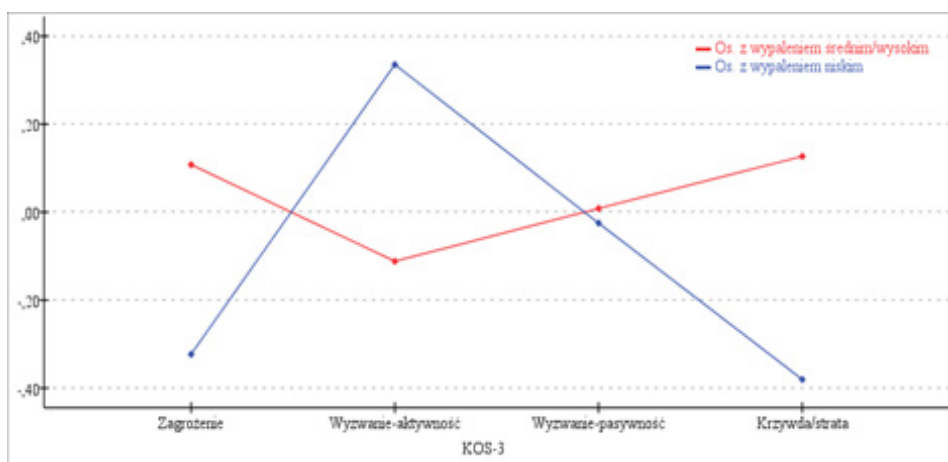
Osoby z wypaleniem średnim/wysokim i osoby z wypaleniem niskim nie różniły się między sobą w zakresie oceny sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (KOS-2) (zob. tab. 35. aneks).

Trzecie porównanie dotyczyło sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń aktywności fizycznej (KOS-3). Tabela 36. zawiera otrzymane średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic między dwoma grupami.

Tabela 36. *Istotność różnic w wynikach KOS-3 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego*

KOS-3 (podskale)	Os. z wypaleniem średnim/wysokim		Os. z wypaleniem niskim		Test U Manna - Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Zagrożenie	11,6	6,25	8,92	5,76	-1,77	0,077
Wyzwanie-aktywność	8,93	2,82	10,20	2,69	-1,82	0,068
Wyzwanie-pasywność	4,88	3,51	4,76	3,91	-0,26	0,791
Krzywda/strata	5,36	2,90	3,88	2,74	-2,26	0,024

Wykres 18. jest graficzną ilustracją wyników, które przekształcono na jednostki standaryzowane z.



Wykres 18. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-3 otrzymane w wyodrębnionych grupach.

Istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami stwierdzono w zakresie podskali *krzywda/strata* ($p < 0,05$). Znacząco wyższe okazały się wyniki pielęgniarek z wypaleniem średnim/wysokim. Występujące u pacjentów z chorobą Alzheimera objawy zaburzenia aktywności fizycznej silniej postrzegały one w kategorii *krzywda/strata*. Na poziomie tendencji statystycznej pozostały różnice w wynikach

podskali *zagrożenie* ($p = 0,077$), *wyzwanie-aktywność* ($p = 0,068$). Oznacza to, że pielęgniarki o wyższym nasileniu wypalenia miały skłonność oceniać zaburzenia aktywności fizycznej pacjentów bardziej jako *zagrożenie* i mniej jako *wyzwanie-aktywność*. Wyniki podskali *wyzwanie-pasywność* w grupach zbliżają się do średniej.

Poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki

Porównanie wyodrębnionych grup z uwagi na poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki (*Skala Stresu Opiekuna – CDS*) nie ujawniło żadnych istotnych różnic. Poziom *obciążenia psychicznego* w obydwu grupach okazał się: znaczący w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (CDS-2), umiarkowany – w sytuacji zaburzeń funkcji poznawczych (CDS-1), zaburzeń aktywności fizycznej (CDS-3) (zob. tab. 37. aneks).

9.3. Posiadane kompetencje w grupach o różnym nasileniu wypalenia zawodowego

Przekonanie o własnej skuteczności

W obszarze kompetencji, grupy o różnym nasileniu wypalenia w pierwszej kolejności porównano pod względem siły przekonania o własnej skuteczności, którą mierzo no *Skalą Uogólnioną Własnej Skuteczności* (GSES). W tabeli 38. zamieszczono otrzymane średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic.

Tabela 38. *Istotność różnic w wyniku GSES między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego*

GSES	Os. z wypaleniem średnim/wysokim		Os. z wypaleniem niskim		Test U Manna - Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	31,04	3,98	32,68	3,44	-1,79	0,073

Różnice w wynikach między porównywanymi grupami w zakresie *przekonania o własnej skuteczności* nie osiągnęły poziomu istotności, ale pozostawały istotne na poziomie tendencji ($p = 0,073$). Pielęgniarki o niskim nasileniu wypalenia przejawiały skłonność do silniejszego *przekonania o własnej skuteczności*.

Kompetencje emocjonalne

Aby zidentyfikować kompetencje emocjonalne, które w sposób istotny różnicują wyodrębnione grupy, porównano wyniki uzyskane w skalach głównych i podskalach *Kwestionariusza Kompetencji Emocjonalnych* (EKF). W tabeli 39. zaprezentowano

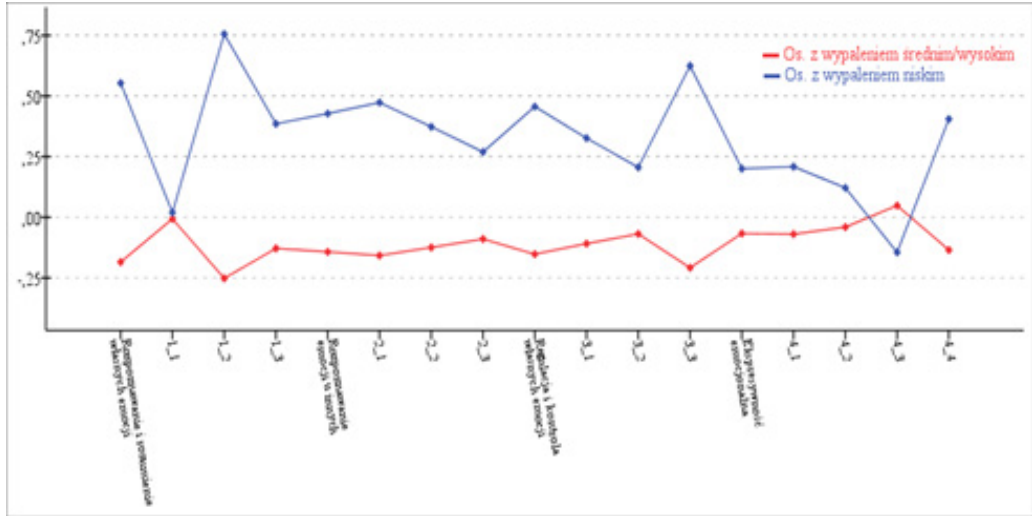
otrzymane rezultaty. Natomiast na wykresie 19. zobrazowano wyniki po przekształceniu ich na jednostki standaryzowane z.

Tabela 39. Istotność różnic w wynikach EKF między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego

EKF (skale główne i szczegółowe/podskale)	Os. z wypaleniem średnim/wysokim		Os. z wypaleniem niskim		Test U Manna - Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji	50,55	6,94	56,28	8,64	- 2,87	0,004
Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji (1_1)	22,70	3,78	22,80	2,77	- 0,12	0,904
Kontrola nad utrzymaniem stenicznych emocji (1_2)	17,13	3,61	21,60	5,02	- 3,97	0,000
Samokontrola nad stabilnością dobrego nastroju (1_3)	10,71	2,25	11,88	2,19	-2,25	0,024
Rozpoznawanie emocji u innych osób	63,84	10,02	69,36	7,30	-2,57	0,010
Rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych (2_1)	22,32	3,99	24,80	3,14	-2,62	0,009
Rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych (2_2)	26,25	4,46	28,40	3,44	-2,41	0,016
Rozpoznawanie astenicznych i neg. emocji u innych (2_3)	15,57	2,54	16,44	1,89	-1,79	0,073
Regulacja i kontrola własnych emocji	46,41	7,79	51,20	7,06	-2,54	0,011
Samokontrola własnych negatywnych emocji (3_1)	25,43	5,04	27,56	4,16	-1,41	0,159
Wytrzymałość i odporność emocjonalna (3_2)	11,29	1,93	11,84	2,15	-1,03	0,304
Obrona przed negatywnymi emocjami (3_3)	9,69	2,46	11,80	2,06	-3,57	0,000
Ekspresywność emocjonalna	52,09	7,46	54,20	9,02	-1,04	0,300
Spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie (4_1)	20,44	3,12	21,32	3,26	-1,42	0,156
Koncentracja na wyrażaniu pozytywnych emocji (4_2)	12,37	3,63	12,96	3,66	-0,68	0,499
Spontaniczne informowanie o swoich emocjach (4_3)	9,36	2,36	8,92	2,02	-0,86	0,391
Wyczone, świadome wyrażanie swoich emocji (4_4)	9,92	1,92	11,00	2,06	-2,55	0,011

Wyniki testowania wskazały na istnienie licznych istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami. Pielęgniarki z wypaleniem niskim uzyskały znacząco wyższe wyniki w: skali *rozpoznawanie i rozumienia własnych emocji* ($p < 0,01$), w tym podskali *kontrola nad utrzymaniem stenicznych emocji* ($p < 0,001$), *samokontrola nad stabilnością dobrego nastroju* ($p < 0,05$); skali *rozpoznawanie emocji u innych*

osób ($p < 0,01$), w tym podskali *rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych* ($p < 0,01$) *rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych* ($p < 0,05$); skali *regulacja i kontrola własnych emocji* ($p < 0,05$), w tym podskali *obrona przed negatywnymi emocjami* ($p < 0,001$) oraz podskali *wyuczone świadome wyrażanie swoich emocji* ($p < 0,05$). Osoby z wypaleniem średnim/wysokim osiągnęły wyższe (lecz nieistotne) wyniki w podskali *spontaniczne informowanie o swoich emocjach*.



Wykres 19. Średnie wyniki standaryzowane z w EKF otrzymane w wyodrębnionych grupach.

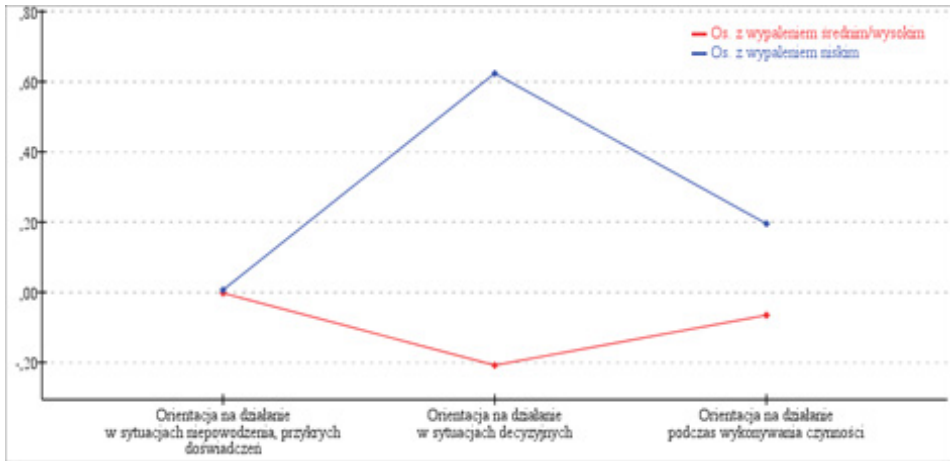
Kontrola wolicjonalna

Ostatnie testowanie dotyczyło porównania osób z wypaleniem średnim/wysokim i osób z wypaleniem niskim w zakresie właściwości wolicjonalnych (orientacji na działanie vs stan, orientacji na działanie vs zmienność), które mierzono *Skalą Kontroli Działania* (ACS-90). Otrzymane średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic przedstawiono w tabeli 40.

Tabela 40. *Istotność różnic w wynikach ACS-90 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego*

ACS-90 (podskale)	Os. z wypaleniem średnim/wysokim		Os. z wypaleniem niskim		Test U Manna - Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Orientacja na działanie:						
w sytuacjach niepowodzenia, przykrych dośw.	4,45	3,14	4,48	2,18	-0,38	0,706
w sytuacjach decyzyjnych	6,92	2,84	9,32	2,23	-3,83	0,000
podczas wykonywania czynności	7,93	2,24	8,52	2,27	-1,12	0,264

Wykres 20. stanowi graficzną prezentację wyników, które zostały przekształcone na jednostki standaryzowane z.



Wykres 20. Średnie wyniki standaryzowane z w ACS-90 otrzymane w wyodrębnionych grupach.

W podskali *orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych* wystąpiły istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami ($p < 0,001$). Znacząco wyższe okazały się wyniki pielęgniarek z wypaleniem niskim. W sytuacjach decyzyjnych są one bardziej zorientowani na działanie niż pielęgniarki o średnim/wysokim nasileniu wypalenia, które cechuje orientacja na stan, wahanie się. Osoby z wypaleniem niskim osiągnęły wyższe, ale nieistotne wyniki w podskali *orientacja na działanie podczas wykonywania czynności*. Równe średniej w obydwu grupach są wyniki podskali *orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń*.

10. Typologia pielęgniarek z uwagi na konfigurację wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

Celem analiz przeprowadzonych w niniejszym rozdziale będzie poszukiwanie zmiennych psychologicznych, które różnicują pielęgniarki w różny sposób wypalone wykonywaną pracą. Wyodrębnione zostaną więc grupy osób o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia (analiza skupień metodą k -średnich), po czym nastąpi ich porównanie (ANOVA rang Kruskala-Wallisa) z uwagi na postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera oraz posiadane kompetencje.

10.1. Wyodrębnienie i charakterystyka grup o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

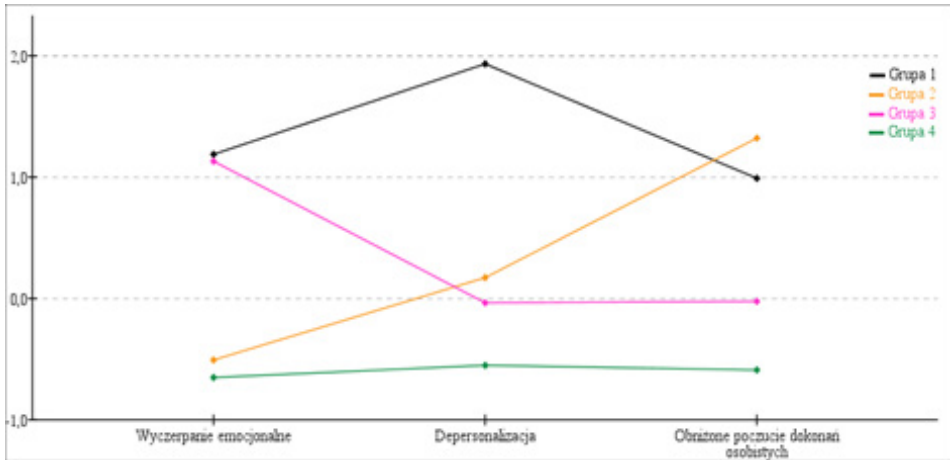
Klasyfikacji pielęgniarek opiekujących się pacjentami cierpiącymi na chorobę Alzheimera dokonano korzystając z wyników uzyskanych w skalach: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, obniżone poczucie dokonań osobistych *Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego* (MBI). Stosując analizę skupień z zastosowaniem metody k -średnich do grupowania przypadków o podobnej strukturze wyników w zmiennych kryterialnych, wyodrębniono cztery grupy o różnej konfiguracji wymiarów wypalenia. Analizę skupień przeprowadzono na jednostkach standaryzowanych z, co umożliwiło bezpośrednie porównanie otrzymanych wartości.

Tabela 41. zawiera średnie i odchylenia standardowe dla skal MBI otrzymane w wyodrębnionych grupach.

Tabela 41. *Statystyki opisowe wyników standaryzowanych z w MBI uzyskanych w wyodrębnionych grupach*

MBI (skale)	Grupa 1 (N=14)		Grupa 2 (N=13)		Grupa 3 (N=21)		Grupa 4 (N=52)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Wyczerpanie emocjonalne	1,19	0,46	-0,51	0,55	1,13	0,58	-0,65	0,52
Depersonalizacja	1,93	0,72	0,17	0,57	-0,03	0,69	-0,55	0,45
Obniżone poczucie dokonań osobistych	0,99	0,69	1,32	0,81	-0,02	0,85	-0,59	0,56

W postaci graficznej wyniki zaprezentowano na wykresie 21.



Wykres 21. Średnie wyniki standaryzowane z w MBI w wyodrębnionych grupach.

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwalają na scharakteryzowanie czterech wyodrębnionych grup różniących się konfiguracją wymiarów wypalenia:

Grupa 1 – *osoby z wypaleniem pełnym*: cechują się najwyższą wśród wszystkich grup depersonalizacją, wysokie są u nich także wartości wyczerpania emocjonalnego i obniżonego poczucia dokonań osobistych.

Grupa 2 – *osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych*: w stosunku do pozostałych grup odznaczają się najwyższym nasileniem tego wymiaru oraz niskim wyczerpaniem emocjonalnym, średnią depersonalizacją.

Grupa 3 – *osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym*: ujawniają wysoki (porównywalny do Grupy 1) poziom wyczerpania emocjonalnego, nasilenie depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych jest u nich średnie.

Grupa 4 – *osoby nisko wypalone*: charakteryzują się niskimi wartościami w zakresie wszystkich trzech wymiarów wypalenia.

10.2. Postrzeganie klinicznych objawów choroby Alzheimera w grupach o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

Ocena stresu w sytuacji opieki

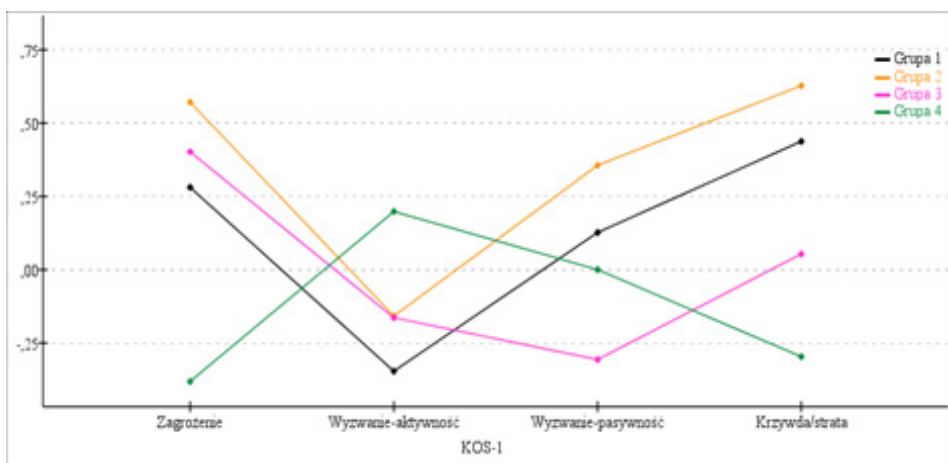
Grupy o różnej konfiguracji wymiarów wypalenia porównano pod względem sposobów oceny stresu w sytuacji opieki, które mierzono *Kwestionariuszem Oceny Stresu* (KOS). Pierwsze porównanie dotyczyło sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń funkcji poznawczych (KOS-1). Tabela 42. przedstawia otrzymane średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic.

Tabela 42. Istotność różnic w wynikach KOS-1 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

KOS-1 (podskale)	Grupa 1 (Os. z wypaleniem pełnym)		Grupa 2 (Os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych)		Grupa 3 (Os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym)		Grupa 4 (Os. nisko wypalone)		Test Kruskala-Wallisa	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Zagrożenie	11,71	6,60	13,54	4,70	12,48	5,10	7,56	6,12	16,14	0,001 ^{e,f}
Wyzwanie -aktywność	8,07	3,69	8,54	1,81	8,52	1,60	9,42	2,48	2,84	0,417
Wyzwanie -pasywność	5,14	4,17	5,92	2,47	3,67	2,46	4,71	3,66	4,70	0,195
Krzywdza/strata	6,50	3,16	7,08	2,75	5,33	2,44	4,27	3,00	12,96	0,005 ^{e,c}

Różnice między grupami (*test Tukeya*): c. I-IV; e. II-IV; f. III-IV;

Wykres 22. jest graficzną ilustracją wyników, które w celu dokonania porównań między poszczególnymi podskalami przekształcono na jednostki standaryzowane z .



Wykres 22. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-1 otrzymane w wyodrębnionych grupach.

Podskalami istotnie różnicującymi wyodrębnione grupy okazały się *zagrożenie* ($p < 0,001$) oraz *krzywdza/strata* ($p < 0,01$). W podskali *zagrożenie* Grupa 2, jak i Grupa 3 uzyskały znacząco wyższe wyniki niż Grupa 4. W podskali *krzywdza/strata* wyniki Grupy 1 i 2 różniły się istotnie od wyników Grupy 4, które były najniższe.

Analiza profilu uzyskanych wyników (wykres 22.) jest podstawą charakterystyki oceny sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń funkcji poznawczych w czterech wyodrębnionych grupach:

Grupa 1 – *osoby z wypaleniem pełnym*: w najmniejszym stopniu oceniają daną sytuację w kategorii *wyzwanie/aktywność*, wysoka jest u nich ocena *krzywdza/strata*.

Grupa 2 – *osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych*: najczęściej oceniają tę sytuację jako krzywda/strata, zagrożenie, wyzwanie-pasywność.

Grupa 3 – *osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym*: wykazują najniższe nasilenie oceny sytuacji w kategorii wyzwanie-pasywność, natomiast wysokie w kategorii zagrożenie.

Grupa 4 – *osoby nisko wypalone*: oceniają niniejszą sytuację przede wszystkim jako wyzwanie-aktywność, ocena w kategoriach zagrożenie i krzywda/strata jest u nich najniższa.

Osoby o różnej konfiguracji wymiarów wypalenia nie różniły się między sobą w zakresie oceny sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (KOS-2) (zob. tab. 43. aneks).

W trzecim porównaniu wzięto pod uwagę sytuację występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń aktywności fizycznej (KOS-3). Otrzymane średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic między czterema wyodrębnionymi grupami zamieszczono w tabeli 44.

Tabela 44. *Istotność różnic w wynikach KOS-3 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego*

KOS-1 (podskale)	Grupa 1 (Os. z wypaleniem pełnym)		Grupa 2 (Os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych)		Grupa 3 (Os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym)		Grupa 4 (Os. nisko wypalone)		Test Kruskala-Wallisa	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Zagrożenie	14,64	7,53	11,15	6,18	12,29	5,79	9,33	5,59	8,14	0,043 ^c
Wyzwanie -aktywność	8,64	2,73	8,85	3,34	8,29	3,00	9,90	2,56	6,55	0,088
Wyzwanie -pasywność	4,93	4,80	6,54	4,12	3,95	2,77	4,77	3,35	4,27	0,234
Krzywda/strata	6,57	2,50	5,31	3,22	5,48	2,82	4,29	2,84	7,78	0,051

Różnice między grupami (*test Tukeya*): c. I-IV;

Na wykresie 23. zobrazowano wyniki przekształcone na jednostki standaryzowane z.

Tylko jedna podskala, *zagrożenie* wykazała istotne statystycznie różnice między wyodrębnionymi grupami ($p < 0,05$). W tym zakresie Grupa 1 uzyskała znacząco wyższe wyniki niż Grupa 4. Różnice w podskali *wyzwanie-aktywność* ($p = 0,088$) oraz *krzywda/strata* ($p = 0,051$) pozostały istotne na poziomie tendencji statystycznej.

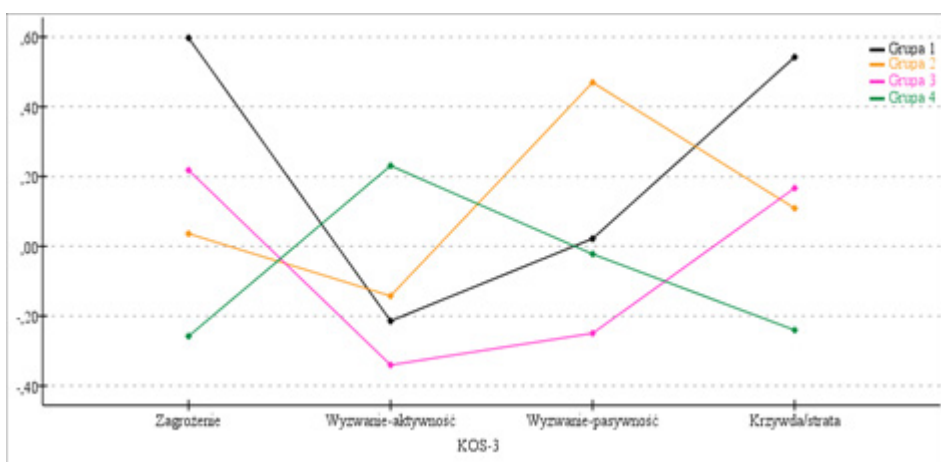
Analiza profilu uzyskanych wyników (wykres 23.) pozwala scharakteryzować ocenę sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń aktywności fizycznej w czterech wyodrębnionych grupach:

Grupa 1 – *osoby z wypaleniem pełnym*: najczęściej przypisują danej sytuacji ocenę zagrożenie i krzywda/strata.

Grupa 2 – *osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych*: najwyżej oceniają sytuację jako wyzwanie-pasywność, nasilenie pozostałych kategorii oceny jest zbliżone do średniej.

Grupa 3 – *osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym*: najrzadziej oceniają sytuację w kategoriach wyzwania -aktywności i -pasywności.

Grupa 4 – *osoby nisko wypalone*: oceniają niniejszą sytuację przede wszystkim jako wyzwanie-aktywność, ocena w kategoriach zagrożenie i krzywda/strata jest u nich najniższa.



Wykres 23. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-3 otrzymane w wyodrębnionych grupach.

Poczucie obciążenia psychicznego

Porównanie wyodrębnionych grup z uwagi na poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki (*Skala Stresu Opiekuna – CDS*) nie ujawniło żadnych istotnych różnic. W każdej z grup poziom *obciążenia psychicznego* był: znaczący w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (CDS-2), umiarkowany – w sytuacji zaburzeń funkcji poznawczych (CDS-1), zaburzeń aktywności fizycznej (CDS-3) (zob. tab. 45. aneks).

10.3. Posiadane kompetencje w grupach o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

Cztery wyodrębnione grupy o różnej konfiguracji wymiarów wypalenia poddano analizie porównawczej w obszarze kompetencji.

Przekonanie o własnej skuteczności

Wynik uzyskany dla *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności* (GSES) wskazał na brak istotnych różnic między grupami o odmiennej konstelacji wymiarów wypalenia z uwagi na ogólne przekonanie o własnej skuteczności (zob. tab. 46. aneks).

Kompetencje emocjonalne

W tabeli 47. znajdują się średnie, odchylenia standardowe oraz istotności różnic otrzymane, jako rezultat porównania grup pod względem wyników w skalach głównych i podskalach *Kwestionariusza Kompetencji Emocjonalnych* (EKF). Następnie wyniki przekształcono na jednostki standaryzowane z i zaprezentowano na wykresie 24.

