

Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu — wyniki wstępne

The burden of caregivers of patients after stroke — preliminary results

Barbara Grabowska-Fudala, Krystyna Jaracz

Katedra Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

Wstęp. W pracy przedstawiono ocenę poziomu obciążenia opiekunów osób po udarze mózgu oraz wyniki badania zależności między obciążeniem a czynnikami ze strony opiekuna (cechy społeczno-demograficzne, stan emocjonalny, samoocena stanu zdrowia, wsparcie społeczne, poczucie koherencji oraz czas przeznaczony na opiekę).

Materiał i metody. Badaniem objęto 30 par (opiekunów i chorych) po 6 miesiącach od momentu wypisania chorego ze szpitala. Obciążenie badano za pomocą polskiej wersji *Caregiver Burden Scale* (CB Scale). Stan emocjonalny, poczucie koherencji oraz wsparcie społeczne opiekunów badano za pomocą: *Hospital Anxiety and Depression Scales* (HADS) służącej do oceny leku i depresji, *Kwestionariusza Orientacji Życiowej* (SOC-29, *Sense of Coherence Questionnaire*), *Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego* (BSSS, *Berlin Social Support Scale*). Udokumentowano również dane społeczno-demograficzne.

Wyniki. Stwierdzono obciążenie (CB Scale) na średnim poziomie. Wykazano istotne statystycznie zależności między obciążeniem a lękiem ($r = 0,64$; $p < 0,05$) i objawami depresji ($r = 0,49$; $p < 0,05$) oraz poczuciem zrozumiałości (SOC-29) opiekunów ($r = -0,55$; $p < 0,05$). Nie wykazano istotnych statystycznie zależności między obciążeniem (CB Scale) a wsparciem społecznym (BSSS).

Wnioski. Obciążenie opiekunów determinowały przede wszystkim czynniki wewnętrzne opiekunów, a nie czynniki zewnętrzne, takie jak wsparcie społeczne. Wpływ wsparcia społecznego będzie analizowany w przyszłych badaniach.

Słowa kluczowe: obciążenie, udar, opiekun

Abstract

Background. To estimate a level of caregiver's burden of stroke patients and to identify correlates of the burden level from a caregiver's side (socio-demographic data, emotional status, self-estimate of health, social support, sense of coherence, time spent for caregiving).

Material and methods. A hospital-based sample of 30 couples (caregivers and patients) were interviewed 6 months after a discharge. The burden was assessed using the Polish version of *Caregiver Burden Scale* (CB Scale). Emotional status, sense of coherence and social support were evaluated with *Hospital Anxiety and Depression Scales* (HADS), *Sense of Coherence Questionnaire* (SOC-29), *Berlin Social Support Scale* (BSSS). Socio-demographic data were also gathered.

Results: The scores of (CB Scale) were at a medium level. The burden level correlated significantly with anxiety ($r = 0.64$; $p < 0.05$), depression ($r = 0.49$; $p < 0.05$) and the comprehensibility subscale of SOC ($r = -0.55$; $p < 0.05$). Correlation between burden (CB Scale) and social support (BSSS) was not significant.

Conclusions. The caregiver's burden was determined mainly by caregiver's internal factors but not with the external factors such as a social support. The role of social support will be evaluated in further analyses.

Key words: burden, stroke, caregiver

Wstęp

W Polsce każdego roku odnotowuje się 60 000–70 000 nowych zachorowań na udar mózgu (nie-dokrwienno lub krwotoczny) [1]. Bezpośrednio

po zakończonej hospitalizacji ponad 68,5% chorych wraca do swoich domów [2]. Po 6 miesiącach od momentu wystąpienia udaru mózgu 24–53% pacjentów wymaga całkowitej lub częściowej pomocy w czynnościach życia codziennego (ADL, *activities of daily living*) [3]. Opiekę nad chorym najczęściej przejmuje współmałżonek, następnie dzieci lub rodzice, rzadziej — osoby obce lub z dalszej rodziny [4–6]. Sprawowanie długotrwałej opieki pociąga za sobą konsekwencje określone w literaturze przedmiotu mianem „obciążenia”.

Obciążenie (brzemień) definiuje się jako problemy fizyczne (czas i koszty przeznaczone na opiekę)

Adres do korespondencji:

Mgr Barbara Grabowska-Fudala
Katedra Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Smoluchowskiego 11, 60–179 Poznań
tel.: 0 61 655 92 67, faks: 0 61 655 92 66
e-mail: bgfudala@ump.edu.pl
Praca wpłynęła do Redakcji: 22 marca 2007 roku
Zaakceptowano do druku: 5 czerwca 2007 roku

wynikające głównie ze stanu funkcjonalnego chorego, psychiczne (zaburzenia emocjonalne) związane z radzeniem sobie z sytuacją stresową, jaką jest sprawowanie opieki nad chorym, społeczne (ograniczenie kontaktów społecznych) przejawiające się w relacjach opiekuna z innymi ludźmi oraz finansowe, będące następstwem przerwania pracy zawodowej, kosztów leczenia, rehabilitacji chorego [7, 8].

