

Sytuacja polskich opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera

Natalia Szala¹, Andrzej Potemkowski²

¹Studium Doktoranckie Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

²Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprophylaktyki Instytut Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie

STRESZCZENIE

Opieka nad bliskim z otępieniem typu alzheimerowskiego (AD, *Alzheimer's dementia*) jest trudna i wiąże się z odczuwaniem obciążeń fizycznego, ekonomicznego i emocjonalnego. Istnieje wyraźna zależność między jakością sprawowanej opieki a zaangażowaniem opiekuna i dlatego poszukuje się czynników, które mogą negatywnie oddziaływać na stan psychologiczny opiekunów, zmniejszając tym samym efektywność ich działań.

Celami pracy były ocena zmiennych wpływających na poziom obciążenia odczuwanego przez opiekunów osób z AD, ocena zależności poczucia obciążenia od czasu trwania opieki, czynników demograficznych opiekunów, uzyskiwanego wsparcia społecznego, dyspozycji opiekuna do wyrażania wdzięczności. W metodyce badania zastosowano: Kwestionariusz Poczucia Obciążenia (KPO), Skalę Znaczenia Innych do pomiaru wsparcia społecznego, Kwestionariusz Wdzięczności (GQ-6), ankietę dotyczącą danych demograficznych opiekuna oraz chorego, czasu trwania AD i opieki. Badaniem objęto grupę 84 opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera (22 mężczyzn, 62 kobiety). Badanie pozwoliło ustalić pewne charakterystyki opiekunów osób z AD. Wykazano, że satysfakcja z otrzymywanego wsparcia społecznego stanowi predyktor niższego poziomu poczucia obciążenia u opiekuna, a najistotniejszym czynnikiem wpływającym na subiektywne poczucie obciążenia opieką jest zadowolenie z otrzymywanego wsparcia. Stwierdzono, że dyspozycja opiekuna do bycia wdzięcznym nie jest predykatorem dla odczuwanego obciążenia oraz że czas trwania opieki nie jest czynnikiem umożliwiającym przewidywanie poczucia obciążenia u opiekunów osób z AD.

Polski Przegląd Neurologiczny 2018; 14 (2): 75–80

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, wdzięczność, obciążenie opiekunów, opiekunowie osób z chorobą Alzheimera

Wprowadzenie

Wraz ze starzeniem się społeczeństw zwiększa się liczba osób z zespołami otępiennymi wymagających opieki. Dlatego coraz więcej uwagi poświęca się też problemom opiekunów osób chorych. Opiekę nad chorym z otępieniem alzheimerowskim (AD, *Alzheimer's dementia*) najczęściej sprawuje współmałżonek (ok. 50%), a następnie córka lub synowa (25–30%) [1]. W Polsce opiekunami są głównie współmałżonkowie (69,3%) — częściej żony (71,9%), a następnie dzieci (21,6%) i rodzeństwo (9,1%) [2]. Problemy osób z otępieniem angażują w ich rozwiązywanie całą rodzinę, istotnie zmieniając panujące w niej relacje. W sferze psychologicznej opiekunowie doświadczają utraty bliskiej osoby, co prowadzi do zmian relacji emocjonalnych, a jako świadkowie powolnej degradacji intelektualnej i emocjonalnej bliskiej osoby boleśnie odczuwają skutki postępującego zubożenia zasobu słów, a przez to pogorszenia umiejętności komunikacyjnych chorego i jego trudności w wyrażaniu swoich potrzeb oraz myśli [3, 4].

Opiekując się pacjentem z otępieniem, największego obciążenia doświadcza główny opiekun [5]. Spełnianie obowiązków opiekuńczych wiąże się z koniecznością ograniczenia kontaktów towarzyskich, co prowadzi do izolacji społecznej, zmniejsza odczuwaną satysfakcję z kontaktów społecznych, a także utrudnia lub uniemożliwia wypoczynek i wykonywanie pracy zawodowej [6, 7]. Sprawowanie opieki zwiększa ryzyko problemów zdrowotnych u opiekunów, a nawet ich umieralność. Ryzyko zgonu u opiekunów współmałżonków jest o 63% wyższe niż u osób, które takiej opieki nie sprawują, a wymuszone opieką zmiany w trybie życia ograniczają aktywność fizyczną i zaburzają sen [3, 8]. Pojawiają się

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Andrzej Potemkowski, prof. US
Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprophylaktyki
Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński
ul. Krakowska 71–79, 71–017 Szczecin
tel. 91 444 32 40

e-mail: andrzej.potemkowski@wp.pl

Polski Przegląd Neurologiczny 2018; 14 (2): 75–80

Wydawca: VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k.

