

## **Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (Involvement Evaluation Questionnaire) – charakterystyka i zastosowanie**

### **Involvement Evaluation Questionnaire – description and application**

Magdalena Ciałkowska, Tomasz Hadryś, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### **Summary**

Long-term mental illnesses such as schizophrenia or affective disorders often impose a burden on the patients who suffer from it, as well as on their carers (relatives or friends). There are many instruments measuring family or caregiver burden. One of these instruments is the Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ). The IEQ is a 31-item questionnaire which is completed by the caregiver. The IEQ contains 27 items that can be divided into four subscales (domains): tension (nine items), worrying (six items), supervision (six items) and urging (eight items). Two items appear in more than one domain. The items are scored on a 5-point Likert scale (never, sometimes, regularly, often and always). There is no full Polish adaptation of IEQ so far. The psychometric properties of the IEQ and its culture-profiled versions are satisfying and comparable. The IEQ, as a self-assessment instrument, is easy to administer and not time-consuming. The IEQ proved to be a reliable instrument for measuring caregiver consequences in mental healthcare.

*Słowa kluczowe:* obciążenie opiekunów, IEQ, opieka  
*Key words:* caregivers' burden, IEQ, caregiving

#### **Wprowadzenie**

Tematyka badawcza dotycząca specyficznych doświadczeń opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi wciąż jeszcze nie jest wyczerpana. Badania prowadzone w tym zakresie, zarówno na arenie międzynarodowej, jak i w Polsce, zaczynają być – obok badań nad potrzebami samych pacjentów oraz jakością ich życia – tematem wiodącym psychiatrii społecznej. Coraz bardziej zwraca się uwagę na zaangażowanie krewnego/przyjaciela w proces leczenia i opieki nad osobą przewlekle chorującą psychicznie oraz na zjawisko obciążenia opiekuna, prowadzące do wielu zmian psychicznych i społecznych.

W procesie leczenia, przede wszystkim w ramach leczenia środowiskowego, niezbędne się staje adekwatne diagnozowanie obciążenia opiekunów wynikającego

z ich angażowania się w relacje z pacjentem. Zwraca się uwagę na potrzebę wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego opiekunów [1]. Jest to korzystne zarówno dla samych opiekunów, ponieważ może pomóc w redukcji odczuwanego przez nich brzemienia [2], jak i pacjentów, opiekun bowiem może wpływać modyfikująco na przebieg ich leczenia oraz rehabilitacji społecznej [3]. Z punktu widzenia zasobów/korzyści terapeutycznych istotne staje się więc znalezienie odpowiednich sposobów zachęty opiekunów do aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Badania wskazują na powiązanie przeżywanego przez opiekuna poziomu stresu z problematycznymi zachowaniami oraz obniżonym poziomem funkcjonowania pacjenta. Dotyczy to – w różnym nasileniu – przede wszystkim pacjentów psychotycznych [4, 5], ale także osób z zaburzeniami depresyjnymi [6] i zespołami otępiennymi [7].

Dokonując analizy prowadzonych w ciągu dziesięcioleci badań naukowych dotyczących rodzinnego kontekstu opieki nad osobą z zaburzeniem psychicznym, van Wijngaarden i wsp. [8] wyszczególnili cztery okresy w badaniach nad konsekwencjami choroby psychicznej dla krewnych pacjenta. Pierwszy z nich – mający swój początek w latach 50. – obejmował szczegółowe opisy różnych konsekwencji choroby dla członków rodziny. Następnie – z początkiem lat 70. – obciążenie rodziny zaczęło być rozumiane jako jedna z miar efektywności psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W latach 80. skupiono się przede wszystkim na skutecznych interwencjach, zmierzających do redukcji obciążenia opiekunów. Począwszy od lat 90. badacze koncentrują się na zagadnieniach związanych z potrzebami, stylem radzenia sobie oraz zdrowiem psychicznym opiekunów.

Potrzeby badawcze skłoniły naukowców do skonstruowania odpowiednich narzędzi służących do analizy konsekwencji sprawowania opieki nad osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym, między innymi, the Experience of Caregiving Inventory [9], the Perceived Family Burden Scale [10], oraz Kwestionariusz Oceny Zaangażowania (Involvement Evaluation Questionnaire – IEQ). To ostatnie narzędzie zostanie przedstawione dokładniej poniżej.

