

Związek między stanem psychicznym i jakością życia matki a stanem psychicznym dziecka z upośledzeniem umysłowym

Relation between the mental health condition and the quality of life of a mother and the mental health condition of a child with mental retardation

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedry Psychiatrii CSK UM. Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska
Correspondence to: Iłona Baleja-Stawicka, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych CSK UM, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź,
tel.: 0 508 440 054, e-mail: ilonabaleja@op.pl
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Celem badania była ocena nasilenia objawów depresyjnych, nasilenia lęku oraz ocena jakości życia matek opiekujących się dziećmi z diagnozą upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym i znacznym w zależności od występowania u dzieci zaburzeń zachowania i objawów psychopatologicznych. **Materiał i metoda:** Populację badaną stanowiło 75 matek opiekujących się dziećmi z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego. Średni wiek badanych kobiet wynosił 42,95 roku (SD=8,47); średni wiek dzieci wynosił 14,7 roku (SD=6,25). Drażliwość występowała u 52% dzieci, zachowania agresywne – u 25% podopiecznych, a zaburzenia zachowań seksualnych – u ok. 7%. Objawy depresyjne miało 36% dzieci, lękowe – 10%, somatyzacyjne – 10%, zaburzenia snu – 13%, zaburzenia odżywiania – 15%, objawy psychotyczne/zachowania dziwaczne – 37% dzieci. Pod opieką psychiatry pozostawało 31% dzieci. Stan psychiczny matek oceniano za pomocą Inwentarza Depresji Becka (BDI), Inwentarza Stanu i Cechy Lęku Spielbergera (STAI) i Skali Poczucia Beznadziejności (HS), a jakość życia za pomocą Skali Jakości Życia. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej. **Wyniki:** Wykazano istotne związki między stanem psychicznym matki a występowaniem u dziecka zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń psychicznych (depresyjnych, lękowych, somatyzacyjnych, psychotycznych/zachowań dziwacznych). Potwierdzono związek między jakością życia matki a występowaniem u dziecka drażliwości ($p=0,006$), objawów depresyjnych (0,0476) oraz objawów psychotycznych/zachowań dziwacznych ($p=0,0006$). **Wnioski:** Jakość życia i stan psychiczny badanych matek miały wyraźny związek z obecnością u podopiecznego niektórych zaburzeń zachowania i objawów psychopatologicznych (drażliwości, objawów depresyjnych, objawów psychotycznych/zachowań dziwacznych).

Słowa kluczowe: upośledzenie umysłowe, stan psychiczny, jakość życia, opieka, matka

Summary

The aim of the study was to assess the extent of depressive symptoms and anxiety and to assess the quality of life of mothers taking care of children with moderate to severe mental retardation in relation to the presence of children's behavioural disorders and psychopathological symptoms. **Material and method:** Seventy-five mothers taking care of mentally retarded children were included in the study. The mean age of mothers was 42.95 (SD=8.47) and the mean age of children was 14.7 (SD=6.25). Fifty-two percent of children were irritable, 25% were aggressive, 7% had sexual disorders, 36% of children had depressive symptoms, 10% – anxiety, 10% – somatoform disorders, 13% – sleep disorders, 15% had eating disorders; psychotic symptoms/odd behaviour were characteristic to 37% of children. Thirty-one percent of children were under control of a psychiatrist. The mental health condition of mothers was tested using Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Hopelessness Scale (HS), whereas the quality of life was tested by the Quality of Life Scale. Next, the test results were statistically analysed. **Results:** The study revealed a significant correlation between the mental health condition of the mother and behavioural and mental disorders of the child (depression, anxiety, somatoform disorders or psychotic symptoms/odd behaviour). There was a correlation between the quality of life of the mother and child's irritability ($p=0.006$), depressive symptoms (0.0476) and psychotic symptoms/odd behaviour ($p=0.0006$). **Conclusion:** There were apparent correlations between the quality of life and the mental health condition of mothers and some child's behavioural disorders or psychopathological symptoms (irritability, depressive symptoms, psychotic symptoms/odd behaviour).

Key words: mental retardation, mental health condition, quality of life, care, mother

WPROWADZENIE

Zwiększości badań wynika, że opieka nad dzieckiem upośledzonym ma wpływ na stan psychiczny i jakość życia opiekuna. U rodziców takich dzieci częściej stwierdza się zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia snu, poczucie winy⁽¹⁾, osamotnienia, izolacji społecznej. Podobnych problemów związanych z opieką doświadczają opiekunowie chorych z otępieniem. Zarówno osoby upośledzone umysłowo, jak i z otępieniem mają zaburzenia funkcji poznawczych, ponadto opieka spoczywa głównie na bliskim członku rodziny, co wiąże się z dodatkowym obciążeniem emocjonalnym. Według Kosmala⁽²⁾ w grupie opiekunów chorych z chorobą Alzheimera depresja występuje częściej niż w populacji ogólnej.

Ponadto z piśmiennictwa wynika, że osoby upośledzone umysłowo znacznie częściej chorują na wiele chorób psychicznych w porównaniu z populacją ogólną, co w sposób istotny pogarsza ich funkcjonowanie i dodatkowo obciąża opiekuna. Badacze podkreślają^(3,4), że dzieci upośledzone są bardziej agresywne niż dzieci prawidłowo rozwijające się. Częstość występowania zachowań agresywnych u osób z upośledzeniem umysłowym jest szacowana na ok. 52%⁽⁵⁾, w tym częstość agresji fizycznej waha się od 2,1⁽⁶⁾ do 27,9%⁽⁷⁾, zachowań destrukcyjnych polegających na niszczeniu przedmiotów od 4,3⁽⁸⁾ do 24,0%⁽⁵⁾, agresji słownej od 5,9⁽⁸⁾ do 37,6%⁽⁵⁾. Duże rozbieżności w wynikach badań mogły być związane z różnym doбором grup badanych (w niektórych pracach dzieci i dorosłych oceniano łącznie, w innych oddzielnie).

Badacze wskazują także na większą zapadalność na zaburzenia depresyjne u dzieci upośledzonych. Corbett⁽⁹⁾ zdiagnozował dużą depresję u 8% dzieci o ilorazie inteligencji poniżej 50. Z kolei według Waya⁽¹⁰⁾ aż 16% osób upośledzonych choruje na depresję nerwicową. Według Doseny⁽¹¹⁾ w miarę pogłębiania się stopnia upośledzenia rozwoju umysłowego w obrazie klinicznym dominowały objawy niespecyficzne, takie jak hiperaktywność, destruktywność, stereotypie, agresja oraz szybkie zmiany nastroju.

