INTERNATIONAL SLAVIC UNIVERSITY

МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ

МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
СВЕТИ НИКОЛЕ
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

КОМПАРАТИВНА АНАЛИЗА: АНКСИОЗНОСТ И ДЕПРЕСИВНИ СИМПТОМИ КАЈ НЕГУВАТЕЛИ НА ЛИЦА СО ДИЈАГНОСТИЦИРАНА ДЕМЕНЦИЈА

СТУДЕНТ: Катерина Витановска
БРОЈ НА ИНДЕКС: М223002
МЕНТОР: проф. д-р Слаѓана Ангелкоска

Свети Николе, 2025

Посветено на мојата сестра, чија инспирација и поддршка ме водат напред и на мојот син, кој ми ја дава најголемата сила.

Благодарност на моите родители, за нивната поддршка и помош во најважните моменти.

Abstract

Being a caregiver for a person with dementia is an emotionally and physically demanding role, which undoubtedly has consequences for mental health. The aim of this research is to examine the psychological state of family members and professional caregivers who care for a person with dementia, with an emphasis on anxiety and depressive symptoms as the most common disorders. A quantitative method was applied, involving data collection through standardized instruments and questionnaires, anxiety and depression assessment scales, as well as a questionnaire for collecting demographic data, were used. The findings of the research indicate that family caregivers are more exposed to anxiety and depression compared to professional caregivers, primarily due to emotional attachment, physical demands, and lack of support. On the other hand, professional caregivers face other types of stressors, such as the high demands of their work, which significantly affect their overall well-being. The findings of the study highlight the urgent need for tailored interventions, such as better access to mental health support, stress management programs, and improvements in workplace policies to recognize caregiver burnout. Implementing these measures will not only improve caregivers' mental well-being, but also contribute to better care for individuals with dementia.

Keywords: caregivers, person with dementia, anxiety, depression, mental health, psychological burden, psychological interventions, support programs, caregiver support, policy implications

Апстракт

Да се биде негувател на лице со деменција е емоционално и физички напорна улога, која несомнено остава последици врз менталното здравје. Целта на ова истражување е да се испита психолошката состојба кај членовите на семејството и професионалните негуватели, кои се грижат за лице со деменција, со акцент на анксиозно-депресивните симптоми како најчести нарушувања. Применет е квантитативен метод, кој вклучува собирање на податоци преку стандардизирани инструменти и прашалници, односно, користени се скали за проценка на анксиозност и депресија, како и прашалник за собирање демографски податоци. Истражувањето покажува дека семејните негуватели се повеќе изложени на анксиозност и депресија во споредба со професионалните негуватели, најмногу поради емоционалната приврзаност, физичките барања и недостатокот на поддршка. Од друга страна, професионалните негуватели се соочуваат со други видови стресори, меѓу кои и високите барања на самата работа, кои значително влијаат на нивната општа благосостојба. Наодите од истражувањето укажуваат на итната потреба од приспособени интервенции, како што се подобар пристап до поддршка за ментално здравје, програми за управување со стрес и подобрувања во политиките на работното место за да се препознае исцрпеноста на негувателите. Спроведувањето на овие мерки не само што ќе ја подобри менталната благосостојба на негувателите, туку и ќе придонесе за подобра нега на лицата со деменција.

Клучни зборови: негуватели, лице со деменција, анксиозност, депресија, ментално здравје, емоционален товар, психолошки интервенции, програми за поддршка, поддршка на негуватели, импликации на политиката

Содржина:

Вовед 11

I. ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ 13

1. Влијание на деменцијата врз дијагностицираните лица, семејствата и негувателите 13
2. Деменција 16
   2.1. Преваленција на деменцијата 17
   2.2. Видови деменција, симптоми и прогресија на деменција 19
   2.2.1. Видови деменција 19
   2.2.2. Симптоми и прогресија на деменцијата 21
   2.3. Фази на деменцијата 22
3. Нега за лица дијагностицирани со деменција 25
   3.1. Нега низ фазите 26
   3.2. Поддршка на негувателите приспособена за секоја фаза на деменцијата 27
   3.3. Влијание врз менталното здравје на негувателите 29
4. Семејни и професионални негуватели 31
   4.1. Семејни негуватели 32
   4.2. Професионални негуватели 33
   4.3. Сличности и разлики помеѓу семејните и професионалните негуватели 35
5. Анксиозност 37
   5.1. Преваленција и фактори кои придонесуваат за анксиозност 38
   5.2. Видови на анксиозни нарушувања 40
   5.3. Анксиозност кај негувателите 42
   5.3.1. Симптоми на анксиозност кај негувателите 43
6. Депресија 46
   6.1. Преваленција и ризик фактори за појава на депресија 47
   6.2. Видови на депресија 49

6.3. Депресија кај негувателите 50
6.3.1. Симптоми на депресија кај негувателите 52
7. Фактори кои влијаат на појавата на анксиозност и депресија кај негувателите.....54
7.1. Фактори поврзани со пациентот 54
7.2. Фактори поврзани со негувателите 55

II. МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТАП НА ИСТРАЖУВАЊЕТО 57

1. Проблем на истражување 57
2. Цели и задачи на истражувањето 58
2.1. Научна цел на истражувањето 58
2.2. Практична цел на истражувањето 59
3. Резултати од досегашни истражувања 60
4. Предмет на истражувањето 62
4.1. Теоретско определување на предметот на истражување 62
4.2. Хипотези 63
4.3. Варијабли 64
5. Метод на истражување, техники и инструменти 65
5.1. Метод на истражување 65
5.2. Техники за собирање на податоци 65
5.3. Инструменти 65
5.4. Методи на анализа на податоците 66
6. Популација и примерок 68
6.1. Популација 68
6.2. Примерок 67
6.2.1. Метод на селекција на примерокот и големина на примерокот 69
6.2.2. Критериуми за инклузија и ексклузија 69
7. Организација и спроведување на истражувањето 71
7.1. Подготовка на истражувањето 71
7.2. Процес на спроведување на истражувањето 72
7.3. Контрола на квалитетот на податоците 73
7.4. Спроведување на анализа на податоците 74

7.5. Завршни активности и извештај 74
7.6. Етички аспекти на истражувањето 75

III. АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ 77

1. Помошна хипотеза 1 77
1.1. Интерпретација на резултати 78
1.1.1. Депресивни симптоми 78
1.1.2. Анксиозност 79
1.2. Дискусија 81
1.3. Препораки 81
1.4. Заклучок 82
2. Помошна хипотеза 2 83
2.1. Интерпретација на резултати 84
2.1.1. Корелација на годините како негувател со анксиозноста 84
2.1.1.1. Семејни негуватели 84
2.1.1.2. Професионални негуватели 84
2.1.2. Корелација на годините како негувател со депресивните симптоми … 85
2.1.2.1. Семејни негуватели 85
2.1.2.2. Професионални негуватели 85
2.1.3. Корелација меѓу анксиозноста и депресивните симптоми 86
2.1.3.1. Семејни негуватели 86
2.1.3.2. Професионални негуватели 86
2.2. Дискусија 87
2.3. Препораки 87
2.4. Заклучок 88
3. Помошна хипотеза 3 89
3.1. Интерпретација на резултати 90
3.1.1. Семејни негуватели 90
3.1.1.1. Скор на депресија 92
3.1.1.2. Скор на анксиозност 88
3.1.2. Професионални негуватели 93
3.1.2.1. Скор на депресија 93

3.1.2.2. Скор на анксиозност 94
3.2. Дискусија 95
3.3. Препораки 96
3.4. Заклучок 96
4. Помошна хипотеза 4 97
4.1. Интерпретација на резултати 98
4.1.1. Корелација на психосоцијална поддршка со анксиозноста 98
4.1.1.1. Семејни негуватели 98
4.1.1.2. Професионални негуватели 98
4.1.2. Корелација на психосоцијална поддршка со депресивните симптом.... 99
4.1.2.1. Семејни негуватели 99
4.1.2.2. Професионални негуватели 99
4.1.3. Корелација меѓу анксиозноста и депресивните симптоми 100
4.1.3.1. Семејни негуватели 100
4.1.3.2. Професионални негуватели 100
4.2. Дискусија 101
4.3. Препораки 101
4.4. Заклучок 101
5. Помошна хипотеза 5 103
5.1. Интерпретација на резултати 104
5.1.1. Семејни негуватели 104
5.1.1.1. Скор на депресија 104
5.1.1.2. Скор на анксиозност 106
5.1.2. Професионални негуватели 107
5.1.2.1. Скор на депресија 107
5.1.2.2. Скор на анксиозност 108
5.2. Дискусија 109
5.3. Препораки 110
5.4. Заклучок 110

IV. ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ 111

1. Интерпретација на општата хипотеза 111
   1.1. Општа хипотеза 111
   1.2. Интерпретација 111
2. Дискусија 113
3. Заклучок 116
4. Препораки 117
   4.1. Препораки за поддршка на негувателите 117
   4.2. Препораки за психосоцијални интервенции 119
   4.3. Препораки за политики 120
5. Ограничувања на истражувањето 122
6. Импликации за идни истражувања 123

Користена литература 124

Табела1: Групна статистика за депресивни и анксиозни скорови според тип на негуватели (семејни и професионални)……..……..…132

Табела2: Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негуватели……...…….……..132

Табела3: Корелации помеѓу години како негувател, скорови на депресија и анксиозност за семејни и професионални негуватели……..…...133

Табела4: Групна статистика за депресија и анксиозност по тип на негувател и возрастна група……...……134

Табела5: Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негувател и возраст ……...……134

Табела6: Корелации помеѓу психосоцијалната поддршка, депресивните симптоми и анксиозноста според тип на негувател…….....……135

Табела7: Групна статистика за скорови на депресија и анксиозност според тип на негуватели и стадиум на деменција……..……135

Табела8: Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негуватели и стадиум на деменција…….136

АпендиксА: Хамилтонова скала за проценка на анксиозност (HAM-A)…….137

АпендиксБ: Хамилтонова скала за проценка на депресија (HAM-D)……..……139

АпендиксВ: Прашалник за негуватели на лица со дијагностицирана деменција142

АпендиксГ: Формулар за информирана согласност……....145

АпендиксД: Меморандум за соработка со ЈЗУ Општа болница Кавадарци…….146

АпендиксЃ: Меморандум за соработка со ОО на Црвен Крст Неготино……..147

АпендиксЕ: Меморандум за соработка со ПУСЗ Дом-Жана Неготино……....148

Вовед

Негата на лице со деменција претставува комплексен и истовремено емоционално и психолошки напорен процес кој длабоко влијае на менталното здравје на негувателите. Како што распространетоста на деменцијата продолжува да расте на глобално ниво, улогата на негувателите станува сè поважна и неоспорлива во обезбедувањето на неопходната поддршка, грижа и социјална интеракција за оние кои се соочуваат со оваа тешка и предизвикувачка состојба. Тежината на негата често води до зголемени нивоа на стрес, анксиозност и депресија кај негувателите, што го истакнува алармантниот карактер на овие состојби и ја нагласува потребата од интензивна и системска поддршка, како и од развој на конкретни и ефективни интервенции.

Овој вовед го поставува основниот контекст за истражувањето на сложената и повеќеслојна врска помеѓу негата на лица со дијагностицирана деменција и влијанието што истата го има врз менталното здравје на негувателите, со посебен фокус на анксиозноста и депресијата. Трудот се обидува да ја осветли реалноста на негувателите, кои се соочуваат со сериозни предизвици во секојдневниот живот, предизвикани од невидливите емоционални и психолошки оптоварувања.

Во основа овој труд се потпира на постоечката литература и резултатите од истражувањето за да ги истражи различните фактори кои можат да бидат причина за појавата на анксиозно-депресивни симптоми кај негувателите. Настојува да создаде комплексна слика која ги опфаќа сите аспекти на животот на негувателите, нивните емоции и стресови за да понуди квалитетни решенија за нивните проблеми. како и да го истакне значењето од спроведување на насочени интервенции, кои ќе им помогнат на негувателите да го надминат стресот и емоционалните потешкотии со кои тие се соочуваат во текот на процесот на нега. Покрај тоа, има за цел да придонесе за развој на интервенции што би можеле да се применат во пракса.

Крајната цел е да им се пренесе на донесувачите на одлуки потребата од поголемо признание, поддршка и обезбедување на ресурси за негувателите. Ова не само што ќе ја зголеми нивната отпорност, туку и ќе создаде поволни услови за нивниот личен развој, како и за подобрување на севкупниот квалитет на нивниот живот, а со тоа ќе се влијае и на квалитетот на негата која им се обезбедува на лицата

со деменција преку практични решенија и стратегии за создавање пооптимални услови за работа на негувателите. Затоа што лицата со деменција, како и нивните негуватели, заслужуваат подобар живот.

I.ТЕОРЕТСКИ ПРИСТАП КОН ПРОБЛЕМОТ

Влијание на деменцијата врз дијагностицираните лица, семејствата и негувателите

Дваесет и првиот век е век кога сè повеќе и погласно се зборува за деменцијата. Таа претставува прогресивна невролошка состојба која остава длабоки и далекусежни последици врз животот на лицата на кои им е дијагностицирана, како и врз нивните семејства и негователи. Деменцијата ги менува животите на луѓето. Иако првично се асоцира со губење на меморијата, нејзините ефекти се прошируваат многу подалеку од когнитивниот пад, опфаќајќи широк спектар на емоционални, социјални и практични предизвици. Постепено ја нарушува способноста на лицето да функционира самостојно, со што се засилува потребата од поддршка и нега, што најчесто паѓа на товар на членовите од семејството или блиски пријатели.

Обезбедувањето нега на лице со деменција е емоционално и физички напорно. Тоа доведува до зголемен стрес, анксиозност и депресија кај негувателите. Според студијата на Pinquart и Sörensen (2003), негувателите на лица со деменција имаат зголемен ризик да развијат проблеми со нивното ментално здравје во споредба со општата популација.

