

Satysfakcja z życia opiekunów osób z otępieniem typu Alzheimer

Life satisfaction of carers of people with dementia of the Alzheimer type

Anna Sołtys

Uniwersytet Szczeciński, Instytut Psychologii,
Katedra Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki

Summary

Aim. The aim of the study was to examine the correlation between personal resources, care burden and life satisfaction in carers of people with dementia of the Alzheimer type.

Material and method. The study involved 100 family and professional carers providing care for individuals with dementia of the Alzheimer type. Participants answered survey questions and completed the following questionnaires: Orientation to Life Questionnaire – SOC-29, General Self-Efficacy Scale (GSES), Social Support Questionnaire (F-SozU K-22), Depression Assessment Questionnaire (KPD), Perceived Stress Questionnaire (KPS), Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) and Satisfaction with Life Scale (SWLS).

Results. Higher levels of a sense of satisfaction with life were observed among carers who had higher education, were the sole carer of a person with the illness, and who spent less time providing care. Higher levels of available resources and a lower sense of care burden (fewer depressive symptoms, less involvement in care and lower stress levels) were associated with a higher sense of life satisfaction. Higher levels of depressiveness and perceived stress reduce the level of life satisfaction.

Conclusions. Personal resources play an important role among carers in reducing caregiving burden and maintaining adequate levels of life satisfaction. Proper management of the resources available to carers is important to counteract the negative consequences of caring for a person with dementia.

Słowa kluczowe: satysfakcja z życia, zasoby osobiste, obciążenie opieką

Key words: life satisfaction, personal resources, burden of care

Wstęp

Długotrwała opieka nad osobą z otępieniem typu Alzheimera wiąże się z ryzykiem: znacznego obniżenia poziomu funkcjonowania psychospołecznego, pojawienia się poczucia obciążenia, izolacji społecznej [1], depresji, lęku oraz obniżenia się poziomu jakości życia [2]. Wraz z upływem czasu oraz spadkiem sprawności podopiecznego wzrasta poziom odpowiedzialności opiekuna, co prowadzi do znacznego przeciążenia oraz rozwoju objawów depresyjnych i lękowych. Badania wskazują na pozytywny związek obciążenia z depresją i lękiem oraz negatywny związek z samooceną zdrowia, jakością życia opiekuna oraz jego ogólnym dobrostanem [3]. Niektóre badania odnoszą się do pozytywnych skutków sprawowania opieki i wśród płynących z niego korzyści wymieniają: wzrost satysfakcji z życia, rozwój w wymiarze osobistym i duchowym oraz poprawę wzajemnych relacji interpersonalnych [4].

Uwzględnienie w badaniach problematyki jakości życia opiekunów ma szczególne znaczenie w procesie terapeutycznym. Opieka nad chorym staje się źródłem przewlekłego stresu, przekraczając możliwości adaptacyjne opiekuna i modyfikując dotychczasowe sposoby jego funkcjonowania. Z tego względu wielu opiekunów, świadomych swojej sytuacji, poszukuje wsparcia i pomocy w radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z opieki [5]. Badanie jakości życia opiekunów pozwala na ocenę realnych możliwości sprawowania przez nich długoterminowej opieki nad osobą chorą [6]. Staje się ona wyznacznikiem jakości świadczonej opieki, a co za tym idzie – ma istotne znaczenie dla poprawy stanu funkcjonalnego pacjenta oraz wiąże się z mniejszym ryzykiem jego instytucjonalizacji [7].

Pojęcie satysfakcji z życia jest pojęciem wieloaspektowym, definiowanym w literaturze przedmiotu poprzez pojęcia bliskoznaczne, takie jak: „zadowolenie z życia”, „szczęście”, „jakość życia”, „dobrostan psychiczny” [8]. Najogólniej satysfakcję z życia można określić na podstawie dokonywanej przez jednostkę pozytywnej oceny swojego życia jako całości [9]. Satysfakcja z życia łączy się z możliwością realizacji ważnych życiowych celów [10]. Poznawcza ocena własnej sytuacji w odniesieniu do przyjętych standardów wyznacza poziom subiektywnego doświadczania negatywnych i pozytywnych uczuć względem poziomu realizacji wyznaczonych sobie zadań [11]. Pozytywny wymiar opieki nie odnosi się jedynie do braku negatywnych uczuć, ale zawiera również subiektywne poczucie osiągania korzyści i osobistego wzrostu w wyniku sprawowania opieki [12]. Wśród czynników mających wpływ na satysfakcję z życia wymienia się zarówno te niezależne od człowieka, tj. stan zdrowia czy temperament, jak i takie, które zależą w znacznym stopniu od aktywności danej osoby [13].

Długoterminowa opieka nad pacjentem z otępieniem wiąże się z coraz większym poczuciem bezradności i beznadziejności doświadczanym przez opiekuna osoby chorej. Dostrzeganie jedynie negatywnych aspektów swojej sytuacji oznacza stopniowy spadek motywacji i obniżenie poziomu zdrowia psychicznego oraz pojawienie się zaniedbań w pełnieniu opieki [14]. Uciążliwość opieki, przy jednoczesnym braku właściwego wsparcia oraz pogarszającym się funkcjonowaniem w życiu rodzinnym, społecznym i zawodowym, oddziałuje na psychiczne funkcjonowanie opiekunów oraz na ich subiektywną i obiektywną jakość życia [15].

Niższa jakość życia łączy się również z doświadczaniem przez opiekunów znacznego obciążenia w swoim życiu nie tylko na skutek pełnionych ról związanych z opieką, ale też z powodu ograniczenia w innych relacjach i aktywnościach pozaopiekunческих. Utratę więzi społecznych oraz wsparcia społecznego zalicza się do najbardziej negatywnych czynników wpływających na jakość życia, warunkujących większe ryzyko zgonu, niższą samoocenę stanu zdrowia oraz pogorszenie funkcjonowania psychicznego [16].