### **IEQ – charakterystyka i struktura**

Kwestionariusz Oceny Zaangażowania służy do oceny szeroko rozumianego zaangażowania w sprawowanie opieki nad osobą z zaburzeniami psychicznymi. Obejmuje on moduł 31 pytań i stwierdzeń, ułatwiających samoocenę, skierowanych do opiekuna pacjenta poświęcającego mu przynajmniej jedną godzinę w tygodniu. Osobą sprawującą taką opiekę może być dowolna, jednakże wskazana przez pacjenta, osoba, np. członek jego rodziny, przyjaciel lub też sąsiad [8, 11]. Poszczególne pozycje kwestionariusza odnoszą się do osobistych doświadczeń osoby sprawującej opiekę nad chorym w ostatnich czterech tygodniach przed badaniem. W szczególności dotyczą rodzajów wsparcia i sposobów sprawowania opieki nad pacjentem, relacji z nim oraz osobistych problemów, obaw i zmartwień związanych z opieką nad osobą z zaburzeniami psychicznymi oraz poczucia obciążenia tą opieką. Wszystkie pozycje kwestionariusza są punktowane w 5-stopniowej skali Likerta, a odpowiedzi, jakich respondent może udzielić, są stopniowane zgodnie z intensywnością danego zdarzenia, począwszy od „nigdy”, a kończąc na „zawsze”.

Niewątpliwe zalety IEQ są związane z łatwością administrowania tym narzędziem, tak w zastosowaniach badawczych, jak i ściśle klinicznych, małym obciążeniem czasowym respondenta (20–30 min.) oraz z szerokim zakresem konsekwencji opieki, jakie kwestionariusz ocenia [8].

Analiza czynnikowa wykazała, że 27 pozycji kwestionariusza może zostać podzielonych na cztery podskale (domeny):

- napięcie (tension) – obejmuje 9 pozycji kwestionariusza; dotyczą one napiętych stosunków między opiekunem a podopiecznym, wynikających z uciążliwych zachowań pacjenta, takich jak np. prowokowanie kłótni czy zachowania zagrażające osobom z otoczenia;
- martwienie się (worrying) – obejmuje 6 pozycji kwestionariusza; dotyczą one obaw doświadczanych przez opiekuna związanych między innymi z bezpieczeństwem i przyszłością chorego, jego ogólnym stanem zdrowia czy opieką medyczną, jaką otrzymuje;
- nadzór (supervision) – obejmuje 6 pozycji kwestionariusza; poszczególne pytania odnoszą się do działań opiekuna mających na celu kontrolę takich obszarów funkcjonowania podopiecznego, jak: sen, zażywanie leków, zachowania ryzykowne lub niebezpieczne;
- nakłanianie (urging) – domena ta obejmuje 8 pozycji kwestionariusza; odnosi się do motywowania i mobilizowania chorego do wykonywania podstawowych czynności, np. właściwe dbanie o higienę osobistą, prawidłowe odżywianie się czy podejmowanie codziennej aktywności.

W badaniach europejskich prowadzonych w ramach projektu EPSILON (The European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs) [8, 11] dowiedziono, że europejska wersja kwestionariusza, stworzona na podstawie oryginalnej wersji holenderskiej, jest narzędziem o umiarkowanych lub dobrych właściwościach statystycznych. Analizy międzykulturowe wykazały istnienie tych samych, wspomnianych powyżej, domen [12] we wszystkich pięciu krajach, w których realizowano projekt EPSILON, a więc w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Włoszech, Hiszpanii i Holandii. Wskazuje to na znaczną trafność zewnętrzną narzędzia związaną z podobnym, choć nie tożsamym, doświadczeniem obciążenia wynikającego z choroby psychicznej (a ściślej mówiąc – ze schizofrenii) bliskiej osoby we wspomnianych kulturach europejskich. Porównanie rozkładu punktowego w poszczególnych domenach wskazuje na podobny wzorec we wszystkich krajach. I tak, najbardziej reprezentowaną domeną było „martwienie się” (worrying), następnie „nakłanianie” (urging), „napięcie” (tension), przy czym najmniej reprezentowana była domena obejmująca „nadzór” (supervision).