Copyright © 2018 Via Medica

problemy z ciśnieniem tętniczym, zwiększa się ryzyko wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, a także dochodzi do zmniejszenia odporności [9, 10].

Specyfika opieki wynika z problemów zdrowotnych podopiecznego oraz istoty AD jako schorzenia neurozwyrodnieniowego o charakterze postępującym, powodującego mniejszą sprawność procesów percepcyjnych, poznawczych i komunikacyjnych chorego, co może prowadzić do całkowitej dezintegracji jego osobowości. Reakcje oraz zachowanie chorego mogą powodować trudności w odbiorze społecznym, co dodatkowo wpływa negatywnie na sprawowanie opieki. Wykazano związek między obrazem psychopatologicznym osoby z AD a występowaniem objawów afektywnych u jego opiekuna oraz wzrostem ogólnej zachorowalności opiekunów [11]. Zaobserwowano większe poczucie obciążenia i nasilenie objawów depresyjnych, zwłaszcza w kobiet opiekunek, wraz z nasileniem zaburzeń zachowania i pojawieniem się objawów psychotycznych u chorego [12]. Zależność między upośledzeniem funkcji poznawczych oraz niepełnosprawnością chorego w zakresie aktywności dnia codziennego a depresją u opiekuna wydaje się słabsza [13]. Natomiast związek między pogorzeniem funkcji poznawczych u pacjenta a poczuciem stresu u opiekuna wiązano ze wzrostem obciążenia wynikającego z nasilania niesamodzielności [14].

Funkcjonowanie psychospołeczne i zdrowotne opiekuna wpływa na jakość opieki oraz stan chorego. Dowiedziono, że pacjenci z AD, u których opiekunów rozpoznano depresję i wykazujących słabe mechanizmy obronne radzenia sobie ze stresem, przejawiali więcej zaburzeń zachowania [15]. Występujące u podopiecznych zaburzenia zachowania, objawy psychotyczne oraz afektywne stanowią znaczący problem dla opiekunów i są jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji psychogeriatrycznych i instytucjonalizacji [16–18]. Opiekunowie rodzinni są bardzo ważnym elementem systemu opiekuńczego, a ich postępowanie istotnie wpływa na funkcjonowanie pacjenta z AD. Poznanie problematyki funkcjonowania opiekuna pozwala na skuteczniejsze projektowanie działań pomocowych, określanie celów interwencji psychoterapeutycznych, tworzenie form wsparcia oraz programów psychoedukacyjnych. Rozumienie potrzeb i oczekiwań opiekuna oraz udzielanie mu odpowiedniej pomocy psychologicznej i medycznej jest warunkiem zapewnienia optymalnej opieki nad chorym z AD w jego środowisku domowym.

Głównymi celami badania były: 1) próba charakterystyki opiekuna domowego zajmującego się chorym z otępieniem, 2) wskazanie, jakie cechy opiekunów, osób chorych oraz inne zmienne związane z opieką (czas trwania opieki i otrzymywane wsparcie społeczne) wpływają na występujące u krewnych będących opiekunami różnic w zakresie odczuwanego obciążenia oraz 3) wyodrębnienie predyktorów, na podstawie których możliwe byłoby przewidywanie większego nasilenia poczucia obciążenia opiekuna rodzinnego pacjenta z AD.

Material i metody

W badaniu wzięły udział 84 osoby — 22 mężczyzn (26%) i 62 kobiety (74%), będące opiekunami osób z AD pozostających pod opieką specjalistyczną Centrum Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Pamięci *Euromedis* w Szczecinie. Badania realizowano od lipca 2016 roku do lutego 2017 roku. Na prowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Etycznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego.

Dane zbierano metodą doboru celowego, a podstawowym kryterium włączenia do badania było sprawowanie czynności opiekuńczych nad chorym od przynajmniej 6 miesięcy. Wiek badanych opiekunów mieścił się w przedziale 37–84 lat (śr. 62,00; odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] $\pm 12,00$), zaś wiek osób chorych z AD — w przedziale 59–94 lata (śr. 78,59; SD $\pm 8,80$). Opiekunami byli zarówno współmałżonkowie, jak i dzieci osób chorych. W badanej grupie znaleźli się dwaj zięciowie i jeden brat podopiecznego. Czas trwania opieki wynosił 1–15 lat (śr. 3,48; SD $\pm 3,00$).

