

# MOŽNOSTI IN OMEJITVE RAZBREMENJEVANJA SVOJCEV PO MOŽGANSKI KAPI S PSIHOEDUKATIVNIMI SKUPINAMI *THE POTENTIALS AND LIMITATIONS OF THERAPEUTIC SUPPORT FOR FAMILY CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS*

Vesna Mlinarič, univ. dipl. psih., dr. Barbara Starovasnik Žagavec, spec. klin. psih., Mojca Kokot, soc. del., doc. dr. Nika Goljar, dr. med.  
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

## Povzetek

Možganska kap pri obolelih v večini primerov pusti kronične posledice, ki omejuje sposobnost za samostojno vsakodnevno delovanje in v aktivnejšo vlogo postavijo svojce, ki v različni meri prevzamejo naloge oskrbe in pomoči bolnikom, pri čemer se spoprijemajo s številnimi obremenitvami. Eden izmed pristopov, namenjenih podpori svojcev, so psihoedukativne skupine, s katerimi želimo vplivati na proces spoprijemanja s stresom kot posledico oskrbe prek razširjanja virov in prilagajanja strategij spoprijemanja. Poleg možnosti izmenjave izkušenj in čustvene podpore med udeleženci psihoedukativne skupine vključujejo tudi posredovanje strokovnih informacij ter razvoj spretnosti pri upravljanju bolezni. V večini dosedanjih raziskav je kljub omejitvam merjenja nakazana njihova učinkovitost tako za svojce kot posredno za bolnike, pri čemer pa se opaža tudi, da na dovtetnost za učinke skupin vplivajo določeni situacijski dejavniki oskrbe in tudi dejavniki, povezani z izvedbo psihoedukativnih skupin. Skladno z dosedanjimi raziskavami se je tudi v pilotni raziskavi, ki smo jo izvedli na Oddelku za rehabilitacijo za bolnike po možganski kapi na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu - Soča, pri svojcih bolnikov pokazalo zanimanje za vključitev v ponudbo psihoedukativnih skupin, ki naj bi glede na splošne smernice celostne rehabilitacije predstavljale redno dejavnost v rehabilitacijskih programih bolnikov.

## Ključne besede:

možganska kap, svojci, psihoedukacija, skupine, evalvacija

## Abstract

*In most cases stroke causes chronic disabilities that limit the ability for independent everyday functioning of patients. As a consequence, close relatives can face severe care-related burdens while taking an active role in care-giving and helping the patients. One of the interventions for supporting caregivers are psychoeducational groups, where the process of coping with care-related stress is optimised through expanding coping resources and adapting coping strategies. Caregivers receive professional information and develop competencies in managing the disease consequences in addition to experience exchange and emotional support between other caregivers. Most of the research in this field confirmed the efficiency of such interventions, although some measurement difficulties are evident. The outcome differs across different care-situation features and psychoeducational group implementation features. Relatives of patients have expressed interest in joining psychoeducational groups at the Department for Rehabilitation of Patients After Stroke at the University Rehabilitation Institute in Ljubljana. According to the general guidelines for comprehensive rehabilitation, such groups for family caregivers should be included as a standard part in the rehabilitation programs for patients.*

## Key words:

*stroke, family caregivers, psychoeducation, groups, evaluation*

Prispelo/Received: 30. 10. 2013

Sprejeto/Accepted: 15. 1. 2014

E-naslov za dopisovanje/E-mail for correspondence (VM):