Tabela 47. Istotność różnic w wynikach EKF między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

EKF (skale główne i szczegółowe/podskale) ¹	Grupa 1		Grupa 2		Grupa 3		Grupa 4		Test Kruskala -Wallisa	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji	47,00	5,25	50,38	7,81	51,14	8,27	54,06	7,54	10,75	0,013 ^c
Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji (1_1)	20,07	4,46	23,08	3,95	23,14	2,73	23,19	3,23	7,90	0,048 ^{b,c}
Kontrola nad utrzymaniem stencicznych emocji (1_2)	16,36	2,68	17,00	4,12	17,33	4,07	19,44	4,76	8,99	0,029 ^c
Rozpoznawanie emocji u innych	58,93	12,65	61,38	6,59	65,33	8,33	67,83	9,06	11,58	0,009 ^c
Rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych (2_1)	21,57	4,97	20,46	2,44	22,90	3,45	23,94	3,81	12,20	0,007 ^c
Rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych (2_2)	23,71	5,58	25,85	3,29	26,67	3,67	27,90	4,03	10,68	0,014 ^c
Rozpoznawanie astenicznych i neg. emocji u innych (2_3)	14,29	3,38	14,85	2,03	16,14	2,08	16,29	2,14	8,92	0,030 ^{e''}
Wyuczone, świadome wyrażanie swoich emocji (4_4)	9,50	1,45	9,31	1,38	9,86	2,03	10,73	2,12	10,30	0,016 ^c

Różnice między grupami (*test Tukeya*): c. I-IV; b. I-III; e. II-IV; (*test Gamesa-Howella*): e''. II-IV;

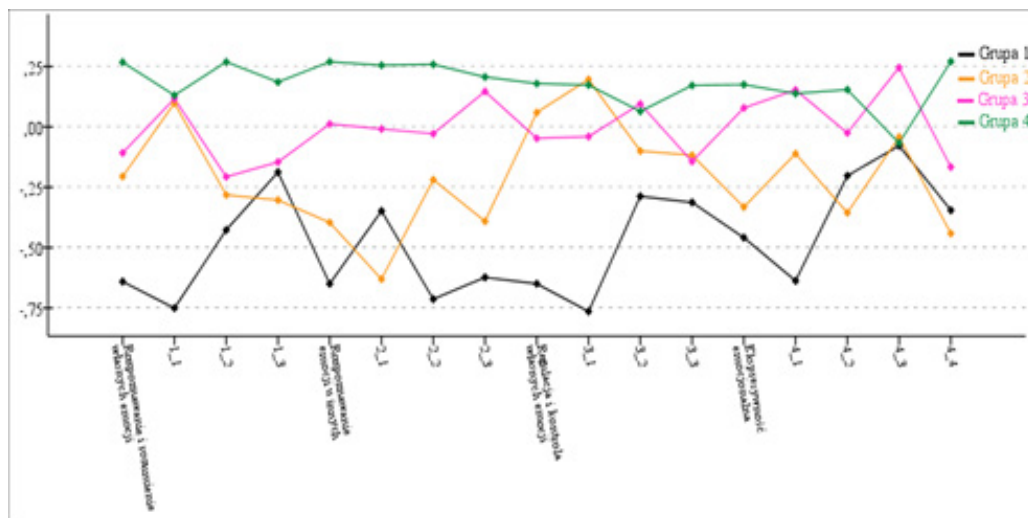
¹ W tabeli podano tylko te skale główne i szczegółowe, które istotnie różnicowały wydzielone grupy.

Oznaczenia: Grupa 1 – osoby z wypaleniem pełnym, Grupa 2 – osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych, Grupa 3 – osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym, Grupa 4 – osoby nisko wypalone.

Okazało się, że dwie skale główne i sześć podskal na poziomie statystycznie istotnym różnicowały wyodrębnione grupy. W skali *rozpoznawanie i rozumienie emocji własnych* ($p < 0,05$) oraz *rozpoznawanie emocji u innych* ($p < 0,01$) Grupa 4 osiągnęła znamienne wyższe wyniki niż Grupa 1. Takie same różnice między grupami wystąpiły w podskali *kontrola nad utrzymaniem stencjonalnych emocji* ($p < 0,05$), *rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych* ($p < 0,05$).

W zakresie podskali *rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych* ($p < 0,01$), *rozpoznawanie astenicznych i negatywnych emocji u innych* ($p < 0,05$), *wyuczone świadome wyrażanie swoich emocji* ($p < 0,05$) wyniki Grupy 2 były znacząco niższe od wyników Grupy 4. Dla podskali *adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji* ($p < 0,05$) stwierdzono statystycznie istotne różnice między Grupą 1 i 4 oraz Grupą 1 i 3.

Na poziomie tendencji statystycznej pozostały różnice w skali *ekspresywność emocjonalna* ($p = 0,066$), podskali (3_1) *samokontrola własnych negatywnych emocji* ($p = 0,071$), podskali (4_1) *spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie* ($p = 0,077$).



Wykres 24. Średnie wyniki standaryzowane z w EKF otrzymane w wyodrębnionych grupach.

Analiza profilu uzyskanych wyników (wykres 24.) umożliwia scharakteryzowanie umiejętności kompetencji emocjonalnej w czterech wyodrębnionych grupach:

Grupa 1 – *osoby z wypaleniem pełnym*: wyróżniają się najniższym nasileniem głównych umiejętności kompetencji emocjonalnej; wśród umiejętności szczegółowych wynik bliski średniej uzyskują w spontanicznym informowaniu o swoich emocjach (4_3), pozostałe umiejętności pozostają na poziomie niskim.

Grupa 2 – *osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych*: wykazują najwyższą samokontrolę własnych negatywnych emocji (3_1) oraz najniższe umiejętności: samokontroli nad stabilnością dobrego nastroju (1_3), rozpoznawania

stanów emocjonalnych u innych (2_1), koncentracji na wyrażaniu pozytywnych emocji (4_2), wyuczonego, świadomego wyrażania swoich emocji (4_4).

Grupa 3 – *osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym*: charakteryzują się strukturą profilu umiejętności kompetencji emocjonalnej najbardziej zbliżoną do średniej, poza niższą kontrolą nad utrzymaniem stencjonalnych emocji (1_2) i wyższym spontanicznym informowaniem o swoich emocjach (4_3).

Grupa 4 – *osoby nisko wypalone*: osiągają stosunkowo najwyższe odchylenia od średniego nasilenia umiejętności kompetencji emocjonalnej, wyjątkiem jest adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji (1_1), wytrzymałość i odporność emocjonalna (3_2), spontanicznego informowaniu o swoich emocjach (4_3).

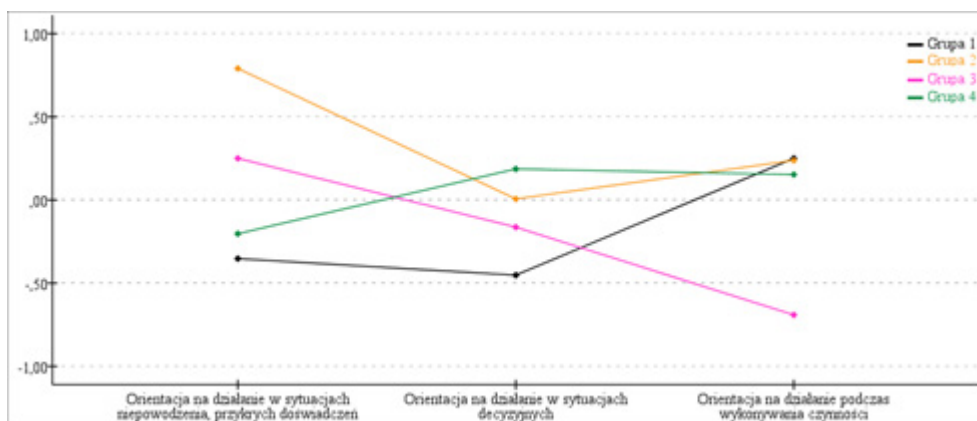
Kontrola wolicjonalna

Celem poznania tych właściwości wolicjonalnych (orientacji na działanie vs stan, orientacji na działanie vs zmienność), które znacząco różnicują wyodrębnione grupy, porównano wyniki uzyskane w *Skali Kontroli Działania* (ACS-90). Otrzymane średnie, odchylenia standardowe i istotności różnic zawiera tabela 48. Wykres 25. przedstawia graficznie wyniki przekształcone na jednostki standaryzowane z.

Tabela 48. *Istotność różnic w wynikach ACS-90 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego*

ACS-90 (podskale) Orientacja na działanie:	Grupa 1 (Os. z wypaleniem pełnym)		Grupa 2 (Os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych)		Grupa 3 (Os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym)		Grupa 4 (Os. nisko wypalone)		Test Kruskala-Wallisa	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
w syt. niepowo- dzenia przykrych dośw.	3,43	2,10	6,77	3,68	5,19	3,31	3,87	2,39	9,52	0,023 ^{a,c}
w syt. decyzyj- nych	6,21	2,52	7,54	2,90	7,05	2,85	8,06	2,92	6,25	0,100
podczas wykony- wan. czynności	8,64	2,06	8,62	1,85	6,52	2,38	8,42	2,11	10,30	0,016 ^{b,d,f}

Różnice między grupami (*test Gamesa-Howella*): a. I-II; e. II-IV; (*test Tukey* ') b. I-III; d. II-III; f. III-IV;



Wykres 25. Średnie wyniki standaryzowane z w ACS-90 otrzymane w wyodrębnionych grupach.

Istotnie statystycznie różnice między wyodrębnionymi grupami stwierdzono w dwóch podskalach. W zakresie *orientacji na działanie w sytuacjach niepowodzenia* ($p < 0,05$) Grupa 2 uzyskała znacząco wyższe wyniki niż Grupa 1 i 4. W podskali *orientacja na działanie podczas wykonywania czynności* ($p < 0,05$) wyniki Grupy 1, Grupy 2 i Grupy 4 różniły się istotnie od wyników Grupy 3, które były najniższe.

Analiza profilu uzyskanych wyników (wykres 25.) pozwala na przedstawienie charakterystyki właściwości wolicjonalnych w czterech wyodrębnionych grupach:

Grupa 1 – *osoby z wypaleniem pełnym*: cechują się niskim nasileniem orientacji na działanie w sytuacjach niepowodzenia i w sytuacjach decyzyjnych.

Grupa 2 – *osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych*: wykazują najwyższą orientację na działanie w sytuacjach niepowodzenia.

Grupa 3 – *osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym*: wyróżniają się najniższą orientacją na działanie podczas wykonywania czynności.

Grupa 4 – *osoby nisko wypalone*: uzyskują wyniki na poziomie bliskim średnie

11. Zmienne wyjaśniające zespół wypalenia zawodowego w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera

W niniejszym rozdziale zostaną ustalone zmienne psychologiczne wyjaśniające zespół wypalenia zawodowego w całej badanej grupie pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera. W tym celu zastosowano model krokowej analizy regresji.

Pomiaru zmiennej zależnej dokonano za pomocą *Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego* (MBI), który ujmuje strukturalny charakter zjawiska wypalenia. Jako zmienne zależne przyjęto cztery czynniki: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację, obniżone poczucie dokonań osobistych, ogólny wskaźnik wypalenia. Zmiennymi niezależnymi wprowadzanymi do modelu regresyjnego były:

1. *Ocena stresu* w odniesieniu do sytuacji opieki, wyznaczonej przez objawy typowe dla choroby Alzheimera (zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne, zaburzenia aktywności fizycznej): zagrożenie, wyzwanie-aktywność, wyzwanie-pasywność, krzywda/strata.
2. *Poczucie obciążenia psychicznego* w odniesieniu do sytuacji opieki, wyznaczonej przez objawy typowe dla choroby Alzheimera (zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne, zaburzenia aktywności fizycznej).
3. *Posiadane kompetencje*: przekonanie o własnej skuteczności, kompetencje emocjonalne (rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji, rozpoznawanie emocji u innych osób, regulacja i kontrola własnych emocji, ekspresywność emocjonalna), kontrola wolicjonalna (orientacja na działanie/stan w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń, orientacja na działanie/stan w sytuacjach decyzyjnych, orientacja na działanie/zmienność podczas wykonywania czynności).

Zmienne wyjaśniające wyczerpanie emocjonalne

W celu wykrycia zmiennych wyjaśniających wariację w czynniku wyczerpanie emocjonalne dokonano analizy regresji. Uzyskane rezultaty zamieszczono w tabeli 49.

Tabela 49. *Zmienne niezależne wyjaśniające wariancję w czynniku wyczerpanie emocjonalne*

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej:			
Wyczerpanie emocjonalne			
$R = 0,44$; <i>poprawione</i> $R^2 = 0,17$; $F = 7,65$; $p = 0,000$			
Zmienne niezależne	Beta	t	p
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji	-0,25	-2,77	0,007
Ocena zagrożenie (zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne)	0,28	2,97	0,004
Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności	-0,26	-2,79	0,007

Spośród zmiennych wprowadzanych do modelu regresyjnego, trzy okazały się istotne statystycznie w przewidywaniu czynnika wyczerpanie emocjonalne. Ocena sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych w kategorii *zagrożenie* wiązała się z bardziej nasilonym wyczerpaniem emocjonalnym ($B = 0,28$; $p < 0,01$). Z kolei *rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji* ($B = -0,25$; $p < 0,01$) i *orientacja na działanie podczas wykonywania czynności* ($B = -0,26$; $p < 0,01$) ujawniły związek z niższym nasileniem wyczerpania emocjonalnego. Wszystkie wymienione zmienne wyjaśniały 17% wariancji.

Zmienne wyjaśniające depersonalizację

Depersonalizacja jest kolejnym wymiarem zespołu wypalenia zawodowego, dla którego ustalono uwarunkowania na drodze analizy regresji. Przeanalizowano udział poszczególnych zmiennych wyjaśniających ten czynnik. Otrzymane wartości statystyk regresyjnych zawiera tabela 50. na następnym stronie.

Dla wyjaśnienia wariancji w czynniku depersonalizacja istotne statystycznie okazały się cztery zmienne. *Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji* ($B = -0,23$; $p < 0,05$) oraz *rozpoznawanie emocji u innych* ($B = -0,32$; $p < 0,01$) wykazały zależność z niższą depersonalizacją. Także *orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych* ($B = -0,27$; $p < 0,01$) łączyła się z mniejszym nasileniem depersonalizacji. Natomiast wysoki stopień *przekonania o własnej skuteczności* ($B = 0,22$; $p < 0,05$) był związany ze wzrostem depersonalizacji. Razem zmienne wyjaśniały 21% wariancji.

Tabela 50. *Zmienne niezależne wyjaśniające wariancję w czynniku depersonalizacja*

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej:			
Depersonalizacja			
$R = 0,50$; <i>poprawione</i> $R^2 = 0,21$; $F = 7,57$; $p = 0,000$			
Zmienne niezależne	Beta	t	p
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji	-0,23	-2,25	0,027
Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych	-0,27	-2,78	0,007
Rozpoznawanie emocji u innych osób	-0,32	-2,85	0,005
Przekonanie o własnej skuteczności	0,22	1,99	0,049

Zmienne wyjaśniające obniżone poczucie dokonań osobistych

Celem wyodrębnienia zmiennych biorących udział w wyjaśnianiu wariacji w czynniku obniżone poczucie dokonań osobistych przeprowadzono analizę regresji. Uzyskane statystyki modelu regresyjnego zaprezentowano w tabeli 51.

Tabela 51. *Zmienne niezależne wyjaśniające wariację w czynniku obniżone poczucie dokonań osobistych*

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej:				
Obniżone poczucie dokonań osobistych				
$R = 0,66$; $\text{poprawione } R^2 = 0,40$; $F = 11,94$; $p = 0,000$				
Zmienne niezależne	Beta	t	p	
Rozpoznawanie emocji u innych osób	-0,30	-3,63	0,000	
Ocena krzywda/strata (zaburzenia funkcji poznawczych)	0,22	2,75	0,007	
Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych	-0,41	-4,43	0,000	
Orientacja na działanie sytuacjach niepowodzenia (przykrych doświadczeń)	-0,36	-3,67	0,000	
Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności	-0,28	-3,04	0,003	
Ocena wyzwanie-aktywność (zaburzenia aktywności fizycznej)	-0,16	-1,99	0,049	

W przewidywaniu czynnika obniżone poczucie dokonań osobistych istotnymi okazało się sześć zmiennych. Ocena sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń funkcji poznawczych jako *krzywda/strata* wykazała zależność z bardziej nasilonym obniżonym poczuciem dokonań osobistych ($B = 0,22$; $p < 0,01$). Natomiast ocena sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń aktywności fizycznej w kategorii *wyzwanie-aktywność* była związane z niższym poziomem niniejszego wymiaru ($B = -0,16$; $p < 0,05$). Także *rozpoznawanie emocji u innych* ($B = -0,30$; $p < 0,001$) oraz *orientacja na działanie* – w sytuacjach decyzyjnych ($B = -0,41$; $p < 0,001$), w sytuacjach niepowodzenia (przykrych doświadczeń) ($B = -0,36$; $p < 0,001$), podczas wykonywania czynności ($B = -0,28$; $p < 0,01$) łączyły się z mniej nasilonym obniżonym poczuciem dokonań osobistych. Wszystkie opisane zmienne wyjaśniały 40% wariacji.

Zmienne wyjaśniające ogólny wskaźnik wypalenia

Ogólny wskaźnik wypalenia, który jest sumą trzech wyżej opisanych czynników również został uwzględniony w analizie regresji. Otrzymane wyniki dla poszczególnych zmiennych niezależnych przedstawia tabela 52.

Tabela 52. Zmienne niezależne wyjaśniające wariancję w ogólnym wskaźniku wypalenia

Podsumowanie regresji zmiennej zależnej:			
Ogólny wskaźnik wypalenia			
$R = 0,57$ poprawione $R^2 = 0,29$ $F = 11,19$ $p = 0,000$			
Zmienne niezależne	Beta	t	p
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji	-0,24	-2,42	0,017
Ocena zagrożenie (zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne)	0,17	1,95	0,050
Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych	-0,25	-2,76	0,007
Rozpoznawanie emocji u innych osób	-0,24	-2,50	0,014

Cztery zmienne okazały się istotne w wyjaśnianiu wariancji wyników ogólnego wskaźnika wypalenia. Ocena sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych, afektywnych w kategorii *zagrożenie* wiązała się z wyższym poziomem ogólnego wypalenia ($B = 0,17$; $p < 0,05$). Jednocześnie *orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych* ($B = -0,25$; $p < 0,01$), *rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji* ($B = -0,24$; $p < 0,01$), *rozpoznawanie emocji u innych osób* ($B = -0,24$; $p < 0,05$) ujawniły zależność z mniej nasilonym wypaleniem ogólnym. Powyższe zmienne łącznie pozwalały na wyjaśnienie 29% wariancji.

12. Dyskusja wyników

W przedstawionym programie badawczym za cel główny przyjęto poszukiwanie zależności między zmiennymi psychologicznymi, a zespołem wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek opiekujących się pacjentami z chorobą Alzheimera. Celem pobocznym pracy było z kolei ustalenie wzorca funkcjonowania psychofizycznego osób cierpiących na chorobę Alzheimera, którzy w projekcie stanowili grupę kontekstową.

W niniejszym rozdziale przeprowadzona zostanie interpretacja rezultatów badań wraz z weryfikacją sformułowanych hipotez badawczych.

12.1. Psychofizyczne funkcjonowanie pacjentów z chorobą Alzheimera przebywających w ośrodku opieki długoterminowej

Pierwsza część referowanych wyników dotyczy osób z chorobą Alzheimera oraz opisu ich funkcjonowania w trzech obszarach: poznawczym, behawioralnym i psychicznym, fizycznym. Uzyskane rezultaty są odpowiedzią na **pytanie badawcze numer 1** o charakterze eksploracyjnym – jaki jest wzorzec funkcjonowania psychofizycznego osób z chorobą Alzheimera przebywających w ośrodku opieki długoterminowej?

Poziom sprawności funkcji poznawczych

U każdej przebadanej osoby z chorobą Alzheimera obserwowano obniżoną sprawność funkcji poznawczych do poziomu umiarkowanego (48 osób) lub głębokiego (52 osoby). Uśrednienie indywidualnych wyników badań wskazało na głębokie (górną granicę) zaburzenia funkcjonowania poznawczego w całej grupie. Zestawiając dane liczbowe z opisową Skalą Deterioracji Ogólnej GDS (Reisberg i in., 2011) uznano, że wśród pacjentów na 4. etapie choroby Alzheimera była jedna osoba, na 5. etapie – 13 osób, na 6. etapie – 23, na ostatnim 7 etapie – 13. W diagnozie medycznej (Feldman, Woodward, 2005) wymienione etapy odpowiadają kolejno łagodnej, umiarkowanej, ciężkiej i bardzo ciężkiej chorobie Alzheimera.

Globalny poziom sprawności funkcji poznawczych pacjentów przebywających w ośrodku opieki długoterminowej był niższy niż u chorych badanych w środowisku

domowym (Grabowska-Fudala, i in., 2013; Włodarek, 2012), podczas ambulatoryjnych wizyt (Pałchalska i in. 2009; Bolt-Drosik, 2014) czy krótkotrwałego leczenia szpitalnego (Stańczak, 2010). Wynika to z faktu, że przy tak nasilonych zaburzeniach poznawczych osoba traci zdolność do samodzielnego funkcjonowania i wymaga stałej opieki, którą najbliżsi często z przyczyn życiowych (praca, małe dzieci, własne problemy zdrowotne, brak warunków mieszkaniowych) nie są w stanie jej zapewnić lub wyczerpali już w tym obszarze swoje siły. Dlatego do ośrodków trafiają najczęściej osoby w stanie bardziej zaawansowanym.

Jest to zgodne z doniesieniami empirycznymi, które mówią wprost o wzroście wymagań opiekuńczych wraz z zaawansowaniem choroby Alzheimera. Dokonując oceny wydolności czynnościowej Włodarek (2012) stwierdził, że osoby będące na późniejszych etapach choroby (według skali GDS) miały dużo bardziej ograniczoną zdolność do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego niż osoby na etapach wcześniejszych. A także w ogóle nie były w stanie wykonywać czynności złożonych, podczas gdy w grupie mniej zaawansowanej niektóre z takich czynności wciąż realizowano. Za istotne z perspektywy opieki uważa się też narastające problemy w komunikacji. Makara-Studzińska, Gustaw, Kryś (2012) podają, że badani w drugim stadium choroby Alzheimera (według skali MMSE) często nie rozumieją wypowiedzi innych osób i mają problemy z formułowaniem własnych wyrażań, a w stadium trzecim stopniowo tracą możliwość werbalnego oraz niewerbalnego porozumiewania się.

Z obserwacji własnych wynika, że w badanej grupie pacjentów poszczególne kategorie funkcji poznawczych okazały się być zaburzone w różnym stopniu. Osoby z chorobą Alzheimera najlepiej poradziły sobie z bezpośrednim powtórzeniem trzech słów (zapamiętywanie). Względnie dobrze potrafiły też rozpoznać i nazwać przedmioty (nazywanie), przeczytać ze zrozumieniem krótkie zdanie (czytanie) oraz zrozumieć po czym wykonać złożone polecenie (rozumienie). Zdecydowanie gorzej pacjenci wypadli podczas konieczności aktywizowania zdolności wzrokowo-przestrzennych (rysowanie) oraz rachunkowych (uwaga i liczenie). Bardzo duże trudności sprawiało im prawidłowe odnalezienie się w miejscu i w czasie (orientacja), a także w ogóle (z wyjątkiem jednej osoby) nie byli w stanie przypomnieć sobie przyswojonych chwilę wcześniej trzech słów (przypominanie).

Otrzymany profil zaburzeń porównano z wynikami osób z chorobą Alzheimera, którzy tworzyli jedną z grup klinicznych w polskich pracach nad normalizacją skali MMSE (Stańczak, 2010). Mimo, że ogólny poziom sprawności funkcji poznawczych był w tym przypadku wyższy (umiarkowany) niż w badaniach własnych (głęboki), to pacjenci z obydwu grup uzyskali porównywalne wyniki w czterech podskalach: zapamiętywaniu, nazywaniu, rozumieniu, rysowaniu. Można wnosić, że obniżanie się wymienionych

zdolności w chorobie Alzheimera jest wolniejsze w przeciwieństwie do pozostałych kategorii, które prawdopodobnie pogarszają się szybciej.

Występowanie zaburzeń zachowania, objawów psychiatrycznych i afektywnych

Z obszaru zaburzeń zachowania, objawów psychiatrycznych i afektywnych najczęściej występującymi (kilka razy w tygodniu lecz nie codziennie) objawami u osób z chorobą Alzheimera były: lęk, apatia/zobojętnienie oraz odbiegające od normy zachowania ruchowe. Czasami (mniej więcej raz w tygodniu) obserwowano: depresję, drażliwość/chwiejność, pobudzenie/agresję, zaburzenia snu oraz zaburzenia apetytu i jedzenia. Natomiast odhamowanie, halucynacje, nadmierna radość/euforia i urojenia pojawiały się u chorych najrzadziej (rzadziej niż raz w tygodniu).

Większość spośród wymienionych objawów, to jest: lęk, odbiegające od normy zachowania ruchowe, pobudzenie/agresja, apatia/zobojętnienie, depresja, drażliwość/chwiejność, zaburzenia snu odznaczały się umiarkowanym nasileniem. W stopniu łagodnym występowały zaś odhamowanie, halucynacje, nadmierna radość/euforia, urojenia oraz zaburzenia apetytu i jedzenia.

Podobne rezultaty uzyskali Zuidema, Derksen, Verhey i Koopmans (2007). Na podstawie iloczynu częstości i nasilenia objawów, stwierdzili że u pacjentów z chorobą Alzheimera do najbardziej powszechnych należały: apatia/zobojętnienie, drażliwość/chwiejność (po 34%), pobudzenie/agresja (31%), odbiegające od normy zachowania ruchowe (29%), lęk (21%), depresja (20%).

Opisany obraz zaburzeń jest także zgodny z badaniami przeprowadzonymi przez Sobów i Kłószewską (2007). Autorzy ci dodatkowo na podstawie analizy czynnikowej wyodrębnili szersze grupy – komponenty objawów występujących u osób z chorobą Alzheimera. Były to: psychoza (urojenia, odhamowanie, omamy, pobudzenie/agresja), zaburzenia nastroju (depresja, drażliwość/chwiejność, lęk), apatia.

Powyższe doniesienia dotyczyły pacjentów w zaawansowanych stadiach choroby Alzheimera, którzy przebywali w specjalistycznych ośrodkach. Spalletta, i in. (2010) u osób ze świeżo postawioną diagnozą, leczących się w poradniach zaburzeń pamięci wykazali pięć zespołów neuropsychiatrycznych: apatyczny, afektywny (lęk, depresja), psychomotoryczny (pobudzenie/agresja, drażliwość/chwiejność, odbiegające od normy zachowania ruchowe), psychiatryczny (urojenia, omamy), maniakałny (odhamowanie, halucynacje, nadmierna radość/euforia).