Анксиозноста е еден од најчестите предизвици со кои се соочуваат негувателите на лица со деменција. Таа произлегува од стравот за напредокот на болеста, неизвесноста за тоа што носи иднината, а најмногу од напорот да се справат со секојдневните обврски поврзани со негата, додека се обидуваат да одржат баланс во останатите делови од својот живот. Деменцијата е непредвидлива состојба, така што негувателите постојано се во состојба на „будност“, подготвени за било каква ситуација. Оваа постојана напнатост ги зголемува нивните нивоа на анксиозност, а со тоа и тежината на улогата – негувател.

Во истражувањето, спроведено од Pinquart и Sörensen (2003), се потврдува дека негувателите на лица со деменција почесто страдаат од појава на анксиозност во споредба со негувателите на лица со други хронични заболувања. Според нив оваа група е изложена на повисоки нивоа на анксиозност, што дополнително го комплицира нивниот живот и способноста да се справат со секојдневните

предизвици.

Покрај анксиозноста, негувателите што се грижат за лицата со деменција се исто така изложени и на зголемен ризик од депресија. Депресијата кај негувателите произлезлегува од чувството на тага, поврзано со прогресивното опаѓање на нивните блиски, како и од социјалната и емоционалната изолација што се движи паралелно со одговорностите околу негата. Студиајата на Joling и соработниците (2015) покажува дека негувателите на лица со деменција имаат повисоки стапки на депресија во споредба со негувателите на лица без деменција и лица кои не се негователи.

И покрај големото влијание што негата на лице со деменција го има врз менталното здравје на негувателите, истражувањата на оваа тема се ограничени, особено во земјите со низок и среден приход, каде што товарот на негата е најголем.

За лицата на кои им е дијагностицирана деменција, состојбата претставува губење на независноста, идентитетот и автономијата. Како се намалува когнитивното функционирање, овие лица вложуваат голем напор за да можат да ги извршуваат секојдневните задачи, за да можат ефективно да комуницираат и да ги одржуваат општествените односи. Прогресивната природа на деменцијата доведува до чувство на фрустрација, анксиозност и депресија, бидејќи индивидуите се борат со нивните намалени способности и зголемената зависност од другите луѓе за извршување на секојдневните обврски.

Деменцијата постепено станува огромен товар на членовите на семејствово кои превземат одговорност околу грижата за своите најблиски кои се затекнати со оваа состојба. Семејните негователи доживуваат емоционална вознемиреност, социјална изолација, како и финансиско оптоварување додека се справуваат со предизвиците на негата, додека балансираат и со другите одговорности како што се работата, семејството и личните потреби. Побарувањата на нега на лице со деменција може да ги заострат семејните односи и да доведат до конфликти, огорченост и исцрпеност на негувателите. Кога доаѓа деменцијата, ништо веќе не е како порано.

Покрај емоционалното и психолошкото влијание, оваа состојба има и значајни финансиски последици, како за лицата со деменција, така и за нивните семејствата. Трошоците за нега на лице со деменција се значителни. Овде се вклучени трошоците поврзани со медицинска нега, услугите за долгорочна нега, лековите и

евентуалните модификации во домот. Финансискиот товар може да ги влоши постоечките социо-економски проблеми и да ги стави семејствата во ризик од финансиска нестабилност.

Деменцијата задава удар и на заедниците и општеството, поради зголемената побарувачка на здравствени услуги, потребата од установи за долгорочна нега и услуги за поддршка на лицата со деменција и нивните семејства.

Деменција

Деменцијата е сложена и прогресивна состојба на мозокот која погодува милиони луѓе ширум светот. Потребно е да и се посвети многу поголемо внимание. Таа се карактеризира со постепено опаѓање на когнитивните функции, што ја прави секојдневната активност потешка. Иако многу често деменцијата се поврзува со заборавање, таа вклучува многу други симптоми и когнитивни проблеми, кои се разликуваат во зависност од причината и напредувањето на болеста.

Алцхајмеровата болест е најчестата причина за деменција и сочинува околу 60-70% од сите случаи. Алцхајмеровата болест се карактеризира со акумулација на абнормални протеински наслаги во мозокот, познати како амилоидни плаки и неврофибриларни заплеткувања, кои ја нарушуваат комуникацијата помеѓу нервните клетки и доведуваат до клеточна смрт. Други вообичаени типови на деменција се васкуларна деменција, предизвикана од намален проток на крв во мозокот поради мозочни удари или болест на малите крвни садови и деменција на телото Lewy, која се карактеризира со присуство на абнормални протеински наслаги наречени Lewy тела во мозокот (Alzheimer's Association, 2021).

Симптомите на деменција може да варираат во голема мера во зависност од специфичниот тип на деменција и областите на мозокот кои се погодени. Вообичаени симптоми се губење на меморијата, тешкотии со говорот и комуникацијата, нарушено расудување и донесување на одлуки и промени во расположението или однесувањето. Како што напредува состојбата, поединците може да имаат потешкотии со основните задачи како што се облекување, одржување на личната хигиена и исхраната, што на крајот бара денонoќна грижа и надзор (Alzheimer's Society, 2020 година).

Покрај когнитивните симптоми, деменцијата може да се манифестира и со физички симптоми како што се моторни нарушувања, нарушувања на спиењето и промени во апетитот и тежината. Бихејвиоралните и психолошките симптоми се исто така вообичаени кај лицата со деменција и може да вклучуваат агитација, агресија, талкање и халуцинации ((Alzheimer's Society, 2020; NCBI, 2021). Овие симптоми може да бидат предизвик за негувателите и често придонесуваат за нивно оптоварување и вознемиреност.

Дијагнозата на деменција обично се поставува преку сеопфатна евалуација која вклучува темелна медицинска историја, физички преглед, когнитивна проценка и лабораториски тестови. Апаратите за снимање на мозокот, како што се магнетна резонанца (MRI) или позитронска емисиона томографија (PET), исто така може да се користат за да се процени структурата и функцијата на мозокот и да се исклучат други потенцијални причини за когнитивно оштетување (American Psychiatric Association, 2013).

Не постои трајно решение за оваа сосотојба. Иако во моментов не постои лек за деменција, различни третмани и интервенции можат да помогнат во управувањето со симптомите и да го подобрат квалитетот на животот на лицата со деменција. Може да се препишат фармаколошки третмани како што се инхибитори на холинестераза и мемантин за да помогнат во управувањето со когнитивните симптоми и нарушувања во однесувањето (Livingston et al., 2020). Нефармаколошките интервенции како што се терапијата за когнитивна стимулација, реминисценциската терапија и музикотерапијата, исто така, можат да им помогнат на лицата со деменција да ја одржат когнитивната функција и да се вклучат во значајни активности (Woods et al., 2012).

Можеме да сумираме дека деменцијата е сложена и предизвикувачка состојба која погодува милиони поединци ширум светот. Разбирањето на симптомите, причините и дијагнозата на деменција е од суштинско значење за обезбедување ефикасна грижа и поддршка на лицата кои живеат со оваа состојба и нивните семејства и негователи. Со подигање на свеста, промовирање на рано откривање и инвестирање во истражување за развој на подобри третмани и интервенции, можеме да ги подобриме резултатите за поединците погодени од деменција и да работиме кон иднина каде што секој ќе може да старее со достоинство и почит.

2.1 Преваленција на деменцијата

Деменцијата е сериозен здравствен проблем што се повеќе го загрижува светот. Станува збор за продорно и здравствено прашање што ескалира на глобално ниво, оставајќи последици врз поединци, цели фамилии и влијае врз општествениот живот низ целиот свет. Како стареат луѓето и се зголемува животниот век

преваленцијата на деменцијата е во пораст. Разбирањето на распространетоста на деменцијата е од суштинско значење за ефективно планирање, распределба на ресурси и развој на услуги за поддршка за лицата погодени од оваа состојба.

Извештаите на Светската здравствена организација (СЗО), покажуваат дека деменцијата погодува околу 50 милиони луѓе ширум светот, со скоро 10 милиони нови случаи кои се дијагностицираат секоја година (World Health Organization, 2019). Очекувањата се дека таа бројка ќе се удвојува на секои 20 години, достигнувајќи 82 милиони до 2030 година и 152 милиони до 2050 година доколку продолжат сегашните трендови (Prince et al., 2013). Како фактори за растечката преваленција на деменција, се наведуваат стареењето на населението, промените во начинот на живот и факторите на ризик, како и подобрувањата во здравствената заштита кои доведоа до зголемена долговечност.

Во различни региони и земји, има варирање на распростанетоста на деменцијата. Повисоки стапки на преваленција се забележани во напредните земји, во споредба со земјите во развој. Во земјите со висок приход, преваленцијата на деменција кај лицата на возраст од 60 години и постари се движи од 5% до 7%, додека во земјите со низок и среден приход, преваленцијата е малку пониска, и се движи од 3% до 6% (Prince et al., 2013). Се очекува вкупниот број на дијагностицирани лица со деменција, да се зголеми во целиот свет, поради растот на населението и продолжениот животен век.

Внатре во секоја од земјите, исто така има варирање на распространетоста на демецијата, зависно од одредени фактори, како што се возраста, полот, социо-економскиот статус и етничката припадност. Староста е најзначајниот фактор на ризик за деменција, при што стапките на преваленција нагло се зголемуваат по 65-та година и се удвојуваат на секои пет години потоа (Alzheimer's Association, 2021). Жените исто така се изложени на поголем ризик од развој на деменција во споредба со мажите, делумно поради нивниот подолг животен век и хормоналните фактори (Prince et al., 2013).

Огромен е економскиот и социјалниот товар на деменцијата, има значителни последици за единките, семејствата и општествата. Трошоците за нега на лице со деменција се значителни, вклучувајќи директни медицински трошоци, услуги за долготрајна нега и неформална нега обезбедена од членовите на семејството или

пријателите. Според Здружението за Алцхајмерова болест, глобалната цена за нега на лице со деменција надмина еден трилион американски долари во 2018 година, што претставува скоро 1,5% од глобалниот БДП (Alzheimer's Association, 2021). Како што преваленцијата на деменција продолжува да расте, овие трошоци се очекува дополнително да се зголемат, ставајќи дополнително оптоварување на здравствените системи и економиите ширум светот.

И покрај признавањето на деменцијата како приоритет на јавното здравје, сепак постои значителен јаз во свеста, дијагнозата и пристапот до грижа за лицата кои живеат со деменција, особено во земјите со низок и среден приход. Стигмата, заблудите и недостатокот на ресурси придонесуваат за доцнење во дијагнозата и несоодветна поддршка на лицата и семејствата погодени од оваа состојба.

Напорите за справување со зголемената преваленција на деменција бараат посеопфатен пристап, вклучувајќи инвестирање во истражување за подобро разбирање на основните причини за состојбата, промовирање на здраво стареење и стратегии за намалување на ризик факторите, како и обезбедување достапни услуги за нега на лицата со деменција. Со подигање на свеста, намалување на стигмата и поттикнување на соработката меѓу институциите, давателите на здравствени услуги и граѓанските организации, можеме да работиме кон иднина каде што секој погоден од деменција ќе ја добие поддршката и грижата што му е потребна за да живее со достоинство и почит.

2.2 Видови деменција, симптоми и прогресија на деменција

2.2.1 Видови деменција

Деменцијата е широк термин што се користи за опишување на низа симптоми поврзани со когнитивно оштетување. Оваа состојба е толку сериозна што го попречува секојдневното функционирање и независност. Тоа не е специфична болест, туку синдром предизвикан од различни основни состојби кои влијаат на мозокот. Деменцијата опфаќа разновидна низа на симптоми и когнитивни дефицити кои варираат во зависност од видот и фазата на состојбата.

Најчестиот тип на деменција е Алцхајмеровата болест, која сочинува приближно 60-70% од регистрираните случаи. Алцхајмеровата болест се

карактеризира со прогресивно губење на меморијата, нарушено расудување, јазични потешкотии и промени во однесувањето и личноста. Карактеристичните невропатолошки карактеристики на Алцхајмеровата болест вклучуваат акумулација на абнормални протеински наслаги во мозокот - амилоидни плаки и неврофибриларен плексус, кои ја нарушуваат функцијата на невроните и доведуваат до клеточна смрт (Alzheimer's Association, 2021).

Вториот најчест тип на деменција е васкуларната деменција, со околу 10-20% од случаите. Предизвикана е од намален проток на крв во мозокот поради церебрални инфаркти, транзиторни исхемични напади (ТИА) или заболување на малите крвни садови. Васкуларната деменција се карактеризира со когнитивни нарушувања како што се потешкотии во извршната функција, планирање и внимание, како и мултипла соматски тегоби како што се нарушувања на одењето и уринарна инконтиненција. Симптомите на васкуларната деменција често се развиваат ненадејно по мозочен удар или серија мозочни удари, иако тие можат и постепено да прогресираат со текот на времето (O'Brien et al., 2003; Gorelick et al., 2011).

Уште еден вообичаен тип на деменција е деменцијата на Lewy body, што опфаќа приближно 10-15% од случаите. Се карактеризира со присуство на абнормални протеински наслаги наречени Lewy тела во мозокот, кои ја нарушуваат функцијата на невроните и доведуваат до когнитивни и моторни потешкотии. Специфични карактеристики на деменција од типот телото Lewy вклучува флуктуирачка когниција, визуелни халуцинации, паркинсонизам (како тремор и ригидност) и нарушување на однесувањето на РЕМ спиењето. Лицата со деменција на телото Lewy, исто така, може да доживеат автономна дисфункција, како што се флуктуации во крвниот притисок и пулсот (McKeith et al., 2017).

Поредок тип на деменција е Фронтотемпоралната, што примарно ги зафаќа фронталните и темпоралните лобуси на мозокот. Се карактеризира со промени во личноста, однесувањето и говорот, наместо со оштетување на меморијата. Фронтотемпоралната деменција може да се манифестира со симптоми како што се апатија, дезинхибиција, социјална изолација, говорни потешкотии (вклучувајќи афазија и дизартрија) и повторувачки или компулсивни однесувања. Возраста на почетокот на фронтотемпоралната деменција е типично порано од другите видови на деменција, а најчесто се јавува кај лица во нивните 40-ти и 50-ти години (Rascovsky

et al., 2011).

