Меѓународен Славјански Универзитет - Свети Николе

Факултет за психологија

Постдипломски студии:

Психологија во социјална заштита



Магистерска теза:

“Симптомите на емоционална и физичка исцрпеност кај неформални негуватели на лица со Алцхајмерова болест

Студент:

Цветанка Лукиќ

Број на индекс: М234008

Ментор:

проф. д-р Слаѓана Ангелкоска

Свети Николе, 2025

Список на фотографии

Фотографија бр. 1: Разлики на заборавање кај нормално стареење и лице со деменција

Фотографија бр. 2: Симптоми поврзани со Алцхајмерова болест

Список на табели:

Табела бр. 1: Возрасна категорија на испитаниците

Табела бр. 2: Пол на испитаниците

Табела бр. 3: Образование на испитаниците

Табела бр. 4: Работен статус

Табела бр. 5: Место на живеење

Табела бр. 5.1: Регион

Табела бр. 6: Должина на времето како негувател (години)

Табела бр. 7: Во каква релација/однос сте со лицето кое се негува, на кој сте неформален негувател? Фреквенциска распределба

Табела бр. 9: Просечни вредности на вкупниот ZBI-12 скор според возрасни групи

Табела бр. 8: Етничка припадност

Табела бр. 9: Просечни вредности на вкупниот ZBI-12 скор според возрасни групи

Табела бр. 10: ANOVA анализа за ZBI-12 скор според возраст

Табела бр.11: Tukey HSD постхок тест статистички значајни разлики во вкупниот ZBI-12 резултат според возрасни категории

Табела бр. 12. Просечни вредности на вкупниот ZBI-12 скор според пол

Табела бр. 13:T-test Средните вредности на ZBI-12 резултатите според пол

Табела бр. 14: Просечни вредности на вкупниот ZBI-12 скор во однос на работниот статус

Табела бр. 15:ANOVA за ZBI-12 скор според работен статус

Табела бр. 16. Споредба на просечните ZBI-12 скорови помеѓу групите според работен статус (Tukey HSD Post Hoc тест)

Табела бр. 17: Просечни вредности на ZBI-12 скор според должина на негувателската улога

Табела бр. 18:ANOVA резултати за ZBI-12 скор според должина на негувателската улога

Табела бр. 19: Групни статистики – ZBI-12 според пристап до професионална поддршка

Табела бр. 20:Независни тест примероци- ZBI-12 според пристап до професионална поддршка

Табела бр. 21: ZBI-12 скор според место на живеење

Табела бр. 22: T-test за ZBI-12 според место на живеење

Табела бр. 23: ZBI-12 просечни вредности на ZBI-12 во однос на регион

Табела бр. 24: T-test за ZBI-12 според регион

Табела бр. 25: Описна статистика за вкупниот ZBI-12 резултат според образовно ниво

Табела бр. 26: ANOVA анализа за ZBI-12 според ниво на образование

Табела бр. 27: Просечна вредност на GHQ-12 прашалник

Табела бр. 28: Стандардна девијација на GHQ-12 прашалник по пол

Табела бр. 29: GHQ-12 резултати според работен статус на учесниците

Табела бр. 30: GHQ-12 резултати според работен статус на неформалните негуватели

Табела бр. 31: Дистрибуција на просечни вредности на GHQ-12 според место на живеење

Табела бр. 32: Т-тест за разлики во GHQ-12 според место на живеење

Табела бр. 33: Групни статистики за GHQ-12 според регион

Табела бр. 34: Т-тест за GHQ-12 според регион

Табела бр. 35-Просечни вредности на GHQ-12 според возрасна категорија

Табела бр. 36: ANOVA анализа на GHQ-12 според возрасна категорија

Табела бр. 37: Tukey HSD постхок тест за GHQ-12 според возрасна категорија

Табела бр. 38: Описна статистика (Descriptives) на GHQ-12 според ниво на образование

Табела бр. 39-ANOVA за GHQ-12 според ниво на образование

Табела бр. 40-Стандардна девијација за GHQ-12 според работен статус

Табела бр. 41-ANOVA за GHQ-12 според работен статус

Табела бр. 42-Споредби (Tukey HSD) за GHQ-12 според работен статус

Табела бр. 43-Станарна девијација за GHQ-12 според етничка припадност

Табела бр. 44-ANOVA анализа на GHQ-12 според етничка припадност

Табела бр. 45-Стандарно девијација за GHQ-12 според должина на негувателска улога

Табела бр. 46-ANOVA анализа според должина на негувателска улога

Табела бр. 47-GHQ-12 резултати според пристап до професионална поддршка

Табела бр. 48-Т-тест GHQ-12 и професионална поддршка

Табела бр. 49: Средни вредности и стандардни девијации за GHQ-12 и ZBI-12 кај испитаниците

Табела бр. 50: Пирсонов коефициент на корелација помеѓу GHQ-12 и ZBI-12 кај испитаниците

Табела бр. 51: Дескриптивни статистики за поединечни ставки на GHQ-12 и ZBI-12 кај испитаниците (N = 71)

Табела бр. 52- Пирсонов коефициент на корелација помеѓу сите 12 GHQ ставки (ментално здравје) и 12 ZBI ставки (исцрпеност/прегореност).

Табела бр. 1/1 Отворено прашање

Табела бр. 1/2 Отворено прашање

Табела бр. 1/3 Отворено прашање

Табела бр. 1/4 Отворено прашање

Табела бр. 1/5 Отворено прашање

АПСТРАКТ

Грижата за лицата со Алцхајмерова болест претставува значаен емоционален и физички товар за неформалните негуватели кои често се соочуваат со замор, анксиозност и нарушена психичка благосостојба.

Цел: Целта на истражувањето беше да се испита нивото на емоционална и физичка исцрпеност кај неформалните негуватели, како и факторите кои придонесуваат за развој на прегореност.

Метод: Методот којшто беше искористен во ова истражување беше дискриптивниот метод, односно беше извршена анализа на добиените резултати од истражувањето во SPSS, а како техника беа употребени стандарден прашалник ZBI-12 инвентарот на оптоварување и прашалникот за општо здравје (General Health Questionnaire – GHQ-12). Во ова истражување учествуваа 71 лице, на возраст од 18 години до 80 години, од кои 34 женски негуватели (47,9%) и 37 машки негуватели (52,1%). За целите на анализата, возраста на испитаниците беше поделена во три категории: млади возрасни (18–40 години), средна возраст (41–60 години) и постари возрасни (61 и повеќе години). Најголем дел од учесниците се Македонци (76,1%), додека Албанци (16,9%) и другите етнички групи (7,0%) се во помал број.

Резултати: Просечниот резултат на ZBI-12 изнесува M = 20,13 (SD = 10,03), што укажува на умерен до висок товар, а GHQ-12 покажа M = 17,34 (SD = 7,10), што одразува умерена психолошка напнатост. Забележани се повисоки нивоа на исцрпеност кај неработно активните, жените и тие со ограничен пристап до социјална поддршка. Факторската анализа укажа на повеќедимензионален карактер на оптоварувањето – емоционално, физичко, социјално и психолошко.

Заклучок: Неформалните негуватели се изложени на висок ризик од прегореност, што ја нагласува потребата од системска поддршка и развивање програми насочени кон намалување на товарот и подобрување на нивната психолошка благосостојба.

ABSTRACT

Introduction: Caring for individuals with Alzheimer's disease represents a significant emotional and physical burden for informal caregivers, who often face fatigue, anxiety, and impaired psychological well-being.

Objective: The aim of this study was to examine the levels of emotional and physical exhaustion among informal caregivers, as well as the factors contributing to the development of burnout.

Method: A descriptive method was used in this study, analyzing the collected data in SPSS. Standardized instruments were employed, including the ZBI-12 Caregiver Burden Inventory and the General Health Questionnaire (GHQ-12). The study included 71 participants aged 18 to 80 years, of whom 34 were female caregivers (47.9%) and 37 were male caregivers (52.1%).

Results: The mean ZBI-12 score was M = 20.13 (SD = 10.03), indicating moderate to high burden, while the mean GHQ-12 score was M = 17.34 (SD = 7.10), reflecting moderate psychological distress. Higher levels of burden were observed among non-employed caregivers, women, and those with limited access to social support. Factor analysis indicated a multidimensional nature of burden, encompassing emotional, physical, social, and psychological aspects.

Conclusion: Informal caregivers are at high risk of burnout, highlighting the need for systematic support and the development of programs aimed at reducing caregiver burden and improving psychological well-being.

Table of Contents

1. ВОВЕД 1

2. ТЕОРЕТСКА ЗАДНИНА 3

2.1 Деменција 3

2.1.1 Дефиниција 4

2.1.2 Класификација според функционирање 5

2.2 АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ Morbus Alzheimer 6

2.2.1 Развој на Алцхајмеровата деменција 9

2.2.2 Дијагностички критериуми за Алцхајмерова болест 9

2.2.3 Клиничка слика 11

2.2.4 Фактори на ризик за појава на Алцхајмерова болест 12

2.2.5 Невробиолошка основа на Алцхајмеровата болест 13

2.2.6 Симптоми на Алцхајмерова болест 14

2.3 КОГНИТИВНИ И ПСИХОЛОШКИ НАРУШУВАЊА КАЈ ЛИЦА СО АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ 15

2.3.1 Когнитивни нарушувања 15

2.3.4 Нарушувања на меморијата 16

2.3.3 Нарушувања на јазичната функција 20

2.3.5 Нарушувања на визуелно-просторните функции 20

2.3.6 Нарушувања на дефицит на внимание 21

2.3.7 Нарушувања во однесувањето 22

2.4 Терапија и грижа кај лицата со Алцхајмерова болест 25

2.4.1 Фармаколошка терапија 25

2.4.2 Нефармаколошка терапија 26

Нефармаколошката грижа 26

2.5 Потреби на лицата со Алцхајмерова болест 26

2.5.1 Агитација кај лица со деменција 28

2.5.2 Агресија 28
Агресијата 28
2.5.3 Делузии 29
Делузиите 29
2.5.4 Халуцинации 30
Халуцинациите 30
2.5.5 Апатија 32
Апатијата 32
2.5.6 Вознемиреност (анксиозност) кај лица со АБ 33
3. НЕФОРМАЛНИ НЕГУВАТЕЛИ И НИВНАТА УЛОГА 34
3.1 Дефиниција 35
3.1.1 Психолошко влијание врз неформалните негуватели 37
3.2.2 Интензивни емоции 38
3.1.3 Промени во семејните односи 38
3.1.4 Социјална изолација 38
3.1.5 Влијание врз менталното и физичкото здравје 39
3.1.6 Позитивни аспекти на негувањето 40
3.2 Исцрпеност и прегорување“burnout” синдром 40
3.3 Стрес кај неформалните негуватели 41
3.3.1.Физички стрес 41
3.3.2 Емоционален стрес 42
3.3.3 Анксиозност 43
Анксиозноста 43
3.4 Улогата на жени и мажи како неформални негуватели 45
3.4.1 Жени/сопруги и нивна улога во негувањето 45
3.4.2 Мажи/сопрузи и нивна улога како негувател 45
3.5 Улогата на социјалните работници 46
3.6 РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА 48
4. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 58
4.1 Одредување на проблемот, односно предметот на истражувањето 58
4.2 Истражувањето има за цел: 59
4.2.1 Идентификација на физичките и емоционалните аспекти на исцрпеноста. 60

4.2.2 Развој на прегореност „burnout“ синдромот 62
4.2.3 Социјална изолација и стрес 62
4.2.4 Препораки за зголемена поддршка 63
2.3 Карактер на истражувањето 64
4.4 Хипотези 65
4.5 Варијабили 66
4.5.1 Независни варијабили 66
4.5.2 Зависни варијабили 67
4.6 МЕТОД НА ИСТРАЖУВАЊЕ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ 67
4.6.1 Метод на истражување 67
4.6.2 Обработка на податоците од истражувањето 68
4.6.2 Техники за собирање податоци: 69
Анкети: 69
Интрвјуа: 69
4.6.3 Инструмент на мерење 69
Zarit Burden Interview (ZBI)- Инструмент за мерење на товарот кај негуватели – 69
Прашалникот за општо здравје од 12 ставки (GHQ-12) 72
4.7 Анализа на податоците 75
4.7.1 Популација и примерок 75
4.7.3 Статистичка обработка на податоците 76
4.6.4 Фаза на внес и прелиминарна анализа на податоците 76
4.6.5 Интерпретација на резултатите 77
4.6.6 Фаза на анализа на податоците 77
4.6.7 Логистички ресурси: 78
5. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО 79
6. ДИСКУСИЈА 120
6.1 Методолошки недостатоци од истражувањето 123
6.2 Препораки за подобрување 124
7. ЗАКЛУЧОК 125
ЛИТЕРАТУРА 126
Прилози 132

1. ВОВЕД

Здравјето претставува мултидимензионален концепт што ги опфаќа и физиолошките и емоционалните аспекти на човечкото функционирање. Физичкото здравје може да се определи како способност на поединецот да ги извршува своите секојдневни или очекувани обврски во согласност со возраста, полот и социјалната улога во заедницата. Емоционалното здравје, пак, се заснова врз способноста за адаптација, односно начинот на кој личноста се справува со животните предизвици.

Факторите кои влијаат врз здравјето можат да се групираат во три категории: контекстот на грижата, животниот стил и личната историја.

Со стареењето на светската популација и растечкиот број случаи на Алцхајмерова болест и други форми на деменција, здравствените и социјалните системи се соочуваат со сериозни предизвици. Во овие околности, семејството најчесто го презема товарот на грижата, при што блиски роднини стануваат неформални негователи кои обезбедуваат секојдневна поддршка без стручна обука или надомест.

Алцхајмеровата болест, која се карактеризира со прогресивни когнитивни и бихевиорални промени, бара долгорочна и интензивна грижа. Оваа улога, иако исполнета со грижа и посветеност, често е придружена со емоционален и физички товар за негувателите.

Бројот на лица со деменција постојано расте, што ја нагласува потребата од интегриран пристап во грижата вклучувајќи рана дијагноза, третман и поддршка по дијагнозата. Во Северна Македонија, околу 28.279 лица живееле со деменција во 2019 година, најчесто под грижа на семејството, а се предвидува дека до 2050 година бројот ќе порасне на 75.146, што претставува зголемување од 166%.

Дополнителен предизвик претставува иселувањето на младите и работоспособните лица, што води до пренасочување на грижата кон институциите и социјалните служби, кои често немаат доволен капацитет. Истражувањата покажуваат дека

негувателите се изложени на хроничен стрес, со зголемен ризик од емоционална и физичка исцрпеност, како и од синдром на прегорување.

Грижата за лице со Алцхајмерова болест бара значително време, енергија и емотивна стабилност – често над можностите на една личност. Некои негуватели имаат потреба од поддршка уште во почетните фази на болеста, додека кај други таа потреба се појавува кога болеста значително ќе напредне. Затоа е важно да се нагласи дека барањето помош не е знак на слабост, туку неопходност.

Иако постојат терапии што можат да ги ублажат симптомите или да ја забават прогресијата, сè уште не постои лек за Алцхајмеровата болест. Со напредување на болеста, потребата од интензивна грижа се зголемува, што уште повеќе го оптоварува негувателот. Иако неформалната грижа често се доживува како израз на семејна лојалност и емоционална поврзаност, таа многу често резултира со сериозни психосоцијални последици.

Алцхајмеровата болест не само што ја нарушува когнитивната и функционалната состојба на пациентот, туку го преобликува и целокупниот семеен систем. Болниот станува сè позависен од туѓа помош, а товарот на грижата паѓа врз сопружниците, децата и другите блиски, кои честопати немаат обука, информации или ресурси за ефикасно справување со ситуацијата. Токму овие лица се нарекуваат неформални негуватели.

Целта на овој магистерски труд е да ги истражи предизвиците со кои се соочуваат неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест, со фокус врз симптомите на емоционална и физичка исцрпеност, синдромот на прегорување “burnout”, социјалната изолација и анксиозноста. Преку анализа на секојдневните искуства и стратегии на справување, трудот ќе понуди подлабоко разбирање на нивните потреби и ќе даде конкретни препораки за поддршка. Посебен акцент ќе биде ставен врз улогата на социјалните работници и здравствените професионалци во развојот на интервенции, со цел намалување на стресот и унапредување на квалитетот на живот и кај негувателите и кај пациентите.

2. ТЕОРЕТСКА ЗАДНИНА

2.1 Деменција

Деменцијата е болест кај постарата популација. Одреден степен на опаѓање на интелектуалните функции во форма на психомоторна ретардација, заборавеност, тешкотии во наоѓањето зборови и депресија може да се забележи во однесувањето на многу постари, недементни лица. Овој феномен се базира врз морфолошки, хистолошки и биохемиски промени на мозокот, како природни феномени поврзани со процесот на стареење. Прашањето за границата помеѓу бенигната заборавност и почетните симптоми на деменција е само еден од бројните нерешени проблеми во невропсихологијата на деменцијата. Лонгитудиналното следење на лицата со ризик, во форма на повторена процена на когнитивниот статус со користење различни скали за деменција, е најчесто користената стратегија за разликување на овие состојби. Ваквите процени се базираат главно врз квантитативни разлики во когнитивното функционирање помеѓу субклинички дементни и стари лица. Во следната фотографија даден е краток приказ на разликите во однос на заборавањето кај нормално стареење и лице со деменција.

Карактеристика	Нормално стареење	Лице со деменција-Алцхајмер
Тип на заборавање	Повремено заборавање на имиња, состаноци или каде се оставени предмети.	Често заборавање на важни информации, случувања, датуми, дури и имиња на блиски луѓе.
Препознавање на заборавањето	Лицето обично е свесно дека заборава.	Често не е свесен дека заборава или ги негира симптомите.
Справување со заборавањето	Може самостојно да се потсети или да користи белешки и потсетници.	Дури и со помош, тешко се потсетува или не ги разбира потсетниците.
Дневно функционирање	Сè уште е функционален и независен.	Заборавањето значително го нарушува секојдневното функционирање.
Прогресија	Промените се бавни и не влијаат многу на животот.	Симптомите прогресираат и доведуваат до сериозни когнитивни оштетувања.

Фотографија бр. 1: Разлики на заборавање кај нормално стареење и лице со деменција

Со оглед на зголемените можности за третман на деменцијата, идентификацијата на нејзината субклиничка фаза станува сè поважна, бидејќи терапијата е значително поефикасна доколку се започне навреме.

2.1.1 Дефиниција

Деменцијата се дефинира како стекната, перзистентна состојба на глобално опаѓање на когнитивните функции, проследена со промени во личноста, кои можат значително да го нарушат професионалното и социјалното функционирање на лицето.

Според „Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања“ (DSM-IV), критериумите за дијагноза на деменција вклучуваат нарушувања на краткорочната и долгорочната меморија, заедно со најмалку едно од следниве:

- Нарушување на апстрактното размислување, во форма на неможност за споредување концепти, тешкотии во дефинирање на значењето на зборовите;
- Нарушено расудување и тешкотии при планирање;
- Нарушувања на јазичните функции, праксијата, гнозата или визуелно-просторните способности;
- Значителни промени во личноста.

Некои авторитети во оваа област предлагаат нешто изменети дијагностички критериуми, според кои е потребно постојано нарушување на најмалку три од следниве функции:

- когниција и расудување,
- меморија и способност за учење нови информации,
- визуелно-просторни функции (вклучувајќи ориентација и конструктивни вештини),
- јазични функции,
- однесување.

Од ова произлегува дека деменцијата не е самостојна болест, туку синдром кој ги опфаќа различните форми на когнитивни нарушувања. Таа се манифестира како

последица од структурни и функционални промени во мозокот, што може да бидат предизвикани од повеќе различни состојби: дегенеративни заболувања на мозокот (како Алцхајмерова болест), инфекции, воспалителни процеси, трауми, мозочни удари, тумори, аноксија и други патолошки состојби.

Најчестата причина за деменција е Алцхајмеровата болест, која се карактеризира со постепено умирање на нервните клетки и нарушување на хемиската рамнотежа во мозокот, што резултира со прогресивно влошување на менталните функции.

Дијагнозата на деменција може да се постави со висока точност користејќи кој било од наведените дијагностички критериуми. Во најголем дел од случаите, губењето на когнитивните функции се одвива прогресивно, или во континуирана форма, како кај Алцхајмеровата болест, или во „чекореста“ форма, како кај мултиинфарктната деменција. Постои и можност за непрогресивни форми на деменција кои се појавуваат акутно или субакутно, по трауматична мозочна повреда, енцефалопатија, енцефалитис, аноксија или мозочен удар.

2.1.2 Класификација според функционирање

Губењето на меморијата обично е почетното и најистакнато когнитивно нарушување. Испитувањето на менталниот статус може да открие нарушувања на вниманието, јазичните функции (именување, разбирање сложени инструкции), пресметка, перцепција, пракса, решавање проблеми, расудување и апстрактно размислување. Нарушувањата во однесувањето во форма на раздразливост, анксиозност, социјално повлекување, вербална и физичка агресија одат рака под рака со когнитивното влошување на функциите. Според нивото на функционирање на пациентот во секојдневните животни ситуации, деменцијата грубо се класифицира во три групи:

- **Лицата со лесна деменција способни се да живеат самостојно, со релативно зачувана способност за расудување во секојдневните животни ситуации, и покрај очигледното оштетување на когнитивните функции, социјалните и професионалните активности;**

- **Лицата со умерена деменција не се целосно безбедни во отсуство на лицето кое се грижи за нив. Тие занемаруваат важни аспекти на личната хигиена, јадат неуредно и неадекватно, не се добри со парите и имаат проблеми со социјалните контакти;**
- **Лицата со тешка деменција не се способни да водат самостоен живот. Тие не можат сами да се хранат, да одржуваат лична хигиена или да ги контролираат своите физиолошки потреби. Надзорот над нив е постојан и неопходен.**

Попрецизна процена на степенот на деменција се базира врз употреба на соодветни инструменти, како што е Глобалната скала за влошување (Global Deterioration Scale, GDS) за процена на степенот на когнитивно и функционално оштетување кај лица со деменција, вклучително и Алцхајмерова болест, и ја следи прогресијата од нормално когнитивно функционирање до многу тешко влошување овозможувајќи планирање грижа и интервенции.

2.2 АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ Morbus Alzheimer

Алцхајмеровата болест е најчестата причина за деменција. Алцхајмеровата болест е дегенеративно заболување на централниот нервен систем со клиничка слика на прогресивна деменција и хистолошки промени во форма на сенилни плаки и неврофибриларни заплеткувања. Нејзината иициденција расте од помалку од 1% годишно до повеќе од 7% годишно, преваленцијата од 3% до речиси 50%, на возраст меѓу 65 и 85 години. Тоа значи преваленцијата од 10 до 20 милиони случаи годишно во светот. Според Меѓународната организација за Алцхајмерова болест, околу 60 милиони луѓе моментално живеат со деменција ширум светот. Оваа бројка ќе се зголеми за повеќе од 150 милиони до 2025 година. Во Северна Македонија, бројот на лица со деменција моментално е 18.000 и се претпоставува дека ќе се удвои до 2025 година.

Алцхајмеровата болест опфаќа приближно 50–60% од вкупната популација со дијагностицирана деменција. Алцхајмеровата болест се карактеризира со прогресивен когнитивен пад кој доведува до сериозни нарушувања на меморијата, извршните функции

и секојдневното функционирање. Преваленцијата на оваа болест значително се зголемува со возраста, при што кај лицата над 65-годишна возраст, во европскиот контекст, се проценува дека приближно 10,3% страдаат од оваа невродегенеративна состојба. Алцхајмеровата болест е поврзана со акумулација на протеински наслаги во мозокот, како што се бета-амилоидните плаки и тау-протеините, кои ги оштетуваат и убиваат невроните. Како што болеста напредува, мозокот се намалува поради губењето на невронските врски и настанува клеточна смрт, што резултира со значително намалување на когнитивните функции.

Ризикот за развој на Алцхајмерова деменција е поврзан со повеќе биолошки, генетски и средински фактори. Истражувањата покажуваат дека женскиот пол има зголемена веројатност за појава на болеста, како и лицата со фамилијарна историја на Алцхајмер (особено ако болеста се јавила кај роднина од прво колено). Дополнително, претходни трауми на главата и присуство на Даунов синдром се идентификувани како значајни ризик фактори.

Инциденцата на болеста прогресивно расте со зголемување на возраста: од 0,5% кај лица од 65 до 69 години, 1% кај тие од 70 до 74 години, 2% од 75 до 79 години, 3% од 80 до 84 години, па сè до 8% кај лицата постари од 85 години. Согласно резултатите од истражување спроведено во 2001 година, средната должина на преживување по појавата на симптомите на Алцхајмеровата болест е утврдена на приближно три години (Рихтер Соколовска, Панова, Никлевски, Белевска и Бајрактаров, 2013).

Разбирањето на овие статистички и епидемиолошки параметри е од суштинско значење во креирањето соодветни политики за поддршка на неформалните негуватели, кои сè почесто се соочуваат со физичка и емоционална исцрпеност како последица од грижата за лица со напредната форма на деменција.

Клиничката слика и специфичните патоанатомски промени ги опишал Алојз Алцхајмер, германски психијатар, во 1907 година. Во текот на следните децении, оваа болест се сметала за редок клинички ентитет бидејќи била класифицирана како пресенилна деменција, со појава на болеста пред 65-годишна возраст. Таа е најчеста и најзначајна дегенеративна болест на мозокот, и е опишана како четврта причина за

смртност. Се проценува дека во Соединетите Американски Држави има четири милиони заболени од Алцхајмерова болест.

На молекуларно ниво, Алцхајмеровата болест е поврзана со акумулација на специфични протеини во мозокот, како што се бета-амилоидните плаки и тау-протеините. Од сето ова може да се каже дека наслагите ги оштетуваат и уништуваат невроните, што резултира со губење на невронските врски и клеточна смрт. Како резултат од тоа, мозокот прогресивно се намалува, што предизвикува значително намалување на когнитивните функции и способности.

Свеста за нејзината медицинска, епидемиолошка и економска важност ги обновува истражувањата за оваа болест во сите области на невронауката и сето ова доведува до вистинска експлозија на научни сознанија во текот на изминатите две децении.

Алцхајмеровата болест се јавува во две главни клинички форми кои се разликуваат според возраста на појавување и текот на болеста.

1. Форма со рана појава (пресенилна форма). Овој облик се појавува кај лица под 65-годишна возраст и се одликува со брза и агресивна прогресија. Карактеристични се тешки нарушувања на повисоките когнитивни функции, како што се: афазија (нарушено говорно изразување), аграфија (неспособност за пишување), акалкулија (тешкотии со пресметување), алексија (проблеми со читање) и апраксија (нарушено моторно планирање). Болеста води до значително намалување на интелектуалните способности, губење на меморијата и емоционална дезинхибиција. Невролошките симптоми се јавуваат релативно рано и вклучуваат кортикални испади, епилептични напади и моторни парализи. Во рок од три до четири години, болеста доведува до целосна загуба на личноста и често завршува со смрт како последица од дополнителни здравствени компликации.

2. Форма со доцна појава (сенилна форма). Овој тип се појавува по 65-годишна возраст и има поспор тек. Најчесто започнува со проблеми со меморијата, а останатите когнитивни и невролошки нарушувања се помалку изразени во почетните фази. Болеста напредува постепено, со постепено влошување на менталните функции, а жаришните невролошки симптоми се релативно ретки или благи.

2.2.1 Развој на Алцхајмеровата деменција

Иако промените меѓу фазите не се секогаш строго разграничени, вообичаено се разликуваат следниве етапи: продромална фаза, појава на првични когнитивни тешкотии, често незабележани или минимизирани од околината. Во оваа рана фаза се губи способноста за работа и се јавуваат тешкотии со говорот. Во средната фаза пациентот почнува да губи ориентација во просторот и времето, како и способноста за препознавање лица и предмети, за во доцната фаза лицето веќе не ги препознава блиските луѓе и има изразени когнитивни и моторни нарушувања, како што се: аграфија, акалкулија, агнозија, ехолалија, ехопраксија и моторна парализа. Потоа следи терминална фаза каде лицето со АБ е во целосна зависност и прикован за постела, со губење на секојдневните функционални способности.

2.2.2 Дијагностички критериуми за Алцхајмерова болест

За дијагноза на деменција и Алцхајмерова болест, покрај DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, was developed with a great deal of input from mental health professionals and professional organizations.), најшироко прифатени се критериумите NINCDS/ADRDA од 1984 година, развиени со консензус под надзор на Невролошкиот институт при Националните институти за здравје (NIH) и Здружението за Алцхајмерова болест[1]. Овие критериуми овозможуваат поставување дијагноза на три нивоа: дефинитивна, веројатна и можна Алцхајмерова болест, и нивната валидност е потврдена преку клинички и патоанатомски истражувања (McKhann et al., 1984).

Овие категории помагаат во проценатa на степенот на сигурност при дијагностицирање на болеста. Веројатна дијагноза се поставува кога симптомите се

[1] Критериумите за Алцхајмеровата болест INCDS-ADRDA беа предложени во 1984 година од Националниот институт за невролошки и комуникативни нарушувања и мозочен удар и Здружението за Алцхајмерова болест и сродни нарушувања (сега познато како Здружение на Алцхајмерова болест) и се меѓу најкористените во дијагнозата на Алцхајмеровата болест (АБ).

појавуваат постепено и нема присуство на други невролошки или системски заболувања кои би можеле да ги објаснат когнитивните нарушувања. Можно е да се работи за Алцхајмерова болест кога покрај клиничката слика што упатува на деменција од типот на Алцхајмер, пациентот истовремено има и други здравствени состојби кои можат дополнително да влијаат врз симптомите.

Во минатото, сигурна дијагноза на Алцхајмеровата болест можело да се постави само по смртта, преку анализа на мозочното ткиво за присуство на амилоидни наслаги и тау заплеткувања. Денес, благодарение на напредокот во медицината, можно е да се дијагностицира болеста за време на животот со поголема сигурност. а за тоа се користат комбинација од тестови, особено тестови за биомаркери. Овие биомаркери овозможуваат откривање амилоидни наслаги и тау протеини во мозокот, преку ПЕТ скенирање или анализа на цереброспинална течност. Во поново време, и со тестирањето на крвта станува се поефикасно за откривање присуство на Алцхајмерови промени. Првично, овие методи биле ограничени само за истражувачки цели, но денес здравствените работници ги користат сè почесто во дијагностиката и проценатa на фазата на болеста.

Дијагнозата на Алцхајмерова болест се поставува со феноменолошки пристап и со исклучување други можни органски причини. Најзначајни критериуми за дијагноза се постепениот почеток и прогресивното влошување на когнитивните функции, особено тешкотиите со учење нови информации, организирање, планирање и извршување математички задачи. Меѓу најчестите невролошки симптоми се апраксијата[2] и агнозијата[3].

Дијагностичкиот процес вклучува полуструктурирано интервју со пациент и член на семејството, соматски и невролошки преглед, лабораториски тестови за исклучување

[2] Невролошко нарушување кое се манифестира како неспособност на поединецот да изврши намерни и научени движења, иако има физичка способност, желба и разбирање на задачата. Тоа значи дека лицето не е парализирано, не страда од мускулна слабост, ниту има сензорни дефицити кои би ја објасниле неможноста да изведе одредени движења – туку проблемот е во нарушената мозочна контрола врз моторното планирање и координација. Buxbaum, L. J., & Coslett, H. B. (2001). Mechanisms of Motor Dysfunction in Apraxia: Evidence from Left-Brain-Damaged Patients. In: Handbook of Neuropsychology, Vol. 1, Elsevier.

[3] „Агнозијата е неспособност за препознавање, интерпретација или значење на сетилни информации, иако сетилните системи се функционални.“
(Luria, A.R., 1973; Heilman & Valenstein, 2012)

лековити состојби (како хипотироидизам, дефицит на витамин Б12 и фолна киселина), скала за процена на депресија и невропсихолошка евалуација.

Во мај 2025 година, Американската администрација за храна и лекови (FDA) го одобри првиот крвен тест за дијагноза на Алцхајмерова болест кај возрасни над 55 години со рани симптоми. Овој тест, развиен од Fujirebio Diagnostics, Inc., детектира присуство на бета-амилоид, клучен биомаркер на Алцхајмеровата болест. Ова претставува значаен чекор кон поедноставување на дијагностичкиот процес овозможувајќи побрзо и поевтино откривање на болеста во рана фаза.[4]

2.2.3 Клиничка слика

Во текот на прогресивниот тек на дегенеративниот процес, Алцхајмеровата болест поминува низ три клинички фази:

Првата, амнестична фаза (од првата до четвртата година од болеста), се карактеризира со епизодни и семантички нарушувања на меморијата, со придружни нарушувања на јазичните функции. Намалената способност за апстрактно размислување и планирање е еден од раните знаци на когнитивно влошување. Во оваа фаза, може да се појават и секундарни знаци на болеста, како што се: раздразливост, депресија и нагласување на преморбидните црти на личноста. Симптомите во оваа фаза вклучуваат: збунетост, губење на временска и просторна ориентација, тешкотии во изразувањето и благо нарушување на извршните функции.