Poziom aktywności fizycznej

Aktywność fizyczna badanych osób z chorobą Alzheimera okazała się być mocno ograniczona. Pacjenci wykonywali małą ilość kroków (mediana 547 kroków/dzień), tym samym w większości (86%) prowadzili siedzący tryb życia. U 92.% z nich został

zarejestrowany wysiłek fizyczny, ale był on umiarkowany i trwał bardzo krótko (mediana 28 minut/dzień). Jednocześnie chorzy przeznaczali dużo czasu na odpoczynek wraz ze snem (średnio 10 godzin/dzień).

Przedstawione parametry ujawniły, że osoby z chorobą Alzheimera przebywające w ośrodku opieki długoterminowej cechują się zmniejszoną aktywnością fizyczną, która niewątpliwie wynika z ich małej sprawności fizycznej. W konsekwencji pacjenci są zależni od pomocy innych (tutaj pielęgniarek), zgodnie z indywidualnymi potrzebami.

Badania potwierdzają, że proces starzenia się jest czynnikiem wpływającym niekorzystnie na poziom aktywności fizycznej. Jachimowicz i Kostka (2009) na bazie wywiadów z osobami powyżej 65. roku życia stwierdzili, że starszy wiek i duża ilość przyjmowanych leków (jako wyznacznik złego stanu zdrowia) były związane z niższą aktywnością ruchową i sprawnością lokomocyjną. W innych doniesieniach, deklarowana aktywność ruchowa kobiet i mężczyzn wraz z upływem czasu malała, przechodząc od umiarkowanej w grupie wieku 65-69 i 70-74 lat, przez lekką w grupie 75-79 i 80-84 lat, do znikomej w grupie 85-89 i 90+ lat (Zieliński, Celka, Wojtkowiak, Szyszka, 2017). Pogarszanie się aktywności fizycznej u seniorów jest obserwowane także w pomiarach obiektywnych przy użyciu aparatu SenseWear Pro3 Armband. W grupie badanych między 60. a 87. rokiem życia (żyjących z rodzinami lub samotnie) osoby starsze w porównaniu z młodszymi miały krótszy czas wysiłku fizycznego i zrobiły mniejszą ilość kroków (Włodarek, Majkowski, Majkowska, 2012).

Wykazano także, że na obniżenie aktywności fizycznej poza samym wiekiem, w sposób znaczący wpływają zaburzenia funkcji poznawczych (Tomaszewski i in., 2010; Rosano i in., 2005) w tym choroba Alzheimera (Wang i in., 2004).

Korzystając z aparatu SenseWear Pro3 Armband Włodarek (2012) oszacował, że osoby chorujące na chorobę Alzheimera w ciągu doby wykonywały mniej kroków, dłużej odpoczywały oraz miały krótszy czas wysiłku fizycznego niż osoby z grupy kontrolnej – niemające tego schorzenia. Otrzymane w projekcie własnym parametry aktywności fizycznej są wyższe niż wyniki z przytoczonych badań dla grupy osób z chorobą Alzheimera przebywających w domach opieki. Oscylują natomiast wokół wyników dla grupy chorych mieszkających we własnych domach.

12.2. Psychologiczne uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą Alzheimera

Druga część referowanych wyników to analiza zmiennych psychologicznych modyfikujących zespół wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek sprawujących opiekę

nad pacjentami z chorobą Alzheimera. Przeprowadzona analiza składa się z trzech etapów, które będą stanowiły treść kolejnych podrozdziałów.

W ramach wprowadzenia, najpierw udzielono odpowiedzi na eksploracyjne **pytanie badawcze numer 2**, które brzmiało: jaka jest struktura i nasilenie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera?

Na zespół wypalenia zawodowego w opiece pielęgniarskiej nad pacjentami z chorobą Alzheimera składały się następujące elementy: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, obniżone poczucie dokonań osobistych. Poziom nasilenia wyczerpania emocjonalnego i obniżonego poczucia dokonań osobistych był średni, a depersonalizacji niski (por. tab. 32.). Tym samym potwierdzony został trójskładnikowy model wypalenia opracowany przez Maslach (1982a).

Wyniki własne dotyczące nasilenia depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych w odniesieniu do badań zagranicznych są porównywalne. Z kolei wynik dla emocjonalnego wyczerpania okazuje się być albo wyższy (Yun-Hee, i in., 2011; Heyns, i in., 2003; Evers, Tomic, Brouwers, 2001) albo niższy (Shinan-Altman, Werner, Cohen, 2016; Duffy, Oyeboode, Allen, 2009) od rezultatów innych autorów. Biorąc pod uwagę badania polskie, uzyskane wyniki są takie same jak u pielęgniarek internistycznych oraz psychiatrycznych (Beisert, 2009), ale niższe niż u pielęgniarek onkologicznych (Kurowska, Witkowska, 2011) i pielęgniarek pogotowia ratunkowego (Lewko i in., 2009). Warto zaznaczyć, że w badanej grupie ogólny wskaźnik wypalenia był na takim samym poziomie jak wśród pielęgniarek chirurgicznych, czy pracujących na oddziale intensywnej terapii medycznej (Beisert, 2009).

12.2.1. Czynniki sytuacyjne i podmiotowe a zespół wypalenia zawodowego

Pierwszy etap analiz koncentrował się na identyfikacji powiązań czynników sytuacyjnych (ocena stresu oraz poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki) i podmiotowych (posiadane kompetencje) z zespołem wypalenia zawodowego.

Ocena stresu w sytuacji opieki a zespół wypalenia zawodowego

Celem **pytania badawczego numer 3** było określenie, jaki jest związek między poznawczą oceną stresu pozostającą w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera, a zespołem wypalenia zawodowego?

Przyjęta pierwsza hipoteza szczegółowa (*H3.1.*) zakładała, że *ocena objawów choroby Alzheimera w kategorii wyzwanie łączy się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego*. Hipoteza ta potwierdziła się częściowo. Przeprowadzone analizy ujawniły

ujemne związki oceny wyzwania-aktywność z wypaleniem w przypadku dwóch z trzech objawów choroby Alzheimera, które brano pod uwagę.

Ocena zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych w kategorii wyzwania-aktywność wiązała się z mniejszym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych. Natomiast ocena zaburzeń aktywności fizycznej jako wyzwania-aktywność wiązała się z mniejszym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym, emocjonalnym wyczerpaniu oraz obniżonym poczuciu dokonań osobistych (por. tab. 18., 19.).

Uzyskane wyniki odnajdują potwierdzenie w literaturze przedmiotu. Doniesienia Ben-Zur i Michael (2007) o kobietach zawodowo pracujących w ochronie zdrowia (pielęgniarki stanowiły 25% badanych) wykazały, że ocena sytuacji pracy w kategorii wyzwania/kontrola wiązała się z mniejszym nasileniem wypalenia we wszystkich trzech jego wymiarach. Przy czym najsilniejsza okazała się zależność z obniżonym poczuciem dokonań osobistych. Dodatkowo związek oceny wyzwania/kontrola z depersonalizacją był moderowany przez radzenie sobie skoncentrowane na emocjach. Wysoki poziom tej formy radzenia oraz niska ocena wyzwania/kontrola prowadziły do większego nasilenia depersonalizacji. W pewnym sensie może to tłumaczyć brak powiązania między oceną wyzwania-aktywność, a depersonalizacją w projekcie własnym. W badaniach Rodneya (2000) postrzeganie przez pielęgniarki agresywnych zachowań (agresja słowna, agresja fizyczna: nakierowana na przedmioty, innych, siebie samego) pacjentów z demencją przebywających w domach opieki jako wyzwania, występowało z niższym poziomem stresu i częstym stosowaniem aktywnych form radzenia sobie.

U opiekunów nieformalnych zajmujących się w domu osobą bliską cierpiącą na otępienie, pozytywna ocena sytuacji opieki łączyła się z deklaracją jej dalszego kontynuowania i niższym wypaleniem w aspekcie ogólnym. Zależność ta występowała nawet w przypadku, gdy obecne u osoby chorej problemy poznawcze, psychiczne i fizyczne były znacznie nasilone (Kajiwara, Nakatani, Ono, Miyakoshi, 2015).

W następnej hipotezie szczegółowej (H3.2) postulowano, że *ocena objawów choroby Alzheimera jako zagrożenie łączy się z większym nasileniem depersonalizacji*. Otrzymane wyniki potwierdzają hipotezę o dodatnim związku depersonalizacji z oceną zagrożenie w sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzenia aktywności fizycznej. Hipoteza ta nie została pozytywnie zweryfikowana w odniesieniu do zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych.

Ocena zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń aktywności fizycznej jako zagrożenie wiązała się z większym nasileniem wypalenia zarówno we wskaźniku ogólnym, jak i we wszystkich jego wymiarach (por. tab. 17., 19.).

Uzyskane dane pozostają w zgodzie z doniesieniami z literatury przedmiotu. Badania opiekunów nieformalnych (zajmujących się w domu bliską osobą starszą)

wskazały, że zagrożenie jako sposób oceny sytuacji opieki, gdy chory jest niesprawny czynnościowo, wymaga pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego, łączyło się z większym nasileniem emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. Ponadto, wypalenie ogólne będące sumą trzech wymienionych wymiarów, okazało się mediatorem związku oceny zagrożenie z wysoką depresyjnością i gorszym zdrowiem fizycznym opiekunów – mediacja całkowita oraz z ich niższą satysfakcją z życia – mediacja częściowa (Lee, Singh, 2010). W innym projekcie małżonkowie osób z demencją, którzy w kontekście między innymi problemów poznawczych i niesprawności funkcjonalnej wynikających z choroby, dokonali oceny sytuacji opieki w kategorii zagrożenie, odczuwali większe obciążenie swoich sił (Van den Vijngaart, Vernooij-Dassen, Felling, 2007).

Zgodnie z otrzymanymi wynikami ocena zaburzeń zachowania, objawów psycho-tycznych i afektywnych w kategorii zagrożenie wiązała się z większym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym (por. tab. 18.).

Istnieją badania, które wskazują na współwystępowanie analizowanej oceny ze stresem. Według Rodneya (2000) ocena agresywnych zachowań (agresja słowna, agresja fizyczna: nakierowana na przedmioty, innych, siebie samego) osób z demencją w kategorii zagrożenie była głównym (32%) predykatorem stresu wśród pielęgniarek.

Ostatnia hipoteza szczegółowa (H3.3.) stanowiła, że *ocena objawów choroby Alzheimera w kategorii krzywda/strata łączy się z większym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych*. Hipoteza została potwierdzona w całości. Uzyskane dane dowodzą, że ocena wszystkich trzech typów objawów choroby Alzheimera w kategorii krzywda/stara jest pozytywnie związana z obniżonym poczuciem dokonań osobistych.

Ocena zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń aktywności fizycznej jako krzywda/strata wiązała się z większym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym, depersonalizacji i obniżonym poczuciu dokonań osobistych. Z kolei ocena zaburzeń zachowania, objawów psycho-tycznych i afektywnych w kategorii krzywda/strata wiązała się z większym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych (por. tab. 17., 18., 19.).

Uzyskane wyniki odzwierciedlają tendencje zawarte w literaturze przedmiotu. W projekcie badawczym zrealizowanym przez Adamsa, Mcclendona i Smytha (2008) ocena sytuacji opieki jako straty, poniesionej na skutek choroby Alzheimera bliskiej osoby, łączyła się z większym obciążeniem opiekuna oraz współwystępowaniem u niego objawów depresyjnych. Przy czym istotnymi predykatorem tej oceny okazały się obecne u chorego zaburzenia funkcji poznawczych oraz problemy w złożonych i podstawowych czynnościach dnia codziennego. Według doniesień Novak i Chapell (1994) przejawy zaburzeń zachowania pacjentów z otępieniem oceniane jako strata obniżały poczucie osobistych dokonań u asystentów pielęgniarskich.

Podsumowując, w odniesieniu do poznawczo-transakcyjnej koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984) stwierdzony u badanych pielęgniarek zespół wypalenia zawodowego można traktować jako funkcjonowanie nieadaptacyjne, które wiąże się z określonym rodzajem oceny stresu w sytuacji opieki.

Omówione związki w postaci graficznej przedstawiono na rycinie 10.

	Zagrożenie	Wyzwanie - aktywność	Wyzwanie - pasywność	Krzywdza/strata
Wyczerpanie emocjonalne	▲■	—■		
Depersonalizacja	▲■			▲■
Obniżone poczucie dokonań osobistych	▲■	—●■		▲●■
Ogólny wskaźnik wypalenia	▲●■	—■		▲■

▲ Zaburzenia funkcji poznawczych
● Zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne
■ Zaburzenia aktywności fizycznej

Ryc. 10. Związek między zmienną zależną (zespołem wypalenia zawodowego) a zmienną niezależną (oceną stresu w sytuacji opieki) w całej grupie pielęgniarek.

Poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki a zespół wypalenia zawodowego

W **pytaniu badawczym numer 4** dociekano, jaki jest związek między obciążeniem psychicznym pozostającym w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera, a zespołem wypalenia zawodowego?

Zgodnie z przyjętą hipotezą ogólną (*H4*) oczekiwano, że *im silniejsze jest doświadczenie obciążenia psychicznego tym większe występuje nasilenie wypalenia zawodowego, szczególnie w wymiarze emocjonalnego wyczerpania*. Rezultaty badań częściowo potwierdzają tę hipotezę. Wykazano dodatni związek poczucia obciążenia psychicznego z emocjonalnym wyczerpaniem w przypadku jednego z trzech objawów choroby Alzheimera branych pod uwagę.

Doświadczenie silniejszego obciążenia psychicznego podczas występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych wiązało się z większym nasileniem emocjonalnego wyczerpania (por. tab. 21.).

Uzyskane dane korespondują z innymi wynikami, które można odnaleźć w literaturze przedmiotu. Badacze są zgodni, że zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne pojawiające się w przebiegu choroby Alzheimera stanowią duże obciążenie podczas sprawowania opieki. Według Tan, Wong i Allen (2005) pobudzenie/agresja,

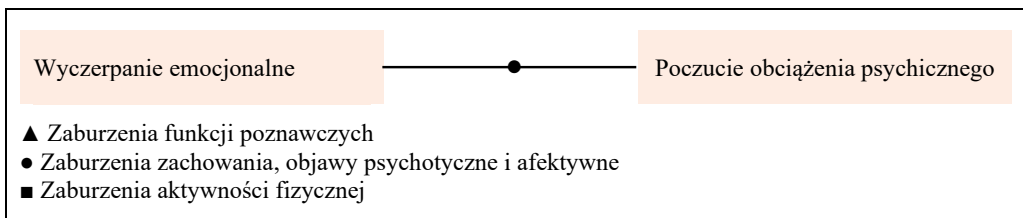
drażliwość/chwiejność, odhamowanie, lęk i halucynacje, ujawniane przez pacjentów (z chorobą Alzheimera lub otępieniem naczyniowym) na oddziale psychogeriatrycznym były przez pielęgniarki ocenione jako najsilniej związane ze stresem. Natomiast nadmierną radość/euforię i depresję wiązano ze stresem najsłabiej.

W projekcie Song i Oh (2015) pielęgniarki pracujące w domach opieki dla osób z demencją, za najbardziej stresujące uznały kolejno: pobudzenie/agresję, odhamowanie, odbiegające od normy zachowania ruchowe, urojenia, zaburzenia jedzenia, halucynacje, zaburzenia zachowań nocnych. Zaś nadmierną radość/euforię oraz apatię/zobojętnienie określiły, jako objawy, które stresowały je najmniej. Zwijsen i in. (2014) wykazali, że w opiece długoterminowej nad pacjentami z otępieniem (50% rozpoznań stanowiła choroba Alzheimera) źródłem największego stresu dla pielęgniarek były: pobudzenie/ agresja, odhamowanie, drażliwość/chwiejność. Mniej stresorodne okazały się zaś: nadmierna radość/euforia, halucynacje, apatia/zobojętnienie. Autorzy ostatnich dwóch przytoczonych prac, zgodnie stwierdzili występowanie silniejszego związku pomiędzy nasileniem niż częstością zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych ujawnianych przez osoby chore, a poziomem stresu u personelu.

Prowadząc badania w niemieckich domach opieki zespół Schmidt, Dichter, Palm, Hesselhorn (2012) określił tzw. indeks stresu w odniesieniu do zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych obecnych u osób z otępieniem. Pielęgniarki, które miały wysoki indeks stresu ujawniały większe nasilenie wypalenia, określonego jako wyczerpanie psychiczne i fizyczne. Wśród opiekunów nieformalnych stres będący efektem występowania u osoby bliskiej cierpiącej na chorobę Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych wiązał się z emocjonalnym wyczerpaniem (Truzzi i in., 2012) lub nasiloną depresją (Fauth, Gibbons, 2014).

Reasumując, sprawdziło się wykazywane przez innych badaczy (Schaufeli, Van Dierendonck, 1993; 1995; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001) współwystępowanie wyczerpania emocjonalnego ze stresem. W wynikach własnych najsilniejszy stres (obciążenia psychiczne) obserwowano w sytuacji występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (por. tab. 20.).

Omówiony związek w postaci graficznej przedstawiono na rycinie 11.



Ryc. 11. Związek między zmienną zależną (zespołem wypalenia zawodowego) a zmienną niezależną (poczuciem obciążenia psychicznego w sytuacji opieki) w całej grupie pielęgniarek.

Kolejne **pytanie badawcze numer 5** brzmiało: jaki jest związek między posiadanymi kompetencjami – przekonaniem o własnej skuteczności, kompetencjami emocjonalnymi, kontrolą wolicjonalną, a zespołem wypalenia zawodowego?

Przekonanie o własnej skuteczności a zespół wypalenia zawodowego

W myśl pierwszej hipotezy szczegółowej (*H5.1.*) przewidywano, że *wyższe przekonanie o własnej skuteczności wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego*. Zrealizowane badania pozwoliły na częściowe potwierdzenie tej hipotezy. Analizy wskazały na dwa ujemne związki między zmiennymi.

Okazało się, że im wyższe było przekonanie o własnej skuteczności pielęgniarek tym mniejsze występowało u nich nasilenie wypalenia we wskaźniku ogólnym oraz obniżonym poczuciu dokonań osobistych (por. tab. 23.).

Uzyskane rezultaty są zgodne z tym, co spotyka się w literaturze przedmiotu. Duffy, Oyebode i Allen (2009) oceniając 61 osób z personelu opiekuńczego pracujących w domach opieki dla pacjentów z otępieniem stwierdzili, że przekonanie o własnej skuteczności było istotnym predykatorem poczucia dokonań osobistych. Takie same wyniki u opiekunów z ośrodków dla osób starszych uzyskali Evers, Tomic, Brouwers (2001). W projekcie autorstwa Mackenziego i Peragine (2003) dokonano wzmocnienia przekonania o własnej skuteczności u pielęgniarek zajmujących się pacjentami z chorobą

Alzheimera. Trening, który przeprowadzono istotnie wpłynął na jeden z wymiarów wypalenia. Pielęgniarki objęte treningiem cechowały się wyższym poziomem poczucia dokonań osobistych niż ich koleżanki z grupy kontrolnej. W badaniach własnych, jak i przedstawionych doniesieniach nie odnotowano związku emocjonalnego wyczerpaniem oraz depersonalizacji z analizowaną zmienną.

Sama Maslach (1998) w autorskim modelu wypalenia obniżone poczucie dokonań osobistych łączy z niską efektywnością działania. Opisywaną zależność można także tłumaczyć teorią kształtowania się poczucia własnej skuteczności, w której osobiste doświadczenia w wykonywaniu zadań zwiększają lub zmniejszają jej poziom (Bandura 1977; 2007).

Współwystępowanie wysokiego przekonania o własnej skuteczności z mniejszym wypaleniem w aspekcie ogólnym potwierdzają wyniki na dużej, liczącej 495 osób grupie personelu pielęgniarskiego z norweskich domów opieki (Burke, Matthiesen, Pallesen, 2006). Interesujące wydają się tu również dane na temat pozytywnego związku między przekonaniem o własnej skuteczności, a satysfakcją z pracy wykonywanej na rzecz osób z otępieniem (Yan, Kwok, Tang, Ho, 2007). Satysfakcja ta stanowi niewątpliwie formę zaangażowania będącego według Maslach (1998) drugim, obok wypalenia końcem kontinuum aktywności zawodowej.

W przypadku osób zajmujących się w domu bliskim cierpiącym na chorobę Alzheimera, pozytywne aspekty wynikające z opieki można uznać za przeciwstawne do wypalenia się. Przeprowadzając dokładnie takie badania, Semiatin i O'connor (2012) wskazali na związek wysokiego przekonania o własnej skuteczności z doświadczaniem pozytywnych aspektów opieki – poczucia sensu, bycia potrzebnym i docenianym.

We wniosku końcowym należy uznać, za potwierdzone stanowisko Chernissa (1993), który wypalenie zawodowe łączy z niedostatkami kompetencyjnymi w zakresie przekonania o własnej skuteczności.

Kompetencje emocjonalne a zespół wypalenia zawodowego

Kolejna hipoteza szczegółowa (H5.2.) zakładała, że *wyższy poziom kompetencji emocjonalnych wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego*. Hipoteza została w całości zweryfikowana pozytywnie. Uzyskane wyniki ujawniły liczne ujemne związki między zmiennymi, które odnajdują potwierdzenie w literaturze przedmiotu.

Po pierwsze okazało się, że im wyższe były umiejętności rozpoznawania emocji u innych osób oraz umiejętności dotyczące własnych emocji – ich regulacja i kontrola, a w szczególności ich rozpoznawanie i rozumienie tym mniejsze występowało nasilenie depersonalizacji i emocjonalnego wyczerpania (por. tab. 25.).

Największe znaczenie, jakie ma tu rozpoznawanie własnego stanu emocjonalnego (razem z utrzymanie emocji pozytywnych, stabilnych) w wyniku zachodzącej interakcji z otoczeniem wydaje się zasadne z uwagi na cechy samej choroby Alzheimera. Objawy, które pojawiają się w jej przebiegu powodują, że opieka nad chorym jest źródłem wielu trudnych emocji. U ankietowanych opiekunów nieformalnych często były to smutek, irytacja (Gustaw, Bełtowska, Makara-Studzińska, 2008), a także złość, zdenerwowanie, frustracja (Wojcierowska, 2008). A wśród pielęgniarek – rozdrażnienie, zakłopotanie, niesmak, pożałowanie, wyrzuty sumienia, niechęć (Sandvoll, Grov, Kristoffersen, Hauge, 2015). Tanaka i in. (2015) prowadząc badania na temat opieki długoterminowej wykazał, że odczuwana przez pielęgniarki wrogość w relacji z pacjentami z otępieniem łączyła się z emocjonalnym wyczerpaniem, a odczuwany krytycyzm z depersonalizacją.

Po drugie wyższy poziom kompetencji emocjonalnych, a przede wszystkim rozpoznawania emocji u innych osób wiązał się z mniejszym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych (por. tab. 25.).

Pierwszorzędowa rola, jaką odegrała tu empatia wydaje się zasadna z racji wykonywanego zawodu pomocowego. Dostrzeganie i rozumienie stanów emocjonalno-uczuciowych pacjentów pogłębia relację opiekuńczą, sprzyja satysfakcji dawania osobie chorej czegoś „więcej” poza leczeniem, czy pomaganiem w codziennych czynnościach. A przy braku perspektyw na wyzdrowienie jest często jedyną dostępną formą pomocy

i wsparcia. Omawiany związek empatii z poczuciem dokonań osobistych obserwowano w ogólnych badaniach pielęgniarek w szpitalach (Ferri i in., 2015; Williams, Lan, Thornton, Olney, 2017), wśród pielęgniarek onkologicznych (Taleghani, Asahouri, Saburi, 2017; Kurowska, Zuza-Witkowska, 2011), a także w opiece nad pacjentem z otępieniem (Kuremyr, i in., 1994).

Po trzecie wykazano, że wyższy poziom kompetencji emocjonalnych (szczególnie rozpoznawania emocji – u innych osób oraz u siebie) wiązał się z mniejszym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym (por. tab. 25.).

Yu i Kirk (2008) w przeglądzie pomiarów nad empatią, przytaczają dwa duże projekty przeprowadzone w szwedzkich domach opieki przez zespół Astroma w latach 90-tych, w których wysoki poziom empatii u pielęgniarek łączył się z pozytywnymi postawami wobec pacjentów z otępieniem oraz z niskim wypaleniem. W odniesieniu do obszaru własnych emocji ich rozpoznawania oraz ochrony dobrego nastroju można przytoczyć badania pracowników opieki w dziennych ośrodkach dla osób z chorobą Alzheimerera. Ujawniany przez nich dysonans emocjonalny łączył się niższą satysfakcją z pracy zaś mniejsza ilość negatywnych emocji z wyższą satysfakcją, którą można przeciwstawiać wypaleniu (Tsukamoto, Abe, Ono, 2015).

Powszechnym jest, że wysoki stopień zaangażowania emocji przy wykonywaniu pracy uważa się za czynnik sprzyjający wypaleniu (Okła, Steuden, 1998). Sugerują to również przedstawione badania własne, w których wysoki poziom kompetencji emocjonalnych pełnił funkcję ochronną przed wypaleniem w opiece.

Kontrola wolicjonalna a zespół wypalenia zawodowego

W ostatniej hipotezie szczegółowej (H5.3.) postulowano, że *większa orientacja na działanie wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia zawodowego*. Hipoteza ta potwierdziła się częściowo. Po przeprowadzeniu analiz ujemne związki obserwowano w przypadku jednego z trzech typów orientacji branych pod uwagę.

Zgodnie z otrzymanymi wynikami, im wyższa była orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, tym mniejsze występowało nasilenie wypalenia zarówno we wskaźniku ogólnym, a także we wszystkich jego wymiarach (por. tab. 27.).

W literaturze dostępne są badania nauczycieli, w których orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych okazała się istotnym predykatorem zgłaszanych zaburzeń funkcjonowania – im bardziej osoba była zorientowana na działanie tym w mniejszym stopniu deklarowała tego rodzaju symptomy (Kadzikowska-Wrzosek, 2012c).

Można wnioskować, że brak trudności dotyczących zainicjowania zamierzonego działania – jego szybkie rozpoczęcie oraz trzymanie się stworzonego planu jego realizacji współwystępuje z mniejszym nasileniem wszystkich objawów wypalenia. Pozyskana

informacja wypełnia lukę w piśmiennictwie psychologicznym na temat znaczenia kontroli wolicjonalnej w rozwoju zespołu wypalenia zawodowego.

Omówione związki w postaci graficznej przedstawiono na rycinie 12.

	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Obniżone poczucie dokonań osobistych	Ogól. wskaźnik wypalenia
Przekonanie o własnej skuteczności			– ◆	– ◆
Rozpoznawanie i rozumienie emocji własnych	– ◆	– ◆	– ◆	– ◆
Rozpoznawanie emocji u innych	– ◆	– ◆	– ◆	– ◆
Regulacja i kontrola emocji własnych	– ◆	– ◆	– ◆	– ◆
Ekspresywność emocjonalna			– ◆	– ◆
Orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadc.				
Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych	– ◆	– ◆	– ◆	– ◆
Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności				

Ryc. 12. Związek między zmienną zależną (zespołem wypalenia zawodowego) a zmiennymi niezależnymi (przekonaniem o własnej skuteczności, kompetencjami emocjonalnymi, kontrolą wolicjonalną) w całej grupie pielęgniarek.

