

## Poczucie obciążenia opieką wśród opiekunów rodzinnych: psychometryczne właściwości polskiej wersji *Zarit Burden Interview*

### Burden in family caregivers: The psychometric properties of Polish version of the *Zarit Burden Interview*

Karolina Szatkowska, Małgorzata Anna Basińska

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii,  
Katedra Psychologii Klinicznej

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to estimate the reliability, validity and internal structure of the Polish version of the *Zarit Burden Interview* scale (ZBI).

**Material and method.** The participants in the study were 504 Polish family caregivers (spouses, parents, children and other family members) of chronically ill patients. The *Burnout Scale* version for caregivers (SWS) and the *Resilience Assessment Questionnaire* (KOP-26) were used.

**Results.** The Polish version of the *Zarit Burden Interview* demonstrated good psychometric properties. Confirmative factor analysis confirmed the presence of a three-factor second-order structure, the model proved to be quite well suited to the data (CFI = 0.941; TLI = 0.931; SRMR = 0.045; RMSEA = 0.061). Also, the results of the theoretical validity analysis proved to be satisfactory. Cronbach's  $\alpha$  coefficient for the general result was 0.91; for individual subscales: "Negative image of the patient" – 0.85, "Frustration" – 0.82 and "Losses" – 0.85.

**Conclusions.** The Polish version of the ZBI scale can be used as a reliable and accurate diagnostic tool to measure the burden among carers of chronically ill people. Qualitative analysis of the response content also allows to identify areas requiring the implementation of activities in the field of psychological support for the surveyed caregivers.

**Słowa kluczowe:** poczucie obciążenia opieką, opiekunowie rodzinni, *Zarit Burden Interview*

**Key words:** burden, family caregivers, *Zarit Burden Interview*

## Wprowadzenie

Rodzina jest naturalnym środowiskiem człowieka pełniącym liczne funkcje, w tym opiekuńczą, szczególnie wobec jej chorych i niepełnosprawnych członków. Jest to wyjątkowo ważne zadanie, zważywszy na fakt, że dane statystyczne potwierdzają zwiększającą się liczbę zachorowań na choroby przewlekłe, którym sprzyja proces starzenia się społeczeństwa [1]. Świadczenia medyczne udzielane w domu mają na celu obniżenie kosztów leczenia (dotychczas najczęściej prowadzonego w szpitalu lub ambulatoryjnie w poradniach przyszpitalnych) oraz podniesienie komfortu i jakości życia pacjentów niewymagających dalszej hospitalizacji. Jednak aby osoba chora mogła kontynuować leczenie w warunkach domowych, konieczna jest obecność osoby sprawującej nad nią opiekę.

Podjmując się opieki domowej nad osobą przewlekłe chorą, rodzina bierze na siebie odpowiedzialność za daną osobę i za zapewnienie jej całodobowej pomocy. W wypadku pacjentów ze specjalnymi potrzebami medycznymi (np. w terminalnym stadium choroby nowotworowej lub wentylowanych mechanicznie) opiekunowie wykonują liczne czynności pielęgnacyjne i lecznicze, monitorują parametry życiowe oraz uczą się udzielać pomocy w sytuacjach zagrażających zdrowiu i życiu pacjenta [2]. W nowej roli nie tylko zmieniają swój dotychczasowy tryb życia, ale często borykają się z trudnościami finansowymi związanymi ze zwiększonymi wydatkami na leki, środki pielęgnacyjne i opatrunkowe czy rehabilitację, przy jednoczesnym ograniczeniu aktywności zawodowej lub całkowitej rezygnacji z pracy. Ponadto opiekunowie mogą doświadczać konsekwencji w postaci zmniejszonej ilości czasu dla pozostałych członków rodziny, jak i ograniczenia częstości kontaktów społecznych [2, 3]. Ta specyfika opieki, wymagająca umiejętności radzenia sobie z różnymi, czasem niestandardowymi zadaniami, jest sytuacją stresową, która w dłuższej perspektywie może wywołać u opiekuna poczucie obciążenia fizycznego i psychicznego [3, 4]. Niemniej jednak, w wyniku przewidywanych lub realnie ponoszonych kosztów opieki nad bliskim chorym (finansowych, organizacyjnych czy emocjonalnych), część rodzin w Polsce rezygnuje z jej sprawowania, przekazując krewnych do różnego rodzaju specjalistycznych ośrodków [5].

## Poczucie obciążenia opieką

Początkowo pojęcie poczucia obciążenia używane było w odniesieniu do chorób psychicznych, głównie schizofrenii [6], oraz choroby Alzheimera [7]. Obecnie uznaje się, że jest ono wielowymiarowym konstruktem i może przybierać różne formy. Zawierają się w nim m.in.: potrzeby zgłaszane przez osobę chorą, zakłócenia w codziennym życiu rodziny, w obowiązkach domowych i rolach zawodowych opiekuna, nakłady finansowe związane z wydatkami na leczenie czy emocjonalne trudności związane z przebiegiem choroby u członka rodziny [8, 9]. Zatem obciążenie opieką można najogólniej zdefiniować jako całokształt wszystkich trudności i wyzwań, z jakimi zmagają się rodzina sprawująca opiekę w związku z chorobą jej członka [9, 10].

