

## ZDROWIE I JEGO UWARUNKOWANIA

### ROZDZIAŁ XIX

---

Katedra i Klinika Neurologii UM w Lublinie  
Chair and Department of Neurology of Medical University of Lublin

AGNIESZKA MARTYNIUK-GĘCA, MAGDALENA GONTARZ,  
MARTA TYNECKA-TUROWSKA, KONRAD REJDAK, EWA PAPUĆ

### *Obciążenie opiekuna w chorobie Alzheimera*

---

#### **Caregiver burden in Alzheimer's disease**

Słowa kluczowe: obciążenie opiekuna, choroba Alzheimera, otępienie, jakość życia

Key words: Caregiver burden, Alzheimer's disease, dementia, quality of life

#### **WSTĘP**

Choroba Alzheimera (AD, Alzheimer's disease) jest schorzeniem zwyrodnieniowym, przewlekle postępującym i pomimo rozwoju wiedzy na temat patogenezы i farmakoterapii wciąż postaje chorobą nieuleczalną. Biorąc pod uwagę całkowite koszty społeczne, plasuje się ona na trzecim miejscu na świecie, po chorobach nowotworowych oraz chorobach układu krążenia [1]. Otępienie typu Alzheimera stanowi ponad 2/3 wszystkich przypadków zaburzeń otępiennych. Szacuje się, że może ono dotyczyć ok. 6% osób w wieku powyżej 65 lat i już 40% osób powyżej 85 roku życia [2]. W związku z wydłużaniem się średniej długości życia i tym samym wzrostem odsetka ludzi starych oraz postępowaniem w diagnozowaniu AD schorzenie to jest coraz częściej rozpoznawane. Sprawowanie opieki nad pacjentem z otępieniem w AD staje się ważnym zagadnieniem społecznym oraz wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej na całym świecie. Niezwykle ważnym ogniwem systemu opieki zdrowotnej są opiekunowie i to właśnie ich jakości życia poświęconych jest wiele publikacji w ostatnim dziesięcioleciu. Obserwuje się wzrost zainteresowania poziomem ich funkcjonowania społecznego, kulturalnego, specyficznymi konsekwencjami psychologicznymi czy dolegliwościami somatycznymi, będącymi następstwem stresu opieki. Zainteresowanie dobrostanem (well-being) opiekunów jest istotne również z uwagi na niezwykle praktyczny, społeczno-ekonomiczny wymiar. Jakość życia jest niezwykle istotnym wyznacznikiem w ocenie realnych możliwości opiekuna do sprawowania długoterminowej opieki nad pacjentem z otępieniem [3].

## JAKOŚĆ ŻYCIA OPIEKUNA A UCZUCIE OBCIĄŻENIA

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość życia (Quality of Life, QoL) następująco: jakość życia jest oceniana jako sposób postrzegania przez jednostki swoich pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami [4]. Wielu autorów podkreśla, że opieka nad pacjentami z otępieniem w AD, z uwagi na swą uciążliwość, może mieć niekorzystny wpływ na subiektywną i obiektywną jakość życia opiekunów [5,6,7,8].