12.2.2. Sposoby funkcjonowania w pracy opiekuńczej

W kolejnym etapie analiz przetestowano istotność różnic w zakresie czynników sytuacyjnych i podmiotowych między grupami, które zostały wyodrębnione ze względu na ogólny wskaźnik wypalenia (podział pierwszy) oraz konfigurację wymiarów zespołu wypalenia (podział drugi).

Pytanie badawcze numer 6 o charakterze eksploracyjnym dotyczyło odpowiedzi na to: czy pielęgniarki o różnym nasileniu wypalenia zawodowego różnią się między sobą pod względem postrzegania klinicznych objawów choroby Alzheimera oraz posiadanych kompetencji?

Na podstawie ogólnego wskaźnika wypalenia uzyskanego w badaniu przy użyciu *Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego (MBI)*, wyodrębniona została grupa osób ze średnim/wysokim nasileniem wypalenia i grupa osób z niskim nasileniem wypalenia.

Grupy porównano najpierw z uwagi na ocenę stresu oraz obciążenie psychiczne w sytuacji opieki, wyznaczonej przez objawy typowe dla choroby Alzheimera.

Pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim silniej niż pielęgniarki z wypaleniem *niskim* postrzegały występujące u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzenia funkcji poznawczych jako zagrożenie lub krzywda/strata, a zaburzenia aktywności fizycznej jako krzywda/strata (por. tab. 34., 36.).

Przypisywana zaburzeniom funkcji poznawczych ocena zagrożenie, dotycząca przewidywanych szkód może być wynikiem lęku. Zaś ocena krzywda/strata, która ujmuje już poniesione szkody w odniesieniu do zaburzeń – funkcji poznawczych oraz aktywności fizycznej może wynikać z żalu. Skupianie się na negatywnych odczuciach w sytuacji opieki wydaje się być konsekwencją niedostatecznej wiedzy na temat tego, jak reagować i radzić sobie z trudnościami pacjenta, co przekłada się na wypalenie. Według badań przeprowadzane szkolenia i programy edukacyjne dotyczące otępienia znacząco zmniejszały objawy stresu wśród pielęgniarek (Takizawa i in., 2017), objawy wypalenia u opiekunów nieformalnych (Ponce i in., 2011) oraz negatywny stosunek rehabilitantów do pacjentów (Szczepańska-Gieracha, Wiepow, Kowalska, 2009).

Ponad to pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim miały tendencję oceniać zaburzenia aktywności fizycznej pacjentów z chorobą Alzheimera bardziej jako zagrożenie i mniej jako wyzwanie-aktywność w porównaniu do pielęgniarek z *niskim* wypaleniem (por. tab. 36.).

Ocena w kategorii zagrożenie wydaje się być tu podyktowana dużą obawą przed niesprawnością pacjenta. Badania własne oraz inne projekty (Włodarek, 2012) wskazały, że sfera fizyczna osób z chorobą Alzheimera przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej jest mocno ograniczona. Niesprawność ta zawsze przekłada się na niesamodzielność chorego w codziennych czynnościach, która wykazuje związek ze stresem (Song, Oh, 2015) i wypaleniem (Miyamoto, Tachimori, Ito, 2010) u personelu.

Pielęgniarki o różnym nasileniu wypalenia nie różniły się w ocenie obecnych u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (por. tab. 35. aneks). Warto zwrócić uwagę, że w całej badanej grupie zaburzeniom zachowania, objawom psychotycznym i afektywnym częściej niż zaburzeniom funkcji poznawczych oraz zaburzeniom aktywności fizycznej przypisywano ocenę zagrożenie (por. tab. 16.).

Poczucie obciążenia psychicznego okazało się niezależne (brak istotnych różnic) od nasilenia wypalenia (por. tab. 37. aneks). Trzeba zaznaczyć, że w całej badanej grupie wyższe obciążenie psychiczne pielęgniarki doświadczały w przypadku obecności u osób chorych zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (poziom znaczący) niż w przypadku pozostałych dwóch typów zaburzeń (poziom umiarkowany) (por. tab. 20.).

Omówione różnice w postaci graficznej przedstawiono na rycinie 13.

	Zab. funkcji poznawczych	Zab. zachowania, objawy psychotyczne i afektywne	Zab. aktywności fizycznej
	OW _{s/w} – OW _n	OW _{s/w} – OW _n	OW _{s/w} – OW _n
Zagrożenie	>>>		> ~
Wyzwanie-aktywność			< ~
Wyzwanie-pasywność			
Krzywda/strata	>>>		>
Poczucie obciążenia psychicznego			
„>>>” $p < 0,001$; „>” $p < 0,05$; „> ~”/„< ~” oznacza tendencje ; OW _{s/w} – osoby z wypaleniem średnim/wysokim ; OW _n – osoby z wypaleniem niskim			

Ryc. 13. Porównanie grup o różnym nasileniu wypalenia pod względem oceny stresu oraz obciążenia psychicznego w sytuacji opieki.

Następnie grupy porównano pod kątem posiadanych kompetencji – przekonania o własnej skuteczności, kompetencji emocjonalnych, kontroli wolicjonalnej.

Pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim ujawniały tendencję do niższego przekonania o własnej skuteczności niż pielęgniarki z wypaleniem *niskim* (por. tab. 38).

Osoba, która uważa się za mało skuteczną często nie podejmuje pewnych zadań, unika określonych sytuacji z obawy że sobie nie poradzi. Jeśli już zdecyduje się na konkretne działanie, to jej wysiłek rzadko kiedy jest stuprocentowy, a wytrwałość potrafi słabnąć zwłaszcza przy napotykananiu trudności. Badane pielęgniarki zajmujące się pacjentami z chorobą Alzheimera, które prezentowały taki sposób funkcjonowania miały większą predyspozycję do wypalenia zawodowego. Poczyniona obserwacja odnajduje potwierdzenie w wynikach innych autorów. Wyższe przekonanie o własnej skuteczności łączyło się mniejszym nasileniem wypalenia u pielęgniarek z oddziałów szpitalnych (Beisert, 2009), domów opieki (Burke, Matthiesen, Pallesen, 2006) oraz u nieformalnych opiekunów osób z chorobą Alzheimera (Cheng i in., 2012), a także z wyższą satysfakcją z pracy u pielęgniarek z dziennych ośrodków dla pacjentów z otępieniem (Bai, Kwok, Chan, Ho, 2013; Yan, Kwok, Tang, Ho, 2007). Interesujące są badania Romero-Moreno i in. (2011), w których przekonanie o własnej skuteczności pełniło rolę moderatora związku między stresem, definiowanym przez lęk i depresję, a wypaleniem u opiekunów zajmujących się osobą bliską z otępieniem.

W porównaniu z pielęgniarkami z wypaleniem *niskim*, pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim odznaczały się słabszą umiejętnością: rozpoznawania i rozumienia własnych emocji (w tym kontroli nad utrzymaniem stencyjnych emocji, samokontroli nad stabilnością dobrego nastroju), rozpoznawania emocji u innych osób (w tym rozpoznawania stanów emocjonalnych u innych i ich zmian), regulacji i kontroli własnych

emocji (w tym obroną przed negatywnymi emocjami) oraz wyrażania swoich emocji, będącą pochodną ekspresywności emocjonalnej (por. tab. 39).

Pielęgniarki, które miały ograniczoną umiejętność rozpoznawania własnego stanu emocjonalnego oraz ochrony stabilnych emocji i dobrego nastroju prezentowały większe nasilenie wypalenia. Jest to zgodne z innymi doniesieniami, gdzie wyrażanie negatywnych reakcji emocjonalnych w stosunku do osób z chorobą Alzheimera (Shinan-Altman, Werner, Cohen, 2015) czy ogólnie do osób z otępieniem (Todd, Watts, 2005) wiązało się z wyższym wypaleniem.

Badane osoby, które nie potrafiły na podstawie mimiki, gestów i komunikatów symbolicznych rozpoznawać stanów emocjonalnych oraz ich zmian u swoich pacjentów charakteryzowały się większym nasileniem wypalenia. Obecność niższego wypalenia u jednostek z wyższą empatią potwierdzają badania przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej (Wilczek-Rużyczka, 2003), czy pielęgniarek psychogeriatrycznych zajmujących się chorymi z otępieniem (Astrom, Nilsson, Norberg, Sandman, Winbland, 1991).

Pielęgniarki, które nie zapewniły sobie pozytywnego tła emocjonalnego z uwagi na niewłaściwe kierowanie i regulowanie własnymi emocjami, a w szczególności miały problem z obroną przed pojawianiem się emocji negatywnych ujawniały większe nasilenie wypalenia. Współwystępowanie prawidłowej regulacji emocji z niższym wypaleniem uzyskali między innymi Kwon i Kim (2016) w badaniach dotyczących pielęgniarek psychiatrycznych.

Badane osoby, które miały trudności ze świadomym wyrażaniem swoich emocji związanych z pracą opiekuńczą odznaczały się większym nasileniem wypalenia. Celem odniesienia, w innych badaniach z wyższym wypaleniem łączyła się negatywna postawa do wyrażania emocji po śmierci pacjentów u pielęgniarek onkologicznych (Granek i in., 2017) oraz tłumienie negatywnych emocji i zafałszowywanie negatywnych emocji u pielęgniarek – ogólnie (Packell, Narayan, 2013).

W zakresie kontroli wolicjonalnej pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim cechowały się niższą orientacją na działanie w sytuacjach decyzyjnych niż pielęgniarki z wypaleniem *niskim* (por. tab. 40).

Osoba zorientowana bardziej na stan niż na działanie w sytuacjach decyzyjnych ma trudności z rozpoczęciem zamierzonego zadania, przedłuża czas jego zainicjowania, a także nie umie stworzyć planu działania – waha się oraz długo myśli o tym jak zacząć.

Pielęgniarki zajmujące się pacjentami z chorobą Alzheimera, które funkcjonowały w taki sposób charakteryzowały się większym nasileniem wypalenia. Dostępne badania (Beckamnn, Kellmann, 2004) dowodzą, że orientacja na stan za sprawą skłonności do ruminacji i nadmiernej dyscypliny powoduje utrzymanie się negatywnych konsekwencji

stresu. Baumann, Kaschel, Kuhl (2007) wskazali, że jednostki zorientowane na stan w wyniku stresu częściej doświadczają obniżenia dobrostanu psychicznego oraz częściej cierpią z powodu zaburzeń psychosomatycznych. Również w warunkach zwiększonego stresu osoby zorientowanych na stan prezentują wyższy poziom niepokoju, bezsenności, symptomów depresji i zaburzeń funkcjonowania (Kadzikowska-Wrzosek, 2012c).

Omówione różnice w postaci graficznej przedstawiono na rycinie 14.

	OW _{ś/w} – OW _n
Przekonanie o własnej skuteczności	< ~
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji	<<
<i>Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji</i>	
<i>Kontrola nad utrzymaniem stencyjnych emocji</i>	<<<
<i>Samokontrola nad stabilnością dobrego nastroju</i>	<
Rozpoznawanie emocji u innych osób	<<
<i>Rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych</i>	<<
<i>Rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych</i>	<
<i>Rozpoznawanie astenicznych i neg. emocji u innych</i>	
Regulacja i kontrola własnych emocji	<
<i>Samokontrola własnych negatywnych emocji</i>	
<i>Wytrzymałość i odporność emocjonalna</i>	
<i>Obrona przed negatywnymi emocjami</i>	<<<
Ekspresywność emocjonalna	
<i>Spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie</i>	
<i>Koncentracja na wyrażaniu pozytywnych emocji</i>	
<i>Spontaniczne informowanie o swoich emocjach</i>	
<i>Wyuczone, świadome wyrażanie swoich emocji</i>	<
Orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń	
Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych	<<<
Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności	
„<<<<” $p < 0,001$; „<<<” $p < 0,01$; „<<” $p < 0,05$; „< ~” oznacza tendencje ; OW _{ś/w} – osoby z wypaleniem średnim/wysokim ; OW _n – osoby z wypaleniem niskim	

Ryc. 14. Porównanie grup o różnym nasileniu wypalenia pod względem przekonania o własnej skuteczności, kompetencji emocjonalnych, kontroli wolicjonalnej.

Pytanie badawcze numer 7 miało charakter eksploracyjny, pierwsza jego część brzmiała: czy w badanej populacji pielęgniarek można wyodrębnić grupy osób różniące się konfiguracją wymiarów zespołu wypalenia zawodowego?

Zasadność takich poszukiwań jest upatrywana w koncepcji Golembiewskiego (1989) oraz Noworola i Marka (1993), zgodnie z którymi objawy wypalenia mogą rozwijać się względnie niezależnie od siebie, dając różny obraz zjawiska w aspekcie strukturalnym. Obserwacja ta była potwierdzona między innymi w badaniach polskich nauczycieli (Tucholska, 2009; Wontorczyk, Brudnik, 2013).

Zastosowana procedura – analiza skupień metodą k-średnich pozwoliła na wyodrębnienie czterech grup o różnej konstelacji cech mierzonych *Kwestionariuszem Wypalenia Zawodowego* (MBI). Ich charakterystyka przedstawia się następująco:

Grupa 1 – *osoby z wypaleniem pełnym*. Są to pielęgniarki z wieloobjawowym zespołem wypalenia. Najbardziej widoczna jest u nich tendencja do przedmiotowego (pozbawionego osobowego czynnika) stosunku do pacjentów. Równocześnie odczuwają one nadmierne zmęczenie i wyczerpanie zasobów emocji, a także wyraźnie brakuje im satysfakcji z pełnionej roli zawodowej. Stanowią 14% wszystkich badanych.

Grupa 2 – *osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych*. Mieszcza się tu pielęgniarki, które nie czują się emocjonalnie i psychofizycznie wyczerpane pracą, natomiast są nią bardzo nieusatysfakcjonowane (pomniejszają swoje dokonania, brak im zadowolenia). Mają także skłonność do tworzenia dystansu w relacji z pacjentami. Stanowią 13% wszystkich badanych.

Grupa 3 – *osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym*. Grupę tą tworzą pielęgniarki „wyeksploatowane”, pozbawione energii, zapału do działania, z wysokim napięciem wewnętrznym i objawami psychosomatycznymi. W ich profilu pozostałe dwa symptomy, czyli niska samoocena osiągnięć oraz depersonalizacja są zaznaczone, ale nie przekraczają przeciętnego poziomu. Stanowią 21% wszystkich badanych.

Grupa 4 – *osoby nisko wypalone*. Są to pielęgniarki, u których obserwuje się niskie nasilenie wszystkich trzech wymiarów wypalenia. Biorąc pod uwagę kontinuum aktywności zawodowej (Maslach, 1998) można stwierdzić, że są one najbliższe zaangażowaniu w opiekę dzięki energii życiowej, współpracy, efektywnemu działaniu. Stanowią 52% wszystkich badanych (por. tab. 41.).

Omówioną charakterystykę grup przedstawiono graficznie na rycinie 15.

	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3	Grupa 4
Wyczerpanie emocjonalne	+	–	+	–
Depersonalizacja	++	~	~	–
Obniżone poczucie dokonań osobistych	+	++	~	–
++ bardzo wysoki poziom; + wysoki poziom; ~ przeciętny poziom; – niski poziom				

Ryc. 15. Cechy charakteryzujące pielęgniarki przynależące do wyodrębnionych grup.

Uzyskanie twierdzącej odpowiedzi na przedstawione pytanie stało się punktem wyjścia do podjęcia jego drugiej części, czyli: w zakresie jakich charakterystyk psychologicznych wyodrębnione grupy różnią się między sobą? Za cel poszukiwań przyjęto zatem określenie tych zmiennych, które warunkują różny sposób wypalania się pielęgniarek opiekujących się pacjentami z chorobą Alzheimera.

Grupy porównano najpierw z uwagi na ocenę stresu oraz obciążenie psychiczne w sytuacji opieki, wyznaczonej przez objawy typowe dla choroby Alzheimera.

Ocena występujących u pacjentów zaburzeń funkcji poznawczych w kategoriach zagrożenie, krzywda/strata różnicowała wydzielone grupy (por. tab. 42.). Pielęgniarki z dominującym *obniżonym poczuciem dokonania osobistych* (Gr. 2) w znacznie większym stopniu niż jednostki *nisko wypalone* (Gr. 4) oceniały niniejsze objawy jako zagrożenie lub krzywdę/stratę. Także w porównaniu do grupy osób *nisko wypalonych* pielęgniarki z dominującym *wyczerpaniem emocjonalnym* (Gr. 3) silniej spostrzegały omawiane objawy jako zagrożenie, zaś pielęgniarki z *wypaleniem pełnym* (Gr. 1), jako krzywdę/ stratę.

Pielęgniarki o różnej konfiguracji wymiarów wypalenia nie różniły się natomiast w ocenie obecnych u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (por. tab. 43. aneks). Jak już wcześniej wspomniano, w całej badanej grupie ten typ objawów istotnie częściej niż dwa pozostałe był oceniany jako zagrożenie (por. tab. 16.).

Ocena zaburzeń aktywności fizycznej pacjentów w kategorii zagrożenie różnicowała na poziomie istotności, a jako krzywda/strata oraz wyzwanie-aktywność na poziomie tendencji statystycznej grupy różniące się konfiguracją wymiarów wypalenia (por. tab. 44.). Spostrzeganie tego rodzaju objawów w kategorii zagrożenie okazało się być znamienne wyższe wśród pielęgniarek z *wypaleniem pełnym* (Gr. 1) niż wśród jednostek *nisko wypalonych* (Gr. 4). Taki sam profil (zależność o charakterze tendencji) ujawnił się dla oceny krzywda/strata. Natomiast pielęgniarki *nisko wypalone* w odniesieniu do grupy osób z dominującym *wyczerpaniem emocjonalnym* (Gr. 3) okazały się być bardziej skłonne, aby oceniać omawiane objawy jako wyzwanie/aktywność.

Wyodrębnione grupy pielęgniarek nie różniły się między sobą poczuciem obciążenia psychicznego (por. tab. 45. aneks). A w całej badanej grupie było ono istotnie wyższe (znaczące) podczas występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych niż podczas występowania zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzeń aktywności fizycznej (umiarkowane).

Omówione różnice w postaci graficznej przedstawiono na rycinie 16.

	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Ocena stresu w sytuacji opieki						
<i>Zagrożenie</i>			■ >		▲ >>>	▲ >>>
<i>Wyzwanie-aktywność</i>						■ < ~
<i>Wyzwanie-pasywność</i>						
<i>Krzywda/strata</i>			▲ >>	■ > ~	▲ >>	
Poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki						
<p>„>>>>” $p < 0,001$; „>>>” $p < 0,01$; „>>” $p < 0,05$; „> ~”/„< ~” oznacza tendencje ; ▲ Zaburzenia funkcji poznawczych; ● Zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne; ■ Zaburzenia aktywności fizycznej 1 – os. z wypaleniem pełnym; 2 – os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych; 3 – os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym; 4 – os. nisko wypalone</p>						

Ryc. 16. Porównanie grup o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia pod względem oceny stresu oraz obciążenia psychicznego w sytuacji opieki.

Następnie grupy porównano pod kątem posiadanych kompetencji – przekonania o własnej skuteczności, kompetencji emocjonalnych, kontroli wolicjonalnej.

Wydzielone grupy pielęgniarek nie różniły się w zakresie nasilenia przekonania o własnej skuteczności, które w każdym przypadku było wysokie (por. tab. 46. aneks).

Posiadane kompetencje emocjonalne istotnie różnicowały grupy o różnej konfiguracji wymiarów wypalenia (por. tab. 47). Pielęgniarki z *wypaleniem pełnym* (Gr. 1) znacznie gorzej niż pielęgniarki *nisko wypalone* (Gr. 4) rozpoznawały i rozumiały własne emocje oraz rozpoznawały emocje u innych osób. W pierwszym przypadku największa trudność polegała u nich przede wszystkim na adekwatnym rozpoznawaniu własnego stanu emocji i kontroli nad utrzymaniem stencyjnych emocji, a w drugim – na rozpoznawaniu zmian stanów emocji u innych. Miały one także tendencję do niższej ekspresywności emocjonalnej. Również w odniesieniu do jednostek *nisko wypalonych*, pielęgniarki u których dominowało *obniżone poczucie dokonań osobistych* (Gr. 2) ujawniały słabszą umiejętność w zakresie rozpoznawania stanów emocjonalnych u innych, rozpoznawania astenicznych i negatywnych emocji u innych, a także wyrażania własnych emocji. A w porównaniu do pielęgniarek z *wypaleniem pełnym* miały skłonność do większej samokontroli własnych negatywnych emocji. Wśród pielęgniarek z dominującym *wyczerpaniem emocjonalnym* (Gr. 3) adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji (istotność), jak i spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie (tendencja) było lepsze niż w grupie z *wypaleniem pełnym*.

Sprawność w zakresie kontroli wolicjonalnej istotnie różnicowała wyodrębnione grupy (por. tab. 48.). Pielęgniarki z dominującym *obniżonym poczuciem dokonań osobistych* (Gr. 2) cechowały się wyższą orientacją na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń niż jednostki *nisko wypalone* (Gr. 4) oraz *wypalone w pełni* (Gr. 1). Z kolei w porównaniu z pozostałymi grupami, najniższą orientację na działanie podczas wykonywania czynności miały te pielęgniarki, u których dominowało *emocjonalne wyczerpanie*.

Omówione różnice w postaci graficznej przedstawiono na rycinie 17.

	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Przekonanie o własnej skuteczności						
Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji			<			
<i>Adekwatne rozpoznawanie własnego stanu emocji</i>		<	<			
<i>Kontrola nad utrzymaniem stencicznych emocji</i>			<			
<i>Samokontrola nad stabilnością dobrego nastroju</i>						
Rozpoznawanie emocji u innych osób			<<			
<i>Rozpoznawanie stanów emocjonalnych u innych</i>					<<	
<i>Rozpoznawanie zmian stanów emocji u innych</i>			<			
<i>Rozpoznawanie astenicznych i neg. emocji u innych</i>					<	
Regulacja i kontrola własnych emocji						
<i>Samokontrola własnych negatywnych emocji</i>	< ~					
<i>Wytrzymałość i odporność emocjonalna</i>						
<i>Obrona przed negatywnymi emocjami</i>						
Ekspresywność emocjonalna			< ~			
<i>Spontaniczne i adekwatne wyrażanie siebie</i>		< ~				
<i>Koncentracja na wyrażaniu pozytywnych emocji</i>						
<i>Spontaniczne informowanie o swoich emocjach</i>						
<i>Wyuczone, świadome wyrażanie swoich emocji</i>					<	
Orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń	<				>	
Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych						
Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności		>		>		<

„<<” $p < 0,01$; „< / >” $p < 0,05$; „< ~” oznacza tendencje;
1 – os. z wypaleniem pełnym; **2** – os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych; **3** – os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym; **4** – os. nisko wypalone

Ryc. 17. Porównanie grup o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia pod względem przekonania o własnej skuteczności, kompetencji emocjonalnych, kontroli wolicjonalnej.

12.2.3. Determinanty zespołu wypalenia zawodowego

Trzecim, ostatnim etapem analizy wyników badań było ustalenie zmiennych psychologicznych wyjaśniających zespół wypalenia zawodowego. Stosując krokową analizę regresji poszukiwano zatem odpowiedzi na **pytanie badawcze numer 8**: które z badanych zmiennych wyjaśniają zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera?

Wyczerpanie emocjonalne

W wyjaśnianiu *wyczerpania emocjonalnego* istotnymi zmiennymi okazały się być: rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji, ocena sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych jako zagrożenie, orientacja na działanie podczas wykonywania czynności (por. tab. 49).

W przypadku prawidłowego rozpoznawania i rozumienia własnych emocji możliwość pojawiania się wyczerpania emocjonalnego okazała się mniejsza. Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera z uwagi na stały kontakt z osobą cierpiącą, która przejawia liczne objawy w sferze poznawczej, behawioralnej i psychicznej oraz fizycznej jest niewątpliwie emocjonalnie wymagająca. Tym samym dobra znajomość swoich emocji, ujawniających się w interakcjach z chorymi i zachowanie stabilnego, pozytywnego nastroju mimo napływających ocen, sugestii (też od współpracowników) sprzyja zachowaniu naturalnej energii, siły. Jako zjawisko przeciwstawne przedstawić tu można dysonans emocjonalny, który zgodnie z badaniami Kovacs, Kovacs, Hegedus (2010) był predykatorem wysokiego wyczerpania emocjonalnego u pielęgniarek.

Ocena występujących u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych w kategorii zagrożenie pogłębiała rozwój wyczerpania emocjonalnego. Odnosząca się do przewidywanych szkód – ocena zagrożenie jest zwykle łączona z lękiem. Wydaje się, że spośród wszystkich przejawów choroby Alzheimera zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne budzą najwięcej niepokoju i napięcia podczas sprawowanej opieki, ponieważ: mogą pojawiać się nagle zarówno w dzień, jak i w nocy, występują w wielu różnych postaciach, a także często trudno sobie z nimi poradzić bez dodatkowych leków. Powstający lęk będący nieprzyjemnym stanem emocjonalnym niewątpliwie generuje wyczerpanie i zmęczenie. Na przykład Inoue i Sasaki (2016) wykazali, że pielęgniarki oceniające behawioralne i psychologiczne objawy otępienia, jako zagrożenie, doświadczane napięcie najczęściej demonstrowały w postaci drażliwości, złości. W innym doniesieniach występowanie zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych u pacjentów łączyło się

z wyczerpaniem emocjonalnym opiekunów (Evers, Tonic, Brouvers, 2002) lub było jego predykatorem (Truzzi i in., 2008).

Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności, manifestująca się myśleniem wyłącznie o wykonywanej czynności, nie zastanawianiem się nad jej wartością, zaabsorbowaniem i kontynuowaniem jej zmniejszała nasilenie wyczerpania emocjonalnego. Przy interpretacji otrzymanego wyniku można odnieść się do związku sprawności kontroli wolicjonalnej z regulacją działania (Kuhl, 1996). Charakterystyczna dla jednostek zorientowanych na działanie – samoregulacja zapewnia lepsze rezultaty podejmowanej aktywności przy ponoszeniu mniejszych kosztów własnych (Kole i in., 2010). Podczas sprawowania opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera ważna wydaje się ochrona zasobów energii i siły, które w wyniku braku skupienia się na wykonywanej czynności, jej przerywania bądź porzucania mogą zostać nadwyrężone, co prowadzi do wzrostu kosztów pod postacią wyczerpania emocjonalnego. Ponieważ jest to element zespołu wypalenia zawodowego najbardziej utożsamiany ze stresem warte przytoczenia są rezultaty badań Baumann, Kaschela i Kuhla (2007), które dowiodły, że w sytuacjach stresujących osoby zorientowane na działanie w mniejszym stopniu niż osoby zorientowane na stan doświadczały obniżenia dobrostanu psychicznego i rzadziej cierpiały z powodu zaburzeń psychosomatycznych.