Други поретки видови на деменција се мешана деменција (комбинација на Алцхајмерова болест и васкуларна деменција), деменција од Паркинсонова болест (деменција која се јавува кај лица со Паркинсонова болест) и деменција поврзана со состојби како што се Хантингтонова болест, Кројцфелд-Јакобова болест и трауматска повреда на мозокот.

Можеме да заклучиме дека деменцијата опфаќа разновиден опсег на симптоми и когнитивни дефицити кои варираат во зависност од основната причина и фаза на состојбата. Разбирањето на различните типови на деменција е од суштинско значење за точна дијагноза, соодветно управување и подобри исходи во третманот на оваа болест.

2.2.2 Симптоми и прогресија на деменцијата

Симптомите на деменција варираат во зависност од видот и фазата на состојбата, но генерално опфаќаат широк опсег на когнитивни, бихејвиорални и психолошки промени како и функционални оштетувања кои се влошуваат со текот на времето.

Болеста започнува со заборавеност. Губењето на меморијата е еден од најистакнатите и најраните симптоми на деменцијата, особено кај Алцхајмерова болест. Лицата може да имаат потешкотии да се сетат на неодамнешните настани, средби или разговори, се потпираат на белешки или потсетници за да ги компензираат празнините во меморијата. Други когнитивни симптоми се потешкотии во говорот и комуникацијата, како што се заборавање зборови, повторување фрази или напор за следење на разговори. Извршни дисфункции, вклучувајќи нарушено расудување и резонирање, што го отежнува менаџирањето со финансиите, планирањето на активности или самостојното донесување на одлуки.

Покрај когнитивните промени, деменцијата често се манифестира со бихејвиорални и психолошки симптоми кои можат да бидат вознемирувачки за самите лица со деменција, но и за нивните негователи. Овие симптоми вклучуваат возбуда, агресија, раздразливост, талкање и немир. Лицата со деменција, исто така може да доживеат и промени во расположението или афектот, како што се депресија,

анксиозност, апатија или емоционална лабилност. Бихејвиоралните симптоми може да флуктуираат во текот на денот, да се влошат доцна попладне или навечер (синдром на зајдисонце). Честа е појавата и на халуцинации и делузии, особено кај индивидуи со деменција на телото Lewy или напредни стадиуми на Алцхајмерова болест.

Со напредокот на деменцијата, лицата со оваа состојба може да доживеат потешкотии при исполнувањето на секојдневните активности како што се облекување, капење и хранење. Може да бидат засегнати и моторните вештини. Ова доведува до проблеми со рамнотежата, координацијата и мобилноста. Во подоцнежните фази на болеста, поединците може да станат целосно зависни од негувателите за поддршка при извршувањето на основните задачи и да имаат потреба од постојан надзор и грижа.

Прогресијата на деменцијата варира во зависност од основната причина и индивидуалните фактори како што се возраста, целокупното здравје и нивото на когнитивни резерви. Алцхајмеровата болест обично следи постепен и предвидлив тек, при што симптомите полека се влошуваат во текот на неколку години. Васкуларната деменција може да напредува побрзо, особено по мозочен удар или серија мозочни удари. Деменцијата Lewy body се карактеризира со флуктуирачки симптоми и може да напредува брзо или бавно во зависност од поединецот. Фронтотемпоралната деменција често има порана возраст на почеток и побрзо опаѓање на когнитивната функција во споредба со другите видови на деменција.

2.3 Фази на деменцијата

Деменцијата е хронична и прогресивна состојба која еволуира низ различни фази, од кои секоја се карактеризира со специфични симптоми, функционални оштетувања и потреби за нега. Негата на лицата со деменција варира во зависност од стадиумот на болеста и развојните потреби на поединецот и неговото семејство. Раното откривање и дијагноза се од суштинско значење за иницирање навремени интервенции и пристап до услугите за поддршка. Мултидисциплинарни тимови за нега, вклучувајќи лекари, медицински сестри, психолози и социјални работници, играат клучна улога во обезбедувањето сеопфатна грижа и поддршка во текот на

траекторијата на болеста. Негата кон лицата со деменција, приспособена на нивните индивидуални карактеристики, е од суштинско значење за резултатите во лекувањето и квалитетот на нивниот живот, но и животот на нивните семејства. Фазите на деменција опфаќаат континуум на когнитивно опаѓање и функционално оштетување кое еволуира со текот на времето. Со разбирањето на тоа како прогресира деменцијата, како и со способноста за соодветно прилагодување на стратегиите за нега, давателите на здравствени услуги, негувателите и семејствата можат подобро да ги поддржуваат лицата со деменција во текот на нивното патување со болеста.

Дискретни промени на когнитивниот статус - Почетната фаза на деменција често се карактеризира со суптилни когнитивни промени кои може да останат незабележани од поединецот и неговото семејство. Вообичаените симптоми вклучуваат благи мнестички потешкотии, потешкотии при пронаоѓање на соодветни зборови при разговор и суптилни промени во расположението или однесувањето. Лицата може да доживеат предизвици во извршувањето на сложени задачи или управувањето со финансиите, но обично можат да одржат независност во повеќето активности од секојдневниот живот. Иако може да се присутни когнитивни дефицити, поединците во рана фаза на деменција често ефикасно компензираат, а со тоа влијанието врз секојдневното функционирање е минимално. Раното откривање и дијагноза се клучни во оваа фаза за да се иницираат соодветни интервенции и услуги за поддршка.

Благо когнитивно оштетување - Благата фаза на деменција се карактеризира со поизразени когнитивни дефицити и функционални оштетувања, вклучувајќи потешкотии со меморијата, јазикот, извршната функција и визио-просторните вештини. Поединците може да доживеат зголемена заборавеност, збунетост и дезориентација, особено во непознати средини. Може да се појават и негативни бихејвиорални и психолошки симптоми како што се анксиозност, депресија и раздразливост. Лицата со блага деменција сè уште можат да ги извршуваат основните секојдневни активности независно, но имаат потреба од помош при сложените задачи и донесувањето одлуки.

Умерено когнитивно оштетување - Умерената фаза на деменција е означена со значително когнитивно опаѓање и функционално оштетување, што резултира со поголема зависност од негувателите за помош со секојдневните обврски. Лицата

доживуваат сериозно губење на меморијата, говорни потешкотии и извршна дисфункција, што доведува до предизвици во комуникацијата, решавањето проблеми и грижата за себе. Бихејвиоралните и психолошките симптоми како што се агитација, агресија и талкање може да ескалираат, барајќи специјализирани интервенции и стратегии за управување.

Тешко когнитивно оштетување/напреден деменетен стадиум - Тешка фаза на деменција или напреден дементен стадиум, се карактеризира со длабоко когнитивно и функционално оштетување, што ги прави индивидуите во голема мера зависни од негувателите во сите аспекти на животот. Лицата може да доживеат сериозно губење на меморијата, дезориентација и тешкотии во комуникацијата, со ограничена способност да препознаваат познати лица или средини. Може да се појават и моторни дефицити како што се нарушувања на одењето, ригидност и инконтиненција, што го зголемува ризикот од падови и компликации. Бихејвиоралните и психолошките симптоми како што се агресија, вознемиреност и психоза може да перзистираат, поради што е потребна специјализирана грижа често и во институционалните услови.

Нега за лица дијагностицирани со деменција

Негата на лица со хронични болести или инвалидитет, како што е деменција, може да има длабоки импликации за физичкото, емоционалното и менталното здравје на негувателите. Оптоварувањето, стресните фактори и одговорностите поврзани со негата често имаат значителни последици врз благосостојбата на негувателите, што доведува до низа негативни здравствени последици.

Хроничниот стрес, физичкиот напор и нарушувања на сонот се вообичаени тегоби меѓу негувателите, што доведува до зголемен ризик од кардиоваскуларни проблеми, мускулно-скелетни нарушувања и дисфункција на имунолошкиот систем. Негувателите може да доживеат замор и исцрпеност, што дополнително ги влошува проблемите со физичкото здравје и влијае врз нивната способност за ефективно давање на нега.

Емоционалната загуба може да остави длабоки последици, што доведува до зголемен ризик од депресија, анксиозност и други нарушувања на менталното здравје кај негувателите. Сведочењето на падот на некој близок поради деменција или други хронични болести предизвикува чувство на тага и очекувана жалост кај негувателите.

Самата нега често бара значително време и енергија, оставајќи ги негувателите со ограничени можности за социјализација и грижа за себе. Социјалната изолација и повлекувањето од социјалните активности се вообичаени меѓу негувателите, што доведува до чувство на осаменост, исклучување и отуѓеност. Недостатокот на социјална поддршка може да ги влоши чувствата на стрес, депресија и исцрпеност што дополнително ја загрозува нивната ментална и емоционална благосостојба.

Финансиските трошоци исто така влијаат на здравјето и благосостојбата на негувателите, губење на приход или вработување поради намалени работни часови, прекини во кариерата или предвремено пензионирање за да обезбедат нега со полно работно време.

И покрај предизвиците со кои се соочуваат, многу негувателi демонстрираат извонредна издржливост и приспособливост во менаџирање на одговорностите околу

грижата за лице со деменција. Услугите, како помош и нега во домот кои обезбедуваат привремено олеснување за семејните негуватели, им ја дозволуваат на членовите од семејството многу потребната пауза од обврските поврзани со негата, овозможувајќи им слободно време кое можат да го посветат на нивните сопствени потреби. Со спроведување на превентивни мерки, промовирање на грижа за себе и подобрување на пристапот до услугите за поддршка, може да се поддржат негувателите во одржувањето на нивното здравје и благосостојба додека обезбедуваат нега на нивните најблиски.

3.1 Нега низ фазите

На почетокот при многу благ когнитивен пад треба да се даде поддршка и укаже разбирање на лицата кои доживуваат благи когнитивни промени, потврдувајќи ги нивните грижи и обезбедувајќи едукација за нормално стареење. Потребно е да се охрабрат лицата да користат помагала и стратегии за подобрување на меморијата за да ги компензираат благите мнестички потешкотии, како што се употреба на календари, списоци со задачи и потсетници, да им се обезбеди можност за когнитивна стимулација и ангажирање во ментално стимулирачки активности за подобрување на здравјето на мозокот и одржување на когнитивната функција. Треба да се следат когнитивните промени со текот на времето.

При благ когнитивен пад потребно е да се фокусира на рана интервенција и поддршка за решавање на когнитивните дефицити и минимизирање на функционалните оштетувања. Да се обезбеде едукација и поддршка на лицата со деменција и нивните семејства, со стратегии за справување и управување со благи когнитивни промени, вклучувајќи помагала за меморија, организациски техники и стратегии за комуникација. Постојат програми за когнитивна рехабилитација и вежби за меморијата, кои служат за подобрување на когнитивната функција и зајакнување на независноста во секојдневните активности.

Потребно е и имплементирање пристапи за нега насочени кон личноста за да се одговори на сложените потреби и предизвици поврзани со умерено когнитивно опаѓање. Треба да им се помогне на поединците во извршувањето на секојдневните животни активностии, обезбедувајќи поддршка и надзор колку што е потребно за да

се промовира безбедноста и независноста. Исто така, треба да се обрне внимание и подобрување на бихејвиоралните и психолошките симптоми на деменција, преку нефармаколошки интервенции, како што се модификации на животната средина, структурирани рутини и стратегии за однесување.

Значаен дел од негата на лицата кои доживуваат умерено тежок когнитивен пад, треба да биде одржување на удобноста, достоинството и квалитетот на животот. Исто така треба да се посвети поголемо внимание на давање на помош и поддршка за лична нега, мобилност и хранење, обезбедувајќи безбедна и поддржувачка средина која промовира независност и автономија. Справување со бихејвиоралните и психолошките симптоми преку пристапи насочени кон личноста, вклучувајќи терапија за валидација, сензорна стимулација и индивидуализирани активности. Во оваа фаза препорачливо е да се искоординираат услугите за нега и поддршка, како што се палијативна нега, евентуална хоспитализација и планирање на напредна нега, за да се одговори на потребите и преференциите на крајот на животот.

Кај лицата со тежок когнитивен пад, треба да се даде приоритет на удобноста на индивидуата, фокусирајќи се на подобрување на квалитетот на животот и минимизирање на вознемиреноста. Обезбедување на помош во сите аспекти, вклучувајќи хранење, лична хигиена и позиционирање, притоа зачувувајќи го достоинството и почитувајќи ги индивидуалните преференции. Потребно е спроведување персонализирани интервенции за справување со болка, возбуда и други симптоми, користејќи нефармаколошки пристапи секогаш кога е можно.

Обезбедувањето на сочувствителна и достоинствена грижа за лицата со многу тежок когнитивен пад, подразбира комуникацијата преку невербални знаци, сензорна стимулација и познати рутини, поттикнувајќи чувство на сигурност и поврзаност. Во оваа фаза неопходна е емоционална поддршка и советување на семејствата и негувателите.

3.2 Поддршка на негувателите приспособена за секоја фаза на деменцијата

Деменцијата е прогресивна и изнемоштувачка состојба која не само што ги погодува индивидуите, туку остава значителен товар и врз нивните негувателите. Како

што болеста напредува низ нејзините фази, негувателите се соочуваат со зголемени предизвици во обезбедувањето нега и поддршка на лицата со дијагностицирана деменција. Неопходна е поддршка за негувателите, таа треба да биде соодветна за секоја фаза од болеста, така тие ќе можат полесно да се справат со барањата на негата. Со тоа ќе го подобрат квалитетот на животот за себе и за лицата за кои водат грижа и им даваат поддршка.

Во раните фази на деменцијата лицата имаат одреден степен на независност и функционална способност, но сепак може да доживеат благи когнитивни промени. Поддршката на негувателите и психосоцијалните интервенции во оваа фаза треба да се фокусираат на обезбедување информации на негувателите за прогресијата на болеста, достапните ресурси и стратегии за управување со симптомите. Тоа може да им помогне да разберат што да очекуваат и да се подготват за идните предизвици. Поучувањето на негувателите за стратегии за справување, како што се техники за решавање проблеми, управување со стрес и вежби за релаксација, може да им помогне да управуваат со сопствените емоционални одговори и со тоа да го намалат стресот. Учеството во групи за поддршка им овозможува на негувателите да се поврзат со други лица кои се соочуваат со слични предизвици, да споделуваат искуства и да добијат практични совети.