vesnamlinaric@gmail.com

## UVOD

Možganska kap nastopi nenadoma in nepričakovano. V Sloveniji za ishemično možgansko kapjo vsako leto zboli okoli 4000 oseb (1). Posledice lahko prizadenejo zmožnost zaznavanja, gibanja, mišljenja, govora, čustvovanja in vedenja ter ovirajo človeka pri skrbi zase, zaposlitvi, opravljanju različnih nalog v družini in medosebnih odnosih. Bolniku tako lahko onemogočijo, da bi živel na ustaljen način, kar navadno spremeni vsakodnevno delovanje, tako za obolelega kot tudi za tiste, ki so mu blizu. Cilj rehabilitacije je doseči čim višjo raven samostojnosti na bolniku pomembnih področjih, ki je v skladu z realnimi možnostmi okrevanja, in tako prispevati h kakovosti življenja. Ob tem je za uspešno izvajanje rehabilitacijskega procesa zelo pomembna tudi vloga družine, ki prispeva k uspehu ali neuspehu rehabilitacije (2). Pomembnost družine se hkrati pokaže ob vračanju bolnika v domače okolje, saj glede na raziskave le 47 % bolnikov po možganski kapi lahko zaživi samostojno, torej brez tuje pomoči (3). Posledica možganske kapi je namreč pogosto zmanjšana zmožnost bolnika, ki bo verjetno potreboval pomoč ali nego in terapevtsko obravnavo še dolgo po nastanku bolezni.

Ob vrnitvi v domače okolje se vsi vključeni znajdejo v položaju, ki prinese nove zahteve in pričakovanja. Spoprijemanje z neizbežnimi spremembami načina življenja vključuje čustveno in kognitivno raven sprejemanja posledic bolezni, preureditev življenjskega sloga in spremembe v vsakodnevni aktivnosti (na primer povečanje skrbniških dejavnosti, pomanjkanje časa za hobije, obvladovanje dejavnikov tveganja itn.).

## Vpliv bolezni na svojce skrbnike

Večina dosedanjih raziskav, ki so se ukvarjale s posledicami oskrbe bolnikov z nevrološkimi motnjami, je kot osrednji model bolezni vključila demenco, zlasti Alzheimerjevo (4). Njene posledice se sicer razlikujejo od možganske kapi, predvsem v postopnosti napredovanja pri demenci (možgansko kap bolniki pogosto nasprotno opišejo »kot strelo z jasnega«) in tudi v starosti obolevanja (možganska kap pogosto zajame tudi mlajše). Obema pa je skupno, da zahtevata spremembe v družinskem delovanju. Na tem mestu zato omenjamo raziskave z obeh področij. Večina raziskav, ki so združene pod besedno zvezo raziskave negovanja (angl. caregiving research), je tako za skrbnike bolnikov z demenco kot tudi bolnikov po možganski kapi ugotovila, da se pri njih kažejo jasne sledi bremena oskrbe – na telesni in psihični ravni, kar je na primer opazno v večji količini uporabljenih zdravil in slabši oceni lastnega zdravja (5), več zdravju škodljivih razvad (6), bolj razširjeni depresivni simptomatiki (7, 8), občutjih jeze (9), slabšem čustvenem zdravju in osiromašenem socialnem življenju (5). Glede na ugotovitve Wyllerja in sodelavcev (10) se zdravje skrbnikov bolj povezuje z zaznamim bre-

menom oskrbe kot pa objektivnimi značilnostmi bolezni bolnika.

Dolgotrajna psihična in telesna obremenitev svojcev, ki jo zahteva oskrba, se ne kaže le na ravni posameznega družinskega člana, temveč tudi na ravni družine kot sistema. Vodi lahko k družinskim konfliktom ali različnim oblikam nasilja do bolnika (11), pri čemer je opazen razkorak med predstavami svojcev o bolniku in resničnimi posledicami po možganski kapi. Družinski člani namreč pogosto težko razločujejo posledice kapi od bolnikove osebnosti. Partner skrbnik, ki razume razpon posledic spominskih motenj, na primer lažje sprejme, da bolnik pozabi pomembno obletnico. Nasprotno pa lahko neustrezno obveščen partner enak dogodek doživi kot žalitev, pomanjkanje ljubezni, zlonamerno ipd., kar vodi do negativnih občutij do bolnika. Te sicer na videz malenkostne razlike v interpretaciji lahko povsem spremenijo položaj in občutja vključenih, tako kratkoročno kot dolgoročno. Na tem mestu se jasno pokaže pomembnost sistematičnega dela zdravstvenih delavcev, predvsem psihologov, s svojci, s katerimi stopajo v stik prek kliničnih obravnav bolnikov.