Wyróżnia się dwa wymiary obciążenia: obiektywne i subiektywne. Obiektywne obciążenie to czas, wysiłek fizyczny, problemy finansowe oraz ograniczenie kontaktów społecznych opiekuna. Obciążenie subiektywne odnosi się do doświadczeń, uczuć i postaw związanych ze sprawowaniem opieki [9, 10].

Badania poświęcone tematyce obciążenia opieką nad chorymi po udarze mózgu prowadzi się od ponad 20 lat. Najwięcej prac powstało w Szwecji, Holandii, Japonii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Jednym z istotnych celów badań nad obciążeniem jest identyfikacja czynników determinujących jego poziom. Wyeliminowanie lub zmiana czynników podlegających modyfikacji, jak podkreśla się w piśmiennictwie [11, 12], może się przyczynić do zmniejszenia lub późniejszego wystąpienia następstw obciążenia, zarówno u opiekunów, jak i chorych. Bada się zatem czynniki ze strony chorego (stan funkcjonalny i emocjonalny) oraz opiekuna (stan emocjonalny, wsparcie społeczne, poczucie koherencji).

W dotychczasowych doniesieniach wykazano, że poziom obciążenia zależy przede wszystkim od stanu psychicznego (głównie zaburzeń depresyjnych) i sprawności funkcjonalnej chorych, czyli od czynników ze strony pacjenta [4, 9, 13–17].

W zdecydowanie mniejszej liczbie badań uwzględnia się problem uzależnienia obciążenia od czynników związanych z opiekunem. We wcześniejszych pracach analizowano związek między obciążeniem a depresją u opiekuna, wsparciem społecznym oraz możliwościami radzenia sobie z sytuacją stresową [11, 13, 18–20].

Związek między obciążeniem a depresją badali autorzy amerykańscy oraz japońscy [13, 18]. Brali pod uwagę opiekunów sprawujących opiekę od 3 miesięcy do 2 lat od wystąpienia udaru u chorego. W obu pracach uzyskano podobne wyniki wskazujące na znaczną zależność między wymienionymi wyżej zmiennymi. Wartość współczynnika korelacji wynosiła w nich odpowiednio 0,52 i 0,50.

Zależność między wsparciem społecznym a obciążeniem badano w 4 pracach. W 2 koncentrowano się na wsparciu nieformalnym [11, 19], w pozostałych 2 — na wsparciu formalnym [21, 22].

Wykazano istotny, pozytywny wpływ wsparcia nieformalnego na poziom obciążenia w okresie do 3 miesięcy po wystąpieniu udaru u chorego oraz po upływie 1,5–2 lat sprawowania opieki. Nie stwierdzono natomiast zależności obciążenia od wsparcia formalnego.

Zależność między obciążeniem a poczuciem koherencji, czyli czynnikiem determinującym radzenie sobie ze stresem, była przedmiotem badań tylko jednego zespołu autorów [20] — wykazano silną zależność między tymi zmiennymi. Wartość współczynnika korelacji wynosiła 0,53.

Dotychczasowe badania, z uwagi na ich małą liczbę, nie w pełni wyjaśniają rolę czynników ze strony opiekuna, takich jak: stan emocjonalny, poczucie koherencji, wsparcie społeczne. W Polsce, jak do tej pory, nie prowadzono badań poświęconych problematyce obciążenia opieką nad chorymi po udarze mózgu. Dlatego podjęto niniejsze badania.

Celem pracy była ocena poziomu obciążenia oraz analiza zależności między obciążeniem a czynnikami ze strony opiekuna. Wśród nich uwzględniono: cechy społeczno-demograficzne (wiek, płeć), stan emocjonalny, samoocenę stanu zdrowia, wsparcie społeczne, poczucie koherencji oraz czas przeznaczony na opiekę.