Depersonalizacja

Dla wyjaśnienia kolejnego wymiaru wypalenia zawodowego – *depersonalizacji* istotnymi zmiennymi okazały się być: rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji, orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, rozpoznawanie emocji u innych, przekonanie o własnej skuteczności (por. tab. 50.).

Dwie spośród kompetencji emocjonalnych, to jest rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji oraz rozpoznawanie emocji u innych obniżały poziom depersonalizacji. Wynik ten można tłumaczyć w świetle teorii świadomości emocji Lane'a i Schwartza (1987), w której prawidłowy rozwój przebiega od świadomości własnych doznań związanych z przeżywanymi emocjami do świadomości emocjonalnych doświadczeń innych. Wydaje się, że jedynie w pełni rozwinięta, dojrzała emocjonalność – uwzględniająca perspektywę emocji własnych i cudzych jest w stanie uchronić przez utratą podmiotowej postawy w relacji z pacjentem. Do podobnych wniosków doszli Garrosa, Moreno-Jimenez, Rodriguez-Munoz, Rodriguez-Carvajal (2011) – w ich badaniach kompetencja emocjonalna definiowana przez rozpoznawanie i ekspresję emocji własnych oraz dostrzeganie emocji innych i empatię była predykatorem niskiej depersonalizacji wśród pielęgniarzek.

Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, manifestująca się szybkim rozpoczęciem zamierzonej czynności, stworzeniem planu działania i jego realizacją zmniejszała nasilenie depersonalizacji. Interpretacji uzyskanego wyniku można dokonać również w kontekście związku sprawności kontroli wolicjonalnej z regulacją działania (Kuhl, 1996). Jednostki zorientowane na działanie, u których dominuje samoregulacja ujawniają większe możliwości wzbudzania afektu pozytywnego w obliczu wymagań, wyzwań, a decyzje które podejmują pozostają w zgodzie z ich przekonaniem (Kuhl, 2011). W sytuacji opieki przekładać się to może na sprawne i adekwatne odpowiadanie na potrzeby pacjentów, które realizowane w duchu szacunku umacniają relację opiekuńczą, co należy przeciwstawić depersonalizacji. Wydaje się, że obieranie celów zgodnych ze swoimi wewnętrznymi wartościami, pozwala zachować podmiotowy stosunek do pacjenta. Można tu przytoczyć badania Baumann i Kuhla (2003), gdzie osoby zorientowane na działanie w mniejszym stopniu poddawały się wpływowi czynników sytuacyjnych oraz miały mniejsze trudności z rozróżnieniem celów wybranych samodzielnie (według swoich potrzeb) od tych narzuconych przez innych niż osoby zorientowane na stan.

Wyższy poziom przekonania o własnej skuteczności sprzyjał skłonności do depersonalizacji. Przeprowadzone badania własne, a także doniesienia innych autorów (Burke, Matthiesen, Pallesen 2006) wskazały, że pielęgniarki zajmujące się pacjentami z chorobą Alzheimera cechują się wysokim przekonaniem o własnej skuteczności. Podobne rezultaty osiągnięto wśród pielęgniarek onkologicznych (Żuralski, Mziray, Postrożny, Domagała, 2014), a także pracujących ogólnie w szpitalach (Andruszkiewicz i in., 2011; Kalandyk, Penar-Zadarko, Krajewska-Kułek, 2016). W praktyce zawodowej wysokie przekonanie o własnej skuteczności może oznaczać bardzo dużą koncentrację na sobie i swoim działaniu przy jednoczesnym pominięciu podmiotu działań jakim jest pacjent, co niesie ze sobą wzrost ryzyka depersonalizacji. Z drugiej strony należy podkreślić, że istnieją badania pielęgniarek z ośrodków dla osób starszych, w których przekonanie o własnej skuteczności, nie łączyło się z depersonalizacją (Ozcar, Kartal, Dirik, Tekin, Guldal, 2012) lub związek ten był ujemny (Duffy, Oyebode i Allen, 2009).

Obniżone poczucie dokonań osobistych

Istotnymi zmiennymi w wyjaśnianiu *obniżonego poczucia dokonań osobistych* okazały się być: rozpoznawanie emocji u innych, ocena sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń funkcji poznawczych jako krzywda/strata, orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, orientacja na działanie podczas wykonywania czynności, ocena sytuacji

występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń aktywności fizycznej jako wyzwanie/aktywność (por. tab. 51.).

Umiejętne rozpoznawanie emocji u innych osób łączyło się z istotnie niższym obniżonym poczuciem dokonań osobistych. W przebiegu choroby Alzheimera sprawność w zakresie komunikacji werbalnej dość szybko ulega zaburzeniu i kontakt z pacjentem staje się utrudniony. Dlatego często wnikliwa obserwacja przekazów niewerbalnych – mimiki, pantomimiki, treści symbolicznych prezentowanych przez chorych stanowi ważne źródło informacji o ich emocjach. Tak rozpoznawane emocje ujawniają potrzeby, na które wówczas można adekwatnie reagować, co z pewnością umacnia poczucie dokonań osobistych. Poczyniona obserwacja pozostaje w zgodzie z doniesieniami innych badaczy (Gorgens-Ekermans, Brand, 2012), gdzie pielęgniarki, które lepiej rozpoznawały emocje swoich pacjentów cechowały się wyższym poczuciem osiągnięć.

Ocena występujących u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń funkcji poznawczych jako krzywda/strata nasilała, a ocena zaburzeń aktywności fizycznej jako wyzwanie/aktywność zmniejszała obniżone poczucie dokonań osobistych.

Dotycząca poniesionych szkód, związanych z tym co ważne, wartościowe – ocena krzywda/strata wskazuje na coś, czego nie da się odzyskać. W powszechnym rozumieniu choroba Alzheimera w sposób nieodwracalny „zabiera” osobom pamięć. Zaburzenia funkcji poznawczych mają tu charakter przewlekłe postępujący, pogarszają się stopniowo lecz stale oraz nigdy się nie cofają. Podczas sprawowania opieki fakt ten może prowadzić do bezradności, frustracji i bezpośrednio przyczyniać się do niższego poczucie dokonań osobistych. Wpływ oceny stresorów zawodowych w kategorii straty na poczucie braku osobistych osiągnięć stwierdzono również w badaniach polskich pielęgniarek (Beisert, 2009).

Ocenie wyzwanie/aktywność odnoszącej się do podjęcia aktywnego wysiłku, w celu uporania się z trudnościami, towarzyszy zwykle optymalny poziom mobilizacji. Za bardziej mobilizujące uważa się przede wszystkim te działania, które przynoszą realne rezultaty. Wydaje się to zasadne w przypadku zaburzeń aktywności fizycznej obecnych u pacjentów z chorobą Alzheimera. Pomoc opiekuńcza świadczona im podczas wykonywania podstawowych czynności życia codziennego daje widoczne, konkretne efekty, co pozytywnie rzutuje na poczucie osiągnięć. Można powołać się tu raz jeszcze na badania Beisert (2009), w których ocena stresorów zawodowych jako wyzwanie w sposób pośredni przez rozwój zasobów podnosiła u pielęgniarek poczucie osobistych osiągnięć.

Wszystkie trzy typy orientacji na działanie zmniejszały nasilenie obniżonego poczucia dokonań osobistych. Spośród uzyskanych wyników na szczególną uwagę

zasługuje związek orientacji na działanie w sytuacjach niepowodzenia (przykrych doświadczeń) z silniejszym poczuciem dokonań osobistych. Odwołując się po raz kolejny do koncepcji Kuhla (1996, 2011) jednostki o dużej sprawności wolicjonalnej (zorientowane na działanie) mają większe możliwości neutralizowania afektu negatywnego w obliczu niepowodzeń, przykrości. Z uwagi na specyfikę samej choroby Alzheimera sytuacje, w których podczas opieki nad pacjentem dochodzi do niepowodzeń, porażek, przykrości są powszechne. Stąd też umiejętność szybkiego zaprzestania myślenia o nich, a także zaprzestanie ich emocjonalnego przeżywania i podjęcie innej czynności bądź kontynuowanie tej zamierzonej sprzyja poczuciu dokonań osobistych. Wskazują na to także badania Baumann (2004, za: Kadzikowska-Wrzosek, 2013), w których osoby zorientowane na stan miały większą skłonność niż osoby zorientowane na działanie do tak zwanego niewłaściwego zaangażowania, co wyrażało się w niskiej ocenie szans na powodzenie, sukces, a także w spodziewanej niskiej satysfakcji z osiągnięcia celu.

Ogólny wskaźnik wypalenia

W wyjaśnianiu *ogólnego wskaźnika wypalenia* istotnymi zmiennymi okazały się być: rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji, ocena sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych, afektywnych w kategorii zagrożenie, orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, rozpoznawanie emocji u innych osób (por. tab. 52.).

Stwierdzone zależności są potwierdzeniem i replikacją zależności ustalonych dla poszczególnych wymiarów wypalenia, które przeanalizowano powyżej.

Celem podsumowania, omówione zmienne wyjaśniające wariancję wyników dla poszczególnych wymiarów i wskaźnika ogólnego wypalenia przedstawiono w postaci graficznej na rycinie 18.

	Zmienne niezależne
Wyczerpanie emocjonalne	↓ Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji ↑ Ocena zagrożenie (zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne) ↓ Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności
Depersonalizacja	↓ Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji ↓ Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych ↓ Rozpoznawanie emocji u innych osób ↑ Przekonanie o własnej skuteczności
Obniżone poczucie dokonań osobistych	↓ Rozpoznawanie emocji u innych osób ↑ Ocena krzywda/strata (zaburzenia funkcji poznawczych) ↓ Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych ↓ Orientacja na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń ↓ Orientacja na działanie podczas wykonywania czynności ↓ Ocena wyzwanie-aktywność (zaburzenia aktywności fizycznej)
Ogólny wskaźnik wypalenia	↓ Rozpoznawanie i rozumienie własnych emocji ↑ Ocena zagrożenie (zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne) ↓ Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych ↓ Rozpoznawanie emocji u innych osób
↑ wysoki poziom ↓ niski poziom	

Ryc. 18. Zmienne wyjaśniające zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera

Zakończenie

Głównym założeniem projektu badawczego niniejszej rozprawy była analiza zmiennych psychologicznych modyfikujących zespół wypalenia zawodowego w grupie (docelowej) pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera. Za podstawę teoretyczną zrealizowanych badań przyjęto teorię stresu R. S. Lazarusa i S. Folkman (1984). Jak podają Sęk, Beisert, Pasikowski i Ścigała (1997) zjawisko wypalenia zawodowego można opisywać oraz wyjaśniać właśnie przy pomocy koncepcji poznawczych, a także odwołując się do zagadnienia kompetencji.

Omawiany projekt zawierał także założenie dodatkowe, dotyczące ustalenia wzorca funkcjonowania psychofizycznego osób z chorobą Alzheimera na przykładzie pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Koprzywnicy, którzy w referowanych badaniach stanowili grupę kontekstową. Poznanie osób chorych pod względem ich funkcjonowania w obszarze poznawczym, behawioralnym i psychicznym, fizycznym stanowi ważny punkt odniesienia do zrozumienia specyfiki świadczonej opieki. Dlatego też wyniki z tego zakresu na wcześniejszych etapach pracy, jak i w tym miejscu referuje się w pierwszej kolejności.

Badaniem objęto 50 osób z diagnozą choroby Alzheimera, będących pacjentami Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego w Koprzywnicy. Korzystano przy tym z następujących narzędzi pomiaru: *Krótkiej Skali Oceny Stanu Umysłowego* MMSE (M. F. i S. E. Folsteinów, P. R. McHugh, w wydaniu polskim), *Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersji dla ośrodków opiekuńczych* NPI-NH (S. Wooda, J. L. Cummings, M-A. Hsu, T. Barclaya, M. Wheatleya, K. T. Yaremy, J. F. Schnelle'a, w języku polskim), *Aparatu SenseWear Pro3 Armband* SWA (firmy BodyMedia). Uzyskane rezultaty stały się podstawą do udzielenia odpowiedzi na pytanie badawcze numer 1 o charakterze eksploracyjnym.

Pytanie 1. Jaki jest wzorec funkcjonowania psychofizycznego osób z chorobą Alzheimera przebywających w ośrodku opieki długoterminowej?

Funkcjonowanie osób z chorobą Alzheimera przebywających w przykładowym ośrodku opiekuńczym (Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Koprzywnicy) jest wyraźnie zaburzone we wszystkich trzech badanych obszarach.

- Pacjenci mają obniżoną ogólną sprawność funkcji poznawczych do poziomu na granicy zaburzeń umiarkowanych i głębokich. Przy czym poszczególne kategorie, które ją tworzyły uległy deterioracji w różnym stopniu. Względnie najmniej zaburzona okazała się zdolność: zapamiętywania, nazywania, czytania oraz rozumienia. Z kolei najbardziej zaburzone było: przypominanie, orientacja w miejscu, orientacja w czasie, uwaga i liczenie.
- Pacjenci ujawniają zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne. Najczęściej (kilka raz w tygodniu) występowały: lęk, apatia/zobojętnienie, odciągające od normy zachowania ruchowe. Czasami (mniej więcej raz w tygodniu) obserwowano: depresję, drażliwość/chwiejność, pobudzenie/agresję, zaburzenia snu, zaburzenia apetytu i jedzenia. Najrzadziej (rzadziej niż raz w tygodniu) pojawiały się: odhamowanie, halucynacje, nadmierna radość euforia, urojenia. Nasilenie większości z wymienionych objawów było umiarkowane.
- Pacjenci mają zmniejszoną aktywność fizyczną. Wykonywali małą ilość kroków, wskazującą na siedzący tryb życia. Ich wysiłek fizyczny o umiarkowanym nasileniu trwał bardzo krótko. Jednocześnie przeznaczali dużo czasu na odpoczynek wraz ze snem.

Odnosząc się do głównego założenia projektu badawczego, celem pracy była empiryczna ocena zespołu wypalenia zawodowego, który może się ujawnić podczas sprawowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z chorobą Alzheimera, a także wyjaśnienie jego uwarunkowań tkwiących zarówno w czynnikach sytuacyjnych (postrzeganie klinicznych objawów schorzenia: ocena stresu oraz poczucie obciążenia psychicznego w sytuacji opieki), jak i podmiotowych (posiadane kompetencje: przekonanie o własnej skuteczności, kompetencje emocjonalne, kontrola wolicjonalna).

Badaniem objęto 100 osób – kobiet, pracujących w zawodzie pielęgniarki w ośrodkach opieki długoterminowej dla pacjentów z chorobą Alzheimera. Korzystano przy tym z następujących narzędzi pomiaru: *Kwestionariusza Oceny Stresu KOS* (K. Wrześniewskiego, A. Jakubowskiej-Wineckiej, D. Włodarczyk), *Skali Stresu Opiekuna – modyfikacja CDS* (D. I. Kaufera i współpracowników, w tłumaczeniu własnym), *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES* (w adaptacji R. Schwarzera, M. Jerusalem, Z. Juczyńskiego), *Kwestionariusza Kompetencji Emocjonalnych EKF* (H. Rindermana, w tłumaczeniu I. Januszewskiej), *Skali Kontroli Działania ACS-90* (w adaptacji M. Marszał-Wiśniewskiej), *Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego MBI-HSS* (C. Maslach, S. E. Jackson, w tłumaczeniu E. Donesch-Jeżo).

Zgodnie z przyjętą w pracy kolejnością stawianych pytań i formułowanych hipotez, w poniższych akapitach przedstawiono wnioski końcowe płynące z badań.

Pytanie 2. Jaka jest struktura i nasilenie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z chorobą Alzheimera?

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że zespół wypalenia zawodowego w opiece pielęgniarskiej nad pacjentami z chorobą Alzheimera tworzą: średnio nasilone wyczerpanie emocjonalne, nisko nasilona depersonalizacja, średnio nasilone obniżone poczucie dokonań osobistych.

Pytanie 3. Jaki jest związek między poznawczą oceną stresu pozostającą w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera, a zespołem wypalenia zawodowego?

W grupie badanych pielęgniarek poznawcza ocena stresu pozostająca w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera ma znaczenie dla nasilenia zespołu wypalenia zawodowego.

- Ocena zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych w kategorii wyzwanie-aktywność wiąże się z mniejszym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych. Natomiast ocena zaburzeń aktywności fizycznej jako wyzwanie-aktywność wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym, emocjonalnym wyczerpaniu oraz obniżonym poczuciu dokonań osobistych. Uzyskane rezultaty w dużym stopniu potwierdzają hipotezę *H3.1*.
- Ocena zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń aktywności fizycznej jako zagrożenie wiąże się z większym nasileniem wypalenia zarówno we wskaźniku ogólnym, jak i we wszystkich jego wymiarach. Z kolei ocena zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych w kategorii zagrożenie wiąże się z większym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym. Hipoteza *H3.2* potwierdziła się więc niemal w zupełności.
- Ocena zaburzeń funkcji poznawczych oraz zaburzeń aktywności fizycznej w kategorii krzywda/strata wiąże się z większym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym, depersonalizacji oraz obniżonym poczuciu dokonań osobistych. Zaś ocena zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych jako krzywda/strata wiąże się z większym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych. Na tej podstawie pozytywnie można zweryfikować hipotezę *H3.3*.

Pytanie 4. Jaki jest związek między obciążeniem psychicznym pozostającym w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera, a zespołem wypalenia zawodowego?

W grupie badanych pielęgniarek istnieje związek między obciążeniem psychicznym pozostającym w relacji do trzech typów objawów choroby Alzheimera, a nasileniem zespołu wypalenia zawodowego.

- Doświadczanie silniejszego obciążenia psychicznego podczas występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych wiąże się z większym nasileniem emocjonalnego wyczerpania. Przedstawione wyniki częściowo potwierdzają hipotezę *H4*.

Pytanie 5. Jaki jest związek między posiadanymi kompetencjami – przekonaniem o własnej skuteczności, kompetencjami emocjonalnymi, kontrolą wolicjonalną, a zespołem wypalenia zawodowego?

W grupie badanych pielęgniarek posiadane kompetencje modyfikują nasilenie zespołu wypalenia zawodowego.

- Wyższe przekonanie o własnej skuteczności wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym oraz obniżonym poczuciu dokonań osobistych. Tym samym hipoteza *H5.1.* potwierdziła się w dużej mierze.
- Wyższy poziom kompetencji emocjonalnych – umiejętność rozpoznawanie emocji u innych osób oraz umiejętności dotyczące własnych emocji, ich regulacja i kontrola, a szczególnie ich rozpoznawanie i rozumienie wiążą się z mniejszym nasileniem depersonalizacji i emocjonalnego wyczerpania.
- Wyższy poziom kompetencji emocjonalnych, przede wszystkim umiejętność rozpoznawanie emocji u innych osób wiąże się z mniejszym nasileniem obniżonego poczucia dokonań osobistych.
- Wyższy poziom kompetencji emocjonalnych, w szczególności umiejętność rozpoznawanie emocji – u innych osób oraz u siebie wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym. Powyższe dane pozwalają w całości pozytywnie zweryfikować hipotezę *H5.2.*
- Wyższa orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych wiąże się z mniejszym nasileniem wypalenia we wskaźniku ogólnym oraz we wszystkich jego wymiarach. Można zatem uznać, że hipoteza *H.5.3.* potwierdziła się częściowo.

Pytanie 6. Czy pielęgniarki o różnym nasileniu wypalenia zawodowego różnią się między sobą pod względem postrzegania klinicznych objawów choroby Alzheimera oraz posiadanych kompetencji?

Badane pielęgniarki, które w różnym stopniu doświadczają wypalenia zawodowego różnią się między sobą w zakresie niektórych z analizowanych charakterystyk psychologicznych.

- Pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim istotnie silniej niż pielęgniarki z wypaleniem *niskim* oceniają obecne u pacjentów zaburzenia funkcji poznawczych jako zagrożenie lub krzywda/strata, a zaburzenia aktywności fizycznej jako krzywda/strata. Mają także tendencję oceniać zaburzenia aktywności fizycznej pacjentów bardziej jako zagrożenie i mniej jako wyzwanie-aktywność w porównaniu do pielęgniarek z *niskim* wypaleniem.
- Pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim ujawniają tendencję do niższego przekonania o własnej skuteczności niż pielęgniarki z wypaleniem *niskim*.
- Pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim odznaczają się istotnie słabszą niż pielęgniarki z wypaleniem *niskim* umiejętnością: rozpoznawania i rozumienia własnych emocji (w tym kontroli nad utrzymaniem stencicznych emocji, samokontroli nad stabilnością dobrego nastroju), rozpoznawania emocji u innych osób (w tym rozpoznawania stanów emocjonalnych u innych i ich zmian), regulacji i kontroli własnych emocji (w tym obroną przed negatywnymi emocjami) oraz wyrażania swoich emocji, będącą pochodną ekspresywności emocjonalnej.
- Pielęgniarki z wypaleniem średnim/wysokim cechują się niższą orientacją na działanie w sytuacjach decyzyjnych niż pielęgniarki z wypaleniem *niskim*.

Pytanie 7. Czy w badanej populacji pielęgniarek można wyodrębnić grupy osób różniące się konfiguracją wymiarów zespołu wypalenia zawodowego? Jeśli tak, to w zakresie jakich charakterystyk psychologicznych grupy te różnią się między sobą?

Wśród badanych pielęgniarek poszczególne symptomy wypalenia rozwijają się względnie niezależnie, dając w efekcie 4 grupy osób o różnej konfiguracji objawów, co uwiadcza, jak bardzo złożony jest obraz omawianego zjawiska. Ponadto grupy te wykazują różnice między sobą w zakresie niektórych z analizowanych charakterystyk psychologicznych.

Osoby z wypaleniem pełnym (Gr. 1.). Są to pielęgniarki z wielobjawowym zespołem wypalenia. Najbardziej widoczna jest u nich tendencja do przedmiotowego – pozbawionego osobowego czynnika stosunku do pacjentów (bardzo wysoka depersonalizacja). Równocześnie odczuwają one nadmierne zmęczenie i wyczerpanie zasobów emocji (wysokie wyczerpanie emocjonalne), a także wyraźnie brakuje im satysfakcji z pełnionej roli zawodowej (wysokie obniżone poczucie dokonań osobistych).

- Występujące u pacjentów zaburzenia funkcji poznawczych w najmniejszym ze wszystkich grup stopniu oceniają jako wyzwanie/aktywność. Ocena krzywda/strata jest u nich w tym przypadku istotnie wyższa niż w Gr. 4.

- Występujące u pacjentów zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne istotnie częściej niż dwa pozostałe typy objawów oceniają jako zagrożenie.
- Występujące u pacjentów zaburzenia aktywności fizycznej silniej (tendencja) niż Gr.4. oceniają jako krzywda/strata. Także istotnie częściej niż Gr.4. przypisują im ocenę zagrożenie.
- Cechuje ich istotnie wyższe (znaczące) obciążenie psychiczne podczas występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych niż podczas występowania dwóch pozostałych typów objawów (obciążenie umiarkowane).
- Mają wysokie przekonanie o własnej skuteczności.
- Ujawniają istotnie słabszą w porównaniu do Gr. 4. umiejętność rozpoznawania i rozumienia własnych emocji oraz rozpoznawania emocji u innych osób. Mają także tendencję do: niższej ekspresywności emocjonalnej niż Gr. 4., niższej samokontroli własnych negatywnych emocji niż Gr. 2., słabszego spontanicznego i adekwatnego wyrażanie siebie niż Gr. 3.
- Wykazują istotnie niższą orientację na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń niż Gr. 2., zaś istotnie wyższą orientację na działanie podczas wykonywania czynności niż Gr. 3. Orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych jest u nich najniższa ze wszystkich grup.

Osoby z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych (Gr. 2.). Mieszcza się tu pielęgniarki, które nie czują się emocjonalnie i psychofizycznie wyczerpane pracą (niskie wyczerpanie emocjonalne), natomiast są nią bardzo mocno nieusatysfakcjonowane – pomniejszają swoje dokonania, brak im zadowolenia (bardzo wysokie obniżone poczucie dokonań osobistych). Mają także skłonność do tworzenia dystansu w relacji z pacjentami (średnia depersonalizacja).

- Występujące u pacjentów zaburzenia funkcji poznawczych w porównaniu do Gr. 4. istotnie częściej oceniają jako zagrożenie, krzywda/strata. Na tle pozostałych grup najwyższa jest u nich ocena wyzwanie-pasywność.
- Występujące u pacjentów zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne istotnie częściej niż dwa pozostałe typy objawów oceniają jako zagrożenie.
- Występujące u pacjentów zaburzenia aktywności fizycznej w największym stopniu ze wszystkich grup oceniają jako wyzwanie-pasywność.
- Cechuje ich istotnie wyższe (znaczące) obciążenie psychiczne podczas występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych niż podczas występowania dwóch pozostałych typów objawów (obciążenie umiarkowane).
- Mają wysokie przekonanie o własnej skuteczności.

- Ujawniają istotnie słabszą w porównaniu do Gr. 4. umiejętność rozpoznawania stanów emocjonalnych u innych, rozpoznawania astenicznych i negatywnych emocji u innych, a także wyrażania swoich emocji. Mają także tendencję do większej samokontroli własnych negatywnych emocji niż Gr. 1.
- Wykazują istotnie wyższą w porównaniu do Gr. 1. i Gr. 4. orientację na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń. Oraz istotnie wyższą orientację na działanie podczas wykonywania czynności niż Gr. 3.

Osoby z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym (Gr. 3.). Grupę tą tworzą pielęgniarki „wyeksploatowane”, pozbawione energii, siły, zapału do działania, ze wzmożonym napięciem wewnętrznym i możliwymi objawami psychosomatycznymi (wysokie wyczerpanie emocjonalne). W ich profilu pozostałe dwa symptomy, czyli niska samoocena osiągnięć i depersonalizacja są zaznaczone, ale nie przekraczają poziomu przeciętnego (średnie obniżone poczucie dokonań osobistych, średnia depersonalizacja).

- Występujące u pacjentów zaburzenia funkcji poznawczych istotnie silniej niż Gr. 4. oceniają jako zagrożenie. Cechuje ich najniższa ze wszystkich grup ocena niniejszych objawów jako wyzwanie-pasywność.
- Występujące u pacjentów zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne istotnie częściej niż dwa pozostałe typy objawów oceniają jako zagrożenie.
- Występujące u pacjentów zaburzenia aktywności fizycznej rzadziej na zasadzie tendencji niż Gr.4. oceniają jako wyzwanie/aktywność. Na tle innych grup w stopniu najmniejszym przypisują im ocenę wyzwanie-pasywność.
- Cechuje ich istotnie wyższe (znaczące) obciążenie psychiczne podczas występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych niż podczas występowania dwóch pozostałych typów objawów.
- Mają wysokie przekonanie o własnej skuteczności.
- Ujawniają na tle pozostałych grup poziom kompetencji emocjonalnych najbliższy średniej.
- Wykazują istotnie niższą niż Gr. 1., Gr. 2. i Gr. 4. orientację na działanie podczas wykonywania czynności.

Osoby nisko wypalone (Gr. 4.). Są to pielęgniarki, u których obserwuje się niskie nasilenie wszystkich trzech wymiarów zespołu wypalenia (niskie wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i obniżone poczucie dokonań osobistych). Biorąc pod uwagę kontinuum aktywności zawodowej można stwierdzić, że są one najbliższe zaangażowaniu w opiekę dzięki energii życiowej, współpracy, efektywnemu działaniu.