Situacija oskrbe je precej obremenilna za svojce, vendar pa s seboj ne prinaša le negativnih vidikov, temveč lahko tudi pozitivne. Svojci pozitivne vidike povezujejo z osebnostnim razvojem, razvojem občutja bližine z bolnikom, občutkom toplote in pripadnosti ter posledično tudi povišanjem občutka lastne vrednosti (12). V preglednem članku (13) so ugotovili, da skrbniki, ki opažajo več pozitivnih vidikov skrbniškega položaja, občutijo nižjo obremenjenost in so bolj zdravi. Hkrati predstava svojcev o pozitivnih vidikih oskrbe doma napoveduje, kako in kje se bodo svojci odločili skrbeti za bolnika (13).

Na podlagi teh izsledkov si lahko upravičeno postavimo vprašanja – kako je mogoče, da so med skrbniki tako velike razlike? Kako to, da nekateri svojci zbolijo, drugi pa ne? In predvsem, kje v tem procesu spoprijemanja lahko vstopimo mi kot izvajalci rehabilitacijskih programov in pomagamo svojcem ter bolnikom, da bo izid stanja dolgoročno ugodnejši, in tako tudi pripomoremo k doseganju ciljev rehabilitacije?

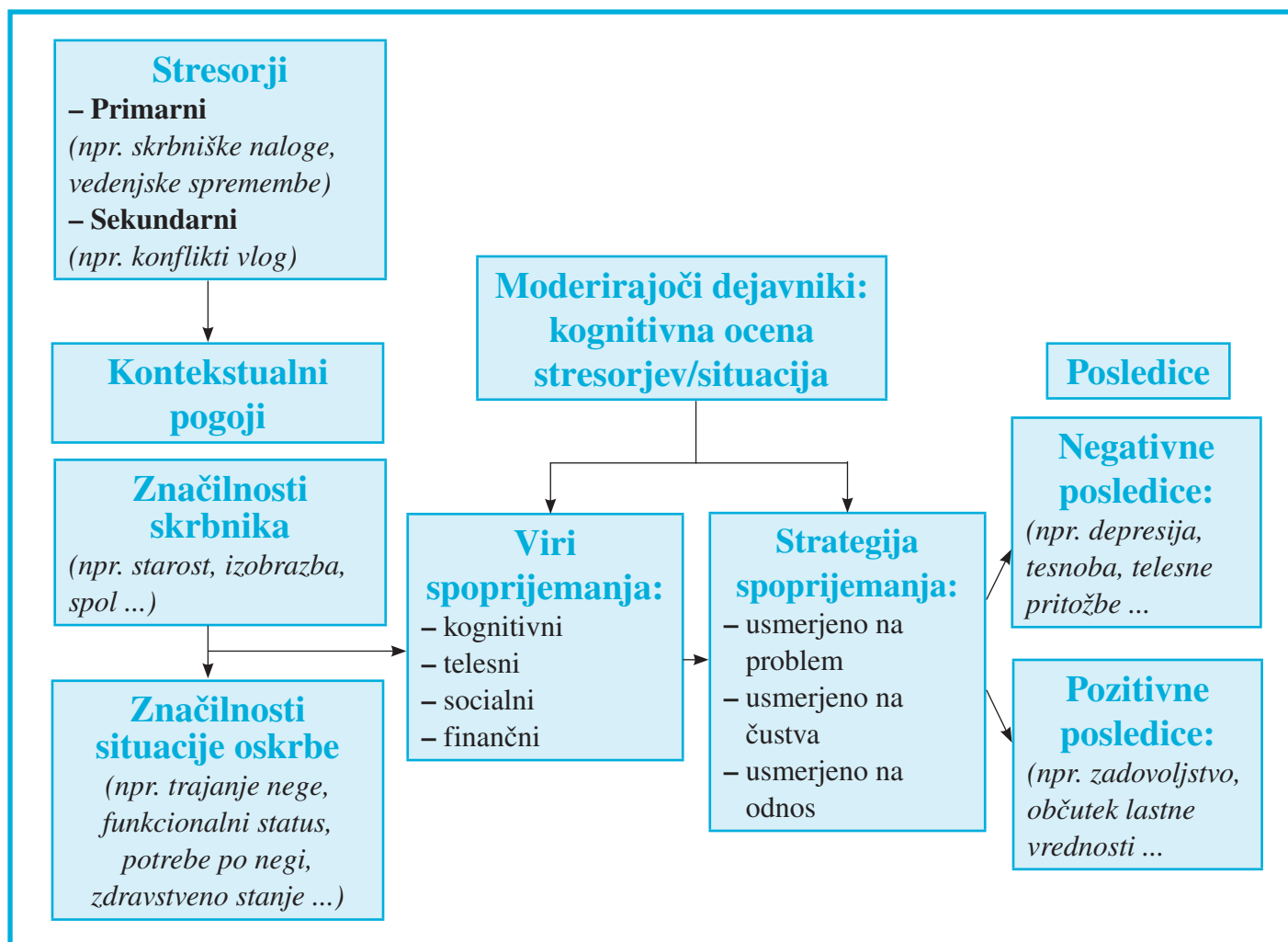
## MODELI PROGRAMOV DELA S SVOJCI

Zaradi vseh omenjenih empiričnih dokazov o obremenitvi skrbnikov so se začeli razvijati različni psihoedukativni in tako imenovani razbremenitveni programi, katerih namen je zmanjšati negativne posledice oskrbe za bolnika pri svojcih skrbnikih (4). Toda na katere dejavnike lahko ciljamo, da bomo svojce podprli pri učinkovitem spoprijemanju s položajem? Odgovor na to vprašanje ponujajo teorije stresa, doživljanje katerega je povezano z neugodnimi izidi. Osrednji element Lazarusove (14) kognitivno-transakcijske teorije stresa je vzajemen odnos med osebo in okoljem.