Walden⁽¹²⁾, oceniając jakość życia rodziców dzieci z upośledzeniem umysłowym, stwierdziła, że im większa niesprawność fizyczna i częstsze zaburzenia zachowania u dziecka, tym częściej występują u rodziców objawy depresyjne i lękowe. Część badaczy potwierdziła, że bardziej obciążająca dla rodziców jest opieka nad dziećmi upośledzonymi z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania^(13,14), co jest zgodne z wynikami badań Walden⁽¹²⁾, szczególnie jeśli są to zachowania stereotypowe, prowokujące, agresywne lub społecznie niedostosowane⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena obecności i nasilenia objawów depresyjnych, lęku jako stanu i jako cechy, poczucia beznadziejności oraz jakości życia matek opiekujących się dziećmi z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym w zależności od występowania u dzieci zaburzeń zachowania oraz objawów zaburzeń psychicznych, których występowanie było oceniane na podstawie deklaracji matek.

INTRODUCTION

Most studies indicate that the care of a mentally retarded child affects its carer's mental health condition and quality of life. Parents of such children more often suffer from depressive and anxiety disorders, sleep disorders, sense of guilt⁽¹⁾, loneliness and social isolation. Similar problems associated with the care are experienced by carers of people affected by dementia. Both mentally retarded and demented patients exhibit disorders of cognitive functions, besides the care mainly rests with a close family member, which is connected with an additional emotional burden. According to Kosmala⁽²⁾, the Alzheimer patients' carers are more frequently affected by depression than the general population.

Furthermore, literature indicates that mentally retarded people much more frequently suffer from many mental diseases, as compared to the general population, which significantly deteriorates their functioning and additionally burdens their carers. Researchers emphasize^(3,4) that mentally retarded children are more aggressive than the normally developing children. The incidence of aggressive behaviours in mentally retarded people is estimated to reach approx. 52%⁽⁵⁾, in this the incidence of physical aggression ranges from 2.1⁽⁶⁾ to 27.9%⁽⁷⁾, destructive behaviours consisting in destruction of objects from 4.3⁽⁸⁾ to 24.0%⁽⁵⁾, verbal aggression from 5.9⁽⁸⁾ to 37.6%⁽⁵⁾. Great discrepancies in the results could be associated with different selection of examined groups (in some studies the children and adults were evaluated jointly, in other – separately).

Furthermore, the researchers indicate a higher incidence of depressive disorders in mentally retarded children. Corbett⁽⁹⁾ diagnosed major depression in 8% of children having the intelligence quotient below 50. Instead, according to Way⁽¹⁰⁾ as many as 16% of mentally retarded people suffer from depressive neurosis. According to Dosen⁽¹¹⁾ as the degree of mental retardation was increasing, non-specific symptoms were predominant in the clinical image, such as hyperactivity, destructiveness, stereotypies, aggression and mood swing.

Walden⁽¹²⁾, evaluating the quality of life of the parents of mentally retarded children found out that the higher the lack of physical fitness and the more frequent disorders in the children's behaviour, the more frequently their parents exhibited depressive and anxiety symptoms. Some researchers confirm that more strenuous for parents is the care of mentally retarded children with concomitant behavioural disorders^(13,14), which is consistent with the results of the studies carried out by Walden⁽¹²⁾, especially if these are stereotypical, provocative, aggressive or socially maladjusted behaviours⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

OBJECTIVE

The study was aimed at evaluation of the presence and severity of symptoms of depression and anxiety as a state and as a trait, sense of hopelessness and quality of life of mothers taking care of mentally retarded children in moderate and severe degree, depending on the occurrence of behavioural disorders and mental disorders in children, evaluated basing on their mothers' accounts.

MATERIAŁ I METODA**MATERIAŁ**

Grupę badaną stanowiło 75 matek dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym, podopiecznych zespołów szkół specjalnych, ośrodka szkolno-wychowawczego, przedszkola specjalnego, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz poradni psychologiczno-pedagogicznej mieszczących się na terenie województwa łódzkiego.

METODA

Matki zostały poproszone o wypełnienie kwestionariusza osobowego, którego część pierwsza dostarczała informacji o danych demograficznych, sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej matki, stopniu obciążenia obowiązkami w opiece nad dzieckiem, o otrzymywaniu wsparcia i pomocy od innych. Druga część kwestionariusza dostarczała informacji na temat danych demograficznych dziecka, stopnia upośledzenia umysłowego, poziomu funkcjonowania określonego m.in. przez samodzielność przy poruszaniu się, kontrolę czynności zwieraczy, obecności u dziecka zaburzeń zachowania pod postacią drażliwości, zachowań agresywnych, zaburzeń zachowań seksualnych, objawów depresyjnych, lękowych, somatyzacyjnych, psychotycznych lub zachowań dziwaczkowych, zaburzeń snu i odżywiania.

W badaniu oceniano obecność i nasilenie wybranych objawów psychopatologicznych u matek. Nasilenie objawów depresyjnych oceniano za pomocą Inwentarza Depresji Becka (BDI)⁽¹⁹⁾. Nasilenie lęku jako cechy i jako stanu badano poprzez użycie Inwentarza Stanu i Cechy Lęku Spielberga (STAI)⁽²⁰⁾. Nasilenie poczucia beznadziejności badano za pomocą Skali Poczucia Beznadziejności (HS), która została opracowana przez Becka i współpracowników⁽²¹⁾ oraz zaadaptowana do warunków polskich⁽²²⁾, a jakość życia za pomocą Skali Jakości Życia, opracowanej na podstawie kwestionariusza „Satisfaction with Life Domains” skonstruowanego przez Bakera i Intagliatę⁽²³⁾ i przystosowanej do warunków polskich przez Zakład Rehabilitacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie⁽²⁴⁾.

Skale i inwentarze badane wypełniały samodzielnie, jednak w razie potrzeby miały możliwość zadawania pytań autorowi badania.

Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej. Do oceny istotności różnic wartości przeciętnych w dwóch grupach niezależnych oraz w przypadku analiz dotyczących cech mierzonych za pomocą skal porządkowych korzystano z testu U Manna-Whitneya. Dla wszystkich analiz za maksymalną dopuszczalną wartość prawdopodobieństwa popełnienia błędu I rodzaju (tj. odrzucenia prawdziwej hipotezy zerowej) przyjęto $\alpha=0,05$. Obliczenia i prezentacje graficzne wyników zostały wykonane z wykorzystaniem pakietów statystycznych SPSS 12.0 PL dla Windows (Statistical Package for Social Science, SPSS, Chicago Il. 1989-2003) i STATISTICA 8.0 PL dla Windows (StatSoft, Inc. 2008).

MATERIAL AND METHOD**MATERIAL**

The examined group consisted of 75 mothers of children with moderate and severe mental retardation who attended a special schools complex, school-educational centre, special kindergarten, dispensary of mental health for children and adolescents, and psychological-pedagogical dispensary in Łódź region.