- Występujące u pacjentów zaburzenia funkcji poznawczych w największym stopniu oceniają jako wyzwanie/aktywność. Znacząco

rzadziej niż Gr. 2. i 3. przypisują im ocenę zagrożenie, a niż Gr. 1. i 2. – ocenę krzywda/strata.

- Występujące u pacjentów zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne i afektywne istotnie częściej niż dwa pozostałe typy objawów oceniają jako zagrożenie.
- Występujące u pacjentów zaburzenia aktywności fizycznej oceniają istotnie mniej jako zagrożenie i mniej (tendencja) jako krzywda/strata w porównaniu do Gr. 1. A także bardziej na zasadzie tendencji niż Gr. 3. przypisują im ocenę wyzwanie-aktywność.
- Cechuje ich istotnie wyższe (znaczące) obciążenie psychiczne podczas występowania u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych niż podczas występowania dwóch pozostałych typów objawów (obciążenie umiarkowane).
- Ujawniają istotnie lepszą umiejętność: rozpoznawania i rozumienia własnych emocji, rozpoznawania emocji u innych osób niż Gr. 1, rozpoznawania stanów emocjonalnych u innych, rozpoznawania astenicznych i negatywnych emocji u innych, wyrażania swoich emocji niż Gr. 2. Mają też tendencję do wyższej ekspresywności emocjonalnej niż Gr. 1.
- Wykazują istotnie niższą w porównaniu do Gr. 2. orientację na działanie w sytuacjach niepowodzenia, przykrych doświadczeń. Oraz istotnie wyższą orientację na działanie podczas wykonywania czynności niż Gr. 3. Na tle pozostałych grup poziom sprawności wolicjonalnej jest u nich najbliższy średniej.

Pytanie 8. Które z badanych zmiennych wyjaśniają zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera?

W grupie badanych pielęgniarek zespół wypalenia zawodowego jest wyjaśniany oceną stresu w odniesieniu do sytuacji opieki, wyznaczonej przez objawy typowe dla choroby Alzheimera oraz posiadanymi kompetencjami.

- Im niższy poziom rozpoznawania i rozumienia własnych emocji, niższa orientacja na działanie podczas wykonywania czynności oraz im większa skłonność do oceny obecnych u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych w kategorii zagrożenie, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju emocjonalnego wyczerpania.
- Im niższy poziom rozpoznawania i rozumienia własnych emocji, niższa orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, niższy poziom rozpoznawania emocji u innych osób oraz im wyższe przekonanie o własnej skuteczności, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju depersonalizacji.
- Im niższy poziom rozpoznawania emocji u innych, niższa orientacja na działanie – w sytuacjach decyzyjnych, w sytuacjach niepowodzenia (przykrych

doświadczeń) i podczas wykonywania czynności, niższa skłonność do ocena obecnych u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń aktywności fizycznej w kategorii wyzwanie/aktywność oraz im większa skłonność do oceny obecnych u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń funkcji poznawczych jako krzywda/strata, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju obniżonego poczucia dokonań osobistych.

- Im niższy poziom rozpoznawania i rozumienia własnych emocji, niższa orientacja na działanie w sytuacjach decyzyjnych, niższy poziom rozpoznawanie emocji u innych osób oraz im większa skłonność do oceny obecnych u pacjentów z chorobą Alzheimera zaburzeń zachowania, objawów psychiatrycznych i afektywnych w kategorii zagrożenie, tym większe prawdopodobieństwo pojawienia się wypalenia zawodowego.

Ograniczenia zrealizowanych badań

Zrealizowany projekt badawczy obok przedstawionych wartości poznawczych, zawiera także pewne ograniczenia.

Po pierwsze, badania przeprowadzone w grupie personelu pielęgniarskiego miały charakter przekrojowy (*cross-sectional study*). Tym samym nie dają wprost informacji o wypaleniu jako procesie – jego rozwoju (dynamice), kolejności pojawiania się oraz narastania objawów. Ważne byłoby zatem podjęcie badań podłużnych (*longitudinal study*) w tym zakresie.

Po drugie, badania przeprowadzone w grupie personelu pielęgniarskiego miały charakter korelacyjny. Analizy korelacyjne i regresyjne, na których bazowano narzucają pewne ograniczenia co do wyciągania wniosków. Przede wszystkim nie pozwalają na wyjaśnianie zależności typu przyczynowo-skutkowego.

Po trzecie, celem zastosowania bardziej zaawansowanych obliczeń należałoby zwiększyć liczebność badanej grupy personelu pielęgniarskiego. Nie jest to jednak takie proste, ponieważ w Polsce wciąż jest bardzo mało ośrodków opiekuńczych typowo dla osób z chorobą Alzheimera.

Po czwarte, badanej grupy personelu pielęgniarskiego nie można jednoznacznie nazwać reprezentatywną. Z uwagi na feminizację niniejszego zawodu, w grupie znalazły się same pielęgniarki, nie uwzględniono także ich różnicowania w zakresie innych zmiennych socjodemograficznych. Zmienne te zaznaczono tylko w przypadku korelacji, po czym podjęto decyzję o niewłączaniu ich do dalszych analiz.

Po piąte, pewien niedosyt może budzić dobór zmiennych z obszaru kompetencji. Celowe byłby ich poszerzenie np. o kompetencje: społeczne, duchowe, medyczne.

Po szóste, brak doniesień polskich w zakresie referowanego tematu, rzutował na odwoływanie się tylko do badań zagranicznych. Należy z dużą ostrożnością dokonywać takich porównań z uwagi na różnice dotyczące pracy w służbie zdrowia i poziomie zaopieczania medycznego w różnych krajach.

Po siódme, pewne ograniczenia wiążą się także z badaniami przeprowadzonymi w grupie osób z chorobą Alzheimera. Ponieważ były one realizowane tylko w jednym wybranym ośrodku, oraz obejmowały pacjentów w bardziej zaawansowanych stanach oraz głównie kobiety, nie należy odnosić płynących z nich wniosków do wszystkich osób cierpiących na chorobę Alzheimera.

Implikacyjny wymiar badań

Uzyskane rezultaty badań stały się podstawą do sformułowania wniosków praktycznych, które sugerują kierunek i charakter oddziaływań mających na celu zapobieganie lub eliminowanie objawów wypalenia wśród pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera:

- minimalizowanie czynników stresogennych poprzez zmianę znaczenia (przeinterpretowanie) sytuacji opieki, głównie w oparciu o analizę objawów choroby Alzheimera i formułowanie scenariuszy z właściwymi sposobami reagowania na nie;
- dostrzeganie pozytywnych stron opieki, przykładowo koncentrowanie się na małych sukcesach osiągniętych przez pacjentów w ich codziennym funkcjonowaniu;
- zmniejszanie subiektywnego poczucia obciążenia psychicznego m.in. przez analizę występujących u pacjentów zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych, wraz z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie dlaczego są obciążające;
- nauka indywidualnie dostosowanych metod redukcji napięcia psychicznego (treningi, ćwiczenia relaksacyjne, rozwój zainteresowań, aktywność fizyczna);
- kształtowanie optymalnego przekonania o własnej skuteczności dzięki stałemu konfrontowaniu osądów na temat swoich umiejętności działania z potrzebami pacjentów;
- rozwijanie kompetencji emocjonalnych w kierunku od pracy nad własnymi emocjami (trening wglądu) do pracy nad emocjami wykorzystywanymi w relacjach z innymi (trening wrażliwości);
- wzmacnianie sprawności wolicjonalnej, zwłaszcza w sytuacjach decyzyjnych przede wszystkim poprzez ćwiczenie pozytywnego myślenia.

Bibliografia

- Adamiak, G., Juczyński, Z. (2002). Zmaganie się ze stresem u opiekunów chorych z chorobą Alzheimera. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 11, 71-80.
- Adams, K. B., Mcclendon, M. J., Smyth, K. A. (2008). Personal losses and relationship quality in dementia caregiving. *Dementia*, 7(3), 301-319.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, D. M., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B., Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendation from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 270-279. Wersja tłumaczona przez W. Turaj, pobrane z: <http://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/64562>)
- Alzheimer, A. (1907). *Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 64, 146-148.
- Anczewska, M. (2006). *Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Anczewska, M., Świtaj, P., Roszczyńska, J. (2005). Wypalenie zawodowe. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 67-77.
- Andruszkiewicz, A., Banaszekiewicz, M., Felsmann, M., Marzec, A., Kiełbratowska, B., Kocięcka, A. (2011). Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2), 143-147.
- American Psychiatric Association – APA (2000). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington.
- Astrom, S., Nilsson, M., Norberg, A., Sandman, P-O., Winbland, B. (1991). Staff burn-out in dementia care – relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 28(1), 65-75.

- Bai, X., Kwok, T. C. Y., Chan, N. Y. T., Ho, F. K. Y. (2013). Determinations of job satisfaction in foreign domestic helpers caring for people with dementia in Hong Kong. *Health and Social Care in the Community*, 21(5), 472-479.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy. Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1994). Self-Efficacy. W: V. S. Ramachendran (red.). *Encyclopedia of human behavior* (s. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman & Co.
- Bandura, A. (2007). *Teoria społecznego uczenia się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Barcikowska, M. (2008). Naukowe kryteria rozpoznawania choroby Alzheimera: rewizja kryteriów NINCDS-ADRDA. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 4, 93-94.
- Barcikowska, M. (2012). Choroba Alzheimera – rozpoznawanie. W: A. Szczudlik (red.). *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacja zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego* (s. 58-81). Otwock: MediSfera.
- Barcikowska, M., Bilikiewicz, A. (2004). *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Barczak, A. (2012a). Badanie neuropsychologiczne w diagnostyce otępień. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otępienie* (s. 11-13). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Barczak, A. (2012b). Łagodne zaburzenia poznawcze. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otępienie* (s. 14-17). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Barczak, A., Mandacka, M. (2012). Badania przesiewowe w diagnostyce łagodnych zaburzeń poznawczych i otępienia. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otępienie* (s. 8-13). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Barczak, A., Gorzkowska, A., Klimkowicz-Mrowiec, A. (2012). Ocena zaburzeń funkcjonowania poznawczego. W: A. Szczudlik (red.). *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacja zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego* (s. 12-29). Otwock: MediSfera.
- Bartoszewska, M. (2008). Molekularne mechanizmy choroby Alzheimera. *Postępy Biologii Komórki*, 35(3), (333-350).

- Basińska, M. A., Lewandowska, P. N., Kasprzak, A. (2013). Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 10(2), 1-10.
- Baumann, N. (2004). Volitional and emotional correlates of motivational structure questionnaire: further evidence for construct validity. W: W. M. Cox, E. Klinger (red.). *Handbook of motivational counseling: concepts, approaches, and assessment* (s. 199-213). Chichester: John Wiley & Sons.
- Baumann, N., Kuhl, J. (2003). Self-infiltration: confusing assigned tasks as self-selected in memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 487-498.
- Baumann, N., Kaschel, R., Kuhl, J. (2007). Affect sensitivity and affect regulation in dealing with positive and negative affect. *Journal of Research in Personality*, 41, 239-248.
- Beckmann, J., Kellmann, M. (2004). Self-regulation and recovery: approaching an understanding of the process of recovery from stress. *Psychological Reports*, 95, 1135-1153.
- Beisert, M. (2009). Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie* (s. 182-215). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ben-Zur, H., Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: the role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63-82.
- Bidzan, L. (2012). Zaburzenia snu jako czynnik niekorzystny rokowniczo w chorobie Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 9(1), 1-10.
- Bidzan, L. (2015). Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych. *Geriatrya*, 9, 22-30.
- Bidzan, L., Bidzan, M. (2005). Ocena rzetelności polskiej wersji językowej Inwentarza Neuropsychiatrycznego – wersja dla ośrodków opiekuńczych (Neuropsychiatric Inventory – Nursing Homes). *Psychiatria Polska*, 6, 1219-1229.
- Bień, B. (2008). Zmiany narządowe towarzyszące procesowi starzenia. W: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.). *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne* (43-52). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Biercewicz, M., Filipka, K., Kędziora-Kornatowska, K. (2016). Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą Alzheimera, opis przypadku. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 5(3), 117-122.

- Bilikiewicz, A., Parnowski, T. (2011). Choroby układu nerwowego przebiegające z otępieniem. W: S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.). *Psychiatria kliniczna* (s. 48-62). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Błądowski, P., Maciejasz, M. (2013). Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie*, 82(1), 61-69.
- Bolt-Drosik, M. (2014). Analiza zaawansowania otępienia i współwystępujących chorób somatycznych u pacjentów z chorobą Alzheimerera zgłaszających się do PZP. *Psychogeriatrics Polska*, 11(3), 97-102.
- Bomba, J. (2011). Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii. *Psychiatria Polska*, 42(1), 135-163.
- Borowicz, A. M. (2011). Upadki i zaburzenia chodu. W: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.). *Fizjoterapia w geriatricii* (s. 82-94). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Borowicz, A. M. (2013a). Zaburzenia koordynacji ruchowej. W: A. B. Borowicz, K. Wieczorowska-Tobis (red.). *Fizjoterapia w geriatricii, atlas ćwiczeń* (s. 241-255). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Borowicz, A. M. (2013b). Zmniejszona sprawność kończyny górnej. W: A. B. Borowicz, K. Wieczorowska-Tobis (red.). *Fizjoterapia w geriatricii, atlas ćwiczeń* (s. 257-274). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Braak, H., Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer related changes. *Acta Neuropathologica*, 82(4), 239-259.
- Burke, R. J., Matthiesen, S. B., Pallesen, S. (2006). Workaholism, organizational life and well-being of Norwegian nursing staff. *Career Development International*, 11(5), 463-477.
- Cąkała, M., Strosznajder, J. B. (2010). Znaczenie cyklooksyzgenaz w neurotoksyczności peptydów amyloidu β w chorobie Alzheimerera. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 44(1), 65-79.
- Cheng, S-T, Lam, L. C. W., Kwok, T., Ng, N. S. S., Fung, A. W. T. (2012). Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese caregivers. *The Gerontologist*, 53(1), 71-80.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. W: W. Schaufeli, C. Maslach. T. Marek (red.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (s. 135-143). London: Taylor & Francis.

- Ciesielska, N., Sokołowski, R., Kędziora-Kornatowska, K., i in. (2013). Screening clinimetric scales applied in the diagnostics of disorders of cognitive functions of dementia. Systematic review. *Journal of Health Sciences*, 3(11), 391-410.
- Cohen-Mansfield, J., Billing, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(7), 711-721.
- Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *The American Academy of Neurology*, 48, 10-16.
- Cummings, J. L. (2005). *Skala neuropsychiatryczna (NPI). Instrukcja użycia i stosowania*. Podręcznik elektroniczny w języku polskim.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Czerepaniak-Walczak, M. (1999). Kompetencja: słowo kluczowe, czy „wytrych” w edukacji? *Neodidagenata*, 24, 53-66.
- Dobińska, Ż. (2014). Opieka pielęgniarska – wybrane zagadnienia teoretyczne. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(38), 59-63.
- Dobryszczycka, W., Leszek, J. (2007). *Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne neurozwyrodnienia w chorobie Alzheimera, otępieniu, starzeniu*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Domagała, A. (2015). *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Draaisma, D. (2006). *Rozstrojone umysły. Historie chorych i dzieje chorób*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Drabik, L., Sobol, E. (2016). *Słownik języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., DeKosky, S. T. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology*, 6, 734-746.
- Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., Hampel, H., i in. (2014). Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG criteria. *Lancet Neurology*, 13, 614-629.
- Duffy, B., Oyebode, J. R., Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia. The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8(4), 515-541.

- Evers, W., Tomic, W., Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 439-454.
- Fauth, E. B., Gibbons, A. (2014). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 263-271.
- Feldman, H. H., Woodward, M. (2005). The staging and assessment of moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology*, 65, 10-17.
- Fengler, J. (2000). *Pomaganie mężczyznom*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunica, L., Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed for Health Professions*, 86(2), 104-115.
- Filarski, M. (2012). *Zaburzenia zachowania w chorobie Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*. Warszawa: Lundbeck.
- Filippi, M., Agosta, F., Barkhol, F., Dubois, B., Fox, N. C., Frisoni, G. B., Jack, C. R., Johannsen, P., Miller, B. L., Nestor, P. J., Scheltens, P., Sorbi, S., Teipel, S., Thompson, P. M., Wahlund, L-O. (2012). EFNS task force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. *European Journal of Neurology*, 19, 1487-1501. Wersja tłumaczona przez W. Turaj, (2013). *Medycyna Praktyczna - Neurologia*, 4, 7-27.
- Finkel, S., Silva, J. C., Cohn, G., Miller, S., Santorius, N. (1997). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implication for research and treatment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1060-1061.
- Fletcher, G. F., Balady, G. J., Amsterdam, E. A., i in. (2001). Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 104(14), 1694-1740.
- Flirski, M., Sobów, T. (2011). Memantyna i inhibitory cholinesteraz: terapia skojarzona choroby Alzheimera. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2, 75-83.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., Fanijiang, G. (2009). *MMSE. Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego. Przewodnik kliniczny*. Warszawa: Pracowni Testów Psychologicznych.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. Fanijiang, G. (2009). *Mini-Mental. Podręcznik użytkownika*. Warszawa: Pracowni Testów Psychologicznych.

- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gabryelewicz, T. (2004). Łagodne zaburzenia poznawcze. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.). *Otępienie* (s. 53-58). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gabryelewicz, T. (2006). Zaburzenia psychiczne i zachowania w otępieniu. W: A. Sadowska (red.). *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera - poradnik dla opiekunów* (s. 31-35). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.
- Gabryelewicz, T. (2007). Zaburzenia zachowania oraz zaburzenia psychotyczne i afektywne w otępieniu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 3(2), 90-96.
- Gabryelewicz, T. (2011a). Łagodne zaburzenia poznawcze. *Postępy Nauk Medycznych*, 24(8), 688-691.
- Gabryelewicz, T. (2011b). Wpływ łagodnych zaburzeń poznawczych na jakość życia osób w podeszłym wieku. W: J. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 321-330). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Gabryelewicz, T. (2011c). Nowe kliniczne kryteria rozpoznawania łagodnych zaburzeń poznawczych i otępienia spowodowanego chorobą Alzheimera: zalecenia National Institute on Aging i Alzheimer' Association. *Neurologia po Dyplomie*, 6(6), 7-12.
- Gabryelewicz, T. (2012). Zaburzenia zachowania, zaburzenia psychotyczne i zaburzenia afektywne w otępieniu. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otępienie* (s. 38-41). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Gabryelewicz, T. (2014). Farmakologiczne leczenie zaburzeń zachowania u osób z otępieniem. *Przegląd Lekarski*, 71(4), 215-220.
- Gałecki, P., Świącicki, Ł. (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gambin, M. (2012). Procesy samokontroli a poczucie własnej skuteczności u dzieci z objawami impulsywności-nadaktywności i nieuwagi. *Niepublikowana praca doktorska*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Rodriguez-Munoz, A., Rodriguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 476-489.
- Gauthier, S., Ballard C. (2009). *Management of dementia: second edition*. New York: Informa Healthcare.

- Gaweł, M., Potulska-Chromik, A. (2015). Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona. *Postępy Nauk Medycznych*, 27(7), 468-476.
- Gąsiorowski, K., Brokos, J. B. (2011). Mechanizm neurotoksyczności złogów amyloidowych. W: L. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 83-118). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Geppert, A. M., Przedpelska-Ober, E. M. (2007). Naczyniowe czynniki ryzyka u pacjentów z postacią sporadyczną choroby Alzheimera. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(2), 145-148.
- Golembiewski, R. T. (1989). A note on Leiter's study. Highlighting two models of burnout. *Group & Organization Studies*, 14(1), 5-13.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. (1988). *Phases of burnout. Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.
- Gorgens-Ekermans G., Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2275-2285.
- Grabowska-Fudala, B., Jaracz, K., Smelkowska, A., Pniewska, J., Buczkowska, M. (2013). Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne. *Nowiny Lekarskie*, 82(1), 25-30.
- Granek, L., Ben-David, M., Nakash, O., Cohen, M., Barbera, L., Ariad, S., Krzyżanowska, M. K. (2017). Oncologists' negative attitudes towards expressing emotion over patient death and burnout. *Support Care Cancer*, 25, 1607-1614.
- Grochmal-Bach, B. (2007). *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Grossberg, G. T., Kamat, S. M. (2011). *Choroba Alzheimera. Najnowsze strategie diagnostyczne i terapeutyczne*. Otwock: MediSfera.
- Gugała, M., Łojek, E., Lipczyńska-Łojkowska, W., Bochyńska, A., Sawicka, B., Sienkiewicz-Jarosz, H. (2007). Przegląd metod neuropsychologicznych służących do diagnozy łagodnych zaburzeń poznawczych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(1), 81-85.
- Gustaw, K., Bełtowska, K., Makara-Studzińska, M. (2008). Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją – potrzeba pomocy społecznej. *Przegląd Lekarski*, 65(6), 304-307.
- Hess-Wikotr, K., Opoczyńska, M. (2010). Doświadczenie opieki nad bliskim dotkniętym chorobą Alzheimera. *Psychoterapia*, 4(155), 49-59.

- Heszen-Niejodek, I. (2005). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3* (s. 465-492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen, I. (2014). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heyns, P. M., Venter, J. H., Esterhuyse, K. G., Bam, R. H., Odendal, D. C. (2003). Nurses caring for patients with Alzheimer's disease: their strengths and risk of burnout. *South African Journal of Psychology*, 33(2), 80-85.
- Hope, R. A., Fairburn, C. G. (1990). The nature of wondering in dementia: a community-base study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(4), 239-245.
- Hort, J., O'Brien, J. T., Gainotti, G., i in. (2010). EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 17(1), 1236-1248. Wersja tłumaczona przez W. Turaj, (2010). *Medycyna Praktyczna - Neurologia*, 4, 21-39.
- Hsu, H-Y., Chen, S-H., Yu, H-Y., Lou, J- H. (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1592-1601.
- Inoue, Y., Sasaki, M. (2016). Influence of BPSD and cognitive appraisal by nursing home workers on workers' psychological stress responses. *International Journal of Psychology*, 51, 130.
- International Psychogeriatric Association – IPA (2011). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack*. Pobrane z: http://dbmas.org.au/uploads/resources/IPA_BPSD_Educational_Pack.pdf
- Jachimowicz, V., Kostka, T. (2009). Aktywność ruchowa a sprawność funkcjonalna i lokomocyjna osób starszych. *Medycyna Sportowa*, 4(6), 256-264.
- Jack, C. R., Marilyn, S. A., Knopman, D. S., McKhann, G. M., Sperling, R. A., Carrillo, M. C., Thies, B., Phelps, C. H. (2011). Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 257-262. Wersja tłumaczona przez W. Turaj, pobrane z: <http://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/61778>
- Januszewska, I. (2011). Kwestionariusz Kompetencji Emocjonalnych – tłum. z j. niem. aut. H. Rindermann 2009 – *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen*. Lublin: Katedra Psychologii Klinicznej KUL JP II.

- Januszewska, I., Steuden, S. (2015). Typy kompetencji emocjonalnych i regulacji emocji u osób z chorobą nadciśnieniową. *Przegląd Psychologiczny*, 3, 325-340.
- Jasielska, A., Leopold, M. A. (2000). Kompetencja a inteligencja emocjonalna - pojęcia tożsame czy różne? *Forum Oświatowe*, 2(23), 5-32.
- Juczyński, Z. (1998). Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Promocja zdrowia. Nauki społeczne i Medycyna*, 5(14), 54-63.
- Juczyński, Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności - teoria i pomiar. *Folia Psychologica*, 4, 11- 24.
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2010). Wolna wola w świetle badań współczesnej psychologii nad procesami samoregulacji i samokontroli. *Psychologia Społeczna*, 4(15), 330-344.
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2011). Postawy rodzicielskie, a zdolność w zakresie samoregulacji: wychowawcze uwarunkowania gratyfikacji podstawowych potrzeb, internalizacji standardów oraz siły woli. *Psychologia Rozwojowa*, 16(4), (89-108).
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2012a). Determinizm i nieświadoma wola a podmiotowość. *Psychologia Społeczna*, 2(21), 140-150.
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2012b). Siła woli we współczesnej psychologii: ujęcie personologiczne i procesualne. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), 307-326.
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2012c). Siła woli a subiektywny dobrostan i poczucie autodeterminacji: moderująca rola stresu. *Przegląd Psychologiczny*, 55(4), 347-367.
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2013). *Siła woli. Autonomia, samoregulacja i kontrola działania*. Sopot: Smak Słowa.
- Kajiwara, K., Nakatani, H., Ono, M., Miyakoshi, Y. (2015). Positive appraisal of in-home family caregivers of dementia patients as an influence on the continuation of caregiving. *Psychogeriatrics*, 15, 26-31.
- Kalandyk, H., Penar-Zadarko, B., Krajewska-Kułak, E. (2016). Nurses' generalized self-efficacy in relation to their workplace. *Progress in Health Sciences*, 6(2).
- Katzman, R. (1976). The prevalence and malignancy of Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 33(4), 217-218.
- Kaufers, D. I., Cummings, J. L., Christine, D., Bray, T. Castellon, S., Masterman, D., MacMillan, A., Ketchel, P., DeKosky, S. T. (1998). Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: The Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *American Geriatrics Society*, 46(2), 210-215.
- Kiejna, A. (2011a). Alois Alzheimer. W: J. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 17-22). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.

- Kiejna, A. (2011b). Epidemiologia choroby Alzheimera. W: J. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 25-30). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Kijanowska-Haładyna, B. (2013). Opieka nad osobami dotkniętymi chorobą Alzheimera. W: T. Parnowski (red.). *Choroba Alzheimera* (s. 62-109). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Klich-Rączka, A. (2006). Co lekarz rodzinny powinien wiedzieć o otępieniu? *Przewodnik Lekarza*, 10, 58-66.
- Klich-Rączka, A. (2008). Otępienie. W: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.). *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne* (255-263). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Klich-Rączka, A. (2012). Organizacja opieki nad chorym z otępieniem. W: A. Szczudlik (red.). *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacja zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego* (s. 149-156). Otwock: MediSfera.
- Klich-Rączka, A., Piotrowicz, K., Stompór, M. (2012). Opieka nad pacjentem z otępieniem w stadium terminalnym. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otępienie* (s. 62-68). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Kłoszewska, I. (1998). Częstość występowania objawów psychotycznych i zaburzeń zachowania w poszczególnych stadiach choroby Alzheimera. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 7, 305-316.
- Kłoszewska, I. (2001). Choroba Alzheimera. *Przewodnik Lekarza*, 4, 78-82.
- Kłoszewska, I. (2002). Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne w otępieniach o różnej etiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2(2), 93-97.
- Kłoszewska, I. (2004). Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne w zespołach otępiennych. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.). *Otępienie* (59-66). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Koole, S. L., McCullough, M. L., Kuhl, J., Roelofsma, P. H. M. P. (2010). Why religion's burdens are light: from religiosity to implicit self-regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 95-107.
- Kotapka-Minc, S. (2003). Problemy diagnostyczne w zespołach otępiennych –perspektywa neuropsychologiczna. W: J. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 375-388). Wrocław: Continuo.
- Kotapka-Minc, S. (2004). Badanie neuropsychologiczne w chorobie Alzheimera. W: M. Barcikowska, A. Bilikiewicz (red.). *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej* (s. 106-117). Lublin: Wydawnictwo Czelej.