Odziv stresa se namreč pojavi, ko oseba zahteve situacije subjektivno doživlja kot višje od svojih zmožnosti – ko torej presodi, da situaciji ni kos. Kramerjeva (15) v svojem modelu spoprijemanja s stresom kot posledico v situaciji oskrbe bolnika (slika 1) razlikuje med samimi stresorji, ki se nanašajo na značilne naloge oskrbe, in okoliščinami negovalne situacije, ki vključujejo značilnosti negovalca in bolnika ter tudi značilnosti odnosa med njima. Pomemben dejavnik pri spoprijemanju z navedenimi obremenitvami v negovalni situaciji pa predstavljajo skrbnikovi viri spoprijemanja in strategije spoprijemanja. Posledice so tako odvisne od različnih kombinacij omenjenih dejavnikov. Dolgoročne posledice prilagajanja na situacijo oskrbe so lahko po Kramerjevi tako negativne (neustrezna prilagoditev, na primer depresija, telesni simptomi) kot pozitivne (ustrezna prilagoditev, na primer zadovoljstvo, povišan občutek lastne vrednosti). Kako se je torej najbolj primerno odzvati v situaciji oskrbe, da bo izid v prid pozitivnim posledicam? Žal na to vprašanje ni preprostega odgovora. Ustreznost strategije je namreč močno odvisna od situacije, ki je pri različnih družinah in bolnikih različna, spreminja pa se tudi skozi čas. V situacijah, ki jih ni mogoče spremeniti, so lahko spoprijemanja, ki so usmerjena na težavo, neprimerna in ne pripomorejo k zelenemu zmanjšanju stresa (14). Nasprotno pa je v tem

primeru spoprijemanje, ki je osredotočeno na čustva, na primer sprejemanje obremenitev, bolj prilagojena strategija. Tudi Lämmler v svoji raziskavi ni odkril strategij, ki bi bile negativne same po sebi (4). Kot osrednji vidik uspešnega spoprijemanja pa je navedel prilagodljivost – sposobnost, da se lahko posameznik na spremenljive okoliščine odzove z različnimi strategijami. Uspešno spoprijemanje s situacijo nege predstavlja predvsem prilagajanje na spremenljivo situacijo, kar se na primer kaže z zmanjšanjem negovalnih dejavnosti v dobro razvijanja samostojnih vedenj bolnika ob znakih okrevanja.