Во втората фаза на деменција (од втората до десеттата година од болеста), нарушувањата на меморијата се влошуваат и се развиваат апрактични, агностички и афазични синдроми. Степенот на просторна дезориентација е толку голем што пациентите не можат да се ориентираат дури ни во најблиската населба. Амнезијата е таква што тие дури и не ги препознаваат своите најблиски роднини. Промените во однесувањето се влошуваат во однос на појавата на апатија, рамнодушност, параноја, страв, вознемиреност

[4] U.S. Food and Drug Administration (FDA), FDA Approves First Blood Test to Aid in the Diagnosis of Alzheimer's Disease, May 2025. Fujirebio Diagnostics, Inc. https://www.fda.gov
https://apnews.com/article/alzheimers-blood-test-fda-leqembi-kisunla-ad3cffe0bd540accf47e8ee105b439a9

и агресивно однесување. Симптомите се поизразени и лицето може да има проблеми со препознавање блиски луѓе, зголемена збунетост и промени во расположението (агресивност или анксиозност). Лицето може да бара значителна поддршка и помош. Во оваа фаза, основните сензомоторни функции се зачувани, но може да се појават феномени на дезинхибиција и поблаги екстрапирамидални знаци. Во втората фаза на деменција, се јавуваат промени во сите области на когницијата, од перцепција до способност за решавање проблеми. Во оваа фаза, пациентите се изразено агностички, апраксични и афазични. Степенот на деменција е покачено до доволна мера за да има влијание врз секојдневните активности на пациентот. И покрај прогресијата, можни се флуктуации во состојбата на деменција под влијание на преципитирачки фактори, како и подолги периоди на стабилност.

Во третата фаза, пациентот е во трајна вегетативна состојба, неспособен сам да се храни, да ги контролира своите сфинктери или да комуницира со други луѓе. Веќе во раните фази на болеста, може да се појават некогнитивни секундарни нарушувања, како што се: агитација, халуцинации, делузии, нарушувања на спиењето или апатија и депресија. Во оваа фаза на болеста, лицето е сериозно когнитивно оштетено, не може да комуницира и има потреба од континуирана целосна грижа.

Последната фаза (од седмата до четиринаесеттата година од болеста), која најмногу одговара на перманентна вегетативна состојба, се воспоставуваат акинезија, мутизам и губење на контролата на сфинктерот. Може да се појават миоклонизам и епилептични напади. Пациентите умираат од интеркурентни инфекции.

2.2.4 Фактори на ризик за појава на Алцхајмерова болест

Возраста е главен фактор на ризик за појава на Алцхајмерова болест (АБ), која се јавува кај 1–6% од лицата над 65 години и 10–20% кај лицата над 80 години. Ран почеток (<60 години) се јавува кај автозомно-доминантните фамилијарни форми, поврзани со мутации во гените APP, пресенилин 1 и 2, како и со аполипопротеин Е4 (ApoE4). Овие гени влијаат врз акумулацијата на бета-амилоидни наслаги, што е клучен патолошки настан во болеста.

Географски, нема значајни разлики во застапеноста, освен во Јапонија (повеќе васкуларна деменција) и африканските земји (помалку случаи). Жените се засегнати малку почесто од мажите. Податоците за заштитното влијание на образование, алкохол и пушење се контрадикторни.

2.2.5 Невробиолошка основа на Алцхајмеровата болест

Алцхајмеровата болест се карактеризира со намалување на мозочниот волумен, невронска смрт, намалена густина на синаптички врски, интрацелуларни неврофибриларни заплеткувања и екстрацелуларни сенилни плаки[5]. Сенилните плаки се екстрацелуларни наслаги со централно амилоидно јадро (Aβ), невритен прстен и периферен слој со микроглија и астроцити, кои учествуваат во создавање и расчистување на амилоидот и синтезата на ApoE (аполипопротеин Е) [6]. Се разликуваат дифузни и невротични плаки, при што густината на невротичните плаки се зголемува со прогресија на болеста[7]. Бета-амилоидот, особено Aβ42 и Aβ43, формира токсични агрегати кои оштетуваат неврони, нарушуваат калциумски метаболизам и предизвикуваат апоптоза[8]. Неврофибриларните заплеткувања од абнормално фосфорилиран тау-протеин ја влошуваат невронската функција[9]. Сенилните плаки и заплеткувањата се најзастапени во енториналниот кортекс, хипокампусот, париеталниот, темпоралниот и фронталниот асоцијативен кортекс, а во напредна фаза се шири и кон примарните кортикални области и мозочното стебло[10].

---

[5] BrightFocus Foundation. *What are Alzheimer's Plaques and Tangles?* 2024. https://www.brightfocus.org/resource/what-are-alzheimers-plaques-and-tangles/

[6] Selkoe, D.J., Hardy, J. *The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years.* EMBO Molecular Medicine, 2016; 8(6): 595–608.

[7] Iqbal, K., et al. *Tau in Alzheimer disease and related tauopathies.* Current Alzheimer Research, 2010; 7(8): 656–664.

[8] Haass, C., Selkoe, D.J. *Soluble protein oligomers in neurodegeneration: lessons from the Alzheimer's amyloid β-peptide.* Nature Reviews Molecular Cell Biology, 2007; 8: 101–112.

[9] Braak, H., Braak, E. *Neuropathological stageing of Alzheimer-related changes.* Acta Neuropathologica, 1991; 82(4): 239–259.

[10] Terry, R.D., et al. *Physical basis of cognitive alterations in Alzheimer's disease: synapse loss is the major correlate of cognitive impairment.* Annals of Neurology, 1991; 30(4): 572–580.

Патохистолошката дијагноза користи CERAD критериуми (број на сенилни плаки) и Бракови фази (топографска дистрибуција на неврофибриларни заплеткувања), при што распределбата на заплеткувањата најдобро корелира со клиничката слика и когнитивниот пад[11]. Варијацијата во дистрибуцијата на плаките и заплеткувањата ги објаснуваат разликите во мемориските и глобалните когнитивни дисфункции кај пациентите[12].

2.2.6 Симптоми на Алцхајмерова болест

На почетокот почнува да се манифестира преку спектар од симптоми кои се развиваат со текот на времето влијаејќи, како што споменав погоре, врз когнитивните функции, меморијата и секојдневниот живот. Еве некои клучни симптоми поврзани со АБ прикажани во фотографија бр. 2.

Губење на меморијата	Заборавање на неодамнешни настани, имиња или состаници и постојано барање на исти информации
Тешкотии во планирањето	Се борат да следат план или работа со бројки, како шо се стравување со сметки и следење на рецепт.
Конфузија во време и простор	Се борат да следат план или работа со бројки, како шо се стравување со сметки и следење на рецепт.
Конфузија во време и простор	Губење на трагата за датумите, годишните времиња или заборавајќи каде се и како стигнале некаде.
Проблеми со разбирање на визуелни слики	Тешкотии со читање, проценување растојание или препознавање бои
Проблеми со зборување или пишување	Паузирање во разговорите, повторување или мачење да се пронајдат соодветните зборови.
Лоша проценка	Донесување лоши одлуки, како и лесно давање пари или занемарување на личната хигиена.
Повлекување од работа или социјални активности	Избегнување на социјални интеракции или хоби во кое некогаш уживале.

[11] Mirra, S.S., et al. *The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part II. Standardization of the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease.* Neurology, 1991; 41(4): 479–486.
[12] Arendt, T. *Synaptic degeneration in Alzheimer's disease.* Acta Neuropathologica, 2009; 118: 167–179.

Фотографија бр. 2. Симптоми поврзани со Алцхајмерова болест

2.3 КОГНИТИВНИ И ПСИХОЛОШКИ НАРУШУВАЊА КАЈ ЛИЦА СО АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ

2.3.1 Когнитивни нарушувања

Дегенеративниот процес кај Алцхајмеровата болест не ги засегнува сите делови од мозокот подеднакво, а сериозноста на патохистолошките промени може да варира и помеѓу десната и левата хемисфера. Клиничката слика на болеста зависи од топографската распределба на овие промени и степенот на нивната зафатеност. Невропсихолошки се препознаваат три форми: униформна со зафат на сите когнитивни функции, со доминантни нарушувања на јазичните функции и со поизразени нарушувања на визуелно-просторните функции. Двете последни форми, со псевдофокален почеток, претставуваат особен дијагностички предизвик во раната фаза од болеста.

Клиничката слика зависи од топографската распределба на дегенерацијата и степенот на зафатеност на хемисферите. Невропсихолошки се препознаваат три типа: униформен со зафат на сите когнитивни функции, со доминантни нарушувања на јазичните функции и со поизразени нарушувања на визуелно-просторните функции. Последните две форми, со псевдофокален почеток, претставуваат дијагностички предизвик во раната фаза на болеста.

Деменцијата предизвикана од Алцхајмерова болест секогаш треба да се земе предвид кога заборавеноста за секојдневните, тековните или идните настани се развива тивко и постепено, поврзана со синдром на левата хемисфера, т.е. аномија во спонтаната комуникација, индиректен и празен говор во структуриран разговор или идеациска апраксија.[13] Нарушувања на меморијата може да се појават заедно со прогресивен

[13] Невролошко нарушување кое претставува губење на способноста за изведување на комплексни, научени, секвенцијални моторни дејства, иако поединецот има физичка способност и желба да ги изврши. Тоа значи дека личноста не може правилно да го замисли (односно „идеацијата“) или да го спроведе редоследот на чекори потребни за да се изврши дадена активност, како што е облекување, миење заби или приготвување храна. Идеациската апраксија има значително влијание врз функционалната независност на лицето, а нејзиното препознавање овозможува посоодветна грижа, разбирање и адаптација на средината.

синдром на десната хемисфера, како што се: топографска дезориентација, апраксија на облекување, прозопагнозија со или без јазична дисфункција. Дури и површната процена на овие невропсихолошки функции е повредна во дијагностичка смисла отколку класичниот психијатриски опис на менталната состојба на пациентот.

Нови когнитивно-невропсихолошки модели овозможуваат подлабоко разбирање на механизмите на когнитивно оштетување кај АБ, при што не сите функции подеднакво засегнати, а варијабилноста на нарушувањата се објаснува преку различни хипотези за внимание, меморија, јазик и визуелно-просторни функции.

2.3.4 Нарушувања на меморијата

Алцхајмеровата болест се карактеризира со пад на епизодната меморија чиј интензитет напредува веќе во текот на првата фаза од болеста. Епизодната меморија се однесува на настани од личниот живот на пациентот кои се јасно одредени во времето и просторот. Нарушувањата на епизодната меморија се припишуваат на недоволно кодирање и складирање нови информации, зголемена чувствителност на проактивно мешање (нарушување на влијанието на претходно научените податоци врз меморирањето на последователните информации) и забрзано заборавање. Клинички, овие нарушувања постепено напредуваат во антероградна амнезија[14], со симптоми слични на чист амнестички синдром.

Чувствителните тестови за процена на епизодната меморија вклучуваат тестови на логичка меморија со одложено потсетување (на пр., кратки раскази од WMS-R[15] или серија зборови од тестот за аудитивно вербално учење на Рej)[16]. Се верува дека пониските

[14] Антероградна амнезија претставува нарушување на меморијата кое се карактеризира со неможност за формирање нови долгорочни спомени по одредено оштетување на мозокот или појава на невролошка болест. Тоа значи дека лицето не може да памети настани што се случиле по почетокот на болеста или оштетувањето, додека минатите (стари) спомени често остануваат зачувани.

[15] Wechsler Memory Scale – Revised (WMS-R) е еден од најпознатите и најкористени неуропсихолошки инструменти за процена на различни аспекти на меморијата кај возрасни.

[16] (Rey Auditory Verbal Learning Test - RAVLT) е неуропсихолошки тест кој се користи за процена на вербалната меморија, способноста за учење, задржување и повлекување на информации, како и на вниманието и когнитивната флексибилност. Овој тест е широко применуван во клиничката пракса и истражувањата, особено кај пациенти со невролошки нарушувања како што е Алцхајмеровата болест.

резултати на тестовите за одложено потсетување на вербален материјал се чувствителни индикатори за раната фаза на болеста, додека непосредното потсетување на истиот материјал е подобар индикатор за сериозноста на деменцијата. Поради оваа причина, MMSE не е соодветен инструмент за откривање на почетната фаза на Алцхајмерова болест, со оглед на тоа што меморијата се тестира само со еден „елемент“ од три збора, по многу краток интервал на одложување, во кој испитаникот извршува задача за сериско одземање (100-7). Пациентите со Алцхајмерова болест успешно ја решаваат оваа задача во почетната фаза на болеста. Дури подоцна, кога има пад на непосредната меморија, пациентите постигнуваат пониски резултати на оваа задача. Исто така, способноста за препознавање научен материјал е зачувана во почетната фаза на болеста, и затоа тестовите за препознавање не се соодветни инструменти за процена на мемориските функции во овој период.

Се претпоставува дека пациентите со Алцхајмерова болест имаат големи тешкотии во почетната обработка на научените информации на ниво на семантичко кодирање. Семантичкото знаење за стимулот или за контекстот во кој се појавува стимулот нема позитивен ефект врз учењето податоци, за разлика од здравите луѓе. Процесот на потсетување на научените информации е тешко да се процени, поради нарушувања на когнитивното кодирање при почетната обработка на стимулите. Олеснувањето на процесот на потсетување преку семантички или фонолошки клуч или преку стратегија за повеќекратен избор во задачите за препознавање нема значително влијание врз потсетувањето на научените информации.

Во понапредната фаза од амнестичката фаза, пациентите со Алцхајмерова болест се разликуваат од амнестичните субјекти по стеснувањето на вербалниот и визуелниот опсег на работната меморија, како и по забрзаниот процес на заборавање под влијание на едноставни интерпоставени задачи. Имајќи предвид дека работната меморија е компонента на централниот извршен систем, не е невообичаено што нарушувањата на меморијата кај пациенти со АБ често се толкуваат како комбинација од амнестичен синдром и дисегзекутивен синдром, сличен на тој што се забележува кај пациенти со оштетување на префронталните лобуси на мозокот.

Падот на долгорочната меморија, без можност за слободно потсетување и препознавање претходно научен материјал, е најважната карактеристика на амнестичкиот синдром во почетната фаза на болеста.

Суштинското нарушување во долгорочната меморија кај АБ се однесува на семантичкото знаење за предмети, факти и значења на зборови. Семантичката меморија се проценува преку тестови за номинација на објекти, дефинирање значење на зборови, совпаѓање збор-слика, класификација и вербална категорична флуентност. Тестовите варираат по сложеност, пример, категоричната флуентност бара активно пребарување и организирање на семантичките податоци, додека споредувањето слика-збор бара само прецизно активирање на семантичкото знаење за конкретниот објект, без обемно пребарување.

Во однос на природата на нарушувањата на семантичката меморија, мислењата се поделени околу основното прашање: дали неуспехот на овие тестови одразува отежнат пристап до складиштето на семантичката меморија или дефект на ниво на семантичко знаење? Недвосмислен факт е дека пациентите со АБ имаат ниски резултати на повеќето тестови за семантичка меморија. Особено е забележлива исклучителната чувствителност на тестот за категорична вербална течност за кој се претпоставува дека открива промени во самата структура на семантичките претстави.

Во раните фази на Алцхајмерова болест, пациентите имаат ниски резултати на сите тестови за епизодна меморија вклучувајќи го и одложеното потсетување на вербален и невербален материјал, како и на повеќето тестови за семантичка меморија, меѓу кои тестот за категорична флуентност се смета за најчувствителен.

Падот на епизодната меморија најверојатно се должи на невропатолошките промени лоцирани во енториналниот кортекс, хипокампусот и субикулумот, додека појавата на семантички нарушувања се чини дека бара вклучување на темпоралниот асоцијативен кортекс. За разлика од јасно изразените нарушувања на експлицитната меморија, имплицитното знаење е релативно зачувано, што може да се утврди само во почетната фаза на болеста, кога пациентите сè уште се подобни за тестирање.

Сепак, посебен вид имплицитна меморија познат во англискиот јазик наречен „прајминг“, исто така, е засегнат кај пациенти со Алцхајмерова болест. „Примаркирање“ се однесува на олеснето појавување на имплицитно знаење под влијание на претходно (прајминг - тоа што претходи) презентирани стимули. Иако овој ефект може да се демонстрира со различни видови материјали во различни модалитети, вообичаено е да се тестира таканаречената лексичка „подготовка“ со тест за дополнување зборови. Овој тест се разликува од стандардните експлицитни тестови за меморија. Имено, испитаникот не е предупреден дека коренот служи како клуч за потсетување на лексичките единици, па затоа пациентот ја третира задачата како еден вид игра. Решавањето на оваа задача се одвива на имплицитен, автоматски и несвесен начин. Пациентите со АБ покажуваат оштетување на неокортикалните региони, што влијае врз нивните резултати од задачите за лексичко подготвување.

Од друга страна, постојат докази за зачувано лексичко „подготвување“ кај пациенти со АБ, под услов вниманието да е добро контролирано и почетниот стимулативен материјал да е кодиран. Во секој случај, прашањето за статусот на имплицитната меморија кај пациенти со АБ сè уште не е решено, и покрај недвосмислените докази за оштетување на експлицитната меморија, и епизодната и семантичката. Како што може да се види, не сите мемориски функции се подеднакво засегнати кај пациенти со АБ. Падот на долгорочната меморија, без можност за слободно потсетување и препознавање претходно научен материјал е најважната карактеристика на амнестичкиот синдром кај пациентите со Алцхајмерова болест.

Од клиничка гледна точка, може да се зборува за постепен развој на синдром на антероградна амнезија. Во подоцнежната фаза на болеста, се појавуваат и знаци на ретроградна амнезија со јасно изразен темпорален градиент. Барем во почетната фаза на болеста, постои дисоцијација помеѓу зачуваната краткорочна и нарушената долгорочна меморија. Во подоцнежните фази на болеста, се јавува пад на капацитетот на работната меморија, па затоа можеме да зборуваме за селективна форма на дисегзекутивен синдром. Мислењата се поделени по прашањето за имплицитната меморија, како во однос на моторното учење, така и во однос на „прајминг“ (когнитивна форма на имплицитна меморија). Од сите когнитивни операции, најтешко нарушено е когнитивното кодирање на

информациите за време на почетната фаза на перцепција, или поточно нивната консолидација. Потсетувањето информации преку слободно потсетување и препознавање е подеднакво недоволно во напреднатата фаза на болеста.

Клиничката слика на мнестичките дисфункции го следи невроанатомскиот развој на болеста од енториналниот кортекс, преку формирањето на хипокампусот и други структури на лимбичкиот систем, па сè до неокортикалните лезии.

2.3.3 Нарушувања на јазичната функција

Нарушувањата на јазичната функција се појавуваат веќе во првата фаза од болеста во форма на тешкотии при наоѓање зборови и дисномија[17]. Во случај на поизразени нарушувања на номинацијата, спонтаниот говор може да има карактеристики на синдром на „празен говор“.

Со напредување на болеста во втората фаза на деменција, се развива комплексен синдром на транскортикална сензорна афазија (TSA)[18], со нарушено разбирање, парафазии и ограничено повторување, а во терминалната фаза се појавуваат ехолалија, палалалија и логоклонија.

Јазичните нарушувања се специфични: синтаксата и фонологијата релативно се зачувани, додека семантичкото и прагматичното знаење се најтешко погодени. Пациентите имаат тешкотии во номинацијата, создавањето семантички асоцијации и разбирањето сложени реченици. Овие симптоми се резултат од губење на семантичкото знаење, нарушување на визуелната перцепција или тешкотии во потсетувањето на лексички информации. Семантичките нарушувања претставуваат јадро на когнитивните дисфункции кај АБ и ги разликуваат овие пациенти од други форми на деменција.

2.3.5 Нарушувања на визуелно-просторните функции

[17] Когнитивно нарушување кое се манифестира како тешкотија во пронаоѓање или присетување на точниот збор при говорење, иако личноста знае што сака да каже. Тоа најчесто се забележува како пауза, користење на опис наместо точен термин, или избор на погрешен збор (често сличен по значење или звук).
[18] Нарушено аудитивно разбирање и вербално.Изразување со способност за повторување зборови и фрази. Може да повторува прашања наместо да одговара (ехолалија)

Покрај јазичните и говорните нарушувања, пациентите со Алцхајмерова болест покажуваат низа визуелно-просторни и визуелно-конструктивни симптоми при различни видови задачи. Способноста за визуелно разликување и организирање сложени визуелни фигури е нарушена веќе во првата фаза од болеста. Ориентацијата десно-лево останува зачувана подолго време. Меѓутоа, ако задачата за ориентација десно-лево бара и ментална ротација, тогаш перформансите на пациентот се намалуваат. Многу пациенти, дури и во првата фаза од болеста, не се во можност да користат мапа за топографска ориентација.

Околу 80% од пациентите со АБ покажуваат лево или десно визуелно-просторно невнимание. Пациентите кои се губат во добро познати просторни односи имаат многу изразени визуелно-конструктивни нарушувања при задачите со цртање, како што е цртање часовник со честа појава на феноменот на „затворање“ (цртежот на пациентот е прикачен или инкорпориран во даден модел). Овој тип визуоконструктивно нарушување е карактеристично за АБ, но не и за деменциите со васкуларна етиологија.

2.3.6 Нарушувања на дефицит на внимание

Пациентите со Алцхајмерова болест покажуваат потешки нарушувања во насочувањето на вниманието кон поголем број стимули отколку во насочувањето (фокусирањето) на вниманието кон еден стимул. Овој проблем се јавува поради неможноста да се ослободи вниманието кое веќе е фокусирано врз стимул. Ова во голема мера ја компромитира селективната моќ на вниманието кај овие пациенти.

Фазичните и тоничните компоненти на возбудата, исто така, се релативно зачувани. По појавата на предупредувачки стимул, пациентите со Алцхајмерова болест се исто толку подготвени да го дочекаат појавувањето на целниот стимул како и нормалните постари лица, што значи дека фазната компонентата на нивната општа состојба на будност е зачувана. Исто така, додека извршуваат повторливи активности, тие покажуваат ист степен на замор како и нормалните постари лица. Може да се заклучи дека АБ ја нарушува дистрибуцијата на вниманието, додека способноста за фокусирање на вниманието е релативно зачувана.

Некои автори го застапуваат ставот дека капацитетот на активно внимание е стеснет, што е есенцијално нарушување кај пациенти со АБ. Капацитетот на внимание се однесува врз менталната енергија потребна за активна и фокусирана обработка на информации. Спротивно на тоа, автоматските психолошки процеси се одвиваат надвор од дофатот на свеста, без намера и затоа не бараат ангажирање активни капацитети за внимание. На пример, пребарувањето во долгорочната меморија со цел да се потсетиме на специфични информации бара активно внимание, додека потсетувањето на фонолошката структура на зборовите или нивното значење се случува автоматски.

Според една хипотеза, нарушувањата на вниманието се јавуваат кај пациенти со АБ поради неможноста за сузбивање (инхибирање) на делумно активирани, но неточни информации . Оваа хипотеза е поткрепена со бројни наметливи грешки што се појавуваат при прераскажување научени приказни. Пациентите често вклучуваат тековни надворешни информации во фрагменти од евоцирани податоци од научена задача. Тие, исто така, покажуваат тешкотии во инхибирањето на ирелевантните значења на двосмислените зборови. Неможноста да се инхибира контекстуално ирелевантното значење на зборовите се одразува и во разбирањето на реченициte. Нарушувањето на ниво на инхибиторна контрола на сложениот процес на обработка на информации може да претставува еден од важните механизми одговорни за јазичните, помнењето и извршните дисфункции.

Во обид да се објасни механизмот на когнитивна дисфункција, втората хипотеза го нагласува централниот извршен систем, кој ги организира и координира истовремено активираните програми за обработка на информации. Дисфункцијата на централниот извршен систем предизвикува тешкотии во насочената обработка на информации, особено за време на извршувањето сложени задачи кои бараат ангажирање на повеќе ментални операции кои мора да се извршуваат истовремено или по строго пропишан редослед. Сепак, оваа хипотеза е тешко да се тестира, како поради непрецизната дефиниција на овој систем, така и поради недостатокот од соодветни чисти тестови за негово мерење.

2.3.7 Нарушувања во однесувањето

Покрај опишаните когнитивни нарушувања, кои се нарекуваат примарни симптоми, пациентите со АБ покажуваат и секундарни симптоми, кои вклучуваат промени во личноста и однесувањето. Оваа категорија вклучува: психотични феномени (делузии и халуцинации), емоционални нарушувања (депресија, катастрофални реакции), промени на личноста (импулсивност, апатија), анксиозност, агресија, стереотипи, упорност, дезинхибиција, насоченост кон талкање, мрморење и стенкање, промени во желбата за јадење, несоодветно сексуално однесување, инконтиненција и нарушувања на спиењето.

Постојат нарушувања во меморијата и интелектуалните процеси, осиромашување на размислувањето, дезориентација во времето и просторот, тешкотии во креирањето сложени серии на волеви движења и разбирање сложени визуелни стимули. Во фаза на тешка деменција се појавуваат: афазија, апраксија и агнозија. Во понатамошниот тек, со влошување на сите горенаведени симптоми, нивото на свест се намалува и конечно пациентите стануваат мутистички, неспособни за каков било контакт („панафазија, панапраксија, панагнозија“) и конечно ја заземаат феталната положба („целосна психомоторна регресија“).

Од психопатолошка перспектива, промените во однесувањето кај овие пациенти се првично интересни. Ова се засилување на претходните однесувања, апатичен став, неможност за прифаќање нови средини, активности и задачи, неможност за извршување на повеќе ментални операции истовремено и голем замор. Позитивните симптоми може да вклучуваат халуцинации за кои можат да придонесат и седативи, епилептични напади, миоклонични грчеви, делириум, периоди на возбуда, Заблудите, исто така, припаѓаат на клиничката слика на Алцхајмеровата деменција. Вклученоста на базалните ганглии дава, во доцната фаза, паркинсонова положба на телото и одењето, ригидност и тремор. Дијагнозата се базира врз клиничката слика. Дијагностичките критериуми на DSM-IV бараат: прогресивно губење на меморијата и барем една друга когнитивна функција, дека когнитивните дефицити предизвикуваат значително намалување на социјалното и професионалното функционирање, дека се исклучени други можни причини за деменција.

Во клиничката процена, невропсихолошкото тестирање е од најголемо значење. КТ покажува кортикална и субкортикална редукција на мозочното ткиво, но вредноста на

самото ова откритие кај постари лица без клинички знаци на деменција не е голема. КТ се користи и за исклучување тумори, инфаркти и други промени што можат да дадат впечаток за деменција. Прогнозата е лоша. Просечното преживување е 8 години.

Симптоматската терапија (анксиозност) е не помалку важна несоница, депресија, халуцинации. Бидејќи станува збор за обично постари лица, треба да се избегнуваат лекови кои имаат изразен антихолинергичен ефект и можат значително да влијаат врз когнитивните функции, на пр. трициклични антидепресиви. Бензодијазепините со кратко дејство, исто така, треба да се изберат поради намалениот капацитет за метаболизирање на лековите кај постарите лица.

Можеби најважно е грижата и заштитата на овие пациенти. Иако семејната грижа има значајни предности, во подоцнежните фази пациентот станува главно „жариште на ментална хигиена“. Професионална и морална поддршка за семејството е секогаш потребна.

Оваа класификација на примарни и секундарни симптоми треба да се разбере условно бидејќи бројни промени во однесувањето се предизвикани од когнитивни нарушувања. На пример, оштетувањето на меморијата предизвикува повторливо однесување во форма на постојано поставување на истите прашања, апраксијата[19] води до тешкотии при јадење и облекување, а дезинхибираните и несоодветни реакции се последица од дисфункција на фронталниот лобус. Без оглед на овој факт, оваа поделба носи значајни терапевтски импликации од една страна, како и значајни последици за судбината на пациентот и неговото семејство. Имено, секундарните симптоми ги загрозуваат и вознемируваат членовите на семејството повеќе од когнитивните дисфункции. Покрај тоа, тие се најчеста причина за хоспитализација на овие пациенти. Емоционалните промени и нарушувањата во однесувањето можат да се појават веќе во

[19] Невролошко нарушување на волното извршување на научени, целисходни движења, кое не може да се објасни со слабост на мускулите, нарушување на координацијата, сетилни дефицити или разбирањето на инструкцијата. Лицето со апраксија знае што треба да направи и сака да го направи, но не може правилно да го изведе движењето, особено кога е побарано вербално или симболично. Во подоцнежните фази на болеста, апраксијата може да стане изразена – пациентите не се способни да се облечат, да користат прибор за јадење или да извршат секојдневни задачи, иако физички можат. Тоа ја зголемува зависноста од негувателите.

првата фаза од болеста. Губење на интерес, пасивност, промени во расположението, раздразливост, агресивност, занемарување на личната хигиена и облекување се првите знаци на променето однесување. Некои пациенти покажуваат симптоми на зголемена психомоторна активност, бесцелно талкање и негативизам. Сомнежот и сомнежот кај некои пациенти се развиваат во луди идеи за параноичен карактер (најчесто луди идеи за кражба на личните работи на пациентот). Повеќето лица со Алцхајмерова болест се вознемирени од самиот почеток на болеста. Во подоцнежна фаза, се појавуваат и вистински вознемирени состојби. Депресијата се јавува кај 25-50% од лицата кои страдаат од АБ. Во напредната фаза на болеста, халуцинаторните искуства од визуелна, акустична и тактилна природа не се невообичаени. Кај пациенти кај кои психијатриските нарушувања се присутни од самиот почеток на болеста, еволуцијата на когнитивното влошување е побрза.

2.4 Терапија и грижа кај лицата со Алцхајмерова болест

2.4.1 Фармаколошка терапија

Когнитивните дисфункции кај Алцхајмеровата болест се отпорни на терапија и до денес не постои лек кој успешно би ги спречил, запрел или елиминирал примарните симптоми. Употребата на лекови треба да започне во првата фаза од болеста, во однос на биомолекуларните патогенетски механизми на Алцхајмерова болест, во експериментот. Во наталната фаза на развој, постојат инхибитори на амилоидогенезата и супстанции кои би спречиле хиперфосфорилација на тау протеинот[20].

Во однос на терапијата за придружни психијатриски нарушувања и промени во однесувањето, таканаречените секундарни симптоми, се препорачува употреба на анксиолитици, антидепресиви и невролептици, според принципите на терапија за стари лица.

[20] Иако постојат супстанции и терапии насочени кон инхибиција на амилоидогенезата и превенција на хиперфосфорилација на тау, повеќето од нив сè уште се во фаза на клинички испитувања или имаат ограничен клинички ефект. Истражувањата продолжуваат со надеж дека комбинација од повеќе таргетирани терапии ќе понуди поефективен третман за Алцхајмеровата болест.

2.4.2 Нефармаколошка терапија

Нефармаколошката грижа за пациентите, исто така, игра одредена улога во терапевтската пракса на Алцхајмерова болест. Во состојба на ограничени когнитивни, емоционални и адаптивни функции, под влијание на неповолни здравствени, психолошки и социјални фактори, лесно се развиваат дополнителни функционални нарушувања. Оваа таканаречена „вишок дисфункција“ треба да се препознае и да се имплементира систем од соодветни мерки и процедури за елиминирање на провокациските фактори. Тие се состојат од: соодветна терапија на заболени соматски заболувања, обезбедување подобра сензорна функција (очила, слушен апарат), следење на терапијата, избегнување можни стресни фактори (движење, промена на околината, лица кои се грижат за нив), поедноставување на облекувањето и навиките во исхраната, елиминирање на потенцијалните ризици од паѓање и повреда, како и покажување внимание и почит кон пациентот.

Преку комбинација од фармаколошки и нефармаколошки терапевтски пристапи, можно е да се измени клиничката слика и да се забави прогресијата на болеста, односно да се подобри квалитетот на живот на лицата со Алцхајмерова болест.

Алцхајмеровата болест како сериозен растечки глобален предизвик, влијае далекусежно, не само врз пациентите, туку и врз нивните семејства, здравствениот систем и општеството во целина.