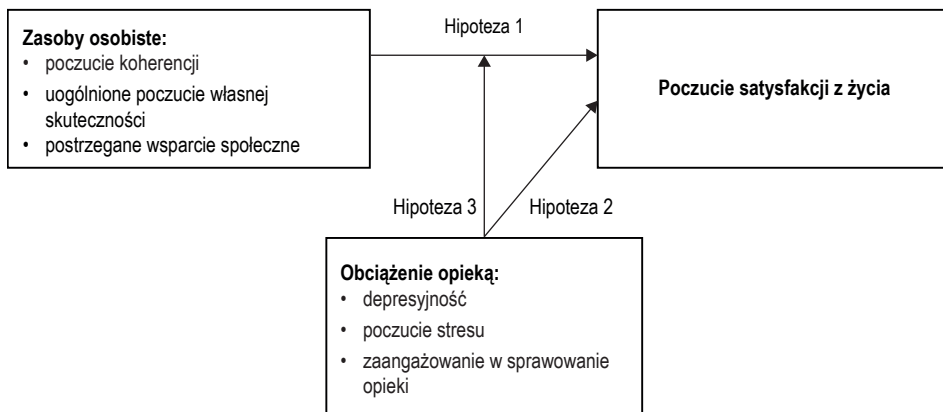
Postrzeganie sytuacji świadczenia opieki jako trudnej i trwałej wiąże się z negatywną oceną swojego życia. Większe poczucie satysfakcji ze sprawowanej opieki koreluje z lepszym stanem funkcjonowania chorego oraz wyższym poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego. Niskie poczucie satysfakcji z życia wiąże się z przeżywanym przez opiekuna lękiem o przyszłość, pogarszającym się stanem zdrowia chorego oraz odczuwaniem większego stresu. Można więc uznać jakość życia opiekuna za predyktor oceny jakości i zdolności sprawowania przez niego opieki. Im większe poczucie satysfakcji z pełnionej roli, tym lepsze samopoczucie i stan funkcjonalny osoby chorej [17].

Ilość wyzwań, przed jakimi stają opiekunowie, ma kluczowe znaczenie dla ich oceny swojego życia. Dostrzeganie zysków płynących z opieki wiąże się ze wzrostem poczucia satysfakcji z pełnionej roli i własnego życia jako całości. Jedną z istotnych zmiennych pośredniczących między stresem a poczuciem satysfakcji okazała się nadzieja. Odczuwany przez opiekunów stres wynikający ze sprawowania opieki miał mniejszy negatywny wpływ na poczucie satysfakcji z życia w sytuacji, gdy pojawiała się nadzieja [18].

Jednym z modeli wyjaśniających stres opiekunów jest model procesu stresu. Głównym źródłem stresu opiekunów są doświadczane przez nich problemy wynikające bezpośrednio z pełnienia roli opiekunческой. Stres przeżywany przez opiekunów jest konsekwencją procesu, na który składa się wiele elementów, takich jak: cechy społeczno-ekonomiczne i posiadane przez opiekunów zasoby radzenia sobie, napięcia powstające w wyniku pełnienia roli opiekuna, ilość aktywności pozaopiekunческих, zmęczenie opieką, poziom zależności chorego, konflikt między własną aktywnością a opieką, ilość otrzymywanego wsparcia. Czynniki te stanowią kluczowe stresory pozwalające na przewidywanie gorszego samopoczucia opiekunów i niższej satysfakcji z życia [19].

Ujmowanie problematyki opiekunów w kontekście negatywnych aspektów sprawowania opieki skutkuje niedostateczną wiedzą na temat mocnych stron opieki, w tym również brakiem wystarczającej ilości danych dotyczących satysfakcji z życia. Dlatego też celem tego badania było określenie: (1) czy istnieje związek między zasobami osobistymi a poziomem satysfakcji z życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera, (2) czy obciążenie opieką wyjaśnia mechanizm leżący u podstaw satysfakcji z życia oraz (3) czy pośredni związek między zasobami osobistymi a poczuciem satysfakcji z życia jest mediowany przez obciążenie opieką. Zgodnie z dotychczasowymi doniesieniami postawiono następujące hipotezy: istnieje związek między zasobami osobistymi a poczuciem satysfakcji z życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera (hipoteza 1); obciążenie opieką wyjaśnia mechanizm satysfakcji z życia (hipoteza 2); obciążenie opieką mediuje siłę związku między zasobami osobistymi a satysfakcją

z życia (hipoteza 3). Dokonano również oceny różnic między grupami pod względem oszacowań ścieżkowych. Wszystkie hipotezy i relacje między zmiennymi przedstawiono na rysunku 1.



Rysunek 1. Teoretyczny model zależności między zmiennymi

Material

W badaniu wzięło udział 50 opiekunów rodzinnych i 50 opiekunów zawodowych (posiadających odpowiednie przygotowanie zawodowe) sprawujących opiekę nad osobami z otępieniem typu Alzheimer. Średni wiek opiekunów wynosił 55 lat ($M = 55,84$ lat; $SD = 13,36$ lat). Średni czas sprawowania opieki nad chorym wynosił 5 lat ($SD = 4,25$ lat). Z wielu źródeł dodatkowego wsparcia, takich jak: pracownik socjalny, terapeuta zajęciowy, społeczna grupa wsparcia, psycholog, oddział dzienny dla chorych, korzystało 47% chorych, 37% korzystało tylko z jednego źródła pomocy, a 16% chorych nie korzystało z żadnych dodatkowych form pomocy. Wśród opiekunów rodzinnych 46% stanowiły dorosłe dzieci osób chorych, a 34% stanowili małżonkowie/partnerzy. Mniejszy odsetek opiekunów rodzinnych stanowili inni krewni chorego, przyjaciele oraz rodzeństwo. Opiekunowie poświęcali na opiekę średnio 29 godzin tygodniowo ($M = 28,82$ h; $SD = 6,39$ h). Największą grupę – 64% podopiecznych – stanowili chorzy w drugim stadium zaawansowania choroby, 19% stanowili chorzy w trzecim stadium zaawansowania, a 17% chorzy w pierwszym stadium choroby. Stadium zaawansowania choroby zostało określone przez neurologa w wyspecjalizowanym ośrodku badawczym. Wśród badanych większość stanowiły kobiety (78%), mężczyźni stanowili 22% grupy.

Badani byli rekrutowani z Ośrodka Badań Klinicznych w Szczecinie oraz Domu Pomocy Społecznej. Warunkiem przyjęcia do grupy było kryterium pełnienia roli głównego opiekuna osoby chorej. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne. Ważnym kryterium włączenia do badań był czas świadczenia opieki – wynoszący minimum 2 lata,

co najmniej 8 godzin tygodniowo, a kluczowym – sprawowanie opieki nad chorym z otępieniem typu Alzheimer. Wykluczeni z udziału w badaniach byli opiekunowie, których podopieczny zmarł, będący osobami niepełnoletnimi oraz pełniący opiekę nad chorymi z innymi chorobami otępiennymi. Badanie uzyskało pozytywną ocenę Komisji Etycznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego (KB 2/2017).