Omenjeni modeli stresa nam ponujajo pregledno podlago za določanje vidikov, na katere lahko ciljamo in jih spreminjamo. Dejavniki, ki jih lahko spreminjamo, vključujejo stresorje, subjektivno opredelitev stresorjev in vire, ki so na voljo za spoprijemanje s stresno situacijo. Eden izmed pristopov, namenjenih podpori svojcev, so psihoedukacijske skupine za svojce, katerih cilji so obveščati o bolezni in posledicah ter razvijati oziroma izboljšati sposobnosti obvladovanja posledic bolezni, približati pojem »skrbi zase« in strategij za spoprijemanje s stresom ter omogočiti izmenjavo izkušenj in težav z drugimi, s tem pa tudi zagotoviti čustveno razbremenitev (4).



Slika 1: Model spoprijemanja s stresom kot posledico oskrbe bolnika po Kramerjevi (15).

Pri svojcih želimo tako doseči razširitev njihovih virov in tudi spremembo njihovega doživljanja in vedenja (4). Pridobljeno znanje namreč lahko predstavlja vir, ki omogoča učinkovitejše delovanje v morebitnih stresnih situacijah, čustvena podpora pa spreminja odnos med subjektivno zaznanim stresom in dolgoročnimi posledicami obremenitev zaradi oskrbe. Vzdolžne raziskave pri svojcih skrbnikih bolnikov z demenco so namreč pokazale, da imajo spremembe v interpretaciji vedenja, povezanega z demenco, pozitiven vpliv na občutje stresa (16). Kot učinkovita sprememba doživljanja se je v skupinskem okolju pokazala tudi strategija socialne primerjave – s pomočjo prepoznavne, da obstajajo različno hude oblike bolezni, se subjektivno doživeti stres za svojece pogosteje omili (4).

## EVALVACIJA UČINKOVITOSTI PROGRAMOV DELA S SVOJCI

V metaanalizi sta Toseland in Rossiter (17) pregledala 29 raziskav, v katerih so preučevali učinkovitost svojcem namenjenih tečajev in skupin, ki temeljijo na edukativnem pristopu (večinoma obsegajo od 6 do 8 srečanj). V vseh raziskavah, v katerih so merili zadovoljstvo udeležencev in klinično oceno, ki jo je dal vodja skupine, so bili opazni pozitivni učinki – udeleženci so navajali visoke stopnje zadovoljstva, vodje skupin pa so skupinski proces brez izjeme ocenili kot učinkovit. Evans in Held sta na primer proučevala učinkovitost izobraževalnih ali svetovalnih seminarjev za družine bolnikov po možganski kapi (18). Pri skrbnikih, ki so se udeležili izobraževalnih ali svetovalnih seminarjev za družine bolnikov po možganski kapi, sta zaznala boljše komunikacijske spretnosti in spretnosti reševanja težave. V svoji raziskavi je Heierjeva proučevala učinkovitost psihoe-dukativne skupine, ki jo je vodila psihologinja, na tematskih srečanjih pa so se pridružili tudi drugi člani rehabilitacijskega tima (4). Po koncu intervencije je avtorica ugotovila opazen porast znanja o kapi. Avtorica tudi omenja, da lahko skupinsko ozračje v primerjavi z individualnim svetovanjem omogoča učenje po modelu. V eni izmed skupin se je na primer pokazalo, da so ob mlajših udeležencih, ki so bili bolj pripravljeni sprejeti strokovno pomoč, to lažje sprejeli tudi starejši udeleženci. Udeleženci so se tudi čutili manj obremenjene, zdelo se jim je, da so s skupino pridobili različne pozitivne učinke. Določeni posamezniki so poročali tudi o pozitivnih vedenjskih spremembah.

Na učinkovitost psihoe-dukativnih skupin vplivajo torej tudi nekateri drugi dejavniki kot le udeležba v skupini. Coon in njegovi sodelavci so na primer ugotovili, da na učinkovitost treningov, katerih cilj je bil zmanjšati depresijo in agresivnost, vpliva obširnost že izraženih depresivnih simptomov in agresivnih nagnjenj pri svojcih dementnih bolnikov (19). Učinkovitost skupin se razlikuje tudi glede na usposobljenost vodje skupine. Toseland, Rossiter in Labrecque (20) so se ukvarjali z vprašanjem, ali so skupine za svojece bolnikov z alzheimerjevo demenco, katerih vodje so usposobljeni strokovnjaki, bolj učinkovite kot skupine, ki jih vodijo laiki.