Materiał i metody

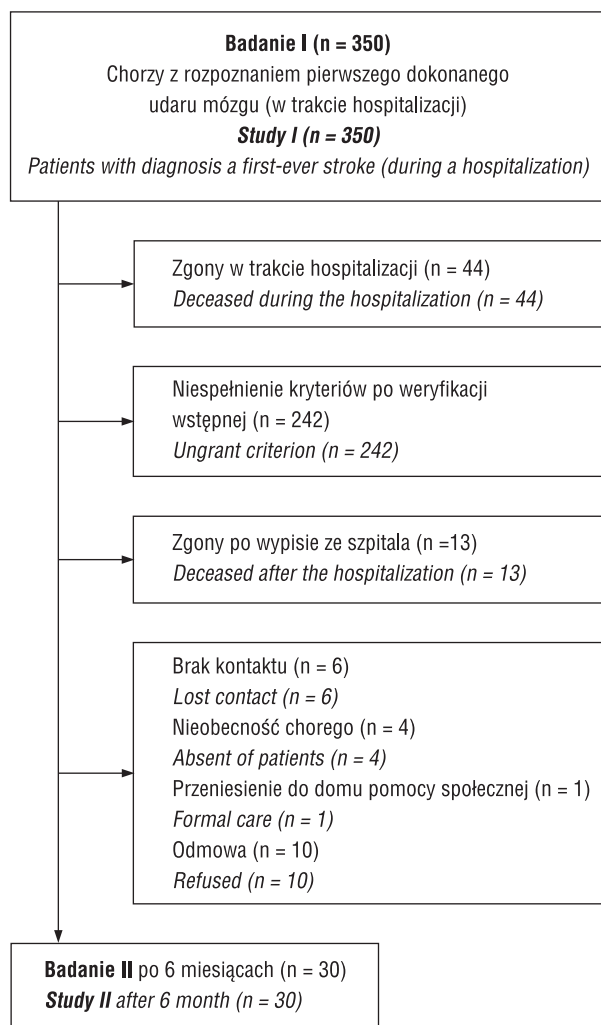
Osoby badane

Badanie rozpoczęto w maju 2005 roku. Do tej pory zebrano dane od 30 par chorych i ich opiekunów. Ocenę obciążenia wykonano po upływie 6 miesięcy od zakończenia hospitalizacji.

Grupę chorych stanowiły osoby z klinicznie rozpoznany udarem niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu, hospitalizowane na oddziale neurologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu. Do badań włączano osoby z pierwszym dokonanym udarem mózgu [23], deficytem funkcjonalnym w chwili opuszczania szpitala poniżej 14 punktów według Indeksu Barthel (BI, *Barthel Index*), całkowicie samodzielne w zakresie czynności życia codziennego przed zachorowaniem, nieuzależnione od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Kwalifikację prowadzono w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu.

Wstępnie do badań zakwalifikowano 350 chorych. Jednak z różnych przyczyn wyłączono z nich 320 osób (badanie I). Szczegółowe informacje na temat kompletowania badanej grupy przedstawiono na rycinie 1.

Grupa chorych liczyła 17 (57%) kobiet i 13 (43%) mężczyzn w wieku 48–92 lat (tab. I). Według klasyfikacji Skandynawskiej Skali Nasilenia Udaru



Rycina 1. Schemat doboru osób do badań

Figure 1. Summary of study participants and non-participants

(SSS, *Scandinavian Stroke Scale*) stan neurologiczny 12 (40%) chorych pod koniec hospitalizacji określano jako ciężki udar mózgu. Natomiast stan funkcjonalny według BI u 26 (87%) pacjentów określono w kategorii bardzo poważnej niesprawności funkcjonalnej (tab. II).

Do badań włączono opiekunów, którzy spełniali następujące kryteria: deklaracja, że dana osoba jest najbliższym opiekunem chorego i nie pobiera wynagrodzenia finansowego z tego tytułu, stale zamieszkuje z chorym, nie ma wcześniejszych doświadczeń związanych ze sprawowaniem opieki nad osobą przewlekle chorą, wyraziła pisemną zgodę na udział w badaniach.

Liczebność grupy opiekunów była adekwatna do liczebności grupy chorych. Grupa badanych opiekunów obejmowała 25 (83%) kobiet i 5 (17%) mężczyzn, w wieku 20–82 lat. Rolę opiekuna naj-

Tabela I. Stan demograficzny i kliniczny chorych

Table I. Demographic and clinical status of the patients

Charakterystyka <i>Characteristics</i>	n	%
Płeć <i>Gender</i>		
Kobiety <i>Women</i>	17	57
Mężczyźni <i>Men</i>	13	43
Średni wiek, w latach (średnia, SD) <i>Age, years (mean, SD)</i>	67,7 (10)	
Wykształcenie <i>Education</i>		
Podstawowe lub niepełne podstawowe <i>Primary</i>	7	23,5
Zawodowe <i>Vocational</i>	7	23,5
Średnie <i>Secondary</i>	15	50
Wyższe <i>University</i>	1	3
Rodzaj udaru <i>Stroke type</i>		
Niedokrwienny <i>Infarct</i>	19	63
Krwotoczny <i>Haemorrhage</i>	11	37

częściej pełnił współmałżonek (50%), rzadziej dzieci (37%) lub dalsza rodzina (10%). Większość opiekunów stanowiły kobiety (83%). Opiekunowie najczęściej mieszkali z chorym i innymi członkami rodziny (54%). Do badań włączono 4 (13%) opiekunów, którzy mieszkali osobno, jednak byli w bliskim kontakcie z chorym i spełniali pozostałe kryteria (tab. III). Najbliższa osoba chorego średnio sprawowała opiekę 11 godzin (SD 7) na dobę.