Określenie „obciążenie opiekuna” (caregiver burden) zostało zdefiniowane w 1980 r przez Stevena H. Zarita jako fizyczne, emocjonalne, materialne i społeczne koszty ponoszone w wyniku opieki członków rodziny nad osobą przewlekle chorą. Można wyróżnić tu dwie składowe: obiektywną- realnie niekorzystne zmiany w codziennym życiu opiekuna (czynnościach domowych, ilości i jakości podejmowanych relacji rodzinnych i społecznych, zmianach w aktywności zawodowej, problemy finansowe, pogorszenie stanu zdrowia somatycznego) oraz obciążenie subiektywne (odczuwanie przez samego opiekuna pogorszenia jakości życia i dobrostanu psychospołecznego, indywidualne reakcje emocjonalne, uczucie napięcia w związku z pełnioną opieką) [8,9,10]. W praktyce klinicznej, do oceny obciążenia, najczęściej stosuje się międzynarodową skalę Burden Interview (BI) [11], w Polsce także wykorzystywany jest Kwestionariusz Poczucia Obciążenia [9]. Piquart i Sorensen w swojej metaanalizie z 2003 r. wykazali, że opiekunowie są narażeni na długotrwałe obciążenie, które pogarsza ich jakość życia, a co za tym idzie, funkcjonowanie w aspekcie zawodowym i społecznym [12,13]. Opiekun, czyli osoba z najbliższego otoczenia, często jako pierwsza dostrzega drobne, nietypowe dla wcześniejszego funkcjonowania chorego incydenty, pod postacią zapomnienia o drobnych wydarzeniach, ważniejszych sprawach lub niemożności opanowania nowych umiejętności. Z uwagi na fakt, że nie wszyscy chorzy w okresie pojawiania się pierwszych objawów mają poczucie narastającej niepełnosprawności, to właśnie z inicjatywy bliskiej osoby dochodzi do pierwszej konsultacji lekarskiej. W późniejszym etapie choroby, gdzie dochodzi do deterioracji funkcji poznawczych pacjenta, obciążenie opiekuna wzrasta jako efekt sprawowania coraz bardziej zaawansowanej opieki a w efekcie rezygnacji z innych relacji i aktywności w życiu osobistym. Zajmowanie się chorym z reguły pociąga za sobą bardzo poważne obciążenie psychiczne, fizyczne i finansowe, ponieważ wpływa zarówno na warunki i styl życia oraz na sprawy finansowe czy karierę zawodową. Volicer podał model stresu, który działa na opiekunów osób chorych z AD. W modelu tym uwzględnione zostały tzw. stresory pierwotne związane z osobą objętą opieką (napięcie związane z podejmowaniem decyzji dotyczących opieki, pojawienie się objawów neuropsychiatrycznych u podopiecznych i ich postępująca utrata sprawności) oraz stresory wtórne, dotyczące konsekwencji pełnionej opieki – nieuniknione konflikty rodzinne, trudności z pogodzeniem życia zawodowego i opieki nad członkiem rodziny. Autor ten wykazał również, że poziom stresu opiekunów rodzinnych w dużym stopniu zależy od ich subiektywnej oceny równowagi między wymogami opieki a własnymi możliwościami radzenia sobie z

nimi. W tym przypadku bowiem ocena wymagań i zdolności adaptacyjnych podmiotu mają wpływ na poziom odczuwanego stresu [16].

### **CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA WZROST ODCZUWANEGO OBCIĄŻENIA**

W Stanach Zjednoczonych opieka nad 80% chorych z AD jest sprawowana przez rodzinę we własnym domu. Średni czas opieki w warunkach domowych, do momentu przekazania chorego do ośrodka opiekuńczo-leczniczego, wynosi 6,5 roku. Osoba sprawująca opiekę poświęca choremu przeciętnie 60 godzin tygodniowo. W większości krajów europejskich opiekunem osoby z AD jest kobieta (70-86%), chociaż opisywana jest tendencja wzrostowa udziału mężczyzn. Ponadto w przeważającej większości prac obserwowana jest niższa jakość życia w grupie kobiet, szczególnie żon pacjentów, która może wynikać z podejmowania się zadań opiekuńczych w szerszym zakresie a tym samym częstszym przeżywaniem niekorzystnego stresu [14,15]. Wyjątek stanowi badanie Reeda i wsp., z którego wynika, że dorosłe dzieci pacjentów z AD odczuwają większe obciążenie niż współmałżonkowie, pomimo faktu, że w sprawowanie opieki są mniej zaangażowani czasowo [17]. Synowie, częściej powierzają pod opiekę osobę chorą wykwalifikowanej instytucji. Jeśli decydują się samodzielnie sprawować opiekę, często ma ona charakter realizacji konkretnych obowiązków a mniejszym zaangażowaniem emocjonalnym. Większe obciążenie i niższą jakość życia odczuwana jest przez opiekunów z mniejszym wsparciem społecznym, instytucjonalnym i rodzinnym a wielu krajach z powodu braku odpowiedniego wsparcia występuje zjawisko izolacji społecznej [17, 18]. W badaniu EX-ON, dotyczącym Polski, aż 31% opiekunów sprawowało obowiązki opiekuńcze samotnie. W badaniu Spisackiej wykazano, że ciężar opieki nad osobą chorą na AD spoczywał na jednej osobie [21]. Innymi czynnikami związanymi z sytuacją społeczną, wpływającymi na obciążenie opiekunów, jest podeszły wiek opiekuna, niższy status społeczny i materialny oraz niższe wykształcenie [18, 19, 20].