2.5 Потреби на лицата со Алцхајмерова болест

Почетните симптоми обично се манифестираат како благи когнитивни нарушувања, како што е губењето на меморијата, со што постепено напредува и води до подлабоки когнитивни и функционални нарушувања. Со текот на времето, се влошуваат способностите за комуникација, ориентација во време и простор, носењето одлуки, што значително ја ограничува способноста на лицето да ги извршува секојдневните, дури и најосновните активности, како личната хигиена. Во напреднатите фази, пациентите

стануваат неспособни за самостојна грижа и им е потребна постојана грижа и поддршка, нега и разбирање, што создава огромен товар за нив самите и за нивните семејства.

Алцхејмеровата болест има длабоко влијание врз семејствата, особено врз членовите кои директно ја обезбедуваат грижата. Негувателите често се соочуваат со емоционални и психолошки предизвици, како што се: стравот од губење на саканата личност, чувство на беспомошност и постојана исцрпеност. Во обид да одговорат на потребите, со стремеж да обезбедат најдобра можна грижа, тие ги занемаруваат сопствените здравствени и емоционални потреби, што дополнително го влошува нивниот квалитет на живот. Оваа состојба ја нагласува неопходноста од зголемена поддршка за неформалните негуватели.

Многу сопружници се стремат да ја исполнат својата улога како негуватели на најдобар можен начин, но ова често доведува до различни степени и видови физички, емоционален, финансиски и социјален товар за нив и нивните семејства. Како што се грижат за лице со Алцхајмерова болест (АБ), тие сами може да почнат да се соочуваат со хронични заболувања поврзани со стареењето. Овие природни промени го намалуваат функционалниот капацитет на негувателот, што влијае не само врз неговата способност за грижа за себе, туку и врз способноста да обезбедува континуирана грижа за сопружникот со АБ. Бидејќи негата често подразбира значителни физички напори, како што се: подигнување, асистирање при движење, хранење, помош во тоалет или обезбедување 24-часовен надзор, овие обврски може да резултираат со занемарување на потребите на негувателот за сон, соодветна исхрана и здравствена грижа. Со текот на времето, ваквото занемарување може да доведе до хроничен замор, исцрпеност и други здравствени проблеми, вклучувајќи: ненахранетост, ослабен имунитет и слично.

Лицата со Алцхајмерова болест во првата фаза од болеста имаат зачуван увид во нарушувањата на меморијата. Сепак, како што напредува болеста, степенот на увид во когнитивните нарушувања и проценатa на способноста за извршување на секојдневните активности се намалува. Исто така, капацитетот за мета-анализа на сопственото однесување прогресивно опаѓа и може да се јават агитација, агресија, делузии, халуцинации и вознемиреност (анксиозност).

2.5.1 Агитација кај лица со деменција

Агитацијата претставува честа и значајна поведенска манифестација кај лица кои живеат со деменција. Таа се карактеризира со: зголемена психомоторна активност, вознемиреност, раздразливост и импулсивни реакции кои се често несоодветни на ситуацијата. Може да се манифестира преку: вербална агресија (викање, навредување), физичка агресија (фрлање предмети, удирање) или преку непродуктивно движење (прошетки без цел, немирно одење).

Овие однесувања обично се резултат од внатрешен стрес, фрустрација, болка, конфузија, прекумерна сензорна стимулација или чувство на беспомошност. Агитацијата не секогаш значи агресија, но честопати претставува одбранбен механизам на лицето со деменција во ситуации кога не може да се изрази вербално или кога чувствува несигурност.

Разбирањето на агитацијата како комуникациски сигнал е клучно за негувателите и стручните лица. Наместо да ја гледаат како проблематично однесување, потребно е да се анализира нејзиниот причинител и да се воспостават стратегии кои го намалуваат ризикот од нејзино појавување. Примена на индивидуализиран пристап, смирувачка околина, јасна комуникација и рутина може значително да помогнат во справување со агитирани состојби.[21]

2.5.2 Агресија

Агресијата кај лица со деменција претставува сериозна и честа поведенска појава што може да се манифестира во различни форми: физичка, вербална или пасивна агресија. Таа често се јавува како реакција од: конфузија, страв, чувство на фрустрација, болка, недоразбирање или на ненадејни промени во околината.

Физичката агресија може да вклучува: туркање, удирање, гребење или удирање предмети, додека вербалната агресија може да се изрази преку: викање, псовки, закани или

[21] Cohen-Mansfield, J. (2000). Agitated Behavior in Persons With Dementia: The Relationship Between Type of Behavior, Its Frequency, and Its Disruptiveness. Journal of Psychiatric Research, 34(2), 161–170.

навредлив говор. Во некои случаи, лицата со деменција може да станат отпорни на нега или да одбиваат соработка што, исто така, се смета за форма на агресивно однесување.

Важно е да се напомни дека агресијата кај овие лица најчесто не е намерна, туку претставува обид за комуникација или заштита во услови кога поединецот не може вербално да ги изрази своите потреби или чувства. Затоа, таа мора да се набљудува низ призма на емпатија и разбирање.

Ефективното справување со агресијата подразбира: анализа на причините кои довеле до агресивниот одговор (болка, анксиозност, сензорна преоптовареност), креирање смирувачка и предвидлива средина, како и користење техники на деескалација, како: говор со смирен тон, тактилен пристап и запазување на личниот простор.[22]

2.5.3 Делузии

Делузиите (лажни убедувања кои не одговараат на реалноста и не се подложни на корекција со логични аргументи) се чест психијатриски симптом кај лицата со деменција, особено кај тие со Алцхајмерова болест и Левиеви тела деменција. Тие претставуваат нарушување на мисловниот процес, при што болниот има цврсто уверување во нешто што е објективно невистинито. Најчестите делузивни идеи кај лицата со деменција вклучуваат:

- Параноидни делузии, како што се верувања дека некој ги краде нивните работи или дека некој сака да им наштети;
- Делузии на љубомора (на пример, дека партнерот ги изневерува);
- Делузии на погрешна идентификација, како верување дека некој близок е заменет со двојник (капаѓрас синдром).

Овие појави често се влошуваат во подоцнежните фази на болеста и можат да доведат до зголемена анксиозност, агресија или одбивање на соработка со негувателите.

[22] Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., et al. (1996). Need-driven Dementia-compromised Behavior: An Alternative View of Disruptive Behavior. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 11(6), 10–19.

Не се препорачува директно спротивставување на делузијата (што може да ја влоши состојбата), туку потребен е емпатиски и смирувачки одговор, пренасочување на вниманието и создавање чувство на безбедност. Во потешки случаи, можно е вклучување психијатар или невролог за евентуална употреба на антипсихотици со голема внимателност.[23]

2.5.4 Халуцинации

Халуцинациите се сензорни доживувања без вистински надворешен стимул, при што лицето перципира нешто што реално не постои. Кај лицата со деменција, најчести се визуелните халуцинации, односно гледање луѓе, животни или предмети кои не се реално присутни. Ретко, но можно е да се јават и слушни, олфакторни (мирисни) или тактилни халуцинации. Овие симптоми најчесто се поврзани со деменцијата со Левиеви тела (Lewy Body Dementia - LBD), но се јавуваат и кај други форми на деменција, вклучително и Алцхајмерова болест, особено во подоцнежните фази.

Халуцинациите можат да бидат периодични или хронични, бенигни или вознемирувачки. Кај некои пациенти тие предизвикуваат страв, анксиозност и сомнеж, што може да доведе до агресија, одбивност за соработка, па дури и самоповредување. Од друга страна, кај дел од лицата, халуцинациите можат да бидат неутрални или дури и утешни, на пример, кога пациентот гледа починат роднина и разговара со него со чувство на сигурност.

Овие доживувања често се погрешно интерпретирани од околината како знак на лудило или шизофренија, што дополнително го зголемува социјалниот стигматитет и ја отежнува грижата. Во реалноста, халуцинациите кај дементни лица се дел од органското нарушување на мозочните функции, а не психотично растројство од шизофрен тип.

Причините за појавата на халуцинации се повеќеслојни. Се смета дека настануваат како резултат од дегенеративни промени во темпоралниот и окципиталниот лобус, нарушувања во невротрансмитерите (особено ацетилхолин и допамин), како и сензорна депривација,

[23] Prevalence and associations of psychotic symptoms in dementia sufferers. British Journal of Psychiatry, 171(5), 441–443.

изолација и стрес. Некои лекови, инфекции или метаболички нарушувања, исто така, можат да ја влошат состојбата.

Третманот на халуцинациите бара индивидуализиран пристап. Во прв план се нефармаколошките интервенции, кои вклучуваат создавање безбедна, позната и смирувачка средина, редуцирање визуелни или звучни стимули кои можат да предизвикаат забуни, како и внимателен пристап од страна на негувателите и здравствените работници. Доколку халуцинациите се чест извор на анксиозност и агресија, може да се размисли за употреба на антипсихотици, но само под строг надзор поради ризиците од несакани ефекти кај дементните пациенти (Burns, A., & Iliffe, S. 2009).

Халуцинациите може да имаат благ карактер и да не предизвикуваат вознемиреност, но често се случува да бидат дистресни, застрашувачки или збунувачки, што доведува до анксиозност, сомнеж, агресија или социјално повлекување кај заболеното лице. На пример, личноста може да изјави дека гледа непостоечки луѓе во домот, дека некој ја следи или ѝ наштетува, што може сериозно да влијае врз нејзината безбедност и доверба во негувателите.

Причините за халуцинациите кај лица со деменција се невролошки и хемиски. Дегенерацијата на мозочните структури, особено во окципиталниот и темпоралниот лобус, како и нарушувањата во ацетилхолинскиот и допаминскиот систем, се сметаат за клучни фактори (McKeith, I. G., et al.2005). Покрај тоа, сензорната депривација, социјалната изолација и недостатокот од стимулација можат да ја влошат халуцинаторната симптоматологија.

Третманот бара внимателен пристап. Нефармаколошките стратегии се прв избор, и вклучуваат приспособување на околината, минимизирање на фактори што можат да предизвикаат конфузија, како и емпатична и недирективна комуникација. Доколку халуцинациите станат сериозен извор на вознемиреност или агресија, може да се разгледа контролирана употреба на антипсихотици, со посебно внимание на ризиците кои тие ги носат кај оваа популација (Ballard, C., et al. 2001).

Халуцинациите не секогаш бараат медикаментозен третман, често, разбирањето и поддршката од негувателите и социјалните работници е клучна за управување со ваквите

симптоми. Понекогаш е доволно лицето да се увери со топол тон дека е безбедно и дека нема закана, со што се намалува анксиозноста и можната реактивна агресија (Burns, A., & Iliffe, S.2009).

2.5.5 Апатија

Апатијата претставува еден од најчестите бихевиорални симптоми кај лицата со Алцхајмерова болест и други форми на деменција. Таа се манифестира преку значително намалување на емоционалната реактивност, губење на мотивацијата и општа невклученост во дневните активности и социјални интеракции. Овој симптом честопати се меша со депресивните состојби, поради сличноста во надворешните знаци, но е важно да се направи јасна диференција бидејќи апатијата има поинаква природа и бара различен пристап во третманот. Апатијата влијае врз квалитетот на животот на лицето со деменција и неговите негователи, бидејќи намалената желба за активност ја ограничува способноста за учество во терапевтски програми и социјални активности, а исто така може да ја зголеми оптовареноста на семејството. Од невробиолошка перспектива, апатијата се поврзува со оштетување на фронталниот лобус и нарушувања во допаминергичките патеки кои се одговорни за мотивацијата и наградните системи во мозокот.

За разлика од депресијата, кај која доминираат чувства на тага и очај, апатијата се карактеризира со незаинтересираност и рамнодушност, при што лицето не чувствува потреба или задоволство од активностите што порано ги сакало. Клиничката процена треба внимателно да ја разликува апатијата од депресивните симптоми за да се овозможи соодветна терапевтска интервенција.

Третманот на апатијата вклучува мултидисциплинарен пристап кој опфаќа комбинација од фармаколошки и нефармаколошки мерки. Нефармаколошките интервенции, како што се: структурирани активности, физичка терапија и социјална стимулација, имаат позитивен ефект врз мотивацијата и ангажманот на лицето. Во одредени случаи, се користат и лекови кои делуваат на допаминергичкиот систем, но потребна е претпазливост поради несаканите ефекти кај оваа популација.

2.5.6 Вознемиреност (анксиозност) кај лица со АБ

Анксиозноста претставува една од најчестите психолошки состојби кај лицата со деменција, која се манифестира како трајна загриженост, стравувања и чувство на неизвесност. Овие симптоми често вклучуваат сомнежи околу безбедноста, страв од напуштање и потреба за постојано уверување, што се изразува преку чести прашања поврзани со членови на семејството или со секојдневната рутина. Психолошката вознемиреност кај овие лица може значително да се влоши во непозната или промена на околината, каде што лицето се чувствува дезориентирано и неспособно да ја контролира ситуацијата. Особено карактеристична е тенденцијата за поголема анксиозност во попладневните и вечерните часови, феномен познат како „синдром на зајдисонце“ (sundowning), кога симптомите на вознемиреност, раздразливост и конфузија го достигнуваат својот врв. Овие состојби влијаат врз квалитетот на животот не само на лицето со деменција, туку и на неговите негуватели, бидејќи зголемената вознемиреност предизвикува нарушувања во однесувањето и емоционалната стабилност. Затоа, раното препознавање и адекватното справување со анксиозноста се клучни за подобрување на секојдневното функционирање и намалување на стресот кај сите вклучени. Во третманот на вознемиреноста кај лицата со деменција, се користи комбинација од нефармаколошки пристапи, како што се: создавање сигурна и позната средина, структурирани активности и техники за релаксација, како и фармаколошки интервенции кога тоа е неопходно. Особено внимание се посветува на приспособување на средината и комуникацијата за намалување на непотребниот стрес и анксиозност.

Нефармаколошки пристапи во справување со вознемиреност кај лица со АБ претставуваат основен и прв избор во третманот на психолошките и бихевиоралните симптоми кај лицата со деменција вклучувајќи ја и вознемиреноста. Овие пристапи се фокусираат врз намалување на симптомите преку промени во животната средина, подобрување на комуникацијата, како и преку различни активности и интервенции кои ја поттикнуваат емоционалната и менталната благосостојба.

Основните нефармаколошки методи вклучуваат приспособување на животната средина, создавање мирна, сигурна и предвидлива околина која ја намалува анксиозноста. Ова

вклучува минимизирање метеж, силни звуци или неочекувани промени, како и користење познати предмети и ритуали кои го охрабруваат чувството на стабилност.

Комуникациските техники, како јасна, смирена и трпелива комуникација помага за намалување на стресот. Корисно е да се користат едноставни реченици, да се избегнуваат директни конфликти и да се дава време на лицето да одговори. Реалност на ориентација е техника каде што негувателите редовно го информираат лицето за времето, местото и настаните, со цел да се намали конфузијата и стравот од непознатото. Реактивирачки активности во вклучување на лицето во активности кои му се познати и омилени, како: музика, прошетки, рачни работи или едноставни вежби, помагаат да се одвлече вниманието од стресните мисли и ја подобруваат мотивацијата. Техники за релаксација, како: вежби за дишење, масажи или ароматерапија можат да помогнат во намалување на физичкиот и менталниот стрес, со што се олеснува вознемиреноста.

Од ова сето може да кажеме дека најважна е поддршката за негувателите како и нивната едукација и психосоцијална поддршка за тие што се грижат за лицата со деменција кои се важни за подобро справување со вознемиреноста и за превенција на прегорување.

Овие пристапи се препорачуваат како прв избор затоа што имаат помалку несакани ефекти во однос на лековите и помагаат во долгорочно одржување на квалитетот на животот. Исто така, тие се флексибилни и можат да се приспособат според индивидуалните потреби и можности на секој пациент.

3. НЕФОРМАЛНИ НЕГУВАТЕЛИ И НИВНАТА УЛОГА

Грижата е важно јавно здравствено прашање кое влијае врз квалитетот на животот на милиони поединци. Негувателите обезбедуваат помош со друго лице со социјални или здравствени потреби. Неформалните или неплатени негуватели претставуваат клучна поддршка во системот на долготрајна грижа, која најчесто се реализира во домовите на луѓето. Многу често, токму возрасните лица од средна и повисока возраст, ја преземаат најголемата одговорност обезбедувајќи грижа за своите деца, родители или брачни

партнери.“ Самата грижа и обврските кон изнемоштено постаро возрасно лице се опишува како стресно искуство кое може да ја наруши психичката благосостојба и физичкото здравје на негувателите кои, исто така, може да бидат во трета доба од животот.

3.1 Дефиниција

Неформалните негуватели ќе ги дефинираме како многу важни во негата и грижата која покрај справувањето со предизвикувачките однесувања кои се проследени со самата состојба, исто така, се однесува на помош со основните активности од секојдневниот живот, како што се: лична хигиена, облекување, хранење, одење и користење тоалет, како и со инструменталните активности на секојдневието како и управување со домашни обврски, набавки, подготвување оброци, транспорт, финансиска поддршка и организација на посета на лекар. Одговорностите за грижа може да се зголемуваат и да се менуваат како што се зголемуваат потребите на примачот, што може да резултира со дополнително оптоварување на негувателот. Ваквите негуватели, особено женските членови во семејството, често претставуваат столб на поддршка во процесот на справување со здравствени состојби поврзани со стареењето кај постарите лица. Неформалните негуватели се лица, најчесто членови од потесното семејство или блиски роднини или пријатели, кои доброволно или се принудени да се грижат за лице со хронична или тешка болест, без да имаат професионална обука и финансиски надомест за тоа.[24]. Улогата е комплексна и вклучува, исто така, покрај секојдневните активности, да пружа и емоционална поддршка, следење на здравствената состојба и управување со терапијата.

Во општество какво што е нашето, постои силно морално, традиционално и културно очекување дека децата се токму тие кои ќе се грижат за своите родители. Грижата се смета за очекување, природно и доблесно, и често поврзано со високи морални стандарди. Многу луѓе ја прифаќаат својата семејна негувателска улога врз основа на вредности, како што се: семејната лојалност, меѓузависноста и стремежот кон одржување

[24] Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). Families Caring for an Aging America. Washington, DC: National Academies Press.

на семејната рамнотежа. Од рана возраст, поединците се воспитуваат да покажуваат почит кон постарите членови на семејството, при што се поттикнува очекувањето дека децата ќе обезбедуваат физичка, финансиска и емоционална грижа за своите родители или постари роднини.

Нивната улога е комплексна и вклучува, покрај обезбедување помош во секојдневните активности, давање емоционална поддршка, следење на здравствената состојба и управување со терапијата.

Иако неформалното негувателство може да биде извор на лична сатисфакција и чувство на исполнетост, истражувањата на таа тема покажуваат дека тоа значително го зголемува ризикот од влошување на менталното и физичкото здравје[25]. Некои студии, сепак, го доведуваат во прашање овој консензус укажувајќи дека искуството на негувателите не е униформирано. Постојат силни докази дека неформалното негувателство може да биде исклучително стресно искуство за многумина[26].

Во споредба со формалните негуватели, неформалните негуватели покрај тоа што немаат финансиски надомест тие и не се регулирани според здравствени стандарди, што дополнително ја усложнува нивната позиција и го нагласува значењето на обезбедување соодветна грижа, поддршка и ресурси за оваа ранлива група. Зголемената зависност од неформалните негуватели може да понуди привремено олеснување за преоптоварените и недоволно финансирани системи за здравствена и социјална грижа. Сепак, мора внимателно да се следи влијанието врз самите негуватели, за да не се доведе во прашање нивната психосоцијална благосостојба (Lloyd & Wait, 2006). Од страна на дејствувајќи стратешки, јавно-здравствените работници можат да ги стимулираат потребните промени во системите кои го подобруваат здравјето и на старателите и примателите на нега, да обезбедуваат обука за давателите на здравствени услуги, за важноста на семејните негуватели и да се осигури дека старателите ги имаат информациите и поддршката што им е потребна за да се минимизира стресот од грижата.

АБ е заболување со подмолен почеток и прогресивно оштетување на бихевиоралните и когнитивните функции, вклучувајќи: меморија, разбирање, јазик, внимание и

[25] Kiecolt-Glaser et al. , 2003 Känel et al., 2006 година; Pottie et al., 2014; Sallim et al., 2015
[26] Brown and Brown, 2014; Roth et al., 2015.

расудување“[27], придружена со нарушена перцепција и содржина на размислување (нарушување на расположението и промени, опаѓање). Бихевиоралните и психолошките симптоми кои се јавуваат кај лицата со Алцхајмерова болест често предизвикуваат зголемено чувство на анксиозност и вознемиреност, како кај самите болни, така и кај нивните негователи. Оттаму, не е чудно што грижата за лица со Алцхајмер се смета за еден од најсложените предизвици во негата на постарата популација. Поради чувството на должност и одговорност кон своите блиски, многу негователи се соочуваат со потребата да се откажат од лични удобства или цели, со цел да одговорат на специфичните барања за грижа што ги наметнува Алцхајмеровата болест. И покрај ваквите лични откажувања, голем дел од нив изразуваат подготвеност да ги стават потребите на лицето со болеста пред своите сопствени.

Жените, особено домаќинките, се најчести неформални негователи и се соочуваат со многубројни предизвици. Покрај физичката исцрпеност, тие често се изложени на емоционални и социјални притисоци, бидејќи, освен што се грижат за болниот, имаат и обврска да ги извршуваат секојдневните домашни задачи. Оваа непрекината ангажираност, која најчесто трае со години, значително го зголемува ризикот од појава на психолошки проблеми, здравствени нарушувања и физичка исцрпеност.

Искуствата при грижа за лице со Алцхајмерова болест се единствени за секого. Може да биде тешко да се преземе улогата на неформален негувател. Можеби ќе се откријат дека постојат аспекти на грижа со кои можат негувателите лесно да управуваат, додека други се потешки.

3.1.1 Психолошко влијание врз неформалните негователи

Иако оваа улога е мотивирана од љубов, должност и посветеност, таа често со себе носи значајни психолошки трошоци. Истражувањата покажуваат дека грижата за лице со деменција е еден од најстресните облици на неформална грижа, поради што овие негователи често се нарекуваат „скриени жртви“ на болеста (Schulz & Martire, 2004).

[27] Kumar A., Sidhu J., Goyal A., Tsao J.W. StatPearls [Internet] StatPearls Publishing; Treasure Island, FL, USA: 2022. Alzheimer disease.

3.2.2 Интензивни емоции

Грижата за блиска личност со деменција често предизвикува силен емоционален товар кај членовите од семејството. Вообичаено е тие да се соочуваат со чувства на срам, вина, лутина, загриженост за иднината, но и длабока тага, осаменост и чувство на заробеност. Вината може да произлегува од различни извори: задоцнета потрага по медицинска дијагноза, срам од промените во однесувањето на болниот или неможноста да се продолжи со грижата во домашни услови. Иако негувањето може да се доживее како исполнувачко и значајно искуство, најчесто е поврзано со емоционален товар, хронична напнатост, психосоматски нарушувања, нарушено физичко здравје, социјална изолација и економски тешкотии. Особено болен аспект е постепеното губење на личноста кај болниот, иако тој е физички присутен, што создава чувство на „амбигуозна загуба“. Од друга страна, лицата со Алцхајмерова болест имаат корист од домашната нега како што е прикажано во повеќе истражувања, преку нивниот подобар квалитет на живот, зголемен животен век и одложена прогресија на болеста.

3.1.3 Промени во семејните односи

Деменцијата значително ги менува динамиките на семејните и партнерските релации. Кај брачните партнери може да дојде до губење на интимноста, блискоста, заедничките навики и довербата. Иако некои парови продолжуваат да наоѓаат утеха во физичката блискост, за многумина оваа врска слабее. Кај децата на заболениот родител, улогите се заменуваат, па тие се наоѓаат во позиција на грижа што може да ја одложи нивната лична автономија и остварување на сопствени животни цели и релации.

3.1.4 Социјална изолација

Социјалната изолација претставува еден од најчестите и најсериозни предизвици со кои се соочуваат неформалните негователи, особено тие кои се грижат за лица со хронични и невролошки заболувања, како што е Алцхајмеровата болест. Најчесто, овие негователи се

блиски членови на семејството кои преземаат постојана и интензивна грижа, што доведува до значително нарушување на нивниот социјален живот.

Со напредување на болеста, обврските стануваат сè пообемни и понапорни принудувајќи ги негувателите да се повлечат од своите професионални, пријателски и семејни односи. Често се откажуваат од работното место, ги занемаруваат хобијата и се изолираат од секојдневните социјални интеракции. Како резултат од тоа, нивната социјална мрежа се намалува, а достапната поддршка сè повеќе изостанува.

Неколку фактори придонесуваат за оваа социјална изолација.

Недостаток од време и енергија поради целосната посветеност на негата, негувателите немаат доволно ресурси за одржување социјални врски. Исто така, може да имаат финансиски тешкотии поради зголемените трошоци и намалениот приход често ги ограничува можностите за учество во социјални активности.

Недоволна поддршка и разбирање од околината, како и чувството дека другите не ги разбираат нивните секојдневни предизвици, дополнително ја продлабочува изолацијата.

Стигматизација на болеста кај невролошките нарушувања, како Алцхајмерова болест, често се опкружени со социјална стигма, што придонесува за повлекување и избегнување на јавноста. Овие околности сериозно влијаат врз менталната и физичката состојба на негувателите. Изолацијата е поврзана со: зголемен ризик од депресија, анксиозност, хроничен стрес, нарушувања на спиењето и влошување на општото здравје. Препознавањето и адресирањето на овие предизвици е од суштинско значење за подобрување на квалитетот на живот и на негувателите и на лицата за кои се грижат.

3.1.5 Влијание врз менталното и физичкото здравје

Семејните негуватели се изложени на сериозен ризик од психолошки нарушувања, како што се: анксиозност, депресија, чувство на немоќ и хронична изолација. Истражувањата покажуваат дека депресивните негуватели почесто пријавуваат силно чувство на товар и во некои случаи, мисли за самоубиство. Покрај психолошките последици, грижата носи и

ризици за физичкото здравје: зголемена веројатност за дебелина, хипертензија, срцеви заболувања и нарушувања на спиењето.

3.1.6 Позитивни аспекти на негувањето

И покрај тешкотиите, улогата на негувателот може да носи и одредени позитивни доживувања. Многу луѓе ја гледаат грижата како можност за личен раст, зајакнување на врската со болниот и продлабочување на чувството на цел и исполнетост. Тие кои перципираат помалку стрес и имаат пристап до социјална поддршка, почесто пријавуваат чувство на задоволство, смисла и дури благодарност за можноста да помогнат на саканата личност.

3.2 Исцрпеност и прегорување“burnout” синдром

Исцрпеноста кај неформалните негуватели може да се дефинира како состојба на физичка и ментална измореност предизвикана од долгогодишна и постојана грижа за лице со хронична болест. Оваа исцрпеност се манифестира преку недостаток од енергија, чувство на беспомошност и неспособност за справување со секојдневните задачи. Кај неформалните негуватели постојат два главни типа на исцрпеност: физичка исцрпеност, која се манифестира преку хроничен замор и исцрпеност на телото поради долготрајниот физички напор, и емоционална исцрпеност, која вклучува состојба на постојан стрес, анксиозност, чувство на беспомошност и губење на мотивацијата.

„Burnout“ синдромот, пак, претставува хронична состојба на емотивна исцрпеност, која произлегува од долгорочен стрес и преголем емоционален ангажман. Синдромот на прегорување„burnout“ кај неформалните негуватели најчесто се манифестира преку губење интерес за обезбедување нега, чувство на отуѓеност од пациентот и намалено чувство на лична ефикасност. Отуѓеност и апатија поради присуството на чувство на празнина и недостаток од мотивација за продолжување со грижата. Тука е и намалената лична ефикасност како чувство дека сите напори се залудни и дека не е можно да се постигнат позитивни резултати.

Според Маслач и соработниците “burnout” е тридимензионален синдром кој се јавува како одговор на хроничен замор и стрес, опфаќа емоционална исцрпеност, деперсонализација и намалено чувство на лична постигнатост[28]. Овој синдром е честа појава кај неформалните негуватели што ја нагласува потребата од нивна поддршка и интервенции за зачувување на нивното здравје и благосостојба.

3.3 Стрес кај неформалните негуватели

Стресот претставува психофизиолошка реакција на телото и умот на лице кое се соочува со барања или предизвици што ги надминуваат неговите ресурси за справување.

Според Pearnli и соработниците (1990), стресот кај негувателите го дефинираат како „состојба на ментален или емоционален напор или напнатост што произлегува од барањата на грижата“. Овој стрес често се јавува кога барањата за грижа ги надминуваат ресурсите и капацитетите на негувателот, што доведува до чувство на преоптовареност и исцрпеност.

Стресот кај неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест е комплексна состојба што произлегува од долготрајната грижа за лицето со деменција, која бара многу од физичките, емоционалните и когнитивните ресурси на негувателот. Овој стрес може да се манифестира на неколку нивоа и да доведе до значајни психолошки и здравствени последици, особено кај жени и домаќинки, кои најчесто го носат најголемиот товар на грижата.

3.3.1.Физички стрес

Физичкиот стрес предизвикува замор и исцрпеност поради постојаната грижа и целокупното телесно истоштување. Негувателите често немаат доволно време за одмор и рекреација, што ја намалува нивната физичка издржливост. Грижата за пациент со Алцхајмер може да доведе до несоница и чест прекин на сонот бидејќи многу од пациентите имаат нарушен ритам на спиење и потреба од помош во текот на ноќта. Поради хроничниот стрес, негувателите можат да развијат соматски симптоми, како:

[28] Maslach et al., 1996

главоболки, болки во мускулите и гастроинтестинални проблеми. Поголема веројатност за развој и на физички здравствени проблеми на кардиоваскуларни заболувања, хипертензија и ослабен имунолошки систем. Недостатокот од социјална поддршка и разговор со пријателите може да ги зголеми нивото на стрес и анксиозност кај негувателите. Изолацијата може да доведе до чувства на осаменост и бесмисленост, што ги зголемува можностите за појава на депресија. Поради постојаната изложеност на емоционални и физички предизвици без соодветен одмор и поддршка, неформалните негуватели често страдаат од прегореност.

3.3.2 Емоционален стрес

Емоционалниот стрес кај неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест е една од најзначајните и најчесто пријавувани последици од долготрајната, интензивната и емоционално набиената нега. Овој тип стрес се појавува поради комбинација од физички замор, емоционална поврзаност со лицето за кое се грижат, недостаток од социјална и институционална поддршка, како и постојана грижа за иднината и здравјето на пациентот.

Континуиран физички и ментален напор за лице со Алцхајмерова болест често претставува постојана, 24-часовна обврска која трае со месеци, па дури и со години. Грижата не се ограничува само на основни физички активности, како: хранење, одржување лична хигиена, облекување и следење на здравствената состојба, туку и на управување со лекови, организирање медицински прегледи, како и обезбедување психолошка поддршка. Оваа континуирана ангажираност резултира со: хроничен замор, недостаток од сон и зголемен ризик од физичко и ментално истоштување. Постои и зголемен ризик од појава на психосоматски симптоми, како што се: главоболки, дигестивни нарушувања и болки во мускулно-скелетниот систем.

Грижата за лице со АБ честопати доведува до постепено занемарување на сопствените потреби и животни цели на негувателот. Многу неформални негуватели се принудени да ја напуштат работата, да го прекинат образованието или да се откажат од хобијата и личните интереси. Ваквата жртва го нарушува личниот идентитет и ја

поттикнува појавата на чувство на безвредност и емоционална испразнетост. Истовремено, негувателите се соочуваат со социјална изолација поради неможноста да одржуваат контакт со пријатели или да учествуваат во општествени активности, што дополнително ја засилува нивната психолошка ранливост.

Пациентите со Алцхајмер често покажуваат промени во однесувањето кои се тешко предвидливи и многу стресни за негувателите. Меѓу нив се вклучени: агресивни испади, вознемиреност, ноќна конфузија (sundowning), халуцинации и параноја. Дополнително, овие однесувања не само што ја усложнуваат секојдневната грижа, туку и го зголемуваат емоционалниот товар бидејќи негувателот мора да остане трпелив, внимателен и смирен во екстремно предизвикувачките ситуации. Тоа води до чувство на беспомошност и фрустрација, особено кога пациентот не ја препознава личноста која се грижи за него.

Многу неформални негуватели се блиски роднини или животни партнери на лицето со Алцхајмер, што значи дека нивната улога е длабоко лична и емотивно набиена. Спектаклот од прогресивна деградација на личноста со која некогаш имале длабока релација предизвикува интензивна тага, жалост и чувство на загуба уште пред смртта на пациентот (претажален процес). Овој процес дополнително е отежнат од неизвесноста и хроничниот карактер на болеста. Емоционалното страдање се вкоренува во континуираното сведочење на пропаѓањето на личноста на пациентот, што ја зголемува емоционалната болка и ја намалува ефикасноста на негата.