Metoda

Badani wypełniali przygotowaną specjalnie ankietę socjodemograficzną. Zasoby osobiste opiekunów zostały zbadane za pomocą *Kwestionariusza orientacji życiowej* (SOC-29), *Skali uogólnionej własnej skuteczności* (GSES) oraz *Kwestionariusza wsparcia społecznego* (F-SozU K-22). Do oceny obciążenia opieką posłużyły: *Kwestionariusz do pomiaru depresji* (KPD), *Kwestionariusz poczucia stresu* (KPS) oraz *Kwestionariusz oceny zaangażowania* (IEQ). Satysfakcję z życia sprawdzano z użyciem *Skali satysfakcji z życia* (SWLS).

Ankieta uwzględniała takie zmienne socjodemograficzne, jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia, stadium zaawansowania choroby, czas trwania choroby, liczba godzin opieki, relacja z chorym. *Kwestionariusz orientacji życiowej* jest narzędziem służącym do badania globalnego poczucia koherencji i jego trzech składowych: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności. *Kwestionariusz wsparcia społecznego* jest wykorzystywany do oceny spostrzeganego wsparcia społecznego, a więc subiektywnego przekonania danej osoby o istnieniu i dostępności wsparcia. Komponentami wsparcia są: wsparcie emocjonalne, wsparcie praktyczne i integracja społeczna. *Skala uogólnionej własnej skuteczności* pozwala na pomiar poczucia własnej skuteczności, a więc przekonania danej osoby o posiadaniu przez nią zasobów pozwalających na radzenie sobie z trudnościami. *Kwestionariusz do pomiaru depresji* umożliwia ocenę objawów związanych z występowaniem zaburzeń nastroju i diagnozę depresji. *Kwestionariusz* składa się z pięciu skal odnoszących się do zachowań, myśli i uczuć istotnych dla obrazu depresji oraz skali samoregulacji. *Kwestionariusz poczucia stresu* stosuje się do pomiaru doznań stresowych. Wyniki wskazują na poziom uogólnionego stresu oraz jego trzech wymiarów: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz stresu intrapsychicznego. *Kwestionariusz oceny zaangażowania* bada stopień zaangażowania w sprawowanie opieki nad osobą z zaburzeniami otępiennymi. Wyniki kwestionariusza pomagają ustalić poziom obciążenia subiektywnego oraz obiektywnego. Określenie subiektywnego poczucia obciążenia pozwala na ocenę wzajemnej relacji między opiekunem a osobą chorą oraz ocenę nasilenia odczuwanych przez opiekuna obaw związanych z chorym. Z kolei określenie obiektywnego poczucia obciążenia wskazuje na nasilenie trudności, jakich doświadcza opiekun w związku z podejmowanymi działaniami, oraz nasilenie przejawów przejmowania przez opiekuna kontroli nad chorym. *Skala satysfakcji z życia* mierzy ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Osoba badana odnosi stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu do swoich dotychczasowych doświadczeń.

Wyniki

W celu ustalenia związku między badanymi zmiennymi przeprowadzono analizę statystyczną i zastosowano współczynnik korelacji r Pearsona. Przeprowadzono również modelowanie równań strukturalnych metodą cząstkowych najmniejszych kwadratów (SEM-PLS) w programie WarpPLS 6.0 [20]. Analiza statystyczna współczynników korelacji między poczuciem satysfakcji z życia a czynnikami demograficznymi wykazała istotne statystycznie związki wykształcenia ($r = 0,329$; $p < 0,01$), czasu poświęcanego na opiekę nad chorym ($r = 0,249$; $p < 0,05$) oraz korzystania z różnych źródeł pomocy przez chorych ($r = -0,268$; $p < 0,01$) z poczuciem satysfakcji z życia. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia opiekunów wzrasta poziom poczucia satysfakcji. Im więcej czasu opiekunowie poświęcają na opiekę nad chorym, tym mniejsze jest ich poczucie satysfakcji. Korzystanie przez chorych z wielu źródeł pomocy i instytucji także wiąże się z mniejszym poczuciem satysfakcji z życia opiekunów. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Współczynniki korelacji między poczuciem satysfakcji z życia a czynnikami socjodemograficznymi i związanymi z opieką

Wyszczególnienie	Poczucie satysfakcji z życia
Wiek	0,143
Płeć	0,148
Poziom wykształcenia	0,329**
Czas opieki (w latach)	0,001
Pomoc dla chorego	-0,268**
Czas poświęcony choremu (liczba godzin/tydzień)	-0,249*
Stadium choroby	-0,041

Oznaczenie poziomu istotności: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Analiza statystyczna współczynników korelacji między poczuciem satysfakcji z życia a zasobami osobistymi opiekunów wykazała istotne statystycznie związki ogólnego poczucia koherencji ($r = 0,577$; $p < 0,01$) i jej wymiarów: poczucia zrozumiałości ($r = 0,440$; $p < 0,01$), poczucia zaradności ($r = 0,550$; $p < 0,01$) i poczucia sensowności ($r = 0,520$; $p < 0,01$) z poczuciem satysfakcji z życia. Oznacza to, że wraz ze wzrostem ogólnego poczucia koherencji i wszystkich jej wymiarów wzrasta poziom poczucia satysfakcji z życia. Dalsza analiza wykazała istotne statystycznie związki spostrzeganego wsparcia społecznego ($r = 0,439$; $p < 0,01$) i jego wymiarów: wsparcia emocjonalnego ($r = 0,438$; $p < 0,01$), wsparcia praktycznego ($r = 0,216$; $p < 0,05$) i integracji społecznej ($r = 0,385$; $p < 0,01$) z poczuciem satysfakcji z życia. Im większy jest poziom spostrzeganego wsparcia społecznego i wszystkich jego wymiarów, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Zaobserwowano również istotny statystycznie związek między poczuciem własnej skuteczności ($r = 0,318$; $p < 0,01$) a poczuciem satysfakcji z życia. Opiekunowie, którzy mieli wyższe poczucie własnej skuteczności, przejawiali wyższy poziom satysfakcji z życia. Analiza statystyczna współczynników

korelacji między poczuciem satysfakcji z życia a obciążeniem opieką wykazała istotne statystycznie związki depresyjności ($r = -0,244$; $p < 0,05$), odczuwanego stresu ($r = -0,486$; $p < 0,01$) i zaangażowania w sprawowanie opieki ($r = -0,235$; $p < 0,05$) z poczuciem satysfakcji z życia. Oznacza to, że wraz ze wzrostem depresyjności, poczucia stresu i zaangażowania w sprawowanie opieki zmniejsza się poziom poczucia satysfakcji z życia. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między poczuciem satysfakcji z życia a zasobami osobistymi opiekunów

Wyszczególnienie	Poczucie satysfakcji z życia
Ogólne poczucie koherencji	0,577**
Poczucie zrozumiałości	0,440**
Poczucie zaradności	0,550**
Poczucie sensowności	0,520**
Spostrzegane wsparcie społeczne	0,439**
Wsparcie emocjonalne	0,438**
Wsparcie praktyczne	0,216*
Integracja społeczna	0,385**
Uogólnione poczucie własnej skuteczności	0,318**
Depresyjność	-0,244*
Poczucie stresu	-0,486**
Zaangażowanie w sprawowanie opieki	-0,235*