METHOD

The mothers were asked to fill in a personal questionnaire, a part of which provided information about demographic data, mother's socioeconomic and health-related situation, degree of strenuousness and burden of taking care of the children, support and help from others. The other part of the questionnaire provided information on the child's demographic data, degree on mental retardation, functioning level determined among other by independence in moving, controlled activity of sphincters, the child's behavioural disorders in form of irritability, aggression, sexual behaviour disorders, depressive and anxiety disorders, somatoform, psychotic or odd behaviours, sleep and eating disorders.

The study evaluated the presence and severity of certain psychopathological symptoms in mothers. The severity of symptoms was evaluated using the Beck Depression Inventory (BDI)⁽¹⁹⁾. The severity of anxiety as a trait and state was evaluated using the State-Trait Anxiety Inventory by Spielberger (STAI)⁽²⁰⁾. The severity of the sense of hopelessness was checked by the Hopelessness Scale (HS) which was worked out by Beck and his colleagues⁽²¹⁾ and adapted to Polish conditions⁽²²⁾, whereas the quality of life using the Quality of Life Scale which was worked out basing on the questionnaire "Satisfaction with Life Domains", constructed by Baker and Intagliata⁽²³⁾, and then adapted to Polish conditions by the Rehabilitation Centre, Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw⁽²⁴⁾.

They filled in the scales and inventories by themselves, but when necessary they could ask the author of the study some questions. The obtained results were analysed statistically. For evaluation of the significance of differences in average values of two independent groups and in case of analyses related to traits measured by ordinal scales, U Mann-Whitney test was used. For all analyses, $\alpha=0,05$ was assumed as the maximum allowable value of probability of I type error (i.e. rejection of the true zero hypothesis).

Calculations and graphical presentations of results were carried out using statistical packages SPSS 12.0 PL for Windows (Statistical Package for Social Science, SPSS, Chicago Il. 1989-2003) and STATISTICA 8.0 PL for Windows (StatSoft, Inc. 2008).

RESULTS**CHARACTERISTICS OF THE GROUP OF MOTHERS TAKING CARE OF THE CHILD**

The average age of the examined women was 42.95 years (SD=8.47). Most of the women were married (fraction=0.67), with secondary education (fraction=0.43), non-working (fraction=0.68), who

WYNIKI

**CHARAKTERYSTYKA GRUPY MATEK
SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD DZIECKIEM**

Średni wiek badanych kobiet wynosił 42,95 roku (SD=8,47). Większość kobiet stanowiły kobiety zamężne (frakcja=0,67), z wykształceniem średnim (frakcja=0,43), niepracujące (frakcja=0,68), określające swoje warunki mieszkaniowe jako średnie (frakcja=0,51). Większość matek (frakcja=0,87) podawała, że opieka spoczywa na niej (75-100% obowiązków). Ponad połowa kobiet (frakcja=0,55) miała poczucie obciążenia opieką w stopniu dużym. Prawie 9/10 badanych (frakcja=0,87) podało, że otrzymuje wsparcie w opiece nad dzieckiem. Podobny odsetek kobiet (frakcja=0,87) przyznał, że opieka nad dzieckiem daje im satysfakcję. Dwie piąte kobiet (frakcja=0,41) leczą się z powodu chorób przewlekłych, 1/10 (frakcja=0,11) jest pod opieką psychiatry.

**CHARAKTERYSTYKA GRUPY DZIECI
Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM W STOPNIU
UMIARKOWANYM LUB ZNA CZNYM**

Średnia wieku dzieci wynosiła 14,7 roku (SD=6,25). Większość stanowili chłopcy (frakcja=0,57), przeważały dzieci z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego w stopniu umiarkowanym (frakcja=0,64). Zgodnie z subiektywną relacją matek drażliwość występowała u ponad połowy dzieci (frakcja=0,52), zachowania agresywne u 1/4 podopiecznych (frakcja=0,25), zaburzenia zachowań seksualnych u prawie 1/10 (frakcja=0,067), objawy depresyjne miała ponad 1/3 dzieci (frakcja=0,36), lękowe – 1/10 (frakcja=0,10), somatyzacyjne – 1/10 (frakcja=0,10), zaburzenia snu – ponad 1/10 (frakcja=0,13), zaburzenia odżywiania – ponad 1/9 (frakcja=0,15), objawy psychotyczne/zachowania dziwaczne – prawie 2/5 (frakcja=0,37). Pod opieką psychiatry pozostawała 1/3 dzieci (frakcja=0,31).

**OCENA NASILENIA OBJAWÓW DEPRESYJNYCH,
LĘKOWYCH, POCZUCIA BEZNADZIEJNOŚCI
I JAKOŚCI ŻYCIA MATEK**

Istotnie większe nasilenie objawów depresyjnych relacjonowały matki dzieci drażliwych ($p<0,01$), przejawiających agresję wobec siebie lub innych ($p<0,05$), z objawami depresyjnymi ($p<0,01$), z objawami somatyzacyjnymi ($p<0,05$), z objawami psychotycznymi/zachowaniami dziwaczными ($p<0,01$) w porównaniu z matkami dzieci bez wyżej wymienionych zaburzeń zachowania i objawów psychopatologicznych, a także matki dzieci leczonych psychiatrycznie ($p<0,05$). Szczegółowe obliczenia przedstawiono w tabeli 1.

Istotnie większe nasilenie lęku jako stanu (X-1) relacjonowały matki deklarujące występowanie u swych dzieci drażliwości ($p<0,01$), objawów psychotycznych/zachowań dziwacznych ($p<0,05$) oraz matki dzieci leczonych psychiatrycznie ($p<0,05$).

Istotnie większe nasilenie lęku jako cechy (X-2) stwierdzono u matek oceniających swe dzieci jako drażliwe ($p<0,0001$), wykazujące zachowania agresywne ($p<0,05$), przejawiające objawy

defined their housing conditions as average (fraction=0.51). Most mothers (fraction=0.87) said that the care rested with themselves (75-100% of the duties). Over half of the women (fraction=0.55) felt being largely burdened with the care. Almost 9/10 of the subjects (fraction=0.87) said that they obtained support in the care of their child. A similar percentage of women (fraction=0.87) admitted that the care of the child gave them satisfaction. Two-fifth of the women (fraction=0.41) were treated for chronic diseases, 1/10 (fraction=0.11) were under the psychiatrist's care.

**CHARACTERISTICS OF THE GROUP
OF CHILDREN WITH MODERATE
OR SEVERE MENTAL RETARDATION**

The children's average age was 14.7 years (SD=6.25). Most were boys (fraction=0.57), predominant being the children with diagnosed mental retardation of moderate degree (fraction=0.64). Pursuant to the mothers' subjective accounts, irritability occurred in over half of the children (fraction=0.52), aggressive behaviours in 1/4 of the children (fraction=0.25), sexual behaviours disorders in almost 1/10 (fraction=0.067), depressive symptoms were revealed in over 1/3 of the children (fraction=0.36), anxiety – 1/10 (fraction=0.10), somatoform symptoms – 1/10 (fraction=0.10), sleep disorders – over 1/10 (fraction=0.13), eating disorders – over 1/9 (fraction=0.15), psychotic/odd behaviours – almost 2/5 (fraction=0.37). The psychiatrist's care covered 1/3 of the children (fraction=0.31).