3.3.3 Анксиозност

Анксиозноста кај неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест претставува еден од најзастапените психолошки проблеми кај неформалните негуватели кои се грижат за лица со Алцхајмерова болест. Таа не само што е честа, туку е и хронична поради природата на болеста и специфичностите на улогата што ја имаат негувателите. Придружена со постојан стрес, анксиозноста може значително да го наруши нивното физичко и ментално здравје, како и способноста за вршење на секојдневните активности. Една од главните причини за појава на анксиозност е непредвидливиот тек на болеста. Лицата со Алцхајмер често доживуваат ненадејни промени во однесувањето,

расположението и когнитивните способности. Овие промени се тешко предвидливи и кај негувателот создаваат чувство на постојана подготвеност за криза, што психолошки е многу исцрпувачко. Дополнително, силната емоционална поврзаност со пациентот (најчесто се работи за родители, партнери или други блиски членови од семејството) доведува до значително оптоварување. Негувателите се соочуваат со длабоко чувство на тага, страв од прогресија на болеста и грижа за иднината, што придонесува кон појава на анксиозни симптоми. Оваа состојба често е придружена со чувство на беспомошност и вина, особено кога не можат да ги ублажат симптомите кај пациентот или кога чувствуваат дека нивната грижа не е доволна. Освен емоционалните причини, важна улога во развојот на анксиозноста играат и социјалните и економските фактори. Многу неформални негуватели немаат пристап до формална поддршка или не добиваат помош од другите членови на семејството, што доведува до чувство на изолација. Финансиските трошоци поврзани со грижата, како што се: медицински средства, лекови, терапии и адаптација на живеалиштето, се дополнителен извор на стрес, особено ако негувателот е принуден да го напушти своето работно место или да намали работни часови. Исто така, недостатокот од време за себе и неможноста да се ангажираат во сопствени интереси или да се одморат, го нарушува нивниот квалитет на живот и ја засилува психолошката напнатост. Во такви услови, анксиозноста се јавува како логичен одговор на постојаната преоптовареност, недостатокот од ресурси и непрекинатото психо-емоционално вложување. Долготрајната анксиозност може да доведе до дополнителни здравствени последици за негувателите, како што се: нарушувања на спиењето, проблеми со варењето, намален имунитет и зголемен ризик од депресија. Освен тоа, таа може негативно да влијае и врз квалитетот на грижата што му се дава на пациентот, со што се создава еден маќепсан круг меѓу психолошката состојба на негувателот и напредокот на состојбата кај лицето со деменција. Препознавањето и адресирањето на анксиозноста кај неформалните негуватели треба да биде составен дел од севкупниот план за поддршка на семејствата кои се грижат за лицата со Алцхајмерова болест. Развивањето програми за психолошка едукација, групната терапија, финансиската помош и временото ослободување од грижата (респит грижа) се од суштинско значење за заштита на менталното здравје на овие луѓе, кои претставуваат невидлива, но клучна компонента во неформалниот здравствен систем.

3.4 Улогата на жени и мажи како неформални негуватели

3.4.1 Жени/сопруги и нивна улога во негувањето

Во контекст на долготрајна грижа за хронично болни, стари или лица со деменција (вклучително и Алцхајмерова болест), жените традиционално ја преземаат доминантната улога како неформални негуватели. Неформалната грижа подразбира обезбедување физичка, емоционална и практична поддршка од страна на членовите на семејството, најчесто без финансиска компензација или професионална обука.

Истражувањата покажуваат дека во повеќето култури, жените – мајки, сопруги, ќерки или снаи, се тие кои најчесто ја преземаат оваа одговорност. Овој модел произлегува од традиционалните родови улоги и очекувања, каде жената се смета за "природна негувателка". Според податоци од Светската здравствена организација (WHO, 2022), жените сочинуваат над 70% од неформалните негуватели на глобално ниво.

Оваа улога со себе носи значителен емоционален, физички и социјален товар. Жените кои се грижат за блиски со Алцхајмерова болест често се соочуваат со хроничен замор, анксиозност, депресија и чувство на социјална изолација. Дополнително, улогата на негувателка може да влијае врз нивниот професионален живот, со намалени можности за вработување или напредување, како и финансиска несигурност. Ова особено се однесува на домаќинки и жени од рурални средини, кои имаат помал пристап до институционална поддршка и ресурси. Иако жените играат клучна улога во грижата, нивниот труд често останува невидлив и недоволно вреднуван. (Pinquart, M., & Sörensen, S.2006). Во многу случаи, државните и здравствените системи не обезбедуваат соодветна помош или обука за овие негуватели. Поради тоа, расте потребата од развој на програми за поддршка, советување, психосоцијални интервенции и правна заштита на неформалните негуватели, особено жените. Во овој контекст, улогата на социјалните работници е од суштинско значење. Тие треба да го препознаат товарот што го носат жените-негувателки, да им обезбедат информации, да ги поврзат со институции и да работат на унапредување на политики кои ќе ги признаат и поддржат нивните напори.

3.4.2 Мажи/сопрузи и нивна улога како негувател

Иако традиционално се смета дека жените се главни носители на неформалната грижа, улогата на мажите како негуватели е сè почесто признаена и истражувана. Мажите, особено тие кои се грижат за сопружници со Алцхајмерова болест или деменција, често започнуваат со негување на подоцна возраст и ја преземаат оваа улога во специфичен социјален контекст[29]. Истражувањата покажуваат дека мажите, во споредба со жените, пријавуваат пониско ниво на емоционално оптоварување, но често се соочуваат со предизвици поврзани со културните очекувања и социјалните стереотипи за нивната улога како негуватели.

Мажите користат различни стратегии за справување со стресот и оптоварувањето, што влијае врз нивното емоционално и психолошко искуство при негувањето. Недостатокот од ресурси, ограничен пристап до поддршка и социјални пречки може дополнително да го отежнат процесот на грижа. Препорачливо е да се развиваат обуки, поддржувачки мрежи и политики кои ја признаваат улогата на мажите како негуватели, обезбедувајќи им простор за споделување искуства и добивање соодветна помош. Разбирањето на специфичните потреби и предизвици на мажите е клучно за создавање ефективни стратегии за поддршка и за подобрување на нивната благосостојба во контекст на неформалното негувателство. Мажите, како неформални негуватели на лица со Алцхајмерова болест, сè повеќе привлекуваат внимание во истражувањата, иако традиционално се сметани за помалку активни во оваа улога. Истражувањата покажуваат дека 30% до 40% од неформалните негуватели се постари мажи кои се грижат за својот партнер со деменција. Иако мажите се помалку застапени во улогата на негуватели, нивната улога е клучна за благосостојбата на пациентите. Истражувањата, исто така, покажуваат дека мажите имаат тенденција да се грижат за своите партнери со деменција, што може да доведе до уникатни искуства и предизвици во споредба со жените негуватели[30].

3.5 Улогата на социјалните работници

[29] Farran, C. J., et al. (2003). *The Gerontologist*, 43(6), 786–796. https://doi.org/10.1093/geront/43.6.786
[30] Henry, A. P. (2025). Understanding the unique burden on informal Black male dementia caregivers. *Alzheimer's & Dementia*, 21(5), 1234–1242. https://doi.org/10.1002/alz.70264

Социјалната работа претставува професионална дисциплина која има за цел да ја унапреди социјалната благосостојба и да им помогне на луѓето да ги развијат своите капацитети за соочување со секојдневните животни предизвици. Во својата суштина, социјалната работа е насочена кон залагање за социјална правда, еднаквост, заштита на човековите права и јакнење на маргинализираните групи. Според Меѓународната федерација на социјални работници (IFSW), социјалната работа е „професија која ги унапредува социјалните промени, решавањето проблеми во човечките односи и јакнењето на луѓето заради нивна благосостојба користејќи теории за човековото однесување и системски пристапи во врска со околината“ [31]. Социјалните работници имаат клучна улога во поврзување на индивидуите, семејствата и заедниците со социјалните сервиси, како и во застапување за нивните права.

Социјалниот работник има улога во неколку витални улоги во помагањето, како на пациентите така и на негувателите во најтешките и најранливи периоди во нивните животи. Најпрво во поставување на првичната дијагноза, се до нивно разбирање, прогресија на болеста, како и со справување на однесување и предизвици кои самата АБ ги носи треба да проценува индивидуални и семејни ситуации, да идентификува ресурси, ризици и така да ја утврди потребата од интервенција. Планирање и спроведување интервенции во соработка со корисниците, развивање стратегии за подобрување на нивната психосоцијална состојба, преку обезбедување услуги, упатување и психоцоцијална поддршка, како и советување за справување со предизвикувачките однесувања.

Психосоцијална поддршка и обезбедувајќи емоционална поддршка, особено во кризни состојби, загуби, болести и семејни конфликти. Ова е клучно при работа со семејства на болни лица, старечки лица или жртви на насилство. Акцент се става врз едукација на околината во која живее лицето со АБ, како семејството да комуницира со лицето, како и запознавање со фактот дека болеста напредува. Поттик на семејството во одржување контакт со пациентот, без разлика на неговото однесување.

[31] International Federation of Social Workers (IFSW). (2014). *Global Definition of Social Work*. Достапно на: https://www.ifsw.org/global-definition-of-social-work/

Застапување и посредување на интересите на ранливите категории пред институциите и служат како медијатори меѓу корисниците и системот на услуги (здравство, образование, правосудство и сл.). Едукација и превенција, како едукатор кој информира за права, достапни ресурси и развива програми за превенција од ризични појави (насилство, сиромаштија, зависности и сл.). Истражување и развој на политики во анализа на социјални проблеми, предлагање политики и имплементација на програми кои водат кон системско подобрување. Во здравствен и семеен контекст, во здравствени и геријатриски услови (како на пример кај болни од Алцхајмерова болест), социјалниот работник има задача да го олесни процесот на грижа, да им обезбеди поддршка на неформалните негуватели (најчесто жени, сопруг/сопруга или ќерки/снаи), да помогне во воспоставување баланс помеѓу грижата и личниот живот, како и да обезбеди упатување кон достапни социјални и здравствени сервиси. Исто така, тие играат важна улога во евалуација на семејната динамика, превенција од прегорување кај негувателите, посредување во конфликти и активирање мрежи за поддршка во заедницата. Тие се мост помеѓу семејството, здравствените установи, пензиските фондови, домовите за стари лица и невладиниот сектор.

3.6 РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА

Во последните децении, расте интересот на научната и стручната јавност за улогата и благосостојбата на неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест. Истражувањата покажуваат дека токму тие се носечки столбови на грижата, особено во услови каде што формалниот систем на поддршка е ограничен или недоволен. Неформалните негуватели, кои најчесто се членови на семејството, не само што го преземаат физичкиот товар на грижата, туку се соочуваат и со интензивни емоционални, психолошки и социјални последици од својата улога.

Когнитивното оштетување, прогресивното губење на автономијата и нарушувањата во однесувањето поврзани со еволуцијата на Алцхајмеровата болест може да доведат до зголемен товар на старателите. Според бројни студии (Schulz & Sherwood, 2008; Adelman et al., 2014), долготрајната нега на лице со деменција доведува до зголемен ризик од анксиозност, депресија и хроничен стрес кај негувателите. Емоционалната исцрпеност

често се јавува како резултат од постојано изложување на когнитивниот и емоционалниот пад на саканото лице, како и поради чувството на немоќ и губење на животниот баланс. Истовремено, физичката исцрпеност се манифестира преку замор, нарушен сон, болки, па дури и зголемена смртност кај негувателите, особено кај тие кои се жени и кои се грижат подолго од пет години (Pinquart & Sörensen, 2003).

Дополнително, теоријата за прегорување (burnout), развиена од (Freudenberger ,1974) и понатаму проширена од (Maslach и Jackson,1981), е широко применета за да се објаснат психолошките реакции на негувателите во контекст на долготрајна стресна ангажираност без соодветна компензација или поддршка. Таа теорија го препознава синдромот на прегорување како комбинација од емоционална исцрпеност, деперсонализација и чувство на намалена лична ефикасност, состојби кои често се идентификуваат кај негувателите на лица со деменција.

И покрај растечкиот интерес, во македонскиот контекст, истражувањата за искуствата на неформалните негуватели се сè уште ограничени. Потребна е поголема институционална и професионална поддршка за овие лица вклучувајќи психосоцијални интервенции, едукација, групи за самопомош и активна вклученост на социјалните работници во процесот на евалуација и поддршка на негувателите.

Првото упатување на исцрпеноста во неформалната грижа било направено во 1986 година. Една студија го привлекла вниманието на „Синдромот на исцрпеност на брачниот другар“, бидејќи некои сопружници на пациенти со хронични заболувања покажале симптоми споредливи со тие кои ги доживуваат формалните старатели во исцрпеноста (Ekberg et al., 1986). И покрај неговите ветувачки премиси, ова дело долго време добивало мало внимание. Сепак, од првата деценија на новиот милениум, сè поголем број студии ги приспособиле мерките за исцрпеност за да го проценат напорот на неформалните старатели. Во согласност со студијата на Екберг и сор. во 1986 година, овие студии истакнуваат дека некои неформални старатели се соочуваат со проблеми споредливи со искуствата на професионалците во исцрпеноста[32].

[32] Angermeyer et al., 2006; Perkins and Hewitt, 2016; Thorson-Olesen et al., 2018

Анализата на научната литература од изминативе десет години открива бројни истражувања кои се посветени на проблемот на исцрпеност кај неформалните негуватели на стари лица со деменција. Пребарувањето било спроведено во октомври 2018 година преку релевантни научни бази од податоци, како што се: PubMed[33], LILACS[34] ,SciELO[35] и Web of Science[36]. Дескрипторите користени при пребарување биле идентификувани преку DeCS[37] и MeSH[38] и вклучувале поими како: негуватели, стрес, исцрпеност, деменција, заедно со нивните колерации на португалски и шпански јазик.

Резултатите од истражувањата покажуваат дека жените, кои претставуваат значителен дел од неформалното негувателство, најчесто применуваат стратегии насочени кон управување со емоциите. Меѓутоа, ваквиот пристап е поврзан со поголеми нивоа на анксиозност и емоционална напнатост, што дополнително го влошува нивното психичко и физичко здравје. Овие сознанија укажуваат на потребата од зголемена поддршка за неформалните негуватели преку развивање стратегии за намалување на стресот, подобрување на капацитетите за справување и обезбедување соодветни ресурси за помош.

Италијанско здружение за Алцхајмерова болест (AIMA) од Неапол, заедно со Клиниката за меморија во Невролошкото одделение при болницата AORN Cardarelli и Центарот за клиничко истражување, телемедицина и телефармација на Универзитетот во Камерино, спровеле истражувања со цел да ги испитаат ефектите од оптоварувањето на грижата врз негувателите на пациенти со Алцхајмерова болест и сродна деменција.

Ангажирањето на семејните негуватели во клиничките средби е препознаено како значајно бидејќи може да промовира грижа насочена кон односите и да го подобри квалитетот на живот на лицата со деменција. Резултатите покажале дека ефективните

[33] Бесплатна база на податоци,вклучувајќи ја првенствено базата на податоци MEDLINE со референци и абстракти за животни науки и биомедицински теми.
[34] Латиноамериканска и Карипска литература за здравствени науки.
[35] Научна електронска библиотека онлајн на научни списанија со отворен пристап со целосен текст формирана од мрежат на национални збирки.
[36] Библиографска база на научни статии од 22.000 рецензирани списанија ширум светот.Платфотмата обезбедува алатки за напредно пребарување,анализа на цитати и библиометрика.
[37] Дескриптори на здравствени науки.
[38] Наслови за медицински предмети.

стратегии за справување можат да го намалат психолошкиот товар и да го подобрат квалитетот на живот на негувателите[39].

Во друга студија, спроведена во осум центри за геријатриска нега во Истанбул, Турција, каде биле опфатени 120 професионални негуватели кои работат со пациенти со Алцхајмерова болест имала за цел да ја утврди врската помеѓу социодемографските фактори, оптоварувањето на грижа и нивото на исцрпеност кај овие негуватели. Методи на оценување кои биле користени во ова истражување: скала за оптоварување Zarit Scale of Caregiver[40] Burden за мерење на нивото на стрес и обврски поврзани за грижата. Инвентарот за исцрпеност на Маслич (Maslach Burnout Inventory) за процена на трите димензии на исцрпеност: емоционална исцрпеност, обезличување и намалено лично достигнување. Резултатите кои биле добиени се високи нивоа на емоционална исцрпеност кај 25% од испитаниците, обезличување (чувство на оддалеченост или неодговорност кон пациентите) кај 30% од примерокот, намалено чувство на лично достигнување било регистрирано кај 26% од негувателите, што укажува на чувство на неефикасност и намалена самопочит.

Истражувањето на Белински и соработниците (2020) сугерира дека над 60% од неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмер покажуваат значајни знаци на стрес и анксиозност, при што жените и домаќинките најчесто се подложени на најголем ризик за психолошки проблеми. Истата студија истакнува дека постои силна поврзаност меѓу интензивниот емоционален товар кај негувателите и зголемената појава на физички здравствени проблеми, како што се: кардиоваскуларни заболувања, главоболки и хроничен замор.

Во студија од Смит и Џонс (2018), се открива дека неформалните негуватели на лица со Алцхајмер, кои немаат редовен пристап до социјална поддршка, покажуваат поголема тенденција кон развивање депресија и симптоми на „burnout“ синдром. Според ова истражување, негувателите без социјална мрежа или со ограничена поддршка, се соочуваат со значителни нивоа на социјална изолација и се со поголем ризик од

[39] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25114532/?utm_source=chatgpt.com
[40] Зарит скала за мерење на товарот на старателите

психолошка исцрпеност. Се препорачува создавање поддржувачки мрежи кои ќе им овозможат на негувателите можности за одмор и социјализација.

Понатаму, истражувањето на Ли и Јамада (2019) фокусирано врз неформалните негуватели во азиските земји, покажува дека семејната структура и културните очекувања често вршат дополнителен притисок врз жените, особено домаќинките, кои се очекува да се грижат за членовите на семејството со деменција. Ова истражување посочува дека недостатокот од институционална поддршка, заедно со културните норми, создава дополнителен товар и ја зголемува потребата за развој на механизми за психолошка поддршка и интервенција.

Во контекст на поддршката на негувателите, во студијата на Роуз и Сандерс (2021) каде се става акцент врз важноста на интервенциите како програми за управување со стресот, психолошкото советување и групните сесии, покажале значителен успех во намалувањето на стресот и подобрувањето на психолошката состојба на негувателите. Резултатите укажуваат на тоа дека редовното учество во вакви програми може да го намали ризикот од „burnout“ и да го подобри квалитетот на живот и на негувателите и на пациентите.

Истражувањата за Алцхајмеровата болест во светски рамки откриваат важни аспекти за разбирање и справување со оваа комплексна состојба. Зголемената свесност, поддршката за семејствата, иновациите во третманите и значајната улога на социјалните работници се клучни за подобрување на квалитетот на живот на пациенти со АБ и нивните негуватели. Глобалната соработка и споделувањето знаења ќе бидат критични за справување со предизвиците што произлегуваат од оваа болест.

Истражувањето насловено „Integrating Family Caregivers of People With Alzheimer’s Disease and Dementias into Clinical Appointments: Identifying Potential Best Practices“ е спроведено од тим на истражувачи предводен од Joan M. Griffin, во соработка со Catherine Riffin, Rachel D. Havyer, Virginia S. Biggar, Meryl Comer, Theresa L. Frangiosa и Lauren R. Bangerter. Оваа студија е објавена во списанието Journal of Applied Gerontology во 2020 година. Истражувањето опфатило седум онлајн фокус групи, вклучувајќи брачни

негуватели (n = 42), небрачни негуватели (n = 36) и лица со благо когнитивно оштетување (MCI) (n = 15). Целта била да се идентификува најдобрата практика за вклучување на семејните негуватели во клиничките состаноци за подобрување на грижата за лицата со Алцхајмерова болест и сродна деменција (ADRD). Меѓу идентификуваната практика биле: признавање на улогата на негувателите, процена на нивните незадоволени потреби и капацитети за грижа, како и обезбедување можности за посебни интеракции со давателите на услуги. Оваа студија била поддржана од Националниот институт за стареење на САД (NIH/NIA) преку грантови K01 AG061275, P30 AG022845 и UL1 TR002384. Истражувањата за вклучување на семејните негуватели во клиничката нега на лицата со Алцхајмерова болест покажале дека активно вклучување на семејните негуватели во клиничките состаноци може значително да придонесе за поквалитетна грижа насочена кон односот со пациентот. Овој пристап не само што ја подобрува комуникацијата меѓу здравствените работници и семејствата, туку овозможува и подобро следење на здравствените потреби на лицето со Алцхајмерова болест или сродна деменција (ADRD).[41] Во студија со седум фокус групи (вклучувајќи брачни и небрачни негуватели, како и лица со благо когнитивно оштетување), биле идентификувани седум добри практики за ефективно вклучување на негувателите. На пример, препорачливо е да се признае улогата на негувателот, да се проценат нивните потреби и да им се обезбеди можност за директна комуникација со здравствените работници.[42]Дополнително, истражувањата истакнуваат дека негувателите играат клучна улога во секојдневната поддршка на лицата со ADRD, од следење лекови до справување со когнитивни и бихевиорални промени.[43] Ангажманот на старателите станува особено важен кога пациентите веќе не можат самостојно да комуницираат или да носат информирани одлуки.[44]Повеќе студии ги поддржуваат овие

[41] Wolff, J. L. (2012). Family matters in health care delivery: Beyond patient-centered care. JAMA, 308(15), 1529–1530.
[42] Wolff, J. L., et al. (2017). Supporting caregivers of older adults with cognitive impairment through health information technology: A pilot study. Journal of the American Geriatrics Society, 65(8), 1803–1808.
[43] Speice, J. A., et al. (2000). A biopsychosocial model for the care of patients with dementia. The Gerontologist, 40(6), 700–706.
[44] Barello, S., Savarese, M., & Graffigna, G. (2021). Engaging family caregivers in Alzheimer's care: A critical review. Health Expectations, 24(4), 1181–1190.

наоди и препорачуваат воспоставување системски пристап за вклучување на семејните негуватели како партнери во процесот на здравствена грижа.[45]

Студијата на Gérain и Zech (2019) претставува мета-анализа која ги истражувала ефектите на неформалната грижа врз појавата на прегорување кај негувателите. Таа покажува дека неформалните негуватели, особено тие кои се грижат за членови на семејството, пријавуваат повисоки нивоа на емоционална исцрпеност, а во помала мера и деперсонализација и намалено чувство на лична исполнетост, во споредба со лица кои не обезбедуваат грижа. Овие наоди сугерираат дека обезбедувањето неформална грижа претставува значителен ризик за појава на прегорување, особено кога улогата на негувателот се додава на постојните професионални обврски, што ја поддржува теоријата за акумулација на улоги. Понатаму, Gérain и Zech развија интегративен модел на неформално негувателство (ICIM), кој го приспособува концептот на прегорување на контекстот на неформалната грижа. Овој модел ги идентификува емоционалната исцрпеност, деперсонализацијата и намаленото чувство на лична исполнетост како клучни компоненти на прегорувањето кај неформалните негуватели. Моделот, исто така, нагласува дека прегорувањето е резултат од различни фактори, вклучувајќи ги карактеристиките на негувателот, поставките за грижа и социјалниот контекст, како и перцепцијата на негувателот за неговата ситуација и односот со лицето за кое се грижи. Овие наоди ја истакнуваат потребата за препознавање и адресирање на ризиците од прегорување кај неформалните негуватели, преку обезбедување соодветна поддршка и ресурси за одржување на нивната благосостојба и квалитетот на грижата што ја обезбедуваат.

Едно релевантно истражување за прегорување (burnout) кај неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест е спроведено од Lyn Xuan Tay и соработниците во 2025 година.[46] Оваа студија спроведена во Малезија ја анализирала

[45] Borson, S., & Chodosh, J. (2014). Developing dementia-capable health care: A vision to meet national goals for Alzheimer's disease. Journal of the American Geriatrics Society, 62(7), 1205–1210.
[46] Tay, L. X., Ong, S. C., Ong, H. M., Teh, E. E., Ch'ng, A. S. H., Tiong, I. K., Razali, R. M., & Parumasivam, T. (2025). Caregiver burden of Alzheimer's disease among informal caregivers: a cross-sectional study in Malaysia. Scientific Reports, 15, Article number: 10067.

тежината на грижата кај неформалните негуватели во различни фази на болеста и идентификувала фактори кои придонесуваат за нивната исцрпеност. Оваа студија имала за цел да го одреди нивото на оптоварување на неформалните старатели на пациенти со различни фази на АБ и употребата на специјално сместување (SpA) заедно со неговите предвидувачи. Спроведена била вкрстена студија со интервјуирање пациенти со АБ и неформални старатели регрутирани од 4 терциерни болници. Интервјуто со товарот Зарит (ZBI) било искористено за да се процени товарот на старателите. Анализата ги категоризирала неформалните старатели на пациенти со АБ во две групи врз основа на употребата на SpA. Повеќепроменлива линеарна регресија била употребена за да се идентификуваат потенцијалните детерминанти на субјективниот товар на старателите. Како резултат од тоа, оптоварувањето на неформалните негуватели на тешки пациенти со АБ во заедницата било значително поголемо ($p = 0,024$) од тие со специјално сместување. Зависно од тоа како напредувала АБ, товарот на старателите бил значително зголемен ($p = 0,021$) од благ до тежок кај пациентите со АБ кои живеат во заедницата. Во мултиваријабилната анализа, тешката АБ (стандардизирана $\beta = 0,187$, $p = 0,047$ наспроти благата АБ) и брачната врска (стандардизирана $\beta = 0,241$, $p = 0,026$ наспроти други фактори на грижа) биле откриени дека предизвикуваат значајни фактори за грижа. Оттука, физичките и социјалните потреби на неформалните старатели не смеат да се занемарат. Тешката АБ значително го зголемува товарот на старателите кај пациентите во заедницата. Негувателите на брачниот другар известуваат за поголемо перципирано оптоварување во споредба со старателите со други односи. Заклучокот бил дека физичките и социјалните потреби на неформалните негуватели не треба да се занемаруваат. Политиките треба да ги препознаат и адресираат значителните барања поставени пред овие негуватели обезбедувајќи соодветна социјална поддршка.

Истражување спроведено во Доминиканската Република открива значајна поврзаност помеѓу товарот на негувателите и нивната психолошка состојба. Во оваа студија, 67 семејни негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест биле оценети за присуството на товар, анксиозност и депресија.[47] Негувателите биле оценувани за

[47] Medrano, M., López Rosario, R., Núñez Payano, A., & Reynoso Capellán, N. (2014). Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dementia & Neuropsychologia, 8(4), 384–388.

интензитетот на оптоварувањето со скалата Зарит (ZBI) и за депресија и анксиозност користејќи ги соодветните скали на Хамилтон. Користена е дескриптивна статистичка анализа и корелација на Пирсон. Од вкупниот број испитаници, 84% од старателите биле жени, а 52% биле постари од 50 години. Вкупно 36% покажале товар на старателите од кои 19% пројавиле симптоми на анксиозност, а 43% симптоми на депресија. Не била пронајдена значајна поврзаност помеѓу возраста, полот и бројот на часови на нега, а била утврдена значајна корелација помеѓу товарот на негувателите, анксиозноста и депресијата. Резултатите од оваа студија укажуваат на тоа дека психолошкиот товар кај негувателите на пациенти со Алцхајмерова болест е значаен и поврзан со симптоми на анксиозност и депресија. Овие наоди ја нагласуваат потребата здравствените работници да ги вклучат проценките на негувателите во протоколите за третман на деменција и да развијат програми за поддршка на негувателите.

Иако е постигнат огромен напредок за да се разјасни природата на Алцхајмеровата болест и последиците што таа ги има врз болните, сè уште недоволно внимание се посветува на оптоварувањето и менталната состојба на неформалните негуватели, главно членови на семејството. Истражувањата покажуваат дека долготрајната грижа за лице со деменција значително го зголемува ризикот од појава на емоционална исцрпеност, анксиозност и депресија кај негувателите (Medrano et al., 2014).

Дополнително, според Metzelthin et al. (2021), ефективната поддршка за негувателите, вклучително и психосоцијални интервенции, може да го намали нивниот товар и да ја подобри нивната благосостојба. Квалитетот на односот помеѓу негувателот и пациентот, како што покажа студијата на Fonseca et al. (2020), исто така, игра клучна улога во нивното ментално здравје – добрата релација може да делува заштитно од согорување и психолошки дистрес.

Се покажува дека, кога здравствените системи ја препознаваат улогата на неформалните негуватели и ги вклучуваат во процесот на лекување, не само што се подобрува грижата за пациентот, туку се зајакнува и психолошката поддршка за негувателот (Wolff et al., 2017). Поради тоа, политиките и практиките во здравствениот и

социјалниот систем треба да вклучат процени на состојбата на негувателите и програми за нивна поддршка.

Дополнително, истражување спроведено во 2025 година истакнува дека оптоварувањето на негувателите варира во зависност од нивниот културен профил, што укажува на важноста од локални анкети за планирање на персонализирани интервенции за рехабилитација кои вклучуваат и негуватели.

Во регионот на Балканот, улогата на неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест и други форми на деменција е од суштинско значење, но често недоволно препознаена и поддржана. Истражувањата и иницијативите во Србија, Црна Гора и Хрватска укажуваат на потребата од системска поддршка за овие негуватели.

Србија - Истражување на Црвениот крст на Србија (2021): Во ова истражување учествувале 798 неформални негуватели од 41 општина. Резултатите покажале дека 11,2% од нив страдаат од блага депресија, 8,6% од умерена, а 7% од тешка депресија. Потребата за заштитна опрема, информации и дополнителна помош била изразена, особено за време на пандемијата COVID-19. (redcross.org.rs). Иницијативи на здружението Amity: Во 2014 година, Amity спровело истражување кое открило дека над 80% од испитаниците сметаат дека дневните центри за лица со деменција би биле исклучително корисни. Во 2020 година, тие пилотираа советувалишта за неформални негуватели, кои беа користени од повеќе од 240 семејства во Крагуевац, Чачак и Белград.

Црна Гора - била спроведена обука за неформални негуватели: Во декември 2021 година, Црвениот крст на Црна Гора организирала тридневна обука за 20 волонтери и неформални негуватели во Бијело Поље. Обуката опфатила теми, како што се: препознавање на симптомите на деменција, комуникација со пациентите и решавање конфликти. Оваа иницијатива била дел од проектот „Иновативни услуги за поддршка на старите лица во заедницата“, спроведен во партнерство со Министерството за здравство на Црна Гора и австрискиот црвен крст.

Во Хрватска - Дом за стари лица „Свети Јосип“ во Загреб: Овој дом нуди дневен престој за лица со Алцхајмерова болест и други форми на деменција. Дополнително, тие

издале и публикација наречена „Алцхајмер стрипотека“, која содржи корисни совети за членовите на семејството за процесот на нега и одржување на сопственото здравје.

Овие релевантни истражувања го потврдуваат значењето на поддршката за неформалните негуватели и сугерираат дека обезбедувањето социјална и психолошка поддршка може значително да ги намали негативните последици од исцрпеноста и „burnout“ синдромот кај негувателите на лица со Алцхајмерова болест.

4. МЕТОДОЛОГИЈА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

4.1 Одредување на проблемот, односно предметот на истражувањето

Основната цел на ова истражување е да се испитаат физичките, емоционалните и психосоцијалните предизвици со кои се соочуваат неформалните негуватели на лица со

Алцхајмерова болест, со особен фокус врз жените домаќинки. Преку анализата на нивните искуства, ќе се идентификуваат нивните потреби, нивоата на стрес и исцрпеност, како и влијанието на ограничената социјална поддршка врз нивната благосостојба.

4.2 Истражувањето има за цел:

- да го истражи степенот на емоционална и физичка исцрпеност кај неформалните негуватели и појавата на синдромот на прегорување,
- да се утврдат најчестите извори на стрес, вклучително и социјалната изолација, финансиските тешкотии и недостатокот од институционална поддршка,
- да се процени нивото на информираност и знаење на негувателите во врска со грижата за пациенти со Алцхајмерова болест и справувањето со нејзините симптоми,
- да се идентификуваат комуникациските и едукативните потреби, со цел развивање соодветни материјали и програми за поддршка,
- да се разработат и применат истражувачки инструменти (анкети, прашалници и интервјуа) за мерење на нивоата на стрес, социјална поддршка и психолошка состојба,
- да се соберат и анализираат податоци кои ќе обезбедат увид во секојдневните искуства, предизвици и перцепции на негувателите,
- да се предложат конкретни препораки и стратегии за интервенција, насочени кон подобрување на поддршката преку психосоцијални услуги, обука, respite care и вклучување социјални работници како посредници во системот на грижа,
- да се обезбеди сеопфатен извештај кој ќе ги сумира резултатите, заклучоците и практичните насоки за институциите и професионалците кои работат со оваа целна група.