### **WPLYW OBCIĄŻENIA NA ZDROWIE SOMATYCZNE OPIEKUNA**

Negatywny wpływ na jakość życia opiekunów chorych na AD ma niewątpliwie obserwowane u nich pogorszenie zdrowia somatycznego. U osób, które są przez dłuższy czas pod wpływem długotrwałego stresu, spowodowanego pełnieniem obowiązków opiekuńczych, obserwuje się aktywację osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA, hypothalamus-pituitary-adrenals) oraz nieprawidłową jej regulację [22]. Wykazano dodatnią korelację obciążeniem związanym z opieką nad chorym z AD a podwyższonym poziomem adrenokortykotropiny (ACTH) we krwi oraz kortyzolu w ślinie opiekunów [22,23]. W związku z pobudzeniem współczulnego układu nerwowego dochodzi do wzrostu stężenia adrenaliny, niosąc za sobą zwiększone ryzyko zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby psychiczne (głównie choroby afektywne, lękowe i depresyjne), otyłość, podwyższone stężenie trójglicerydów w surowicy, kamieć żółciową, zmniejszona odporność na infek-

cję [24,25]. Pinquart i Sorensen w swojej metaanalizie wykazali, że opiekunowie chorych na AD mają zwiększone ryzyko ostrych incydentów wieńcowych [26]. Nie bez znaczenia jest również fakt, że opiekunowie poprzez nadmiar obowiązków często nie dbają o swoje zdrowie w należyty sposób, prowadząc mniej higieniczny tryb życia (nierregularne spożywanie posiłków, niedobór snu, zaprzestanie lub zminimalizowanie aktywności fizycznej, niekontrolowanie swojego stanu zdrowia). Poczucie złej kondycji fizycznej, lęk przed koniecznością pójścia do szpitala i pozostawieniem chorego pod opieką innych osób sprawia, że opiekun odkłada swoje pilne sprawy związane ze stanem zdrowia na termin odległy, co nie tylko pogarsza jego stan somatyczny, ale także nasila napięcie wewnętrzne. Poza tym, w związku z pogarszaniem się w trakcie trwania choroby sprawności chorego, który staje się na pewnym etapie osobą obłożną, sytuacja wymaga od opiekuna siły i sprawności fizycznej, stąd częste skargi na zaostrzenia zespołów bólowych i urazy kostnowstawowe.