### IEQ – wskaźniki statystyczne

Pierwotna wersja narzędzia, opracowana przez zespół holenderski pod kierownictwem A. A. Schene, powstała w 1987 r. na podstawie materiału empirycznego, zebranego na polu psychiatrii środowiskowej. Analiza psychometryczna narzędzia oraz uaktualniony przegląd literatury doprowadził w 1992 r. do opracowania jego zrewidowa-

nej wersji. W tym samym roku kwestionariusz został przetłumaczony na język angielski, portugalski, fiński oraz niemiecki, jednak tłumaczenia te, z uwagi na stosowanie innych procedur tłumaczeniowych, nie mają tego samego statusu, jak przekłady dokonane w ramach projektu badawczego EPSILON [8]. Warto zwrócić uwagę na niewielkie różnice we wskaźnikach statystycznych poszczególnych wersji IEQ. Holenderska, oryginalna wersja zrewidowanego kwestionariusza IEQ cechuje się satysfakcjonującą rzetelnością, wykazano również, że jest czuła na zmiany [8]. Wewnętrzna spójność IEQ, mierzona za pomocą współczynnika  $\alpha$  (alfa) Cronbacha, wynosi 0,74–0,85 dla poszczególnych podskal (domen), sięgając 0,90 dla wszystkich pozycji łącznie. Nie wykazano efektu test – retest przy powtórnym zastosowaniu tego kwestionariusza [8]. Spójność wewnętrzna europejskiej, anglojęzycznej wersji narzędzia (IEQ-EU), która powstała na podstawie wersji holenderskiej, mierzona za pomocą współczynnika  $\alpha$  (alfa) Cronbacha, wynosi 0,68–0,86 dla poszczególnych podskal (domen), natomiast dla wszystkich pozycji łącznie 0,87–0,91 [8]; rzetelność została oszacowana na znaczną do wysokiej (wynosiła co najmniej 0,7). Odnotowano różnice w wynikach wewnętrznej spójności narzędzia w poszczególnych ośrodkach, biorących udział w badaniu EPSILON. Wiązano je z różnicami kulturowymi oraz różnicami w sposobie przeprowadzania badania (w jednym z ośrodków, a mianowicie ośrodku w Weronie, badani wypełniali kwestionariusz pod nadzorem badacza, podczas gdy z założenia ma on charakter samooceny). Podjęto próbę wyjaśnienia rozbieżności w danych dotyczących rzetelności narzędzia, stawiając hipotezę o istnieniu związku rzetelności z odstępem pomiędzy pierwszym a powtórny badaniem (test-retest reliability). Hipoteza ta jednak okazała się nietrafna, ponieważ nie potwierdzono istnienia takiego związku [8]. Podobnie zadowalające wskaźniki statystyczne uzyskano w adaptacji niemieckiej IEQ [13]. Podejmowano również – z sukcesem – pozaeuropejskie próby walidacji IEQ [14].

Dla celów badawczych, jak w badaniu EPSILON czy projekcie EDEN (European Day Hospital Evaluation) [15, 16], IEQ jest zwykle rozszerzany o dodatkowe moduły: (a) 15-punktowy kwestionariusz zmiennych socjodemograficznych opiekuna, takich jak wiek, płeć, stan cywilny, liczba godzin kontaktu z podopiecznym, (b) 8-punktowy kwestionariusz dotyczący dodatkowych wydatków poniesionych przez opiekuna, a związanych z chorobą podopiecznego, (c) 3 pytania dotyczące korzystania przez opiekuna z profesjonalnej pomocy w związku z dolegliwościami psychicznymi i somatycznymi, które mogły być związane z konsekwencjami opieki nad osobą chorą, (d) 11 pozycji dotyczących różnego rodzaju konsekwencji, jakie ponoszą dzieci osoby chorej, (e) jedno pytanie otwarte, znajdujące się na końcu kwestionariusza, pozwalające na dodatkowy komentarz lub uwagi związane z doświadczeniami opiekuna, (f) Kwestionariusz Ogólnego Zdrowia (General Health Questionnaire), stanowiący miarę doświadczanego przez opiekuna stresu.