Poczucie obciążenia jest różnie operacjonalizowane, co łączy się z jego wielowymiarowością [8, 10, 11]. Jednakże nierozstrzygniętą do tej pory kwestią jest poziom

ogólności proponowanych metod badania. Narzędzia do pomiaru ogólnego poczucia obciążenia pozwalają na porównanie grup opiekunów osób z różnymi schorzeniami, jednocześnie pomijając specyfikę choroby, która może się wiązać z obciążeniem cechującym dany kontekst sprawowania opieki. Natomiast specyficzne skale do badania poczucia obciążenia umożliwiają identyfikację czynników obciążających opiekunów charakterystycznych dla danej choroby, lecz uniemożliwiają dokonanie porównań doświadczeń opieki osób z odmiennymi schorzeniami przewlekłymi [10].

Wielowymiarowość pojęcia obciążenia opieką oraz liczba stresorów, które mogą sprzyjać jego wystąpieniu, skłaniają do wniosku, że kluczową rolę w tym wypadku odgrywa percepcja własnego doświadczenia sprawowania opieki i jej wpływu na codzienne funkcjonowanie. Nasilenie poczucia obciążenia może w perspektywie prowadzić do pojawienia się syndromu wypalenia. W sytuacji, kiedy trudności opiekuna w toku sprawowania opieki narastają i wydłużają się w czasie, a nie dysponuje on adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie, poziom wypalenia może osiągnąć taki stopień, że dalsze sprawowanie opieki przestanie być możliwe [12]. Dlatego też konieczne jest diagnozowanie poczucia obciążenia towarzyszącego opiekunom osób przewlekle chorych w celu zaproponowania właściwych oddziaływań pomocy psychologicznej tej specyficznej grupie.

Brak dostępnego na gruncie polskim rzetelnego narzędzia służącego do tego celu zachęca do podjęcia prac adaptacyjnych nad dostosowaniem kulturowym kwestionariusza autorstwa Stevena H. Zarita *Zarit Burden Interview* (ZBI) [7]. Skala ta jest szeroko stosowana w badaniach opiekunów osób zmagających się z różnorodnymi chorobami, m.in.: demencją [9], niewydolnością serca [13], stwardnieniem zanikowym bocznym [14] oraz wśród opiekunów osób wentylowanych mechanicznie [15].

## Material i metody

### Uczestnicy i procedura

Badanie zostało podzielone na dwa etapy. W obu częściach brali udział opiekunowie rodzinni (nieformalni), pełnoletni, opiekujący się swoimi chorymi przewlekle lub niepełnosprawnymi krewnymi. W pierwszym, pilotażowym, wzięło udział 80 osób, w tym 54 kobiety (67%) i 26 mężczyzn (33%). Średni wiek osób badanych to 53 lata ( $M = 53,04$ ;  $SD = 14,11$ ). We właściwym badaniu wzięło udział łącznie 504 opiekunów, w tym 413 kobiet (82%) i 91 mężczyzn w wieku 19–87 lat ( $M = 53,00$ ;  $SD = 14,00$ ). Większość respondentów miała wykształcenie wyższe ( $n = 272$ ; 54%), średnie ( $n = 176$ ; 35%) bądź zawodowe ( $n = 40$ ; 8%), natomiast najmniej osób miało wykształcenie podstawowe ( $n = 16$ ; 3%). Większość badanych mieszkała w dużym mieście powyżej 250 tys. mieszkańców ( $n = 161$ ), następnie na wsi ( $n = 126$ ; 25%), w mieście liczącym od 100 tys. do 250 tys. mieszkańców ( $n = 121$ ; 24%) i w mieście do 100 tys. mieszkańców ( $n = 96$ ; 19%). Blisko trzy czwarte badanej grupy było w związku małżeńskim ( $n = 363$ ; 72%), pozostałe osoby były stanu wolnego ( $n = 55$ ; 11%), w związku pozamałżeńskim ( $n = 45$ ; 9%) lub rozwiedzione ( $n = 30$ ; 6%); najmniej osób było wdowami/wdowcami ( $n = 11$ , 2%). Badani byli bliższymi i dalszymi członkami rodziny osoby, nad którą sprawowali opiekę. Największą grupę stanowiły córki chorych lub niepełnosprawnych

rodziców ( $n = 167$ ; 33%), następnie żony ( $n = 101$ ; 20%), matki ( $n = 75$ ; 15%), synowe ( $n = 40$ ; 8%), a w dalszej kolejności byli to mężowie ( $n = 25$ ; 5%), synowie ( $n = 25$ ; 5%), siostry ( $n = 20$ ; 4%), wnuczki ( $n = 20$ ; 4%), ciotki ( $n = 11$ ; 2%), ojcowie ( $n = 5$ ; 1%), narzeczeni ( $n = 5$ ; 1%), teściowe ( $n = 5$ ; 1%) i babcie ( $n = 5$ ; 1%). Wszyscy ankietowani opiekunowie mieszkali z chorymi członkami rodziny. Prowadzone badania są zgodne z zasadami Deklaracji helsińskiej.