Do oceny obciążenia opiekunów użyto Kwestionariusza Poczucia Obciążenia (KPO), na który składają się cztery skale: ograniczenia osobistego (podskala związana z poczuciem zmęczenia, brakiem wypoczynku i czasu wolnego postrzeganego przez opiekuna), ograniczenia materialnego i społecznego (podskala konieczności ograniczenia kontaktów rodzinnych i towarzyskich oraz obciążenia materialnego), emocji negatywnych (obejmuje przeżywanie takich emocji, jak: wstyd, strach, złość, napięcie smutek, apatia oraz obawy wynikające z sytuacji sprawowania opieki), braku energii—utruty kontroli (podskala rozumiana jako utrata kontroli nad własnym życiem i brak satysfakcji) [19]. Do oceny wsparcia społecznego wykorzystano Skalę Znaczenia Innych [20], w której stosuje się dwie wersje oceny dotyczące: 1) ak-

Tabela 1. Współczynniki korelacji między czasem sprawowania opieki a wynikami uzyskanymi w Kwestionariuszu Poczucia Obciążenia (KPO)

KPO	Czas sprawowania opieki (miesiące)	
	r-Pearsona	Poziom istotności
Ograniczenia osobiste–zmęczenie opieką	0,31	0,043
Ograniczenia materialne i społeczne	0,11	0,503
Emocje negatywne	-0,15	0,357
Brak energii–utrata kontroli	0,11	0,490
Ogólny wynik w skali obciążenia	0,14	0,361

tualnego wsparcia emocjonalnego i praktycznego określanego na 7-stopniowej skali typu Likerta, 2) poziomu pożądanego wsparcia w wymiarze emocjonalnym i praktycznym. Ta skala pozwala uzyskać wyniki dotyczące wsparcia emocjonalnego otrzymanego i pożądanego oraz wsparcia praktycznego otrzymanego i pożądanego, a także dokonanie oceny stopnia satysfakcji z dostępnego wsparcia. Do oceny wdzięczności użyto Kwestionariusza Wdzięczności (GQ-6, *Gratitude Questionnaire*) [21]. Każdy badany samodzielnie wypełniał ankietę z pytaniami dotyczącymi danych demograficznych opiekuna oraz chorego, a także udzielał informacji na temat czasu trwania choroby i sprawowania opieki nad krewnym.

Wyniki

W ocenie KPO najniższy wynik opiekunowie uzyskali w zakresie braku energii–utrata kontroli (mediana [M]) = 3,69 pkt.; SD ± 2,14 pkt.), natomiast najwyższą punktację odnotowano w odniesieniu do ograniczeń osobistych–zmęczenia opieką (M = 10,81 pkt.; SD ± 5,08 pkt.). Średni ogólny wynik obciążenia opiekunów wyniósł M = 24,83 pkt. (SD ± 12,24 pkt.).

W ocenie w Skali Znaczenia Innych (SZI) — wersji A najniższy wynik opiekunowie uzyskali w zakresie wsparcia praktycznego otrzymanego (M = 4,40 pkt.; SD ± 1,28 pkt.), natomiast najwyższy w odniesieniu do wsparcia emocjonalnego pożądanego (M = 6,35 pkt.; SD ± 0,78 pkt.). W zakresie wsparcia społecznego otrzymywanego opiekunowie uzyskali średnią wartość 4,83 pkt. (SD ± 1,16 pkt.), natomiast średni poziom w zakresie wsparcia społecznego pożądanego wyniósł M = 6,11 pkt. (SD ± 0,77 pkt.).

Analiza wykazała, że ogólny wynik w skali obciążenia nie koreluje z czasem trwania opieki nad chorym. Analiza korelacji r-Pearsona dowiodła, że im dłuższy czas opieki, tym większy poziom

ograniczeń osobistych–zmęczenia opieką w skali obciążenia (korelacja słaba; tab. 1).