Како што деменцијата напредува, во благ до умерен стадиум, лицата може да доживеат зголемен когнитивен пад и функционално оштетување, барајќи поголема помош во секојдневните активности. Поддршката на негувателите и психосоцијалните интервенции во оваа фаза се насочуваат кон програмите за градење на вештини, фокусирани на техники за нега на лица со деменција, комуникациски стратегии и вештини за решавање проблеми, како што се техниките за управување со предизвикувачкото однесување. Овде спаѓаат и техниките за пренасочување и терапија за валидација, како и обуки за издржливост на негувателите кои ја нагласуваат грижата за себе, поставувањето цели и позитивното размислување. Ова им помага на негувателите да се прилагодат на променливите потреби на лицата со деменција и да најдат значење и задоволство во нивната улога на негувател.

На лицата со тешка фаза на деменција им е потребна голема помош во сите

аспекти на секојдневниот живот. Фокусот на поддршката на негувателите во оваа фаза се сведува на: помагање на напредното планирање на негата; помагање на негувателите во донесување на одлуки за долгорочна нега и евентуално користење на услугите за палијативна нега и хоспитализација; како и давање на експертска помош за контролата на симптомите и емоционална поддршка за време на периодот на крајот на животот на примателот на негата. Поддршката треба да продолжи и за време на периодот на жалост. Советувањето на негувателите по загубата на нивните блиски им помага побрзо да се движат низ процесот на тагување, да се справат со чувството на загуба и осаменост и да се прилагодат на животот после негата.

3.3 Влијание врз менталното здравје на негувателите

Негувателите ја имаат главната улога во поддршката на лицата кои имаат демеција. Тие им даваат суштинска нега, помош и емоционална поддршка. Истражувањата постојано покажуваат дека кај негувателите на лица со деменција има зголемен ризик и поголеми шанси да се соочат со проблеми во менталното здравје, вклучувајќи анксиозност, депресија и исцрпеност.

Мета-анализа на студиите што ја испитуваа распространетоста на депресијата меѓу негувателите на лица со деменција покажа дека приближно 40% од негувателите доживуваат клинички значајни нивоа на депресивни симптоми (Pinquart & Sörensen, 2003). Слично на тоа, друго истражување покажа дека негувателите на лица со деменција имаат повисоки стапки на анксиозност во споредба со негувателите на лица без деменција (Coopers et al., 2007). Негувателите често доживуваат чувство на тага, вина и фрустрација додека се движат низ сложената и непредвидлива природа на негата за лице со деменција (Brodaty & Donkin, 2009). Бескрајните обврски поврзани со негата може да доведат до чувство на исцрпеност, беспомошност и изолација, придонесувајќи за burnout синдром на негувателите и хроничен замор (Sallim et al., 2015).

Менталното здравје на негувателите не е важно само за нивната сопствена благосостојба. Тоа се одразува и врз квалитетот на негата што им се дава на лицата

со деменција. Негувателите кои доживуваат повисоки нивоа на стрес, анксиозност или депресија може да имаат потешкотии да се справат со предизвиците на негата, што доведува до намален квалитет на грижата, зголемен ризик од злоупотреба на постарите и негативни исходи за лицата со деменција (Gaugler et al., 2000). Вознемиреноста кај негувателите е поврзана со негативни здравствени последици на лицата со деменција, вклучувајќи зголемени бихејвиорални проблеми, повисоки стапки на институционализација и намален квалитет на живот (Cooper et al., 2007).

Препознавајќи ја важноста на менталното здравје на негувателите во самата нега на лице дијагностицирано со деменција, давателите на здравствени услуги, креаторите на политики и организациите во заедницата започнуваат да даваат приоритет на развојот на услуги за поддршка и интервенции насочени кон потребите на семејните негуватели. Психосоцијалните интервенции, како што се едукација и обука на негувателите, услугата помош и нега во домот и советувањето ги подобруваат резултатите во менталното здравје на негувателите и ја подобруваат нивната способност да се справат со предизвиците на грижата.

Покрај формалните услуги за поддршка, поттикнувањето социјални врски и градењето мрежи за поддршка меѓу негувателите, исто така, може да игра витална улога во промовирањето на менталното здравје и благосостојбата на згрижувачите. Групите за поддршка, онлајн форумите и иницијативите на заедницата можат да им обезбедат на негувателите можности за споделување искуства, размена на информации и добивање емоционална поддршка од други лица кои ги разбираат предизвиците на негата (Gitlin et al., 2003).

Семејни и професионални негуватели

Суштинска улога во поддршката на лицата со деменција и задоволувањето на нивните потреби за нега имаат семејните и професионалните негуватели. Додека семејните негуватели даваат персонализирана грижа и емоционална поддршка, професионалните негуватели се со специјализирани вештини, обука и експертиза, за да обезбедат висококвалитетна нега во различни услови. Од суштинско значење е тие да соработуваат помеѓу себе, за да обезбедат холистичка грижа и поддршка. Нивните улоги значително се разликуваат во однос на нивната поврзаност со лицето примател на нега, обуката и стручноста.

Семејните негуватели обично се роднини или блиски пријатели на примателот на нега, како што се сопружници, возрасни деца, браќа и сестри или други членови на семејството. Тие имаат веќе постоечки емоционални врски и знаење за преференциите, вредностите и животната историја на примателот на нега. Семејните негуватели се мотивирани од љубов, лојалност и чувство на должност да се грижат за своите сакани. Тие ја преземаат улогата на негувател поради желбата да обезбедат персонализирана и сочувствителна нега во познатото и поддржувачко опкружување во домот. Тие се одговорни за широк спектар на задачи вклучувајќи лична нега, менаџирање со лекарства, транспорт, домашни и финансиски обврски и емоционална поддршка. Тие исто така се и законски застапници и носители на одлуки. Семејните негуватели имаат ограничена формална обука за стекнување на вештини за нега на лице со деменција, обично учат преку обиди и грешки и од онлајн ресурси.

Професионалните негуватели се ангажирани лица кои обезбедуваат нега и поддршка на лица со деменција во различни услови, како што се проекти за помош и нега во домот, во домови за стари и изнемоштени лица или геријатриски одделенија. Професионалните негуватели обично добиваат формална обука и вештини за нега на лице со деменција, техники за комуникација, безбедносни протоколи и етички стандарди. Тие имаат познавање за управување со предизвикувачките однесувања, обезбедување лична нега, менаџирање на лекарства, воедно давање на квалитетен и брз одговор на сложените потреби на лицата со дијагностицирана деменција. Професионалните негуватели извршуваат низа должности, врз основа на потребите и

планот за нега на примателот на истата. Тие може да вклучуваат помош со активности од секојдневниот живот, поддршка за мобилност, подготовка на оброци, управување со лекарствата, дружење, когнитивна стимулација и социјален ангажман. Обично соработуваат со тимови за интердисциплинарна нега за да обезбедат сеопфатна и координирана грижа за лицата со деменција.

4.1 Семејни негуватели

Низ предизвиците што деменцијата ги носи со себе, семејните негуватели се појавуваат како примарен извор на поддршка, тие преземаат мноштво улоги и одговорности во грижата за саканата личност. Придонесите на семејните негуватели се немерливи. Семејните негуватели и покрај предизвиците многу често добиваат чувство на исполнетост, цел и значење од нивната улога на негувател, доживувајќи моменти на радост и поврзаност во нивните интеракции со своите блиски. Негата често ги зајакнува семејните односи, поттикнувајќи емпатија и взаемна поддршка меѓу членовите на семејството додека тие се здружуваат за да се грижат за својата сакана личност и да се справат со предизвиците како тим.

Семејните негуватели постојано се грижат за потребите на лицата со деменција. Тие им се емоционална поткрепа, им обезбедуваат сигурност, безбедност и благосостојба. Континуирано се залагаат за правата, преференциите и достоинството на нивните најблиски и сакани. Им обезбедуваат и соодветна медицинска нега, социјални услуги и поддршка прилагодена на нивните индивидуални потреби.

Освен задоволувањето на практичните потреби, негувателите нудат социјална интеракција, емпатија и емоционална поддршка, поттикнувајќи чувство на поврзаност и припадност.

Иако негата може да биде длабоко наградувачка, таа има и бројни предизвици и стресни фактори. Сведочењето на падот на когнитивните и функционалните способности на саканата личност предизвикува тага, вина и беспомошност кај негувателите, што доведува до емоционална вознемиреност и исцрпеност.

Обезбедувањето практична нега, помагањето во секојдневните активности и управувањето со предизвикувачкото однесување може да биде физички напорно, што резултира со исцрпеност, мускулно-скелетни оптоварувања и нарушувања на спиењето. Негата вклучува и потенцијално влијание врз финансиската стабилност на негувателите, како и социјална изолација и повлекување поради посветување на значително долго време и енергија на обврските околку негата.

За да се справат со предизвиците семејните негуватели користат различни стратегии за справување и се потпираат на системи за поддршка. Тие се едуцираат барајќи информации за достапните услуги за поддршка и се поврзуваат со локалните ресурси и онлајн заедници за насоки и помош. Бараат професионално советување за тоа како да се справат со емоционалната вознемиреност, да развијат стратегии за справување и да користат здрави начини за управување со стресот. Се потпираат на останатите членовите на семејството, пријателите, соседите и организациите на заедницата за практична помош. Ги користат услугите за помош во негата за да направат паузи од обврските.

Семејните негуватели се вистински херои во борбата со деменцијата, покажувајќи безусловна љубов, издржливост и сочувство во нивните неуморни напори да ги поддржат своите најблиски. Нивната улога е многустрана, нивните предизвици се застрашувачки, но нивното влијание е длабоко.

4.2 Професионални негуватели

Професионалните негуватели играат клучна улога во обезбедување на потребната поддршка и помош на лицата со деменција. Без разлика дали се ангажирани да даваат помош и нега во домот, во домови за стари и изнемоштени лица или геријатриски одделенија, овие негуватели поседуваат стручност и обука неопходни за задоволување на специфичните потреби на лицата со деменција.

На професионалните негуватели им е доверен широк спектар на одговорности насочени кон промовирање на здравјето, безбедноста и квалитетот на животот на лицата со деменција, вклучувајќи помош и поддршка во извршување на

секојдневните активности како што се:

- одржување на лична хигиена и подготовка на оброци;
- давање на терапија (водејќи контрола да лицата се придржуваат до пропишаните планови за лекување);
- обезбедување поддршка при движење;
- спроведување на активности за когнитивна стимулација и одржување на когнитивната функција;
- емоционална поддршка и социјализација за ублажување на осаменоста, анксиозноста и депресијата;
- следење и документирање на промените во здравствената состојба, однесувањето и функционалните способности, како и
- одржување на местото на живеење и пазарење.

Професионалните негуватели завршуваат обуки за да ги развијат знаењата и вештините неопходни за нега на лице со деменција. Овие обуки обично опфаќаат учење за различните видови на деменција, нивните симптоми, прогресија и влијанието врз животите на поединците, развивање ефективни комуникациски техники кои помагаат за валидација на чувствата на лицата со деменција и справување со предизвикувачките однесувања. Обучени се за холистички пристап кој ги почитува вредностите и достоинството на поединците при давањето персонализирана нега и поддршка и се стекнуваат со вештини за да можат да спречат несреќи и брзо и безбедно да реагираат во итни случаи, како и разбирање на етичките принципи и правните одговорности поврзани со приватноста, доверливоста при давањето на информации поврзани со негата.

И професионалните негуватели, како и семејните, се соочуваат со различни предизвици вклучувајќи емоционален напор при справувањето со вознемиреноста на лицата, голема физичка издржливост и еластичност при обезбедувањето практична нега, урамнотежувањето на повеќе задачи за грижа во ограничени временски рамки, истовремено обезбедувајќи квалитетна нега. Високите нивоа на стрес и замор може да придонесат за исцрпеност на негувателите. И покрај овие предизвици,

професионалните негуватели наоѓаат исполнување и задоволство во нивната работа со тоа што ќе направат позитивна промена во животот на лицата со деменција.

Влијанието на професионалните негуватели врз лицата со деменција е големо. Тие директно влијаат за подобрување на квалитетот на животот, обезбедувајќи суштинска поддршка, разбирање и експертиза на лицата со дијагностицирана деменција и нивните семејства. Преку нивната посветеност на негата, промовираат независност и ја подобруваат благосостојбата на оние кои живеат со оваа состојба, оставајќи трајно и позитивно влијание врз нивните животи.

4.3 Сличности и разлики помеѓу семејните и професионалните негуватели

И семејните и професионалните негуватели се одговорни за обезбедување нега, поддршка и помош на лицата со деменција. Тие помагаат во секојдневните активности, во давањето на лекови, обезбедуваат емоционална поддршка и обезбедуваат безбедност и општа благосостојба на примателите на нега. Се справуваат со емоционални предизвици, чувствуваат тага и фрустрација сведочејќи за падот на когнитивните и функционалните способности на лицата со деменција, но исто така доживуваат радост, меѓусебна поврзаност и исполнетост при обезбедувањето нега и давањето на поддршка на друго лице.

Семејните негуватели имаат веќе постоечки лични односи со лицата за кои се грижат, тоа обично се сопружниците, децата или браќата и сестрите, што може да влијае на динамиката на негата. Додека професионалните негуватели, од друга страна, имаат професионален однос со примателите на нега и немаат лични врски со истите. Тие имаат поминато формална едукација и се покомпетентни во обезбедувањето на адекватна нега. Ги почитуваат професионалните граници, придржувајќи се до етичките стандарди, имаат јасна граница помеѓу нивната улога во негата и личниот живот на лицето со деменција. Додека семејните негуватели често ја занемеруваат оваа граница, неразликувајќи ги семејните односи и одговорностите околу негата. Професионалните негуватели лесно може да обезбедат 24-часовна нега, со смени и ротации кои обезбедуваат континуитет, додека семејните

негуватели не се во можност да обезбедуваат денонoќна грижа, без да ги жртвуваат своите потреби и личното време за да се грижат за потребите на своите најблиски.