### **WPLYW OBCIĄŻENIA NA ZDROWIE PSYCHICZNE OPIEKUNA**

Volicer (2005) wykazał, że dla opiekunów chorych na AD szczególnym źródłem stresu może być pogodzenie wszystkich ról życiowych, które powinni spełniać. Są oni bowiem: rodzicami wobec własnych dzieci, dziećmi swoich rodziców, pracownikami, mającymi często aktywne życie zawodowe (które często muszą podporządkowywać osobie chorej) oraz opiekunami osób chorych na AD. Ponadto opracował on również dla opiekunów chorych na AD model stresu, w którym wyróżniono dwie składowe: stresory pierwotne- napięcie mające związek z podejmowaniem decyzji dotyczących opieki, postępująca utrata sprawności chorych pojawienie się u nich objawów neuropsychiatrycznych oraz stresory wtórne- trudności z pogodzeniem życia zawodowego i rodzinnego z opieką na chorym [27]. Na uwagę również zasługuje fakt, że przewlekły stres wiąże się z występowaniem u opiekunów zaburzeń lękowych i depresji [28,29]. Badanie Sansoni i wsp. (2004) wykazało, że u 76% badanych kobiet zajmujących się chorymi wykazywało wysoki poziom lęku a u 42% stwierdzono depresję [29]. Częstość występowania depresji szacowana jest w granicach od 14% nawet do 70-80% opiekunów [30]. W większości badań częstość depresji waha się w granicach 30-50% [31]. Zaburzenia depresyjne pogarszają stan somatyczny i zwiększają prawdopodobieństwo wcześniejszej instytucjonalizacji chorego [32]. Po przekazaniu chorego do instytucji opiekuńczo-leczniczej, podwyższone ryzyko depresji u opiekunów nadal istnieje, a po jego śmierci przeżywają przedłużoną żałobę [33,34]. W badaniu przeprowadzonym przez Kosmałą, wykazano częstsze występowanie depresji w grupie opiekunek, które zajmowały się chorymi z zaburzeniami zachowania (głównie pod postacią epizodów agresji i nadmierne pobudzenia) i zaburzeniami psychotycznymi pod postacią urojeń prześladowczych, kradzieży, opuszczenia przez bliskich oraz halucynacji i omamów [35]. Natomiast stopniowa deterioracja funkcji poznawczych w sposób istotny nie wpływa na zwiększenie ryzyka wystąpienia depresji u opiekunów [36]. Osoby starające się aktywnie rozwiązywać problemy związane z opieką (np. szukając informacji, nawiązując kontaktu i innymi osobami celem poszukiwania wsparcia) oraz cechujące

się optymizmem, poczuciem dobrze wypełnianej misji opieki i pozytywna samoocena, rzadziej przejawiają objawy depresyjne. Wsparcie ze strony innych członków rodziny i przyjaciół, a także zaangażowanie w działalność społeczną sprzyjają radzeniu sobie z obowiązkami. Przeciwnie, postawa wycofująca radzenia sobie ze stresem, oraz mechanizmy obronne o typie unikania, poddawania się, nie tylko powoduje nasilenie zaburzeń depresyjnych u opiekunów ale także niesie za sobą ryzyko wystąpienia zaburzeń zachowania u pacjenta [37].

### **RELACJA OPIEKUNA Z PACJENTEM A OBCIĄŻENIE**

Niezwykle istotnym aspektem, dającym opiekunom motywację do opieki jest zachowanie ciepłych relacji, pozytywnych postaw, obdarzanie się nawzajem dobrym słowem i rozstrzygnięcie powstałych nieporozumień. Niewyjaśnione z przeszłości sprawy oraz zadawnione spory mogą pogorszyć relacje i wpłynąć niekorzystnie dla zdrowia obu stron. Pozytywny przekaz, przyjazna atmosfera, wspólne przeżywanie aktualnych wydarzeń rodzinnych sprzyja wzmocnieniu więzi, daje opiekunowi poczucie sensu choroby i opieki a tym samym zmniejsza poczucie obciążenia. W badaniu przeprowadzonym przez Steadmana i wsp. stwierdzono, że zadowolająca relacja z okresu przedchorobowego negatywnie koreluje z poczuciem obciążenia [38]. Osoby opiekujące, które w okresie przed zachorowaniem wykazywały czułość, bliskość, troskę, miały lepszą jakość życia, lepiej komunikowały się z chorym, w pełniejszy sposób realizowali się w opiece bez względu na długość i stadium zaawansowania otępienia [39]. Negatywne relacje lub brak zażyłości skutkowało gorszym radzeniem sobie w opiece, wzrostem krytycyzmu, frustracji i złości przejawianej w stronę chorego (wysoki wskaźnik ujawnianych uczuć, EE, expressed emotion) [40]. Wysoki wskaźnik EE stwierdza się średnio u 40% osób, u 22% współmałżonków pacjentów z AD, u 58% córek opiekujących się [41]. Może on wynikać z niewłaściwego rozpoznawania potrzeb i zachowań, które są wynikiem zaburzonych funkcji kognitywnych, a nie w mniemaniu opiekuna, przejawem złośliwości i krnąbrności chorego wobec opiekuna. Powodują to narastanie napięcia i gromadzenie złych emocji przez opiekuna, co ma swoje odzwierciedlenie w negatywnym zachowaniu chorego. Można spotkać się również z postawą nadopiekuńczości osoby sprawującej opiekę wobec podopiecznego, nadmierna troska, obawa, że nikt inny nie potrafi się dobrze zająć chorym, zachowanie przesadnie ochraniające. Generować się mogą nieporozumienia opiekuna i dalszych członków rodziny, którzy niejednokrotnie chcieliby okazać pomoc czy chociażby chwilowe odciążenie opiekuna w jego często wieloletniej, ciężkiej i momentami wręcz wyczerpującej pracy. Opiekun traci dotychczasowe relacje społeczne, nie podtrzymuje zdobytych przed laty znajomości, izoluje się od otoczenia, nie bierze udziału w wydarzeniach kulturalnych z obawy przed pozostawieniem podopiecznego z inną osobą. Taka postawa sprzyja znacznemu obniżeniu jakości życia, wyczerpaniu psychicznemu i często utracie więzi z chorym, w konsekwencji, zapada decyzja o umieszczeniu chorego w ośrodku opiekuńczo-leczniczym. Argimon i wsp. wykazał, że opiekunowie z niższą jakością życia 6,4 razy częściej przekazywali chorego do instytucji niosącej pomoc osobom chorym na AD [42].