**EVALUATION OF THE MOTHERS'
SEVERITY OF DEPRESSION AND ANXIETY
SYMPTOMS, SENSE OF HOPELESSNESS
AND QUALITY OF LIFE**

A significantly higher severity of depressive symptoms was described by mothers of irritable children ($p<0.01$), exhibiting aggression towards themselves or others ($p<0.05$), with depressive symptoms ($p<0.01$), with somatoform symptoms ($p<0.05$), with psychotic/odd behaviour symptoms ($p<0.01$), as compared to mothers of children without the above mentioned behavioural disorders and psychopathological symptoms, as well as the mothers of psychiatrically treated children ($p<0.05$).

Detailed calculations are presented in table 1.

A significantly higher severity of anxiety as a state (X-1) was accounted by mothers who mentioned their children's irritability ($p<0.01$), psychotic/odd behaviours symptoms ($p<0.05$) and mothers of psychiatrically treated children ($p<0.05$).

A significantly higher severity of anxiety as a trait (X-2) was found in mothers who evaluated their children as irritable ($p<0.0001$), exhibiting aggressive behaviours ($p<0.05$), exhibiting depressive symptoms ($p<0.01$), anxiety symptoms ($p<0.05$), psychotic/odd behaviour symptoms ($p<0.01$) and mothers of psychiatrically treated children ($p<0.05$).

Detailed calculations are presented in table 2.

A higher severity of the sense of hopelessness was exhibited by those mothers who mentioned their children's irritability ($p<0.01$), symptoms of depression ($p<0.05$), as

Zmienna Variable	Poziom Level	N	Śr. Av	Me. Me	Min. Min.	Maks. Max.	SD	CV%	Test Manna-Whitneya Mann-Whitney test		
									U	Z	p
Drażliwość Irritability	Tak Yes	39	11,87	9	0	33	9,07	76,38	409	3,1072	<u>0,0012</u>
	Nie No	36	5,78	4	0	23	5,96	103,11			
Agresja Aggression	Tak Yes	19	13,05	13	0	31	9,46	72,48	349	2,2232	<u>0,0262</u>
	Nie No	56	7,55	6	0	33	7,41	98,13			
Objawy depresyjne Depressive symptoms	Tak Yes	27	12,56	13	0	31	8,59	68,45	394	2,8036	<u>0,005</u>
	Nie No	48	6,92	5	0	33	7,43	107,36			
Objawy somatyzacyjne Somatoform symptoms	Tak Yes	8	12,88	12,5	4	20	6,03	46,87	150	2,0253	<u>0,0428</u>
	Nie No	67	8,48	6	0	33	8,41	99,21			
Objawy psychotyczne/zachowania dziwaczne Psychotic symptoms/odd behaviours	Tak Yes	28	12,82	12,5	0	33	8,75	68,23	363	3,2313	<u>0,0012</u>
	Nie No	47	6,64	5	0	31	7,11	107,09			
Leczenie psychiatryczne Psychiatric treatment	Tak Yes	23	11,83	9	0	27	8,83	74,67	426	1,9763	<u>0,0481</u>
	Nie No	52	7,67	6	0	33	7,76	101,14			

Liczebność grupy badanej: N – liczebność; Śr. – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe; CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; podkreśleniem oznaczono istotne różnice
Size of examined group: N – number; Av – arithmetic average value; Me – median; Min., Max. – minimum and maximum values; SD – standard deviation; CV% – coefficient of variability; U – value of statistics U for Mann-Whitney test; Z – standardized value of normal distribution for Mann-Whitney test statistics; p – value of bilateral asymptotic test probability for Mann-Whitney test; underlined are significant differences

Tabela 1. Różnice nasilenia objawów depresyjnych mierzonych za pomocą Inwentarza Depresji Becka (BDI) u matek w grupach wyróżnionych ze względu na stan psychiczny dziecka; k=2 poziomy

Table 1. Differences in the severity of depressive symptoms measured by Beck Depression Inventory (BDI) in mothers in groups formed according to the children's mental health condition; k=2 levels

depresyjne ($p < 0,01$), z objawami lękowymi ($p < 0,05$), z objawami psychotycznymi/zachowaniami dziwaczными ($p < 0,01$) oraz matki dzieci leczonych psychiatrycznie ($p < 0,05$).

Szczegółowe obliczenia przedstawia tabela 2.

Większe nasilenie poczucia beznadziejności miały matki, które deklarowały u swych dzieci występowanie drażliwości ($p < 0,01$), objawów depresyjnych ($p < 0,05$), psychotycznych lub zachowań dziwacznych ($p < 0,05$).

Gorszą jakość życia miały matki, które deklarowały u swych dzieci występowanie drażliwości ($p < 0,001$), objawów depresyjnych ($p < 0,05$), psychotycznych lub zachowań dziwacznych ($p < 0,01$). Szczegółowe obliczenia przedstawia tabela 3.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów depresyjnych, lękowych, w nasileniu poczucia beznadziejności i jakości życia matek w zależności od deklarowania przez matki występowania u dziecka nieprawidłowych zachowań seksualnych, tj. masturbacji publicznej.

Szczegółowe obliczenia przedstawia tabela 4.

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów depresyjnych, lękowych, w nasileniu poczucia beznadziejności i jakości życia matek w zależności od deklarowania przez

well as psychotic and odd behaviour symptoms ($p < 0,05$). A worse quality of life was exhibited by those mothers who mentioned their children's irritability ($p < 0,001$), depressive symptoms ($p < 0,05$), psychotic and odd behaviour symptoms ($p < 0,01$).

Detailed calculations are presented in table 3.

No statistically significant differences were found in the severity of depressive and anxiety disorders, severity of the sense of hopelessness and quality of life of mothers, depending on mothers' accounts of their children's abnormal sexual behaviours, i.e. public masturbation.

Detailed calculations are presented in table 4.

No significant differences were indicated in the severity of depressive and anxiety symptoms, increased sense of hopelessness and quality of life in mothers, depending on mothers' accounts of their children's sleep and eating disorders.

Detailed calculations are presented in table 5.

DISCUSSION

The study revealed a correlation between mothers' mental behaviour and quality of life and their children's behavioural

matki występowania u ich dziecka zaburzeń snu oraz zaburzeń odżywiania.

Szczegółowe obliczenia przedstawia tabela 5.

OMÓWIENIE

W badaniu wykazano związek między stanem psychicznym i jakością życia matek a deklarowanym przez nie występowaniem

disorders and certain psychopathological symptoms, as declared by their mothers.

Mothers of irritable children exhibited a higher severity of depressive symptoms, a higher level of anxiety as a state and a trait, a higher sense of hopelessness and worse quality of life. The child's aggression was associated with a higher severity of depressive symptoms and anxiety as the mother's trait.