### Zastosowane narzędzia

Skala *Zarit Burden Interview* (ZBI) autorstwa Zarita [7] składa się z 22 pytań odnoszących się do doświadczeń związanych z negatywnymi następstwami opieki nad osobą chorą, rozumianych jako poczucie obciążenia. Odpowiedzi udzielane są na 5-punktowej skali typu Likerta. Na pytania od 1 do 21 osoba badana odpowiada od 0 – „nigdy” do 4 – „prawie zawsze”, natomiast na pytanie 22., dotyczące ogólnego poziomu poczucia obciążenia opieką, możliwa odpowiedź zawiera się między 0 – „wcale” do 4 – „ogromnie”. Wynik ogólny stanowi suma wszystkich uzyskanych punktów w zakresie od 0 do 88. Wyższe wyniki świadczą o wyższym poziomie poczucia obciążenia opieką, jednak autor oryginalnej skali początkowo nie podawał punktów odciążenia dla poszczególnych poziomów natężenia poczucia obciążenia opieką [7]. Natomiast późniejszy zakres interpretacji natężenia poczucia obciążenia [16], gdzie za obciążenie znaczne uznawano wyniki w przedziale 61–88 punktów, za umiarkowane – 41–60, łagodne – 21–40 oraz za nieznaczne – poniżej 20 punktów, spotkał się z powszechną krytyką jako zbyt arbitralny [17].

Inwentarz cechuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi. Współczynnik spójności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha wynosił 0,87–0,93. W celu oceny stabilności wewnętrznej narzędzia wykonano test-retest. Wartość współczynnika Kappa wynosiła 0,71 ( $r = 0,71$ ) [17]. Choć oryginalne narzędzie charakteryzuje się spójną jednoczynnikową strukturą, wyniki kolejnych badań nad właściwościami psychometrycznymi tej skali wskazują na występowanie od dwuczynnikowej [18] do pięcioczynnikowej struktury ZBI [19].

Do pomiaru trafności polskiej wersji językowej *Zarit Burden Interview* wykorzystano następujące narzędzia:

- (a) trafność zbieżna – *Skala wypalenia sił* Steuden i Okły [20], wersja dla opiekunów (SWS) w adaptacji własnej. Służy ona do badania doświadczenia i zaangażowania związanego z opieką i wynikającego z niej zmęczenia. Składa się z 58 pozycji, a odpowiedzi udzielane są na 5-stopniowej skali Likerta. Suma punktów uzyskana we wszystkich pytaniach jest łącznym wynikiem wypalenia sił spowodowanego sprawowaną opieką. Jest to skala o bardzo dobrych właściwościach parametrycznych ( $\alpha = 0,95$ );
- (b) trafność różnicowa – *Kwestionariusz oceny prężności* Gąsiora, Chodkiewicza i Cechowskiego (KOP-26) [21]. Służy on do pomiaru prężności rozumianej jako kompetencje osobiste, rodzinne i społeczne, a zawiera 26 pozycji ocenianych w 5-stopniowej skali. Im wyższy wynik, tym większa odporność. Kwestionariusz ten ma zadowalające właściwości psychometryczne ( $\alpha = 0,90$ ).

### Polska adaptacja *Zarit Burden Interview*

Procedury adaptacyjne rozpoczęto od uzyskania zgody autora skali na przeprowadzenie polskiej adaptacji. Ponieważ dostępna u dysponenta praw autorskich skali ZBI (The Mapi Research Trust) polska wersja językowa wzbudzała wątpliwości co do jej poprawności językowej, na początkowym etapie dokonano tłumaczenia na język docelowy i tłumaczenia zwrotnego. Następnie tę wersję skali wykorzystano do przeprowadzenia badania pilotażowego w grupie 80 opiekunów osób przewlekle chorych. Uzyskane właściwości psychometryczne dostarczyły przesłanek do kontynuowania prac adaptacyjnych.

#### Analizy statystyczne

Przed przystąpieniem do analiz sprawdzono, czy zebrane dane są kompletne. Do ostatecznej analizy wykorzystano wyniki badań uzyskane od 504 opiekunów. Obliczenia statystyczne wykonano z użyciem wersji pakietów IBM SPSS Amos 25 oraz pakietu lavaan w środowisku R.

### Wyniki

Przeprowadzono analizę pozycji zawartych w ZBI. Rozkład uzyskanych wyników dla pozycji odbiega od normalnego, cechuje go znaczne rozproszenie, prawoskośna asymetria oraz platykurtyczność. Trzy pozycje testu (7., 20. i 21.) osiągnęły wartość mocy dyskryminacyjnej poniżej akceptowalnej (0,40). Zostały one usunięte z dalszych analiz statystycznych, niemniej pozostają w strukturze kwestionariusza, adekwatnie do oryginału, i zaleca się ich analizę jakościową.