Семејните и професионалните негуватели споделуваат сличности како што се справувањето со истите предизвици и користењето на слични стратегии за справување, но исто така, има и забележителни разлики особено во нивните односи, обуката, професионалните граници и достапност на негата. Двата типа на негуватели играат суштинска улога во поддршката на лицата со деменција, дополнувајќи едни со други во обезбедувањето холистичка нега.

Анксиозност

Анксиозноста е вообичаен и природен одговор на човекот на воочените закани или стресни фактори. Анксиозноста служи како заштитен механизам, предупредувајќи ги поединците за потенцијални опасности и подготвувајќи го телото да одговори на согледаните закани, познат како одговор борба или бегање. Додека доживувањето повремена анксиозност е нормално, постојаната или прекумерна анксиозност што се меша во секојдневниот живот може да укажува на анксиозно растројство. Анксиозните растројства се група на состојби на менталното здравје кои се карактеризираат со интензивна, прекумерна или постојана грижа и страв за секојдневните ситуации. Вообичаени симптоми се чувство на страв, загриженост, нервоза или вознемиреност за очекувани или идни настани, несигурности или потенцијални закани. Придружени се со физиолошки симптоми како што се забрзан пулс и забрзано дишење, мускулна напнатост и потење. Овие симптоми може значително да влијаат на менталното здравје, квалитетот на животот и целокупното функционирање на поединецот. Доживувањето повремена анксиозност е нормален дел од животот, додека постојана или прекумерна анксиозност што го попречува секојдневното функционирање укажува на анксиозно растројство.

Светската здравствена организација (СЗО) ја дефинира анксиозноста како нормална и често неопходна човечка реакција на несигурност или заканувачки ситуации. Таа се смета за нарушување кога перзистира подолг временски период и почнува да го попречува секојдневното функционирање. Анксиозните растројства се меѓу најчестите влошувања на психолошката состојба ширум светот и може да предизвикаат оштетувања во различни аспекти од животот доколку истите не се третираат. Тие имаат големо влијание врз животите на поединците, влијаејќи на нивното ментално здравје, благосостојба и квалитетот на живот. Континуираната или зголемената анксиозност освен што влијае врз секојдневните активности, исто така, може да доведе до соматски тегоби како што се несоница, замор, мускулна напнатост и гастроинтестинални нарушувања. Хроничната анксиозност е поврзана со зголемен ризик за појава на други психолошки нарушувања како депресија, злоупотреба на супстанции па дури и суицидална идеација.

Ефективен третман за анксиозни нарушувања вклучува комбинација на

психотерапија, медикаменти и модификации на животниот стил. Когнитивно-бихејвиоралната терапија е широко користен пристап, кој им помага на поединците да ги идентификуваат и оспорат ирационалните мисли и верувања, да развијат стратегии за справување и постепено да се соочат со застрашувачките ситуации. Психотерапијата, заедно со анскиолитиците кои се ординираат за да се ублажат симптомите на анксиозност и промените во животниот стил, како што се редовно вежбање, техники за управување со стресот, вежби за релаксација и здрави навики за спиење, можат да помогнат во намалувањето на симптомите на анксиозност.

5.1 Преваленција и фактори кои придонесуваат за анксиозност

Анксиозните растројства се меѓу најчестите состојби кои го погодуваат менталното здравје. Преваленцијата на анксиозните растројства варира во различни популации и култури. Досегашните истражувања покажуваат дека овие состојби се многу распространети и имаат значително влијание врз поединците, семејствата и заедниците.

Според Светската здравствена организација (СЗО) се проценува дека анксиозните нарушувања погодуваат приближно 264 милиони луѓе на глобално ниво, што ги прави една од најраспространетите нарушувања на ментално здравје во светот (WHO, 2017). Анксиозните растројства опфаќаат низа состојби, вклучувајќи генерализирано анксиозно растројство, панично растројство, социјално анксиозно растројство, специфична фобија, опсесивно-компулсивно нарушување и посттрауматско стресно растројство. Овие состојби се разликуваат по сериозноста и оштетувањето, но имаат заедничка карактеристика на прекумерна грижа, страв или неспокојство што го попречува секојдневното функционирање и квалитетот на животот.

Неколку фактори придонесуваат за развој и егзацербација на анксиозни нарушувања, вклучувајќи генетски, биолошки, психолошки и еколошки фактори. Точните причини за анксиозните нарушувања се сложени. Истражувањата сугерираат дека комбинацијата на генетска предиспозиција, хемијата на мозокот, животните

искуства и стресовите играат улога во нивната етиологија.

Истражување на семејства и близнаци има обезбедено докази за генетска компонента во развојот на анксиозните нарушувања, со проценки за наследност кои се движат од 30% до 50% (Smoller et al., 2009). Лицата со семејна историја на анксиозни нарушувања се изложени на зголемен ризик самите да ги развијат овие состојби, што укажува на генетска предиспозиција за анксиозност. Биолошките фактори, како што се абнормалности во невротрансмитерските системи (на пример, серотонин, допамин, норепинефрин) и дисрегулација на хипоталамо-хипофиза-надбубрежната оска, исто така придонесуваат за патофизиологијата на анксиозните нарушувања (Nestler et al., 2002).

Психолошките фактори, како што се карактеристиките на личноста, когнитивните предрасуди кои претставуваат систематски модел на отстапување од нормата или рационалноста во расудувањето и механизмите за справување кое се бихејвиорални и когнитивни тактики кои се користат за управување со кризи, состојби и барања кои се оценети како вознемирувачки, исто така играат улога во развојот и одржувањето на анксиозните нарушувања. Поединците со одредени особини на личноста, како што се невротичност и патолошки афект, се повеќе склони кон симптоми на анксиозност (Hettema et al., 2006). Когнитивните предрасуди, како што се селективното внимание на стимулите поврзани со заканата и катастрофалните толкувања на двосмислените ситуации, придонесуваат за опстојување на симптомите на анксиозност (Bar-Haim et al., 2007). Неприлагодливите механизми за справување, како што се избегнување и руминација, може да ги влошат симптомите на анксиозност и да го нарушат функционирањето.

Исто така и стресните фактори на животната средина, како што се траума, животни настани, хроничен стрес и социо-економски фактори, може да ги предизвикаат или да ги влошат симптомите на анксиозност. Изложеноста на трауматски настани, како што се злоупотреба на супстанци, насилство или природни катастрофи, го зголемува ризикот од развој на посттрауматско стресно растројство и други анксиозни нарушувања (Kessler et al., 2017). Хроничните стресори, како што се финансиските тешкотии, стресот поврзан со работата и меѓучовечките конфликти, исто така можат да придонесат за развој на симптоми на анксиозност. Социо-економските фактори, како што се сиромаштијата, невработеноста и социјалната

нееднаквост, се поврзани со повисоки стапки на анксиозни нарушувања, нагласувајќи го влијанието на социјалните детерминанти врз менталното здравје.

Културните норми, верувања и ставови кон менталното здравје ги обликуваат перцепциите на поединците за анксиозноста и погледот кон барање на помош. Стигмата, дискриминацијата и недостатокот на пристап до услуги, влијаат врз лицата при одлуката да побараат помош за симптомите на анксиозност, особено во културите каде што менталните болести се високо стигматизирани (Sartorius, 2006).

5.2 Видови на анксиозни нарушувања

Анксиозните растројства опфаќаат разновиден опсег на состојби кои го попречуваат секојдневното функционирање, овие нарушувања се манифестираат во различни форми, секој со свои посебни карактеристики, симптоми и третмани. Разбирањето на различните видови на анксиозни нарушувања е од суштинско значење за точна дијагноза, соодветен третман и подобри резултати за лицата погодени од овие состојби.

Генерализирано анксиозно растројство се карактеризира со постојана и прекумерна загриженост за широк спектар на секојдневни проблеми, како што се здравјето, финансиите, работата и меѓучовечките односи. Лицата со генерализирано анксиозно растројство често доживуваат физички симптоми како што се мускулна напнатост, замор, раздразливост и нарушена концентрација. Загриженоста поврзана со генерализирано анксиозно растројство е непропорционална со вистинската закана или ситуација и може значително да го наруши секојдневното функционирање и благосостојба (American Psychiatric Association, 2013).

Панично растројство се карактеризира со повторливи и неочекувани напади на паника, кои се ненадејни епизоди на интензивен страв или непријатност придружени со физички симптоми како што се палпитации, потење, треперење и отежнато дишење. Нападите на паника обично го достигнуваат својот врв за неколку минути и може да бидат предизвикани од специфични ситуации или да се појават неочекувано. Лицата со панично растројство може да развијат антиципативна анксиозност поради очекување на идни напади на паника (American Psychiatric Association, 2013).

Социјалното анксиозно растројство, исто така познато како социјална фобија, се карактеризира со интензивен страв од одредени општествени ситуации и социјално општење во кои поединците може да бидат изложени на осудување од други луѓе. Лицата со социјална фобија може да доживеат страв од јавно говорење, јадење или пиење пред други или вклучување во социјални интеракции. Стравот од срам или понижување може да доведе до социјална изолација и нарушување на академското, професионалното или социјалното функционирање (American Psychiatric Association, 2013).

Специфичната фобија се карактеризира со интензивен и ирационален страв од одреден предмет или ситуација, како што се височини, животни, крв или летање. Поединците со специфична фобија можат да направат се за да го избегнат стравот од стимул, што доведува до значително оштетување во секојдневниот живот. Стравот поврзан со специфичната фобија е типично непропорционален со вистинската закана што ја носи стимулот и може да предизвика вознемиреност и мешање во различни домени на функционирањето (American Psychiatric Association, 2013).

Опсесивно-компулсивно растројство се карактеризира со повторливи и наметливи мисли, слики или нагони (опсесии) кои предизвикуваат анксиозност, како и повторувачки однесувања или ментални дејства (компулсии) извршени како одговор на опсесиите за да се ублажи вознемиреноста. Вообичаените опсесии вклучуваат страв од контаминација и поставување на предметите во симетричен ред, додека вообичаените кумпулсии вклучуваат миење, прередување и броење. (American Psychiatric Association, 2013).

Посттрауматско стресно нарушување се карактеризира со развој на симптоми по изложување на трауматски настан, како што е природна катастрофа, вооружена борба или насилство. Симптомите вклучуваат наметливи сеќавања, присетување на претходни искуства (феномен на флешбек), кошмари, хипервнимателност и негативни промени во расположението и однесувањето. Посттрауматско стресно нарушување бара специјализирани пристапи за третман, како што е терапија фокусирана на траума (American Psychiatric Association, 2013).

Антиципативната анксиозност се однесува на страв или грижа што се доживува во исчекување на иден настан или ситуација. Тоа е честа карактеристика на многу анксиозни нарушувања и може да ги влоши симптомите и нарушувањето на

секојдневното функционирање. Антиципативната анксиозност доведува до избегнувачко однесување, преокупација со потенцијални негативни исходи и физички симптоми како напнатост, немир и гастроинтестинален дистрес (American Psychiatric Association, 2013).

5.3 Анксиозност кај негувателите

Грижата за некој близок е длабоко наградувачко искуство, но исто така претставува и емоционалн предизвик и константен стрес, особено за негувателите на лица со деменција. Анксиозноста е вообичаен психолошки одговор меѓу негувателите, кој произлегува од несигурностите, одговорностите и барањата поврзани со негата.

Анксиозноста е еден од најраспространетите проблеми со менталното здравје со кои се соочуваат негувателите. Досегашните студиите покажуваат дека негувателите на лица со хронични болести или инвалидитет, вклучително и деменција, рак и мозочен удар, се изложени на зголемен ризик да доживеат анксиозност во споредба со оние кои не се негуватели (Cooper et al., 2007).

Прогресивната природа на деменцијата, заедно со сложените потреби на примателите на нега, може да предизвика чувство на страв, вознемиреност и загриженост за безбедноста и благосостојбата на лицата дијагностицирани со деменција, особено кога болеста е во понапреден стадиум и лицата имаат поголем ризик за доживеат незгода, повреда или пад од сопствена висина. Стравот од тоа да примателите на нега почнат да талкаат, да се изгубат или да доживеат сериозен здравствен проблем, може да придонесе за зголемено чувство на будност и анксиозност кај негувателите. Негувателите може да се чувствуваат вознемирени и преоптоварени кога ќе се соочат со предизвикувачки однесувања што ги покажуваат лицата со деменција, како што се агитација, агресија, отпор кон негата или вербални испади. Неможноста за ефикасно да се реагира и да се справат со овие однесувања може да ја влоши вознемиреноста и загриженоста на негувателот, што доведува до чувство на беспомошност. Сведочењето на когнитивниот пад и губењето на меморијата кај лицата дијагностицирани со деменција може да предизвика вознемиреност и загриженост кај негувателите, бидејќи тие се борат со

импликациите на прогресивно когнитивно оштетување. Загриженоста за способноста на примателите на нега да ги извршуваат секојдневните задачи, да донесуваат одлуки и да одржуваат независност, исто така може да ја поттикне вознемиреноста на негувателите, а со тоа да влијае на нивната способност да обезбедат соодветна грижа. Тие може да доживеат антиципативна анксиозност и загриженост за идната траекторија на деменција и предизвиците што претстојат додека состојбата напредува. Стравот од непознатото, неизвесноста за прогресијата и загриженоста за зголемениот товар на обврските за грижа може да придонесат за чувството на страв и вознемиреност кај негувателите. За појава на анксиозност придонесува и балансирањето со повеќе обврски, како што е негата, работата, домашните обврски и личните обврски. Негувателите едноставно се борат да најдат време за грижа за себе и релаксација. Ваквиот постојан притисок за исполнување на барањата и одговорностите ги засилува чувствата на стрес и анксиозност, што доведува до физичка и емоционална исцрпеност. Финансиските грижи поврзани со трошоците за нега, губење на приход и идното финансиско планирање влијаат за влошување на вознемиреноста. Загриженоста на негувателите за нивната финансиска стабилност и безбедност е поврзана со трошоците за медицинската нега, лековите, модификациите во домот и услуги за долгорочна нега. Социјалната изолација и недостатокот на поддршка од пријателите, семејството и мрежите на заедницата ги интензивираат и влошуваат чувствата на осаменост, со тоа засилувајќи ја нивната анксиозност.