Zmienna Variable	Poziom Level	N	Śr. Av	Me. Me	Min. Min.	Maks. Max	SD	CV%	Test Manna-Whitneya Mann-Whitney test		
									U	Z	p
STAI X-1											
Drażliwość Irritability	Tak Yes	39	45,15	44	31	70	10,73	23,76	432,5	2,8580	<u>0,0043</u>
	Nie No	36	37,81	38	25	52	7,08	18,73			
Objawy psychotyczne/ zachowania dziwaczne Psychotic symptoms/odd behaviours	Tak Yes	28	45,04	42,5	30	70	10,82	24,03	474,5	2,0100	<u>0,0444</u>
	Nie No	47	39,6	39	25	67	8,67	21,9			
Leczenie psychiatryczne Psychiatric treatment	Tak Yes	23	45,78	44	30	70	10,72	23,41	405,5	2,2118	<u>0,027</u>
	Nie No	52	39,79	39	25	67	8,9	22,37			
STAI X-2											
Drażliwość Irritability	Tak Yes	39	50,49	52	31	72	8,79	17,42	316,5	4,0881	< <u>0,0001</u>
	Nie No	36	41,61	41	21	56	7,75	18,64			
Agresja Aggression	Tak Yes	19	50,32	53	31	69	9,99	19,86	359,5	2,1014	<u>0,0356</u>
	Nie No	56	44,84	45,5	21	72	8,84	19,7			
Objawy depresyjne Depressive symptoms	Tak Yes	27	50,3	53	33	69	8,58	17,06	381	2,9471	<u>0,0032</u>
	Nie No	48	43,94	43,5	21	72	9,11	20,75			
Objawy lękowe Psychotic symptoms/odd behaviours	Tak Yes	8	52,13	54,5	33	59	8,01	15,36	140	2,1969	<u>0,0280</u>
	Nie No	67	45,52	46	21	72	9,34	20,52			
Objawy psychotyczne/zachowania dziwaczne Psychiatric treatment	Tak Yes	28	50,39	52,5	31	72	9,63	19,11	401	2,8151	<u>0,0049</u>
	Nie No	47	43,74	44	21	62	8,39	19,18			
Leczenie psychiatryczne Psychiatric treatment	Tak Yes	23	49,83	52	33	69	8,66	17,39	398	2,298	<u>0,0216</u>
	Nie No	52	44,63	44,5	21	72	9,33	20,9			
Liczebność grupy badanej: N – liczebność; Śr. – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe; CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; <u>podkreśleniem</u> oznaczono istotne różnice Size of examined group: N – number; Av – arithmetic average value; Me – median; Min., Max. – minimum and maximum values; SD – standard deviation; CV% – coefficient of variability; U – value of statistics U for Mann-Whitney test; Z – standardized value of normal distribution for Mann-Whitney test statistics; p – value of bilateral asymptotic test probability for Mann-Whitney test; <u>underlined</u> are significant differences											

Tabela 2. Różnice nasilenia lęku jako stanu (X-1) i jako cechy (X-2) mierzonego u matek za pomocą STAI w grupach wyróżnionych ze względu na stan psychiczny dziecka oceniany według deklaracji matek

Table 2. Differences in the severity of anxiety as a state (X-1) and as a trait (X-2) measured in mothers by STAI in groups formed according to the children's mental health condition evaluated basing on their mothers' accounts

Zmienna Variable	Poziom Level	N	Śr. Av	Me. Me	Min. Min.	Maks. Max.	SD	CV%	Test Manna-Whitneya Mann-Whitney test		
									U	Z	p
HS											
Drażliwość Irritability	Tak Yes	39	8,46	7	1	19	5,88	69,43	425,5	2,9322	<u>0,0034</u>
	Nie No	36	4,58	4	0	14	4,02	87,8			
Objawy depresyjne Depressive symptoms	Tak Yes	27	8,85	9	0	19	6,37	71,98	450	2,1855	<u>0,0289</u>
	Nie No	48	5,33	5	0	18	4,35	81,62			
Objawy psychotyczne/zachowania dziwaczne Psychotic symptoms/odd behaviours	Tak Yes	28	8,32	7,5	0	19	5,97	71,74	477	1,9826	<u>0,047</u>
	Nie No	47	5,57	5	0	18	4,81	86,34			
Skala Jakości Życia Quality of Life Scale											
Drażliwość Irritability	Tak Yes	39	88,72	86	56	121	16,62	18,74	386	3,3511	<u>0,0008</u>
	Nie No	36	103,53	103,5	70	134	16,55	15,98			
Objawy depresyjne Depressive symptoms	Tak Yes	27	89,96	88	58	121	17,69	19,67	468,5	1,9813	<u>0,0476</u>
	Nie No	48	99,13	98,5	56	134	17,63	17,78			
Objawy psychotyczne/zachowania dziwaczne Psychotic symptoms/odd behaviours	Tak Yes	28	88,36	86	56	120	16,18	18,31	418,0	2,629	<u>0,0086</u>
	Nie No	47	100,28	101	59	134	17,83	17,78			
Liczebność grupy badanej: N – liczebność; Śr. – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe; CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; <u>podkreśleniem</u> oznaczono istotne różnice Size of examined group: N – number; Av – arithmetic average value; Me – median; Min., Max. – minimum and maximum values; SD – standard deviation; CV% – coefficient of variability; U – value of statistics U for Mann-Whitney test; Z – standardized value of normal distribution for Mann-Whitney test statistics; p – value of bilateral asymptotic test probability for Mann-Whitney test; <u>underlined</u> are significant differences											

Tabela 3. Różnice nasilenia poczucia beznadziejności ocenianego za pomocą Skali Poczucia Beznadziejności (HS) i jakości życia mierzonej za pomocą Skali Jakości Życia w grupach wyróżnionych ze względu na stan psychiczny dziecka oceniany według deklaracji matek
 Table 3. Differences in the severity of the sense of hopelessness evaluated by the Hopelessness Scale (HS) and the Quality of Life Scale in groups formed according to the children's mental health condition evaluated basing on their mothers' accounts

u podopiecznego zaburzeń zachowania i niektórych objawów psychopatologicznych.

Matki dzieci drażliwych miały większe nasilenie objawów depresyjnych, wyższy poziom lęku jako stanu i jako cechy, większe poczucie beznadziejności oraz gorszą jakość życia. Agresja u dziecka wiązała się z większym nasileniem objawów depresyjnych oraz lęku jako cechy u matki.

W piśmiennictwie badacze podkreślają, że występowanie zaburzeń zachowania i/lub zaburzeń psychiatrycznych ma duży wpływ na jakość życia całej rodziny⁽²⁵⁾. Najczęściej rodzice nie potrafią radzić sobie z opanowaniem zachowań nieprzewidywalnych, impulsywnych i niedostosowanych społecznie. Generuje to silny stres⁽¹³⁻¹⁵⁾, wywołując duży dyskomfort psychiczny. W literaturze stwierdzono związek między poziomem odczuwanego stresu a zwiększoną śmiertelnością opiekunów chorych na chorobę Alzheimera⁽²⁶⁾. Ponadto, według niektórych badaczy^(27,28), na stan psychiczny opiekuna wpływają ocena własnego stanu somatycznego i odczuwane stresu oraz obecność zaburzeń zachowania u podopiecznego.