#### Analiza czynnikowa

W związku z licznymi doniesieniami dotyczącymi różnorodnej struktury czynnikowej w dotychczasowych adaptacjach *Zarit Burden Interview* [22, 23] w pierwszej kolejności przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową (EFA). Posłużono się metodą głównych składowych z rotacją Oblimin [24]. Wyniki tej analizy wskazują na przyjęcie trójczynnikowej struktury, co potwierdzają przyjęte kryteria: Kaisera dotyczące ładunków powyżej wartości własnej 1 oraz uzyskany wykres „osypiska” – kryterium Cattella. Do każdego czynnika przyporządkowano pozycje o ładunkach czynnikowych przekraczających wartość 0,50. Uzyskano w ten sposób strukturę trójczynnikową składającą się z 19 pozycji, wyjaśniającą 58% wariancji (tab. 1).

Tabela 1. Analiza składowych głównych polskiej wersji *Zarit Burden Interview* (N = 504)

Czynniki	Wartość własna	Wariancja (%)	Wariancja skumulowana (%)
I Negatywny obraz chorego	8,49	44,67	44,67
II Frustracje	1,45	7,64	52,32

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

III Straty	1,10	5,80	58,12		
Czynniki i twierdzenia	Czynnik I		Czynnik II Factor II	Czynnik III	
I Negatywny obraz chorego					
1. Czy czuje Pani/Pan, że krewna/krewny prosi o większą pomoc, niż potrzebuje?			0,636	0,374	-0,141
4. Czy czuje się Pani/Pan zażenowana/zażenowany z powodu zachowania swojej krewnej/swojego krewnego?			0,766	0,085	0,211
5. Czy odczuwa Pani/Pan złość, gdy przebywa ze swoją krewną/swoim krewnym?			0,704	0,037	0,385
6. Czy czuje Pani/Pan, że krewna/krewny ma obecnie negatywny wpływ na Pani/Pana stosunki z innymi osobami z rodziny lub z przyjaciółmi?			0,787	0,191	0,268
9. Czy czuje się Pani/Pan napięta/napięty w obecności swojej krewnej/swojego krewnego?			0,668	0,200	0,326
11. Czy ma Pani/Pan poczucie braku prywatności ze względu na swoją krewną/swojego krewnego?			0,700	0,337	0,165
13. Czy czuje się Pani/Pan niekomfortowo, przyjmując gości, ze względu na swoją krewną/swojego krewnego?			0,627	0,149	0,330
II Frustracje					
2. Czy czuje Pani/Pan, że ze względu na spędzanie czasu ze swoją krewną/swoim krewnym nie ma Pani/Pan wystarczająco dużo czasu dla siebie?			0,273	0,637	0,224
3. Czy czuje się Pani/Pan obciążona/obciążony koniecznością pogodzenia opieki nad swoją krewną/swoim krewnym z obowiązkami domowymi lub zawodowymi?			0,276	0,702	0,354
8. Czy czuje Pani/Pan, że krewna/krewny jest od Pani/Pana zależna/zależny?			-0,088	0,741	0,090
10. Czy czuje Pani/Pan, że Pani/Pana zdrowie ucierpiało z powodu zaangażowania w opiekę nad krewną/krewnym?			0,275	0,705	0,189
12. Czy czuje Pani/Pan, że Pani/Pana aktywność społeczna pogorszyła się w związku z opieką nad krewną/krewnym?			0,165	0,677	0,345
14. Czy czuje Pani/Pan, że krewna/krewny wydaje się oczekiwać od Pani/Pana opieki, jakby była Pani/był Pan jedyną osobą, na której może polegać?			0,300	0,617	0,093
22. Ogólnie rzecz biorąc, jak bardzo obciążona/obciążony czuje się Pani/Pan opieką nad swoją krewną/swoim krewnym?			0,200	0,662	0,474
III Straty					
15. Czy czuje Pani/Pan, że nie ma wystarczająco dużo pieniędzy, by poza wszystkimi innymi swoimi wydatkami opiekować się jeszcze krewną/krewnym?			0,016	0,207	0,502
16. Czy czuje Pani/Pan, że nie będzie w stanie dłużej opiekować się swoją krewną/swoim krewnym?			0,214	0,123	0,726
17. Czy czuje Pani/Pan, że od czasu choroby swojej krewnej/swojego krewnego straciła Pani/stracił Pan kontrolę nad swoim życiem?			0,290	0,446	0,627

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

18. Czy chciałaby Pani/chciałby Pan móc przekazać opiekę nad swoją krewną/swoim krewnym komuś innemu?	0,379	0,061	0,739
19. Czy odczuwa Pani/Pan niepewność odnośnie do tego, co zrobić ze swoją krewną/swoim krewnym?	0,312	0,093	0,736