Udeleženci strokovno vodene skupine so poročali o največji meri izboljšav v psihični simptomatiki, medtem ko so udeleženci »laične« skupine poročali o večji uporabi neformalnih podpornih socialnih mrež. Strokovni vodje so med srečanji udeležence usmerjali k urjenju strategij reševanja težav in bili učinkovitejši pri vodenju srečanj. Laični vodje so bolj poudarjali druženje in pomen neformalnih socialnih vezi. Dodatno je bilo tudi ugotovljeno, da se učinkovitost skupinskega psihoedukativnega seminarja o negi in podpori bolnikov po možganski kapi še poviša, če je ta kombiniran z individualnim svetovanjem (21).

Glede na navedene raziskave se torej zdi, da lahko podobne intervencije za svojece pomenijo razbremenitev. Kaj pa prinašajo bolnikom? Nenazadnje psihoedukativne intervencije, ki povzročijo spremembo vedenja in doživljanja svojcev, nimajo učinka le nanje, temveč tudi na bolnike. Pri skrbnikih bolnikov z diagnozo demence se je pokazalo, da so se po intervenciji izboljšale sposobnosti za vsakodnevne aktivnosti in zmanjšale vedenjske motnje – bolniki so bili manj nemirni in prestrašeni (22). Nasprotno pa pregled razlik v funkcionalnem okrevanju bolnikov, za katere so skrbeli svojci, ki so se udeležili psihoe-dukativnega izobraževanja, in bolnikov, katerih svojci se niso udeležili omenjenega izobraževanja, ni pokazal jasnih rezultatov (2). Pri podrobnejšem pregledu rezultatov avtorji opažajo, da je lahko intervencija bolj učinkovita za bolnike z izhodiščno boljšim psihološkim in kognitivnim delovanjem.

## IZZIVI IN VPRAŠANJA

Navedene raziskave so sicer obetavne, a pri tem ne moremo zanemariti podatka, da glede na prej omenjeno metaanalizo ni enoznačnih učinkov pri raziskavah, ki so uporabljale standardizirane instrumente (16). V čem je torej težava merjenja učinkovitosti podobnih intervencij? Heierjeva omenja, da standardizirane lestvice pogosto zajemajo splošno doživljanje (4). Pri skrbnikih, ki že leta vzdržujejo manj učinkovite strategije, ki se odražajo v splošnem slabšem počutju, se nekajtedensko posredovanje, na primer, verjetno ne kaže v boljšem splošnem počutju, temveč se uspeh verjetneje pokaže na ožjih pokazateljih učinkovitosti, kot je kakovost spanja ipd. Bolj splošno spremembo lahko morebiti pričakujemo šele dolgoročno. Pojavlja pa se tudi vprašanje, kaj sploh pomeni pojem »uspeh« naštetih pristopov. Glede na individualne značilnosti vsake skrbniške situacije težko enoznačno opredelimo »uspeh« tako, da bo pokazatelj tega ustrezen za vse udeležence. Včasih je to lahko celo ohranjanje trenutnega stanja oziroma preprečitev poslabšanja, kar se seveda odraža v merjenih spremenljivkah.

## POTREBE IN UPORABA PODPORNIH MOŽNOSTI

Svojci si glede na dosedanje raziskave želijo pomoči. V Gräßelovi raziskavi, ki je zajela kar 1911 svojcev skrbnikov



bolnikov z različnimi kroničnimi obolenji, si na primer 53 % skrbnikov želi več nestrokovne pomoči (na primer prijatelji, sorodniki ali sosedi), 44 % si jih želi več strokovne pomoči (na primer dnevne nege ali kratkotrajne nege), 69 % si želi višje priznavanje svojih skrbniških dejavnosti (bodisi idejne bodisi materialne) in 25 % skrbnikov si želi več dodatnih medicinskih informacij in svetovanja družinskega ali področnega zdravnika (4). Podobno je Lämmler pri ženah bolnikov po možganski kapi ugotovil, da jih večina poroča o visokih stopnjah občutja obremenitve, pri čemer je med njimi 42 % takih, ki bi jih zanimala pomoč znotraj skupin za svojce (23).