In literature the researchers emphasize that the occurrence of behavioural and/or psychiatric disorders largely affects the quality of life of the whole family⁽²⁵⁾. Mostly the parents cannot cope with overcoming unpredictable, impulsive and socially maladjusted behaviours. This generates a strong stress⁽¹³⁻¹⁵⁾, inducing a considerable mental discomfort. Literature presents a correlation between the level of stress and increased mortality of the carers of patients suffering from Alzheimer⁽²⁶⁾. Furthermore, according to some researchers^(27,28), the carers' mental status is affected by their evaluation of their own somatic state and perceptible stress as well as the presence of the patient's behavioural disorders.

In our own study we indicated that the presence of depressive symptoms in the child, according to its mother's evaluation, was associated with the mother's higher severity of depressive symptoms and a higher level of anxiety as a trait, as well as a higher severity of the sense of hopelessness and a significantly worse quality of life. A correlation was found between the occurrence

W badaniu własnym wykazano, że obecność objawów depresyjnych u dziecka, według oceny ich matek, wiązała się z większym nasileniem objawów depresyjnych u matki, a także z wyższym poziomem lęku jako cechy, z większym nasileniem poczucia beznadziejności i istotnie gorszą jakością życia. Wykazano związek między występowaniem objawów lękowych u dziecka, ocenianych według deklaracji ich matek, a nasileniem lęku jako cechy u matki, z kolei objawy somatyzacyjne u podopiecznego wiązały się z większym nasileniem objawów depresyjnych u matki. Z badania wynika, że matki dzieci z objawami psychotycznymi/zachowaniami dziwnymi uzyskały istotnie więcej punktów w IDB w porównaniu z grupą kobiet mających dzieci bez takich objawów. Ponadto matki te miały większe nasilenie lęku jako stanu i jako cechy, większe poczucie beznadziejności oraz gorszą jakość życia. W medycznych bazach danych jest niewiele badań oceniających związku między samopoczuciem opiekuna a obecnością psychozy u dziecka z upośledzeniem umysłowym. Biorąc pod uwagę znany z piśmiennictwa negatywny wpływ obecności zaburzeń psychotycznych u podopiecznego na samopoczucie

of anxiety symptoms in the child and a significantly worse quality of life. A correlation was found between the occurrence of anxiety symptoms in the child, evaluated according to its mother's account, and severity of anxiety as a trait in the mother, on the other hand the somatoform symptoms in the child were associated with a higher severity of depressive symptoms in the mother. The study indicates that mothers of children with psychotic/odd behaviour symptoms obtained significantly more scores in IDB, as compared to the group of children without such symptoms. Furthermore, these mothers exhibited a higher severity of anxiety as a state and as a trait, higher sense of hopelessness and worse quality of life. In medical data bases there are few studies evaluating the correlations between the carer's well-being and the presence of psychosis in the mentally retarded child. Following the literature considering a negative impact of the presence of psychotic disorders in the child on its carer's well-being we could conclude that psychotic symptoms in a mentally retarded person might be an additional generator.

Zmienna Variable	Poziom Level	N	Śr. Av	Me. Me	Min. Min.	Maks. Max.	SD	CV%	Test Manna-Whitneya Mann-Whitney test			
									U	Z	p	
BDI												
Zaburzenia zachowań seksualnych Sexual behaviour disorders	Tak Yes	5	14,8	16	2	31	11,43	77,25	117	1,2319	0,218	
	Nie No	70	8,53	6	0	33	7,94	93,16				
STAI X-1												
Zaburzenia zachowań seksualnych Sexual behaviour disorders	Tak Yes	5	45	41	33	67	12,94	28,76	147,5	0,5841	0,5591	
	Nie No	70	41,39	40	25	70	9,64	23,29				
STAI X-2												
Zaburzenia zachowań seksualnych Sexual behaviour disorders	Tak Yes	5	51,6	53	36	62	10,88	21,08	117	1,2319	0,218	
	Nie No	70	45,84	46	21	72	9,24	20,15				
HS												
Zaburzenia zachowań seksualnych Sexual behaviour disorders	Tak Yes	5	10	9	1	19	7,87	78,74	125,5	1,051	0,2931	
	Nie No	70	6,36	5,5	0	18	5,18	81,45				
Skala Jakości Życia Quality of Life Scale												
Zaburzenia zachowań seksualnych Sexual behaviour disorders	Tak Yes	5	84,8	88	68	99	12,99	15,32	104,0	1,508	0,1315	
	Nie No	70	96,61	97,5	56	134	18,2	18,84				
Liczebność grupy badanej: N – liczebność; Śr. – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe; CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; <u>podkreśleniem</u> oznaczono istotne różnice Size of examined group: N – number; Av – arithmetic average value; Me – median; Min., Max. – minimum and maximum values; SD – standard deviation; CV% – coefficient of variability; U – value of statistics U for Mann-Whitney test; Z – standardized value of normal distribution for Mann-Whitney test statistics; p – value of bilateral asymptotic test probability for Mann-Whitney test; <u>underlined</u> are significant differences												

Tabela 4. Różnice w punktacji w BDI, STAI, HS, Skali Jakości Życia u matek dzieci z upośledzeniem umysłowym w grupach wyróżnionych ze względu na występowanie zaburzeń zachowań seksualnych u dziecka ocenianych na podstawie deklaracji matek; k=2 poziomy
 Table 4. Differences in scores at BDI, STAI, HS and the Quality of Life Scale in mothers of mentally retarded children in groups formed according to the occurrence of sexual behaviour disorders in children, evaluated basing on their mothers' accounts; k=2 levels