Pomimo że IEQ ma już polską wersję językową, która jest tłumaczeniem wersji europejskiej (IEQ-EU), to przed nim wciąż jeszcze jest procedura walidacyjna. Planowane jest podjęcie takich kroków w Katedrze i Klinice Psychiatrii we Wrocławiu, potrzebna jest jednak zgoda właściciela praw autorskich, którym jest Gaskell należący do Royal College of Psychiatrists. Rozmowy w tej kwestii już trwają. Wersja europejska IEQ wraz z instrukcją została opublikowana w 2006 roku w książce wydanej przez Gaskell [17].

### Badania z zastosowaniem IEQ

Badania z zastosowaniem IEQ mają na celu ocenę poziomu obciążenia opiekunów pacjentów przewlekle chorujących psychicznie. Ich wyniki wskazują, że opiekunowie doświadczają obciążenia, zwłaszcza emocjonalnego, niezależnie od tego, czy przyszło im opiekować się osobą ze schizofrenią, zaburzeniami nastroju czy zaburzeniami lękowymi. Na uwagę zasługuje fakt, że charakter doświadczanego brzemienia jest w dużym stopniu niezależny od postawionej formalnej diagnozy, która, zgodnie z wynikami wielu badań, nie jest dobrym czynnikiem predykcyjnym obciążenia [18, 19, 20, 21]. Kwestionariusz znajduje szerokie zastosowanie w psychiatrii w badaniach opiekunów chorych z zaburzeniami afektywnymi (zarówno jedno-, jak i dwubiegunowymi) [22, 23], schizofrenią [11, 24], a także demencją [7].

### Polskie zastosowania IEQ

Do chwili obecnej Kwestionariusz Oceny Zaangażowania został użyty w Polsce dwukrotnie: (1) był składową baterii kwestionariuszy, które wykorzystywano w międzynarodowym badaniu EDEN [15, 16], materiał zaś wówczas zebrany został przeanalizowany statystycznie nie tylko w kontekście hipotez tego badania, ale także poza głównym jego nurtem, stając się podstawą pracy doktorskiej, powstałej w Katedrze i Klinice Psychiatrii we Wrocławiu, autorstwa T. Hadrysia (promotor prof. dr hab. A. Kiejna) [25], oraz (2) znalazł zastosowanie w będącej na ukończeniu pracy doktorskiej J. Borowieckiej-Kluzy przygotowywanej w Katedrze i Klinice Psychiatrii CM UJ w Krakowie (promotor dr hab. n. med. Dominika Dudek).

Badanie EDEN było projektem międzynarodowym realizowanym w pięciu krajach Europy (Polska, Niemcy, Czechy, Słowacja i Wielka Brytania) i miało na celu porównanie kosztów i skuteczności leczenia na oddziałach dziennych z leczeniem na oddziałach stacjonarnych pacjentów losowo kierowanych do pierwszej lub drugiej z tych form opieki psychiatrycznej [16]. Ocena obciążenia rodzin pacjentów przed rozpoczęciem leczenia i w trakcie jego trwania była jednym z parametrów porównywanych pomiędzy oddziałami. Nie w każdym kraju, włączając Polskę, udało się osiągnąć wystarczającą współpracę rodzin pacjentów, by móc rzetelnie posługiwać się tym parametrem (konieczność uzyskania wystarczającej liczby ankiet IEQ w danym punkcie czasowym dla różnych środowisk terapeutycznych – do porównań statycznych pomiędzy środowiskami, i w kolejnych punktach czasowych badania – do porównań dynamicznych mierzących zmiany w czasie). Do pewnego stopnia powiodło się to w Dreźnie [26], gdzie wykazano, że w ciągu czterech pierwszych tygodni hospitalizacji obciążenie rodzin, oceniane za pomocą IEQ, spadało i nie było różnic pomiędzy rodzinami pacjentów z oddziałów dziennych i stacjonarnych. Oznacza to, że pacjenci oddziałów dziennych, wracając popołudniami do swoich domów i rodzin, nie powodowali większego brzemienia, a w trakcie leczenia poczucie obciążenia malało, podobnie jak w przypadku rodzin pacjentów hospitalizowanych całodobowo. Analogicznej analizy prospektywnej nie udało się przeprowadzić w Polsce, dlatego dane z kwestionariusza IEQ zostały wykorzystane przez jednego z autorów niniej-