Oznaczenie poziomu istotności: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Analiza współczynników dopasowania danych do modelu wykazała, że model był wolny od przeciętnej i całkowitej współliniowości (AVIF = 1,39; AFVIF = 1,73), a także charakteryzował się silną zdolnością predykcyjną (GoF = 0,57). Analiza ujawniła, że znaki i nasilenie niezależnych współczynników korelacji były podobne do znaków i nasilenia wartości testowanych współczynników ścieżkowych w modelu (SPR = 0,87; SSR = 0,80). Statystyki dopasowania danych do modelu przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Statystyki dopasowania danych do modelu

Współczynnik	Wartość
AVIF	1,39
AFVIF	1,73
Tenenhaus GoF	0,57
SPR	0,87
SSR	0,80

AVIF – przeciętny poziom inflacji wariancji (akceptowany, jeśli $AVIF \leq 5,00$; idealnie, jeśli $AVIF \leq 3,30$); AFVIF – całkowity poziom inflacji wariancji (akceptowany, jeśli $AVIF \leq 5,00$;

idealnie, jeśli $AVIF \leq 3,30$); GoF – dobroć dopasowania wyrażona w zgeneralizowanej mocy predykcyjnej modelu (niska, jeśli $GoF \leq 0,10$; przeciętna, jeśli $GoF \geq 0,25$; wysoka, jeśli $GoF \geq 0,36$); SPR – współczynnik paradoksu Simpsona (akceptowany, jeśli $SPR \leq 0,70$; idealnie, jeśli $SPR \leq 1,00$); SSR – współczynnik statystycznej supresji (akceptowany, jeśli $SSR \leq 0,70$; idealnie, jeśli $\leq 1,00$).

Analiza współczynników ścieżkowych dla modelu wykazała, że wraz ze wzrostem wyników pomiaru poczucia koherencji wzrastały wyniki pomiaru satysfakcji z życia oraz malały wyniki depresyjności, poczucia stresu oraz zaangażowania w sprawowanie opieki. Dalsza analiza dowiodła, że wzrost wyników pomiaru spostrzeganego wsparcia społecznego wiązał się ze spadkiem wyników poczucia stresu i ze wzrostem wyników satysfakcji z życia. Zaobserwowano również, że wraz ze wzrostem wyników zgeneralizowanego poczucia skuteczności wzrastały wyniki pomiaru zaangażowania w sprawowanie opieki. W dalszej części modelu analiza ujawniła, że depresyjność oraz poczucie stresu obniżały wyniki pomiaru satysfakcji z życia. Nie zaobserwowano żadnych innych istotnych zależności między badanymi zmiennymi. Nasilenie współczynników ścieżkowych w testowanym modelu przedstawia tabela 4. Analiza współczynników wyjaśnionej wariancji wykazała, że najsilniej zmienne wyjaśniały poziom satysfakcji z życia ($R^2 = 0,42$), a najsłabiej zaangażowanie w sprawowanie opieki ($R^2 = 0,13$). Wyniki analizy wyjaśnionej wariancji pomiarów przedstawia tabela 5.

Tabela 4. Nasilenie współczynników ścieżkowych w testowanym modelu

β	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności	Depresyjność	Poczucie stresu	Zaangażowanie w sprawowanie opieki
Poczucie satysfakcji z życia	0,41	0,17	0,11	-0,31	-0,31	-0,10
Depresyjność	-0,44	-0,11	-0,13	–	–	–
Poczucie stresu	-0,47	-0,21	-0,06	–	–	–
Zaangażowanie w sprawowanie opieki	-0,40	0,06	0,28	–	–	–
p	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności	Depresyjność	Poczucie stresu	Zaangażowanie w sprawowanie opieki
Poczucie satysfakcji z życia	<0,001	0,036	0,127	<0,001	<0,001	0,161
Depresyjność	<0,001	0,138	0,096	–	–	–
Poczucie stresu	<0,001	0,015	0,271	–	–	–
Zaangażowanie w sprawowanie opieki	<0,001	0,288	0,002	–	–	–

β – współczynnik standaryzowany Beta; p – istotność statystyczna

Tabela 5. Wyjaśniona wariancja wymiarów zaangażowania w opiekę, depresyjności, poczucia stresu oraz satysfakcji z życia

Pomiar	R^2	ΔR^2	Q^2
Poczucie satysfakcji z życia	0,45	0,42	0,45
Depresyjność	0,30	0,28	0,30
Poczucie stresu	0,38	0,36	0,38
Zaangażowanie w sprawowanie opieki	0,15	0,13	0,16

R^2 – współczynnik wyjaśnionej wariancji; ΔR^2 – skorygowane ΔR^2 ; Q^2 – nieparametryczny odpowiednik R^2

W celu weryfikacji pośredniczącej roli wymiarów zaangażowania w opiekę, depresyjności i poczucia stresu między wymiarami poczucia koherencji, zgeneralizowanego poczucia własnej skuteczności oraz spostrzeganym wsparciem społecznym a satysfakcją z życia wykonano analizę mediacji w programie WarpPLS [21]. Wprowadzenie mediatorów w relację między poczucie koherencji, zgeneralizowane poczucie skuteczności i postrzegane wsparcie społeczne a satysfakcją z życia nie wykazało żadnych istotnych efektów pośredniczenia między badanymi zmiennymi. Wyszczególnione zmienne mediujące okazały się nieistotne. Wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Wyniki analizy mediacji wymiarów obciążenia opieką między poczuciem koherencji, zgeneralizowanym poczuciem skuteczności oraz spostrzeganym wsparciem społecznym a satysfakcją z życia

β	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności
Poczucie satysfakcji z życia	0,05	0,03	-0,05
p	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności
Poczucie satysfakcji z życia	0,309	0,393	0,317