Zaprezentowane rozwiązanie trójczynnikowe posłużyło jako podstawa do zbudowania ścieżkowego modelu analizy confirmacyjnej (CFA). Zastosowano estymator największej wiarygodności odporny na niespełnienie założeń wielowymiarowego rozkładu normalnego MLR (*Robust Maximum Likelihood*) [25]. Przetestowano modele: 1-czynnikowy i 3-czynnikowy oraz model 3-czynnikowy hierarchiczny. Analiza wskaźników wykazała, że model 1-czynnikowy okazał się nietrafny. Natomiast modele 3-czynnikowy oraz 3-czynnikowy hierarchiczny (gdzie występują czynniki I rzędu: „Negatywny obraz chorego”, „Frustracje” i „Straty” oraz wynik ogólny obciążenia jako czynnik II rzędu) uzyskały porównywalne parametry dopasowania do danych (tab. 2). Biorąc pod uwagę wynik testu chi-kwadrat dla różnicy, przyjęto, że model 3-czynnikowy II rzędu uzyskał istotnie lepsze dopasowanie do danych ( $\Delta\chi^2(2) = -17,845$ ;  $p < 0,001$ ). W wypadku czynnika ogólnego wszystkie pozycje były istotne ( $p < 0,001$ ). Należy zauważyć, że poziom istotności statystycznej odnotowany dla testu  $\chi^2$ , sugerujący złe dopasowanie modelu do danych, może wynikać z dużej liczebności próby osób badanych, na co statystyka tego testu jest wrażliwa. W związku z tym dokonano analizy parametru  $\chi^2/df$  oraz  $N$  Holtera, które wskazywały na prawidłowe oszacowanie parametrów modelu ( $\chi^2/df = 2,886$ ;  $N$  Holtera  $> 200$ ) [25]. Po oszacowaniu dobroci dopasowania modelu przystąpiono do sprawdzenia zgodności wewnętrznej i trafności teoretycznej narzędzia.

Tabela 2. Specyfikacje podsumowujące i analizy niezmienniczości polskiej wersji odpowiedzi ZBI dla testowanych modeli (N = 504)

Model	df	$\chi^2$	p	$\chi^2/df$	RMSEA (90% CI)	CFI	TLI	SRMR	N Holtera p < 0,01
3-czynnikowy hierarchiczny	146	421,325	<0,001	2,886	0,061 (0,540–0,068)	0,941	0,931	0,045	231
3-czynnikowy	149	510,258	<0,001	3,424	0,069 (0,063–0,076)	0,923	0,912	0,049	226
1-czynnikowy	152	810,211	<0,001	5,330	0,093 (0,087–0,099)	0,721	0,775	0,098	122

df – stopnie swobody; RMSEA – średni kwadratowy błąd aproksymacji; CFI, TLI – wskaźnik dobroci dopasowania; SRMR – standaryzowana średnia kwadratowa reszt

### Pomiar rzetelności i trafności

Statystyki opisowe ZBI i współczynnik rzetelności (zgodności wewnętrznej) dla poszczególnych podskal przedstawiono w tabeli 3. Biorąc pod uwagę prezentowane wartości skośności i kurtozy poszczególnych podskal, przed przystąpieniem do dalszych analiz dokonano transformacji pierwiastkowej wyników w celu przeprowadzenia analiz korelacyjnych  $r$ -Pearsona.



Tabela 3. Statystyki opisowe i współczynnik rzetelności (N = 504)

ZBI skala/podskala	M	SD	Min.	Maks.	Skośność	Kurtoza	$\alpha$
Negatywny obraz chorego	8,47	6,24	0	28	0,69	-0,26	0,85
Frustracje	16,33	6,41	0	20	-0,24	-0,36	0,85
Straty	6,94	5,06	0	28	0,51	-0,75	0,82
ZBI wynik ogólny	41,30	15,97	0	76	0,30	-0,60	0,91

ZBI wynik ogólny – ogólny wynik poczucia obciążenia opieką;  $\alpha$  – współczynnik rzetelności alfa Cronbacha

Zarówno wynik ogólny całego narzędzia, jak i podskale cechują się zadowalającą spójnością wewnętrzną ( $\alpha$ : 0,75–0,91), natomiast podskale należy uznać za homogeniczne ze względu na przyjmowanie wartości powyżej 0,70 [26]. Współczynnik  $\alpha$  Cronbacha dla wyniku ogólnego polskiej wersji językowej (0,91) okazał się zbliżony do wersji oryginalnej narzędzia (0,87–0,93).

W kolejnym kroku przeprowadzono analizę korelacji poszczególnych podskal ze sobą. Uzyskano dodatnie umiarkowane korelacje między podskalami narzędzia. Najśłabsza siła związku dotyczy podskal „Negatywny obraz chorego” i „Straty” ( $r = 0,62$ ), następnie podskal „Negatywny obraz chorego” i „Frustracje” ( $r = 0,66$ ), najsilniej zaś korelowały ze sobą podskale „Straty” i „Frustracje” ( $r = 0,70$ ).