szezo artykułu (Hadryś) poza wątkiem badania EDEN; postawiono nowe hipotezy i skoncentrowano się na badaniu obciążeń rodzin pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi, w szczególności pacjentów z psychozą, depresją czy zaburzeniami lękowymi i/lub osobowości, oraz na szukaniu innych czynników predykcyjnych, niż formalna diagnoza, takiego obciążenia [25]. W projekcie wzięło udział 141 pacjentów i ich opiekunów. Na podstawie diagnoz wypisowych pacjentów podzielono na trzy grupy: psychotyczną (n = 55, głównie schizofrenia), depresyjną (n = 61) oraz lękową (n = 25). Stosując IEQ, ustalono poziom obciążenia rodziny w dniu przyjęcia do szpitala, biorąc pod uwagę cztery poprzedzające tygodnie. Jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA) średnich wartości całej skali i czterech podskal wykazała, że grupy diagnostyczne nie różniły się między sobą pod względem odczuwanego przez opiekunów brzemienia w zakresie wszystkich jego domen (napięcie, martwienie się, nadzór, nakłanianie), co oznacza, że brzemień rodziny, w polskich warunkach, nie zależało od choroby pacjenta. Za całokształt brzemienia odpowiadało w szczególności martwienie się i nakłanianie, nadzór zaś miał tutaj najmniejsze znaczenie. O wiele lepszym predyktorem obciążenia okazały się deficyty pacjenta w funkcjonowaniu w roli społecznej, szczególnie w roli rodzica, czas trwania jego choroby oraz zasoby osobowościowe opiekuna (akceptacja choroby krewnego, poczucie radzenia sobie z sytuacją, możliwość samorealizacji) i jego wiek.

Drugim polskim badaniem, w którym zastosowano IEQ, jest będąca na ukończeniu praca doktorska Joanny Borowieckiej-Kluzy pt. „Ocena brzemienia małżonków pacjentów z chorobami afektywnymi w aspekcie stylu radzenia sobie ze stresem i funkcjonowania rodziny”. W szczególności chodzi tutaj o badanie związku poziomu brzemienia małżonków pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową oraz poszczególnych wymiarów tego brzemienia: (1) ze stylem funkcjonowania rodziny prokreacyjnej, i wymiarów tego funkcjonowania (wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność, afektywne nawiązywanie relacji, wartości i normy, oczekiwania społeczne), i z poziomem satysfakcji ze związku małżeńskiego, ocenionej zarówno przez pacjentów, jak i współmałżonków; (2) ze stylem radzenia sobie ze stresem, zarówno pacjentów, jak i ich współmałżonków (styl skoncentrowany na zadaniu, na emocjach, na unikaniu); (3) z aktualnym stanem zdrowia psychicznego współmałżonków (dotychczas nie leczonych psychiatrycznie); (4) z wybranymi aspektami przebiegu choroby afektywnej pacjenta.

### **Aneks – pozycje Kwestionariusza Oceny Zaangażowania (IEQ) oraz poszczególnych podskal**

Podskala napięcie (tension) – 9 pozycji kwestionariusza

Jak często na przestrzeni 4 tygodni:

krewny/przyjaciół zakłócał Pana/Pani sen? \*

atmosfera pomiędzy Panem/Panią a krewnym/przyjacielem była napięta z powodu jego zachowania?

krewny/przyjaciół prowokował kłótnię?

był(a) Pan(i) zirytowany(a) z powodu zachowania krewnego/przyjaciela?  
słyszał(a) Pan(i) od innych, że byli zirytowani zachowaniem krewnego/ przyjaciela?  
odczuwał(a) Pan(i) zagrożenie ze strony swojego krewnego/przyjaciela?  
myślał(a) Pan(i) o przeprowadzce, z powodu zachowania krewnego/przyjaciela?  
obawiał(a) się Pan(i) o własną przyszłość?  
problemy psychiczne Pana/Pani krewnego/przyjaciela obciążały Pana/Panią? \*