Analiza wykazała, że im większy był u opiekunów poziom wsparcia społecznego otrzymywanego, tym mniejszy był poziom braku energii–utrata kontroli w KPO (korelacja słaba). Z analizy korelacji r-Pearsona wynikało, że im większa była u opiekunów rozbieżność między wsparciem społecznym otrzymywanym a pożądanym, tym większy był u nich poziom ograniczeń materialnych i społecznych (korelacja słaba) oraz w zakresie braku energii–utrata kontroli w KPO (korelacja umiarkowana), jak również tym większy był ogólny wynik w KPO (korelacja słaba). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

W zakresie poziomu obciążenia w KPO analiza prób niezależnych wykazała istotne statystycznie różnice między kobietami (M = 217,23; SD ± 11,09) a mężczyznami (M = 18,09; SD ± 13,32); p = 0,032. Analizy korelacji r-Pearsona udowodniły, że im większy był u opiekunów poziom wsparcia społecznego otrzymywanego, tym większy poziom wdzięczności uzyskiwali oni w GQ-6. Wyniki zawarto w tabeli 3.

Analiza wyników nie ujawniła istotnych statystycznie związków między poziomem wdzięczności a poziomem poczucia obciążenia. Model regresji wielokrotnej, wykonany w celu wyróżnienia predyktorów dla otrzymywanego poziomu poczucia obciążenia (zmienna zależna), okazał się istotny statystycznie: $F(1,40) = 5,81$; p = 0,021. Wyjaśnił on zaobserwowaną wariancję zmiennej zależnej wynoszącą 10,5% (skorygowane R-kwadrat = 0,105). Do modelu wprowadzono jeden predyktor — poziom rozbieżności między wsparciem społecznym otrzymywanym a pożądanym. Wyniki zawarto w tabeli 4.

Analiza regresji wykazała, że poziom rozbieżności między wsparciem społecznym otrzymywanym a pożądanym jest istotnym predykatorem

Tabela 2. Współczynniki korelacji między poziomem rozbieżności między wsparciem społecznym otrzymywanym a pożądanym według Skali Znaczenia Innych (SZI) a wynikami uzyskanymi w Kwestionariuszu Poczucia Obciążenia (KPO)

KPO	SZI — wersja A: rozbieżność między wsparciem społecznym otrzymywanym a pożądanym	
	r-Pearsona	Poziom istotności
Ograniczenia osobiste—zmęczenie opieką	0,28	0,075
Ograniczenia materialne i społeczne	0,39	0,010
Emocje negatywne	0,21	0,186
Brak energii—utrata kontroli	0,45	0,003
Ogólny wynik w skali obciążenia	0,36	0,021

Tabela 3. Współczynniki korelacji między poziomem wsparcia społecznego otrzymywanego według Skali Znaczenia Innych (SZI) a wynikami uzyskanymi w Kwestionariuszu Wdzięczności (GQ-6, *Gratitude Questionnaire*)

Zmienna	SZI — wersja A: wsparcie społeczne otrzymywane	
	r-Pearsona	Poziom istotności
GQ-6	0,43	0,005

Tabela 4. Wyniki dla istotnego predyktora

Predyktor	Współczynnik B	Współczynnik beta	Wynik t-Studenta	Poziom istotności
Stała	17,594		5,03	< 0,001
SZI — wersja A: rozbieżność między wsparciem społecznym otrzymywanym a pożądanym	5,655	0,356	2,41	0,021

SZI — Skala Znaczenia Innych

poziomu obciążenia. Z analizy wartości współczynników beta wynika, że na podstawie wyższego poziomu rozbieżności między wsparciem społecznym otrzymywanym a pożądanym według SZI — wersji A można przewidywać wyższy poziom obciążenia według KPO.

Omówienie wyników

Sprawowanie opieki nad najbliższym z AD jest sytuacją trudną, wywołującą u opiekuna wiele reakcji stresowych. Celem badania było ustalenie zależności między obciążeniem doświadczanym przez domowych opiekunów osób z DA a czasem trwania opieki, płcią opiekuna, wdzięcznością, wsparciem społecznym (w wymiarze wsparcia emocjonalnego i praktycznego, a także otrzymywanego i pożądanego), a także satysfakcją ze wsparcia społecznego. Określono również, jakie czynniki stanowią predyktory dla odczuwanego obciążenia opiekunów rodzinnych.