S tem izhodiščem v mislih smo tudi na Oddelku za rehabilitacijo za bolnike po možganski kapi na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu – Soča svojcem bolnikov pilotno razdelili vprašalnike o interesu za udeležbo na psihoedukativnih skupinskih srečanjih za svojce. Začetne analize kažejo, da ima večina vprašanih interes po udeležbi (76 %). Navajajo zelo različne vzroke, zaradi katerih bi se želeli udeležiti omenjenih skupin, vsekakor pa prednjačijo vprašanja o bolezni, možnostih za gibanje, urjenje govorno-jezikovnih sposobnosti itn. Udeležba v psihoedukativni skupini pa večinoma ne zanima svojcev, ki menijo, da imajo v danem trenutku že nekaj oziroma dovolj informacij o posledicah po možganski kapi.

Čeprav svojci izražajo željo po pomoči, se v preteklih raziskavah kot pomembna težava pri izvajanju možnosti podpore opaža razkorak med izraženimi potrebami skrbnikov in dejanskim koriščenjem ponudbe. Brodaty in Gresham (24) razvrščata ovire pri neuporabljanju socialnih služb v tri vidike: a) s skrbnikom povezane ovire (visoki stroški, socialni pritisk, občutki krivde do bolnika), b) z bolnikom povezane ovire (simptomatika bolnikov, na primer agresivno vedenje, nemobilnost, ne želi pomoči) in c) strukturne ovire (prostorska oddaljenost, neprilagodljivost ponudbe, dolge čakalne dobe, pomanjkljivo znanje o ponudbi). Predvsem pa se lahko svojci skladno s ponotranjenimi merili in stališči težko odločijo, da bi težave izpostavljali zunaj družinskega kroga, saj lahko iskanje pomoči doživljajo kot znak šibkosti ali poraza, »izdajo« bolnika in lojalnosti do njega ali pa svojo vlogo skrbnika doživljajo kot nenadomestljivo (4). Posledično se pogosto obrnejo na podporne ponudbe šele, ko so njihove fizične in psihične rezerve že povsem izčrpane, zaradi česar imajo težko želene koristi (25).

## SMERNICE ZA DELO S SVOJCI

Kaj bi si torej v idealnih pogojih lahko želeli v prihodnosti? V smernicah za delo s svojci skrbniki po možganski kapi se izpostavlja pomen vključitve psihoedukativnih skupin za svojce kot stalen del rehabilitacijskih programov za bolnike, kar pomeni vključitev svojcev v te programe že precej zgodaj v poteku bolezni – preden se pri njih vzpostavijo manj ustrezne strategije spoprijemanja. Dodatno bi bil pri-

poročljiv anamnestični razgovor s svojci že ob sprejemu v rehabilitacijski program, kar bi omogočilo oceno njihovih virov in strategij spoprijemanja (26). Heierjeva (4) dodaja, da pri tem ne smemo zanemariti skrbnega načrtovanja časovnega poteka srečanj, saj je doživljanje svojcev v začetnih trenutkih lahko usmerjeno predvsem v pričakovanje dobrega okrevanja ali celo povrnitve prejšnjega stanja, posledično pa manj v razmišljanje o oblikah pomoči pri negi in na prilagajanje na spremenjene razmere, kar jih ovira pri tem, da bi pravočasno sprejeli ukrepe, ki so ugodnejši za dolgoročne izide. Ta pričakovanja svojcev se spreminjajo skladno s potekom rehabilitacije, zaradi česar je smiselno postopno nadgrajevanje informacij o bolezni in načinih spoprijemanja z njo. Za uspešno doseganje ciljev skupinske intervencije je pomembno, da vodenje skupine prevzema za to usposobljen kader, predvsem klinični (nevro)psihologi, pa tudi vključevanje drugih članov tima v praktično usmerjeno predajo znanja z njihovega področja (na primer zdravnik, fizioterapevt, delovni terapevt, logoped, socialni delavec itn.). S strukturnega vidika pa je smiselno glede na pretekle raziskave v sklopu srečanj vsaj dve srečanja nameniti temi obremenitev ob negi in spoprijemanju z njimi (4).