β – współczynnik standaryzowany Beta; p – istotność statystyczna

W celu oceny różnic między grupami opiekunów (formalni vs. nieformalni) pod względem oszacowań ścieżkowych przeprowadzono analizę techniką MGA (*Multi-group Analysis*) [22]. Analiza MGA wykazała istotną różnicę między grupami pod względem nasilenia relacji między spostrzeganym wsparciem społecznym a zaangażowaniem w sprawowanie opieki. W grupie opiekunów nieformalnych (rodzinnych) wzrost spostrzeganego wsparcia społecznego wiązał się ze spadkiem wyników zaangażowania w sprawowanie opieki ($\beta = -0,21$). Natomiast odwrotny wzorec wyników zaobserwowano w grupie opiekunów formalnych (zawodowych) ($\beta = 0,38$) – w tej grupie wzrost wyników spostrzeganego wsparcia społecznego wiązał się ze wzrostem wyników zaangażowania w sprawowanie opieki. Dalsza analiza wykazała ostatnią istotną różnicę między oszacowaniami ścieżkowymi w obu grupach pod względem

relacji między uogólnionym poczuciem własnej skuteczności a poczuciem satysfakcji z życia. Zaobserwowano, że w grupie opiekunów formalnych wzrost wyników pomiaru poczucia własnej skuteczności wiązał się silniej ze wzrostem wyników poczucia satysfakcji z życia ($\beta = 0,44$) niż w grupie opiekunów formalnych ($\beta = 0,11$). Rezultaty analizy MGA przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Różnice między grupami opiekunów (formalni vs. nieformalni) pod względem oszacowań ścieżkowych

Opiekunowie nieformalni						
β	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności	Depresyjność	Poczucie stresu	Zaangażowanie w sprawowanie opieki
Poczucie satysfakcji z życia	0,32	0,17	0,11	0,10	-0,35	-0,08
Depresyjność	-0,50	0,00	-0,02	-	-	-
Poczucie stresu	-0,30	-0,39	-0,04	-	-	-
Zaangażowanie w sprawowanie opieki	-0,46	-0,21	0,36	-	-	-
Opiekunowie formalni						
β	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności	Depresyjność	Poczucie stresu	Zaangażowanie w sprawowanie opieki
Poczucie satysfakcji z życia	0,24	0,33	0,44	0,19	-0,17	-0,22
Depresyjność	-0,58	-0,19	-0,05	-	-	-
Poczucie stresu	-0,53	-0,13	-0,06	-	-	-
Zaangażowanie w sprawowanie opieki	-0,27	0,38	0,26	-	-	-
p	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności	Depresyjność	Poczucie stresu	Zaangażowanie w sprawowanie opieki
Poczucie satysfakcji z życia	0,329	0,175	0,035	0,308	0,164	0,232
Depresyjność	0,303	0,160	0,442	-	-	-
Poczucie stresu	0,086	0,078	0,466	-	-	-
Zaangażowanie w sprawowanie opieki	0,136	<0,001	0,287	-	-	-

β – współczynnik standaryzowany Beta; p – istotność statystyczna.

Dodatkowo przeliczono efekty mediacji zmiennych: depresyjność, poczucie stresu i zaangażowanie w sprawowanie opieki między poczuciem koherencji, spostrzeganym wsparciem społecznym i poczuciem własnej skuteczności a poczuciem satysfakcji z życia w obu grupach. Analiza tych efektów w obu grupach wykazała, że depresyjność, poczucie stresu i zaangażowanie w sprawowanie opieki nie były istotnymi mediatorami między wymienionymi zmiennymi w obu badanych grupach opiekunów. Wyniki przedstawia tabela 8. Wyniki współczynników wyjaśnionej wariancji w obu testowanych modelach przedstawia tabela 9.

Tabela 8. Różnice między grupami opiekunów (formalni vs. nieformalni) pod względem oszacowań mediacji

Opiekunowie formalni	β	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności
	Poczucie satysfakcji z życia	0,09	0,15	-0,02
	p	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności
	Poczucie satysfakcji z życia	0,250	0,133	0,456
Opiekunowie nieformalni	β	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności
	Poczucie satysfakcji z życia	0,04	-0,10	-0,05
	p	Poczucie koherencji	Spostrzegane wsparcie społeczne	Poczucie własnej skuteczności
	Poczucie satysfakcji z życia	0,392	0,245	0,348

β – współczynnik standaryzowany Beta; p – istotność statystyczna

Tabela 9. Wyjaśniona wariancja wymiarów: zaangażowania w opiekę, depresyjności, poczucia stresu oraz satysfakcji z życia w obu grupach opiekunów (formalni vs. nieformalni)

Grupa	Pomiar	R^2	ΔR^2	Q^2
Formalni	Poczucie satysfakcji z życia	0,54	0,48	0,57
	Depresyjność	0,26	0,21	0,26
	Poczucie stresu	0,41	0,38	0,42
	Zaangażowanie w sprawowanie opieki	0,37	0,33	0,38
Nieformalni	Poczucie satysfakcji z życia	0,48	0,41	0,49
	Depresyjność	0,47	0,43	0,47
	Poczucie stresu	0,38	0,33	0,38
	Zaangażowanie w sprawowanie opieki	0,17	0,12	0,18

R^2 – współczynnik wyjaśnionej wariancji; ΔR^2 – skorygowane ΔR^2 ; Q^2 – nieparametryczny odpowiednik R^2

Omówienie wyników

Sytuacja opiekunów osób z chorobą Alzheimera stanowi obecnie przedmiot zainteresowania wielu badaczy. Większość badań wskazuje na negatywne konsekwencje sprawowania opieki, w tym obniżenie się poziomu satysfakcji z życia opiekunów w wyniku znacznego obciążenia opieką i narastającego poczucia zmęczenia. Sytuacja ta skłania do poszukiwania czynników, które mogą mieć istotne znaczenie dla poprawy funkcjonowania opiekunów, obniżenia ich poziomu obciążenia i poprawy jakości ich życia. Uwzględnienie zasobów osobistych opiekunów jako czynników mających znaczenie dla kształtowania się poziomu satysfakcji z życia stanowiło nadrzędny cel niniejszej pracy.

Podsumowując uzyskane rezultaty, można stwierdzić brak bezpośredniego związku między wiekiem, płcią, czasem trwania opieki oraz stadium choroby a satysfakcją z życia. W prezentowanym badaniu wyższy poziom wykształcenia, krótszy czas poświęcany na opiekę nad chorym w tygodniu oraz mniejsza ilość źródeł pomocy, z których korzysta chory, są czynnikami przyczyniającymi się do wzrostu poziomu poczucia satysfakcji z życia. Właściwa edukacja może sprzyjać lepszemu rozumieniu własnej sytuacji oraz może się wiązać z wyższym poziomem kompetencji społecznych, które sprzyjają niezależności i większej swobodzie w dokonywaniu wyborów. Wyższa satysfakcja z życia opiekunów, którzy posiadają wyższe wykształcenie, może się łączyć z większą zdolnością do interpretacji i oceny własnego stosunku do innych ludzi i otaczającego świata [23], a co za tym idzie – lepszego rozumienia siebie i pełnionej roli w sytuacji opiekuńczej. Zgodnie z dotychczasowymi doniesieniami niski poziom wykształcenia jest czynnikiem związanym ze wzrostem objawów depresji i obciążenia opieką [24] oraz z większym poczuciem osamotnienia wśród opiekunów [25]. Możliwe, że w relacji między wykształceniem a poczuciem satysfakcji pośredniczą jeszcze inne zmienne.