Aby oszacować trafność teoretyczną skali, przebadano dotychczas 372 opiekunów osób chorych przewlekłe i niepełnosprawnych (334 kobiety i 38 mężczyzn) w wieku od 19 do 84 lat ( $M = 50,01$ ;  $SD = 14,05$ ). Zgodnie z rozumieniem przez autora ZBI poczucia obciążenia opieką oczekiwano, że będzie ono dodatnio umiarkowane bądź wysoko korelowało z wypaleniem sił, natomiast umiarkowanie negatywnie związane będzie z prężnością. Wyniki przeprowadzonej analizy korelacji zaprezentowano w tabeli 4.

Tabela 4. Współczynniki korelacji Pearsona między ZBI a innymi skalami

Zmienna	ZBI wynik ogólny	Negatywny obraz chorego	Frustracje	Straty
SWS wynik ogólny	0,77***	0,60***	0,71***	0,66***
KOP-26 wynik ogólny	-0,55**	-0,42***	-0,56*	-0,48***
KOP-26 RR	-0,54***	-0,43***	-0,52***	-0,46***
KOP-26 KO	-0,47**	-0,35*	-0,49***	-0,41***
KOP-26 KS	-0,38*	-0,27**	-0,42**	-0,35**

\*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; ZBI wynik ogólny – ogólny wynik poczucia obciążenia opieką; SWS wynik ogólny – ogólny wynik wypalenia sił; KOP-26 wynik ogólny – wynik ogólny prężności; KOP-26 RR – relacje rodzinne; KOP-26 KO – kompetencje osobiste; KOP-26 KS – kompetencje społeczne

Uzyskane wyniki analizy trafności teoretycznej są zadowalające. Zgodnie z oczekiwaniami wartości współczynników korelacji między wynikiem ogólnym ZBI i jego poszczególnymi podskalami a wynikiem ogólnym *Skali wypalenia sił* (SWS) występuje dodatnia i silna bądź umiarkowana zależność ( $r$ -Pearsona: 0,60–0,77). Najsilniejszą



zależność o charakterze pozytywnym zaobserwowano dla wyniku ogólnego ZBI i wyniku ogólnego SWS ( $r = 0,77$ ), co potwierdza, że narzędzia te mierzą podobne właściwości (trafność zbieżna). Najsłabszą dodatnią zależność odnotowano między podskala „Negatywny obraz chorego” a wynikiem ogólnym SWS ( $r = 0,60$ ). W badaniu trafności uzyskano ujemne słabe i umiarkowane wartości współczynników korelacji między wynikiem ogólnym ZBI i jego poszczególnymi podskalami a wynikiem ogólnym i podskalami *Kwestionariusza oceny prężności* (KOP-26) ( $r$ -Pearsona: od  $-0,27$  do  $-0,57$ ). Najsilniejszy związek o charakterze negatywnym zaobserwowano między podskala „Frustracje” a wynikiem ogólnym KOP-26 ( $r = -0,56$ ), natomiast najsłabiej ujemnie korelują ze sobą podskala „Negatywny obraz chorego” i „Kompetencje społeczne” ( $r = -0,27$ ). Wyniki analizy są zgodne z oczekiwanymi rezultatami.

## Dyskusja

Głównym celem prezentowanych badań było przeprowadzenie polskiej adaptacji skali *Zarit Burden Interview* (ZBI) autorstwa Zarita [7] służącej do pomiaru poczucia obciążenia opieką wśród opiekunów rodzinnych. Innymi kwestionariuszami stosowanymi w badaniach naukowych są m.in.: *Caregiver Strain Index* (CSI) opracowany przez Robinsona [30], *Caregiver Burden Inventory* (CBI) Novaka i Guesta [31], *Caregiver Reaction Assessment* (CRA) autorstwa Charlesa i Barbary Givenów [32] oraz *Caregiver Burden Scale* (CBS) stworzony przez Elmståhla, Malmberga i Annerstedta [33]. Chociaż były one wykorzystywane w badaniach prowadzonych wśród polskich opiekunów [34–36], brak ich walidacji w znacznym stopniu ogranicza możliwość porównania uzyskanych wyników. W związku z tym dokonano adaptacji skali stosowanej do pomiaru poczucia obciążenia sprawowaną opieką, przetłumaczonej na wiele języków, używanej w wielu krajach i różnych kręgach kulturowych [5, 13, 14, 17, 22].

Uzyskane w badaniu własnym rezultaty w zakresie rzetelności narzędzia są zbliżone do otrzymanych w angielskiej wersji językowej [37]. Wyniki te świadczą o dobrych właściwościach psychometrycznych polskiej wersji ZBI. Niemniej dokonane analizy wskazują na złożoną strukturę czynnikową skali. Polska wersja ZBI cechuje się trójczynnikową hierarchiczną strukturą (wynik ogólny obciążenia, podskale: „Negatywny obraz chorego”, „Frustracje”, „Straty”), potwierdzoną analizą confirmacyjną, ujawniającą stosunkowo dobre dopasowanie uzyskanych danych do modelu. Dotychczasowe doniesienia wskazywały na zróżnicowane wyniki analizy strukturalnej skali ZBI – od jedno- do pięcioczynnikowej [22, 23]. Niemniej trójczynnikowa struktura narzędzia koresponduje z wynikami uzyskanymi w europejskich adaptacjach, m.in. brytyjskiej czy hiszpańskiej [37, 38], oraz w grupie opiekunów osób z SLA [39] czy z demencją [40].