Metody

Jak już wspomniano, rekrutację badanych chorych prowadzono podczas hospitalizacji. Zasadnicze badanie prowadzono po upływie 6 miesięcy od wypisania chorego ze szpitala, metodą wywiadu bezpośredniego w miejscu jego zamieszkania.

Do pomiaru obciążenia wykorzystano polską wersję Skali Obciążenia Opiekuna (CB Scale, *Caregiver Burden Scale*) [4]. Skala ta zawiera 22 pytania zawarte w 5 podskalach: wysiłek ogólny (8 pytań), izolacja społeczna (3 pytania), rozczarowanie (5 pytań), zaangażowanie emocjonalne

Tabela II. **Zmiana stanu neurologicznego (SSS) i funkcjonalnego (BI) w pierwszych 6 miesiącach po udarze mózgu (kategorie, średnie, SD)**Table II. **Changes of neurological (SSS) and functional status (BI), within first 6 month after stroke (categories, means, SD)**

	Badanie I <i>Study I</i>	Badanie II <i>Study II</i>
Stan neurologiczny, SSS (SD) <i>Neurological status, SSS (SD)</i>	25 (11)	44 (13)
Udar <i>Stroke</i>	n (%)	n (%)
Bardzo ciężki <i>Very severe</i>	7 (23)	1 (3)
Ciężki <i>Severe</i>	12 (40)	4 (13)
Średni <i>Moderate</i>	9 (30)	8 (27)
Lekki <i>Mild</i>	2 (7)	17 (57)
Stan funkcjonalny, BI (SD) <i>Functional status, BI (SD)</i>	3,4 (4)	13,7 (6)
Niesprawność <i>Disability</i>		
Bardzo poważna <i>Very severe</i>	26 (87)	8 (27)
Średnia <i>Moderate</i>	4 (13)	2 (7)
Nieznaczną <i>Mild</i>	0 (0)	16 (53)
Brak <i>None</i>	0 (0)	4 (13)

SSS (*Scandinavian Stroke Scale*) — Skandynawska Skala Udaru Mózgu; BI (*Barthel Index*) — Indeks Barthel; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe

(3 pytania), otoczenie (3 pytania). Odpowiedzi udziela się w 4-punktowej skali szacunkowej. Wynik całkowity CB Scale oraz 5 podskal stanowi średnia punktacja z poszczególnych pozycji wchodzących w skład skali (1–4 pkt.). Podobnie jak w przypadku innych autorów uwzględniono następujące kategorie obciążenia: niski poziom (1,00–1,99), średni poziom (2,00–2,99), wysoki poziom (3,0–4,0) [24]. Większa liczba punktów oznacza wyższy poziom obciążenia. Oryginalna wersja skali ma zadowalające właściwości psychometryczne [4].

Wsparcie społeczne badano za pomocą polskiej wersji Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego (BSSS, *Berlin Social Support Scales*), autorstwa Ralfa Schwarzera [25, 26]. Oryginalne narzędzie zawiera 6 niezależnych podskal [27]. Do celów badań, za zgodą autorów, wykorzystano 32 pytania zawarte w 4 podskalach: I — spostrzegane dostępne wsparcie (8 pytań), II — zapotrzebowanie

Tabela III. **Charakterystyka społeczno-demograficzna grupy opiekunów**Table III. **Socio-demographic characteristics of the caregivers**

Charakterystyka <i>Characteristics</i>	n	%
Płeć <i>Gender</i>		
Kobiety <i>Women</i>	25	83
Mężczyźni <i>Men</i>	5	17
Średni wiek, lata (SD) <i>Age, years (mean, SD)</i>	53,3 (14)	
Wykształcenie <i>Education</i>		
Niepełne podstawowe lub podstawowe <i>Primary</i>	3	10
Zawodowe <i>Vocational</i>	8	27
Średnie <i>Secondary</i>	15	50
Wyższe <i>University</i>	4	13
Stopień pokrewieństwa z chorym <i>Relationship to patient</i>		
Małżonek <i>Spouse</i>	15	50
Dziecko <i>Child</i>	11	37
Dalsza rodzina <i>Other member of family</i>	3	10
Osoba niespokrewniona <i>Other person</i>	1	3
Miejsce zamieszkania <i>Place of residence</i>		
Miasto <i>City</i>	23	76
Wieś <i>Village</i>	7	24
Zamieszkanie <i>Residence</i>		
Z chorym <i>With patient</i>	10	33
Z chorym i innymi członkami rodziny <i>With patient and other members of a family</i>	16	54
Osobno <i>Alone</i>	4	13
Źródło utrzymania <i>Source of income</i>		
Praca zawodowa <i>Full-time</i>	12	40
Praca + renta <i>Part-time and pension</i>	3	10
Renta <i>Pension</i>	1	3
Emerytura <i>Retirement</i>	9	30
Zasiłek i inne <i>Other</i>	5	17

na wsparcie (4 pytania), III — poszukiwanie wsparcia (5 pytań), IV — aktualnie otrzymywane wsparcie (15 pytań). Pierwsza i ostatnia podskala umożliwiają ocenę wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. Pytania dotyczące wsparcia instrumentalnego zawarte są w IV podskali. Odpowiedzi udziela się w 4-punktowej skali szacunkowej. Wynik każdej podskali określa przedział 1–4 punkty. Większa liczba punktów oznacza większe wsparcie społeczne. Zadowalające właściwości psychometryczne potwierdzono we wcześniejszych polskich badaniach [25].