## WPLYW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH CHOREGO NA OBCIĄŻENIE OPIEKUNA

Najistotniejszym czynnikiem wywołującym stres i tym samym nadmierne obciążenie, pogorszenie zdrowia somatycznego i psychicznego są zaburzenia zachowania i afektywne oraz objawy psychotyczne towarzyszące otępieniu (BPSD, behavioural and psychological symptoms in dementia) [26]. Dotyczą one dużej grupy chorych na AD- 64-90% [43] i stanowią jedną z najczęstszych przyczyn umieszczenia chorego w instytucji psychogeriatrycznej [44]. Spośród zaburzeń zachowania, agresja stanowi najbardziej obciążający objaw dla opiekuna [45]. Inne zachowania, których opiekun nie potrafi przewidzieć oraz te, które wymagają permanentnej obecności opiekuna przy podopiecznym, także stanowią istotny czynnik obciążający. Przykładem może być błądzenie i próby wychodzenia z domu, które pojawia się często w godzinach wieczornych (objaw zachodzącego słońca) [46]. Powyższe zachowania związane mogą być z zaburzeniami snu (bezsenność w nocy, nadmierna senność w ciągu dnia), które występują u 60 % chorych na AD. Bezsenność może być występować jako objaw izolowany, często jednak występuje wspólnie z zaburzeniami psychotycznymi i pobudzeniem psychomotorycznym [47]. Opiekunowie, którzy są aktywni zawodowo, mają swoje rodziny i codzienne zobowiązania, odczuwają duże obciążenie, kiedy niedobór snu, wynikający z pełnionej opieki i stawianiu czoła nocnym, patologicznym zachowaniom podopiecznego, powoduje narastające frustracje, drażliwość, brak koncentracji w ciągu dnia a w efekcie wyczerpanie psychiczne i fizyczne i dużą trudność w realizacji codziennych obowiązków. Dlatego wydaje się, że najbardziej efektywnym sposobem pomocy opiekunom jest ich czasowe odciążenie.

## FORMY POMOCY

Do czynników pozytywnie wpływających na samopoczucie opiekunów należą: pomoc innych członków rodziny i fachowa dzienna pomoc instytucjonalna. Istnieje także możliwość skorzystania z programów wsparcia dla rodzin, które obejmują: programy edukacyjne, które dostarczają informacji na temat samej choroby, jej przebiegu, możliwości farmakoterapii. Ponadto, opiekun ma możliwość poszerzenia wiedzy na temat aspektów prawnych w relacji opiekun-chory. Wsparcie, pod postacią czasowego odciążenia, opiekun może uzyskać ze strony osób specjalnie wykwalifikowanych. Choć często obserwuje się rezygnacje z tej formy pomocy, gdyż wprowadzenie nowej osoby jest dla osoby opiekującej dodatkowym źródłem stresu (obawa jak podopieczny zareaguje na nową osobę, czy nie nasilą się zaburzenia zachowania, czy nowa osoba podoła wyzwaniu). Alternatywą, zapewniającą większe poczucie bezpieczeństwa jest pobyt chorego w fachowej placówce opieki dziennej. Ośrodki takie zapewniają choremu aktywność intelektualną i ruchową, pracując zgodnie programem rehabilitacyjnym, pensjonariusze pod nadzorem przyjmują posiłki i otrzymują leki. Dużym ograniczeniem dla tej formy opieki jest fakt, iż tego typu ośrodków jest w Polsce bardzo niewiele i przyjmowani są tam osoby sprawne motorycznie. Po utracie zdolności chodzenia pobyt w takiej placówce staje się nie-

możliwy. Kolejną możliwą formą wsparcia jest udział w zajęciach terapeutycznych, koncentrujących się głównie na emocjach i odczuciach związanych opieką na chorym. Jednak badanie Green'a i wsp. nie wykazało obiektywnych korzyści wynikających z udziału opiekunów w spotkaniach grup wsparcia w zakresie zmniejszenia poczucia obciążenia opieką, stanu zdrowia, nastroju, zadowolenia z życia, ale w ich subiektywnej ocenie zajęcia były użyteczne i bardzo satysfakcjonujące [48].

#### **PODSUMOWANIE**

Każde schorzenie przewlekłe może oddziaływać na stan emocjonalny osób z najbliższego otoczenia chorego. Wpływ ten ma szczególny charakter jeśli choroba ma przebieg postępujący i jest nieuleczalna a chory wymaga długotrwałej opieki ze strony rodziny, tak jak ma to miejsce w przypadku chorych na AD. Jedną z najważniejszych konsekwencji sprawowania długoletniej opieki nad pacjentem z otępieniem w AD jest obserwowany w wielu badaniach wzrost obciążenia i odczuwalnego stresu wśród opiekunów [12]. W wyniku długotrwałego pozostawania w stanie poczucia nadmiernego obciążenia u opiekunów osób z otępieniem, częściej niż w populacji ogólnej, występują zaburzenia depresyjne i lękowe, nadciśnienie tętnicze, zmniejszona odporność na infekcje i inne zaburzenia somatyczne. Większe obciążenie i negatywne konsekwencje w obszarze zdrowia psychosomatycznego u opiekunów wpływają ujemnie na jakość sprawowanej opieki i zwiększają prawdopodobieństwo wczesnej instytucjonalizacji chorego. Zrozumienie potrzeb opiekuna oraz udzielenie mu odpowiedniej pomocy psychologicznej i medycznej jest niezbędne dla zapewnienia optymalnej opieki nad chorym w warunkach domowych. Dlatego system opieki zdrowotnej i społecznej powinien pomagać opiekunom w zapewnieniu im jak najlepszego stanu zdrowia i dobrej jakości życia.

#### **PIŚMIENNICTWO**

1. Rószkiewicz M.: Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych. *Psychogeriatr Pol* 2006; 3(1): 1-10.
2. Franks A., Rawls W.: Alzheimer's Disease Clinical Features and Pharmacologic Management. *Am J Manag Care* 1998 Apr; 4 (4): 595-604.
3. Thomas P. i wsp.: Dementia patients caregivers quality of life; the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 50-56.
4. WHOQOL. Study protocol. Division of Mental Health. (1993) Geneva: World Health Organization.
5. Wójcik A. i wsp.: Ocena jakości życia w perspektywie medycznej. *Post Rehabil* 2007; 21: 31-38.
6. Tobiasz-Adamczyk B.: Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia. *Poznań Media Wydawnictwo Medyczne*. 2006; 9-42.
7. Ownby R.: A multinational trial of counseling for Alzheimer's disease caregivers. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 4-5.

8. Kosmala K., Kloszewska I.: The burden of providing care for Alzheimer's disease patients in Poland. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 2: 191-193.
9. Raś P. i wsp.: Kwestionariusz poczucia obciążenia osób opiekujących się chorymi z otępieniem — nowe narzędzie badawcze. *Psychogeratria Polska* 2005; 2: 21-32.
10. Burns A., Rabins P.: Carer burden in dementia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2000; 15: 9-13.
11. Zarit S. i wsp.: Relatives of impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 11: 121-126.
12. Grabowska-Fudala B. i wsp.: Obciążenie osób sprawujących opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera. Wyniki wstępne. *Nowiny Lek.* 2013; 8: 25-30.
13. Pinguart M., Sorensen S.: Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18: 250-267.
14. Bacher-Kohler.: Self Management of Chronic Disease. Alzheimer's Disease. Springer; 2009; 67-70.
15. Belle S.: Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2006; 145: 39.
16. Volicer L.: Caregiver Burden in Dementia Care. Prevalence and Health Effects. *Curr Psychosis Ther Rep.* 2005; 3: 20-25.
17. Reed C. i wsp.: Caregiver burden in Alzheimer's disease: differential associations in adult-child and spousal caregivers in the GERAS observational study. *Dement. Geriatr. Cogn. Dis. Extra* 2014; 4: 51-64.
18. Brodaty H. i wsp.: Metaanalysis of psychosocial intervention for caregivers of people with dementia. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2003; 51: 657-664.
19. Bedard M.: Understanding burden differences between men and women caregivers: the contribution of care-recipient problem behaviours. *Int. Psychogeriatrics* 2005; 17: 99-118.
20. Coen R. i wsp.: Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2002; 13: 164-170.
21. Spisacka S, Pluta R. Charakterystyka demograficzna opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera. *Ann Uni Mariae Curie-Skłodowska* 2003: 163-168.
22. Wahbeh H. i wsp.: Salivary cortisol awakening response in mild Alzheimer disease, caregivers, and noncaregivers. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 2008; 22: 181-183.



23. Irwin M. i wsp.: Alzheimer caregiver stress: basal natural killer cell activity, pituitary-adrenal cortical function, and sympathetic tone. *Ann. Behav. Med.* 1997; 19: 83–90.
24. Grodzicki T. i wsp.: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. *Via Medica, Gdańsk.* 2004; 37-41.
25. Goode K. i wsp.: Predicting longitudinal changes in caregivers physical and mental health: a stress process model. *Health Psychology* 1998; 17: 190–198.
26. Pinquart M., Sorensen S.: Correlates of physical health of informal caregivers: a metaanalysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62: 126-137.
27. Volicer L.: Caregiver Burden in Dementia Care. Prevalence and Health Effects. *Curr Psychosis Ther Rep.* 2005; 3: 20–25.
28. Berg-Weger M. i wsp.: Assessing health of adult daughter former caregivers for elders with Alzheimer’s disease. *Am J of Alzheimers Dis Other Demen.* 2003; 8: 241-253.
29. Sansoni J. i wsp.: Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer’s disease caregivers. *Int J Nurs Pract.* 2004; 10: 93 – 100.
30. O’Rourke N.: Chronic caregiver depression as a predictor of patient institutionalization. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America. Orlando (FL) 2005.
31. Schulz R.: Psychiatric and physical health effects of family caregiving: treatment and prevention. IPA “Path to Prevention”, Montreal, *International Psychogeriatrics* 2009; 21: 5.
32. O’Rourke N.: Recurrent depressive symptomatology and physical health: A 10-year study of informal caregivers of persons with dementia. *Can. J. Psych.* 2007; 7: 434–438.
33. Zhang B. i wsp.: Depressive symptom trajectories and associated risks among bereaved Alzheimer disease caregivers. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2008; 16: 145–155.
34. Schulz R. i wsp.: Predictors of complicated grief among dementia caregivers: A prospective study of bereavement. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2006; 8: 650–658.
35. Kosmala K., Kloszewska I.: The burden of providing care for Alzheimer’s disease patients in Poland. *Intern. J. Geriatr. Psychiatry* 2004; 19: 191–193.
36. Sun F. i wsp.: Perceived income inadequacy as a predictor of psychological distress in Alzheimer’s caregivers. *Psychol. Aging* 2009; 24: 177–183.
37. Mausbach B. i wsp.: Avoidant coping partially mediates the relationship between patient problem behaviors and depressive symptoms in spousal Alzheimer caregivers. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2006; 1: 299–306.
38. Steadman P. i wsp.: Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 2007; 20: 115–119.

39. Monin J. i wsp.: Compassionate love in individuals with alzheimer's disease and their spousal caregivers: Associations with caregivers' psychological health. *Gerontologist* 2014.
40. Vitaliano P. i wsp.: Does expression emotion in spouses predict subsequent problems among care recipients with Alzheimer's disease. *J. Gerontol.* 1993; 48: 202–209.
41. Fearon M. i wsp.: Intimacy as a determinant of expression emotion in careers of people with Alzheimer's disease. *Psychological. Med.* 1998; 28: 1085–1090.
42. Argimon J. i wsp.: 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: 41–44.
43. Kamiya M. i wsp.: Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer's disease. *Geriatr. Gerontol. Int.* 2014; 2: 45–55.
44. Ballard C.: Agitation and psychosis in dementia. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2007; 15: 913–918.
45. Rabins P.: The caregiver's role in Alzheimer's disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Dis.* 1998; 9: 331–335.
46. Khachiyants N. i wsp.: Sundown syndrome in persons with dementia: an update. *Psychiatry Investig.* 2011; 8: 275–287.
47. Starkstein S. i wsp.: Specificity of symptoms of depression in Alzheimer's disease: A longitudinal analysis. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2005; 9: 802–810.
48. Green A., Brodaty H.: Care-giver interventions. W: Qizilbash N. i wsp. (red.). *Evidence-based dementia practice.* Blackwell Science Ltd, Philadelphia 2003: 769.

### STRESZCZENIE

Otępienie typu alzheimerowskiego jest najczęstszą przyczyną demencji na świecie. Większość przypadków otępienia jest diagnozowanych w stadium umiarkowanym lub nawet zaawansowanym. Pacjenci od etapu otępienia umiarkowanego wymagają pomocy opiekuna, ponieważ stopniowo tracą samodzielność. Długotrwałe sprawowanie opieki nad pacjentem łączy się z doświadczeniem obciążenia, które może mieć niekorzystny wpływ na funkcjonowanie społeczne, rodzinne i zawodowe opiekuna oraz na jego zdrowie psychiczne i somatyczne. Obciążenie i negatywne konsekwencje w obszarze zdrowia opiekunów wpływają negatywnie na jakość sprawowanej przez nich opieki i zwiększają prawdopodobieństwo wczesnej instytucjonalizacji chorego. Należy więc zwrócić uwagę na te formy wsparcia dla osób sprawujących opiekę, które minimalizują obciążenie, redukują stres i przyczyniają się do poprawy ich jakości życia.

**ABSTRACT**

Alzheimer's disease (AD) is the most common type of dementia worldwide. Majority of dementia cases are diagnosed at the level of moderate or severe stage. Patients from at the stage of the moderate or severe disease need caregiver aid, as they progressively lose independence. The time-absorbing care of patients with AD experience a significant degree of burden which can influence their social, family and professional life and also on their mental and physical health. The burden and the negative changes experienced by the caregivers predispose the lower quality of their care and premature patient's institutionalisation. It is important to focus on these forms of support which minimize carers' burden, reduce stress thus improve the quality of their life.

*Artykuł zawiera 28380 znaków ze spacjami*