Wyniki dotyczące spójności wewnętrznej oraz trafności teoretycznej są również zadowalające i świadczą o dobrych właściwościach psychometrycznych polskiej wersji narzędzia. Uzasadnione jest zatem stosowanie skali ZBI w badaniach opiekunów, gdyż stanowi ona dobre źródło informacji na temat doświadczanego przez nich poczucia obciążenia sprawowaną opieką. Konieczne natomiast wydaje się kontynuowanie badań nad polską wersją skali i prowadzenie obserwacji wykorzystania jej w badaniach naukowych. Ponadto należałoby stworzyć normy dla narzędzia oraz dokonać walidacji

wersji skróconej, która mogłaby być stosowana do przesiewowej diagnozy obciążenia opieką w praktyce klinicznej.

### Ograniczenia prezentowanych badań

Ograniczeniem prezentowanych badań jest niewielka liczebność i niewystarczająca reprezentatywność badanej próby. Badani opiekunowie sprawowali opiekę nad bliskimi chorującymi na różne choroby przewlekłe: chorobę Alzheimera (AD) i demencję, chorobę Parkinsona (PD), przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (COPD), choroby nerwowo-mięśniowe (m.in. ALS – stwardnienie zanikowe boczne, SMA – rdzeniowy zanik mięśni, DMD – dystrofia mięśniowa Duchenne’a), udar niedokrwieny mózgu, mózgowie porażenie dziecięce (MPD), chorobę Huntingtona (HD) oraz schizofrenię. Zatem brak homogeniczności próby opiekunów oraz równoliczności podgrup uniemożliwił przeprowadzenie porównań między badanymi grupami. Kolejnym ograniczeniem jest brak pomiaru stabilności czasowej narzędzia metodą test-retest. Biorąc jednak pod uwagę podstawy teoretyczne konstrukt przyjęte przez autora oryginalnej skali [9], które wskazują na uwarunkowania sytuacyjne i fluktuacje poczucia obciążenia opieką w czasie, odstąpiono od tej metody szacowania rzetelności ze względu na ryzyko niedoszacowania jej wartości [28].

### Wnioski

Opiekunowie rodzinni zajmujący się swoimi krewnymi chorymi przewlekłe niewątpliwie doświadczają znacznego poziomu stresu i trudności w tym obszarze [29, 30]. Poza poradzeniem sobie z diagnozą zagrażającej życiu bądź nieuleczalnej choroby bliskiej osoby muszą oni przystosować się do zmian w codziennym funkcjonowaniu rodziny i pełnionych rolach oraz do zadań związanych ze sprawowaniem opieki, co może sprzyjać odczuwaniu obciążenia opieką [9]. Zatem niezwykle istotne dla prawidłowego funkcjonowania opiekuna wydaje się rozpoznanie sygnałów świadczących o narastającym poczuciu obciążenia i wprowadzenie adekwatnych działań pomocy psychologicznej. Polska wersja skali *Zarit Burden Interview* okazuje się trafnym i rzetelnym narzędziem diagnostycznym w omawianym obszarze.

### Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowie i opieka zdrowotna w 2020*.
2. Schulz R, Sherwood PR. *Physical and mental effects of family caregiving*. Am. J. Nurs. 2008; 108(9 Suppl): 23–27.
3. Szatkowska K. *Burden among family caregivers of mechanically-ventilated patients*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2020; 20(4): 220–229.
4. Stajduhar K. *Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home*. J. Palliat. Care 2003; 19(1): 27–35.

5. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kasprzak M. *The burden of caregivers as a factor of delegating care to psychogeriatric institutions*. Psychogeriatr. Pol. 2012; 9(2): 69–76.
6. Pai S, Kapur RL. *The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule*. Br. J. Psych. 1981; 138: 332–335.
7. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. Gerontologist 1980; 20(6): 649–655.
8. Wit de J, Bakker LA, Groenestijn van AC, Berg van den LH, Schröder CD, Visser-Meily JM i wsp. *Caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis: A systematic review*. Palliat. Med. 2018; 32(1): 231–245.
9. Zarit SH. *Diagnosis and management of caregiver burden in dementia*. Handb. Clin. Neurol. 2008; 89: 101–106.
10. Sales E. *Family burden and quality of life*. Qual. Life Res. 2003; 12(Suppl 1): 33–41.
11. Pudelewicz A, Talarska D, Bączyk G. *Burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease*. Scand. J. Caring Sci. 2019; 33(2): 336–341.
12. Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. *Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians*. J. Postgrad. Med. 2000; 108(7): 119–123.
13. Al-Rawashdeh SY, Lennie TA, Chung ML. *Psychometrics of the Zarit Burden Interview in caregivers of patients with heart failure*. J. Cardiovasc. Nurs. 2016; 31(6): 21–28.
14. Oh J, Kim JA. *Factor analysis of the Zarit Burden Interview in family caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis*. Amyotroph. Lateral Scler. Front. Degener. 2018; 19(1–2): 50–56.
15. Pagnini F, Banfi P, Lunetta C, Rossi G, Castelnuovo G, Marconi A i wsp. *Respiratory function of people with amyotrophic lateral sclerosis and caregiver distress level: A correlational study*. Biopsychosoc. Med. 2012; 6(1): 14–18.
16. Zarit SH, Zarit JM. *The memory and behavior problems checklist and the burden interview (technical document)*. University Park, PA: Pennsylvania State University; 1987.
17. Hébert R, Bravo G, Préville M. *Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia*. Can. J. Aging 2000; 19(4): 494–507.
18. Whitlatch CJ, Zarit SH, Eye von A. *Efficacy of interventions with caregivers: A reanalysis*. Gerontologist 1991; 31(1): 9–14.
19. Rankin ED, Haut MW, Keefover RW, Franzen MD. *The establishment of clinical cutoffs in measuring caregiver burden in dementia*. Gerontologist 1994; 34(6): 828–833.
20. Steuden S, Okła W. *A temporary Manual for Burnout Scale. Experimental edition*. Lublin: Department of Clinical Psychology The John Paul II Catholic University of Lublin; 1998.
21. Gąsior K, Chodkiewicz J, Cechowski W. *Resilience in adults – Characteristics and measurements*. Pol. Forum Psychol. 2016; 21(1): 76–92.
22. Braun M, Scholz U, Hornung R, Martin M. *The burden of spousal caregiving: A preliminary psychometric evaluation of the German version of the Zarit Burden Interview*. Aging Ment. Health 2010; 14(2): 159–167.
23. Chattat R, Cortesi V, Izzicupo F, Del Re ML, Sgarbi C, Fabbo A i wsp. *The Italian version of the Zarit Burden interview: A validation study*. Int. Psychogeriatr. 2011; 23(5): 797–805.
24. Fabrigar LR, Wegener DT, MacCallum RC, Strahan EJ. *Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research*. Psychol. Methods 1999; 4(3): 272–299.
25. Li CH. *Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares*. Behav. Res. Methods 2015; 48(3): 936–949.

26. Sellbom M, Tellegen A. *Factor Analysis in psychological assessment research: Common pitfalls and recommendations*. Psychol. Asses. 2019; 31(12): 1428–1441.
27. Hammond S. *Using psychometric tests*. W: Breakwell GM, Hammond S, Fife-Schaw C. red. *Research methods in psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995. S. 194–213.
28. Masa'Deh R. *Perceived stress in family caregivers of individuals with mental illness*. J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 2017; 55(6): 30–35.
29. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. *Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures*. Gerontologist 1990; 30(5): 583–594.
30. Robinson BC. *Validation of caregiver strain index*. J. Gerontol. 1983; 38(3): 344–348.
31. Novak M, Guest C. *Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory*. Gerontologist 1989; 29(6): 798–803.
32. Given CW, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. *The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments*. Res. Nurs. Health 1992; 15(4): 271–283.
33. Elmståhl S, Malmberg B, Annerstedt L. *Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale*. Arch. Phys. Med. Reh. 1996; 77(2): 177–182.
34. Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Smelkowska A, Pniewska J, Buczkowska M. *Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera*. Doniesienia wstępne. Nowiny Lekarskie 2013; 82(1), 25–30.
35. Grabowska-Fudala B, Jaracz K. *Obciążenie osób sprawujących opiekę nad chorymi po przebytym udarze mózgu*. Udar Mózgu 2006; 8(1): 42–47.
36. Kuźmicz I, Szeliga M, Repka I, Kawalec-Kajstura E, Sułkowska J. *Assessment of the multidimensional burden among informal caregivers of hospice care patients*. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2019; 4(3): 34–41.
37. Smith KJ, George C, Ferriera N. *Factors emerging from the Zarit Burden Interview and predictive variables in a UK sample of caregivers for people with dementia*. Int. Psychogeriatr. 2018; 30(11): 1671–1678.
38. Martín-Carrasco M, Otermin P, Pérez-Camo VP, Pujol J, Agüera L, Martín MJ. *EDUCA Study: Psychometric properties of the Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale*. Aging Ment. Health 2010; 14(6): 705–711.
39. Oh J, Kim JA. *Factor analysis of the Zarit Burden Interview in family caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis*. Amyotroph. Lateral Scler. Front. Degener. 2018; 19(1–2): 50–56.
40. Bianchi M, Flesch LD, Costa Alves da EV, Batistoni SST, Neri AL. *Zarit Burden Interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly*. Rev. Lat. Am. Enfermagem 2016; 24: e2835.

Adres: Karolina Szatkowska  
Katedra Psychologii Klinicznej, Wydział Psychologii  
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy  
85-867 Bydgoszcz, ul. Leopolda Staffa 1  
e-mail: szatkowska\_karolina@wp.pl

Otrzymano: 2.01.2023

Zrecenzowano: 19.02.2023

Otrzymano po poprawie: 5.04.2023

Przyjęto do druku: 5.04.2023