- Kotapka-Minc, S. (2007). Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnostyce otępienia. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 3(2), 61-68.
- Kotapka-Minc, S., Borkowska, A. (2012). Neuropsychologiczna ocena otępień. W: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.). *Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Kotlicka-Antczak, M. (2014). Psychopatologia. W: M. Jarema, J. Rebe-Jabłońska (red.). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 13-44). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kovacs, M., Kovacs, E., Hegedus, K. (2010). Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Public Health*, 51, 432-442.
- Kowalska, A. (2009a). Genetyka zespołów otępiennych. Część 2: Biologia choroby Alzheimera. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 63, 287-295.
- Kowalska, A. (2009b). Genetyka zespołów otępiennych. Część 3: podłoże molekularne wieloczynnikowego dziedziczenia sporadycznej choroby Alzheimera. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 63, 557-582.
- Kowalska, A. (2009c). Genetyka zespołów otępiennych. Część 4: spektrum mutacji odpowiedzialnych za rozwój rodzinnej autosomalnie dominującej postaci choroby Alzheimera. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 63, 583-591.
- Kozak-Putowska, D., Iżicka, J. (2016). Jakość życia chorych na chorobę Alzheimera. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2(55), 50-53.
- Krzemiński, S., Caroff, S. N., Rossa, G. (2006). Nierzeczywiste percepcje wzrokowe – Przegląd piśmiennictwa. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 15(3), 155-164.
- Krzyżowski, J., Bogusławska-Walecka, R. (2006). *Neuroobrazowanie w praktyce psychiatrycznej*. Warszawa: Medyk.
- Kuhl, J. (1985). Volitional mediators of cognition – behavior consistency: Self-regulatory process and action versus state orientation. W: J. Kuhl, J. Beckmann (red.). *Action control: from cognition to behavior* (s. 101-128). Berlin: Springer-Verlag.
- Kuhl, J. (1994a). A theory of action and state orientations. W: J. Kuhl, J. Beckmann (red.). *Volition and personality. Action versus state orientation* (s. 9-46). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kuhl, J. (1994b). Action versus state orientation: Psychometric properties of the Action Control Scale (ACS-90). W: J. Kuhl, J. Beckmann (red.). *Volition and personality. Action versus state orientation* (s. 47-59). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

- Kuhl, J. (1996). Who controls whom “when I control myself”? *Psychological Inquiry*, 7(1), 61-68.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit: interaktionen psychischer systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2011). Adaptive and maladaptive pathways of self-development: Mental health and interactions among personality systems. *Psychologia rozwojowa*, 16(4), 9-31.
- Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Aström, S., Karlsson, I. (1994). Emotional experiences, empathy and burnout among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 19(4), 670-679.
- Kurowska, K., Zuza-Witkowska, A. (2011). Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Nowiny Lekarskie*, 80(4), 277-282.
- Kwon, M-J., Kim, Y-H. (2016). Burnout, emotional labor and emotional intelligence of psychological nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 8(2), 245-254.
- Lane, R. D., Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive- developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 113, 133-143.
- Larner, A. J. (2010). Postępowanie w otępieniu – nowe osiągnięcia. *Medycyna po Dyplomie*, 20(3), 40-45.
- Lazarus, R. S. (1980). The stress and coping paradigm. W: L. A. Bond, J. C. Rosen (red.). *Competence and coping during adulthood* (s. 28-74). Hanover: University Press of New England.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2002). Ocena poznawcza. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.). *Natura emocji* (s. 183-190). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lech, A. (2014). Choroba Alzheimera jako czynnik modyfikujący funkcjonowanie rodziny. *Pogranicze Studia Społeczne*, 24, (211-241).
- Lee, H., Singh, J. (2010). Appraisals, burnout and outcomes in informal caregiving. *Asian Nursing Research*, 4(1), 32-44.

- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. W: W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (s. 237-250). Washington: Taylor & Francis.
- Leiter, M. P., Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leopold, M. A. (2001). Rozumienie pojęcia kompetencja emocjonalna. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1(2), 155-182.
- Leopold, M. A. (2006). Elementy składowe kompetencji emocjonalnej. *Czasopismo Psychologiczne*, 12(2), 191-204.
- Leopold, M. A., Ruda, K. (2001). Kwestionariusz KE do pomiaru kompetencji emocjonalnej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1(1), 61-75.
- Lewko, J., Mielech, D., Nyklewicz, W., Łukaszuk, C., Sierakowska, M., Kowalczyk, K., Jankowiak, B., Krajewska-Kułak, E. (2009). Przekonania pielęgniarek pogotowia ratunkowego na temat śmierci i umierania a poziom wypalenia zawodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 17(2), 92-97.
- Liden, C. B., Wolowicz, M., Stivorc, J., Teller, A., Vishnubhatla, S., Pelletier, R., Farringdon, J. (2002). *Accuracy and reliability of the SenseWear Armband as an energy expenditure assessment device*. Pittsburgh: Body Media.
- Łaguna, M. (2006). Skala skuteczności przedsiębiorczej SSP. *Roczniki Psychologiczne*, 9(2), 103-123.
- Łosiak, W. (2007). *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Łuczywek, E. (1998). Procesy poznawcze w chorobie Alzheimera. W: A. Sadowska (red.). *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera – poradnik dla opiekunów* (s. 12-20). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.
- Mace, N. L., Rabins, P. V. (2005). *36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia*. Warszawa: MediPage.
- Mackenzie, C. S., Peragine, G. (2003). Measuring and enhancing self-efficacy among professional caregivers of individuals with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 291-299.
- Makara-Studzińska, M., Gustaw, K., Kryś, K. (2012). Trudności w komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. *Psychiatria i Psychologia kliniczna*, 12(1), 18-25.

- Marszał-Wiśniewska, M. (1992). Kwestionariusz Siły Woli Kuhla. Adaptacja do warunków polskich. W: A. Eliaz, M. Marszał-Wiśniewska (red.). *Temperament a rozwój młodzieży* (s. 101-120). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Marszał-Wiśniewska, M. (1999). *Siła woli a temperament*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Marszał-Wiśniewska, M. (2001). Wychowawcze uwarunkowania orientacji na stan: jak można nie wykształcić silnej woli? *Przegląd Psychologiczny*, 44(4), 479-494.
- Marszał-Wiśniewska, M. (2002). Adaptacja Skali Kontroli Działania J. Kuhla (ACS-90). *Studia Psychologiczne*, 40, 77-102.
- Marszał-Wiśniewska, M., Zalewska, A. (1992). „Siła woli” we współczesnym ujęciu. W: A. Eliaz, M. Marszał-Wiśniewska (red.). *Temperament a rozwój młodzieży* (s. 29-52). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1982a). *Burnout: the cost of caring*. Englewood Cliffs, NY: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (1982b). Understanding burnout: definitional issues in analyzing a complex phenomenon. W: W. S. Paine (red.). *Job stress and burnout. Research, theory and intervention perspective* (s. 29-40). Beverly Hills: Sage Publications.
- Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. W: W. B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (red.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (s. 19-32). Washington: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. W: C. L. Cooper (red.). *Theories of organizational stress* (s. 68-85). New York: Oxford University Press.
- Maslach, C. (2009). Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. W: H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie* (s. 13-31). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach, C. (2011). Wypalenie się utrata troski o człowieka. W: P. G. Zimbardo, F. L. Ruch (red.). *Psychologia i życie* (s. 623-628). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach, C., Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: new perspectives. *Applied & Preventive psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., Schwab, R. L. (2013). *Maslach Burnout Inventory. Instruments and scoring guides. Polish: GS, HSS forms*. Published by Mind Garden.

- Maslach, C., Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (2011). *Prawda o wypalenie zawodowym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maczak, A., Martowska, K. (2011). Z badań nad uwarunkowaniami kompetencji emocjonalnej. *Studia Psychologiczne UKSW*, 11(1), 5-18.
- Maurer, K., Volk, S., Gerbaldo, H. (1997). Auguste D. and Alzheimer's disease. *The Lancet*, 349, 1546-1549.
- Mayer, J., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? W: P. Salovey, D. Sluyter (red.). *Emotional development and emotional intelligence* (s. 3-31). New York: Basic Books.
- McKhann, G. M. Knopman, S. D., Chertkow, H., i in. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 263-269. Wersja tłumaczona przez W. Turaj, pobrane z: <http://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/61779>
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., i in. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253.
- Morris, J. C. (2005). Early-stage and preclinical Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 19(3), 163-165.
- Najwyższa Izba Kontroli (2017). *Informacje o wynikach kontroli: opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*. Warszawa: Delegatura w Katowicach.
- Nawrot, B., Antoszczyk, S., Sierant, M. (2003). Hamowanie ekspresji genów białek uczestniczących w wytwarzaniu β -amyloidu jako perspektywa neuroprotekcji w chorobie Alzheimera. W: M. Śmiałkowska (red.). *Neuroprotekcja* (s. 65-75). XX Zimowa Szkoła Farmakologii PAN.
- Nestorowicz, J. (2013). Przebieg choroby Alzheimera. W: T. Parnowski (red.). *Choroba Alzheimera* (s. 23-32). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Nieckarz, R. (2015). Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Alzheimera. *Puls Uczelni*, 9(2), 18-23.
- Novak, M., Chapell, N. L. (1994). Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. *The International Journal of Aging and Human Development* 39(2), 105-120.
- Noworol, Cz., Marek, T. (1993). Typology of burnout: methodology modeling of the syndrome. *Polish Psychological Bulletin*, 24(4), 319-326.
- O'Brien, R. J., Wong, P. C. (2011). Amyloid precursor protein processing and Alzheimer's disease. *Annual Review of Neuroscience*, 34, 185-204.
- Ogińska-Bulik, N. (2003). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła, konsekwencje, zapobieganie*. Warszawa: Difin.
- Okła, W. (2001). Ryzyko zespołu wypalenia i sposoby jego przezwyciężania u terapeutów i osób wspierających. W: L. Szewczyk. A. Kulik (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka* (s. 133-142). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Okła, W., Steuden, S. (1998). Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia. *Roczniki Psychologiczne*, 1, 119-130.
- Okła, W., Steuden, S. (1999). Strukturalne i dynamiczne aspekty zespołu wypalenia w zawodach wspierających. *Roczniki Psychologiczne*, 2, 5-17.
- Ogińska-Bulik, N. (2003). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła, konsekwencje, zapobieganie*. Warszawa: Difin.
- Oleksy-Kawecka, K., Hess-Wiktor, K. (2014). *Bliżej osób z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów i terapeutów osób dotkniętych chorobą Alzheimera w II i III stadium przebywających w domu pomocy społecznej*. Bystra: Wydawnictwo Sadyba.
- Oleś, P. K. (2005). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Olin, J. T., Schneider, L. S., Katz, I. R., i in. (2002). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 125-128.
- Olszewski, H. (2008). *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Opala, G. (2011). Epidemiologia otępień w perspektywie prognoz demograficznych. W: J. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 31-41). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.

- Ozcakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., Guldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home? *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 266-272.
- Ożarowski, M., Kupisz, J., Torlińska, T. (2006). Biologiczne czynniki ryzyka choroby Alzheimera. *Nowiny Lekarskie*, 75(2), 193-198.
- Pąchalska, M., Kurzbauer, H. MacQueen, B. D., Grochmal-Bach, B., Godziniec, K. (2004). Kliniczny Test Funkcji Wykonawczych – Zrewidowany w diagnostyce różnicowej depresji, zespołu lekkich zaburzeń poznawczych oraz otępienia typu Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 1(2), 119-144.
- Pąchalska, M., Bidzan, L., Pufal, A., Bidzan, M., Łukaszewska, B. (2009). Dynamika zmian zaburzeń zachowania w otępieniu typu Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 6(2), 43-58.
- Packell, K., Narayan, A. (2013). Exploring the role of valence and regulation type on the emotional antecedents of burnout. *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*, 4(1), 6-28.
- Parnowski, T. (1995). Obraz kliniczny zespołów otępiennych. *Psychiatria Polska*, 29(5), 593-606.
- Parnowski, T. (1998). Obraz kliniczny choroby Alzheimera. W: J. Leszek (red.). *Choroba Alzheimera* (s. 47-69). Warszawa: Volumed.
- Parnowski, T. (2011). Otępienie: coraz więcej pytań – coraz więcej odpowiedzi. W: J. Leszek (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 525-559). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Parnowski, T. (2013). *Choroba Alzheimera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pasikowski, T. (2009). Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. W: H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie* (s. 135-148). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pervin, L. A. (2002). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pesz, K., Misiak, B., Sasiadek, M. M. (2011). Genetyczne podstawy zespołów otępiennych. W: L. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 45-55). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Pfeffer, A. (2004). Choroba Alzheimera – obraz kliniczny, rozpoznawanie, możliwości terapeutyczne zaburzeń poznawczych. *Przewodnik Lekarza*, 5, 70-78.
- Pfeffer, A. (2012). Diagnostyka otępień. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otępienie* (s. 3-7). Warszawa: Medical Tribune Polska.

- Pfeffer-Baczuk, M. (2006). Podstawowe wiadomości o chorobie Alzheimera. Objawy neurologiczne. W: A. Sadowska (red.). *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera – poradnik dla opiekunów* (s. 27-31). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.
- Pines, A. M. (2009). Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej. W: H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie* (s. 32-57). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ponce, C. C., Ordonez, T. N., Lima-Silva, T. B., Dias dos Santos, G., Viola, L. F., Nunes, P. V., Forlenza, O. V., Cachioni, M. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(3), 226-237.
- Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 133-135). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Prusiński, A. (2011). *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne (przekład polski)*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opis kliniczny i wskazówki diagnostyczne (przekład polski)*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Rachel, W., Jabłoński, M., Datka, W. (2014). Jakość życia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 11(3), 67-78.
- Rachel, W., Grela, A., Zyss, T., Zięba, A., Piekoszewski, W. (2014). Biomarkery choroby Alzheimera. *Przegląd Lekarski*, 71(2), 98-101.
- Ratajczak, Z. (2000). Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 65-87). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Reber, A. S., Reber, E. S. (2008). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Reisberg, B., Jamil, I. A., Khan, S., Monteiro, I., Torossian, C., Ferris, S., Sabbagh, M., Gauthier, S., Auer, S., Shulman, M. B., Kluger, A., Franssen, E., Wegiel, J. (2011).

- Staging dementia. W: M. T. Abou-Saleh, C. Katona, A. Kumar (red.). *Principles and practice of geriatric psychiatry, third edition* (162-169). New York: John Wiley & Sons.
- Rindermann, H. (2009). *Emotionale-Kompetenz-Fragebogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 172-180.
- Romero-Moreno, R., Losada, A., Mausbach, B. T., Marquez-Gonzalez, M., Patterson, T. L., Lopez, J. (2011). Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging & Mental Health*, 15(2), 221-231.
- Rosano, C., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Kritchevsky, S. B., Brach, J., Visser, M., Yaffe, K., Newman, A. B. (2005). Association between physical and cognitive function in healthy elderly: the health, aging and body composition study. *Neuroepidemiology*, 24(1-2), 8-14.
- Ryglewicz, D. (2008). Napady padaczkowe w przebiegu otępienia i choroby Alzheimera. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 4, 33-34.
- Saarni, C. (1988). Emotional competence: how emotions and relationship become integrated. *Nebraska Symposium on Motivation: Socioemotional development. Current theory and research in motivation*, 36, 115-182.
- Saarni, C. (1999a). *The development of emotional competence*. New York: The Guilford Press.
- Saarni, C. (1999b). Kompetencja emocjonalna i samoregulacja w dzieciństwie. W: P. Salovey, D. J. Sluyter (red.). *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna* (s. 75-125). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Saarni, C. (2005). Społeczny kontekst rozwoju emocjonalnego. W: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones (red.). *Psychologia emocji* (s. 393-410). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sadowska, A. (2006a). *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera – poradnik dla opiekunów*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.
- Sadowska, A. (2006b). Opiekun i jego problemy. Kim są opiekunowie chorych? W: A. Sadowska (red.). *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera – poradnik dla opiekunów* (s. 87-89) Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.

- Sandvoll, A. M., Grov, E. K., Kristoffersen, K., Hauge, S. (2015). When care situations evoke difficult emotions in nursing staff members: an ethnographic study in two Norwegian nursing homes. *BMC Nursing*, 14(4), 1-6.
- Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17, 359-365.
- Sawicka, J., Doroszkiewicz, H. (2016). Wieloaspektowość problemów opieki nad chorym z chorobą Alzheimera. W: M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, K. Kowalczyk (red.). *Pielęgnacyjno-rehabilitacyjne problemy starzejącego się społeczeństwa* (s. 49-68). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu.
- Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W. B., Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 1083-1090.
- Schmidt, S. G., Dichter, M. N., Palm, R., Hasselhorn, H. M. (2012). Distress experienced by nurses in response to the challenging behaviour of residents – evidence from German nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3134-3142.
- Schmitz, N., Neumann, W., Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.
- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.). *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., Juczyński, Z. (2012). Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES. W: Z. Juczyński (red.). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia* (s. 89-94). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Semiatin, A. M., O'Connor, M. K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. *Aging & Mental Health*, 16(6), 683-688.

- Senderecka, M., Zabawa, J., Kluj-Kozłowska, K., Greń, M., Konkel, A., Kuklińska, M., Paprot, E., Sikorski, R., Barczak, A., Sitek, E. (2014). *The Addenbrooke's Cognitive Examination - ACE-III. Wersja A, B, C – PL.* – copyright prof. John Hodges.
- Sęk, H. (2000). Kompetencja, jako pojęcie wyznaczające cele i strategie prewencji psychologicznej. W: H. Sęk (red.). *Spoleczna Psychologia kliniczna* (s. 486). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., (2005). Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(2), 93-98.
- Sęk, H. (2009a). Wstęp. W: H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie* (s. 7-11). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H. (2009b). Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie* (s. 83-112). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., Beisert, M., Pasikowski, T., Ścigała, I. (1997). Mechanizmy stresu i wypalenia zawodowego w modelu poznawczo-kompetencyjnym. W: A. Tokarz, E. Nęcka (red.). *Kolokwia psychologiczne* (s. 167-194). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Shinan-Altman, S., Werner, P., Cohen, M. (2016). The connection between illness representation of Alzheimer's disease and burnout among nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation. *Aging & Mental Health*, 20(4), 352-361.
- Siuda, J., Opala, G. (2012). Diagnostyka różnicowa otępień. W: A. Szczudlik (red.). *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacja zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimero-wskiego* (s. 41-47). Otwock: MediSfera.
- Słowik, A., Turaj, W., Szczudlik, A. (2004). Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach wewnętrznych. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.). *Otępienie* (s. 403-421). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Sobów, T. (2005). „Otępienia odwracalne” – historia koncepcji, krytyczny Przegląd badań i praktyczne implikacje kliniczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14(4), 331-336.
- Sobów, T. (2010a). *Praktyczna psychogeriatrya*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Sobów, T. (2010b). Interakcje układu cholinergicznego i amyloidu w patogenezie i leczeniu choroby Alzheimerera. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 19(2), 157-164.
- Sobów, T. (2011). Zaburzenia psychiczne wywołane organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. W: M. Jarema, J. Rebe-Jabłońska (red.). *Psychiatria*.

- Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 49-80). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sobów, T. (2012). Zaburzenia psychiczne w przebiegu zespołów otępiennych – znaczenie kliniczne i zasady postępowania. *Aktualności Neurologiczne*, 12(4), 236-244.
- Sobów, T. (2013). Kliniczne aspekty stosowania memantyny w monoterapii i politerapii choroby Alzheimera. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 9(1), 1-8.
- Sobów, T. (2014a). Choroba Alzheimera – uaktualnienia, 2014. *Neurologia po Dyplomie*, 9(4), 5-18.
- Sobów, T. (2014b). Zaburzenia psychiczne wywołane organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. W: M. Jarema, J. Rebe-Jabłońska (red.). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 49-80). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sobów, T., Kłoszewska, I. (2007). Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne w chorobie Alzheimera: wyniki analizy czynnikowej. *Psychogeriatrya Polska*, 4(3), 138-148.
- Sobów, T., Nogata, K., Sikorska, B., Magierski, R., Bartosiewicz-Wąsik, J., Jaskólski, M., Liberski, P. P. (2004). Choroba Alzheimera. W: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie* (s. 177-210). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Song, J-A., Oh, Y. (2015). The association between the burden on formal caregivers and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Korean elderly in nursing homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 346-354.
- Spallete, G., Musicco, M., Padovani, A., Rozzini, L., Perri, R., Fadda, L., Canonico, V., Trequattrini, A., Pettenati, C., Caltagirone, C., Palmer, K. (2011). Zaburzenia neuropsychiczne u nieleczonych pacjentów z nowo rozpoznaną chorobą Alzheimera. *Neurologia po Dyplomie*, 6(1), 63-71.
- Sperling, R. A., Asian, P. S., Beckett, L. A., i in. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 280-292. Wersja tłumaczona przez W. Turaj, pobrane z: <http://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/64562>)
- Stańczak, J. (2010). *MMSE. Polska Normalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

- Starkstein, S. E., Jorge, R., Petracca, G. Robinson R. G. (2007). The construct of generalized anxiety disorder in Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 42-49.
- Stawiarska, P. (2016). *Wypalenie zawodowe w perspektywie wyzwań współczesnego świata*. Warszawa: Difin.
- Stelzmann, R. A., Schnitzlein, H. N., Murtagh, F. R. (1995). An english translation of Alzheimer's 1907 Paper, „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde”. *Clinical Anatomy*, 8, 429-431.
- Studen, S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Studen, S. Januszewska, I. (2014). Kompetencje emocjonalne oraz regulacja emocji osób z chorobą nadciśnieniową. W: T. Gałkowski i E. Zasępa (red.). *Oblicza psychologii klinicznej. Pamięci Profesora Janusza Kostrzewskiego* (s. 87-108) Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Styczyńska, M. (2012a). Choroba Alzheimera. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otepienie* (s. 18-23). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Styczyńska, M. (2012b). Podłoże genetyczne otępień i rola biomarkerów w diagnostyce. W: M. Barcikowska (red.). *Medycyna po dyplomie. Zeszyt edukacyjny – Otepienie* (s. 35-37). Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Swerdlow, R. H. (2007). Is aging part of Alzheimer's disease, or is Alzheimer's disease part of aging? *Neurobiology of Aging*, 28, 1465-1480.
- Szczepańska-Gieracha, J., Wieprow, J., Kowalska, J. (2009). Stosunek fizjoterapeutów do pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami mentalnymi i depresyjnymi. Ocena skuteczności przeprowadzonego szkolenia. *Psychogeriatrics Polska*, 6(1), 23-31.
- Szepietowska, E. M., Daniluk, B. (2000). Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologii klinicznej. *Audiofonologia*, 16, 117-135.
- Szwed, A., Miłowska, K. (2012). Rola białek w chorobach neurodegeneracyjnych. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 66, 187-195.
- Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Zarzycka, D. (2008). Teoretyczne podstawy kategorii „opieka” w pielęgniarstwie. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(4), 384-389.
- Takizawa, T., Takahashi, M., Takai, M., Ikeda, T., Miyaoka, H. (2017). Changes in job stress and coping skills among caregivers after dementia care practitioner training. *Psychogeriatrics*, 17, 52-60.

- Talarowska, M., Gałeczki, P. (2013). *Zaburzenia funkcji poznawczych w wybranych chorobach somatycznych*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Taleghani, F., Ashouri, E., Saburi, M. (2017). Empathy, burnout, demographic variables and their relationship in oncology nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 41-45.
- Tan, L. L., Wong, H. B., Allen, H. (2005). The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. *International Psychogeriatrics*, 17(2), 253-263.
- Tanaka, K., Iso, N., Sagar, A., Tokunaga, A., Iwanaga, R., Honda, S., Nakane, H., Ohta, Y., Tanaka, G. (2015). Burnout of long-term care facility employees: relationship with employees' expressed emotion toward patients. *International Journal of Gerontology*, 9, 161-165.
- Tischner, J. (1982). *Myślenie według wartości*. Kraków: Znak.
- Todd, S. J., Watts, S. C. (2005). Staff responses to challenging behaviour shown by people with dementia: an application of an attributional-emotional model of helping behaviour. *Aging & Mental Health*, 9(1), 71-81.
- Tomaszewski, K., Matusik, P., Chmielewska, K., Nowak, J., Parnicka, A., Dubiel, M., Gąsowski, J. (2010). Otępienie a sprawność fizyczna pacjentów w podeszłym wieku mieszkających w wybranych domach opieki. *Gerontologia Polska*, 18, 71-75.
- Truzzi, A., Souza, W., Bucasio, E., Berger, W., Figueira, I., Engelhardt, E., Laks, J. (2008). Burnout in a sample of Alzheimer's disease caregivers in Brazil. *The European Journal of Psychiatry*, 22(3), 151-160.
- Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J., Engelad, K. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 34(4), 405-412.
- Tsukamoto, E., Abe, T., Ono, M. (2015). Inverse roles of emotional labour on health and job satisfaction among long-term care workers in Japan. *Psychology, Health & Medicine*, 20(7), 814-823.
- Tucholska, S. (2001). Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. *Przegląd Psychologiczny*, 44(3), 301-317.
- Tucholska, K. (2005). Zagadnienie kompetencji w psychologii. *Roczniki Psychologiczne*, 8(2), 11-36.
- Tucholska, S. (2009). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

- Tudor-Locke, C., Bassett, D. R. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine*, 31(1), 1-8.
- Tyszką, E. (1988). Zaburzenia psychiczne związane z okresem inwolucji. W: M. Jarosz (red.). *Podstawy psychiatrii* (s. 151-162). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Van den Vijngaart, M. A. G., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Felling, A. J. A. (2007). The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging and Mental Health*, 11(6), 626-636.
- Vetulani, J. (2004). Perspektywa terapii choroby Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 1(4), 253-278.
- Vetulani, J. (2007). Starość okiem przyrodnika. *Psychogeriatrya Polska*, 4(3), 109-138.
- Vetulani, J., Leszek, J. (2011). Neurochemia zaburzeń procesów poznawczych. Perspektywy terapeutyczne. W: L. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka* (s. 201-227). Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Walecki, J., Pałowska-Detko, A., Adamczyk, M. (2007). Rola współczesnych metod obrazowania w rozpoznawaniu i monitorowaniu otępienia. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 3(2), 69-89.
- Wang, P. N., Yang, C. L., Lin, K. N., Chen, W. T., Chwang, L. C., Liu, H. C. (2004). Weight loss, nutritional status and physical activity in patients with Alzheimer's disease. A controlled study. *Journal of Neurology*, 251(3), 314-320.
- Warchoł-Biedermann, K. (2010). *Wybrane czynniki wpływające na poczucie straty u opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera*. Poznań: Zakład Psychologii Klinicznej UM. Pobrane z: <http://www.wbc.poznan.pl/Content/245838/index.pdf>
- Wciórka, J. (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR (przekład polski)*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Widła, T. (2000). Kompetencje sędziego a kompetencje biegłego psychiatry w postępowaniu spadkowym testamentowym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, sup.* 1(9), 27-31.
- Wieczorowska-Tobis, K. (2011a). Specyfika pacjenta starszego. W: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.). *Fizjoterapia w geriatryi* (s. 18-27). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wieczorowska-Tobis, K. (2011b). Zmiany narządowe towarzyszące procesowi starzenia się. W: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.). *Fizjoterapia w geriatryi* (s. 11-17). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Wieczorowska-Tobis, K. (2011c). Podstawowe pojęcia geriatry i gerontologii. W: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.). *Fizjoterapia w geriatryi* (s. 3-10). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2003). Wypalenie zawodowe a poziom empatii u pielęgniarek. *Sztuka Leczenia*, 9(1), 91-95.
- Wilczewska, L. Roszmann, A. (2005). Standard opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera. W: E. Krajewska-Kułak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk (red.). *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego, tom I* (s. 339-346). Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku.
- Williams, B., Lau, R., Thornton, E., Olney, L. S. (2017). The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 329-337.
- Wiśniewski, H. M., Węgiel, J. (1998a). β -amyloidoza w chorobie Alzheimera. W: L. Leszek (red.). *Choroba Alzheimera* (s. 107-126). Wrocław: Volumed.
- Wiśniewski, H. M., Węgiel, J. (1998b). Zmiany neurofibrilaryjne w chorobie Alzheimera. W: L. Leszek (red.). *Choroba Alzheimera* (s. 97-107). Wrocław: Volumed.
- Włodarczyk, D. (1999). Rola i miejsce oceny poznawczej w radzeniu sobie ze stresem. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 57-72.
- Włodarczyk, D., Wrześniewski, K. (2005). Ocena stresu w kategoriach wyzwania u chorych po zawale serca – próba syntezy danych empirycznych. *Przeгляд Psychologiczny*, 48(4), 339-358.
- Włodarczyk, D., Wrześniewski, K. (2010). Kwestionariusz oceny stresu (KOS). *Przeгляд Psychologiczny*, 53(4), 479-496.
- Włodarek, D. (2012). *Oszacowanie wydatków energetycznych oraz realizacji potrzeb żywieniowych osób z chorobą Alzheimera*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego.
- Włodarek, D., Majkowski, M., Majkowska, L. (2012). Aktywność fizyczna osób starszych mieszkających w gminie Koprzywnica. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 63(1), 111-117.
- Wojcierowska, A. (2008). Wpływ umieszczenia chorego z chorobą Alzheimera w ośrodku pobytu dziennego na samopoczucie opiekuna. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(3), 269-272.
- Wojdyło, K. (2008). Umiejętność „przełączania się” między przeciwnymi emocjami – czyli jak działać efektywnie i dojrzałe. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 17-29.