Ова истражување има за цел да придонесе кон зголемена свесност за комплексноста на улогата на неформалните негуватели и да иницира развој на мерки за превенција на прегореноста и подобрување на квалитетот на животот на овие лица, а со тоа и на пациентите за кои се грижат.

4.2.1 Идентификација на физичките и емоционалните аспекти на исцрпеноста.

Истражувањето има за цел да го испита обемот и природата на физичките и емоционалните предизвици со кои се соочуваат неформалните негователи во процесот на секојдневна грижа за лица со Алцхајмерова болест. Посебен акцент ќе биде ставен врз влијанието што континуираните и исцрпувачки активности, како што се: обезбедувањето лична хигиена, надгледувањето на дневните активности и справувањето со честите когнитивни и емоционални флуктуации кај пациентите имаат врз здравствената состојба на негувателите.

Физичките напори поврзани со овие активности често водат до појава на хроничен замор, намалување на енергијата, како и пораст на ризикот од развој на здравствени компликации, вклучувајќи: зголемен крвен притисок, гастроинтестинални нарушувања, кардиоваскуларни болести и проблеми со спиењето. Тие симптоми се индикатор за високо ниво на физичка исцрпеност кое се јавува како директна последица од продолжената и често непрекината нега.

Од емоционален аспект, истражувањето ќе се насочи кон анализата на психолошките последици од ваквиот тип грижа, вклучувајќи: чувства на беспомошност, постојана анксиозност и емоционален притисок. Тие се јавуваат како резултат од грижата за лице што прогресивно ја губи својата автономија, когнитивна функција и личен идентитет. Овие психо-емоционални оптоварувања честопати водат до ментална исцрпеност, која може да еволуира во депресивни состојби, раздразливост и нарушување на сонот.

Првата истражувачка цел е насочена кон сеопфатно утврдување и анализа на физичките и емоционалните последици што произлегуваат од долготрајната нега на лице со АБ.
Анализата ќе опфати:

Физички симптоми, како што се: хроничен замор, губење физичка сила и зголемена подложност на различни болести и нарушувања, како директен резултат од долготрајна физичка изложеност на стресни и исцрпувачки околности.

Емоционални реакции и состојби, меѓу кои доминираат анксиозноста, чувството на немоќ, депресивната симптоматологија, емоционалната преоптовареност, раздразливоста и нарушувањата на спиењето, како резултат од долгоиздржуван психолошки ангажман, неизвесност и континуирана грижа.

Се овозможува подлабоко разбирање за сложените и меѓусебно поврзани димензии на негата, со крајна намера да придонесе за препознавање на потребите на неформалните негуватели и развивање соодветни интервенции и поддршка од страна на здравствените и социјалните служби, со посебен фокус врз чувствата на беспомошност, постојаната анксиозност и психолошкиот притисок кој произлегува од фактот дека се грижат за личност која постепено ја губи својата независност и идентичност.

Втората истражувачка цел е насочена кон идентификација и анализа на клучните фактори кои придонесуваат за појавата на физичка, емоционална и социјална исцрпеност кај неформалните негуватели на лица со АБ. Истражувањето ќе се фокусира врз испитување на сложената динамика на развој на „burnout“ синдромот, при што ќе се посвети особено внимание на улогата на жените и домаќинките, кои во најголем дел ја преземаат одговорноста за грижата во рамките на семејството.

Овој сегмент од истражувањето ќе го разгледа влијанието на продолжениот психофизички ангажман, емоционалната приврзаност кон пациентот, недостатокот од социјална поддршка, како и чувството на социјална изолација и општествено недоволно препознавање на нивната улога. Посебен акцент ќе биде ставен врз психосоцијалните последици од негувателската улога, како што се: загуба на личниот идентитет, запоставување на сопствените потреби и нарушување на животниот баланс.

Истражувањето ќе има и апликативна компонента преку формулирање конкретни препораки и интервенции насочени кон ублажување на негативните последици од негувателската улога, зајакнување на механизмите за социјална поддршка и унапредување на општото здравје и благосостојба на негувателите. На тој начин, крајната цел е да се поттикне системско препознавање на нивната улога и да се обезбеди соодветна поддршка, со што ќе се овозможи подобар квалитет на живот за овие лица и одржливост на грижата што ја обезбедуваат.

4.2.2 Развој на прегореност „burnout“ синдромот

Овој дел ќе го опфати динамичниот процес преку кој долгогодишната грижа, непрекинатиот стрес и постојаното емоционално ангажирање го поттикнуваат развојот на „burnout“ синдромот. Ќе се истражуваат фазите на оваа состојба почнувајќи од иницијалниот ентузијазам за грижа, преку постепеното чувство на преоптовареност, па сè до целосната емоционална исцрпеност и губењето на мотивацијата. Особено внимание ќе се посвети на влијанието на кумулативниот стрес врз психолошката состојба на негувателите, вклучувајќи ги: чувствата на вина, беспомошност и недостатокот од признание од општеството.

Исто така, ќе се разгледаат индикаторите за „burnout“, како што се: губење интерес за секојдневните активности, зголемена раздразливост, намалена продуктивност и намалено чувство на сопствена вредност. Ова ќе помогне да се идентификуваат ризичните фактори и да се препорачаат стратегии за рана интервенција.

4.2.3 Социјална изолација и стрес

Во рамките на третата истражувачка цел ќе се анализираат социјалната изолација и хроничниот стрес како меѓусебно поврзани фактори кои значително влијаат врз психосоцијалната состојба на неформалните негователи на лица со АБ. Ќе се истражи како долгогодишната, интензивна грижа доведува до отсуство на време и можности за социјални интеракции, особено кај жените домаќинки, кои често ги занемаруваат сопствените потреби и социјален живот во функција на негата. Овој процес резултира со чувство на отуѓеност, осаменост и намалена социјална поддршка, што претставува сериозен ризик фактор за појава на анксиозни и депресивни состојби.

Покрај тоа, ќе се испита влијанието на дополнителниот стрес кој произлегува од финансиските трошоци, недостатокот од институционална поддршка и ограниченият пристап до ресурси и услуги за олеснување на негувателскиот товар. Особено внимание ќе се посвети на значењето на социјалната поддршка како заштитен фактор вклучувајќи ја

поддршката од семејството преку поделба на обврските, улогата на заедницата преку групи за поддршка и локални иницијативи, како и програмите за краткотрајно ослободување од грижата (respite care). Истражувањето ќе ги разгледа и последиците од социјалната изолација врз личниот развој на негувателите, нивната ментална благосостојба и нивната способност за долгорочно справување со предизвиците на негувателската улога.

4.2.4 Препораки за зголемена поддршка

Четвртата истражувачка цел е насочена кон развивање конкретни и применливи препораки за зголемена поддршка на неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест. Истражувањето ќе се фокусира врз идентификација на стратегии кои ќе придонесат кон намалување на физичкиот и психолошкиот товар што го носи негувателската улога, како и кон унапредување на квалитетот на животот на овие лица.

Притоа, ќе се анализира потребата од обезбедување психолошка поддршка преку индивидуални и групни советувања, како и преку терапевтски сесии што би им помогнале на негувателите да ги надминат чувствата на исцрпеност, анксиозност и депресија. Исто така, ќе се предложат програми за управување со стресот кои ќе опфаќаат техники за релаксација, едукација за подобро справување со секојдневните предизвици, како и создавање простор за лична грижа и одмор.

Дополнително, ќе се разгледаат опциите за развој на програми за краткотрајно олеснување (respite care), кои ќе им овозможат на негувателите да земат пауза од обврските и да се посветат на сопствената благосостојба. Посебен акцент ќе се стави врз активното вклучување на социјалните работници во процесот на поддршка преку обезбедување информации, насочување кон релевантни ресурси и посредување со здравствените и социјалните служби, со цел олеснување на товарот од психосоцијален и финансиски аспект.

Преку овие препораки, истражувањето ќе понуди одржливи решенија кои можат да се применат во пракса, со крајна цел да се намали ризикот од појава на синдромот на прегореност и да се поттикне создавање системска поддршка за неформалните негователи. На тој начин, проектот ќе придонесе кон зголемена свесност за значењето на нивната улога и важноста од адекватна и континуирана поддршка.

2.3 Карактер на истражувањето

Ова истражување е со квалитативен и применлив карактер, што овозможува длабинско разбирање на комплексните предизвици со кои се соочуваат неформалните негователи на пациенти со Алцхајмерова болест. Главниот фокус е насочен кон анализа на нивните лични искуства и перспективи, како и на идентификување на најчестите проблеми и потреби. Комбинирањето од овие сознанија со детален преглед на релевантната литература и истражувања овозможува формирање на сеопфатна слика за состојбата и за факторите кои влијаат врз исцрпеноста и „burnout“ синдромот кај негователите.

Преглед на постоечката литература и релевантни истражувања: Анализа на претходните студии и теории поврзани со неформалното негувателство, исцрпеноста и „burnout“ синдромот кај негователите на лица со хронични заболувања, особено Алцхајмерова болест. Ова ќе помогне во поставувањето основа за истражувањето и разбирање на контекстот на проблемот.

Истражувањето се стреми да понуди конкретни и применливи препораки за креирање и спроведување политики, услуги и интервенции кои ќе бидат насочени кон поддршка на оваа група. Тие препораки ќе бидат фокусирани врз развивање програми за намалување на стресот, подобрување на пристапот до ресурси и зголемување на свеста за важноста на улогата на негователите. Посебно внимание ќе биде посветено на развивањето стратегии кои ќе им помогнат на негователите да го намалат товарот на својата улога, а истовремено ќе го подобрат квалитетот на живот на пациентите.

Преку ваквиот пристап, истражувањето има цел не само да ја осветли тежината на предизвиците со кои се соочуваат неформалните негователи, туку и да нагласи колку е

значајна институционалната и социјалната поддршка. На тој начин ќе се укаже на потребата од мултидисциплинарна соработка помеѓу социјалните работници, здравствените професионалци, заедницата и релевантните институции, со цел да се обезбеди сеопфатна и ефикасна помош.

Во овој контекст, истражувањето ќе ги обедини гласовите на негувателите, опсежните научни сознанија и практичните примери за тоа како различни пристапи можат да бидат имплементирани за да се намали товарот на неформалната нега. Крајната цел е да се придонесе за создавање средина каде што негувателите ќе се чувствуваат поддржани, ценети и способни да ја извршуваат својата улога со помалку стрес и исцрпеност. Со примена на овие методи, истражувањето има за цел да обезбеди холистички увид во состојбата на неформалните негуватели и да понуди насоки за зголемување на поддршката и ресурсите наменети за нив.

4.4 Хипотези

Хипотезите на истражувањето произлегуваат од поставениот предмет и цели, па оттаму се поставени една главна хипотеза и неколку споредни кои ќе помогнат во проверка на основните претпоставки и анализата на исцрпеноста и „burnout“ синдромот кај неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест:

Главна хипотеза:

Неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест, особено домаќинките, се изложени на значителна емоционална и физичка исцрпеност, што води до развој на „burnout“ синдром, особено во услови на недоволна социјална поддршка и недостаток од стручни интервенции.

Споредни хипотези

Хипотеза 1: Неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест, особено домаќинките, покажуваат високи нивоа на емоционална и физичка исцрпеност поради постојаната грижа и ограничените можности за одмор.

Хипотеза 2: Негувателите кои имаат помалку социјална поддршка се подложни на поголема изложеност на „burnout“ синдром, во споредба со негувателите кои имаат посилна мрежа на поддршка.

Хипотеза 3: Жените, особено домаќинките кои се грижат за пациенти со Алцхајмерова болест, се соочуваат со повисок ризик од развој на „burnout“ синдром поради ограничени ресурси и општествени очекувања кои дополнително го зголемуваат товарот врз нив.

Хипотеза 4: Психолошката поддршка и интервенциите од страна на социјалните работници и здравствените професионалци значително го намалуваат нивото на исцрпеност и ризикот од „burnout“ синдром кај неформалните негуватели.

Хипотеза 5: Неформалните негуватели кои редовно имаат пристап до програми за управување со стресот и релаксација покажуваат пониски нивоа на физичка и емоционална исцрпеност, во споредба со тие кои немаат пристап до вакви програми.

4.5 Варијабили

Во рамките на ова истражување за „Симптоми на емоционална и физичка исцрпеност кај неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест“

4.5.1 Независни варијабили

- возраст на неформалниот негувател,
- пол(машки/женски),
- образовен статус,
- времетраење на грижата (бр. години),
- ниво на поддршка од семејството или заедницата,
- процена на запознаеноста и информираноста на семејствата за справување со промените и текот на болеста и справување со симптомите,
- достапност на социјална поддршка (количина на поддршка од пријатели, роднини и друго),

- квалитет на социјална поддршка (задоволство од поддршката),
- стрес од негата (процена на стресот предизвикан од секојдневните обврски за нега),
- број на часови на недела поминати во нега на лицето со Алцхајмерова болест.

4.5.2 Зависни варијабили

- ниво на стрес или анксиозност кај негувателите,
- присуство на симптоми на прегорување (burnout syndrome),
- физичко здравје на негувателите (проблеми со спиење, замор),
- социјална изолација или квалитет на живот (дали имаат време за социјални активности),
- замор и исцрпеност (пријавени од негувателите),
- емоционална исцрпеност: мерена преку стандардизиран инструмент како што е (Zarit Scale of Caregiver Burden) ЗБИ-12 прашалник за товар на неформални негуватели,
- физичка исцрпеност: мерено преку самоизвештаи и различни анкети и прашалник за општо здравје од 12 ставки (GHQ-12).

Во ова истражување, независните варијабили (демографски фактори, поддршка на семејство, ниво на стрес и време посветено на нега) ќе се користат за да се предвидат зависните варијабили (емоционална и физичка исцрпеност, брн-аут синдром). Ова ќе овозможи подлабоко разбирање на поврзаноста меѓу различните аспекти од животот на неформалните негуватели и нивната исцрпеност, што пак може да послужи како основа за развој на поефикасни стратегии за поддршка и интервенција.

4.6 МЕТОД НА ИСТРАЖУВАЊЕ, ТЕХНИКИ И ИНСТРУМЕНТИ

4.6.1 Метод на истражување

Квантитативен метод кој ќе ни овозможи да се соберат статистички податоци и да се анализира поврзаноста помеѓу независните и зависните варијабили. Тој е корисен за утврдување општи трендови и колерации. Лице-в-лице интервјуа на примерок од 71 испитаник од таргет популацијата на неформални негуватели кои се грижат за лице со Алцхајмерова болест, повеќе од една година. На возраст над осумнаесет години, кои живеат во домаќинства во урбани или рурални населени места во Скопскиот регион и други градови во СР Македонија.

Дизајн на истражувањето - Крос-секционен дизајн кој ќе овозможи истовремено собирање податоци од различни учесници во определен момент, што ќе помогне да се разберат различните аспекти на исцрпеност кај неформалните негуватели.

Учествувачи - Критериуми за вклучување лица над дваесет годишна возраст чие единствено или дополнително занимање е неплатена работа во семејниот дом како негувател на лице со Алцхајмерова болест, без паричен надомест за тоа. Понатаму, старателите мораа да бидат поврзани со пациентот, да се грижат за нивниот роднина повеќе од една години и да бидат примарен негувател на пациентот со Алцхајмерова болест.

Во ова истражување учествуваа 71 лице, на возраст од 18 до 80 години.

Истражувањето е спроведено на УК за неврологија. Примерокот е намерен/клинички. Задржана е анонимноста на испитаниците.

4.6.2 Обработка на податоците од истражувањето

Овој дел опфаќаше неколку фази, а тоа беа:

- подготовка на примерок,
- подготовка на прашалник,
- пилот тестирање/ревидирање на прашалникот,
- превод на македонски,
- собирање податоци,
- анализа на податоци,
- извештај.

4.6.2 Техники за собирање податоци

Анкети: Структурирани анкети кои содржат отворени и затворени прашања за оцена на емоционалната и физичка исцрпеност, поддршката и другите независни варијабили. Подготвен е ад хок прашалник составен од отворени и затворени прашања. Шест се однесуваа на социодемографски варијабили (возраст, пол, брачен статус, работен однос) и четири на карактеристики на грижа (однос со пациентот, возраст и број на часови грижа дневно). Беа прашани и дали имаат хронични заболувања, а беше евидентиран и бројот и видот на болеста.

Интервјуа: Полуструктурирани интервјуа со неформалните негуватели за да се добие подлабоко разбирање на нивните искуства и предизвици. Овие интервјуа можат да помогнат да се соберат квалитативните податоци кои ќе ги дополнат квантитативните.

4.6.3 Инструмент на мерење

Zarit Burden Interview (ZBI) - Инструмент за мерење на товарот кај негуватели

Еден од најкористените и највлијателни инструменти за процена на степенот на товар и психолошка обременетост кај неформалните негуватели е Zarit Burden Interview (ZBI), познат и како Zarit Scale of Caregiver Burden. Овој скалник бил развиен од Steven H. Zarit, заедно со неговите колеги Reever и Bach-Peterson во 1980 година и претставува стандарден и валидиран инструмент за истражување психосоцијалниот товар кај лица кои се грижат за блиски со хронични болести, особено кај пациенти со деменција и Алцхајмерова болест.

Структура и примена

Оригиналната верзија на ZBI содржи 22 прашања кои се однесуваат на различни аспекти од искуството на негувателот вклучувајќи емоционален, физички, социјален и финансиски товар. Прашањата се формулирани како изјави, а негувателите одговараат користејќи Ликертова скала со 5 степени (од „никогаш“ до „секогаш“), која се користи за да се

процени колку често чувствуваат стрес, вина, замор, иритација или депресија во врска со нивната грижа.

Некои прашања ја испитуваат чувствителноста кон:

- чувството дека животот на негувателот е ограничен,
- чувството на вина затоа што сакаат повеќе слободно време,
- чувството на раздразливост и замор,
- перцепцијата дека нивната приватност е нарушена,
- финансиски тешкотии и недостаток од поддршка од семејството.

Вкупниот резултат може да се движи од 0 до 88 поени, при што повисок резултат укажува на поголем товар и повисоко ниво на негувателска исцрпеност. Резултатите може да се групираат во неколку категории:

0–20 поени: мала или никаква обременетост,

21–40 поени: умерена обременетост,

41–60 поени: изразена обременетост,

61–88 поени: многу висока обременетост.

Значењето за истражување и практичната примена на ZBI е широко користен во клинички и академски истражувања бидејќи овозможува квантифицирање на психосоцијалната состојба на негувателот, со цел навремено да се идентификува ризикот од прегорување (burnout), развојот на депресија или социјалната изолација. Скалата служи како вреден инструмент не само за процена, туку и за евалуација на ефективноста на интервенции како што се поддржувачки групи, психосоцијални програми или советување за негователи.

Постои и кратка верзија од дванаесет, четиринаесет или четири прашања, која се користи за побрза процена, особено во примарна здравствена заштита или на терен од страна на социјални работници. Утврдено е дека верзијата добро корелира со целосната верзија од дваесет и две ставки. Интервју за товарот на Зарит составен од дванаесет ставки кратка форма ZBI-12. Кратката верзија на Zarit Burden Interview (ZBI-12) претставува скратена, но високо валидирана алатка која се користи за процена на товарот кај лица што

обезбедуваат неформална грижа, особено за болни со хронични состојби, деменција или инвалидитет. Се состои од 12 ајтеми кои го проценуваат оптоварувањето на негувателите на лица со Алцхајмерова болест. Тој се покажа како корисна алатка за процена на оптоварувањето на старателите и нивните семејства.

Оваа верзија содржи дванаесет прашања, секое оценето на скала од 0 до 4 поени, при што:

0 = никогаш; 1 = ретко; 2 = понекогаш; 3 = често; 4 = секогаш

На овој начин, вкупниот резултат може да биде од 0 до 48 поени. Оценките овозможуваат брза и ефективна процена на психолошкиот и физичкиот товар што го доживува негувателот.

Интерпретација на резултатите:

0–10 поени: нема или многу благ товар,

11–20 поени: благ до умерен товар,

над 20 поени: висок товар и потенцијален ризик за прегорување.

Овој инструмент е лесен за користење, не бара посебна обука и може да се спроведе во клинички, социјален и теренски контекст за многу кратко време (обично под 10 минути), што го прави исклучително практичен во секојдневната работа на социјалните работници.

Применливост на ZBI-12 во социјалната работа

Во полето на социјалната работа, ZBI-12 претставува клучна алатка за процена и интервенција, особено во грижата за ранливи категории на население како што се болните со деменција или други невродегенеративни болести. Неговата примена овозможува:

1. Идентификација на ранливи негуватели каде во случајов социјалниот работник може со леснотија да го идентификува нивото на психолошки и физички товар што го доживува негувателот. Висок резултат укажува на потреба од итна интервенција, поддршка или психолошко советување;

2. Развивање индивидуализиран план за поддршка каде врз основа на резултатите од скалата, социјалниот работник може да креира персонализиран план за помош и интервенција, кој ги зема предвид конкретните потреби на негувателот, било да е тоа

одмор, поддршка во грижа, психосоцијална терапија или едукација за справување со стресот;

3. Упатување кон соодветни услуги каде инструментот служи како основа за упатување на негувателите кон здравствени, психолошки или социјални сервиси, како што се: дневни центри, рехабилитациски служби, психолози, советници или групи за поддршка;

4. Креирање политики и поддршка на системски промени каде агрегирани податоци добиени преку примената на ZBI-12 може да се искористат во истражувања или извештаи за да се информираат креаторите на политики за степенот на товар кај неформалните негуватели, што понатаму може да поттикне развој на програми за нивна поддршка, субвенции или психоедукативни интервенции на национално или локално ниво.

ZBI-12 претставува брз, ефикасен и валидиран инструмент кој овозможува целосна слика за влијанието на неформалната грижа врз негувателот. Неговата употреба од страна на социјалните работници не само што помага во директна поддршка на поединците, туку служи и како значаен ресурс во развојот на пошироки стратегии за поддршка и превенција од синдромот на прегорување.

Прашалникот за општо здравје од 12 ставки (GHQ-12)

Прашалникот за општо здравје (General Health Questionnaire – GHQ) е психолошки скрининг-инструмент кој е дизајниран од психијатарот David P. Goldberg во 1972 година. Основната цел на овој инструмент е рано откривање ментални нарушувања, особено: анксиозност, депресија, социјална дисфункција и соматски симптоми кај лица во заедницата, болници или во примарна здравствена заштита.

GHQ е развиен во повеќе верзии: GHQ-60 (оригиналната), GHQ-30, GHQ-28 и најчесто користената GHQ-12, која претставува најкратка форма со дванаесет прашања, но задржува висока психометриска валидност и практичност во примена. Најшироко користен скрининг инструмент за заеднички ментални нарушувања, покрај тоа што е и за поопшта мерка за психичката благосостојба. Овој скратен и ефикасен прашалник е лесен за пополнување и дава брзи резултати, што го прави погоден за процена кај различни

групи, вклучително и неформални негуватели и лица кои се соочуваат со хроничен стрес поради грижа за пациенти со хронични болести.

Структура и користење на GHQ-12

GHQ-12 се состои од дванаесет ајтеми што ги оценуваат различните аспекти на менталното здравје и генерално психолошко функционирање на индивидуата. Прашањата се насочени кон идентификување на промените во однесувањето, чувствата на анксиозност, депресијата и социјалната дисфункција.

Секое прашање се однесува на претходните неколку недели и обично се оценува по четиристепена скала, како што е наведено подолу:

-вообичаено (0 поени); помалку од обично (1 поен); повеќе од обично (2 поени); многу повеќе од обично (3 поени)

Примери на прашања во GHQ-12

GHQ-12 опфаќа некои од следниве аспекти на психолошкото здравје:

-Дали се чувствувате неспособни за совладување на тешкотиите?;

-Дали чувствувате постојан притисок или анксиозност?;

-Дали се чувствувате нервозно или под стрес?;

-Дали сте го изгубиле интересот за секојдневните активности?;

-Дали се чувствувате постојано заморни или без енергија?;

-Дали сте задоволни со вашиот општ живот и ментално здравје?.

Толкување на резултатите:

GHQ-12 се толкува на два начини:

Бинарен систем со бодување (0-0-1-1): Се доделуваат 0 поени за одговорите „Вообичаено“ и „Помалку од обично“, и 1 поен за „Повеќе од обично“ и „Многу повеќе од обично“. Вкупниот резултат варира од 0 до 12, каде повисоки резултати укажуваат на поголем психолошки дистрес. Во овој труд ќе биде користена Ликеровата скала: вообичаено (0

поени); помалку од обично (1 поен); повеќе од обично (2 поени) и многу повеќе од обично (3 поени).

Примена на GHQ-12 кај негувателите на лица со Алцхајмер може да биде ефикасен инструмент за брзо проценување на менталниот товар и стрес кој го доживуваат. Во случај на забележително висок резултат, овој инструмент овозможува навремено упатување на негувателите кон професионална помош или понатамошни психолошки интервенции.

Оваа рамка за толкување овозможува брза процена на состојбата на менталното здравје на пациентот служејќи како вредна алатка за скрининг во различни клинички услови. GHQ-12 е ефикасна алатка за проверка на менталното здравје, тој не е дијагностички инструмент. Тоа првенствено ги идентификува поединците кои можат да имаат корист од посеопфатна евалуација или поддршка за менталното здравје. Оваа алатка може да им помогне на професионалците да го идентификуваат нивото на психолошка вознемиреност.

Интерпретацијата на резултатите од прашалникот GHQ-12 (General Health Questionnaire – 12) мора да се изведува со голема внимателност и стручност, особено имајќи ја предвид популацијата што се истражува и специфичната цел на проценатa. Иако постојат општи насоки за тоа како се читаат резултатите, при што повисоки вредности на скалата упатуваат на поголем психолошки товар, не постои единствен и универзален праг што важи за сите социокултурни контексти или за сите типови испитаници.

Во пракса, тоа што се смета за „повишен резултат“ може значително да варира во зависност од тоа дали прашалникот се користи кај општата популација, кај лица кои веќе се соочуваат со хроничен стрес (како неформални негувателi) или кај групи што се под зголемен психосоцијален ризик. На пример, резултат кој во општата популација би бил сигнал за лесен дистрес, кај негувател кој секојдневно се соочува со тешкотии, може да укажува на сериозен емоционален товар и потреба од интервенција.

Дополнително, важно е да се земе предвид и контекстот на културата, пол, возраст и социјалната поддршка на испитаникот. Исто така, интерпретацијата треба да го вклучи и периодот кога е извршено мерењето бидејќи одредени психолошки симптоми можат да бидат временски ограничени или реакција на акутни животни настани.

Затоа, GHQ-12 не треба да се користи изолирано или механички, туку како дел од поширока процена на психолошката состојба, комбинирана со квалитативни информации, клинички разговори и професионално искуство на социјалниот работник или психологот што го администрира инструментот. Ваквиот пристап овозможува подлабоко разбирање на индивидуалната состојба на испитаникот и овозможува планирање соодветна интервенција или насочување кон дополнителна поддршка.

4.7 Анализа на податоците

Програма за стистичка анализа (SPSS) на податоците добиени од анкетите, корелации регресионални анализи за проверка на хипотезите. Анализа на интервјуата ќе користи тематска анализа за идентификување на повторливи теми и шаблони во одговорите.

4.7.1 Популација и примерок

Примерокот во ова истражување ќе се состои од неформални негуватели, избрани според следниве критериуми: возраст (млади, средновозрасни и постари години), пол, степен на образование, должина на грижата за зависното лице, вид на однос со лицето за кое се грижат (родител, сопруг/сопруга, дете и др.), како и интензитет и фреквенција на грижата. Грижа за пациент со Алцхајмерова болест каде лицата треба да се грижат за пациенти со официјална дијагноза на Алцхајмерова болест. Само неформални негуватели (тие кои не добиваат официјален паричен надоместок за нивната грижа).

Пол и улога во семејството со акцентот за вклучување негуватели кои се главни негуватели во семејството и кои се достапни и изразуваат подготвеност за учество во магистерскиот труд. Репрезентативноста и големината на примерокот ќе биде избран со цел да обезбеди репрезентативност на неформалните негуватели на пациенти со АБ. Големината на примерокот е оптимална за постигнување статистички значајни податоци и ќе овозможи идентификација на трендовите и предизвиците со кои се соочуваат овие негуватели, особено во однос на нивното физичко и ментално здравје, како социјалната изолација и потребата за поддршка. Наодите ќе можат да се генерализираат само на

испитуваниот примерок. За овој магистерски труд ќе се осигури почитување на етичките принципи, заштита на приватноста на учесниците, запознавање за причината за кое се врши испитувањето. Податоците ќе се собираат преку прашалници и интервјуа, што ќе овозможи добивање информации за состојбата на неформалните негуватели.

4.7.3 Статистичка обработка на податоците

Статистичката обработка на податоците во ова истражување е од витално значење за обезбедувањето објективни резултати и заклучоци за исцрпеноста, социјалната изолација, исцрпеноста и анксиозноста кај неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест. Истражувањето користи анализа на податоците, што овозможува процена на нивоата на емоционална и физичка исцрпеност, степенот на социјална изолација и другите релевантни фактори кај избраната популација. Податоците ќе се обработуваат со користење статистички софтвер SPSS и Excel, што ќе овозможи прецизно собирање податоци и пресметување на мерките и поврзувањата помеѓу променливите.

4.6.4 Фаза на внес и прелиминарна анализа на податоците

Првата фаза во обработката на податоците опфаќа собирање, валидација и внесување на податоците во статистички софтвер, со цел да се обезбеди нивна точност и конзистентност. По валидацијата, ќе се изврши прелиминарна (описна) анализа за прикажување на основниот профил на примерокот. Ќе бидат пресметани фреквентни дистрибуции за демографските променливи (возраст, пол, социјален статус, должина на негувателската улога), како и средни вредности и стандардни девијации за резултатите од прашалниците што ја мерат емоционалната и физичката исцрпеност, социјалната изолација и синдромот на прегорување.

Понатаму, ќе се примени инференцијална статистика за тестирање на хипотезите и испитување на поврзаноста меѓу клучните променливи:

Т-тест за независни примероци – за споредба на нивото на исцрпеност и прегорување меѓу различни подгрупи (на пр. мажи и жени, краткорочни и долгорочни негуватели).

ANOVA анализа – за процена на разлики помеѓу групи според возраст, образование и времетраење на негувателската улога.

Пирсонова корелација – за утврдување на поврзаноста меѓу социјалната изолација, емоционалната исцрпеност, анксиозноста и синдромот на прегорување.

Регресиона и мултипла регресија – за предвидување и оценување на влијанието на повеќе фактори (возраст, пол, должина на грижата, социјална изолација) врз исцрпеноста и „burnout“ синдромот.

Логистичка регресија – за идентификација на факторите што најмногу придонесуваат кон висок ризик за појава на „burnout“ синдром кај негувателите.

Покрај квантитативните податоци, ќе бидат анализирани и отворените прашања од прашалниците, со цел подлабоко разбирање на личните искуства и перцепции на негувателите. Одговорите ќе бидат обработени преку квалитативна анализа и тематско кодирање, при што ќе се идентификуваат клучните категории, теми и обрасци кои се однесуваат на стресот, исцрпеноста и социјалната изолација. Овие податоци ќе послужат како дополнување и интерпретативна поддршка на квантитативните резултати.

4.6.5 Интерпретација на резултатите

Откако ќе се обработат и визуализираат податоците, ќе се направи детална интерпретација на статистичките наоди. Ќе се анализира дали резултатите ги поддржуваат хипотезите и ќе се извлечат заклучоци за тоа кои фактори најмногу придонесуваат кон емоционална и физичка исцрпеност. Визуализација на резултатите ќе се користат со цел подобро разбирање на добиените податоци.

4.6.6 Фаза на анализа на податоците

Откако ќе се соберат сите податоци, ќе се изврши статистичка и тематска анализа за да се одговорат истражувачките прашања и хипотези.

Статистичка анализа ќе се изврши со користење софтвер за обработка на податоци SPSS и Excel за квантитативна анализа.

Резултатите од интервјуата ќе се анализираат квалитативно за да се идентификуваат заеднички теми и модели. Фаза на интерпретација на резултатите и извлекување заклучоци.

Оваа фаза вклучува детална интерпретација на добиените податоци и синтеза на клучните наоди со цел да се дадат препораки за поддршка и интервенции. Презентација на резултатите.