Обезбедувајќи им на негувателите пристап до информации, советодавни услуги и групи за поддршка, давателите на здравствени услуги и организациите во заедницата можат да помогнат во ублажувањето на анксиозноста и загриженоста на негувателите.

5.3.1 Симптоми на анксиозност кај негувателите

Симптомите на анксиозност кај негувателите на лица со деменција може да се манифестираат на различни начини. Овие симптоми може да флуктуираат со текот на времето, истите се поттикнати од стресот, неизвесноста и емоционалниот напор поврзан со улогата на негувател. Вообичаените симптоми на анксиозност што ги

доживуваат негувателите се:

- постојана загриженост (негувателите доживуваат постојана, прекумерна грижа за здравјето, безбедноста и благосостојбата за лицата со деменција. Тие постојано се на штрек од потенцијални несреќи, медицински итни случаи или забележување на прогресија на симптомите на примателот на нега.);
- немир (анксиозноста може да се манифестира како чувство на немир или неможност за опуштање, дури и за време на одмор.);
- раздразливост (Негувателите кои доживуваат анксиозност може да станат лесно раздразливи, особено кога се соочуваат со предизвици или пречки во рутината на негата. Тие имаат помал праг на толеранција на фрустрации и посилна реакција кога се изложени на стресни фактори.);
- нарушена концентрација (Анксиозноста може да ја наруши способноста на негувателите да се концентрираат и да се фокусираат на задачите, што доведува до когнитивни потешкотии и намалена продуктивност.);
- соматски симптоми (анксиозноста често се манифестира со физички симптоми како мускулна напнатост, главоболки, стомачни болки и треперење. Негувателите може да ги искусат овие физички манифестации на анксиозност како резултат на хроничен стрес и напнатост.);
- нарушувања на спиењето (Анксиозноста може да ги наруши шемите на спиење на негувателите, што доведува до потешкотии при заспивање, немирен и неквалитетен сон.);
- хипервнимателност (Негувателите често доживуваат хипербудност, постојано скенираат знаци на вознемиреност или промени во состојбата на примателот на нега.);
- избегнување (Во некои случаи, негувателите употребуваат избегнување како одбрамбен механизам за справување со анксиозноста. Тие може да избегнат тешки разговори, одредени задачи околу негата или ситуации кои ја поттикнуваат нивната анксиозност, што може да доведе до дополнителна вознемиреност и избегнување на одговорностите.);
- страв (Негувателите кои доживуваат анксиозност, чувствуваат загриженост за иднината. Иако се борат да одржат позитивен став, често се чувствуваат обземени од песимистички мисли.) и

- социјална изолација (Анксиозноста може да доведе до социјално повлекување и изолација бидејќи негувателите се плашат да бидат осудени или погрешно разбрани од другите, доколку ги споделат своите потешкотии или побараат помош при справување со одговорностите.)

Со рано решавање на симптомите на анксиозност, негувателите можат подобро да се справат со предизвиците на негата на лице со деменција.

Депресија

Депресијата е нарушување на менталното здравје кое се карактеризира со постојано чувство на тага, безнадежност и губење на интерес или задоволство за активностите во кои лицата предходно уживале. Станува збор за сложена состојба, што може да се појави кај лица од сите возрасти и остава значителни последици на емоционален, когнитивен и физички план.

Светската здравствена организација (СЗО) ја дефинира депресијата како ментално нарушување кое се карактеризира со постојана тага, губење на интерес или задоволство, чувство на вина или ниска самодоверба, нарушен сон или апетит, чувство на замор и слаба концентрација.

Депресијата може да перзистира во подолг временски период или да е краткотрајна, но со повторливи епизоди. И во двата случаи значително ја нарушува способноста на лицето да функционира во секојдневниот живот. Во нејзината најтешка форма депресијата може да доведе и до суицидална идеација. Депресивните епизоди може да бидат предизвикани од негативни животни настани, психолошка траума или хроничен стрес.

Таа се манифестира на различни начини, со симптоми кои се движат од благи до тешки и влијаат на повеќе области од животот. Покрај основните симптоми наведени во Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања (DSM-V), лицата со депресија може да доживеат раздразливост, немир, физички болки, когнитивни оштетувања (како што се нарушена концентрација, мнестички потешкотии или отежнато донесување на одлуки), како и социјално повлекување. Депресијата може да се појави во комбинација со други нарушувања на менталното здравје, како што се анксиозност, злоупотреба на супстанции и нарушувања во исхраната, што дополнително ја комплицира дијагнозата и третманот.

Нејзиното влијание врз секојдневното функционирање и квалитетот на животот е големо. Депресивното расположение остава последици на работата, училиштето и меѓучовечките односи, односно доведува до неспособност за исполнување на работните задачи, намалени академски перформанси и социјална изолација. Физичките симптоми како што се замор, нарушувања на спиењето и промени во апетитот може дополнително да ги влошат функционалните оштетувања

поврзани со депресијата.

Развојот на депресијата е под влијание на комбинација на генетски, биолошки и психолошки фактори. Семејната историја на депресија, трауматски животни настани, хроничниот стрес, злоупотреба на супстанции и медицински состојби како што се хронични болести или невролошки нарушувања се потенцијални ризик фактори за појава на депресија. Исто така, нерамнотежата во невротрансмитерите (како што се серотонин, допамин и норепинефрин) и промените во структурата и функцијата на мозокот, се важен сегмент во патофизиологијата на депресијата.

Депресијата е состојба која може да се лекува. Достапни се повеќе третмани за помош на лицата со депресија, со цел за ефективно справување со симптомите и подобрување на нивниот квалитет на живот. Овие третмани вклучуваат психосоцијални интервенции (когнитивно-бихејвиорална терапија, интерперсонална терапија или психодинамска терапија), медикаментозна терапија (антидепресиви) и модификации на животниот стил (вежбање, здрава исхрана, техники за намалување на стресот и социјална поддршка). Третманите се индивидуализирани и се базираат врз основа на сериозноста на симптомите, основните причини за појава на депресијата и индивидуалните преференции.

6.1 Преваленција и ризик фактори за појава на депресија

Депресијата е број еден причина за загриженост кога станува збор за менталното здравје. Преваленцијата на депресијата варира меѓу популациите со бројни ризик фактори кои придонесуваат за нејзиниот развој. Таа е едно од најчестите нарушувања на менталното здравје на глобално ниво кое погодува милиони луѓе секоја година. Според Светската здравствена организација депресијата е водечка причина за нарушено ментално здравје во светот, со околу 264 милиони засегнати луѓе (WHO, 2017 година). Преваленцијата на депресијата варира во зависност од возраста, полот и географскиот регион, при што повисоки стапки се забележани кај жените, адолесцентите и лицата кои живеат во земји со низок и среден економски раст. Депресијата може да се манифестира на која било возраст, од детство се до доцна зрелост. Нејзиното влијание врз функционирањето и квалитетот на животот на лицата е длабоко.

Бројни ризик фактори придонесуваат за развој на депресија. Тие опфаќаат биолошки, психолошки, социјални и еколошки домени. Додека индивидуалните фактори на ризик може да варираат, појавата на повеќе фактори истовремено често ја зголемува подложноста за појава на депресија. Вообичаени фактори на ризик за појава на депресија вклучуваат генетска предиспозиција, биолошки фактори, психолошки фактори, социјални фактори, општа здравствена состојба и начин на живот.

Лицата со семејна историја на депресија се изложени на зголемен ризик да самите развијат депресивно растројство, што ја нагласува улогата на генетската предиспозиција во ранливоста на депресијата. Во една студија за семејство и близнаци се покажа генетска компонента во развојот на депресијата, со проценки за наследноста кои се движат од 30% до 40% (Sullivan et al., 2000).

Промените во хемијата и функцијата на мозокот, вклучително и дисрегулација на невротрансмитерските системи (серотонин, допамин, норепинефрин) и абнормалности во хипоталамо-хипофиза-надбубрежната оска (HPA), се појавуваат како фактор во патофизиологијата на депресијата (Nestler ., 2002). Нерамнотежата во овие биолошки системи може да придонесе за дисрегулација на расположението и да ја зголеми подложноста за појава на депресија.

Психолошките фактори, како што се карактеристиките на личноста, одбрамбените механизми и когнитивните предрасуди, играат значајна улога во развојот и текот на депресивното расположение. Негативните когнитивни модели, руминација, самокритичност и чуство на беспомошност, се поврзани со зголемен ризик од појава на депресија (Beck et al., 1979). Индивидуите со неприлагодливи стратегии за справување, како што се избегнување и руминација, се поранливи и имаат поголеми шанси да развијат депресивни симптоми како одговор на стресорот.

Несаканите животни настани, како што се трауми во детството, губење на сакана личност, интерперсонални конфликти, финансиските проблеми и хроничен стрес, се значајни ризик фактори за појава на депресија (Kendler et al., 1999). Социјалната изолација, недостатокот на социјална поддршка и изложеност на социо-економски потешкотии, исто така, придонесуваат за развој на оваа состојба, особено кај ранливите популации.

Хроничните медицински состојби, злоупотребата на супстанции, лошиот

квалитет на сонот и нездравиот начин на живот (како што се седентарен начин на живот, лошата исхрана и пушењето) се исто така поврзани со зголемен ризик за појава на депресивно расположение (Richardson et al., 2012).

6.2 Видови на депресија

Депресијата опфаќа спектар на различни типови и подтипови, од кои секој се карактеризира со специфични карактеристики и симптоми. Точната дијагноза е клучна за планирање на третманот и обезбедување насочени интервенции на лицата погодени од ова нарушување.

Големо депресивно растројство (major depressive disorder) или клиничка депресија, е нарушување на расположението кое значително ја нарушува способноста на лицето да функционира во секојдневниот живот. Според Дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални нарушувања (DSM-V), овој тип на депресијата се карактеризира со присуство на пет или повеќе од следните симптоми истовремено, во период од две недели, при што барем еден од симптомите да е депресивно расположение или губење на интерес или задоволство:

- депресивно расположение во поголемиот дел од денот, речиси секој ден;
- значително намален интерес или задоволство за сите или речиси сите активности поголемиот дел од денот;
- значително губење или зголемување на телесната тежина или намалување или зголемување на апетитот;
- несоница или хиперсомнија речиси секој ден;
- психомоторна агитација или ретардација;
- замор или губење на енергија;
- чувство на безвредност или прекумерна вина;
- намалена способност за размислување или концентрација или неодлучност и
- повторливи мисли за смрт, повторливи самоубиствени идеи без конкретен план, или обид за самоубиство или специфичен план за самоубиство

Постојаното депресивно растројство, порано познато како дистимија, е хронична форма на депресија која се карактеризира со постојано слабо расположение

кое трае најмалку две години кај возрасните (една година кај деца или адолесценти). Лицата со перзистентно депресивно растројство ги имаат истите симптоми како и лицата со клиничка депресија, но со поблаг интензитет.

Биполарно растројство, претходно познато како манично-депресивна болест, е нарушување на расположението кое се карактеризира со наизменични периоди на депресија и манија или хипоманија. Кај биполарното растројство тип I, лицата доживуваат епизоди на целосна манија, кои може да вклучуваат покачено расположение, зголемена енергија или активност, забрзан мисловен тек и непромислено однесување. Кај биполарното растројство тип II, лицата доживуваат епизоди на депресија наизменични со хипоманија, помалку тешка форма на манија. Биполарното растројство бара внимателно управување со стабилизатори на расположението, антидепресиви и психотерапија.

Сезонското афективно растројство е подвид на депресија која се карактеризира со повторливи депресивни епизоди кои се случуваат сезонски, обично во текот на есенските и зимските месеци кога дневните часови се пократки. Лицата со сезонско афективно растројство најчесто се оплакуваат од следниве симптоми: ниска енергија, прекумерно спиење, зголемување на телесната тежина и желба за јаглени хидрати. Најчесто користени третмани се светлосната терапија, психотерапијата и модификациите на животниот стил (како што се редовно вежбање и изложување на природна сончева светлина).

Постпарталната депресија е тип на депресија што се јавува по породувањето, а влијае на приближно 10-15% од жените во првата година по породувањето. Симптомите на постпородилна депресија вклучуваат чувство на тага, вина, несоодветност, раздразливост и тешкотии во поврзувањето со бебето. Постпарталната депресија бара брзо препознавање и интервенција за да се обезбеди адекватна нега и поддршка за доброто и на мајката и на бебето.

6.3 Депресија кај негувателите

Депресијата е вообичаена и широко распространета состојба меѓу негувателите. Истражувањата покажуваат повисоки стапки на појава на депресивни симптоми кај негувателите во споредба со општата популација. Во едно такво

истражување, научниците откриле дека негувателите на лица со деменција, се изложени на зголемен ризик да доживеат депресија поради хроничниот стрес, емоционалниот товар и социјалната изолација поврзани со одговорностите околу негата. Напорната природа на негата, заедно со прогресивната природа на деменција и непредвидливоста на нејзините симптоми, ги влошува чувствата на тага, безнадежност и очај кај негувателите. (Cooper et al. 2007).

Депресијата и нарушувањата на расположението значително влијаат на менталното здравје на негувателите, квалитетот на животот и способноста да се обезбеди ефикасна нега. Тие доживуваат очекувана тага додека ја предвидуваат идната загуба на когнитивните способности и сеќавањата на своите блиски. Тагата се интензивира во текот на давањето на нега, поради сведоштвото на прогресијата на болеста и постепеното опаѓање на функционирањето на лицето дијагностицирано со деменција.

Мнестичките потешкотии вклучуваат губење на заеднички спомени и искуства. Болеста ја намалува способноста на лицето да се сети на своите најблиски. Негувателите тагуваат поради загубата на поранешното јас на нивното сакано лице бидејќи деменцијата ја менува нивната личност, однесување и идентитет. Справувањето со овие промени во личноста и на однесувањето, предизвикува фрустрација и чувство на загуба кај негувателите.

Негувателите на лица со деменција се соочуваат со двосмислена загуба, односно и покрај физичкото присуство на лицето, тие жалат за загубата на независноста и автономијата на примателот на негата, како и способноста да тоа ги извршува најобичните активности од секојдневниот живот без помош. Урамнотежувањето на чувството на љубов и приврзаноста со примателот на нега и реалноста на тековните загуби и промените во способностите на лицата со демнција, е најголемиот емоционален предизвик за негувателите.