- Wojtyna, E., Popiołek., K. (2012). Character of the relationship with Alzheimer patient and the psychological costs of care. *Polish Psychological Bulletin*, 43(4), 244-252.
- Wontorczyk, A., Brudnik, M. (2013). Cechy temperamentu jako predyktory wypalenia zawodowego u nauczycieli wychowania fizycznego. *Psychologia Społeczna*, 1(24), 96-110.
- Wood, S., Cummings, J. L., Barclay, T., Hsu, M-A., Allahyar, M., Schnelle, J. F. (1999). Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms on distress in professional caregivers. *Aging and Mental Health*, 3(3), 241-254.
- Wood, S., Cummings, J. L., Hsu, M-A., Barclay, T., Wheatley, M., Yarema, K. T., Schnelle, J. F. (2000). The use of the Neuropsychiatric Inventory in nursing home residents. Characterization and measurement. *The American Association for Geriatric Psychiatry*, 8(2), 75-83.
- World Health Organization – WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behaviour Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Geneva.
- World Health Organization – WHO (1993). *International Statistical Classification of Disease and Health Related Problems – Tenth Revision*. Geneva.
- Yan, E., Kwok, T., Tang, C., Ho, F. (2007). Factors associated with life satisfaction of personal care workers delivering dementia care in day care centers. *Social Work in Health Care*, 46(1), 37-45.
- Yu, J., Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 440-454.
- Zboch, M., Leszek, J. (2010). Znaczenie biologicznych markerów we wczesnej diagnostyce choroby Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 7(1), 29-37.
- Zieliński, W., Celka, R., Wojtkowiak, T., Szyszka, D. (2017). Aktywność fizyczna polskich seniorów. W: A. Makarczuk, A. Maszorek-Szymala, J. E. Kowalska, A. Kaźmierczak (red.). *Biopsychospoleczne uwarunkowania uczestnictwa w kulturze fizycznej i zdrowotnej osób w różnym wieku* (s. 61-70). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R. J., Koopmans, R. T. C. M. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 632-638.
- Zwijssen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J. A., Hertogh, C. M. P. M., Pot, A. M., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M. (2014). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people

with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4), 384-391.

Zych, A. (2010). *Leksykon gerontologii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Żuralska, R., Mziray, M., Postrożny, D., Domagała, P. (2014). Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 15(12), 131-141.

Spis rycin

Rycina 1. Model kontinuum choroby Alzheimera.....	31
Rycina 2. Heterogenność łagodnych zaburzeń poznawczych	33
Rycina 3. Wzorzec progresji objawów w typowych przypadkach choroby Alzheimera	34
Rycina 4. Transakcja stresowa w ujęciu Lazarusa i Folkman	46
Rycina 5. Struktura kompetencji emocjonalnej.....	52
Rycina 6. Typologiczny model wypalenia zawodowego.....	59
Rycina 7. Hipotetyczny schemat wzajemnych możliwych zależności pomiędzy zmiennymi w grupie pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera.....	68
Rycina 8. Aparat SenseWear Pro3 Armband.....	72
Rycina 9. Kolejność metod w zestawie do badania personelu pielęgniarskiego..	84
Rycina 10. Związek między zmienną zależną (zespołem wypalenia zawodowego) a zmienną niezależną (oceną stresu w sytuacji opieki) w całej grupie pielęgniarek	144
Rycina 11. Związek między zmienną zależną (zespołem wypalenia zawodowego) a zmienną niezależną (poczuciem obciążenia psychicznego w sytuacji opieki) w całej grupie pielęgniarek	145
Rycina 12. Związek między zmienną zależną (zespołem wypalenia zawodowego) a zmiennymi niezależnymi (przekonaniem o własnej skuteczności, kompetencjami emocjonalnymi, kontrolą wolicjonalną) w całej grupie pielęgniarek	149
Rycina 13. Porównanie grup o różnym nasileniu wypalenia pod względem oceny stresu oraz obciążenia psychicznego w sytuacji opieki.....	151
Rycina 14. Porównanie grup o różnym nasileniu wypalenia pod względem przekonania o własnej skuteczności, kompetencji emocjonalnych, kontroli wolicjonalnej	153
Rycina 15. Cechy charakteryzujące pielęgniarki przynależące do wyodrębnionych grup.....	154
Rycina 16. Porównanie grup o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia pod względem oceny stresu oraz obciążenia psychicznego w sytuacji opieki	156
Rycina 17. Porównanie grup o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia pod względem przekonania o własnej skuteczności, kompetencji emocjonalnych, kontroli wolicjonalnej	157
Rycina 18. Zmienne wyjaśniające zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera.....	163

Spis tabel

Tabela 1. Struktura badanej grupy osób z chorobą Alzheimera z uwagi na zmienne socjodemograficzne	88
Tabela 2. Struktura badanej grupy osób z chorobą Alzheimera z uwagi na zmienne związane z chorobą i leczeniem	90
Tabela 3. Osoby badane według płci i wieku	90
Tabela 4. Struktura badanej grupy personelu pielęgniarskiego z uwagi na zmienne socjodemograficzne	91
Tabela 5. Staż pracy w badanej grupie personelu pielęgniarskiego.....	91
Tabela 6. Struktura badanej grupy personelu pielęgniarskiego z uwagi na zmienne związane z pracą i zdrowiem.....	92
Tabela 7. Statystyki opisowe oraz rozkład ilościowy i procentowy w poszczególnych przedziałach dla wyniku ogólnego MMSE w grupie osób z chorobą Alzheimera	95
Tabela 8. Statystyki opisowe wyników surowych w podskalach MMSE dla grupy osób z chorobą Alzheimera	211
Tabela 9. Statystyki opisowe wyników w podskalach MMSE dla grupy osób z chorobą Alzheimera.....	96
Tabela 10. Statystyki opisowe wyników surowych dotyczących ilości objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera	211
Tabela 11. Statystyki opisowe wyników dotyczących ilości objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera	98
Tabela 12. Statystyki opisowe wyników dotyczących iloczynu częstości i nasilenia objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera	212
Tabela 13. Statystyki opisowe wyników dotyczących częstości objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera	99
Tabela 14. Statystyki opisowe wyników dotyczących nasilenia objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera	100
Tabela 15. Statystyki opisowe wyników dotyczących parametrów aktywności fizycznej w SWA dla grupy osób z chorobą Alzheimera.....	101
Tabela 16. Statystyki opisowe wyników w KOS dla całej grupy pielęgniarek w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera: zaburzeń funkcji poznawczych (KOS-1), zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (KOS-2), zaburzeń aktywności fizycznej (KOS-3) oraz istotność różnic w wynikach	103
Tabela 17. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w KOS-1 dla całej grupy pielęgniarek	104
Tabela 18. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w KOS-2 dla całej grupy pielęgniarek	105

Tabela 19. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w KOS-3 dla całej grupy pielęgniarek	106
Tabela 20. Statystyki opisowe wyników w CDS dla całej grupy pielęgniarek w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera: zaburzeń funkcji poznawczych (CDS-1), zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (CDS-2), zaburzeń aktywności fizycznej (CDS-3) oraz istotność różnic w wynikach.....	106
Tabela 21. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w CDS- 1, 2, 3 dla całej grupy pielęgniarek	107
Tabela 22. Statystyki opisowe oraz rozkład ilościowy i procentowy w poszczególnych przedziałach dla wyniku ogólnego GSES w całej grupie pielęgniarek	108
Tabela 23. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w GSES i w MBI dla całej grupy pielęgniarek	109
Tabela 24. Statystyki opisowe wyników w skalach głównych EKF dla całej grupy pielęgniarek	109
Tabela 25. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w EKF dla całej grupy pielęgniarek.....	110
Tabela 26. Statystyki opisowe wyników w podskalach ACS-90 dla całej grupy pielęgniarek	111
Tabela 27. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i w ACS-90 dla całej grupy pielęgniarek	112
Tabela 28. Istotność różnic w wynikach MBI w zależności od miejsca zamieszkania w całej grupie pielęgniarek.....	212
Tabela 29. Istotność różnic w wynikach MBI w zależności od ogólnego stanu zdrowia w całej grupie pielęgniarek.....	212
Tabela 30. Istotność różnic w wynikach MBI w zależności od odczuwanych dolegliwości zdrowotnych w trakcie i/lub po dyżurze w całej grupie pielęgniarek	213
Tabela 31. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i stażem pracy z pacjentem z chorobą Alzheimera dla całej grupy pielęgniarek	213
Tabela 32. Statystyki opisowe wyników w skalach MBI dla całej grupy pielęgniarek	113
Tabela 33. Statystyki opisowe wyników w skalach MBI oraz istotność różnic między wyodrębnionymi grupami	115
Tabela 34. Istotność różnic w wynikach KOS-1 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego	116
Tabela 35. Istotność różnic w wynikach KOS-2 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego	214
Tabela 36. Istotność różnic w wynikach KOS-3 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego	117

Tabela 37. Istotność różnic w wynikach CDS-1, CDS-2, CDS-3 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego	214
Tabela 38. Istotność różnic w wyniku GSES między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego	118
Tabela 39. Istotność różnic w wynikach EKF między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego	119
Tabela 40. Istotność różnic w wynikach ACS-90 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego	120
Tabela 41. Statystyki opisowe wyników standaryzowanych z w MBI uzyskanych w wyodrębnionych grupach	123
Tabela 42. Istotność różnic w wynikach KOS-1 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	125
Tabela 43. Istotność różnic w wynikach KOS-2 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	214
Tabela 44. Istotność różnic w wynikach KOS-3 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	126
Tabela 45. Istotność różnic w wynikach CDS-1, CDS-2, CDS-3 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	215
Tabela 46. Istotność różnic w wynikach GSES między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	215
Tabela 47. Istotność różnic w wynikach EKF między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	128
Tabela 48. Istotność różnic w wynikach ACS-90 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego	130
Tabela 49. Zmienne niezależne wyjaśniające wariancję w czynniku wyczerpanie emocjonalne	134
Tabela 50. Zmienne niezależne wyjaśniające wariancję w czynniku depersonalizacja	134
Tabela 51. Zmienne niezależne wyjaśniające wariancję w czynniku obniżone poczucie dokonań osobistych	135
Tabela 52. Zmienne niezależne wyjaśniające wariancję w ogólnym wskaźniku wypalenia.....	136

Spis wykresów

Wykres 1. Liczebność badanych osób w przedziałach wiekowych.	87
Wykres 2. Wiek zachorowania badanych osób na chorobę Alzheimera.	88
Wykres 3. Czas trwania choroby Alzheimera u badanych osób.	89
Wykres 4. Czas pobytu badanych osób w ośrodku opieki długoterminowej.	89
Wykres 5. Wyniki ogólne w MMSE otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.	96
Wykres 6. Średnie wyniki w podskalach MMSE otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.	97
Wykres 7. Średnie wyniki ilości objawów w NPI-NH otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.	98
Wykres 8. Średnie wyniki częstości objawów w NPI-NH otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.	99
Wykres 9. Średnie wyniki nasilenia objawów w NPI-NH otrzymane w grupie osób z chorobą Alzheimera.	100
Wykres 10. Średnie wyniki w KOS-1, KOS-2, KOS-3 otrzymane w całej grupie pielęgniarek.	104
Wykres 11. Średnie wyniki w CDS-1, CDS-2, CDS-3 otrzymane w całej grupie pielęgniarek.	107
Wykres 12. Średnie wyniki w skalach EKF otrzymane w całej grupie pielęgniarek.	109
Wykres 13. Średnie wyniki w podskalach ACS-90 otrzymane w całej grupie pielęgniarek.	111
Wykres 14. Rozkład badanych osób ze względu na poziom ogólnego wskaźnika wypalenia.	213
Wykres 15. Średnie wyniki w skalach MBI otrzymane w całej grupie pielęgniarek.	114
Wykres 16. Średnie wyniki w skalach MBI w wyodrębnionych grupach.	115
Wykres 17. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-1 otrzymane w wyodrębnionych grupach.	116
Wykres 18. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-3 otrzymane w wyodrębnionych grupach.	117
Wykres 19. Średnie wyniki standaryzowane z w EKF otrzymane w wyodrębnionych grupach.	120
Wykres 20. Średnie wyniki standaryzowane z w ACS-90 otrzymane w wyodrębnionych grupach.	121
Wykres 21. Średnie wyniki standaryzowane z w MBI w wyodrębnionych grupach.	124

Wykres 22. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-1 otrzymane w wyodrębnionych grupach.	125
Wykres 23. Średnie wyniki standaryzowane z w KOS-3 otrzymane w wyodrębnionych grupach.	127
Wykres 24. Średnie wyniki standaryzowane z w EKF otrzymane w wyodrębnionych grupach.	129
Wykres 25. Średnie wyniki standaryzowane z w ACS-90 otrzymane w wyodrębnionych grupach.	131

Aneks

Tabela 8. *Statystyki opisowe wyników surowych w podskalach MMSE dla grupy osób z chorobą Alzheimera*

MMSE (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Orientacja w czasie	0,00	2,00	0,42	0,67
Orientacja w miejscu	0,00	5,00	1,36	1,32
Zapamiętywanie	0,00	3,00	2,22	1,30
Uwaga i liczenie	0,00	4,00	0,50	0,95
Przypominanie	0,00	2,00	0,40	0,28
Nazywanie	0,00	2,00	1,32	0,91
Powtarzanie	0,00	1,00	0,28	0,45
Rozumienie	0,00	3,00	1,78	1,13
Czytanie	0,00	1,00	0,66	0,48
Pisanie	0,00	1,00	0,26	0,44
Rysowanie	0,00	1,00	0,60	0,24

Tabela 10. *Statystyki opisowe wyników surowych dotyczących ilości objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera*

NPI-NH (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Urojenia	0,00	4,00	0,52	1,01
Halucynacje	0,00	3,00	0,28	0,76
Pobudzenie/Agresja	0,00	7,00	4,04	2,48
Depresja	0,00	5,00	2,84	1,63
Lęk	0,00	6,00	3,54	1,32
Nadmierna radość/Euforia	0,00	3,00	0,64	1,02
Apatia/Zobojętnienie	0,00	7,00	3,88	1,73
Odhamowanie	0,00	5,00	0,36	1,10
Drażliwość/Chwiejność	0,00	7,00	3,32	2,16
Odbiegające od normy zach. ruchowe	0,00	5,00	2,40	1,41
Sen	0,00	5,00	2,48	1,66
Apetyt i zaburzenia jedzenia	0,00	4,00	1,20	1,47

Tabela 12. Statystyki opisowe wyników dotyczących iloczynu częstości i nasilenia objawów w NPI-NH dla grupy osób z chorobą Alzheimera

NPI-NH (podskale)	x_{min}	x_{max}	M	SD
Urojenia	0,00	12,00	2,08	3,82
Halucynacje	0,00	12,00	0,76	2,41
Pobudzenie/Agresja	0,00	12,00	5,00	3,80
Depresja	0,00	12,00	4,94	3,66
Lęk	0,00	12,00	5,82	2,73
Nadmierna radość/Euforia	0,00	6,00	0,90	1,61
Apatia/Zobojętnienie	0,00	12,00	5,68	3,46
Odhamowanie	0,00	6,00	0,50	1,46
Drażliwość/Chwiejność	0,00	12,00	4,26	2,90
Odbiegające od normy zach. ruchowe	0,00	12,00	5,90	3,67
Sen	0,00	12,00	3,64	2,97
Apetyt i zaburzenia jedzenia	0,00	12,00	3,46	4,50

Tabela 28. Istotność różnic w wynikach MBI w zależności od miejsca zamieszkania w całej grupie pielęgniarzek

MBI (skale)	miasto		wieś		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	Z	p
Wyczerpanie emocjonalne	2,33	1,09	1,90	1,21	-2,07	0,038
Depersonalizacja	0,92	1,10	0,99	1,04	-0,62	0,533
Obniżone poczucie dokonań osobistych	1,61	1,06	1,57	0,97	-0,02	0,983
Ogólny wskaźnik wypalenia	1,75	0,82	1,57	0,87	-1,193	0,233

Tabela 29. Istotność różnic w wynikach MBI w zależności od ogólnego stanu zdrowia w całej grupie pielęgniarzek

MBI (skale)	ani dobry ani zły		dobry		bardzo dobry		Test Kruskala-Wallis	
	M	SD	M	SD	M	SD	H	p
Wyczerpanie emocjonalne	2,08	0,76	2,22	1,17	1,48	1,09	6,56	0,038
Depersonalizacja	1,03	0,95	0,99	1,05	0,76	1,07	1,63	0,442
Obniżone poczucie dokonań osobistych	1,68	1,21	1,57	0,93	1,52	1,15	2,24	0,888
Ogólny wskaźnik wypalenia	1,70	0,84	1,70	0,80	1,33	0,88	3,67	0,158

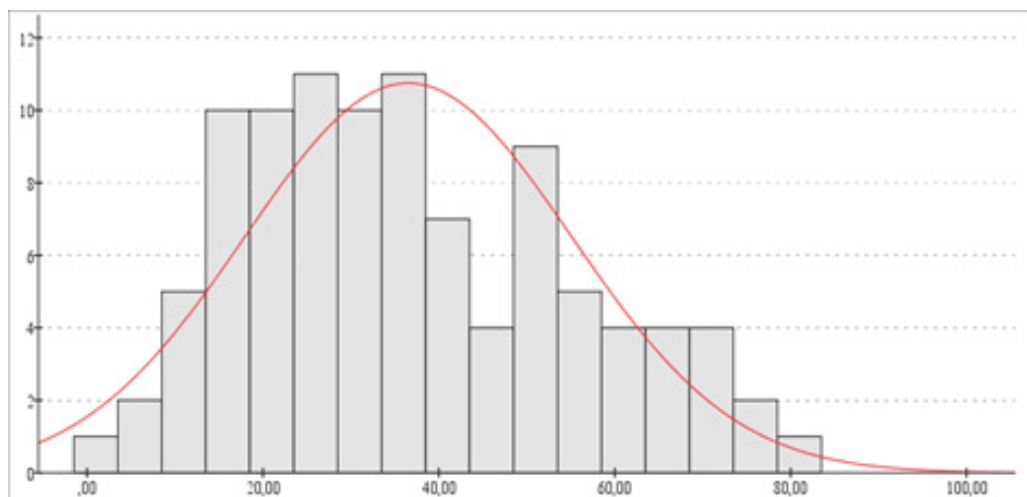
Tabela 30. Istotność różnic w wynikach MBI w zależności od odczuwanych dolegliwości zdrowotnych w trakcie i/lub po dyżurze w całej grupie pielęgniarek

MBI (skale)	osoby bez dolegliwości		osoby z dolegliwościami		Test U Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Wyczerpanie emocjonalne	1,59	1,28	2,27	1,09	-2,73	0,006
Depersonalizacja	0,99	1,10	0,96	1,06	-0,05	0,957
Obniżone poczucie dokonań osobistych	1,89	1,07	1,49	0,98	-1,66	0,098
Ogólny wskaźnik wypalenia	1,56	0,93	1,64	0,82	-0,75	0,453

Tabela 31. Współczynniki korelacji rho-Spearmana między wynikami w MBI i stażem pracy z pacjentem z chorobą Alzheimera dla całej grupy pielęgniarek

MBI	staż pracy
Wyczerpanie emocjonalne	0,20*
Depersonalizacja	-0,01
Obniżone poczucie dokonań osobistych	-0,04
Ogólny wskaźnik wypalenia	-0,10

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;



Wykres 14. Rozkład badanych osób ze względu na poziom ogólnego wskaźnika wypalenia.

Tabela 35. Istotność różnic w wynikach KOS-2 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego

KOS-2	Os. z wypaleniem średnim lub wysokim		Os. z wypaleniem niskim		Test U Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Zagrożenie	12,32	5,56	10,24	6,32	-1,11	0,266
Wyzwanie-aktywność	8,73	2,68	9,64	2,98	-1,52	0,129
Wyzwanie-pasywność	4,47	2,89	5,16	4,03	-0,78	0,437
Krzywda/strata	5,21	2,84	4,36	2,71	-1,31	0,191

Tabela 37. Istotność różnic w wynikach CDS-1, CDS-2, CDS-3 między grupami o różnym nasileniu wypalenia zawodowego

CDS	Os. z wypaleniem średnim lub wysokim		Os. z wypaleniem niskim		Test U Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
1	3,27	0,86	3,12	1,23	-0,50	0,617
2	3,75	0,84	3,56	1,16	-0,39	0,700
3	3,39	0,96	3,44	1,04	-0,46	0,648

Oznaczenia: poczucie obciążenia psychicznego (CDS) w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera: zaburzeń funkcji poznawczych (CDS-1), zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (CDS-2), zaburzeń aktywności fizycznej (CDS-3).

Tabela 43. Istotność różnic w wynikach KOS-2 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

KOS-2 (podskale)	Grupa 1 (Os. z wypaleniem pełnym)		Grupa 2 (Os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych)		Grupa 3 (Os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym)		Grupa 4 (Os. nisko wypalone)		Test Kruskala -Wallisa	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
	Zagrożenie	13,93	6,41	12,31	4,57	14,00	5,43	10,21	5,70	6,50
Wyzwanie-aktywność	8,57	3,76	8,62	2,29	9,00	2,24	9,13	2,84	0,94	0,817
Wyzwanie-pasywność	4,50	4,36	5,46	3,13	4,29	2,00	4,62	3,31	1,47	0,690
Krzywda/strata	6,00	3,28	5,31	3,30	5,52	2,58	4,44	2,60	4,36	0,225

Tabela 45. Istotność różnic w wynikach CDS-1, CDS-2, CDS-3 między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

CDS	Grupa 1 (Os. z wypaleniem pełnym)		Grupa 2 (Os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych)		Grupa 3 (Os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym)		Grupa 4 (Os. nisko wypalone)		Test Kruskala -Wallisa	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
1	3,07	0,73	3,46	0,88	3,43	0,93	3,13	5,70	3,42	0,331
2	3,79	0,89	3,62	0,96	3,76	0,83	3,67	2,84	0,38	0,943
3	3,47	0,85	3,08	0,86	3,29	1,06	3,48	3,31	2,37	0,500

Oznaczenia: poczucie obciążenia psychicznego (CDS) w sytuacji występowania u pacjentów z chorobą Alzheimera: zaburzeń funkcji poznawczych (CDS-1), zaburzeń zachowania, objawów psychotycznych i afektywnych (CDS-2), zaburzeń aktywności fizycznej (CDS-3).

Tabela 46. Istotność różnic w wynikach GSES między grupami o różnej konfiguracji wymiarów zespołu wypalenia zawodowego

GSES	Grupa 1 (Os. z wypaleniem pełnym)		Grupa 2 (Os. z dominującym obniżonym poczuciem dokonań osobistych)		Grupa 3 (Os. z dominującym wyczerpaniem emocjonalnym)		Grupa 4 (Os. nisko wypalone)		Test Kruskala -Wallisa	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
	30,71	4,83	32,38	4,11	30,19	3,36	31,92	3,73	4,63	0,201

Natalia Majkowska

doktor nauk społecznych w zakresie psychologii, absolwentka Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Pracuje jako asystent w Instytucie Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Szkolenie z psychoterapii odbyła w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Obecnie jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z psychologii klinicznej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół psychologii klinicznej i neuropsychologii człowieka dorosłego. Jako psycholog praktyk od dziesięciu lat pracuje z osobami z zespołami otępiennymi i ich rodzinami.

Kontakt: natalia.majkowska86@gmail.com

„Starzenie się przybiera różne formy, w tym patologiczną, a liczba chorych z różnymi typami otępień będzie rosła. Każdy typ otępienia wiąże się z deficytami zdolności poznawczych i społecznych, prowadząc do dramatycznych zmian w zachowaniu i stanowiąc wyzwanie nie tylko dla bliskich, ale i systemu opieki społecznej i medycznej. Choroba Alzheimera i otępienie w jej przebiegu rozwija się powoli, początkowo opiekę nad chorym zwykle podejmują bliscy, w kolejnych fazach – opieka instytucjonalna. (...) Opiekunowie tam zatrudnieni przez kolejne lata będą tą opiekę kontynuować (jest to „bycie z”) i przypada ona na okres pogłębienia się objawów otępienia i ogólnej kondycji zdrowotnej, umierania i śmierci chorego. To bardzo trudna psychologicznie sytuacja, która niezależnie od innych czynników może wywołać/nasilać zespół wypalenia zawodowego”.

Z recenzji Dr hab. Ewy Małgorzaty Szepietowskiej, prof. UMCS
Instytut Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie