

Marlena Szewczczak, Eliza Adryan, Maria Stachowska, Dorota Talarska

Katedra Profilaktyki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Obciążenie rodziny w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera

Sens of burden of the families taking care of patient with Alzheimer's disease

STRESZCZENIE

Wstęp. Chorzy z demencją w przebiegu choroby Alzheimera wymagają stałej, niejednokrotnie całodobowej opieki. Jak wykazują badania, 92% osób dotkniętych chorobą Alzheimera przebywa w domu w trakcie trwania choroby, w związku z czym ciężar opieki spoczywa na rodzinie.

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie czynników wpływających na poczucie obciążenia opiekuna osoby chorej na chorobę Alzheimera oraz form pomocy niesionej przez pielęgniarkę rodzinną.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 100 opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Narzędziem badawczym był Kwestionariusz Poczucia Obciążenia wraz z kwestionariuszem ankiety.

Wyniki. Wykazano zależność między wiekiem, płcią, statusem zawodowym, stanem zdrowia oraz stopniem pokrewieństwa opiekuna a wysokim poczuciem obciążenia opieką nad chorym z chorobą Alzheimera. Istnienie wsparcia niesionego opiekunowi wpływa na niższe poczucie obciążenia opieką. Potrzebę stworzenia domu pobytu czasowego dla chorych wykazano w grupie osób z wysokim poczuciem obciążenia.

Wnioski. Badania wykazały znaczne obciążenie opiekuna i rodziny osoby z chorobą Alzheimera. W pracy pielęgniarki sprawującej opiekę nad rodziną istotne jest określenie obszarów, w których występują deficyty w celu prawidłowego ukierunkowania niesionego wsparcia zarówno instytucjonalnego, jak i emocjonalnego.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (2): 223–227

Słowa kluczowe: obciążenie opieką, choroba Alzheimera

ABSTRACT

Introduction. Patients with dementia in Alzheimer's disease often require regular night care. Research shows 92% of people with Alzheimer's disease living at home during the course of the disease and therefore the burden of care rests with the family.

Aim of the study. Aim of the study is to show the factors affecting the sense of caregiver burden a person suffering from Alzheimer's disease and forms of aid carried by a family nurse.

Material and methods. The study was performed among 100 caregivers of people with Alzheimer's disease. Research tool was a questionnaire with a Sense of Burden Questionnaire.

Results. The dependence between age, gender, occupational status, health status and the degree of kinship caregiver burden and a high sense of care for patients with Alzheimer's disease. Existence of carer support being carried affects the lower sense of burden on care. The need for a temporary stay home for the sick has been demonstrated in patients with a high sense of burden.

Conclusions. Studies have shown a significant burden guardian and family of the person with Alzheimer's disease. The study nurse who has the care of the family is important to identify areas where there are deficits in the correct direction being carried both institutional support and emotional.

Nursing Topics 2012; 20 (2): 223–227

Key words: caregiver burden, Alzheimer disease

Adres do korespondencji: mgr Marlena Szewczczak, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Uniwersytet Medyczny, ul. Smoluchowskiego 11, 60–179 Poznań, tel./faks: (061) 861–22–42, tel. kom. 609–064–379, e-mail: mszewczczak@wp.pl

Wstęp

Choroba Alzheimera jest schorzeniem, które dotyka coraz więcej ludzi. Liczbę chorych na świecie szacuje się na 15–21 milionów, natomiast w Polsce choroba ta występuje u około 250 tysięcy [1]. Wraz z obserwowanym zjawiskiem starzenia się społeczeństwa (prognozy na 2050 r. wskazują, że osoby powyżej 65. roku życia będą stanowiły około 25% populacji, z czego co piątą dotknie choroba Alzheimera [2]), wzrasta zainteresowanie najczęstszymi problemami psychiatrycznymi i neurologicznymi występującymi w starości — między innymi takimi jak choroba Alzheimera.

Czas trwania Choroby Alzheimera wynosi 8–14 lat, chory przechodzi przez kolejne stadia nasilenia zaburzeń. Statystyki wykazują, że w Polsce około 92% pacjentów z chorobą Alzheimera przebywa pod opieką rodziny. W przypadku około 44% rodzin opieką zajmuje się jeden członek rodziny, w 26% dwie osoby bliskie. W prawie połowie rodzin chorym zajmują się córki, w około 1/4 — żony, w 1/10 — mężowie [3].

Czas trwania choroby oraz charakter niesionej pomocy sprawia, iż u opiekunów stwierdza się nadwrażliwość i chroniczne przemęczenie, a także zaburzenia obejmujące między innymi układ immunologiczny i sercowo-naczyniowy. Częściej niż w populacji ogólnej występuje u nich otyłość. Większa jest także zapadalność na infekcje układu oddechowego. Opieka nad leżącym chorym sprzyja zaostrzeniu zespołów bólowych i występowaniu urazów kostno-stawowych [4]. Czynniki, takie jak: niedobór snu, zmęczenie fizyczne i psychiczne czy codzienny stres, doprowadzają do zmniejszenia tolerancji. Nawet najbardziej wytrzymały opiekun po pewnym czasie ma okresy drażliwości, nerwowości, a także wybuchów gniewu [3]. Obcowanie z osobą chorą nie jest łatwe, chociażby ze względu na jej często niezrozumiałe zachowanie.

Osoby sprawujące opiekę często niecierpliwą się, irytują z powodu codziennych dodatkowych obowiązków. Przeprowadzone w populacji polskich opiekunów osób z chorobą Alzheimera badania potwierdzają, że opiekunowie ci znacznie częściej niż osoby z grupy kontrolnej cierpią na zaburzenia depresyjne i lękowe [5]. Większość opiekunów zostaje całkowicie zdana na siebie w zakresie opieki nad chorym. Całość omówionych zjawisk składa się na pojęcie obciążenia opiekuna (*caregiver burden*) [4]. Dodatkowo wraz wystąpieniem choroby mogą pojawić się problemy w funkcjonowaniu całej rodziny, która wraz z opiekunem sprawuje codzienną opiekę nad chorym. Niejednokrotnie członkowie rodziny stwierdzają: „chorujemy my wszyscy”, „w domu wszystko się zmieniło”. Wspólne życie z pacjentem z otępieniem powoduje zmianę zadań i funkcji poszczególnych członków rodziny — dominującymi stają się opieka i pielęgnacja. Radzenie sobie z codziennymi problemami często staje się uciążliwe, czego kon-

sekwencją może okazać się przeciążenie fizyczne, a także psychiczne osób sprawujących opiekę. Ma na to wpływ nie tylko nasilenie się funkcji pielęgnacyjno-opiekuńczej, ale także jednocześnie ograniczenie innych funkcji rodziny, na przykład rekreacyjno-towarzystwej. Choroba sprawia ponadto, że w rodzinie następuje przewartościowanie i zdystansowanie się wobec wielu problemów. Zmienia się jej funkcja emocjonalna i więzi pomiędzy jej poszczególnymi członkami [6]. Mogą one przyjąć dwojaki charakter: poprawić się i wzmocnić lub wręcz przeciwnie, napięcia emocjonalne i przeciążenia, które wynikają ze sprawowania opieki kosztem realizacji własnych planów życiowych, mogą prowadzić do osłabienia relacji w rodzinie, jej rozpadu lub porzucenia osoby chorej. Dodatkowo pojawienie się choroby może prowadzić do zmiany położenia finansowego wynikającego z wydatków związanymi z stosowaną farmakoterapią bądź koniecznością zrezygnowania z pracy zawodowej.

Pomoc kompetentnej osoby jest niezbędna na każdym etapie choroby, począwszy od pierwszych chwil po jej zdiagnozowaniu — istotnym zadaniem na tym etapie jest przygotowanie psychiczne i merytoryczne rodziny do opieki — aż do zaawansowanego stadium choroby, kiedy jest niezbędna bezpośrednia opieka medyczna. W opiece nad chorym istotna jest współpraca całego zespołu terapeutycznego, do którego należą, pielęgniarki, lekarze, pracownicy socjalni, fizjoterapeuci. Działania te powinny zmierzać nie tylko do hamowania procesu chorobowego, ale również poprawy jakości życia chorego i jego opiekunów. W środowisku domowym opiekunowie mogą liczyć, między innymi na pomoc pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, która po rozpoznaniu sytuacji bio-psycho-społecznej chorego może pomóc rodzinie w wypracowaniu indywidualnego sposobu radzenia sobie z chorobą, pomagać pacjentowi w jak najdłuższym utrzymaniu niezależności w czynnościach życia codziennego, zapobiegać powikłaniom ruchowym, emocjonalnym i żywieniowym. W zaawansowanym stadium choroby pomoc pielęgniarki ukierunkowana powinna być na rozwiązywanie codziennych problemów dotyczących pielęgnacji i doboru odpowiedniego żywienia oraz profilaktykę przeciwodleżynową. Dodatkowo istotnym elementem pomocy niesionej opiekunowi, jest udzielanie przez pielęgniarkę szeroko rozumianego wsparcia psychicznego. Wsparcie to powinno uwzględniać sferę emocjonalną rozumianą jako przekazywanie emocji stwarzających poczucie bezpieczeństwa, sferę poznawczą rozumianą jako wymianę i dostarczanie informacji ułatwiających zrozumienie sytuacji oraz sferę instrumentalną wskazującą sposoby postępowania [7].

Celem niniejszej pracy było ukazanie czynników wpływających na poczucie obciążenia opiekuna osoby dotkniętej chorobą Alzheimera.

Material i metody

Badanie przeprowadzono w okresie 12.10.2008–20.06.2009 wśród 100 opiekunów osób z chorobą Alzheimera. Co trzeci badany korzystał z pomocy Wielkopolskiego bądź Lubelskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego lub Lubuskiego Stowarzyszenia Wsparcia Opiekunów i Osób dotkniętych Chorobą Alzheimera.

Badanie przeprowadzono w oparciu o Kwestionariusz Poczucia Obciążenia autorstwa Raś, Opala i Ochudło [9], uwzględniając definicję poczucia obciążenia jako “doświadczanych przez opiekuna problemów fizycznych, psychologicznych, społecznych i materialnych”. Celem, jaki przyświecał autorom narzędzia, było stworzenie rodzimej skali poczucia obciążenia u osób opiekujących się chorymi z otępieniem przystosowanej do polskich warunków.

Kwestionariusz Poczucia Obciążenia zawiera 20 pytań. Obejmują one cztery składowe:

- ograniczenia osobiste — zmęczenie opieką (pytania 1–7);
- ograniczenia materialne i społeczne (pytania 16–20);
- emocje negatywne (pytania 8–12);
- brak energii — utrata kontroli (pytania 13–15).

Zakres punktacji kwestionariusza wynosi 0–60 punktów, przy czym — 0 punktów odpowiada brakowi obciążenia, a 60 punktów — największemu poczuciu obciążenia. Na każde z pytań należy udzielić jednej z możliwych odpowiedzi: nigdy, czasem, często, zawsze. Każda odpowiedź jest punktowana od 0–3, gdzie nigdy równa się 0 punktów, czasem — 1 punkt, często — 2 punkty, zawsze — 3 punkty. Do kwestionariusza dołączono pytania dotyczące opiekuna (wiek, płeć, rodzaj związku rodzinnego, wykształcenie, aktywność zawodową, ocenę własnego zdrowia, wsparcie od innych członków rodziny) oraz osoby chorej (płeć, wiek, czy osoba chora przebywa w ciągu tygodnia w stowarzyszeniu, jaki jest stopień nasilenia otępienia).

Stopień nasilenia otępienia przedstawiony był w formie opisowej, charakteryzującej stan osoby chorej jako 1., 2. lub 3. stadium choroby. Opiekun miał za zadanie określić, w jakim obecnie stadium znajduje się jego podopieczny. Dodatkowo zapytano respondentów o zapotrzebowanie na usługi domów czasowego pobytu, powodu umieszczenia chorego w ośrodku całodobowym, istnienie sieci wsparcia oraz otrzymywanej pomocy.

Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu programu JMP 4.0.2. W dalszej kolejności analizowano zależności przy użyciu testu: Manna-Whitneya lub Kruskala-Wallis, zakładając poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W badanej grupie odsetek kobiet był wyższy (71%) niż mężczyzn (29%). Średnia wieku respondentów wynosiła $57,6 \pm 13,0$ lat. Opiekunowie mieszkali głównie na terenie miast wojewódzkich (Poznań — 34%, Zie-

lonej Góry — 20%, Lublina — 12%). Połowa opiekunów posiadała wykształcenie średnie, 36% wyższe, pozostali zawodowe (11%) lub podstawowe (3%). Osoby aktywne zawodowo stanowiły 54% grupy.

Podopieczni respondentów to osoby w wieku 54–95 lat (średnio $78 \pm 7,1$ lat), z przewagą grupy kobiet (81%). Opiekunowie określili u 62% podopiecznych drugi stopień otępienia, u 28% trzeci, a u 17% pierwszy. W placówce Stowarzyszenia Alzheimerowskiego w ciągu tygodnia przebywało 34% podopiecznych. Pozostali nie korzystali z tej formy pomocy.

Opiekunowie w większości (66%) zgłaszali umiarkowane problemy zdrowotne. Osoby cieszące się dobrym zdrowiem stanowiły 23% grupy, a z ciężkimi problemami zdrowotnymi — 11%. Opiekunami byli najczęściej najbliżsi członkowie rodziny chorego: dorosłe dzieci osób chorych (63%) lub współmałżonkowie chorych (31%). Ponadto większość z nich (79%) zgłaszało wsparcie od innych członków rodziny.

Wśród ankietowanych najwyższe poczucie obciążenia opieką miały osoby, które po podliczeniu punktów uzyskały wynik 53, natomiast na najmniejsze poczucie obciążenia wskazał wynik 8 punktów. Największą część badanej grupy stanowili opiekunowie z poczuciem obciążenia w przedziale 21–30 punktów (50%). Średnia poczucia obciążenia opieką wyniosła $25,5 \pm 8,6$. Na poczucie obciążenia opiekuna duży wpływ miał wiek badanego ($p < 0,05$). Najniższe poczucie obciążenia występowało u osób w średnim wieku (46–65 lat), a najwyższe u osób powyżej 65. roku życia. Potwierdzono, że im starsi opiekunowie, tym większe poczucie zmęczenia opieką ($p < 0,001$). Wpływ na poczucie obciążenia miała również płeć opiekuna — mężczyźni wykazali większe poczucie obciążenia niż kobiety ($p < 0,05$). Stwierdzono, że istotny wpływ na ogólne poczucie obciążenia opieką ma rodzaj związku rodzinnego pomiędzy opiekunem i osobą chorą — największe poczucie obciążenia opieką występuje u współmałżonków ($p < 0,01$). Nie wykazano związku pomiędzy wykształceniem a poczuciem obciążenia opiekuna. Stwierdzono jednak wpływ aktywności zawodowej — osoby aktywne zawodowo miały mniejsze poczucie obciążenia opieką ($p < 0,05$). Wykazano także związek oceny własnego zdrowia opiekuna z ogólnym poczuciem obciążenia opieką. Opiekunowie, którzy gorzej ocenili stan swojego zdrowia, mieli większe poczucie obciążenia opieką, a także odczuwają większe zmęczenie, ograniczenia materialne i społeczne ($p < 0,01$).

Większość z ankietowanych (79%) wyraża potrzebę istnienia domu pobytu czasowego, gdzie osoba chora mogłaby przebywać całodobowo przez okres do jednego miesiąca. Osoby, które wyraziły taką opinię można podzielić na trzy grupy ze względu na sytuację, w których potrzebna jest pomoc takiego ośrodka. Pierwsza grupa to opiekunowie, którzy potrzebują chwili

wytchnienia, by wypocząć lub wyjechać na wakacje (65,3%). Drugą grupę stanowią opiekunowie, którzy ze względu na swój stan zdrowia zmuszeni są do hospitalizacji (19,2%). Trzecią grupą osób kierują inne powody, na przykład wyjazd do dalszej rodziny, różne niespodziewane sytuacje rodzinne, ogromne zmęczenie, przeciążenie opieką, potrzeba odpoczynku psychicznego, chęć posiadania poczucia namiastki wolności czy ostateczność, kiedy opiekun nie będzie już sobie dawał rady (15,3%). Opiekunowie, którzy chcieliby, aby istniał dom pobytu czasowego zaznaczają również, iż umieszciliby w nim swego podopiecznego tylko wtedy, gdyby byli pewni, że mają tam odpowiednią opiekę.

Czynnikiem istotnie wpływającym na poczucie obciążenia jest wsparcie od innych członków rodziny. Obecność wsparcia ze strony innych członków rodziny sprawiała, że opiekunowie osób chorych mieli mniejsze poczucie obciążenia opieką, mniejsze poczucie zmęczenia, ograniczeń materialnych i społecznych, mniej emocji negatywnych oraz niższe poczucie braku energii ($p < 0,001$). Istotny wpływ na poczucie obciążenia opieką miało przekonanie o potrzebie istnienia domu pobytu czasowego. Respondenci, którzy dostrzegali potrzebę stworzenia domu pobytu czasowego, mieli wyższe poczucie obciążenia opieką w porównaniu do tych, którzy takiej potrzeby nie widzieli ($p < 0,001$). Opiekunowie ci charakteryzowali się także poczuciem większego zmęczenia ($p < 0,05$), większych ograniczeń materialnych i społecznych ($p < 0,05$), częściej występowały u nich emocje negatywne ($p < 0,05$). Nie wykazano zależności między poczuciem obciążenia a przebywaniem osoby chorej w stowarzyszeniu oraz stopniem nasilenia ośpienia podopiecznych.

Dyskusja

Choroba Alzheimera dotyka nie tylko samego chorego, lecz także jego najbliższych. Opiekun staje w obliczu trudnych do zaakceptowania zmian u bliskiej osoby, których najczęściej nie rozumie. Problemy z komunikowaniem, zmiany zachowania bądź stres związany z „pilnowaniem” chorego doprowadzają do nasilenia zmęczenia fizycznego i psychicznego, zniechęcenia oraz lęku. Jak podaje Bień [9], pomimo że opiekunowie rodzinni stanowią główny, chociaż nieformalny filar systemu opiekuńczego państwa, to ich sytuacja życiowa i potrzeby wynikające z zobowiązań opiekuńczych nie są powszechnie uświadamiane, doceniane ani realizowane. Dodatkowo większość opiekunów zostaje całkowicie zdana na siebie w zakresie opieki nad chorym. Istotne więc wydaje się określenie czynników wpływających na poczucie obciążenia opiekuna, które pozwolą nakierować niesienie pomocy zarówno pod kątem instytucjonalnym, materialnym, jak i psychologicznym. Wyniki badań własnych wskazują, że na poczucie obciążenia opiekuna osoby chorej na chorobę Alzheimera

mają wpływ zarówno czynniki społeczno-demograficzne, jak i zdrowotne. Podobnych spostrzeżeń dokonali Ochudło i wsp. [10]. Wykazali oni jednocześnie silną zależność między poczuciem obciążenia a długością czasu sprawowanej opieki. Średni poziom poczucia obciążenia w Kwestionariuszu Poczucia Obciążenia wyniósł 18,6 punktów, co w porównaniu z badaniem własnym stanowi niższy wynik (25,5 punktów).

Porównaniem czynników wpływających na poczucie obciążenia opiekuna osoby chorej na chorobę Alzheimera w różnych krajach europejskich zajęli się Schneider i wsp. [11], objęli badaniem 280 opiekunów z 14 krajów Unii Europejskiej (Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Irlandii, Włoch, Luksemburga, Holandii, Hiszpanii, Portugalii, Szwecji, Anglii). Wyniki badań ukazały, iż obciążenie opieką oraz występowanie stresu psychicznego są podobnie wysokie w różnych krajach europejskich. Ponadto autor wskazuje istotę wdrożenia prewencji pierwotnej i wtórnej ukierunkowanej na zaburzenia poznawcze, negatywne reakcje społeczne, złą sytuację finansową, jako czynniki niezbędne do poprawy sytuacji opiekunów oraz przede wszystkim ich odciążenia.

Próbę określenia poziomu zapotrzebowania na wsparcie społeczne i zorganizowane formy pomocy w pracy z opiekunem podjęła Gustaw i wsp. [7]. W porównaniu do badań własnych, opiekunowie częściej określali opiekę za bardzo uciążliwą (72%). Dotkliwiej odczuwali brak pomocy, wsparcia fizycznego i społecznego ze strony rodziny, społeczeństwa i instytucji powołanych do tego (ponad 1/3 opiekunów nie ma nikogo, kto wsparłby ich w trudnej sytuacji). Podjęcie opieki nad osobą chorą miało istotny wpływ na życie opiekunów, kontakty towarzyskie, kontakty z dalszą rodziną czy ogólny poziom zadowolenia z życia. Mimo wysokiego poczucia obciążenia i jego skutków na różne sfery życia osobistego, opieka nad osobą bliską stanowi dla nich źródło satysfakcji (60%).

Zauważyć można, że prezentowane badania, podobnie jak badania własne, wskazują na duże poczucie obciążenia osób sprawujących opiekę nad osobą z ośpieniem. Główny kierunek tych badań to ocena poczucia obciążenia społecznego i psychicznego. Ich wyniki ukazują, jaki jest wpływ różnorodnych czynników na poczucie obciążenia opieką, co może nieść duży wkład w generowanie różnorodnej pomocy, skierowanej do opiekunów. Pomocy zarówno materialnej, instytucjonalnej, jak i psychologicznej.

Wnioski

1. Poczucie obciążenia opiekunów wynikające ze sprawowania opieki nad osobą z chorobą Alzheimera wśród respondentów było duże. Zależy ono między innymi od takich czynników, jak: wiek, płeć, rodzaj powiązań rodzinnych, aktywność zawodowa, ocena

własnego zdrowia oraz istnienie wsparcia ze strony innych członków rodziny.

2. Wysokie poczucie obciążenia opiekuna wskazuje na konieczność szczególnej uwagi na kierowane do niego wsparcie zwłaszcza ze strony pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.

Piśmiennictwo

1. Krzyżowski J. Psychogeriatrya. Medyk, Warszawa 2004; 169.
2. Opala G. Epidemiologia otępień w perspektywie prognoz demograficznych. [W:] Leszek J. (red.). Choroby otępienne teoria i praktyka. Continuo, Wrocław 2003; 18–21.
3. Spisacka S., Pluta R. Charakterystyka demograficzna opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera. Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska 2003; LVIII, (supl. XIII) 233: 163–168.
4. Kłoszewska I. Rola opiekuna chorych z otępieniem. Pol. Przgl. Neurol. 2007; 3 (2): 105–108.
5. Rosiczuk-Tonderys J., Uchmanowicz I., Mierzwa J., Arendarczyk H., Czapiga B. Wpływ choroby Alzheimera na funkcjonowanie rodziny. W: Śladkowska W. (red.). Medicina. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej Lublin 2004; LIX (supl. XIV), N6: 53–57.
6. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina–zdrowie–choroba koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Czelej, Lublin 2001: 94–96.
7. Gustaw K., Bełtowska K., Makara-Studzińska M. Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją- potrzeba pomocy społecznej. Przgl. Lek. 2008; 65 (6): 304–307.
8. Raś P., Opala G., Ochudło S. Kwestionariusz poczucia obciążenia osób opiekujących się chorymi z otępieniem — nowe narzędzie badawcze. Psychogeriatrya Polska 2005; 2 (1): 21–32.
9. Bień B., Wojsztel Z.B., Doroszkiewicz H. Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. Gerontol. Pol. 2008; 16: 25–43.
10. Ochudło S., Targosz M., Liberska A., Opala G. Poczucie obciążenia opiekunów osób z zaawansowaną postacią choroby Alzheimera. Neurologia i Neurochirurgia Polska 2005; 39 (4) (supl. 2): 354–358.
11. Schneider J., Murray J., Banerjee S., Mann A. Eurocare: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I- Factors associated with carer burden. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 1999; 14 (8): 651–661.