Како што напредува деменцијата, негувателите се соочуваат со сериозни прашања и одлуки за текот на негата на лицето со деменција. Ова вклучува размислувања за болнички услуги, палијативна нега, како и справување со изгледите за евентуален крај на животот на нивната сакана личност. Поддршката на негувателите во справувањето со тагата и загубата бара повеќеслоен пристап кој опфаќа грижа за себе, емоционална поддршка и стратегии за справување.

Поттикнувањето на негувателите да дадат приоритет на сопствената благосостојба, да бараат поддршка од другите и да се вклучат во активности кои промовираат грижа за себе, може да им помогне полесно да се носат со процесот на тагување и да ја зголемат својата издржливост. Ова бара сочувствителен и поддржувачки пристап кој ги признава чувствата на негувателите, ги потврдува нивните искуства и обезбедува ресурси и поддршка за справување со нивната тага.

6.3.1 Симптоми на депресија кај негувателите

Депресијата има значителни последици врз менталното здравје, благосостојбата и способноста на негувателите да дадат ефикасна нега. Депресивното растројство може да го наруши физичкото здравје на негувателите, да го зголеми ризикот од хронични медицински состојби и да ги влоши постоечките коморбидитети.

Депресијата доведува до губење на интерес за претходно пријатни активности, хобија, како и социјална изолација. Негувателите едноставно се повлекуваат од социјалните активности, се дистанцираат од пријателите и семејството поради недостаток на енергија, немање на мотивација и намалаената способност за уживање во претходно пријатните активности. Тие често имаат зголемена раздразливост, лесно се возбудуваат и имаат промени во расположението, што ги затегнува односите и комуникацијата со примателите на нега и другите членови на семејството.

Таа често се манифестира како постојан замор, ниско ниво на енергија и физичка исцрпеност кај негувателите, дури и по соодветен одмор. Негувателите се борат да најдат мотивација и енергија за извршување на секојдневните задачи и обврски околу негата, што доведува до чувство на летаргија и апатија.

Исто така таа ги нарушува шемите на спиење на негувателите, што доведува до потешкотии при заспивањето, влијае на квалитет и на должината на сонот. Сомниопатијата го попречува нормалното функционирање како на емоционален и физички, така и на ментален план. Нарушувањата на спиењето го влошуваат чувството на замор, ги влошуваат нарушувањата на расположението и општата издржливост на негувателите.

Депресијата доведува и до нарушување на исхраната, односно промени во апетитот и тежината кај негувателите, при што некои негуватели имаат зголемен апетит и зголемување на телесната тежина, додека други имаат намален апетит и губење на тежината. Овие нарушувањата во обрасците на исхрана и промените во тежината дополнително да влијаат на психо-соматското здравје.

Негувателите со депресија често доживуваат чувство на вина, безвредност и самообвинување, особено ако се сметаат себеси за неадекватни или неспособни да ги задоволат потребите на лицата за кои се грижат. Во тие моменти, константно ја преиспитуваат својата компетентност, ефективност и вредност во улогата на негувател, што доведува до зголемена самокритичност и негативна самоперцепција.

Во случај на појава на тешка депресија, кога чувствата на безнадежност и очај се огромни, кај негувателите постои ризик за појава на суицидна идеација па дури и суицидален обид.

Потребно е редовно да се врши скрининг и проценка, за да се идентификуваат и да се поддржат негувателите кои се изложени на ризик. И да им се обезбеди пристап до услуги за унапредување на ментално здравје. Психосоцијалните интервенции, како што се советување, групи за поддршка и психоедукација, можат да им помогнат на негувателите при пронаоѓање на адекватни стратегии за справување, емоционална поддршка и валидација на нивните искуства. Здравствените работници и соработници играат клучна улога во идентификувањето и справувањето со депресијата кај негувателите преку рутински скрининг, проценка и упатување до соодветни услуги за поддршка.

Фактори кои влијаат на појавата на анксиозност и депресијата кај негувателите

Анксиозноста и депресијата се распространети ментални нарушувања помеѓу негувателите. Тие произлегуваат од мноштво фактори кои придонесуваат за нивната ранливост и подложност на овие состојби. Оптоварувањето на негувателите се однесува на физичкиот, емоционалниот и финансискиот притисок што го доживуваат како резултат на нивните одговорности околу негата. Високите нивоа на оптоварување се поврзани со зголемен ризик од појава на анксиозност и депресија.

Негувателите често чувствуваат како да ја губат контролата врз нивните животи. Чувството на беспомошност, несигурност и немоќ придонесува за зголемено ниво на анксиозност и депресија кај негувателите, бидејќи тие се борат да се справат со предизвиците поврзани со негата. Самата нега често бара вложување на значително време и енергија, оставајќи ги негувателите со ограничени можности за социјализација и грижа за себе.

Несоодветна поддршка од членовите на семејството, пријателите или здравствените работници, дополнително ја влошува анксиозноста и депресијата, бидејќи негувателите се оставени сами да се справуваат со емоционалната комплексност на негата и неизбежните загуби поврзани со болеста на нивните блиски. Тие често се чувствуваат преоптоварени, изолирани и неподдржани.

7.1 Фактори поврзани со пациентот

Предизвиците и стресните фактори поврзани со негата не се само под влијание на искуствата на негувателот, туку и на факторите поврзани со пациентот, односно зависат и од карактеристиките и однесувањето на примателот на нега, како што е фазата на деменција, степенот на когнитивното оштетување и бихејвиоралните нарушувања.

Фазата на деменцијата е значаен фактор што влијае на анксиозноста и депресијата на негувателите. Негувателите на лица во напреден дементен стадиум, имаат поголем психолошки стрес и емоционален товар во споредба со негувателите на лица со почетна дементна состојба. Когнитивното оштетување резултира со

промени во однесувањето, промени на личноста и влијае на комуникациските способности, што ја прави негата понапорна и постресна. Исто така при нега на лица, каде што покрај тешко когнитивно оштетување се присутни и соматски потешкотии, при што лицето е целосно зависно од негувателот, очекаувано е да се појави зголемено ниво на анксиозност и депресија кај негувателите.

Бихејвиоралните нарушувања, како што се агитација, агресија, талкање и отпорност кон негата се вообичаени манифестации на деменцијата. Справувањето со овие предизвикувачки однесувања ги нарушат дневните рутини на негувателите, ги зголемуваат нивните одговорности и влијаат на односот меѓу негувателот и примателот на нега.

Емоционалните потреби на примателот на нега, како што се емоционална вознемиреност, зависност и нарушувања на расположението, влијаат на менталното здравје и благосостојба на негувателите. Негувателите може да се чувствуваат преоптоварени затоа што освен задоволување на емоционалните барања на корисниците на нега, се справуваат и со давање утеха, уверување и емоционална поддршка и на нивните најблиски, додека прават урамнотежување и со сопствените емоционални потреби.

Позитивните односи помеѓу негувателот и примателот на нега, кои се карактеризираат со меѓусебно почитување, доверба и отворена комуникација може да ги заштитат негувателите од негативните ефекти на стресните фактори и да ја подобрат нивната издржливост и способност за справување со предизвиците. Спротивно на тоа, затегнатите или конфликтните односи го влошуваат чувството на анксиозност, депресија и емоционална вознемиреност кај негувателите.

7.2 Фактори поврзани со негувателите

Факторите поврзани со негувателите ги опфаќаат индивидуалните карактеристики, стратегиите за справување и личните искуства кои ги обликуваат одговорите на негувателите на предизвиците и стресните фактори.

Карактеристиките на личноста, имаат големо влијание на појавата на анксиозност и депресија. Негувателите кои поседуваат лични особини како што се издржливост и оптимизам, може полесно да се справат со барањата на негата и

стресните фактори. Спротивно на тоа, негувателите со црти на невротичност, песимизам и перфекционизам се поподложни на појава на анксиозност и депресија, бидејќи полесно доживуваат зголемени нивоа на вознемиреност.

Изборот на стратегии за справување е многу важен и влијае на способноста на негувателите да се носат со стресот и да се прилагодат на потребите на негата. Ефективните стратегии за справување, како што се барањето социјална поддршка и решавањето на проблемите, ги заштитуваат негувателите од негативните ефекти на стресните фактори. Спротивно на тоа, неприлагодливите стратегии за справување, како што се избегнување, самообвинување и употреба на супстанции, само ги влошуваат симптомите на анксиозност и депресија, што доведува до зголемен психолошки стрес и нарушено функционирање.

Грижата за сопственото здравје е исто така важен фактор кога станува збор за благосостојбата на негувателите. Негувателите кои даваат приоритет на активностите како што се вежбање, техники за релаксација и се ангажираат во пријатни активности, имаат пониски нивоа на анксиозност и депресија во споредба со негувателите кои ги занемаруваат своите потреби и своето здравје.

Социјалната поддршка игра клучна улога во заштитата на негувателите против негативните ефекти на стресните фактори кои произлегуваат од давањето нега. Барањето на социјалната поддршка им обезбедува на негувателите емоционална валидација, практична помош и можности за социјализација, намалувајќи ги чувствата на изолација и осаменост и со тоа ги подобрува нивните способности за справување со товарот.

Негувателите често чуствуваат напор и стрес, а тоа произлегува од очекувањата и обврските кои се поврзани со нивната улога на негувател, особено кога истите не може да ги исполнат во целост. Напнатоста се однесува и на предизвиците и конфликтите поврзани со исполнувањето на улогата на негувател, но и преоптоварување со други улоги на пример родител, дете, одговорен за спремање на храна, одговорен за давање на медицинска терапија и слично, како и евентуален конфликт на улогите. Идентитетот и самопочитта на негувателите се испреплетаува со нивната улога на давател на нега, што доведува до чувство на загуба, фрустрација и намалена самодоверба, особено доколку самите сметаат дека не ги исполнуваат очекувањата што придонесува за појава на анксиозност и депресија.

II ДЕЛ – МЕТОДОЛОШКИ ПРИСТАП НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Проблем на истражување

Нега на лица со деменција претставува извор на физички, емоционален и психолошки стрес за негувателите, без разлика дали станува збор за семејни или професионални негуватели. Овие предизвици се особено изразени кај негувателите во Република Северна Македонија, каде што недостигаат организирани поддржувачки системи, помош и програми за намалување на психолошкиот товар.

Во Република Северна Македонија недостасуваат научни истражувања кои детално ги разгледуваат и споредуваат специфичните предизвици со кои се соочуваат овие две групи негуватели. Особен е недостатокот на податоци за тоа како нивото на анксиозност и депресија варира меѓу овие групи и кои фактори, како што се психосоцијалната поддршка, траењето на негата или степенот на когнитивно оштетување кај лицето со деменција, придонесува за појава на овие состојби.

Главниот проблем на истражувањето е да се идентификуваат и анализираат разликите во психолошкиот товар кај семејните и професионалните негуватели, со фокус на нивото на анксиозност и депресија.

Цели и задачи на истражувањето

Главната цел на ова истражување е да се испита психолошката состојба на семејните и професионалните негователи на лица со деменција, со акцент на анксиозноста и депресивните симптоми. Истражувањето, исто така, има за цел да ја анализира корелацијата помеѓу овие психолошки состојби и фактори како што се психосоцијалната поддршка, возраста на негувателите, стадиумот на деменција и траењето на негата. Преку ваков пристап, истражувањето ќе понуди научна основа за креирање на интервенции и политики кои ќе ги намалат негативните последици врз психолошкото здравје на негувателите.

2.1 Научна цел на истражувањето

Научната цел на истражувањето е да се добијат сознанија за разликите во нивото на анксиозност и депресивни симптоми кај семејните и професионалните негователи на лица со деменција. Истражувањето се стреми да:

- го испита и спореди нивото на анксиозност и депресија кај семејните и професионалните негователи;
- анализира како различни фактори, како што се психосоцијалната поддршка, траењето на негата, возраста на негувателите, стадиумот на деменција и типот на негувател, влијаат врз нивниот психолошки статус;
- ги истражи потенцијалните корелации помеѓу анксиозноста и депресивните симптоми кај негувателите;
- обезбеди емпириски податоци за психолошките состојби на негувателите во градовите Неготино и Кавадарци во Република Северна Македонија и
- помогне во развој на модели за интервенција и поддршка на негувателите.

Со исполнувањето на овие цели, истражувањето ќе придонесе кон подобро разбирање на психолошките и емоционалните предизвици со кои се соочуваат негувателите и ќе постави основа за идни научни и практични интервенции.

2.2 Практична цел на истражувањето

Практичната цел на истражувањето е насочена кон креирање конкретни и ефективни стратегии за унапредување на психолошката благосостојба на негувателите. Ова подразбира:

- развој на интервенциски програми кои ќе овозможат превенција и третман на анксиозност и депресија кај негувателите преку применливи техники за справување со стрес;
- формирање на поддржувачки групи кои ќе поттикнат социјална поврзаност и ќе ја намалат изолацијата кај негувателите;
- обезбедување на обуки за негувателите со цел подобрување на нивните знаења и вештини за справување со психолошките предизвици кои произлегуваат од негата на лица со деменција;
- подготовка на информативни материјали и практични водичи кои ќе им помогнат на негувателите да препознаат рани знаци на анксиозност и депресија и да побараат соодветна помош и
- поттикнување на локалните заедници за воведување структурирани услуги за поддршка на негувателите, особено оние кои се грижат за лица со напреден стадиум на деменција.

Овие практични цели ќе се реализираат преку соработка со релевантни институции, невладини организации и здравствени центри кои работат во областа на менталното здравје. Долгорочно, ова истражување ќе овозможи развој на одржливи системи за поддршка кои ќе ги опфатат специфичните потреби на негувателите во различни општествени контексти.

Резултати од досегашни истражувања

Истражувањата во областа на негата на лица со деменција ги истакнуваат значајните психолошки предизвици со кои се соочуваат негувателите. Овие истражувања ја потврдуваат потребата од понатамошно проучување на психолошкиот товар, посебно во контекстот на Република Северна Македонија.