Podskala nadzór (supervision) – 6 pozycji kwestionariusza

Jak często na przestrzeni 4 tygodni:

chronił(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela przed podejmowaniem niebezpiecznych działań?  
chronił(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela przed samouszkodzeniem?  
upewniał(a) się Pan(i), że krewny/przyjaciel sypia zadowolająco?  
odwodził(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela od nadużywania alkoholu?  
odwodził(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela od zażywania środków zabronionych/nie przepisanych przez lekarza leków?  
krewny/przyjaciel zakłócał Pana/Pani sen? \*

Podskala martwienie się (worrying) – 6 pozycji kwestionariusza

Jak często na przestrzeni 4 tygodni:

obawiał(a) się Pan(i) o bezpieczeństwo krewnego/przyjaciela?  
martwił(a) się Pan(i) w związku z rodzajem pomocy/leczenia, jakie uzyskuje podopieczny?  
martwił(a) się Pan(i) ogólnym stanem zdrowia krewnego/przyjaciela?  
martwił(a) się Pan(i) o to, jak finansowo poradziłby sobie krewny/przyjaciel, gdyby nie był(a) Pan(i) w stanie się nim dłużej opiekować?  
obawiał(a) się Pan(i) o przyszłość krewnego/przyjaciela?  
problemy psychiczne Pana/Pani krewnego/przyjaciela obciążały Pana/Panią? \*

Podskala nakłanianie (urging) – 8 pozycji kwestionariusza

Jak często na przestrzeni 4 tygodni:

zachęcał(a) Pan(i) krewnego/przyjaciela do właściwego dbania o siebie?  
pomagał(a) Pan(i) swojemu krewnemu/przyjacielowi we właściwym dbaniu o siebie?  
zachęcał(a) Pan(i) swojego podopiecznego do właściwego odżywiania się?  
zachęcał(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela do podejmowania jakiegoś rodzaju aktywności?  
towarzyszył(a) Pan(i) swojemu krewnemu/przyjacielowi przy podejmowaniu przez niego pewnej aktywności, związanej z wyjściem z domu, gdyż odczuwał on opory przed samodzielnym wyjściem?  
upewniał(a) się Pan(i), czy krewny/przyjaciel zażywa wymagane leki?

przejmował(a) Pan(i) obowiązki, które dotychczas wykonywał krewny/przyjaciel (np. obowiązki domowe, zajmowanie się domowym budżetem, gotowanie, itd.)? zachęcał(a) Pan(i) swojego krewnego/przyjaciela do porannego wstawania?

Pozycje, które nie zostały włączone w podskale (domeny):

1. Jak często, na przestrzeni ostatnich czterech tygodni, mógł Pan/mogła Pani realizować własne działania i rozwijać własne zainteresowania (np. praca, szkoła, hobby, sport, odwiedzanie rodziny i przyjaciół)?
2. Czy zaakceptował(a) Pan(i) fakt istnienia zaburzeń psychicznych u krewnego/przyjaciela?
3. Jak często czuje Pan(i), że radzi sobie z problemami krewnego/przyjaciela?
4. Czy Pana/Pani związek z krewnym/przyjacielem uległ zmianie od momentu pojawienia się problemów natury psychicznej?

\* pozycje, które weszły w skład więcej niż jednej podskali (domeny).

#### **Глоссарий оценки заинтересованности (Involvement Evaluation Questionnaire) – характеристика и применение**

##### **Содержание**

Хронические психические нарушения, такие как шизофрения или аффективные болезни, являются проблемой для пациентов, страдающих этими болезнями, а также и для их опекунов (родственников, друзей). Существует ряд пособий, оценивающих нагрузку в семье или среди опекунов. Одним из таких пособий может быть Глоссарий оценки заинтересованности, который состоит из 31 позиций, заполняемый лицами, опекующими больным. Среди них 27 можно разделить на четыре подшкалы (доминанты): напряжение (9 позиций глоссария), печаль (6 позиций), надзор (6 позиций), уговаривание (8 позиций). Две позиции находятся в более, чем одной доминанте. Отдельные позиции глоссария пунктируются на 5-степенной шкале Ликерта (никогда, редко, иногда, часто, почти всегда, всегда). До сего времени нет польской адаптации этого пособия. Статистические особенности глоссария и его многочисленных адаптаций удовлетворительны и сравнительны. Глоссарий характеризует экономию времени при обследовании ввиду того, что пособие самооценки, а кроме того глоссарий правильно оценивает консеквенции опеки над психически больным.