PRACE ORYGINALNE/ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Zmienna Variable	Poziom Level	N	Śr. Av	Me. Me	Min. Min.	Maks. Max.	SD	CV%	Test Manna-Whitneya Mann-Whitney test		
									U	Z	p
BDI											
Zaburzenia snu Sleep disorders	Tak Yes	10	9,2	7,5	1	22	8,09	87,98	320,5	0,0701	0,9441
	Nie No	65	8,91	6	0	33	8,36	93,84			
Zaburzenia odżywiania Eating disorders	Tak Yes	11	10,27	9	0	27	8,32	80,99	304	0,7187	0,4722
	Nie No	64	8,72	6	0	33	8,31	95,27			
STAI X-1											
Zaburzenia snu Sleep disorders	Tak Yes	10	42,8	41,5	25	56	9,85	23,02	282,5	0,6624	0,5077
	Nie No	65	41,45	40	25	70	9,88	23,84			
Zaburzenia odżywiania Eating disorders	Tak Yes	11	45,36	44	32	70	11,11	24,49	263,5	1,3254	0,1850
	Nie No	64	40,98	39,5	25	67	9,53	23,26			
STAI X-2											
Zaburzenia snu Sleep disorders	Tak Yes	10	47,8	52,5	32	56	9,35	19,57	272	0,8260	0,4088
	Nie No	65	45,98	46	21	72	9,44	20,52			
Zaburzenia odżywiania Eating disorders	Tak Yes	11	48,36	46	31	69	10,06	20,81	308,5	0,6515	0,5148
	Nie No	64	45,86	46	21	72	9,3	20,27			
HS											
Zaburzenia snu Sleep disorders	Tak Yes	10	5,4	4	0	14	5,4	99,99	269,5	0,865	0,387
	Nie No	65	6,78	6	0	19	5,42	79,91			
Zaburzenia odżywiania Eating disorders	Tak Yes	11	6,45	5	1	15	5,11	79,11	351	0,015	0,988
	Nie No	64	6,63	6	0	19	5,49	82,87			
Skala Jakości Życia Quality of Life Scale											
Zaburzenia snu Sleep disorders	Tak Yes	10	94,6	93,5	72	124	17,96	18,99	306,0	0,2961	0,7671
	Nie No	65	96,02	96	56	134	18,23	18,99			
Zaburzenia odżywiania Eating disorders	Tak Yes	11	88,27	88	58	109	15,45	17,51	257,0	1,4152	0,157
	Nie No	64	97,13	97,5	56	134	18,29	18,83			

Liczebność grupy badanej: N – liczebność; Śr. – średnia arytmetyczna; Me. – mediana; Min., Maks. – wartości minimalna i maksymalna; SD – odchylenie standardowe; CV% – współczynnik zmienności; U – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; Z – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; p – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; podkreśleniem oznaczono istotne różnice
Size of examined group: N – number; Av – arithmetic average value; Me – median; Min., Max. – minimum and maximum values; SD – standard deviation; CV% – coefficient of variability; U – value of statistics U for Mann-Whitney test; Z – standardized value of normal distribution for Mann-Whitney test statistics; p – value of bilateral asymptotic test probability for Mann-Whitney test; underlined are significant differences

Tabela 5. Różnice w punktacji w BDI, STAI, HS, Skali Jakości Życia u matek dzieci z upośledzeniem umysłowym w grupach wyróżnionych ze względu występowanie zaburzeń snu i odżywiania u dziecka ocenianych według deklaracji ich matek; k=2 poziomy
Table 5. Differences in scores at BDI, STAI, HS and Quality of Life Scale in mothers of mentally retarded children in groups formed according to the occurrence of sleep and eating disorders in children, evaluated basing on their mothers' accounts; k=2 levels

opiekuna, można wnioskować, że objawy psychotyczne u osoby upośledzonej mogą być dodatkowym generatorem.

Badacze uważają, że rodziny osób z diagnozą schizofrenii odczuwają większe obciążenie opieką niż rodziny chorych na inne choroby psychiczne⁽²⁹⁾. Opieka nad psychicznie chorym ma wpływ nie tylko na sytuację społeczno-ekonomiczną rodziny, ale także na stan psychiczny pozostałych członków rodziny. Według niektórych autorów opiekunowie chorych ze schizofrenią doświadczają podobnego poczucia obciążenia opieką jak opiekunowie osób z upośledzeniem umysłowym lub chorobą Alzheimera^(30,31).

Istnieją doniesienia, że zaburzenia urojeniowe u podopiecznych z otępieniem mają wpływ na poczucie obciążenia obowiązkami u opiekuna⁽³²⁾. Według Kosmali⁽²⁾ istnieje zależność między obecnością zaburzeń urojeniowych u podopiecznego a nasileniem objawów depresyjnych u opiekunów. Ponadto opieka nad pacjentami z otępieniem z tego typu zaburzeniami wiązała się z większym poziomem stresu, większym poczuciem beznadziejności i gorszą jakością życia.

W badaniu własnym matki dzieci leczonych psychiatrycznie miały większe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych. Jest to zgodne z wcześniejszymi założeniami i potwierdza negatywny wpływ zaburzeń psychicznych u dziecka na samopoczucie rodzica.

Matki deklarujące występowanie u ich dzieci zaburzeń zachowań seksualnych (masturbacja w miejscach publicznych lub w obecności innych osób) uzyskały więcej punktów w Inwentarzu Depresji Becka, miały większe nasilenie lęku jako cechy, a także gorszą jakość życia, jednak różnice w punktacji w poszczególnych skalach w porównaniu z grupą matek osób bez tego typu zachowań nie osiągnęły istotności statystycznej, co prawdopodobnie mogło być spowodowane niewielką grupą dzieci z takimi zaburzeniami (niecałą 1/10 badanych stanowiły matki takich dzieci). Niemniej jednak wydaje się, że zachowania mogące budzić negatywne reakcje społeczne mogą być źródłem stresu dla matki.

W pracy nie stwierdzono związku między samopoczuciem kobiety a występowaniem zaburzeń snu i odżywiania u podopiecznego ocenianych na podstawie deklaracji ich matek.

Według niektórych autorów opiekunowie dzieci z zaburzeniami snu otrzymują więcej punktów w skalach depresji i lęku⁽³³⁾. Rozbieżności między wynikami tej pracy i badania własnego mogą być związane z tym, że w badaniu Hoare'a wzięto pod uwagę nasilone zaburzenia snu, co niewątpliwie miało większy wpływ na samopoczucie opiekuna, podczas gdy w badaniu własnym nie skupiano się na nasileniu zaburzeń snu, a jedynie na tym, czy w ogóle występują.

PODSUMOWANIE

W badaniu wykazano istnienie związku między stanem psychicznym i jakością życia matki a obecnością u dziecka z upośledzeniem umysłowym zaburzeń zachowania i niektórych objawów psychopatologicznych ocenianych na podstawie deklaracji ich matek.

Wydaje się, że odpowiednia terapia dziecka z upośledzeniem umysłowym poprawi samopoczucie matki, jej jakość życia, a tym samym przyczyni się do poprawy jakości opieki nad dzieckiem.

According to the researchers, families of schizophrenic patients experience a higher burden by the care, as compared to the families of those suffering from other mental diseases⁽²⁹⁾. The care of a mentally ill person affects not only the socio-economic situation of the family, but also the mental status of the other members of the family. According to some authors, the schizophrenic patients' carers experience a similar burden as those of mentally retarded or Alzheimer patients^(30,31).

Some reports indicate that delusional disorders in demented patients contribute to their carers' sense of burden⁽³²⁾. According to Kosmala⁽²⁾ there is a correlation between the presence of delusional disorders in the patient and severity of depressive symptoms in their carers. In addition, the care of demented patients with such disorders was associated with a higher level of stress, higher sense of hopelessness and worse quality of life.