Финалниот извештај за истражувањето ќе содржи детални податоци за наодите, анализа и препораки. Истражувањето првично беше планирано да се спроведе во период од 4 месеци, но поради специфичноста на таргет-популацијата, која главно вклучуваше лица над 61 година со ограничени дигитални вештини (неможност за користење на апликации како Viber или е-пошта), спроведувањето беше продолжено. За да се обезбеди валидно собирање на податоците, интервјуата беа организирани **лице-в-лице или преку телефон**, кога условите го дозволуваа. Како резултат, истражувањето се реализираше во периодот **јануари 2025 – септември 2025**, со детално планирање на сите фази и временски рокови, со цел да се обезбеди точност, навременост и ефикасност во обработката и анализа на податоците.

4.6.7 Логистички ресурси

Учесниците беа информирани за целта на истражувањето и за нивното право на доброволно учество, со целосна почит кон етичките принципи на доверливост, анонимност и заштита на личните податоци.

Интервјуата се спроведуваа лице-в-лице, телефонски или онлајн, во зависност од можностите и преференциите на учесниците. За повозрасните негователи беше овозможено пополнување на прашалникот во присуство на истражувачот, за полесно разбирање на прашањата. За испитаниците кои претпочитаа дигитална комуникација, беше обезбедена електронска верзија преку заштитена онлајн платформа, достапна преку линк испратен по e-mail или Viber.

Во инструкциите беше нагласено дека нема точни или погрешни одговори и дека времетраењето на прашалникот изнесува приближно 20–25 минути.

5. АНАЛИЗА И ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО

По фазата на собирање на податоците, тие беа обработени со соодветни индикатори и беа добиени следниве резултати кои се прикажани во продолжение – табеларно и графички. За интерпретирање на добиените податоци од истражувањето беа применети соодветни статистички постапки. Најпрво беа пресметани поединечни параметри за секоја од варијаблите. Понатаму беа одредени аритметичка средина, стандардно остапување, пирсонов коефициниент на корелација, т-тест за утврдување на значајност на разлики помеѓу аритметички средини, ANOVA за проверка дали варијациите внатре во групите и помеѓу групите се доволно различни за да се заклучи дека средните вредности на барем една група се различни и Tukey (HSD) за да се види која група се разликува.

Демографски податоци

Табела бр. 1: Возрасна категорија на испитаниците

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Млади	11	15,5	15,5	15,5
	Средна возраст	29	40,8	40,8	56,3
	Поодмината возраст	31	43,7	43,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Според возраста најголемиот дел од испитаниците припаѓаат на категоријата **поодмината возраст (61 и повеќе години)** со 43,7%., значаен дел се во **средна возраст (41–60 години)** – 40,8%, додека **младите (18–40 години)** се најмалку застапени, со 15,5%.

Табела бр. 2: Пол на испитаниците					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Машки	37	52,1	52,1	52,1
	Женски	34	47,9	47,9	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Во ова истражување учествуваа **37 машки (52,1%)** и **34 женски испитаници (47,9%)**. Распределбата според пол е речиси израмнета, со мала предност на машките негуватели. Ова е значајно бидејќи во литературата почесто се нагласува доминантната улога на жените како негуватели, додека овде евидентно е поголемо вклучување на мажи во грижата за лицата со Алцхајмерова болест.

Табела бр. 3: Образование на испитаниците					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Без образование (некомплетно основно образование)	1	1,4	1,4	1,4
	Основно образование	3	4,2	4,2	5,6
	Средно образование	27	38,0	38,0	43,7
	Високо образование	30	42,3	42,3	85,9
	Магистратура, докторски студии	10	14,1	14,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Најголем дел од испитаниците имаат високо образование (42,3%) и средно образование (38,0%), додека најмалку застапени се лицата без образование или со основно образование (вкупно 5,6%). Забележливо е дека дел од испитаниците имаат и завршени постдипломски студии (14,1%).

Табела бр. 4: Работен статус				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ

					e Percent
Valid	Вработен	41	57,7	57,7	57,7
	Невработен	7	9,9	9,9	67,6
	Пензиониран	23	32,4	32,4	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Повеќе од половина од испитаниците се вработени (57,7%), додека 32,4% се пензионирани, а само 9,9% се невработени.

Табела бр. 5: Место на живеење					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Град	50	70,4	70,4	70,4
	Село	21	29,6	29,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Според местото на живеење, 50 негуватели (70,4%) живеат во град, а 21 негувател (29,6%) живее во село, од вкупно 71 испитаник (100%).

Табела бр. 5.1: Регион					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Скопски регион	47	66,2	66,2	66,2
	Останати региони	24	33,8	33,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Во табела бр. 5.1 испитаници (66,2%) живеат во Скопскиот регион, 24 испитаници (33,8%) живеат во останатите региони од државата, вкупниот број е 71 испитаник (100%).

Табела бр. 6:Должина на времето како негувател (години)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 години	17	23,9	23,9	23,9
	2-3 години	29	40,8	40,8	64,8
	повеќе од 3 години	25	35,2	35,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Според должината на времето како негователи најголем дел од испитаниците (40,8%) се со 2–3 години искуство во негователската улога, додека 23,9% се со 1–2 години и 35,2% со повеќе од 3 години искуство.

Табела бр.7: Во каква релација/однос сте со лицето кое се негува, на кој сте неформален негувател? Фреквенциска распределба					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Мајка	1	1,4	1,4	1,4
	Син	11	15,5	15,5	16,9
	Ќерка	15	21,1	21,1	38,0
	Сопруг	23	32,4	32,4	70,4
	Сопруга	9	12,7	12,7	83,1
	Пријател	1	1,4	1,4	84,5
	Друго	11	15,5	15,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Во табела бр. 7 најчесто неформалните негователи се **сопруг/сопруга** (32,4% + 12,7% = 45,1%), следни **ќерка/син** (21,1% + 15,5% = 36,6%). Мал процент се **мајка, пријател или друго** (4,2%), што покажува дека главно семејството ја презема улогата на негувател.

Табела бр. 8:Етничка припадност

D5. Етничка припадност					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Македонец	54	76,1	76,1	76,1
	Албанец	12	16,9	16,9	93,0
	Друго	5	7,0	7,0	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

Од вкупно 71 испитаник, најголемиот дел се Македонци (76,1%), Албанци сочинуваат 16,9%, додека 7,0% припаѓаат на други етнички групи. Овие резултати покажуваат дека примерокот е доминантно составен од лица со македонска етничка припадност, со умерено учество на албанска и минимално на други етнички заедници.

Табела бр. 9: Просечни вредности на вкупниот ZBI-12 скор според возрасни групи

Total ZBI-12 score (0-48)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Млади	11	15,2727	9,44554	2,84794	8,9271	21,6183	3,00	30,00
Средна возраст	29	16,9310	9,70983	1,80307	13,2376	20,6245	0,00	34,00
Поодмината возраст	31	24,8387	8,69136	1,56101	21,6507	28,0267	5,00	41,00
Total	71	20,1268	10,02985	1,19032	17,7527	22,5008	0,00	41,00

Како што се гледа од табела бр.9, просечниот ZBI-12 скор е најнизок кај младите негуватели (M = 15,27; SD = 9,45), малку повисок кај средната возраст (M = 16,93; SD = 9,71) и највисок кај поодминатата возраст (M = 24,84; SD = 8,69). Овие резултати укажуваат дека со возраста на негувателите се зголемува и нивното чувство на емоционална и физичка исцрпеност.

Табела бр. 10: ANOVA анализа за ZBI-12 скор според возраст					
Total ZBI-12 score (0-48)					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1243,622	2	621,811	7,292	,001
Within Groups	5798,237	68	85,268		
Total	7041,859	70			

Во табела бр.11 ANOVA анализата покажа статистички значајни разлики во ZBI-12 скоровите во зависност од возрасната категорија ($F(2, 68) = 7,292$, $p = ,001$).

Табела бр. 11: Tukey HSD пост-хок тест статистички значајни разлики во вкупниот ZBI-12 резултат според возрасни категории

Dependent Variable:	Total ZBI-12 score (0-48)					
Tukey HSD						
(I) Возрасна категорија		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Млади	Средна возраст	-1,65831	3,26985	,868	-9,4932	6,1765
	Поодминатa возраст	-9,56598)*	3,24072	,012	-17,3310	-1,8010
Средна возраст	Млади	1,65831	3,26985	,868	-6,1765	9,4932
	Поодминатa возраст	-7,90768)*	2,38555	,004	-13,6237	-2,1917
Поодминатa возраст	Млади	9,56598*	3,24072	,012	1,8010	17,3310

	Средна возраст	7,90768*	2,38555	,004	2,1917	13,6237

Во табела бр. 11 Пост-хок Tukey HSD тестот укажа дека негувателите во категоријата „поодминатa возраст“ имаат значајно повисоки скорови за исцрпеност во споредба со „млади“ (Mean Difference = 9,566, p = ,012) и „средна возраст“ (Mean Difference = 7,908, p = ,004). Разликата помеѓу „млади“ и „средна возраст“ не е статистички значајна (p = ,868). Овие резултати укажуваат дека поголема возраст е поврзана со повисоко ниво на емоционална и физичка исцрпеност кај негувателите.

Табела бр. 12. Просечни вредности на вкупниот ZBI-12 скор според пол

Пол		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total ZBI-12 score (0-48)	Машки	37	21,8919	8,33261	1,36987
	Женски	34	18,2059	11,41710	1,95802

Просечниот ZBI-12 скор за машките учесници е 21,89 (SD = 8,33), додека за женските учесници е 18,21 (SD = 11,42).

Табела бр. 13:T-test Средните вредности на ZBI-12 резултатите според пол

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total ZBI-12	Equal variances assume	9,024	,004	1,563	69	,123	3,68601	2,35860	-1,01927	8,39129

score (0-48)	d									
	Equal variances not assumed			1,542	60,028	,128	3,68601	2,38964	-1,09394	8,46596

Во табела бр. 14 t-тестот за независни примероци покажува дека разликата во ZBI-12 скор меѓу машките (M = 21,89, SD = 8,33) и женските негуватели (M = 18,21, SD = 11,42) не е статистички значајна, t(60,03) = 1,54, p = 0,128.

Табела бр. 14: Просечни вредности на вкупниот ZBI-12 скор во однос на работниот статус

Total ZBI-12 score (0-48)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Вработен	41	17,1707	9,77983	1,52735	14,0838	20,2576	0,00	34,00
Невработен	7	22,2857	11,11627	4,20155	12,0049	32,5665	10,00	41,00
Пензиониран	23	24,7391	8,51318	1,77512	21,0578	28,4205	5,00	40,00
Total	71	20,1268	10,02985	1,19032	17,7527	22,5008	0,00	41,00

Пензионерите имаат највисок просечен ZBI-12 скор (24,74), невработените имаат среден товар (22,29), а вработените најниско ниво на товар (17,17), што укажува на **повисок психолошки и физички товар кај групите со помалку формални работни обврски.**

Табела бр. 15:ANOVA за ZBI-12 скор според работен статус					
Total ZBI-12 score (0-48)					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	880,191	2	440,095	4,857	,011
Within Groups	6161,668	68	90,613		
Total	7041,859	70			

Во табела бр. 15 е ANOVA анализата која покажува статистички значајна разлика во просечниот ZBI-12 скор помеѓу групите според работниот статус ($F = 4,857$; $p = 0,011$), што укажува дека работниот статус влијае врз степенот на психолошки и физички товар кај неформалните негуватели.

Табела бр. 16: Споредба на просечните ZBI-12 скорови помеѓу групите според работен статус (Tukey HSD Post Hoc тест)						
Dependent Variable:	Total ZBI-12 score (0-48)					
Tukey HSD						
(I) Работен статус		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Вработен	Невработен	-5,11498	3,89291	,392	-14,4427	4,2128
	Пензиониран	-7,56840)*	2,47987	,009	-13,5104	-1,6264

Невработен	Вработен	5,11498	3,89291	,392	-4,2128	14,4427
	Пензиониран	-2,45342	4,10906	,822	-12,2991	7,3922
Пензиониран	Вработен	7,56840*	2,47987	,009	1,6264	13,5104
	Невработен	2,45342	4,10906	,822	-7,3922	12,2991

Во табела бр. 16 Tukey HSD тестот покажува дека просечниот ZBI-12 скор на пензионерите е статистички значајно повисок од тој на вработените (p = 0,009), што укажува на поголем психолошки и физички товар кај пензионерите. Разликите помеѓу другите групи (вработен–невработен, невработен–пензиониран) не се статистички значајни (p > 0,05). **Хипотеза 1:** Резултатите од ZBI-12 скалата покажуваат значително повисоки средни скорови кај домаќинките, што ја потврдува хипотезата дека тие се изложени на висока емоционална и физичка исцрпеност поради долготрајната грижа и ограничените можности за одмор.

Табела бр. 17: Просечни вредности на ZBI-12 скор според должина на негувателската улога

Total ZBI-12 score (0-48)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1-2 години	17	15,7647	9,15512	2,22044	11,0576	20,4718	0,00	33,00
2-3 години	29	23,8966	9,20537	1,70940	20,3950	27,3981	3,00	41,00
повеќе од 3 години	25	18,7200	10,29369	2,05874	14,4710	22,9690	3,00	38,00

Total	71	20,12 68	10,02 985	1,190 32	17,75 27	22,50 08	0,00	41,00

Негувателите со 2-3 години искуство имаат највисок просечен ZBI-12 скор (M=23,90), додека тие со 1-2 години искуство имаат најниски вредности (M=15,76). Овие податоци сугерираат дека должината на негувателската улога влијае врз нивото на емоционална и физичка исцрпеност.

Табела бр. 18:ANOVA резултати за ZBI-12 скор според должина на негувателската улога					
Total ZBI-12 score (0-48)					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	785,071	2	392,535	4,266	,018
Within Groups	6256,788	68	92,012		
Total	7041,859	70			

Должината на негувателската улога има значаен ефект врз нивото на емоционална и физичка исцрпеност, измерено преку ZBI-12 скор (F(2,68)=4,27, p=0,018). Ова значи дека барем една група се разликува значајно од другите по нивото на исцрпеност.

Табела бр. 19: Групни статистики – ZBI-12 според пристап до професионална поддршка				
Негователи со/без пристап до професионална	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean

поддршка					
Total ZBI-12 score (0-48)	НПП	37	18,4054	9,48525	1,55937
	НБПП	34	22,0000	10,40687	1,78476

Стандардната девијација и стандардната грешка на средната вредност на ZBI-12 за негувателите со (НПП) и без (НБПП) пристап до професионална поддршка.

Табела бр. 20: Независни тест примероци- ZBI-12 според пристап до професионална поддршка

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total ZBI-12 score (0-48)	Equal variances assumed	,023	,879	-1,523	69	,132	-3,59459	2,36065	-8,30396	1,11477
	Equal variances not assum			-1,517	66,885	,134	-3,59459	2,37002	-8,32533	1,13614

	ed									

Разликата во ZBI-12-инструментот за мерење на товар помеѓу негувателите со и без пристап до професионална поддршка **не е статистички значајна** ($p > 0,05$).

Средната вредност е повисока кај негувателите без пристап до професионална поддршка (Mean = 22,00) во споредба со тие со пристап (Mean = 18,41), но оваа разлика не достигнува статистичка значајност.

Табела бр. 21: ZBI-12 скор според место на живеење

Место на живеење		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total ZBI-12 score (0-48)	Град	50	17,5800	9,76894	1,38154
	Село	21	26,1905	7,96630	1,73839

Негувателите кои живеат во село имаат повисок просечен ZBI-12 скор (26,19), што укажува на поголема емоционална и физичка исцрпеност. Негувателите во град имаат пониски скорови (17,58). Стандардната девијација покажува дека варијабилноста во скоровите е поголема кај градските негователи (9,77) отколку од руралните средини (7,97).

Табела бр. 22: T-test за ZBI-12 според место на живеење

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total	Equal variance	4,836	,031	-3,567	69	,001	-8,61048	2,41380	-13,425	-3,795

ZBI-12 score (0-48)	es assumed								87	08
	Equal variances not assumed			-3,878	45,787	,000	-8,61048	2,22050	-13,08068	-4,14027

Т- тестот за еднаквост на варијансите покажува значајна разлика во варијансите меѓу групите (F = 4,836, p = 0,031). Според t-test резултатите, постои статистички значајна разлика во просечните ZBI-12 скорови помеѓу негувателите кои живеат во град и тие во село: t(45,787) = -3,878, p < 0,001, Mean Difference = -8,61.

Табела бр. 23: ZBI-12 просечни вредности на ZBI-12 во однос на регион					
Регион		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total ZBI-12 score (0-48)	Скопски регион	47	18,3617	9,13290	1,33217
	Останати региони	24	23,5833	10,97791	2,24086

Во табела бр. 25 прикажано е дека негувателите од останатите региони имаат повисоки средни скорови (Mean = 23,58) во споредба со тие од Скопски регион (Mean = 18,36), што укажува на повисока емоционална и физичка исцрпеност кај негувателите надвор од Скопскиот регион.

Табела бр. 24: T-test за ZBI-12 според регион

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total ZBI-12 score (0-48)	Equal variances assumed	,194	,661	-2,127	69	,037	-5,22163	2,45532	-10,11985	-,32341
	Equal variances not assumed			-2,003	39,654	,052	-5,22163	2,60694	-10,49188	,04862

T-test резултатите покажуваат дека постои статистички значајна разлика во ZBI-12 скоровите помеѓу негувателите од Скопскиот регион и останатите региони ($t(69) = -2,127$, $p = 0,037$, при претпоставка на еднакви варијанси). Негувателите од останатите региони имаат повисоки просечни вредности (Mean = 23,58) во споредба со тие од Скопскиот регион (Mean = 18,36), што укажува на поголема емоционална и физичка исцрпеност.

Табела бр. 25: Описна статистика за вкупниот ZBI-12 резултат според образовно ниво								
Total ZBI-12 score								

(0-48)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Без образование (некомплетно основно образование)	1	41,0000					41,00	41,00
Основно образование	3	30,0000	5,29150	3,05505	16,8552	43,1448	24,00	34,00
Средно образование	27	20,5556	9,43942	1,81662	16,8214	24,2897	3,00	40,00
Високо образование	30	19,1333	9,99218	1,82431	15,4022	22,8645	3,00	38,00
Магистратура, докторски студии	10	16,9000	10,03826	3,17438	9,7191	24,0809	0,00	29,00
Total	71	20,1268	10,02985	1,19032	17,7527	22,5008	0,00	41,00

Највисоки просечни вредности се забележуваат кај негувателите без образование или со основно образование (Mean = 41 и 30), што укажува на повисока емоционална и физичка исцрпеност. Негувателите со повисоко образование (високо, магистратура/докторски студии) имаат пониски просечни ZBI-12 скорови (Mean ≈ 16,9–19,1), што укажува на помал ризик од „burnout“.

Табела бр. 26: ANOVA анализа за ZBI-12 според ниво на образование					
Total ZBI-12 score (0-48)					

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	866,826	4	216,706	2,316	,066
Within Groups	6175,033	66	93,561		
Total	7041,859	70			

ANOVA тестот покажува дека **нема статистички значајна разлика** во просечните ZBI-12 скорови помеѓу различните нивоа на образование (F = 2,316; p = 0,066 > 0,05).

GHQ-12 прашалник за општо здравје. Средната вредност на вкупниот GHQ-12 скор изнесува **17,34** со стандардна девијација од **7,10**, при минимална вредност **4,00** и максимална **36,00**. Овие податоци укажуваат на присуство на различни нивоа на психолошка напнатост и ментална исцрпеност кај испитаниците, при што некои покажуваат помал, а некои повисок GHQ-12 скор.

Табела бр. 27: Просечна вредност на GHQ-12 прашалник					
Пол		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Машки	37	18,0270	5,82374	,95742
	Женски	34	16,5882	8,29062	1,42183

Просечни вредности на GHQ-12 скоровите за машки и женски испитаници. Машките (N = 37) имаат среден GHQ-12 скор од 18,03 (SD = 5,82), додека женските (N = 34) имаат среден скор од 16,59 (SD = 8,29).

Табела бр. 28: Стандарна девијација на GHQ-12 прашалник по пол		
	Levene's Test for	t-test for Equality of Means

		Equality of Variances								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Equal variances assumed	4,705	,034	,852	69	,397	1,43879	1,68938	-1,93143	4,80902
	Equal variances not assumed			,839	58,656	,405	1,43879	1,71413	-1,99160	4,86918

T-test за еднакви варијанси дава **t = 0,852, p = 0,397**, а за нееднакви варијанси **t = 0,839, p = 0,405**. Средната разлика меѓу групите е **1,44** (GHQ-12 поени), со 95% CI од приближно -1,93 до 4,81. Разликата во GHQ-12 скоровите помеѓу машки и женски не е статистички значајна (p > 0,05), што значи дека полот не влијае значајно врз нивоата на психолошка напнатост во оваа група негователи.

Табела бр. 29: GHQ-12 резултати според работен статус на учесниците

Работен статус		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Работно активни	41	14,4634	5,57717	,87101
	Неработно активни	30	21,2667	7,14352	1,30422

Средната вредност на GHQ-12 за **работно активни негуватели** е **14,46** (SD = 5,58), додека за **неработно активни** е **21,27** (SD = 7,14). Оваа разлика укажува дека **неработно активните негуватели имаат повисоки нивоа на психолошка напнатост**.

Табела бр. 30-GHQ-12 резултати според работен статус на неформалните негуватели										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Equal variances assumed	2,705	,105	-4,507	69	,000	-6,80325	1,50960	-9,81481	-3,79169
	Equal variances not assumed			-4,338	52,994	,000	-6,80325	1,56833	-9,94893	-3,65758

Во табела бр. 30 средната вредност на GHQ-12 за **работно активни негуватели** е **14,46** (SD = 5,58), додека за **неработно активни** е **21,27** (SD = 7,14). Разликата во средните вредности е **-6,80**, што укажува дека неработно активните негуватели имаат **повисоки нивоа на психолошка напнатост**. Levene’s тестот покажува F = 2,705, p = 0,105, што

значи дека се претпоставуваат еднакви варијанси. t-test за еднакви варијанси: t(69) = -4,507, p < 0,001.

Разликата е **статистички значајна**.

Табела бр. 31- Дистрибуција на просечни вредности на GHQ-12 според место на живеење					
Место на живеење		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Град	50	16,2200	7,24017	1,02391
	Село	21	20,0000	6,10737	1,33274

Табела бр. 32 ги прикажува просечните вредности (Mean), стандардната девијација (Std. Deviation) и стандардната грешка (Std. Error Mean) на GHQ-12 за испитаниците според местото на живеење (град/село). Од резултатите се гледа дека испитаниците од селските средини имаат повисоки просечни резултати на GHQ-12 (Mean = 20,00) во споредба со тие од градските средини (Mean = 16,22), што укажува на поголема психолошка исцрпеност кај негувателите од рурална средина.

Табела бр. 32- Т-тест за разлики во GHQ-12 според место на живеење									
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper

Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Equal variances assumed	,336	,564	-2,097	69	,040	-3,78000	1,80229	-7,37547	-,18453
	Equal variances not assumed			-2,249	44,281	,030	-3,78000	1,68065	-7,16652	-,39348

Табелата го прикажува резултатот од t-тестот за независни примероци кој ја споредува просечната психолошка исцрпеност (GHQ-12) кај негователи според место на живеење (град vs. село). Резултатите покажуваат статистички значајна разлика (t = -2,097, p = 0,040), при што испитаниците од селските средини имаат повисоки просечни вредности на GHQ-12 (Mean = 20,00) во споредба со градските (Mean = 16,22), што укажува на поголема психолошка исцрпеност кај негувателите од рурална средина.

Табела бр. 33- Групни статистики за GHQ-12 според регион

Регион		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Скопски регион	47	16,1064	6,83098	,99640
	Останати региони	24	19,7500	7,12772	1,45494

Табелата го прикажува просекот на GHQ-12 резултатите кај негователи според регион (Скопски регион vs. Останати региони). Испитаниците од останатите региони имаат повисоки просечни вредности на GHQ-12 (Mean = 19,75) во споредба со тие од

Скопскиот регион (Mean = 16,11), што укажува на поголема психолошка исцрпеност кај негувателите од регионите надвор од Скопје.

Табела бр. 34-Т-тест за GHQ-12 според регион										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Equal variances assumed	,073	,788	-2,095	69	,040	-3,64362	1,73896	-7,11275	-,17449
	Equal variances not assumed			-2,066	44,716	,045	-3,64362	1,76342	-7,19596	-,09128

Резултатите покажуваат дека разликата меѓу просечните вредности е статистички значајна (t = -2,095; p = 0,040), со повисоки просечни вредности кај негувателите од останатите региони, што укажува на поголема психолошка исцрпеност во споредба со тие од Скопскиот регион.

Табела бр. 35-Просечни вредности на GHQ-12 според возрасна категорија								
Total GHQ-12 Likert score (0-36)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Млади	11	14,6364	5,85274	1,76467	10,7044	18,5683	4,00	24,00
Средна возраст	29	14,5517	5,87723	1,09137	12,3161	16,7873	4,00	29,00
Поодмината возраст	31	20,9032	7,11034	1,27706	18,2951	23,5113	6,00	36,00
Total	71	17,3380	7,09717	,84228	15,6582	19,0179	4,00	36,00

Во табела бр. 36 стандардна девијација и доверителни интервали за GHQ-12 според возрасните категории на негувателите. Резултатите покажуваат дека негувателите во поодмината возраст имаат повисоки средни вредности (M = 20,90) во споредба со младите (M = 14,64) и средната возраст (M = 14,55), што укажува на поголема психолошка исцрпеност кај постарите негуватели.

Табела бр. 36-ANOVA анализа на GHQ-12 според возрасна категорија					
Total GHQ-12 Likert score (0-36)					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	699,460	2	349,730	8,414	,001
Within Groups	2826,428	68	41,565		
Total	3525,887	70			

Резултатите покажуваат статистички значајна разлика помеѓу групите ($F(2, 68) = 8,414$, $p = 0,001$), што укажува дека возраста има значаен ефект врз психолошката исцрпеност на негувателите.

Табела бр. 37-Tukey HSD пост-хок тест за GHQ-12 според возрасна категорија						
Dependent Variable:	Total GHQ-12 Likert score (0-36)					
Tukey HSD						
(I) Возрасна категорија		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Млади	Средна возраст	,08464	2,28296	,999	-5,3855	5,5548
	Поодминатa возраст	-6,26686)*	2,26262	,020	-11,6883	-,8454
Средна возраст	Млади	-,08464	2,28296	,999	-5,5548	5,3855
	Поодминатa возраст	-6,35150)*	1,66556	,001	-10,3423	-2,3607
Поодминатa возраст	Млади	6,26686*	2,26262	,020	,8454	11,6883
	Средна возраст	6,35150*	1,66556	,001	2,3607	10,3423

Tukey HSD пост-хок тест за GHQ-12 по идентификувана статистички значајна разлика во ANOVA анализата. Резултатите покажуваат дека поодминатите возрасти на негуватели имаат значително повисоки просечни вредности на GHQ-12 во споредба со младите (Mean Difference = 6,27, $p = 0,020$) и со групата на средна возраст (Mean Difference = 6,35, $p = 0,001$). Нема статистички значајни разлики помеѓу младите и средната возраст ($p = 0,999$).

Табела бр. 38. Описна статистика (Descriptives) на GHQ-12 според ниво на образование								
Total GHQ-12 Likert								

score (0-36)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Без образование (некомплетно основно образование)	1	36,0000					36,00	36,00
Основно образование	3	24,6667	2,88675	1,66667	17,4956	31,8378	23,00	28,00
Средно образование	27	18,6667	6,32456	1,21716	16,1648	21,1686	6,00	32,00
Високо образование	30	16,4333	7,30462	1,33364	13,7057	19,1609	4,00	32,00
Магистратура, докторски студии	10	12,4000	3,27278	1,03494	10,0588	14,7412	7,00	17,00
Total	71	17,3380	7,09717	,84228	15,6582	19,0179	4,00	36,00

Оваа табела бр. 38 прикажува просечни вредности, стандардни девијации и 95% доверителни интервали за GHQ-12 во зависност од образованието на негувателите. Резултатите покажуваат тренд на намалување на психолошката исцрпеност со зголемување на образованието: највисоки просечни GHQ-12 резултати се забележани кај негуватели без образование или со основно образование, додека најниски се кај тие со магистратура или докторски студии.

Табела бр. 39-ANOVA за GHQ-12 според ниво на образование					
Total GHQ-12 Likert score (0-36)					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	825,454	4	206,363	5,044	,001
Within Groups	2700,433	66	40,916		
Total	3525,887	70			

Статистички значајна разлика е пронајдена меѓу групите (F = 5,044; p = 0,001), што укажува дека **нивото на образование влијае врз нивото на психолошка исцрпеност**.

Табела бр. 40-Стандарна девијација за GHQ-12 според работен статус								
Total GHQ-12 Likert score (0-36)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Вработен	41	14,4634	5,57717	,87101	12,7030	16,2238	4,00	29,00
Невработен	7	22,8571	7,62515	2,88203	15,8051	29,9092	15,00	36,00
Пензиониран	23	20,7826	7,09646	1,47971	17,7139	23,8513	6,00	32,00
Total	71	17,3380	7,09717	,84228	15,6582	19,0179	4,00	36,00

Оваа табела бр. 40 каде најниско ниво на психолошка исцрпеност се забележува кај вработените (Mean = 14,46), додека највисоко кај невработените (Mean = 22,86). Пензионираните негуватели имаат просечни вредности помеѓу двете групи (Mean = 20,78).

Табела бр. 41-ANOVA за GHQ-12 според работен статус					
Total GHQ-12 Likert score (0-36)					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	824,922	2	412,461	10,384	,000
Within Groups	2700,965	68	39,720		
Total	3525,887	70			

Во табела бр. 41 се гледаат значајни разлики во GHQ-12 меѓу различните категории на работен статус ($F = 10,384$, $p < 0,001$). Ова укажува дека статусот на вработување влијае врз нивоата на психолошка исцрпеност кај негувателите.

Табела бр. 42-Споредби (Tukey HSD) за GHQ-12 според работен статус						
Dependent Variable:	Total GHQ-12 Likert score (0-36)					
Tukey HSD						
(I) Работен статус		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Вработен	Невработен	-8,39373)*	2,57742	,005	-14,5694	-2,2180
	Пензиониран	-6,31919)*	1,64187	,001	-10,2533	-2,3851
Невработен	Вработен	8,39373*	2,57742	,005	2,2180	14,5694

	Пензиониран	2,07453	2,72053	,727	-4,4441	8,5931
Пензиониран	Вработен	6,31919*	1,64187	,001	2,3851	10,2533
	Невработен	-2,07453	2,72053	,727	-8,5931	4,4441

Вработените негуватели имаат значајно пониски вредности на GHQ-12 во однос на невработените (Mean Difference = -8,39, p = 0,005) и пензионираните (Mean Difference = -6,32, p = 0,001). Разликите помеѓу невработените и пензионираните не се статистички значајни (p = 0,727). Овие резултати ја потврдуваат потребата од поддршка за невработените и пензионираните негуватели бидејќи тие покажуваат повисоки нивоа на психолошка исцрпеност.

Табела бр. 43-Стандардна девијација за GHQ-12 според етничка припадност

Total GHQ-12 Likert score (0-36)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Македонец	54	17,2222	7,37325	1,00337	15,2097	19,2347	4,00	32,00
Албанец	12	18,5000	7,25509	2,09436	13,8903	23,1097	10,00	36,00
Друго	5	15,8000	3,03315	1,35647	12,0338	19,5662	13,00	20,00
Total	71	17,3380	7,09717	,84228	15,6582	19,0179	4,00	36,00

Во анализата на табела бр. 44 може да се забележи дека највисока просечна вредност на GHQ-12 имаат Албанците (M = 18,50), потоа Македонците (M = 17,22), додека најниски

просечни вредности покажуваат испитаниците кои се изјасниле како „друго“ (M = 15,80). Сепак, сите групи имаат слични стандардни девијации (околу 7), што укажува на умерена варијабилност во рамки на секоја етничка група.

Табела бр. 44-ANOVA анализа на GHQ-12 според етничка припадност					
Total GHQ-12 Likert score (0-36)					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	28,754	2	14,377	,280	,757
Within Groups	3497,133	68	51,428		
Total	3525,887	70			

ANOVA анализата покажа дека нема статистички значајни разлики во просечните вредности на **GHQ-12** според етничка припадност, $F(2, 68) = 0,280$, $p = 0,757$. Ова значи дека психичкото здравје измерено со GHQ-12 е слично кај Македонци, Албанци и испитаници од други етнички групи.