W niniejszym badaniu stwierdzono, że w sytuacji, kiedy chory korzysta tylko z pomocy głównego opiekuna, poziom satysfakcji z życia wśród opiekunów jest wyższy. Uzyskane wyniki trudno odnieść do dotychczasowych badań. Mogą one jednak wskazywać na poczucie większej satysfakcji z życia wśród opiekunów dzięki przypisywaniu sobie korzyści płynących z pełnienia roli opiekuna. Samodzielne sprawowanie opieki nad chorym może stać się przyczynkiem do nadania własnemu życiu większej wartości i większego poczucia sensu. Dotychczasowe badania wskazują, że jednym z predyktorów poczucia obciążenia opieką i pojawienia się objawów depresji u opiekunów jest czas codziennej opieki [26]. Sprawowanie opieki nad chorym wiąże się ze znacznym ograniczeniem czasu dla siebie i znacznym poczuciem obciążenia prowadzącym do poczucia bezradności, niepewności i lęku [27]. Wraz z wydłużaniem się czasu poświęcanego na opiekę nad chorym zmniejsza się poczucie satysfakcji z życia, co może mieć związek z większym poczuciem obciążenia, wzrostem poczucia bezradności i wyczerpania się możliwości radzenia sobie. Rozwój depresji czy innych problemów ze zdrowiem przyczynia się do obniżenia jakości życia opiekunów [28]. Zależność ta dotyczy szczególnie opiekunów starszych wiekiem i umacnia się wraz z długością trwania opieki [29]. Niektóre badania wskazują, że młodszy wiekiem opie-

kunowie ujawniają mniejszą satysfakcję z pełnionej roli [30]. Może to mieć związek z rodzajem relacji między opiekunem a chorym.

Otrzymane wyniki pozwoliły na potwierdzenie hipotezy mówiącej, że istnieje związek między zasobami osobistymi a poczuciem satysfakcji z życia. Wzrost poziomu zasobów osobistych, poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności oraz spostrzeganego wsparcia społecznego wiązał się z wyższym poziomem satysfakcji. Zasoby osobiste stanowią zatem ważny predyktor poziomu satysfakcji z życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Dotychczasowe doniesienia dowodzą, że opiekunowie, którzy wykazują niskie poczucie koherencji, doświadczają więcej stresu [31], są bardziej obciążeni w wyniku sprawowania opieki [32] oraz przejawiają więcej objawów depresyjnych [33]. Podobny związek zachodzi w wypadku wsparcia społecznego oraz poczucia własnej skuteczności. Wysoki poziom spostrzeganego wsparcia społecznego prowadzi do zmniejszenia poziomu napięcia i lęku [34], zmniejszenia depresji [35], a także do wzrostu samooceny oraz poczucia akceptacji ze strony innych osób [36]. Wsparcie odgrywa więc ważną rolę w zmniejszaniu emocjonalnego stresu, co może być istotne dla podtrzymywania poziomu jakości życia.

Większe poczucie własnej skuteczności wśród opiekunów łączy się z mniejszym poziomem stresu i objawów depresyjnych [37] oraz mniejszym poczuciem obciążenia [38]. Poczucie własnej skuteczności, odnoszące się do przekonania o możliwości poradzenia sobie z trudnościami opieki, może prowadzić do poczucia większej kontroli nad sytuacją i wzbudzać większą motywację do działania. Zgodnie z koncepcją salutogenezy wysokie poczucie koherencji wiąże się ze wzrostem poczucia kontroli nad zdarzeniami, z rozumieniem sytuacji opieki w sposób spójny, przewidywalny i uporządkowany oraz ze wzrostem wiary w sens i celowość podejmowanych przez jednostkę wysiłków [39]. Zasoby osobiste odgrywają zatem istotną rolę w zmniejszaniu obciążenia oraz podtrzymywaniu właściwego poziomu satysfakcji z życia. Pomimo odczuwanego znacznego obciążenia opiekunowie doświadczają poczucia satysfakcji wynikającego z okazywanej im przez chorego wdzięczności, prowadzącego do przekonania, że są dla chorego najważniejszą osobą [40].

Potwierdzono też hipotezę mówiącą, że obciążenie opieką wyjaśnia mechanizm satysfakcji z życia. Znaczne obciążenie opieką, charakteryzujące się większą liczbą objawów depresyjnych oraz większym poczuciem stresu wśród opiekunów, wiązało się ze spadkiem poziomu satysfakcji z życia. Opiekunowie, którzy ujawniali wysoki poziom poczucia koherencji, wykazywali mniejsze poczucie obciążenia w wyniku sprawowania opieki, a ich poczucie satysfakcji z życia było wyższe. Badania dobrostanu psychologicznego opiekunów wskazują, że opiekunowie zgłaszający złe samopoczucie cechowali się niższą subiektywną oceną swojego zdrowia, a ich podopieczni gorszym funkcjonowaniem oraz poczuciem braku zrozumienia przez najbliższych – czuli się rozgoryczeni, zwiększał się poziom ich niepokoju oraz poczucia izolacji [41].

Dokonany przez Erikssona i Lindströma [42] przegląd badań wskazuje zarówno na bezpośredni wpływ poczucia koherencji na jakość życia, jak i jego pośredni wpływ na subiektywną ocenę zdrowia. Badania własne dowodzą, że wzrost spostrzeganego wsparcia społecznego koreluje ze spadkiem poziomu stresu u opiekunów i wzrostem satysfakcji z życia. Z kolei wzrost poczucia własnej skuteczności łączy się z większym

zaangażowaniem w sprawowanie opieki. Według dotychczasowych badań poczucie własnej skuteczności i wsparcie społeczne przyczyniają się do wzrostu poziomu dobrostanu opiekunów i jakości ich życia [43] oraz wzrostu ogólnego samopoczucia [19]. Natomiast opiekunowie ujawniający niski poziom jakości życia deklarują brak wsparcia przede wszystkim w wymiarze emocjonalnym [44].

Obciążenie opiekuna prowadzi do coraz większej izolacji społecznej, zaniechania dotychczasowej aktywności oraz pełnej koncentracji na chorym, co może się wiązać z ryzykiem utraty posiadanych zasobów i ze spadkiem poziomu jakości życia. Badania własne wskazują, że depresyjność opiekunów oraz wysoki poziom odczuwanego stresu obniżają poziom satysfakcji z życia. Właściwe dysponowanie posiadanymi przez opiekunów zasobami może stanowić ochronę przed negatywnymi konsekwencjami związanymi z pełnieniem roli opiekuna. Pomimo znacznego obciążenia opieką wysoki poziom poczucia koherencji, wysoki poziom poczucia własnej skuteczności oraz przekonanie o dostępności wsparcia stanowią istotny konstrukt psychologiczny pozwalający na utrzymanie właściwego poziomu jakości życia.