Stan emocjonalny badanych mierzono za pomocą *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) [28]. Skala ta zawiera 14 pytań, oceniających oddzielnie poziom lęku i depresji. Wynik powyżej 7 punktów przyjmuje się jako wskazujący na obecność objawów depresji lub zaburzeń lękowych.

Poziom poczucia koherencji, czyli zasobów intrapsychoicznych, ułatwiających radzenie sobie ze stresem, badano za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej Antonowsky'ego (SOC-29, *Sense of Coherence Questionnaire*) [29]. Skala obejmuje 3 wymiary: poczucie zrozumiałości (ZR), poczucie zaradności (Z) i poczucie sensowności (S). Umożliwia uzyskanie wyniku całkowitego o zakresie 29–203 punktów.

Oceniano również stan funkcjonalny i neurologiczny chorych. Do tego celu wykorzystano Skalę Barthel [30] oraz Skandynawską Skalę Udaru Mózgu [31].

Analiza statystyczna

Do opisu statystycznego zastosowano średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe (SD, *stan-*

dard deviation) oraz frakcje procentowe. Do analiz zależnościowych wykorzystano test Manna-Whitneya oraz współczynnik korelacji Pearsona. Przyjęto poziom istotności p poniżej 0,05. Do identyfikacji niezależnych czynników obciążenia zastosowano analizę regresji liniowej, wprowadzając do modelu te zmienne, które wykazywały istotne korelacje w analizach dwuzmiennowych.

Wszystkie analizy przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 7.1.

Wyniki

Całkowity poziom obciążenia według Skali Obciążenia (CB Scale) w badanej grupie wynosił 2,0 punkty. W podskalach średni poziom obciążenia wahał się w granicach 1,5–2,2 punktu. Zdecydowana większość badanych wykazała średni i niski poziom obciążenia (tab. IV).

Nasilenie lęku według skali HADS wynosiło 7,7 punktu (SD 5,0), a objawów depresyjnych — 4,9 punktu (SD 4,9). Podwyższony poziom lęku stwierdzono u 53% badanych, a obecność objawów depresji — u 30% (tab. V).

Poziom wsparcia społecznego opiekunów w poszczególnych podskalach BSSS wynosił 2,6–3,6 punktu. Najwyższa punktacja dotyczyła „sposrzedzanego dostępnego wsparcia” i „aktualnie otrzymywanego wsparcia”, natomiast najniższa — „zapotrzebowania na wsparcie”. Średnia punktacja w poszczególnych rodzajach wsparcia w podskalach I i IV była zbliżona (tab. VI).

Ogólny wynik poczucia koherencji (SOC-29) wynosił 142 punkty. Spośród badanych wymiarów

Tabela IV. Poziom obciążenia według Skali Obciążenia (CB Scale) w badanej grupie

Table IV. Level of caregiver's burden (CB Scale)

Podskale CB Scale Subscales CB Scale	Minimum	Maksimum Maximum	Średnia Mean	SD	Poziom obciążenia (%) Level of burden (%)		
					Niski Low	Średni Medium	Wysoki High
Wysiłek ogólny General strain	1	4	2,3	0,8	40	37	23
Izolacja społeczna Isolation	1	4	2,0	1,0	54	17	29
Rozczarowanie Disappointment	1	4	2,2	0,8	43	37	20
Zaangażowanie emocjonalne Emotional involvement	1	4	1,5	0,5	77	20	3
Otoczenie Environment	1	4	1,9	0,8	50	33	17
Wynik całkowity Total score	1	4	2,0	0,6	43	50	7

Tabela V. Stan emocjonalny opiekunów według skali *Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS)*

Table V. Caregiver's emotional status (HADS)

HADS	Średnia <i>Mean</i>	SD	Mediana <i>Median</i>	Ranga <i>Range</i>	Odsetek badanych > 7 pkt. <i>% carers > 7 pkt.</i>
Lęk <i>Anxiety</i>	7,7	5,0	8	17	53
Depresja <i>Depression</i>	4,9	4,9	4	19	30

Tabela VI. Poziom wsparcia społecznego według Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego (BSSS, *Berlin Social Support Scale*)

Table VI. Caregiver's social support (BSSS)