In our own study the mothers of psychiatrically treated children exhibited a higher severity of depressive and anxiety symptoms, which conforms with earlier assumptions and confirms a negative effect of the child's mental disorders on the parent's well-being.

Mothers who declared their children's sexual behaviour disorders (masturbation in public places or in the presence of other people) obtained more scores in Beck Depression Inventory, had a higher severity of anxiety as a trait and a worse quality of life, however the differences in the scoring on respective scales, as compared to the group of mothers of people without such behaviours, did not reach statistical significance, which could have been caused by a small group of children with such disorders (about 1/10 of the mothers of children with such disorders took part in the study). It seems, however, that the behaviours, which can arouse negative social reactions, may be a source of stress for the mother.

No correlation was found between the woman's well-being and occurrence of sleep and eating disorders in the children, evaluated according to their mothers' accounts.

According to some authors, the carers of children with sleep disorders obtain more scores in depression and anxiety scales⁽³³⁾. Discrepancies between the results of Hoare's research and our own study may be associated with the fact that in Hoare's study the severe sleep disorders were considered, which no doubt had a greater impact on the carer's well-being, while in our own study we did not focus on the severity of sleep disorders but only on whether they existed or not.

CONCLUSION

The study demonstrated a correlation between the mother's mental health condition and quality of life and the presence – in the mentally retarded child – of behavioural disorders and certain psychopathological symptoms evaluated according to their mothers' accounts.

It seems that an appropriate therapy of the mentally retarded child will improve its mother's well-being, her quality of life, and thereby will contribute to an improvement of the quality of the care of the child.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Jessop D.J., Riessman C.K., Stein R.E.K.: Chronic childhood illness and maternal mental health. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1988; 9: 147-156.
2. Kosmala K.: Stan psychiczny osób sprawujących opiekę nad pacjentami z chorobą Alzheimera. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny, Łódź 2003.
3. de Ruiter K.P., Dekker M.C., Verhulst F.C., Koot H.M.: Developmental course of psychopathology in youths with and without intellectual disabilities. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2007; 48: 498-507.
4. Dekker M.C., Koot H.M., van der Ende J., Verhulst F.C.: Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2002; 43: 1087-1098.
5. Crocker A.G., Mercier C., Lachapelle Y. i wsp.: Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2006; 50: 652-661.
6. Borthwick-Duffy S.A.: Prevalence of destructive behaviors. A study of aggression, self-injury, and property destruction. W: Thompson T., Gray D.B. (red.): *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA 1994: 3-23.
7. Eyman R.K., Call T.: Maladaptive behavior and community placement of mentally retarded persons. *Am. J. Ment. Defic.* 1977; 82: 137-144.
8. Jacobson J.W.: Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population. I: behavior frequency. *Appl. Res. Ment. Retard.* 1982; 3: 121-139.
9. Corbett J.A.: Psychiatric morbidity and mental retardation. W: James F.E., Snaith R.P. (red.): *Psychiatric Illness and Mental Handicap*. Gaskell Press, London 1979: 11-25.
10. Way M.C.: The symptoms of affective disorder in severely retarded children. Kongres IASSMD, Toronto 1983.
11. Dosen A.: Depression in mentally retarded children. W: Dosen A., Menolascino F.J. (red.): *Depression in Mentally Retarded Children and Adults*. Logon Publication, Leiden 1990: 113-128.
12. Walden S., Pistrang N., Joyce T.: Parents of adults with intellectual disabilities: quality of life and experiences of caring. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2000; 13: 62-76.
13. Orr R.R., Cameron S.J., Day D.M.: Coping with stress in families with children who have mental retardation: an evaluation of the double ABCX model. *Am. J. Ment. Retard.* 1991; 95: 444-450.
14. Heller T., Hsieh K., Rowitz L.: Maternal and paternal caregiving of persons with mental retardation across the lifespan. *Family Relations* 1997; 46: 407-415.
15. Van Berkum H.W., Haveman M.J.: Zorg aan huis. Behoeftes aan zorg, gebruik van zorg en discrepantie tussen vraag en aanbod onder ouders van verstandelijk gehandicapten in Zuid-Nederland (Family care. Care Needs, Use of Care and Discrepancy Between Needs and Services for Parents of Mentally Retarded Persons in the South of the Netherlands). Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Epidemiologie, Maastricht 1995.
16. Gorczyca P.W., Kapinos-Gorczyca A.: Zaburzenia psychiczne wśród konsultowanych dzieci w oddziałach szpitala wiośpęjalistycznego. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży* 2001; 1: 244-252.
17. Rycerz P.: Wpływ depresji matki na zaburzenia rozwoju dziecka. Część I – czynniki i procesy leżące u podstaw. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2003; 3: 141-150.
18. Rycerz P.: Wpływ depresji matki na zaburzenia rozwoju dziecka. Część II – czynniki modyfikujące. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2003; 3: 151-158.
19. Parnowski T., Jernajczyk W.: Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11: 417-421.
20. Wrześniewski K., Sosnowski T., Matusik D.: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2002.
21. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L.: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1974; 42: 861-865.
22. Czapiński J.: Psychologia szczęścia: przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1994.
23. The EuroQol Group: EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
24. Głowczak M., Jarema M., Meder J., Morawiec M.: Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30: 368-379.
25. Maes B., Broekman T.G., Došen A., Nauts J.: Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioural or psychiatric problems. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2003; 47: 447-455.
26. Schulz R., Beach S.R.: Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999; 282: 2215-2219.
27. Schulz R., O'Brien A.T., Bookwala J., Fleissner K.: Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995; 35: 771-791.
28. Kosmala K., Kłoszewska I.: Ocena wpływu zaburzeń zachowania osób z chorobą Alzheimera na samopoczucie ich opiekunów. *Rocznik Psychogeriatryczny* 2003; 6: 39-49.
29. Ye J., Zhang M., Yao C.: Investigation on the burden of family with a schizophrenic patient in five major cities of China. *Journal of Clinical Psychological Medicine* 1994; 4: 91-93.
30. Biegel D.E., Sales E., Schulz R.: *Family Caregiving in Chronic Illness. Alzheimer's Disease, Cancer, Heart Disease, Mental Illness, and Stroke*. Sage Publications, Newbury Park, CA 1991.
31. Pariente C.M., Carpiniello B.: Family burden in relatives of schizophrenics and of people with mental retardation: a comparative study. *European Psychiatry* 1996; 11: 381-385.
32. Shigenobu K., Ikeda M., Fukuhara R. i wsp.: Reducing the burden of caring for Alzheimer's disease through the amelioration of "delusions of theft" by drug therapy. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2002; 17: 211-217.
33. Hoare P., Harris M., Jackson P., Kerley S.: A community survey of children with severe intellectual disability and their families: psychological adjustment, carer distress and the effect of respite care. *J. Intellect. Disabil. Res.* 1998; 42: 218-227.