#### **Fragebogen Involvement Evaluation Questionnaire – Charakteristik und Anwendung**

##### **Zusammenfassung**

Chronische psychische Erkrankungen, solche wie Schizophrenie oder affektive Störungen sind eine Belastung sowohl für Patienten, die unter der Krankheit leiden als auch für Bezugspersonen (Angehörige oder Freunde). Es gibt eine Reihe von Erhebungsverfahren zur Beurteilung der Belastung der Familie oder Bezugspersonen. Eins von ihnen ist der Involvement Evaluation Questionnaire – IEQ. Der IEQ besteht aus 31 Items, die von der Person ausgefüllt wird, die sich mit dem Kranken befasst. 27 Items können in vier Subskalen eingeteilt werden (Domänen): Spannung (9 Fragebogen – Items), Besorgnis (6 Items), Überwachung (6 Items), Veranlassung (8 Items). Zwei Items befinden sich in mehr als einer Domäne. Einzelne Items bilden fünf Antwortskategorien (nie, gelegentlich, regelmäßig, oft, beinahe immer/immer). Bisher gibt es keine polnische Adaptation von diesem Werkzeug. Die statistischen Eigentümlichkeiten des Fragebogens und seiner zahlreichen kulturellen Adaptationen erweisen sich als zufriedenstellend und vergleichbar. Der IEQ charakterisiert sich mit der Sparsamkeit der Zeit während der Untersuchung, weil es ein Werkzeug zur Selbstbeurteilung ist. Reliabilität und Validität des IEQ haben sich als zufriedenstellend bei der Erfassung der Belastung bei der Betreuung einer psychisch erkrankten Person erwiesen.



## Le questionnaire IEQ (Involvement Evaluation Questionnaire) – caractéristique et application

### Résumé

Les troubles mentaux de long terme tels que la schizophrénie ou les troubles affectifs constituent l'énorme fardeau pour les patients ainsi que pour leurs protecteurs (parents ou amis). On a plusieurs instruments qui servent à évaluer le fardeau de famille ou des protecteurs, en autres le questionnaire IEQ (Involvement Evaluation Questionnaire). Il se compose de 31 articles complétés par les personnes qui s'occupent des malades. On peut diviser les 27 articles en 4 domaines (sou-échelles) : tension (9 articles), harcèlement (6 articles), surveillance (6 articles), incitation (8 articles). Les deux articles se placent dans plus qu'un domaine. Les articles particuliers contiennent 5 points de l'échelle de Likert (jamais, rarement, parfois, souvent, presque toujours/toujours). Pour l'instant il n'ya pas de version polonaise de cet instrument. Les caractéristiques psychométriques de ce questionnaire et de ces plusieurs versions sont satisfaisantes et comparables. Ce questionnaire IEQ permet économiser le temps de l'examen car c'est l'instrument de l'auto-estimation. Il est aussi l'instrument mesurant bien les conséquences de s'occuper des personnes souffrant des troubles mentaux.

### Piśmiennictwo

1. Magne-Ingvar U, Öjehagen A. *Significant others of persons with mental health problems: The testing of a questionnaire on the burden of significant others*. Nord. J. Psychiatry 2005; 59: 441–447.
2. Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman M. *Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program*. Psychiatr. Serv. 2001, 52 (7): 965–967.
3. de Barbaro B. *Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”*. Psychiatr. Pol. 2004; 38 (5): 771–782.
4. Madianos M, Economou M, Dafni O, Koukia E, Palli A, Rogakou E. *Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured?* Eur. Psychiatry 2004; 19 (7): 408–414.
5. Słupczyńska-Kossobudzka E, Wójtowicz S, Boguszewska L. *Właściwości psychometryczne kwestionariusza zachowań uciążliwych*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12 (3): 277–286.
6. Harvey K, Burns T, Fahy T, Manley C, Tattan T. *Relatives of patients with severe psychotic illness: factors that influence appraisal of caregiving and psychological distress*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36: 456–461.
7. Leinonen E, Korpisammal L, Pulkkinen LM, Pukuri T. *The comparison of burden between caregiving spouses of depressive and demended patients*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2001; 16: 387–393.
8. van Wijngaarden B, Schene AH, Koeter M, Vázquez-Barquero JL, Knudsen HC, Lasalvia A, McCrone P. *Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire – European Version*. EPSILON study 4. Brit. J. Psychiatry 2000; 177 (supl. 39): 21–27.
9. Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Bloch S. *Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1996; 31 (3–4): 137–148.
10. Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. *The perceived family burden scale: measurement and validation*. Schizophr. Res. 1996; 22 (2): 151–157.
11. Meijer K, Schene A, Koeter M, Knudsen HC, Becker T, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL, Tansella M. *Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers. Results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39: 251–258.