Podskale BSSS <i>Subscales BSSS</i>	Minimum	Maksimum <i>Maximum</i>	Średnia <i>Mean</i>	SD
I. Spostrzegane dostępne wsparcie <i>I. Perceived available support</i>	1	4	3,6	0,5
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	1	4	3,6	0,4
Wsparcie informacyjne <i>Information support</i>	1	4	3,5	0,8
II. Zapotrzebowanie na wsparcie <i>II. Need for support</i>	1	4	2,6	0,9
III. Poszukiwanie wsparcia <i>III. Support seeking</i>	1	4	2,8	1,0
IV. Aktualnie otrzymywane wsparcie <i>IV. Actually received support</i>	1	4	3,6	0,6
Wsparcie emocjonalne <i>Emotional support</i>	1	4	3,6	0,7
Wsparcie informacyjne <i>Information support</i>	1	4	3,4	1,0
Wsparcie instrumentalne <i>Instrumental support</i>	1	4	3,5	0,7

Tabela VII. Poziom poczucia koherencji (SOC-29, *Sense of Coherence Questionnaire*) w grupie opiekunów

Table VII. Caregiver's sense of coherence (SOC-29)

Podskale SOC <i>Subscales SOC</i>	Zakres punktacji skali <i>Range of scale</i>	Średnia <i>Mean</i>	SD	Mediana <i>Median</i>	Ranga <i>Range</i>
Poczucie zrozumiałości (ZR) <i>Comprehensibility</i>	11–77	53	11,3	54,5	46
Poczucie zaradności (Z) <i>Manageability</i>	10–70	52	7,9	53,5	30
Poczucie sensowności (S) <i>Meaningfulness</i>	8–56	36	9,9	37,0	35
Wynik ogólny <i>Total score</i>	29–203	142	22,5	138,5	89

poczucia koherencji najwyższy poziom uzyskano w skali „poczucie zrozumiałości” (ZR). Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli VII.

W celu oceny zależności między obciążeniem a czynnikami ze strony opiekuna wykonano analizy korelacyjne. Wykazano dodatnią korelację

poziomu obciążenia z poczuciem koherencji oraz stanem emocjonalnym. Stwierdzono również cząstkowe zależności między obciążeniem a wiekiem oraz czasem przeznaczonym na opiekę w ciągu doby. Nie wykazano natomiast związku obciążenia ze wsparciem społecznym. Wyniki przedstawiono w tabeli VIII.

Istotne współczynniki korelacji dla wyniku całkowitego CB Scale stwierdzono dla lęku, depresji i poczucia koherencji (tab. VIII). W rezultacie analizy regresji stwierdzono, że jedynym niezależnym czynnikiem obciążenia był poziom lęku ($\beta = 0,52$; $p < 0,05$), który wyjaśniał 37% wariancji obciążenia.

Wnioski

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że nasilenie obciążenia według CB Scale w badanej grupie było na poziomie średnim, co jest zgodne z wynikami innych badań dotyczących opiekunów chorych po udarze mózgu [13, 32]. Poziom obciążenia stwierdzony w niniejszej pracy jest również zbliżony do poziomu obciążenia obserwowanego w grupie opiekunów chorych z zespołem otępiennym (*Mini Mental State Examination* [MMSE] < 24 pkt.), wśród których 68% było zależnych w zakresie czynności życia codziennego [24].

Z przeprowadzonych analiz wynika, że obciążenie było największe w podskali „wysiłek ogólny”, dotyczącej między innymi zmęczenia fizycznego i psychicznego oraz odpowiedzialności związanej ze sprawowaniem opieki, najmniejsze natomiast w podskali „zaangażowanie emocjonalne”.

Wbrew oczekiwaniom uzyskane wyniki wskazują, że wysoki poziom obciążenia dotyczył stosunkowo niewielkiego odsetka badanych. Odwołując się do niedawno opublikowanych badań, można zakładać, że pełnienie roli opiekuna pociąga za sobą nie tylko skutki negatywne w postaci obciążenia, ale również efekty pozytywne, wynikające ze sprawowania opieki, które mogą w pewnym stopniu równoważyć odczuwane brzemienie [10, 24].

Przeprowadzone analizy dotyczące czynników determinujących poziom obciążenia dowiodły, że najsilniejszym korelatem był stan emocjonalny badanych. Poziom lęku okazał się jedynym niezależnym czynnikiem predykcyjnym obciążenia. Podobne wyniki uzyskali McCullagh i wsp. [13], Morimoto i wsp. [18] oraz Blake i wsp. [11]. Wskazuje to na potrzebę oceny stanu emocjonalnego pod kątem występowania objawów depresji nie tylko u chorych, ale również u ich opiekunów [18, 33, 34].

Kolejnym czynnikiem wykazującym zależność negatywną z poziomem obciążenia było poczucie koherencji (SOC, *sense of coherence*) [20, 35–37].