## ZAKLJUČEK

Prek psihoedukativnih skupin za svojce lahko skrbnike usmerjamo in podpiramo pri uravnovešanju med vložkom v nego in spodbujanjem samostojne aktivnosti bolnika, saj se to razmerje med procesom rehabilitacije spreminja, učinkovito spoprijemanje pa se povezuje s prilagajanjem in odzivanjem na te spremembe.

## Literatura:

1. Šelb Šemrl J. Epidemiološki podatki o možganski kapi v Sloveniji. V: Žvan B, Bobnar Najžer E, ur. Spoznajmo in preprečimo možgansko kap. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in oživlja Slovenije; 2006. 38–43.
2. Glass T, Berkman L, Hiltunen E, Furie K, Glymour M, Fay M, et al. The Families in Recovery From Stroke Trial (FIRST): primary study results. *Psychosom Med* 2004; 66: 889–97.
3. Wade DT, Hewer LR. Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50: 177–82.
4. Heier H. Evaluation eines psychoedukativen Kurses für Angehörige von Schlaganfallpatienten [doktorsko delo]. Berlin: Humboldt-Universität; 2007.
5. Clipp EC, George LK. Psychotropic drug use among caregivers of patients with dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 227–35.

6. Connell CM. Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and mental health status. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 1994; 1: 26–36.
7. Kotila M, Numminen H, Waltimo O, Kaste M. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE study. *Stroke* 1998; 29: 368–72.
8. Grant JS, Weaver M, Elliott TR, Bartolucci AA, Newman-Giger JN. Family caregivers of stroke survivors: characteristics of caregivers at risk for depression. *Rehabil Psychol* 2004; 49: 172–9.
9. Williams AM. Caregivers of persons with stroke: their physical and emotional wellbeing. *Qual Life Res* 1993; 2: 213–20.
10. Wyller TB, Thommessen B, Sødning KM, Sveen U, Pettersen AM, Bautz-Holter E, Laake K. Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. *Clin Rehabil* 2003; 17: 410–7.
11. Thoma J, Schacke C, Zank S. Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Z Gerontol Geriatr* 2004; 37: 349–50.
12. Motenko A. The frustrations, gratifications, and wellbeing of dementia caregivers. *The Gerontologist* 1989; 29: 166–72.
13. Cohen CA, Gold DP, Shulman KI, Zuccherro CA. Positive aspects in caregiving: an overlooked variable in research. *Can J Aging* 1994; 13: 378–91.
14. Lazarus RS. *Emotion and adaption*. London: Oxford University Press; 1991.
15. Kramer BJ. Expanding the conceptualization of caregiver coping: the importance of relationship-focused coping strategies. *Fam Relat* 1993; 42: 383–91.
16. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1968; 26: 260–6.
17. Toseland R, Rossiter CM. Group interventions to support family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist* 1989; 29: 438–48.
18. Evans RL, Held S. Evaluation of family stroke education. *Int J Rehabil Res* 1984; 7: 47–51.
19. Coon DW, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D. Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist* 2003; 43: 678–89.
20. Toseland R, Rossiter CM, Labrecque M. The effectiveness of peer-led and professionally-led groups to support family caregivers. *Gerontologist* 1989; 29: 465–71.
21. Evans RL, Matlock AL, Bishop DS, Stranahan S, Pederson C. Family intervention after stroke: does counselling or education help? *Stroke* 1988; 19: 1243–49.
22. Haupt M, Karger A, Baumgärtner D, Kuminoti D, Jänner M, Schneider F. Verbesserung von Unruhezuständen und Angst bei Demenzkranken nach psychoedukativer Gruppenarbeit mit pflegenden Angehörigen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68: 216–23.
23. Lämmle G. Zur subjektiven Belastung der Frauen älterer Schlaganfallpatienten. *Z Neuropsychol* 2000; 11: 107–16.
24. Brodaty H, Gresham M. Prescribing residential respite care for dementia: effects, side effects, indications and dosage. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992; 7: 357–62.
25. Bookwala J, Zdaniuk B, Burton L, Lind B, Jackson S, Schulz R. Concurrent and long-term predictors of older adults' use of community-based long-term care services: the Caregiver Health Effects Study. *J Aging Health* 2004; 16: 88–115.
26. Palmer S, Glass TA. Family function and stroke recovery: a review. *Rehabil Psychol* 2003; 48: 255–65.