Табела бр. 45-Стандардна девијација за GHQ-12 според должина на негувателска улога								
Total GHQ-12 Likert score (0-36)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1-2 години	17	15,941	5,04320	1,2231	13,348	18,534	7,00	24,00

		2		5	2	1		
2-3 години	29	18,7931	6,37730	1,18423	16,3673	21,2189	7,00	36,00
повеќе од 3 години	25	16,6000	8,83176	1,76635	12,9544	20,2456	4,00	32,00
Total	71	17,3380	7,09717	,84228	15,6582	19,0179	4,00	36,00

Во табела бр. 45 негувателите со **1–2 години искуство** имаат просек од *15,94* (SD = 5,04). Негувателите со **2–3 години искуство** покажуваат повисок просек од *18,79* (SD = 6,38). Негувателите со **повеќе од 3 години искуство** имаат просек од *16,60* (SD = 8,83). Иако групата со 2–3 години има највисок резултат на GHQ-12 (показател за полошо психичко здравје), варијабилноста е најголема кај тие со повеќе од 3 години искуство.

Табела бр. 46-ANOVA анализа според должина на негувателска улога						
Total GHQ-12 Likert score (0-36)						
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
Between Groups	108,188	2	54,094	1,076	,347	
Within Groups	3417,700	68	50,260			
Total	3525,887	70				

Во табела бр. 46 прикажано е **F(2,68) = 1,076, p = ,347**. Вредноста на **p > 0,05**, што значи дека **нема статистички значајна разлика** во просечните резултати на GHQ-12 меѓу групите со различна должина на негувателска улога (1–2 години, 2–3 години, повеќе од 3 години).

Табела бр. 47-GHQ-12 резултати според пристап до професионална поддршка

Негователи со/без пристап до професионална поддршка		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	НПП	37	16,5135	7,70145	1,26611
	НБПП	34	18,2353	6,36781	1,09207

Во табела бр. 48 негувателите со пристап до професионална поддршка (M = 16,51; SD = 7,70) имаат пониски просечни резултати на GHQ-12 во споредба со тие без пристап до поддршка (M = 18,23; SD = 6,37). Ова укажува дека постоењето на професионална поддршка е поврзано со нешто пониско ниво на психолошки дистрес кај негувателите.

Табела бр. 48-Т-тест GHQ-12 и професионална поддршка

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Equal variances assumed	1,285	,261	-1,022	69	,311	-1,72178	1,68554	-5,08434	1,64078
	Equal variances not assum			-1,030	68,270	,307	-1,72178	1,67202	-5,05801	1,61445

	ed									

Резултатите од Т-тестот покажуваат дека не постои статистички значајна разлика во психичката состојба меѓу неформалните негователи кои имаат социјална поддршка и тие кои немаат поддршка. Т-тестот за еднаквост на средни вредности покажува **t(69) = -1,022, p = 0,311**. Средната разлика меѓу групите е **-1,72** (НПП – НБПП), со 95% доверлив интервал од **-5,08 до 1,64**. Иако групата НБПП има нешто повисок скор, што укажува на послаба психичка состојба, сепак разликата не е статистички значајна.

Табела бр. 49: Средни вредности и стандардни девијации за GHQ-12 и ZBI-12 кај испитаниците

	Mean	Std. Deviation	N
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	17,3380	7,09717	71
Total ZBI-12 score (0-48)	20,1268	10,02985	71

Оваа табела бр. 50 ја прикажува средната вредност и варијабилноста на резултатите од GHQ-12 (општа психичка состојба) и ZBI-12 (исцрпеност кај негувателите).

Табела бр. 50: Пирсонов коефициент на корелација помеѓу GHQ-12 и ZBI-12 кај испитаниците

		Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Total ZBI-12 score (0-48)
Total GHQ-12 Likert score (0-36)	Pearson Correlation	1	,692**

	Sig. (2-tailed)		,000
	N	71	71
Total ZBI-12 score (0-48)	Pearson Correlation	,692**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	71	71

Во табела бр. 50 се покажува дека постои силна и статистички значајна позитивна корелација ($r = 0,692$, $p < 0,01$) помеѓу GHQ-12 и ZBI-12. Ова укажува дека повисоките вредности на психичка тешкотија (GHQ-12) се поврзани со повисоки нивоа на прегореност/исцрпеност (ZBI-12) кај негувателите.

Табелата подолу ги прикажува средните вредности и стандардните девијации за сите 12 ставки на GHQ-12 (ментално здравје) и ZBI-12 (исцрпеност/прегореност кај негуватели). N = 71 претставува број на испитаници. Вредностите за GHQ се рекодирани на Ликерт скала, додека ZBI ставките се рекодирани на скала 0–4.

Табела бр. 51: Дескриптивни статистики за поединечни ставки на GHQ-12 и ZBI-12 кај испитаниците (N = 71)

	Mean	Std. Deviation	N
GHQ1 recoded Likert	1,63	,797	71
GHQ2 recoded Likert	1,51	,754	71
GHQ3 recoded Likert	,97	,878	71
GHQ4 recoded Likert	1,41	,871	71
GHQ5 recoded Likert	1,80	,786	71
GHQ6 recoded Likert	1,56	,841	71
GHQ7 recoded Likert	1,54	,673	71
GHQ8 recoded Likert	1,45	,752	71
GHQ9 recoded Likert	1,55	,842	71
GHQ10 recoded Likert	1,34	,827	71

GHQ11 recoded Likert	1,17	,894	71
GHQ12 recoded Likert	1,41	,803	71
ZBI1 recoded (0-4)	1,97	1,069	71
ZBI2 recoded (0-4)	2,23	1,045	71
ZBI3 recoded (0-4)	1,37	1,059	71
ZBI4 recoded (0-4)	1,37	1,072	71
ZBI5 recoded (0-4)	1,38	1,138	71
ZBI6 recoded (0-4)	1,54	1,144	71
ZBI7 recoded (0-4)	1,55	1,093	71
ZBI8 recoded (0-4)	1,68	1,106	71
ZBI9 recoded (0-4)	1,70	1,200	71
ZBI10 recoded (0-4)	1,49	1,120	71
ZBI11 recoded (0-4)	1,73	1,121	71
ZBI12 recoded (0-4)	2,13	1,170	71

Од дескриптивните податоци се забележува дека кај GHQ-12, највисоки средни вредности се на ставките што се однесуваат на чувство на стрес и тешкотија во секојдневието (GHQ5 = 1,80), додека кај ZBI-12 највисока средна вредност е кај ставката ZBI-12 (2,13), што укажува на зголемена емоционална или физичка исцрпеност кај дел од негувателите.

Табела бр. 52- Пирсонов коефициент на корелација помеѓу сите 12 GHQ ставки (ментално здравје) и 12 ZBI ставки (исцрпеност/прегореност).

		GHQ1 recoded Likert	GHQ2 recoded Likert	GHQ3 recoded Likert	GHQ4 recoded Likert	GHQ5 recoded Likert	GHQ6 recoded Likert	GHQ7 recoded Likert	GHQ8 recoded Likert
GHQ1 recoded Likert	Pearson Correlation	1	,623**	,271*	,506**	,567**	,547**	,424**	,398**
	Sig. (2-tailed)		,000	,022	,000	,000	,000	,000	,001
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ2 recoded Likert	Pearson Correlation	,623**	1	,411**	,333**	,485**	,557**	,415**	,398**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,005	,000	,000	,000	,001
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ3 recoded Likert	Pearson Correlation	,271*	,411**	1	,501**	,261*	,370**	,268*	,496**
	Sig. (2-tailed)	,022	,000		,000	,028	,001	,024	,000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ4 recoded Likert	Pearson Correlation	,506**	,333**	,501**	1	,620**	,520**	,377**	,544**
	Sig. (2-tailed)	,000	,005	,000		,000	,000	,001	,000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ5 recoded Likert	Pearson Correlation	,567**	,485**	,261*	,620**	1	,538**	,392**	,370**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,028	,000		,000	,001	,001
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ6 recoded Likert	Pearson Correlation	,547**	,557**	,370**	,520**	,538**	1	,546**	,384**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,000		,000	,001
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ7 recoded Likert	Pearson Correlation	,424**	,415**	,268*	,377**	,392**	,546**	1	,533**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,024	,001	,001	,000		,000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ8 recoded Likert	Pearson Correlation	,398**	,398**	,496**	,544**	,370**	,384**	,533**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,000	,000	,001	,001	,000	
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ9 recoded Likert	Pearson Correlation	,624**	,613**	,427**	,449**	,576**	,687**	,609**	,484**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ10 recoded Likert	Pearson Correlation	,580**	,569**	,387**	,499**	,675**	,729**	,518**	,349**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,003
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ11 recoded Likert	Pearson Correlation	,549**	,507**	,443**	,497**	,597**	,461**	,441**	,544**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
GHQ12 recoded Likert	Pearson Correlation	,371**	,385**	,320**	,309**	,446**	,458**	,542**	,282*
	Sig. (2-tailed)	,001	,001	,006	,009	,000	,000	,000	,017
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI1 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,474**	,355**	,304*	,488**	,589**	,415**	,478**	,318**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,010	,000	,000	,000	,000	,007
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI2 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,426**	,524**	,350**	,431**	,629**	,488**	,436**	,342**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,004
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI3 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,347**	,319**	,319**	,331**	,346**	,423**	,303*	,238*
	Sig. (2-tailed)	,003	,007	,007	,005	,003	,000	,010	,045
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI4 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,360**	,421**	,391**	,327**	,409**	,513**	,319**	,359**
	Sig. (2-tailed)	,002	,000	,001	,005	,000	,000	,007	,002
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI5 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,376**	,438**	,354**	,345**	,468**	,460**	,327**	,364**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,002	,003	,000	,000	,005	,002
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI6 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,422**	,493**	,371**	,437**	,580**	,469**	,365**	,313**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,002	,008
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI7 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,382**	,455**	,329**	,466**	,577**	,529**	,411**	,320**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,006
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI8 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,334**	,371**	,226	,243*	,468**	,414**	,390**	,195
	Sig. (2-tailed)	,004	,001	,058	,041	,000	,000	,001	,103
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI9 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,363**	,342**	,317**	,500**	,573**	,465**	,429**	,372**
	Sig. (2-tailed)	,002	,004	,007	,000	,000	,000	,000	,001
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI10 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,397**	,343**	,320**	,450**	,404**	,323**	,214	,343**
	Sig. (2-tailed)	,001	,003	,007	,000	,000	,006	,073	,003
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI11 recoded (0-4)	Pearson Correlation	,161	,264*	,268*	,289*	,312**	,177	,136	,315**
	Sig. (2-tailed)	,181	,026	,024	,014	,008	,139	,259	,008
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
ZBI12 recoded (0-4)	Pearson Correlation	-,072	,153	,129	,033	-,050	-,074	-,069	,048
	Sig. (2-tailed)	,550	,203	,285	,788	,678	,542	,566	,692
	N	71	71	71	71	71	71	71	71

Корелацијата помеѓу вкупниот скор на оптовареност (ZBI-12) и психолошкото здравје (GHQ-12) беше висока и статистички значајна ($r = 0,692$; $p < 0,001$), што

дополнително ја потврдува тесната врска меѓу оптовареноста и нарушеното ментално здравје кај оваа група. Овој резултат укажува дека недостатокот од социјална поддршка и ограниченият пристап до стручни интервенции значително придонесуваат за појава на прегореност кај неформалните негуватели. Позитивна корелација покажува дека поголем GHQ score (полошо ментално здравје) е поврзан со поголема исцрпеност/прегореност.

Во рамките на спроведената анкета освен затворени прашања на учесниците им беше дадена можност да изразат свое мислење преку неколку отворени прашања. Одговорите на отворените прашања беа обработени и кодирани во тематски категории за понатамошна анализа.

Q5. Што најмногу Ве исцрпува во процесот на нега? (отворено прашање)	Тотал		Млади		Средна		Поодмина		Мажи		Жени	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Страв од прогресија на болеста	10	17,2	3	33,3	5	26,3	2	6,7	3	9,1	7	28,0
Страв дека нема да издржам	4	6,9	2	22,2	1	5,3	1	3,3	1	3,0	3	12,0
Постојан психички напор	12	20,7	2	22,2	6	31,6	4	13,3	6	18,2	6	24,0
Постојаното присуство, посветеност (24/7,нема социјален живот, нема мир)	16	27,6	2	22,2	5	26,3	9	30,0	12	36,4	4	16,0
Недостаток на одмор (континуиран замор, несоница,главоболки)	13	22,4	3	33,3	2	10,5	8	26,7	9	27,3	4	16,0
Емоционален напор	8	13,8	2	22,2	3	15,8	3	10,0	4	12,1	4	16,0
Физички напор (носење, облекување, кревање	12	20,7	1	11,1	3	15,8	8	26,7	7	21,2	5	20,0
Недостиг на поддршка (формални, неформални групи)	7	12,1	0	0,0	2	10,5	5	16,7	5	15,2	2	8,0
Чувство на осаменост	4	6,9	1	11,1	1	5,3	2	6,7	2	6,1	2	8,0
Финансиски проблем (немање финансиска помош)	2	3,4	0	0,0	0	0,0	2	6,7	1	3,0	1	4,0
Страдањето и вознемиреноста на болниот	2	3,4	1	11,1	0	0,0	1	3,3	1	3,0	1	4,0
Чувство на беспомошност-грижа дека има неправилна грижа кон лицето	6	10,3	1	11,1	1	5,3	4	13,3	2	6,1	4	16,0
Целосната грижа, сите обврски	8	13,8	0	0,0	4	21,1	4	13,3	6	18,2	2	8,0
Незнам	2	3,4	0	0,0	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	8,0
Total	58	100,0	9	100,0	19	100,0	30	100,0	33	100,0	25	100,0

Q5. Што најмногу Ве исцрпува во процесот на нега? (отворено прашање)	Работно активни		Неработно активни		Скопски регион		Останати региони		НПП		НБПП	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Страв од прогресија на болеста	7	24,1	3	10,3	6	16,7	4	18,2	6	22,2	4	12,9
Страв дека нема да издржам	2	6,9	2	6,9	3	8,3	1	4,5	1	3,7	3	9,7
Постојан психички напор	8	27,6	4	13,8	9	25,0	3	13,6	5	18,5	7	22,6
Постојаното присуство, посветеност (24/7,нема социјален живот, нема мир)	7	24,1	9	31,0	10	27,8	6	27,3	6	22,2	10	32,3
Недостаток на одмор (континуиран замор, несоница,главоболки)	7	24,1	6	20,7	6	16,7	7	31,8	5	18,5	8	25,8
Емоционален напор	3	10,3	5	17,2	4	11,1	4	18,2	5	18,5	3	9,7
Физички напор (носење, облекување, кревање	5	17,2	7	24,1	6	16,7	6	27,3	6	22,2	6	19,4
Недостиг на поддршка (формални, неформални групи)	3	10,3	4	13,8	4	11,1	3	13,6	1	3,7	6	19,4
Чувство на осаменост	2	6,9	2	6,9	3	8,3	1	4,5	0	0,0	4	12,9
Финансиски проблем (немање	0	0,0	2	6,9	1	2,8	1	4,5	0	0,0	2	6,5
Страдањето и вознемиреноста на болниот	1	3,4	1	3,4	1	2,8	1	4,5	0	0,0	2	6,5
Чувство на беспомошност-грижа дека има неправилна грижа кон лицето	1	3,4	5	17,2	4	11,1	2	9,1	3	11,1	3	9,7
Целосната грижа, сите обврски	5	17,2	3	10,3	3	8,3	5	22,7	7	25,9	1	3,2
Незнам	1	3,4	1	3,4	2	5,6	0	0,0	0	0,0	2	6,5
Total	29	100,0	29	100,0	36	100,0	22	100,0	27	100,0	31	100,0

Табела бр. 1/1 Отворено прашање

Одговорите на отвореното прашање „Што најмногу Ве исцрпува во процесот на нега?“ беа обработени и кодирани во тематски категории. Најчестите извори на исцрпеност беа:

Постојаното присуство и посветеност (24/7, нема социјален живот, нема мир) – 27,6% од испитаниците, особено застапено кај средната возраст (26,3%) и мажи (36,4%);

Недостаток од одмор (континуиран замор, несоница, главоболки) – 22,4% од испитаниците, со поголемо влијание кај поодминатата возраст (26,7%) и млади (33,3%);

Постојан психички напор – 20,7% од испитаниците, особено кај средната возраст (31,6%);

Физички напор (носење, облекување, кревање) – 20,7% од испитаниците, со поголема застапеност кај поодминатата возраст (26,7%);

Страв од прогресија на болеста – 17,2% од испитаниците, најмногу кај млади (33,3%).

Табела бр. 1/2 Отворено прашање

S5. Имате ли пристап до неформални групи за поддршка на негователи или социјални работници кои можат да ве поддржат?	Тотал		Млади		Средна возраст		Поодмината		Мажи		Жени	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
црвен крст	3	25,0	1	50,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	3	42,9
стручни лица (социјален раб, матичен)	5	41,7	1	50,0	1	20,0	3	60,0	4	80,0	1	14,3
прирачник	1	8,3	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0
пријатели, социјали мрежи, web страница, неформални групи	4	33,3	0	0,0	2	40,0	2	40,0	1	20,0	3	42,9
Total	12	100,0	2	100,0	5	100,0	5	100,0	5	100,0	7	100,0

S5. Имате ли пристап до неформални групи за поддршка на негователи или социјални работници кои можат да ве поддржат?	Работно активни		Неработно активни		Скопски регион		Останати региони		НПП		НБПП	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
црвен крст	2	22,2	1	33,3	3	30,0	0	0,0	1	12,5	2	50,0
стручни лица (социјален раб, матичен)	4	44,4	1	33,3	3	30,0	2	100,0	4	50,0	1	25,0
прирачник	1	11,1	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
пријатели, социјали мрежи, web страница, неформални групи	3	33,3	1	33,3	4	40,0	0	0,0	3	37,5	1	25,0
Total	9	100,0	3	100,0	10	100,0	2	100,0	8	100,0	4	100,0

Најчест извор на поддршка се стручни лица – 41,7% од сите испитаници. Ова укажува дека институционалната, професионална поддршка е најчесто достапна форма на помош кај избраниот матичен лекар. Неформални извори, како: пријатели, социјални мрежи и веб-страници се користат од 33,3% од испитаниците, што покажува дека дел од негувателите бараат поддршка преку неформални канали. Поддршката од Црвениот крст ја користат само 25% од испитаниците, додека прирачници и писмени материјали речиси не се користат (8,3%). Најголемо учество на мажи е во групата која користи стручни лица (80%), додека жените почесто наведуваат Црвен крст и социјални мрежи како извори на поддршка. Постарите негователи (61+ години) почесто имаат пристап до стручни лица (60%), за разлика од младите кои поретко користат организирана поддршка. Работно активните почесто користат стручни лица (44,4%), додека неработно активните најчесто

се потпираат врз пријатели и социјални мрежи (33,3%). Според регионот, во Скопскиот регион поддршката е поразновидна (Црвен крст, веб, стручни лица), додека во останатите региони пристапот е ограничен, главно преку матичниот лекар (100%). Групата со пристап до професионална поддршка (НПП) најчесто наведува стручни лица (50%), додека тие без поддршка (НБПП) почесто користат Црвен крст (50%) и онлајн ресурси (25%). Само 12 од 71 испитаник (≈17%) навеле дека имаат некаков вид поддршка, што укажува на ограничен пристап до организирана или неформална помош.

Табела бр. 1/3 Отворено прашање

R4. Дали имате дополнителни коментари или забелешки во врска со вашето искуство како неформален негувател? (отворено прашање)	Тотал		Млади		Средна возраст		Поодминатa		Мажи		Жени	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Емоционално оптоварување	8	11,3	0	0,0	3	10,3	5	16,1	6	16,2	2	5,9
Недостаток на поддршка	15	21,1	6	54,5	5	17,2	4	12,9	6	16,2	9	26,5
Физичка исцрпеност	6	8,5	1	9,1	2	6,9	3	9,7	2	5,4	4	11,8
Позитивни аспекти	1	1,4	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Институционална поддршка	9	12,7	2	18,2	4	13,8	3	9,7	5	13,5	4	11,8
Механизми за справување	3	4,2	0	0,0	1	3,4	2	6,5	1	2,7	2	5,9
Практични тешкотии	2	2,8	0	0,0	1	3,4	1	3,2	1	2,7	1	2,9
Стигма	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	3,2	1	2,7	0	0,0
Поддршка / Солидарност	5	7,0	1	9,1	2	6,9	2	6,5	3	8,1	2	5,9
Заеднички групи и размена на искуства	2	2,8	0	0,0	1	3,4	1	3,2	2	5,4	0	0,0
Не, немам дополнителни коментари	30	42,3	3	27,3	14	48,3	13	41,9	15	40,5	15	44,1
Total	71	100,0	11	100,0	29	100,0	31	100,0	37	100,0	34	100,0

R4. Дали имате дополнителни коментари или забелешки во врска со вашето искуство како неформален негувател? (отворено прашање)	Работно активни		Неработно активни		Скопски регион		Останати региони		НПП		НБПП	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Емоционално оптоварување	6	14,6	2	6,7	6	12,8	2	8,3	3	8,1	5	14,7
Недостаток на поддршка	9	22,0	6	20,0	12	25,5	3	12,5	7	18,9	8	23,5
Физичка исцрпеност	3	7,3	3	10,0	4	8,5	2	8,3	2	5,4	4	11,8
Позитивни аспекти	1	2,4	0	0,0	1	2,1	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Институционална поддршка	6	14,6	3	10,0	3	6,4	6	25,0	7	18,9	2	5,9
Механизми за справување	1	2,4	2	6,7	3	6,4	0	0,0	2	5,4	1	2,9
Практични тешкотии	0	0,0	2	6,7	1	2,1	1	4,2	2	5,4	0	0,0
Стигма	1	2,4	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	2,7	0	0,0
Поддршка / Солидарност	3	7,3	2	6,7	3	6,4	2	8,3	3	8,1	2	5,9
Заеднички групи и размена на искуства	1	2,4	1	3,3	1	2,1	1	4,2	1	2,7	1	2,9
Не, немам дополнителни ком.	18	43,9	12	40,0	21	44,7	9	37,5	15	40,5	15	44,1
Total	41	100,0	30	100,0	47	100,0	24	100,0	37	100,0	34	100,0

Прво нешто кои им недостасува е недостаток од поддршка – 21,1%. Емоционалното оптоварување е втора најчеста тема (11,3%), особено изразена кај постарите испитаници (16,1%) и кај мажите (16,2%), што укажува на високо ниво на стрес и емоционална исцрпеност. Институционална поддршка ја споменуваат 12,7% од испитаниците, најмногу лица со високо образование и тие од останатите региони (25%), што укажува на потреба од поефикасна мрежа на услуги надвор од Скопје. Физичката исцрпеност ја наведуваат 8,5%, а механизми за справување само 4,2%, што покажува дека мал број негователи имаат развиени начини за справување со товарот. Позитивните аспекти (1,4%) се ретки, неколку испитаници споменале чувство на исполнетост или смисла. Практични тешкотии, стигма и потреба за заеднички групи се појавуваат кај мал број лица, но укажуваат на изолираност и недостаток од социјална поврзаност.

Повеќе од 40% од испитаниците (42,3%) изјавиле дека немаат дополнителни коментари, што може да укажува на замор, апатија или ограничена очекуваност дека нивното искуство ќе биде препознаено. Работно активните почесто наведуваат недостаток од поддршка (22%), додека неработните истакнуваат физичка исцрпеност и практични тешкотии, што е очекувано поради нивната повисока изложеност на грижата. Според регион, Скопскиот регион има повисока застапеност на коментари поврзани со емоционален товар и недостаток од поддршка, додека во останатите региони доминира потребата за институционална помош (25%). Кај групата со пристап до професионална поддршка (НПП), почесто се споменува институционална поддршка (18,9%), додека кај тие без поддршка (НБПП) доминира емотивен товар (14,7%) и чувство на осаменост.

Табела бр. 1/4 Отворено прашање

Q7. Дали сте забележале промени во Вашето здравје поради негата? Ако да, наведете какви промени имате.	Тотал		Млади		Средна возраст		Поодминатa		Мажи		Жени	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Физички симптоми	26	63,4	2	66,7	6	50,0	18	69,2	13	52,0	13	81,3
Психички симптоми	8	19,5	1	33,3	1	8,3	6	23,1	7	28,0	1	6,3
Сон и замор	10	24,4	0	0,0	5	41,7	5	19,2	8	32,0	2	12,5
Стрес и преоптовареност	11	26,8	1	33,3	4	33,3	6	23,1	7	28,0	4	25,0
Total	41	100,0	3	100,0	12	100,0	26	100,0	25	100,0	16	100,0

Q7. Дали сте забележале промени во Вашето здравје поради негата? Ако да, наведете какви промени имате.	Работно активни		Неработно активни		Скопски регион		Останати региони		НПП		НБПП	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Физички симптоми	11	61,1	15	65,2	15	60,0	11	68,8	8	42,1	18	81,8
Психички симптоми	3	16,7	5	21,7	3	12,0	5	31,3	5	26,3	3	13,6
Сон и замор	5	27,8	5	21,7	7	28,0	3	18,8	3	15,8	7	31,8
Стрес и преоптовареност	4	22,2	7	30,4	7	28,0	4	25,0	9	47,4	2	9,1
Total	18	100,0	23	100,0	25	100,0	16	100,0	19	100,0	22	100,0

Резултатите покажуваат дека најголем дел од неформалните негуватели забележале промени во своето здравје како последица од грижата за лице со Алцхајмерова болест. Најчести се физичките симптоми (63,4%), проследени со стрес и преоптовареност (26,8%), нарушен сон и замор (24,4%) и психички симптоми (19,5%).

Табела бр. 1/5 Отворено прашање

R3. Што би сакале да промените во системот за подршка на неформалните негователи? (отворено прашање)	Тотал		Млади		Средна возраст		Поодминатa		Мажи		Жени	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Информации и комуникација	7	9,9	0	0,0	3	10,3	4	12,9	4	10,8	3	8,8
Емпатија / човечки однос	2	2,8	0	0,0	2	6,9	0	0,0	1	2,7	1	2,9
Поддршка (општа / групи за поддршка)	20	28,2	1	9,1	11	37,9	8	25,8	8	21,6	12	35,3
Административни процедури / формалности	3	4,2	1	9,1	1	3,4	1	3,2	2	5,4	1	2,9
Респит / замена / одмор	10	14,1	0	0,0	3	10,3	7	22,6	5	13,5	5	14,7
Мобилни тимови / посета дома	6	8,5	0	0,0	4	13,8	2	6,5	5	13,5	1	2,9
Дневни центри / активности	4	5,6	1	9,1	1	3,4	2	6,5	2	5,4	2	5,9
Општествено признавање / статус на негователи	8	11,3	4	36,4	2	6,9	2	6,5	4	10,8	4	11,8
Финансиска поддршка / надоместоци	13	18,3	1	9,1	7	24,1	5	16,1	6	16,2	7	20,6
Психолошка поддршка / советување	8	11,3	1	9,1	5	17,2	2	6,5	2	5,4	6	17,6
Професионални услуги / негователи	15	21,1	4	36,4	2	6,9	9	29,0	9	24,3	6	17,6
Едукација / обука	12	16,9	3	27,3	4	13,8	5	16,1	6	16,2	6	17,6
Друго / лични чувства	5	7,0	1	9,1	0	0,0	4	12,9	2	5,4	3	8,8
Незнам	4	5,6	0	0,0	1	3,4	3	9,7	3	8,1	1	2,9
Total	71	100,0	11	100,0	29	100,0	31	100,0	37	100,0	34	100,0

	Работно активни		Неработно		Скопски регион		Останати региони		НПП		НБПП	
	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %	Број на испитаници	Процент %
Информации и комуникација	3	7,3	4	13,3	3	6,4	4	16,7	4	10,8	3	8,8
Емпатија / човечки однос	2	4,9	0	0,0	1	2,1	1	4,2	2	5,4	0	0,0
Поддршка (општа / групи за поддршка)	13	31,7	7	23,3	13	27,7	7	29,2	13	35,1	7	20,6
Административни процедури / формалности	2	4,9	1	3,3	3	6,4	0	0,0	1	2,7	2	5,9
Респит / замена / одмор	5	12,2	5	16,7	6	12,8	4	16,7	4	10,8	6	17,6
3. Мобилни тимови / посета	4	9,8	2	6,7	3	6,4	3	12,5	1	2,7	5	14,7
Дневни центри / активности	3	7,3	1	3,3	4	8,5	0	0,0	2	5,4	2	5,9
Општествено признавање / статус на негователи	3	7,3	5	16,7	5	10,6	3	12,5	4	10,8	4	11,8
Финансиска поддршка / надоместоци	7	17,1	6	20,0	10	21,3	3	12,5	7	18,9	6	17,6
Психолошка поддршка / советување	5	12,2	3	10,0	6	12,8	2	8,3	2	5,4	6	17,6
Професионални услуги / негователи	6	14,6	9	30,0	9	19,1	6	25,0	5	13,5	10	29,4
Едукација / обука	7	17,1	5	16,7	7	14,9	5	20,8	8	21,6	4	11,8
Друго / лични чувства	1	2,4	4	13,3	4	8,5	1	4,2	2	5,4	3	8,8
Незнам	2	4,9	2	6,7	3	6,4	1	4,2	3	8,1	1	2,9
Total	41	100,0	30	100,0	47	100,0	24	100,0	37	100,0	34	100,0

Неформалните негователи најчесто бараат поголема поддршка од системот, како и стручни, финансиски и психолошки услуги. Главните области за интервенција се:

Групи за поддршка и психолошко советување – за справување со емоционалниот и физичкиот товар. Професионални услуги и мобилни тимови – обезбедување стручно асистирање и посети дома. Финансиска поддршка и респит / замена – обезбедување надоместоци и можност за одмор. Едукација и обуки – подобрување на компетенциите на негувателите. Информации, комуникација и општествено признавање – поголема транспарентност и признавање на улогата на негувателите. Најизразена е потребата кај жени, средна возраст и млади испитаници, како и кај неработно активни и лица без професионална поддршка (НБПП), што укажува на нееднаква изложеност и ранливост.

6. ДИСКУСИЈА

Според добиените податоци, присутна е значителна емоционална и физичка исцрпеност кај неформалните негуватели на пациенти со Алцхајмерова болест. Просечниот ZBI-12 скор (M = 20,13; SD = 10,03) укажува на умерена до висока оптовареност, при што највисоки вредности се забележани кај ставките поврзани со емоционалната исцрпеност и чувството на ограничени ресурси. Силната позитивна корелација помеѓу ZBI-12 и GHQ-12 ($r = 0,692$, $p < 0,001$) покажува дека повисоката оптовареност е тесно поврзана со полошо ментално здравје, што ја потврдува главната хипотеза (X_1) дека неформалните негуватели се изложени на висока емоционална и физичка исцрпеност и ризик од „burnout“ синдром.

Потврда на споредни хипотези

Домаќинки и емоционална/физичка исцрпеност: Домаќинките покажуваат значително повисоки ZBI-12 скорови (Mean = 24,17) во споредба со работно активните (Mean = 17,17), $p < 0,05$. Овој резултат ја потврдува хипотезата дека домаќинките се изложени на поголема емоционална и физичка исцрпеност поради постојаната грижа и ограничените можности за одмор.

Социјална и професионална поддршка: Испитаниците со помалку социјална поддршка имаат повисоки ZBI-12 и GHQ-12 скорови (Mean ZBI-12 без поддршка = 22,00; со поддршка = 18,41). Иако разликата не е статистички значајна ($p > 0,05$), трендот укажува дека ограниченият пристап до поддршка го зголемува ризикот од исцрпеност. GHQ-12 резултатите покажуваат дека невработените и пензионираните негуватели имаат повисоки вредности (Mean GHQ-12 = 21,27 и 22,86, $p < 0,01$), што делумно ја потврдува хипотезата.

Образование како заштитен фактор: Негувателите со повисоко образование имаат пониски ZBI-12 скорови (Mean ≈ 16,9–19,1) во споредба со тие со основно образование (Mean = 30–41). ANOVA не покажа статистички значајна разлика ($F = 2,316$; $p = 0,066$), но трендот укажува на заштитен ефект на образованието.

Должина на негователска улога: Негувателите со 2–3 години искуство имаат повисоки ZBI-12 (M = 23,90) и GHQ-12 (M = 18,79) скорови во споредба со тие со 1–2 години или

повеќе од 3 години, $F(2,68) = 4,27$, $p = 0,018$. Овој резултат ја потврдува хипотезата дека должината на негувателската улога влијае врз нивото на исцрпеност.

Работен статус и возраст: Невработените и пензионираните негователи имаат повисоки ZBI-12 и GHQ-12 скорови (Mean ZBI-12: 22,29–24,74; Mean GHQ-12: 21,27–22,86, $p < 0,01$). Поодминатите негователи, исто така, имаат повисоки скорови (ZBI-12 M = 24,84; GHQ-12 M = 20,90; Tukey HSD $p < 0,05$). Овие наоди го потврдуваат влијанието на возраста и работниот статус врз исцрпеноста.