Tabela VIII. Analiza korelacji obciążenia z czynnikami ze strony opiekuna
Table VIII. Correlation analysis between burden and caregiver's factors

	Wiek Age	Opieka Caregiving (h/24 h)	Samocena zdrowia Self-estimate of health	Lęk Anxiety	Depresja Depression	BSSS I I Emo	I Inst	BSSS II	BSSS III	BSSS IV	IV Emo	IV Inst	IV Inf	SOC-ZR	SOC-Z	SOC-S	SOC ogółem Total
CB Scale — I	0,36*	0,35	-0,30	0,59*	0,47*	-0,09	-0,09	0,01	-0,12	-0,06	-0,05	0,06	-0,06	-0,49*	-0,32	-0,19	-0,44*
CB Scale — II	0,22	0,23	-0,11	0,63*	0,43*	0,01	0,01	0,04	-0,16	-0,09	-0,11	0,00	-0,02	-0,50*	0,01	-0,22	-0,35
CB Scale — III	0,32	0,51*	-0,22	0,48*	0,42*	-0,21	-0,21	0,07	-0,02	-0,21	-0,21	-0,08	-0,25	-0,31	-0,25	-0,29	-0,37*
CB Scale — IV	-0,18	-0,06	-0,06	0,46*	0,41*	-0,33	-0,10	0,34	-0,17	-0,15	-0,12	0,06	-0,36	-0,55*	-0,37*	-0,18	-0,49*
CB Scale — V	0,23	-0,13	0,13	0,05	-0,08	-0,13	-0,30	-0,18	0,03	-0,08	-0,03	-0,26	-0,02	-0,19	-0,04	0,03	-0,10
CB Scale	0,34	0,34	-0,22	0,64*	0,49*	-0,17	-0,14	0,05	-0,12	-0,15	-0,13	-0,03	-0,17	-0,55*	-0,28	-0,24	-0,49*
Ogółem/Total																	

* $p < 0,05$; HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) — skala do oceny lęku i depresji; BSSS (*Berlin Social Support Scales*) — Berlińska Skala Wsparcia Społecznego; Emo (*emotional support*) — wsparcie emocjonalne; Inst (*instrumental support*) — wsparcie instrumentalne; Inf (*informational support*) — wsparcie informacyjne; SOC (*sense of coherence*) — poczucie koherencji; ZR — poczucie zaradności (*manageability*); S — poczucie sensowności (*meaningfulness*); CB Scale (*Caregiver Burden Scale*) — Skala Obciążenia Opiekuna

Oznacza to, że wysoki poziom poczucia koherencji przyczynia się do zmniejszenia poziomu obciążenia. Związek ten może potwierdzać słuszność teorii salutogenetycznej Antonovsky'ego [38], zgodnie z którą SOC jest jednym z najistotniejszych zasobów personalnych radzenia sobie ze stresem.

Wysoki współczynnik korelacji między poczuciem koherencji a wynikami w skali HADS wskazuje, że depresja i lęk mogą osłabiać poczucie koherencji, a tym samym — zasoby opiekuna pomocne w sprawowaniu opieki nad chorym.

W badaniach podkreśla się korzystny wpływ wsparcia społecznego, pod warunkiem że jest ono trafne pod względem ilości i rodzaju [39]. Na obecnym etapie badań trudno o jednoznaczną interpretację uzyskanego wyniku. Wyjaśnienie zależności między obciążeniem i wsparciem społecznym nastąpi po przeprowadzeniu analiz z udziałem większej liczby osób.

Podsumowując powyższe badania, można stwierdzić, że obciążenie opiekunów chorych po udarze mózgu było na poziomie średnim i że zależało przede wszystkim od stanu emocjonalnego i poczucia koherencji, czyli czynników wewnętrznych. Natomiast wsparcie społeczne, które można zaliczyć do czynników zewnętrznych, zdaje się nie odgrywać istotnej funkcji regulacyjnej wobec obciążenia. Rola wsparcia społecznego w odniesieniu do obciążenia wymaga dalszych analiz w kolejnych etapach badań.