Odczuwanie obciążenia zależy od cech charakteryzujących opiekuna. Wyniki prezentowanego badania wykazały, że kobiety charakteryzują się

wyższym poczuciem obciążenia niż mężczyźni, co potwierdzono także w innych badaniach [22–24]. Być może wynika to z faktu, że kobiety silniej niż mężczyźni reagują emocjonalnie w sytuacjach trudnych i stresowych, co utrudnia im stworzenie odpowiedniego dystansu [24]. Kobiety są też bardziej zaangażowane w opiekę, internalizując doświadczenia stresowe innych osób, natomiast mężczyźni przejawiają bardziej przedmiotowe podejście do różnego rodzaju trudności i sytuacji stresowych [25]. Sposób reagowania kobiet w trudnych sytuacjach zmniejsza ich możliwość wypracowania właściwych strategii działania oraz efektywnego radzenia sobie, co może być źródłem kolejnych frustracji i stresów. Te obserwacje wskazują na potrzebę zapewnienia odpowiedniej pomocy psychologicznej oraz psychoedukacji opiekunom, zwłaszcza kobietom, głównie w celu poprawy ich samopoczucia oraz skuteczniejszego radzenia sobie z opieką nad bliskim z AD.

Zasoby wsparcia społecznego są czynnikiem, od którego zależy doświadczany poziom obciążenia u opiekuna. Większość badań wskazuje,

że otrzymywane wsparcie społeczne wiąże się z mniejszym poczuciem obciążenia u opiekunów [26, 27, 28]. Zwraca się również uwagę, że wsparcie społeczne jest postrzegane jako jeden z czynników zmniejszających odczuwane zmęczenie oraz wpływających na lepsze radzenie sobie ze stresem [29]. Analiza wyników nie wykazała istotnego statystycznie związku między poziomem wsparcia otrzymywanego a poczuciem obciążenia, dowiedziono jednak statystycznie istotnego związku między poziomem wsparcia społecznego otrzymywanego a brakiem energii–utrąty kontroli. Wskazuje to, że opiekunowie doświadczający wsparcia społecznego odczuwają większe poczucie sprawstwa i kontroli nad własnym życiem. Być może wsparcie uzyskiwane od bliskich osób pozwala opiekunom na lepsze radzenie sobie w trudnych sytuacjach, a przez to zmniejsza się poczucie utraty kontroli nad własnym życiem.

Zastosowane w badaniu narzędzie do pomiaru wsparcia społecznego pozwoliło na ocenę satysfakcji z dostępnego wsparcia społecznego poprzez ocenę rozbieżności między wsparciem otrzymywanym a pożądanym. Potwierdzono istotny związek między tymi zmiennymi, co jest zgodne z wynikami dotychczasowych badań wskazujących, że opiekunowie z wyższym poziomem satysfakcji z otrzymywanego wsparcia społecznego wykazują niższy poziom poczucia obciążenia [27].

Brak satysfakcji z kontaktów z bliskimi może powodować u opiekunów uczucie frustracji, które sprawia, że opieka nad chorym z DA jest oceniana jako szczególnie trudna i ograniczająca opiekuna. W przedstawianym badaniu wykazano związek między ograniczeniem materialnym i społecznym a satysfakcją z dostępnego wsparcia społecznego, a także zależność między brakiem energii–utrąta kontroli a satysfakcją ze wsparcia. Sugeruje to, że subiektywne zadowolenie z otrzymywanej pomocy (zarówno w wymiarze praktycznym, jak i emocjonalnym) pozwala opiekunom lepiej funkcjonować. Dzięki satysfakcjonującemu wsparciu czują się oni mniej obciążeni opieką oraz doświadczają poczucia większej zdolności sprawczej, siły i kontroli nad własnym życiem.

Uzyskane wyniki sugerują, że realna oraz zadowalająca sieć kontaktów społecznych dająca wsparcie w sytuacji trudnej przekłada się na lepsze funkcjonowanie społeczne i materialne opiekunów. Opiekunowie odczuwający satysfakcję z utrzymywanych kontaktów z innymi mają lepszą kontrolę nad własnym życiem oraz sytuacją, w której się znaleźli, a także motywację

do dalszego skutecznego działania. Otrzymywane wsparcie pozwala im również utrzymywać kontakty towarzyskie dostarczające pozytywnych emocji, wsparcia emocjonalnego i praktycznego.