Przy podziale badanej grupy na opiekunów formalnych i nieformalnych stwierdzono, że w grupie opiekunów nieformalnych wzrost spostrzeganego wsparcia społecznego prowadzi do spadku zaangażowania w sprawowanie opieki, a w grupie opiekunów formalnych wiąże się ze wzrostem zaangażowania. W literaturze przedmiotu wskazuje się przede wszystkim na pozytywne aspekty wsparcia, tj. mobilizację potencjału danej osoby, podnoszenie kompetencji osobistych oraz wzrost poczucia satysfakcji i dobrostanu. Wsparcie może przyczyniać się również do obniżenia kompetencji jednostki, obniżając jej poziom samodzielności w radzeniu sobie z trudnościami [45]. Uzyskane rezultaty sugerują, że wsparcie, jakie otrzymują opiekunowie rodzeni, pozwala im na zmniejszenie ich osobistego zaangażowania w opiekę, z kolei opiekunowie formalni, otrzymując dodatkowe wsparcie, mogą bardziej angażować się w swoją pracę, podnosząc w ten sposób swoje kompetencje. Z kolei wzrost poczucia własnej skuteczności wiąże się silniej ze wzrostem poczucia satysfakcji z życia u opiekunów formalnych niż u opiekunów nieformalnych. Dotychczasowe badania potwierdzają, że wysokie poczucie własnej skuteczności przyczynia się do zmniejszenia poziomu odczuwanego stresu i objawów depresyjnych, co może się łączyć z wyższym poczuciem satysfakcji [37]. Przekonanie o możliwości poradzenia sobie z wyzwaniami opieki, wyrażające się większym zaufaniem do własnych kompetencji i większą motywacją do działania, silniej koreluje z satysfakcją z życia wśród opiekunów zawodowych. Może mieć to związek z tym, że opiekunowie zawodowi pełnią role opiekuńcze z własnego wyboru, natomiast opiekunowie rodzeni są zmuszeni do przejęcia opieki nad chorym.

W toku badań nie potwierdzono hipotezy mówiącej, że obciążenie opieką pośredniczy między zasobami osobistymi a satysfakcją z życia. Większość badań skupia się na zmiennych, które pośredniczą między stresem wynikającym ze świadczenia opieki a jego negatywnymi konsekwencjami. Brakuje doniesień na temat roli zmiennych pośredniczących między zasobami opiekunów a satysfakcją z życia. Uzyskane rezultaty ukazują, jak ważną rolę w budowaniu poczucia satysfakcji z życia oraz zmniejszaniu poczucia obciążenia odgrywają posiadane przez opiekunów zasoby. Sprawowanie długotrwałej opieki wiąże się ze znacznym obciążeniem opiekunów, niemniej posiadane

przez nich zasoby mogą stanowić ważny czynnik chroniący przed utratą satysfakcji z życia. Niniejsze badanie, pomimo pewnych ograniczeń, wnosi do dotychczasowej wiedzy na temat satysfakcji z życia opiekunów nowe podejście, oparte na ich zasobach osobistych, i może stanowić inspirację do dalszych badań w tym obszarze.

Wnioski

1. Wyższy poziom wykształcenia, krótszy czas poświęcany na opiekę nad chorym w tygodniu oraz mniejsza liczba źródeł pomocy, z których korzysta chory, są czynnikami przyczyniającymi się do wzrostu poziomu poczucia satysfakcji z życia opiekunów.
2. Wzrost poziomu zasobów osobistych, poczucia koherencji, poczucia własnej skuteczności oraz spostrzeganego wsparcia społecznego wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji z życia.
3. Znaczne obciążenie opieką, charakteryzujące się większą liczbą objawów depresyjnych oraz większym poczuciem stresu u opiekunów, wiąże się ze spadkiem poziomu satysfakcji z życia.
4. Wysoki poziom zasobów osobistych stanowi istotny konstrukt psychologiczny pozwalający na utrzymanie właściwego poziomu jakości życia.
5. Wyższy poziom wsparcia prowadzi do spadku poziomu zaangażowania u opiekunów nieformalnych i wzrostu poziomu zaangażowania u opiekunów formalnych.
6. Wzrost poczucia własnej skuteczności wiąże się silniej ze wzrostem poczucia satysfakcji z życia u opiekunów formalnych niż u opiekunów nieformalnych.
7. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że pomoc psychologiczna oparta na wzmocnieniu zasobów osobistych opiekunów może stanowić ważny czynnik chroniący przed utratą poczucia satysfakcji z życia.

Piśmiennictwo

1. Kaczmarek M, Durda M, Skrzypczak M, Szwed A. *Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimer*. Gerontologia Polska 2010; 18(2): 86–94.
2. Settineri S, Rizzo A, Liotta M, Mento C. *Caregiver's burden and quality of life: Caring for physical and mental illness*. Int. J. Psychol. Res. 2014; 7(1): 30–39. <https://doi.org/10.21500/20112084.665>.
3. Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. *Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review*. Int. Nurs. Rev. 2015; 62(3): 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>.
4. Sanders S. *Is the glass half empty or half full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease*. Soc. Work Health Care 2005; 40(3): 57–73. https://doi.org/10.1300/J010v40n03_04.
5. Rachel W, Turkot A. *Jak pomóc opiekunom pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimer*? Psychoterapia 2015; 1(172): 59–71.
6. Thomas P, Lalloué F, Preux PM, Hazif-Thomas C, Pariel S, Inscale R i wsp. *Dementia patients caregivers quality of life; the PIXEL study*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2006; 21(1): 50–56.

7. Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C. *Health-related quality of life of care-givers as a predictor of nursing-home placement of patients with dementia*. Alzheimer Dis. Assoc. Disord. 2005; 19(1): 41–44.
8. Jaracz K. *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*. Pielęgniarstwo Polskie 2001; 2(12): 219–226.
9. Veenhofen R. *Questions on happiness: Classical topics, modern answers, blind spots*. W: Strack F, Argyle M, Schwarz N. red. *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Oxford–Toronto: Pergamin Press; 1991. S. 7–26.
10. Timoszyk-Tomczak C, Bugajska B. *Satysfakcja z życia a perspektywa czasowa w starości*. Opuscula Sociologica 2013; 2(4): 83–95.
11. Świerżewska D. *Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia*. Psychologia Rozwojowa 2010; 15(2): 89–99.
12. López J, López-Arrieta J, Crespo M. *Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives*. Arch. Gerontol. Geriatr. 2005; 41(1): 81–94.
13. Mądrzycki T. *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2002.
14. Coen RF, O’Boyle CA, Coakley D, Lawlor BA. *Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients*. Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2002; 13(3): 164–170. <https://doi.org/10.1159/000048648>.
15. 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.
16. Markowitz JS, Guterman EM, Sadik K, Papadopoulos G. *Health-related quality of life for caregivers of patients with Alzheimer’s disease*. Alzheimer Dis. Assoc. Disord. 2003; 17(4): 209–214.
17. Ciałkowska-Kuźmińska M, Kasprzak M. *Obciążenie opiekunów jako czynnik delegowania opieki do instytucji psychogeriatrycznych*. Psychogeriatrya Polska 2012; 9(2): 69–76.
18. García-Castro FJ, Hernández A, Blanca MJ. *Life satisfaction and the mediating role of character strengths and gains in informal caregivers*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2022; 29(6): 829–841. <https://doi.org/10.1111/jpm.12764>.
19. Pearlin LI, Mullan JT, Sample SJ, Skaff MM. *Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures*. Gerontologist 1990; 30(5): 583–594.
20. Kock N. *Using WarpPLS in E-collaboration Studies: An overview of five main analysis steps*. Int. J. e-Collab. 2010; 6(4): 1–12. Doi: 10.4018/jec.2013070101.
21. Kock N. *Advanced mediating effects tests, multi-group analyses, and measurement model assessments in PLS-based SEM*. Int. J. e-Collab. 2014; 10(1): 1–13. Doi: 10.4018/ijec.2014010101.
22. Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR. *The use of partial least squares path modeling in international marketing*. In *advances in international marketing*. New Challenges to International Marketing 2009; 20: 277–319. Doi: 10.1108/s1474-7979(2009)0000020014.
23. Kowalik S. *Modele diagnozy psychologicznej*. W: Sęk H. red. *Psychologia kliniczna*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005. S. 181–192.
24. Ogunlana MO, Dada OO, Oyewo OS, Odole AC, Ogunsan MO. *Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors*. Hong Kong Physiother. J. 2014; 32(1): 6–12. Doi: 10.1016/j.hkpj.2013.11.003.
25. McRae C, Fazio E, Hartsock G, Kelley L, Urbanski S, Russell DW. *Predictors of loneliness in caregivers of persons with Parkinson’s disease*. Parkinsonism Relat. Disord. 2009; 15(8): 554–557. Doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.01.007.

26. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. *Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia*. J. Adv. Nurs. 2012; 68(4): 846–855. Doi: 10.1111/j.1365–2648.2011.05787.x.
27. Lech A. *Choroba Alzheimer jako czynnik modyfikujący funkcjonowanie rodziny*. Pogranicze. Studia Społeczne 2014; 24: 211–242. Doi: 10.15290/pss.2014.24.12.
28. Bährer-Köhler S. red. *Self management of chronic disease. Alzheimer's disease*. Berlin–Heidelberg: Springer; 2009.
29. Fonareva I, Oken BS. *Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia*. Int. Psychogeriatr. 2014; 26(5): 725–747.
30. Mafullul Y, Morriss RK. *Determinants of satisfaction with care and emotional distress among informal carers of demented and non-demented elderly patients*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 2000; 15(7): 594–599. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200007\)15:7<594::AID-GPS154>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200007)15:7<594::AID-GPS154>3.0.CO;2-T).
31. Rachel W, Jabłoński M, Datka W, Zięba A. *Jakość życia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimer*. Psychogeriatra Polska 2014; 11(3): 67–78.
32. Andrén S, Elmståhl S. *The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia*. J. Clin. Nurs. 2008; 17(6): 790–799. Doi: 10.1111/j.1365–2702.2007.02066.x.
33. Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. *Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis*. PloS One 2018; 13(1): e0189874. Doi: 10.1371/journal.pone.0189874.
34. Bartoszek A, Ślusarska B, Kocka K, Deluga A, Kachaniuk H, Nowicki G i wsp. *Wybrane determinanty obciążenia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad osobami starszymi z deficytem sprawności funkcjonalnej w warunkach domowych*. Gerontologia Polska 2019; 27: 208–214.
35. Miller B, Townsend A, Carpenter E, Montgomery R, Stull D, Young R. *Social support and caregiver distress: A replication analysis*. J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci. 2001; 56(4): 249–256. Doi: 10.1093/geronb/56.4.S249.
36. Thoits PA. *Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health*. J. Health Soc. Behav. 2011; 52(2): 145–161. Doi: 10.1177/0022146510395592.
37. Steffen AM, McKibbin C, Zeiss AM, Gallagher-Thompson D, Bandura A. *The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and validity studies*. J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci. 2002; 57(1): 74–86. Doi: 10.1093/geronb/57.1.P74.
38. Merluzzi TV, Philip EJ, Vachon DO, Heitzmann CA. *Assessment of self-efficacy for caregiving: The critical role of self-care in caregiver stress and burden*. Palliat. Support. Care 2011; 9(1): 15–24. Doi: 10.1017/S1478951510000507.
39. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Wydawnictwo Fundacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2005.
40. Zysnarska M, Wojnicz-Michera I, Taborowska M, KołECKI P, Maksymiuk T. *Kobieta – opiekun osoby przewlekle chorej – wyznaczniki przeciążenia*. Nowiny Lekarskie 2010; 79(5): 386–391.
41. Raivio MM, Laakkonen ML, Pitkälä KH. *Psychological well-being of spousal caregivers of persons with Alzheimer's disease and associated factors*. Eur. Geriatr. Med. 2015; 6(2): 128–133.
42. Eriksson M, Lindström B. *Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review*. J. Epidemiol. Community Health 2006; 60(5): 376–381. Doi: 10.1136/jech.2005.041616.
43. Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T i wsp. *Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review*. Alzheimers Dement. 2017; 13(5): 572–581.

44. Mazurkiewicz A, Sidor K, Podstawka D, Wolak B, Makara-Studzińska M. *Wpływ wsparcia na jakość życia osób sprawujących opiekę nad chorymi na alzheimera*. Medycyna Paliatywna 2015; 7(4): 250–255.
45. Chudzicka-Czupała AE. *Bezrobocie. Różne oblicza wsparcia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2004.

Adres: Anna Sołtys
e-mail: annasoltys.us@gmail.com

Otrzymano: 19.03.2023
Zrecenzowano: 17.03.2024

Otrzymano po poprawie: 14.05.2024
Przyjęto do druku: 16.05.2024