Piśmiennictwo

- Członkowska A., Ryglewicz D., Weisssein T., Baranska-Gieruszczak M., Hier D.B.: A prospective community-based study of stroke in Warsaw, Poland. *Stroke* 1994, 25, 547–551.
- Członkowska A., Sarzyńska-Długosz I., Kwolek A., Krawczyk M.: Ocena potrzeb w dziedzinie wczesnej rehabilitacji poudarowej w Polsce. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2006, 40 (6), 471–477.
- Sacco R.L., Benjamin E.J., Broderick J.P. i wsp.: Risk factors. *Stroke* 1997, 28 (7), 1507–1517.
- Elmståhl S., Malmberg B., Annerstend L.: Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1996, 77, 177–182.
- Jönsson A.C., Lindgren I., Hallström B., Norrvig B., Lindgren A.: Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke* 2005, 36, 803–808.
- Smith L.N., Norrie J., Kerr S.M., Lawrence M., Langhorne P., Lees K.R.: Impact and influences on caregiver outcomes at one year post-stroke. *Cerebrovasc. Dis.* 2004, 18, 145–153.
- Pearlin L.I., Mullan J.T., Semple S.J., Skaff M.M.: Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990, 30, 583–594.
- Forsberg-Wärleby G., Möller A., Blomstrand C.: Spouses of first-ever stroke patients psychological well-being in the first phase after stroke. *Stroke* 2001, 32, 1646–1651.
- Van Exel N.J.A., Koopmanschap M.A., Van den Berg B., Brouwer W.B.F., Van den Bos G.A.M.: Burden of informal caregiving for stroke patients. *Cerebrovasc. Dis.* 2005, 19, 11–17.
- Sales E.: Family burden and quality of life. *Qual. Life Res.* 2003, 12 (1), 33–41.
- Blake H., Lincoln N.B.: Factors associated with strain in co-resident spouses of patients following stroke. *Clin. Rehabil.* 2000, 14, 307–314.
- Visser-Meily A., van Heugten C., Post M., Schepers V., Lindeman E.: Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Educ. Couns.* 2005, 56, 257–267.
- McCullagh E., Brigstocke G., Donaldson N., Karla L.: Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005, 36, 2181–2186.
- Scholte Op Reimer W.J.M., de Haan R.J., Pijnenborg J.M.A., Limburg M., Van den Bos G.A.M.: Assessment of burden in partners of stroke patients with the sense of competence questionnaire. *Stroke* 1998, 29, 373–379.
- Van Exel N.J.A., Scholte Op Reimer W.J.M., Brouwer W.B.F., Van den Berg B., Koopmanschap M.A., Van den Bos G.A.M.: Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, CSQ and self-rated burden. *Clin. Rehabil.* 2004, 18, 203–214.
- Holbrook M., Skilbeck C.E.: An activities index for use with stroke patients. *Age Ageing* 1983, 12, 166–170.
- Scholte Op Reimer W.J.M., de Haan R.J., Rijnders P.T., Limburg M., van den Bos G.A.M.: The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke* 1998, 29, 1605–1611.
- Morimoto T., Schreiner A.S., Asano H.: Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing* 2003, 32, 218–223.
- Foster M., Chaboyer W.: Family carers of ICU survivors: A survey of the burden they experience. *Scand. J. Caring Sci.* 2003, 17, 205–214.
- Chumbler N.R., Rittman M., Van Puymbroeck M., Vogel W.B., Qin H.: The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2004, 19, 944–953.
- Lincoln N.B., Francis V.M., Lilley S.A. i wsp.: Evaluation of a stroke family support organizer. A randomized controlled trial. *Stroke* 2003, 34, 116–121.
- Mant J., Carter J., Wade D.T., Winner S.: Family support for stroke: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000, 356, 808–813.
- Classification of Cerebrovascular Disease III. *Stroke* 1990, 21, 637–676.
- Andren S., Elmståhl S.: Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scand. J. Caring Sci.* 2005, 19, 175–168.
- Łuszczynska A., Kowalska M., Mazurkiewicz M., Schwarzer R.: Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi. *Stud. Psychol.* 2006, 44 (3), 17–27.
- Schwarzer R. Berlińska Skala Wsparcia Społecznego (BSSS): http://userpage.fu-berlin.de/~health/soc_pol.htm, 9.03.2007.
- Schulz U., Schwarzer R.: Social support in coping with illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS). *Diagn.* 2003, 49, 73–82.
- Zigmond A.S., Snaith R.P.: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983, 67, 361–370.
- Antonovsky A.: *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well.* Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1987.
- Wade D.T., Hewer R.L.: Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J. Neurol. Neurosurg. Psych.* 1987, 50, 177–182.
- Scandinavian Stroke Study Group. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke. Background and study protocol. *Stroke* 1985, 16, 885–890.
- Kalra L., Evans A., Perez I. i wsp.: Training carers of stroke patients: randomized controlled trial. *BMJ* 2004, 328, 1099.
- Anderson C.S., Linto J., Stewart-Wynne E.G.: A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995, 26, 843–849.
- Wade D.T., Legh-Smith J., Langton Hewer R.: Effects of living with and looking after survivors of a stroke. *BMJ* 1986, 16, 418–420.
- Nilsson I., Axelsson K., Gustafson Y., Lundman B., Norberg A.: Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Scand. J. Caring Sci.* 2001, 15, 203–214.
- Gallgher T.J., Wagenfeld M.O., Baro F., Haepers K.: Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Soc. Sci. Med.* 1994, 39 (12), 1615–1622.
- Forsberg-Wärleby G., Moler A., Blomstrand C.: Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in first phase after stroke. *J. Rehabil. Med.* 2002; 34: 128–133.
- Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- Jaracz K., Kozubski W.: Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych po udarze mózgu. Przegląd wybranych badań eksperymentalnych. *Neurol. Neurochir. Pol.* 2006, 40 (2), 140–150.