Badania nad wdzięcznością wskazują, że wpływa ona pozytywnie na jakość życia psychicznego oraz relacyjnego i społecznego [21]. Osoby wdzięczne charakteryzuje się jako otwarte na doświadczenie, optymistyczne, pełne nadziei, sił i witalności, zadowolone z życia, a w relacjach z innymi — budzące pozytywne emocje, okazujące gotowość do działania i pomocy [21]. Dodatkowo otwartość na innych pozwala tworzyć liczniejszą i bardziej rozbudowaną sieć kontaktów, co daje większe możliwości korzystania ze wsparcia społecznego w sytuacjach trudnych. Bycie wdzięcznym może się więc przekładać na liczebność oraz jakość pozytywniejszych i głębszych relacji z innymi.

Uzyskane wyniki wskazują, że u opiekunów z niższym poziomem satysfakcji z otrzymywanego wsparcia społecznego można przewidywać wyższy poziom obciążenia. Jest to istotna informacja, która wskazuje na celowość wdrażania odpowiednich działań służących poprawie jakości życia opiekuna, co pośrednio może się przekładać na jakość samej opieki. Pomoc psychologiczna opiekunom powinna więc być skupiona na działaniach w grupach wsparcia czy grupach samopomocowych, które mogą stanowić sieć wsparcia dla opiekunów domowych.

Podsumowanie

Badanie pozwoliło ustalić pewne charakterystyki opiekunów rodzinnych osób z AD i ukazać czynniki, które mogą wpływać na funkcjonowanie opiekuna, powodując zmęczenie opieką, negatywne emocje oraz przemęczenie. Wiedza na temat zmiennych wpływających na stan opiekuna jest ważna w praktyce psychologów oraz innych osób pracujących z osobami z AD. Niewątpliwie opiekunowie wymagają wsparcia, zarówno informacyjnego, jak i emocjonalnego i praktycznego w sytuacji, w której się znajdują. Odpowiednia psychoedukacja oraz pomoc psychologiczna mogą prowadzić do poprawy jakości życia oraz samopoczucia opiekuna. Najistotniejszym czynnikiem wpływającym na subiektywne poczucie obciążenia opieką okazało się zadowolenie z otrzymywanego wsparcia i dlatego działania właściwych stowarzyszeń czy grup, umożliwiających opiekunom funkcjonowanie w kontekście społecznym oraz korzystanie z różnych form pomocy i wsparcia, jest tak ważne.