12. van Wijngaarden B, Schene A, Koeter M, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL, Lasalvia A, Leese M. *People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving*. Schizophr. Bull. 2003; 29 (3): 573–586.
13. Bernert S, Kilian R, Matschinger H, Mory C, Roick C, Angermayer MC. *Die Erfassung der Belastung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen – Die deutsche Version des Involvement Evaluation Questionnaires (IEQ-EU)*. Psychiatr. Prax. 2001; 28 (2, suppl.): 97–101.
14. Tang VWK, Leung SK, Lam LCW. *Validation of Chinese Version of the Involvement Evaluation Questionnaire*. Hong Kong J. Psychiatry 2008; 18: 6–14.
15. Kiejna A, Kallert TW, Rymaszewska J. *Leczenie w psychiatrycznych oddziałach dziennych w porównaniu z oddziałami całodobowymi w różnych europejskich systemach opieki zdrowotnej – założenia programu EDEN*. Psychiatr. Pol. 2002, 36 (6): 361–367.
16. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Kiejna A, Rymaszewska J, Nawka P, Ocvár L, Raboch J, Stárková-Kalisová L, Koch R, Schützwohl M. *Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? An European multicenter randomized controlled trial*. J. Clin. Psychiatry 2007; 68 (2): 278–287.
17. Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A, Tansella M, Vázquez-Barquero JL. *International outcome measures in mental health: quality of life, needs, service satisfaction, costs and impact on carers*. 2006, Gaskell, ISBN-13: 9781904671008.
18. Wittmund B, Wilms HU, Mory C, Angermeyer MC. *Depressive disorders in spouses of mentally ill patients*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2002; 37 (4): 177–182.
19. Veltro F, Magliano L, Lobraccio S, Morosini PL, Maj M. *Burden on key relatives of patients with schizophrenia vs neurotic disorders: a pilot study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1994; 29 (2): 66–70.
20. Möller-Leimkühler AM. *Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2005; 255 (4): 223–231.
21. Östman M, Wallsten T, Kjellin L. *Family burden and relatives' participation in psychiatric care: are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance?* Int. J. Soc. Psychiatry 2005; 51 (4): 291–301.
22. van Wijngaarden, Schene A, Koeter M. *Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress and help seeking*. J. Affect. Disord. 2004; 81 (3): 211–222.
23. Goossens PJ, van Wijngaarden B, Knoppert-van der Klein EA, van Achterberg T. *Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress*. Int. J. Soc. Psychiatry 2008; 54 (4): 303–316.
24. Tang VWK, Leung SK, Lam LCW. *Clinical correlates of the caregiving experience for Chinese caregivers of patients with schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2008; 43 (9): 720–726.
25. Hadryś T. *Badanie obciążeń rodzin pacjentów z zaburzeniami psychicznymi [streszczenie pracy doktorskiej]*. Med. Pracy 2006; 57, 1: s. 63.
26. Schützwohl M, Glöckner M, Matthes C, Eichler T, Kallert T. *The burden on relatives of acute mentally ill within the first four weeks of day hospital and inpatient treatment. Results from a randomized controlled trial*. Psychiatr. Prax. 2005; 32 (6): 281–288.

Adres: Magdalena Ciałkowska  
Katedra i Klinika Psychiatrii AM  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 8.02.2009  
Zrecenzowano: 6.03.2009  
Otrzymano po poprawie: 30.03.2009  
Przyjęto do druku: 1.04.2009