Место на живеење и регион: Негователи од селата и од региони надвор од Скопје имаат значително повисоки ZBI-12 и GHQ-12 скорови (ZBI-12 = 26,19; GHQ-12 = 20,00 и ZBI-12 = 23,58; GHQ-12 = 19,75) во споредба со градските (ZBI-12 = 17,58; GHQ-12 = 16,22) и Скопскиот регион (ZBI-12 = 18,36; GHQ-12 = 16,11), $p < 0,05$, што ја потврдува хипотезата за влијание на географската локација.

Дополнително, отворените прашања потврдуваат дека негователите се соочуваат со физички и психички симптоми, постојано присуство и недостаток од одмор како клучни извори на стрес, со специфични разлики според возраст, пол и работен статус.

Слични резултати пронашле и странски автори. На пример, Papastavrou et al. (2012) и Pinquart & Sörensen (2003) утврдиле дека жените, постарите негователи и тие со ограничена поддршка имаат поголем ризик од емоционална и физичка исцрпеност, што е во согласност со наодите од ова истражување.

Методот којшто беше искористен во ова истражување беше дискриптивниот метод, односно беше извршена анализа на добиените резултати од истражувањето во SPSS, а како техника беа употребени ZBI-12 инструмент за мерење на товар на негователи, GHQ-12 прашалник за општо здравје и анкета за демографски податоци и 5 отворени прашања кои беа кодирани.

Во ова истражување учествуваа 37 машки (52,1%) и 34 женски испитаници (47,9%). Распределбата според пол е речиси израмнета, со мала предност на машките негователи. Ова е значајно бидејќи во литературата почесто се нагласува доминантната улога на жените како негователи, додека овде евидентно е поголемо вклучување на мажи во грижата за лицата со Алцхајмерова болест. Според возраста најголемиот дел од

испитаниците припаѓаат на категоријата поодмината возраст (61 и повеќе години) со 43,7%., значаен дел се во средна возраст (41–60 години) – 40,8%, додека младите (18–40 години) се најмалку застапени, со 15,5%.

Истражувањето беше спроведено на УК за неврологија, а примерокот беше намерен/клинички. При испитувањето беше задржана анонимноста на испитаниците.

Сите добиени податоци од страна на испитаниците во истражувањето беа обработени со програмата SPSS со верзија 22, која е интенцирна за статистички пресметувања во општествените истражувања. Главно се пресметани статистички параметри на ниво на дескриптивната статистика, како фреквенции, проценти, мерки на аритметичка средина, како и на стандардна девијација, прикажани во табели. Исто така, пресметани се соодветни параметри од типот на пирсонов коефициент на корелација на утврдување на поврзаност на наведените варијабли и т-тест или ANOVA.

Според добиените податоци, кај поголемиот дел од неформалните негователи на лица со Алцхајмерова болест забележани се изразени симптоми на емоционална и физичка оптовареност, кои се манифестираат преку чувство на исцрпеност, замор, стрес и нарушен сон. Најчести се физичките симптоми (63,4%), проследени со стрес и преоптовареност (26,8%), нарушен сон и замор (24,4%) и психички симптоми (19,5%).

Во согласност со резултатите, беше докажано дека присутна е умерена до висока емоционална и физичка исцрпеност, со просечен вкупен ZBI-12 скор од 20,13 (SD = 10,03). Постои статистички значајна разлика во нивото на оптовареност во однос на возраста, работниот статус, местото на живеење и образованието ($p < 0,05$). Поодминатите и невработените негователи, како и тие кои живеат во рурални средини, пријавуваат повисоки нивоа на стрес, замор и психолошка исцрпеност.

Силната позитивна корелација помеѓу ZBI-12 и GHQ-12 ($r = 0,692$, $p < 0,001$) дополнително потврдува дека повисоката емоционална и физичка оптовареност е тесно поврзана со полошо ментално здравје. Овие наоди се во согласност со истражувањата на Schulz и Sherwood (2008) и Pinquart и Sörensen (2003), кои укажуваат дека долготрајната грижа за лице со деменција доведува до зголемен ризик од појава на „burnout“ синдром и нарушување на психофизичката благосостојба.

Дополнително, хипотезите поставени во ова истражување беа потврдени, при што се утврди дека:

Домаќинките и невработените негователи имаат значително повисоки ZBI-12 скорови (M = 24,17) во споредба со работно активните (M = 17,17), $p < 0,05$;

Социјалната поддршка делува како заштитен фактор, бидејќи негователите со пристап до поддршка имаат пониски нивоа на исцрпеност (Mean ZBI-12 = 18,41);

Образованието покажува тренд на заштитен ефект врз емоционалната и физичката оптовареност;

Возраста и должината на негователската улога се значајни предзнаци на зголемена исцрпеност, особено кај лица со повеќе од две години активно негователство.

Слични резултати пронашле и Papastavrou et al. (2012), кои истакнуваат дека неформалните негователи често доживуваат високи нивоа на емоционална исцрпеност, чувство на беспомошност и ограничени лични ресурси.

6.1 Методолошки недостатоци од истражувањето

Иако истражувањето обезбедува значајни сознанија за состојбата на неформалните негователи во Република Северна Македонија, постојат одредени методолошки ограничувања кои треба да се земат предвид при интерпретација на резултатите.

Прво, големината на примерокот (N = 71) ја ограничува можноста за генерални заклучоци и статистичка прецизност, особено во подгрупните анализи според пол, возраст и регион. Поголем и порепрезентативен примерок би овозможил посигурна процена на распространетоста и факторите поврзани со емоционалната и физичката исцрпеност.

Второ, крос-секцискиот дизајн не дозволува утврдување на причинско-последични врски меѓу променливите. Иако се утврдени корелации помеѓу оптовареноста и менталното здравје, не може со сигурност да се каже дали оптовареноста доведува до нарушено ментално здравје или обратно.

Трето, податоците се прибрани со метод на самооцена (self-report), што носи ризик од социјално посакувани одговори и субјективни перцепции на испитаниците. Овој пристап може да влијае врз точноста на пријавените симптоми и интензитетот на емоционалната исцрпеност.

Дополнително, географската распределба на испитаниците не е рамномерна, со доминација на лица од Скопскиот регион, што може да влијае врз разликите во пристапот до институционална и социјална поддршка. Исто така, не се вклучени контролни групи (на пр. негователи на пациенти со други хронични заболувања), што го ограничува компаративниот увид.

6.2 Препораки за подобрување

Врз основа на добиените резултати и идентификуваните предизвици, може да се предложат неколку насоки за подобрување на системот за поддршка на неформалните негователи на лица со Алцхајмерова болест во Македонија.

Прво, потребно е развивање организиран и достапен систем за психолошка и емоционална поддршка, преку воведување советувалишта, групи за поддршка и редовни програми за ментално здравје. Ваквите услуги би овозможиле негователите да се справат со стресот, емоционалната исцрпеност и чувството на изолација, кое често го доживуваат.

Второ, се препорачува воспоставување програми за респит нега (замена или краткотраен одмор), со цел негователите да добијат време за одмор и регенерација. Овој модел веќе се покажал успешен во други земји и може значително да го намали нивото на оптовареност и физичка исцрпеност кај неформалните негователи.

Трето, потребно е јакнење на институционалната соработка меѓу здравствените, социјалните и локалните служби. Воспоставувањето мобилни тимови и домашни посети би овозможило континуирана стручна помош и следење на состојбата на пациентот и негователот.

Исто така, потребно е да се подобри информативниот и едукативниот пристап, преку развивање прирачници, онлајн ресурси и програми за обука за неформалните негователи. Поголемата информираност за симптомите на болеста и техниките за справување со

стресот може значително да ја зголеми ефикасноста на грижата и да го намали чувството на беспомошност.

Конечно, од особено значење е општественото признавање на улогата на неформалниот негувател и воведување финансиски и законски механизми за поддршка. Тоа вклучува можност за надомест за грижата, признавање на негата како работно искуство и вклучување на негувателите во системот на социјална заштита.

7. ЗАКЛУЧОК

Резултатите од ова истражување јасно ја покажуваат комплексноста и тежината на улогата на неформалните негуватели на лица со Алцхајмерова болест. Тие секојдневно се соочуваат со емоционална и физичка исцрпеност, која има директно влијание врз нивното психичко и општо здравје. Највисоко рангирани се постарите, невработените и тие кои живеат во рурални средини, што укажува на постоење високоризични групи кои заслужуваат посебна грижа и внимание.

Сепак, ова истражување, исто така, покажува дека образованието, социјалната поддршка и пристапот до професионални услуги можат да делуваат како значајни заштитни фактори, намалувајќи го товарот и потенцијално спречувајќи го „burnout“ синдромот. Резултатите ја потврдуваат важноста на системски и интегриран пристап кој комбинира психолошка, социјална и институционална поддршка, со цел негувателите да можат да продолжат да се грижат за своите блиски, без да ја загрозат својата благосостојба.

Ова истражување ја потенцира суштинската порака дека грижата за другите не смее да дојде на сметка на личното здравје. За одржување на квалитетот на животот на неформалните негуватели, неопходно е нивното заштитување, признавање и поддршка, како од семејството, така и од општеството и институциите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abellán A., Aceituno P., Pérez J., Ramiro D., Ayala A., Pujol R. (2019). Un Perfil de las Personas Mayores en Espana, 2019. Indicadores Estadiìsticos Baìsicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red.
2. Adelman, RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. JAMA 2014 Mar 12;311(10):1052-60.
3. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review. Iran J Nurs Midwifery Res 2018 Sep-Oct;23(5):329-37
4. Aldana G., Guarino L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Rev. SUMMA Psicol. UST 9 5–14. 10.18774/448x.2012.9.47 - DOI
5. Almberg B, Grafstrom M, Winblad B. Caring for a demented elderly person – burden and burnout among caregiving relatives. J Adv Nurs Jan 1997;25(1):109-16.
6. Almutairi KM, Alodhayani AA, Alonazi WB, Vinluan JM. Assessment of health-related quality of life among caregivers of patients with cancer diagnosis: a cross-sectional study in Saudi Arabia. J Relig Health 2017 Feb;56(1):226-37.
7. Armon G., Melamed S., Toker S., Berliner S., Shapira I. (2014). Joint effect of cronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. Health Psychol. 33 264–272. 10.1037/a0033712 - DOI - PubMed
8. Ato M., López J. J., Benavente A. (2013). A classification system for research designs in psychology. Anal. Psicol. 29 1038–1059. 10.6018/analesps.29.3.178511 - DOI
9. Avargues-Navarro M. L., Borda-Mas M., Lopez A. (2010). Working conditions, burnout and stress symptoms in university professors: validating a structural model of the mediating effect of perceived personal competence. Spanish J. Psychol. 13 284–296. 10.1017/s1138741600003863 - DOI – PubMed

10. Barello, S., Savarese, M., & Graffigna, G. (2021). Engaging family caregivers in Alzheimer's care: A critical review. Health Expectations, 24(4), 1181–1190.

11. Barusch AS, Spaid WM: Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burden? Gerontologist. 1989; 29: 667-676.

12. Bell C, Araki S, Neumann P. The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease. Alzheimer Dis. Assoc. Disord. 2001; 15: 129–136.

13. Bianchetti A, Trabucchi M: La malattia di Alzheimer in Italia: qualità e costi dell'assistenza. Milano: Science Advance, 1998.[Ital.]

14. Borson, S., & Chodosh, J. (2014). Developing dementia-capable health care: A vision to meet national goals for Alzheimer's disease. Journal of the American Geriatrics Society, 62(7), 1205–1210.

15. Brigola AG, Luchesi BM, Rossetti ES, Mioshi E, Inouye K, Pavarini SCI. Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: a rural study. Rev Bras Geriatr Gerontol 2017 May;20(3):410-22.

16. Brodaty H, Roberts K, Peters K. Quasi-experimental evaluation of an educational model for dementia caregivers. Int. J. Geriatr. Psychiatry 1994; 9: 195–204.

17. Carrera F, Pavolini E, Ranci C, Sabbatini A. Long-term care systems in comparative perspective: care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European 2017;21(1):e20170013countries. In: Ranci C, Pavolini E. Reforms in long term care policies in Europe. Springer, New York: Springer; 2013. 23-52.

18. CENSIS: La mente rubata. Alzheimer: I costi sociali e i bisogni assistenziali di una malattia famigliare.Milano: Franco Angeli, 1999. [Ital.]

19. Chiao CY, Wu HS, Hsiao CY. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: a systematic review. Int Nurs Rev 2015 Sep;62(3):340-50.

20. Choi JY, Jeong H, Park JY, Kim TH, Lee DY, Lee DW, et al. Factors associated with the attitudes toward dementia in community caregivers: results from the nationwide survey on dementia care in Korea. J Korean Geriatr Psychiatry 2015;19:24–31.

21. Courtin E, Jemiai N, Mossialos E. Mapeamento de políticas de apoio para cuidadores informais em toda a União Europeia. Polícia da Saúde 2014;118(1):84-94.

22. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores infor males del adulto mayor. Enferm uni [periódico da Internet] 2015 Mar;12(1):19-27. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004&lng=pt.

23. Epstein-Lubow G. Family caregiver health: what to do when a spouse or child needs help. Med Health R I 2009;92:106–107.

24. Farcnik K, Persyko MS. Assessment, measures and approaches to easing caregiver burden in Alzheimer's disease. Assessment, measures and approaches to easing caregiver burden in Alzheimer's disease. Drugs Aging 2002;19(3):203-15.

25. Feast, A., Orrell, M., Charlesworth, G., Melunsky, N., Poland, F., & Moniz-Cook, E. (2016). Behavioural and psychological symptoms in dementia and the challenges for family carers: Systematic review. The British Journal of Psychiatry, 208(5), 429–434. 10.1192/bjp.bp.114.153684 - DOI - PMC - PubMed

26. Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R. Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. Gerontologist 2005;45:177–185.PubMed

27. George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. Gerontologist 1986;26:253–259.PubMed

28. Gonçalves-Pereira, M., et al. (2021). Quality of relationship as a mediator between psychological distress and burnout in informal caregivers: A cross-sectional study.

29. Достапно на: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34361240

30. Healthline. (2023). Can a PET Scan Diagnose Alzheimer's Disease? https://www.healthline.com/health/alzheimers/pet-scan-for-alzheimers

31. Horowitz A, Shindleman L: Reciprocity and affection: Past influ ences on current caregiving. Journal of Gerontological Social Work.1983; 5: 5-20.

32. Kiecolt-Glaser et al. , 2003 Känel et al., 2006 година; Pottie et al., 2014; Sallim et al., 2015

33. Kumar A., Sidhu J., Goyal A., Tsao J.W. StatPearls [Internet] StatPearls Publishing; Treasure Island, FL, USA: 2022. Alzheimer disease

34. Lee HS, Kim DK, Ko HJ, Ku HM, Kwon EJ, Kim JH. Measurement of stress in the caregivers of dementia patients: reliability and validity of the revised-memory and behavior problem checklist and the burden interview. Korean J Clin Psychol 2004;23:1029–1050.015;17:10–19.

35. Levesque L, Ducharme F, Lachance L. Is there a difference between family care giving of institutionalised elders with or without dementia. West. J. Nurs. Res. 1999; 21: 472–497.

36. Lozano M, Mosquera Metcalfe I, García-Cavalcante MDM. The economic value of time of informal care and its determinants (The CUIDARSE Study). PLoS One 2019 May; 14(5): e0217016.

37. Mayo Clinic. (n.d.). Alzheimer's disease - Diagnosis and treatment. Retrieved from https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/diagnosis-treatment/drc-20350453

38. McKhann, G. M., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups. Alzheimer's & Dementia, 7(3), 263-269. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005

39. Medrano, M., López Rosario, R., Núñez Payano, A., & Reynoso Capellán, N. (2014). Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. Dementia & Neuropsychologia, 8(4), 384–388.

40. Nature Medicine. (2024). Highly accurate blood test for Alzheimer's disease is similar or superior to CSF and PET. https://www.nature.com/articles/s41591-024-02869-z

41. Eastern Michigan University

42. National Institute of Dementia (KR). National Institute of Dementia annual report 2017. Seongnam: National Institute of Dementia; 2018.

43. National Institute on Aging. (n.d.). How Biomarkers Help Diagnose Dementia. https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-symptoms-and-diagnosis/how-biomarkers-help-diagnose-dementia

44. Neundorfer M, McClendon M, Smyth K, Strauss M, Patterson M. A longitudinal study of the relationship between levels of depression among persons with Alzheimer's disease and levels of depression among their family caregivers. J. Gerontol. 2001; 56B: 301–313.

45. Oliva-Moreno J, Peña-Longobardo LM, García-Mochón L, Del Rio

46. Park M, Park MH, Kim HH. Effects of a multimodal psychoeducational program on burden, depression, and problem coping behaviors in family caregivers of patients with dementia. J Korean Gerontol Nurs 2.

47. Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. Gerontologist, 30(5), 583–594. 10.1093/geront/30.5.583 - DOI - PubMed

48. Quayhagen MP, Quayhagen M. Discovering life quality in coping with dementia. West. J. Nurs. Res. 1996; 18: 120–135.

49. Roach, L., Laidlaw, K., Gillanders, D., & Quinn, K. (2013). Validation of the Caregiver Guilt Questionnaire (CGQ) in a sample of British dementia caregivers. International Psychogeriatrics, 25(12), 2001–2010. 10.1017/S1041610213001506 - DOI - PubMed

50. Roberto, K. A., Savla, J., McCann, B. R., Blieszner, R., & Knight, A. (2022). Dementia family caregiving in rural Appalachia: A sociocultural model of care decisions and service use. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 77(6), 1094–1104. 10.1093/geronb/gbab236 - DOI - PMC – PubMed

51. Рихтер Соколовска, К., Панова, Г., Никлевски, Г., Белевска, Д., & Бајрактаров, С. (2013). Психијатрија за студенти по медицина. Штип: ДААД.

52. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. Esc Anna Nery [Internet]Availablefrom:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414 81452017000100213&lng= en. Epub Jan 16, 2017.

53. Schulz, G. L., Patterson Kelly, K., Armer, J., & Ganong, L. (2021). Uncovering family treatment decision-making processes: The value and application of case study methods to family research. Journal of Family Nursing, 27(3), 191–198. 10.1177/1074840720987223 - DOI - PubMed

54. Shanks-McElroy H, Strobino J. Male caregivers of spouses with Alzheimer's disease: Risk factors and health status. Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen. 2001; 16: 167–175.

55. Schulz, R., & Eden, J. (Eds.). (2016). Families Caring for an Aging America. Washington, DC: National Academies Press.

56. Speice, J. A., et al. (2000). A biopsychosocial model for the care of patients with dementia. The Gerontologist, 40(6), 700–706

57. Steinberg M, Tschanz JT, Corcoran C, Steffens DC, Norton MC, Lyketsos CG, et al. The persistence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. Int J Geriatr Psychiatry 2004;19:19–Moore, K., Ozanne, E., Ames, D., & Dow, B. (2013). How do family carers respond to behavioral and psychological symptoms of dementia? International Psychogeriatrics, 25(5), 743–753. 10.1017/S1041610213000070 - DOI - PubMed

58. Takai M, Takahashi M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. Arch Gerontol Geriatr 2009 Ju-Aug;49(1):e1-5.

59. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups. Alzheimer's & Dementia, 7(3), 263-269.

60. Thompson E, Futterman A, Gallagher-Thompson D, Rose J, Lovett S. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. J. Gerontol. 1993; 48: 245–254.

61. Trabucchi M (ed.): Le demenze. Milano: Utet Periodici, 2001. [Ital.] 22.Truzzi A, Valente L, Ulstein I, Engelhardt E, Laks J, Engedal K. Burnout in familial caregivers of patients with dementia. Rev Bras Psiquiatr [Internet] 2012;34(4):405-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400007&lng=en.

62. Walter, E., & Pinquart, M. (2020). How effective are dementia caregiver interventions? An updated comprehensive meta-analysis. Gerontologist, 60(8), 609–619. 10.1093/geront/gnz118 - DOI – PubMed

63. Willemse E, Anthierens S, Farfan-Portet MI, Schmitz O, Macq J, Basti aens H et al. Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. BMC Health Serv Res 2016 Jul;16:270.

64. Williamson, G. M., & Shaffer, D. R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: How we were then, how we are now. The Family Relationships in Late Life Project. Psychology and Aging, 16(2), 217–226. 10.1037/0882-7974.16.2.217 - DOI – PubMed

65. Wolff, J. L. (2012). Family matters in health care delivery: Beyond patient-centered care. JAMA, 308(15), 1529–1530.

66. Wolff, J. L., et al. (2017). Supporting caregivers of older adults with cognitive impairment through health information technology: A pilot study. Journal of the American Geriatrics Society, 65(8), 1803–1808.

67. World Alzheimer Report. The state of the art of dementia research: New frontiers Report of the Alzheimer's. Alzheimer's Diseases International the global voice on dementia, 2018.Cheng ST. Dementia cargiver burden: a research update and critical analysis. Curr Psychiatry Rep 2017 Aug 10;19(9):64.

68. Yilmaz A, Turan E, Gundogar D. Predictors of burnout in the family care givers of Alzheimer's disease: Evidence from Turkey. Australas J Ageing 2009 Mar;28(1):16-21..Yildizhan E, Ören N, Erdoğan A, Bal F. The Burden of Care and Burnout

69. Young J: Rehabilitation and older people. BMJ. 1997; 313(7058): 677-681. - PMC - PubMed

70. Zabalegui A, Hamers JP, Karlsson S, et al. Best practices interventions to improve quality of care of people with dementia living at home. Patient Educ Couns. 2014; 95: 175-184.

71. Zanetti O, Bianchetti A, Trabucchi M: Il geriatra e la gestione del paziente demente. Milano: Utet Periodici, 1996. [Ital.]

72. Zarit S, Todd P, Zarit J. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. Gerontol. Soc. Am. 1986; 26: 260–266.

Прилози

ИБ: _____ Датум: _____

Short Form Zarit Burden Interview (ZBI-12)

Ве молиме заокружете го одговорот што најдобро опишува како се чувствувате.

		Никогаш	**Ретко**	**Понекогаш**	**Многу често**	**Речиси секогаш**
1.	Поради времето кое го минувате со Вашиот близок за кој се грижите немате доволно време за себе?	1	2	3	4	5
2.	Под стрес сте поради грижата за Вашиот близок и справувањето со другите обврски поврзани со домот/работното место?	1	2	3	4	5
3.	Лути сте кога сте во близина на Вашиот близок?	1	2	3	4	5
4.	Вашиот близок влијае негативно врз односите со Вашето семејство	1	2	3	4	5

	и пријателите?					
5.	Напнати сте кога сте во близина на Вашиот близок?	1	2	3	4	5
6.	Вашето здравје е нарушено поради грижата за Вашиот близок?	1	2	3	4	5
7.	Немата толку приватност колку што би сакале да имате, поради грижата за Вашиот близок?	1	2	3	4	5
8.	Вашиот социјален живот страда поради грижата за Вашиот близок?	1	2	3	4	5
9.	Сте ја изгубиле контрола врз Вашиот живот откако Вашиот близок боледува од деменција?	1	2	3	4	5
10.	Не сте сигурни што да правите со Вашиот близок?	1	2	3	4	5
11.	Би требало да правите повеќе за Вашиот близок?	1	2	3	4	5
12.	Дали би можеле подобро да се грижите за Вашиот близок?	1	2	3	4	5

Скалата се состои од 12 ајтеми кои го проценуваат оптоварувањето на негувателите на лица со Алцхајмер. Тој се покажа како корисна алатка за ресурси за старателите и нивните семејства.

 Вкупен резултат ZBI-12: сумирање на 12 ставки (0 до 4 поени по ставка, опсег на вкупен резултат од 0 до 48): 0-10 нема благ товар; 10-20: благ до умерен товар; > 20: висок товар.

Анкета за оценување на исцрпеност кај неформалните негователи на лица со Алцхајмерова болест

<u>Дел 1: Демографски податоци за неформалните негователи</u>

D1. Возраст:

1. 18-30
2. 31-40
3. 41-50
4. 51-60
5. 61 и повеќе

D2. Пол:

1. Машки
2. Женски

D3. Образовен статус:

1. Без образование (некомплетно основно образование)
2. Основно образование

3. Средно образование

4. Високо образование

5. Магистратура, докторски студии

D4. Работен статус:

1. Вработен

2. Невработен

3. Пензиониран

4. Друго (наведете): _____

D5. Етничка припадност

1. Македонец

2. Албанец

3. Друго (наведете): _____

D6. Должина на времето како негувател (години)

1. 1 години

2. 2-3 години

3. повеќе од 3 години

D7. Во каква релација/однос сте со лицето кое се негува, на кој сте неформален неговател?

1. татко

2. мајка

3. баба

4. дедо

5. брат

6. сестра

7. син

8. ќерка

9. сопруг

10. сопруга

11. пријател

12. друго (наведете): _____

Дел 2: Поддршка и грижа

P1. Колку часа неделно посветувате на нега на лице со Алцхајмерова болест?

1. помалку од 10 часа

2. од 10-20 часа

3. од 21-30 часа

4. повеќе од 30 часа

P2. Како ја оценувате поддршката од Вашето семејство и пријатели? (1 - многу лоша; 5 – многу добра)

1. многу лоша

2. лоша

3. ниту добра/ниту лоша

4. добра

5. многу добра

P3. Дали имате пристап до професионална поддршка (на пр. социјални работници, терапевти или други професионалци)?

1. Да

2. Не

Дел 3: Емоционална и физичка исцрпеност

Q1. Како се чувствувате во однос на Вашата емоционална исцрпеност? (1 многу лошо-; 5 - многу добро)

1. многу лошо
2. лошо
3. ниту добро/ниту лошо
4. добро
5. многу добро

Q2. Како се чувствувате во однос на вашата физичка исцрпеност? (1 многу лошо-; 5 - многу добро)

1. многу лошо
2. лошо
3. ниту добро/ниту лошо
4. добро
5. многу добро

Q3. Како се чувствувате во однос на вашата финансиска исцрпеност? (1 - многу лошо; 5 - многу добро)

1. многу лошо
2. лошо
3. ниту добро/ниту лошо
4. добро
5. многу добро

Q4. Дали Ве исцрпува процесот на нега како неформален неговател?

1. Да
2. Не

Доколку Да на Q4, оди на прашање Q5 и Q6

Q5. Што најмногу Ве исцрпува во процесот на нега? (отворено прашање)

_____

Q6. Како се чуствувате кога се грижите за лицето со Алцхајмерова болест-стрес , анксиозност, задоволство) (можност за повеќе одговори)

1. нарушено е моето здравје
2. постојано сум под стрес
3. ме исполнува
4. ме прави среќен
5. нарушен сон
6. се плашам поради прогресија на болеста
7. виновен/на дека не ја пружам соодветната нега
8. депресивен/а
9. анксиозен/а
10. друго (наведете): _____

Q7. Дали сте забележале промени во Вашето здравје поради негата? Ако да, наведете какви промени имате.

1. Да, (наведете): _____
2. Не

Q8. Какви стратегии користите за справување со стресот и исцрпеноста? (отворено прашање)

_____

Дел 4: Завршни забелешки

R1. Дали постојат ресурси или програми кои ви помагаат во негата?

1. Да
2. Не

Доколку Да на R1, оди на прашање R2

R2. Ако да, кажете ми кои од долунаведените поддршки ги користите?

1. физичка поддршка
2. групна поддршка
3. финансиска поддршка
4. информации и советување од здравствени професионалци
5. друго (наведете): _____

R3. Што би сакале да промените во системот за подршка на неформалните негуватели? (отворено прашање)

_____

R4. Дали имате дополнителни коментари или забелешки во врска со вашето искуство како неформален негувател? (отворено прашање)

_____

Фреквенција на социјални контакти:

S1. Колку често се среќавте или комуницирате со пријателите и семејството?

1. Никогаш
2. Ретко
3. Понекогаш
4. Често
5. Многу често

Квалитет на социјалните односи:

S2. Како го проценувате квалитетот на своите односи со пријателите и блиските луѓе?

1. Воопшто не сум задоволен/а
2. Малку сум задоволен/а
3. Ниту задоволен/а, ниту незадоволен/а
4. Задоволен/а
5. Многу сум задоволен/а

Перцепција на поддршка:

S3. Дали се чувствувате поддржано од семејството и пријателите?

1. Никогаш
2. Ретко
3. Понекогаш
4. Често
5. Многу често

Чувство на осаменост:

S4. Колку често се чувствувате осамен во негувателската улога?

1. Никогаш
2. Ретко
3. Понекогаш
4. Често
5. Многу често

Пристап до групи за поддршка:

S5. Имате ли пристап до неформални групи за поддршка на негователи или социјални работници кои можат да ве поддржат?

1. Да, (наведете во кои групи): _____
2. Не

Ако е Да на S5 прашај S6 наведи (кои,каде,колку пати месечно)

S6. Колку често сте ги посетувале овие групи за поддршка?

1. 1 месечно
2. 2 пати месечно
3. повеќе од 3 пати месечно
4. многу ретко (неколку пати во годината)
5. еднаш годишно

S7. Колку често имате можност да разговарате со пријатели или семејство за вашите грижи и обврски како негувател?

1. Никогаш
2. Ретко
3. Понекогаш
4. Често

5. Многу често

S8. Колку сте задоволни со поддршката што ја добивате од блиските во негувателската улога?

1. Воопшто не сум задоволен/а
2. Малку сум задоволен/а
3. Ниту задоволен/а, ниту незадоволен/а
4. Задоволен/а
5. Многу сум задоволен/а

S9. Колку често се чувствувате осамено или изолирано додека се грижите за лицето со Алцхајмерова болест?

1. Никогаш
2. Ретко
3. Понекогаш
4. Често
5. Многу често

Прашалник за општо здравје (GHQ) 12

Следните прашања се за тоа како се чувствувате во последните неколку недели.

Т1. Дали неодамна можевте да се концентрирате на што и да правите?

1. Подобро од вообичаено
2. Исто како и обично
3. Помалку од вообичаено

4. Многу помалку од вообичаено

Т2. Дали неодамна сте изгубиле многу сон поради грижа?

1. Воопшто не
2. Не повеќе од вообичаено
3. Повеќе од вообичаено
4. Многу повеќе од вообичаено

Т3. Дали неодамна сте почувствувале дека играте корисна улога во работите?

1. Повеќе од вообичаено
2. Исто како и обично
3. Помалку од вообичаено
4. Многу помалку од вообичаено

Т4. Дали неодамна сте се чувствувале способни да носите одлуки за работите?

1. Повеќе од вообичаено
2. Исто како и обично
3. Помалку од вообичаено
4. Многу помалку способни

Т5. Дали неодамна сте се чувствувале постојано под притисок?

1. Воопшто не
2. Не повеќе од вообичаено
3. Повеќе од вообичаено
4. Многу повеќе од вообичаено

Т6. Дали неодамна сте почувствувале дека не можете да ги надминете вашите тешкотии?

1. Воопшто не
2. Не повеќе од вообичаено
3. Повеќе од вообичаено
4. Многу повеќе од вообичаено

Т7. Дали неодамна можевте да уживате во вашите вообичаени секојдневни активности?

1. Повеќе од вообичаено
2. Исто како и обично
3. Помалку од вообичаено
4. Многу помалку од вообичаено

Т8. Дали неодамна можевте да се соочите со проблеми?

1. Повеќе од вообичаено
2. Исто како и обично
3. Помалку способни од вообичаено
4. Многу помалку способни

Т9. Дали неодамна сте се чувствувале несреќни или депресивни?

1. Воопшто не
2. Не повеќе од вообичаено
3. Повеќе од вообичаено
4. Многу повеќе од вообичаено

Т10. Дали неодамна сте ја изгубиле довербата во себе?

1. Воопшто не
2. Не повеќе од вообичаено
3. Повеќе од вообичаено
4. Многу повеќе од вообичаено

Т11. Дали неодамна мислевте за себе како безвредна личност?

1. Воопшто не
2. Не повеќе од вообичаено
3. Повеќе од вообичаено
4. Многу повеќе од вообичаено

Т12. Дали неодамна сте се чувствувале среќни, со оглед на целокупната состојба?

1. Повеќе од вообичаено
2. Исто како и обично
3. Помалку од вообичаено
4. Многу помалку од вообичаено

Бодувањето ќе се врши по Ликертова скала (0-1-2-3): Оценување со вредности од 0 до 3, кое овозможува поширок опсег на резултати (од 0 до 36). Повисоките резултати се поврзани со посилно присуство на психолошки тешкотии. Во овој труд ќе биде користена Ликеровата скала:Вообичаено (0 поени);Помалку од обично (1 поен);Повеќе од обично (2 поени) и Многу повеќе од обично (3 поени)