PIŚMIENNICTWO

1. Cummings JL, Benson DF. *Dementia: a clinical approach*. Butterworth's, Boston 1992.
2. Robinson KM, Adkisson P, Weinrich S. Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *J Advanced Nursing*. 2001; 36(4): 573–582, doi: [10.1046/j.1365-2648.2001.02010.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02010.x).
3. Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1997; 48(5 Suppl 6): S25–S29, indexed in Pubmed: [9153157](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9153157/).
4. Mausbach BT, Patterson TL, Von Känel R, et al. The attenuating effect of personal mastery on the relations between stress and Alzheimer caregiver health: a five-year longitudinal analysis. *Aging Ment Health*. 2007; 11(6): 637–644, doi: [10.1080/13607860701787043](https://doi.org/10.1080/13607860701787043), indexed in Pubmed: [18074251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18074251/).
5. Grad J, Sainsbury P. An evaluation of the effects of a ring for the aged. In: Home AT, ed. *Psychiatric disorder in the aged*. WPA, Manchester 1965.
6. Bilikiewicz A, et al. Wczesne rozpoznawanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień (IGERO). MAKmed, Gdańsk 1999.
7. Haley WE, Levine E, Brown S, et al. Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*. 1987; 2(4): 323–330, doi: [10.1037//0882-7974.2.4.323](https://doi.org/10.1037//0882-7974.2.4.323).
8. Schulz R, Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999; 282(23): 2215, doi: [10.1001/jama.282.23.2215](https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215).
9. Redwine L, Mills PJ, Sada M, et al. Differential immune cell chemotaxis responses to acute psychological stress in Alzheimer caregivers compared to non-caregiver controls. *Psychosom Med*. 2004; 66(5): 770–775, doi: [10.1097/01.psy.0000138118.62018.87](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000138118.62018.87), indexed in Pubmed: [15385705](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15385705/).
10. Shaw WS, Patterson T, Ziegler M, et al. Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res*. 1999; 46(3): 215–227, doi: [10.1016/s0022-3999\(98\)00084-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00084-1).
11. Wadley VG, Haley WE. Diagnostic attributions versus labeling: impact of Alzheimer's disease and major depression diagnoses on emotion, beliefs, and helping intentions of family member. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001; 56(4): P244–P252, doi: [10.1093/geronb/56.4.p244](https://doi.org/10.1093/geronb/56.4.p244).
12. Kosmala K, Kloszewska I. The burden of providing care for Alzheimer's disease patients in Poland. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004; 19(2): 191–193, doi: [10.1002/gps.1054](https://doi.org/10.1002/gps.1054), indexed in Pubmed: [14758587](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14758587/).
13. Sun F, Hilgeman MM, Durkin DW, et al. Perceived income inadequacy as a predictor of psychological distress in Alzheimer's caregivers. *Psychol Aging*. 2009; 24(1): 177–183, doi: [10.1037/a0014760](https://doi.org/10.1037/a0014760), indexed in Pubmed: [19290749](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19290749/).
14. Reis MF, Gold DP, Andres D, et al. Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *Int J Aging Hum Dev*. 1994; 39(3): 257–271, doi: [10.2190/6LYN-YFWQ-P87D-MKWX](https://doi.org/10.2190/6LYN-YFWQ-P87D-MKWX), indexed in Pubmed: [7875917](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7875917/).
15. Mausbach BT, Aschbacher K, Patterson TL, et al. Avoidant coping partially mediates the relationship between patient problem behaviors and depressive symptoms in spousal Alzheimer caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14(4): 299–306, doi: [10.1097/01.JGP.0000192492.88920.08](https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192492.88920.08), indexed in Pubmed: [16582038](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16582038/).
16. Ballard C. Agitation and psychosis in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007; 15(11): 913–917, doi: [10.1097/jgp.0b013e3181584268](https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181584268).
17. Brodaty H, Connors MH, Xu J, et al. PRIME study group. Predictors of institutionalization in dementia: a three year longitudinal study. *J Alzheimers Dis*. 2014; 40(1): 221–226, doi: [10.3233/JAD-131850](https://doi.org/10.3233/JAD-131850), indexed in Pubmed: [24448780](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24448780/).
18. Daiello LA, Gardner R, Epstein-Lubow G, et al. Association of dementia with early rehospitalization among Medicare beneficiaries. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014; 59(1): 162–168, doi: [10.1016/j.archger.2014.02.010](https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.02.010), indexed in Pubmed: [24661400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24661400/).
19. Raś P, Opala G, Ochudło S. Kwestionariusz poczucia obciążenia osób opiekujących się chorymi z otępieniem — nowe narzędzie badawcze. *Psychogeriatr Pol*. 2005; 2(1): 21–31.
20. Juszczyński Z. Pomiar wsparcia społecznego — polska adaptacja Skali Znaczenia Innych. In: Zasepa E, Galkowski T, ed. *Oblicza psychologii klinicznej*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2014.
21. Kossakowska M, Kwiatek P. Polska adaptacja kwestionariusza do badania wdzięczności GQ-6. *Przegl Psychol*. 2014; 57(4): 503–514.
22. Gallicchio L, Siddiqi N, Langenberg P, et al. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002; 17(2): 154–163, indexed in Pubmed: [11813279](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11813279/).
23. Pruchno RA, Resch NL. Aberrant behaviors and Alzheimer's disease: mental health effects on spouse caregivers. *J Gerontol*. 1989; 44(5): S177–S182, indexed in Pubmed: [2768777](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2768777/).
24. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*. 1986; 26(3): 260–266, indexed in Pubmed: [3721233](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3721233/).
25. Parks SH, Pilisuk M. Caregiver burden: gender and the psychological costs of caregiving. *Am J Orthopsychiatry*. 1991; 61(4): 501–509, indexed in Pubmed: [1746626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1746626/).
26. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20(6): 649–655, indexed in Pubmed: [7203086](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7203086/).
27. Vitaliano PP, Young HM, Russo J. Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*. 1991; 31(1): 67–75, indexed in Pubmed: [2007476](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2007476/).
28. Basińska MA, Lewandowska NP, Kasprzak A. Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimera. *Psychogeriatr Pol*. 2013; 10(2): 49–58.
29. Maghout-Juratli S, Janisse J, Schwartz K, et al. The causal role of fatigue in the stress-perceived health relationship: a MetroNet study. *J Am Board Fam Med*. 2010; 23(2): 212–219, doi: [10.3122/jabfm.2010.02.090132](https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.090132), indexed in Pubmed: [20207932](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20207932/).