Pinquart и Sörensen (2003) покажуваат дека постојат значајни разлики во психолошкото здравје на негувателите на лица со деменција и негувателите на лица со други хронични болести. Според нив, семејните негуватели на лица со деменција се соочуваат со повисоки нивоа на анксиозност и депресија, што најчесто произлегува од емоционалната поврзаност со пациентот. Овие наоди ги потврдуваат и Cooper и соработниците (2007), кои исто така истакнуваат дека прогресијата на деменцијата и нејзината непредвидливост значително го зголемуваат стресот кај негувателите, правејќи ја негата многу исцрпувачка.

Prince и соработниците (2013) укажуваат на тоа дека деменцијата е глобален здравствен проблем со голем демографски ефект. Тие наведуваат дека напредните стадиуми на деменцијата особено го погодуваат психолошкото здравје на негувателите. Слично, Светската здравствена организација (2017) истакнува дека анксиозноста кај негувателите е во пораст и препорачува развој на програми за поддршка.

Извештајот на Alzheimer's Association (2021) дополнително нагласува дека староста е најголемиот ризик-фактор за развој на деменција. Во напредните фази на болеста, потребата од постојана грижа на пациентите создава голем психолошки товар на негувателите, што доведува до зголемени нивоа на анксиозност и депресија.

Cheng и соработниците (2020) истакнуваат дека семејните негуватели често се чувствуваат социјално изолирани, со недостаток на време за себе, што дополнително ја зголемува нивната анксиозност и депресија. Sallim и соработниците (2021) исто така потврдуваат дека психолошките нарушувања се широко распространети кај негувателите, особено кај оние кои се грижат за лица во напреден стадиум на деменција.

Zarit и соработниците (2022) пак, укажуваат дека професионалните негуватели, иако имаат пристап до психосоцијална поддршка, се соочуваат со хроничен замор и стрес поради големиот обем на работа. Ова придонесува кон развој на депресивни симптоми и синдром на согорување.

Сите овие истражувања покажуваат дека интервенциските програми кои вклучуваат едукација, поддршка за справување со стресот и социјална поврзаност, се клучни за намалување на психолошкиот товар. Овие програми ги зајакнуваат вештините на негувателите и истовремено создаваат мрежи на социјална поддршка, со што се подобрува квалитетот на нивниот живот.

Заклучно, овие истражувања ја нагласуваат важноста на адаптирањето на глобалните искуства на локалните услови. Во Република Северна Македонија, каде што поддршката за негувателите е ограничена, постои јасна потреба за развој на специјализирани програми и стратегии кои ќе го намалат психолошкиот товар на семејните и професионалните негуватели.

Предмет на истражувањето

4.1 Теоретско определување на предметот на истражување

Предметот на ова истражување е психолошката состојба на негувателите на лица со деменција, со посебен акцент на анксиозноста и депресивните симптоми. Истражувањето има за цел да анализира како различни фактори, како што се типот на негувател (семеен или професионален), степенот на когнитивно оштетување кај пациентите, времетраењето на негата, возраста на негувателите или психосоцијалната поддршка влијаат на појавата и интензитетот на анксиозност и депресија кај негувателите.

Деменцијата како хронично и прогресивно нарушување на когнитивните функции на поединецот, носи со себе значајни предизвици за психолошкото здравје на лицата кои им обезбедуваат нега. Анксиозноста и депресијата се најчестите психолошки нарушувања кај негувателите, како резултат на хроничниот стрес и постојаните напори при грижата за лицата со деменција. Овие симптоми се значајни не само поради нивното влијание на квалитетот на животот на негувателите, туку и поради нивната способност да го нарушат нивното физичко здравје и социјално функционирање.

Теоретски, ова истражување ќе се потпре на следниве два основни концепти.

- Анксиозност – Анксиозноста се карактеризира со чувство на постојан страв, напнатост и загриженост. Кај негувателите на лица со деменција, таа често произлегува од континуираната грижа за здравјето и безбедноста на пациентот, како и од стресот поврзан со непредвидливоста на болеста. Овој симптом може да се манифестира преку панични напади, општа загриженост или хронична нервоза.
- Депресија – Депресијата кај негувателите на лица со деменција се карактеризира со долготрајно чувство на безнадежност, безволност, губење на интерес за секојдневните активности и намалена енергија. Долготрајната нега и недоволната социјална поддршка можат да придонесат за развој на депресивни симптоми.

4.2 Хипотези

Општа хипотеза:

Се претпоставува дека негувателите кои се членови на семејството ќе покажат повисоки нивоа на анксиозност и депресивни симптоми во споредба со професионалните негуватели во однос на времетраењето на негата, возраста на негувателите, психосоцијалната поддршка и стадиумот на деменцијата.

Помошни хипотези:

1. Присутна е статистички значајна разлика во присуството на анксиозни и депресивни симптоми кај лицата кои што се грижат за лице со деменција, а се членови од семејството и лица негуватели кои што не се членови од семејството.
2. Со зголемување на годините поминати како негувател на лице со деменција се зголемува и нивото на анксиозност и депресија кај семејните и професионалните негуватели.
3. Присутна е статистички значајна разлика во степенот на анксиозност и депресија помеѓу семејните и професионалните негуватели на возраст од 18 до 45 години и над 45 години.
4. Семејните и професионалните негуватели на лице со деменција кои добиваат психосоцијална поддршка имаат помал степен на анксиозност и депресија, во споредба со оние кои што ја немаат таа поддршка.
5. Семејните и професионалните негуватели кои што се грижат за лице со напреден дементен стадиум имаат повисок степен на анксиозност и депресија, во споредба со негувателите кои што се грижат за лице со ран, односно среден дементен стадиум

4.3 Варијабли

Независни варијабли:

- Тип на негувател (член на семејството; професионален негувател);
- Возраст на негувателот;
- Стадиум на деменција;
- Времетраење на негата и
- Психосоцијална поддршка.

Зависни варијабли:

- Ниво на анксиозност (мерено со HAM-A) и
- Ниво на депресивни симптоми (мерено со HAM-D).

Метод на истражување, техники и инструменти

5.1 Метод на истражување

За потребите на ова истражување, ќе се користи квантитативен метод. Квантитативниот метод е избран бидејќи нуди објективен начин за мерење на нивото на анксиозност и депресија кај негувателите, а истовремено овозможува да се направи споредба помеѓу различните типови негуватели – семејни и професионални. Истражувањето ќе се спроведе како крос-секциона студија, што значи дека ќе биде анализирана психолошката состојба на негувателите во одреден момент. Главната цел на ова истражување е да се откријат факторите што влијаат на нивото на анксиозност и депресија кај различните типови негуватели.

5.2 Техники за собирање на податоци

Основната техника за собирање податоци во ова истражување е анкетирањето со употреба на стандардирани инструменти за проценка. На учесниците им беа доставени скалите HAM-A и HAM-D, заедно со демографски прашалник, при што тие беа целосно информирани за целта на истражувањето и процесот. Инструментите беа пополнети под директен надзор, што овозможи систематско и прецизно прибирање на податоци. Овој пристап беше клучен за обезбедување на валидни и доверливи резултати, кои подоцна беа анализирани со софтверот SPSS, користејќи Пирсонова корелација и t-тест за статистичка обработка на податоците.

5.3 Инструменти

Во истражувањето ќе се користат три основни инструменти за собирање податоци:

1. Скала за анксиозност на Хамилтон (HAM-A) – која се состои од 14 ајтеми, кои опфаќаат различни аспекти на анксиозноста, вклучувајќи психо-соматски компоненти. HAM-A е широко применувана во клиничката и истражувачката практика како стандардизиран инструмент за проценка на интензитетот на анксиозноста кај пациенти (Hamilton, 1959).
2. Скала за депресија на Хамилтон (HAM-D) – овој инструмент има 17 ајтеми кои се фокусираат на различни аспекти на депресијата, како што се расположението, когнитивните промени и соматските симптоми. HAM-D исто така е широко применувана скала за процена на депресивни симптоми во клинички истражувања (Hamilton, 1960).
3. Демографски прашалник – креиран од страна на истражувачот за потребите на истражувањето, се состои од 17 прашања кои овозможуваат добивање информации за учесниците, како што се пол, возраст, ниво на образование, времето поминато во нега на лице со деменција, како и други релевантни социодемографски карактеристики.

5.4 Методи на анализа на податоци

Собраните податоци преку примената на скалите за анксиозност (HAM-A) и депресија (HAM-D), како и демографскиот прашалник, ќе се обработат и анализираат со програмата SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Ова ќе овозможи детална анализа на податоците и донесување точни и валидни заклучоци.

За обработка на собраните податоци, ќе се користат следниве статистички техники:

1. Дескриптивна статистика – ќе обезбеди основна прегледност на податоците, пресметувајќи мерки на централна тенденција (просек, медијана и модус), како и мерки на дисперзија (стандардна девијација и варијанса). Ова ќе овозможи идентификување на основните трендови и варијации во анксиозноста и депресијата кај негувателите.

2. Инференцијална статистика – ќе се користи за донесување заклучоци за популацијата врз основа на податоците од примерокот. Примената на Пирсинова корелација и t-тест за независни примероци ќе овозможи анализа на линеарните односи помеѓу променливите и разликите меѓу групите (семејни и професионални негователи).

    - Корелација (Пирсинова корелација) – ќе се користи за истражување на поврзаноста помеѓу различни променливи. Примената на овој метод ќе ни помогне да утврдиме дали постои и колку силна е врската помеѓу овие променливи. Ќе го пресметаме коефициентот на корелација (r), а за проверка на статистичката значајност ќе го користиме нивото на значајност $p < 0,05$.
    - t-тест (независни примероци) – овој тест ќе се користи за споредба на просечните вредности на анксиозноста и депресијата помеѓу двете групи (семејни и професионални негователи). Претходно ќе се спроведе Levene's Test for Equality of Variances за да се провери дали варијансите на двете групи се хомогени, што е важно за точноста на анализата.

Примената на овие статистички методи ќе овозможи детална анализа на податоците.

Популација и примерок

Популацијата и примерокот беа внимателно дефинирани за да се обезбеди соодветност и релевантност на собраните податоци, со цел да се овозможи валидна анализа на психолошките состојби на негувателите на лица со деменција.

6.1 Популација

Популацијата која е предмет на истражувањето се состои од негуватели кои обезбедуваат директна, секојдневна нега на лица дијагностицирани со деменција, без оглед на стадиумот на болеста. Негувателите се поделени во две основни категории:

1. Семејни негуватели – членови на семејството кои го обезбедуваат поголемиот дел од негата. Оваа категорија најчесто вклучува сопружници или возрасни деца кои се директно вклучени во грижата за блиските со деменција, а поретко внуци или други роднини.
2. Професионални негуватели – лица ангажирани за давањеа нега, вработени во институции или преку проекти за нега во домот. Дел од професионалните негуватели беа вработени во ПУЗС Дом-Жана - Неготино, а дел беа ангажирани преку проект за обезбедување на услуги во домашни услови на Општинска организација на Црвен крст – Неготино.

6.2 Примерок

Примерокот беше формиран преку соработка со релевантни институции, вклучувајќи:

– ЈЗУ Општа болница со проширена дејност Кавадарци, каде беа селектирани семејни негуватели и

– ПУЗС Дом-Жана – Неготино и Општинска организација на Црвен крст –

Неготино, обезбедија пристап до професионални негуватели.

Примерокот се состои од вкупно 74 испитаници, подеднакво распределени помеѓу двете групи:

- 37 семејни негуватели.
- 37 професионални негуватели.

Оваа големина на примерокот беше избрана со цел да се обезбеди доволна статистичка сила за спроведување споредбена анализа и истражување на релациите помеѓу анксиозноста и депресијата кај двете категории негуватели.

6.2.1 Метод на селекција на примерокот и големина на примерокот

Методот на селекција на примерокот беше метод на погодност. Овој метод овозможи селекција на испитаници кои беа достапни и согласни за учество во истражувањето, преку соработка со ЈЗУ Општа болница со проширена дејност Кавадарци, Општинска организација на Црвен крст – Неготино и ПУЗС Дом-Жана – Неготино.

Големината на примерокот обезбедува статистички значајни резултати. Балансот помеѓу двете групи на испитаници овозможи директна споредба на анксиозноста и депресијата кај семејните и професионалните негуватели.

6.2.2 Критериуми за инклузија и ексклузија

Критериуми за инклузија:

- испитаници постари од 18 години (полнолетни);
- лица кои обезбедуваат секојдневна грижа за пациенти со деменција (семејни или професионални негуватели) и
- испитаници кои се согласиле доброволно да учествуваат во истражувањето.

Критериуми за ексклузија:

- лица кои имаат историја на сериозни психијатриски нарушувања кои можат да влијаат на нивната перцепција и одговори;
- испитаници кои не можат да пополнат прашалник поради когнитивни или физички ограничувања и
- негуватели на пациенти со други хронични состојби кои не се поврзани со деменција.

Примената на овие критериуми обезбеди хомогеност на примерокот во однос на неговата релевантност за целите на истражувањето и помогна во минимизирање на можни фактори кои би можеле да влијаат на точноста на резултатите или да доведат до систематски грешки.

Организација и спроведување на истражувањето

7.1 Подготовка на истражувањето

Подготовката на истражувањето се реализираше во периодот февруари-април 2024 година, кога беа дефинирани целите и задачите на истражувањето, избрани соодветните методи за анализа и изработен прашалникот. Собирањето на податоците се изврши во периодот мај-јуни 2024 година. Статистичката обработка на податоците беше завршена во јули 2024 година, по што започна анализата во септември 2024 година. По завршувањето на анализата, истражувањето премина во фазата на пишување на завршниот дел од трудот, како и подготовката за презентација на резултатите пред комисијата за одбрана на магистерскиот труд.

Главната цел беше да се испитаат анксиозноста и депресијата кај негувателите на лица со деменција, користејќи стандардизирани инструменти. За оваа цел беа применети Скалата за анксиозност на Хамилтон (HAM-A) и Скалата за депресија на Хамилтон (HAM-D). Овие скали се стандардизирани алатки за проценка на нивото на овие психолошки состојби.

Во рамките на подготовката беше изработена методологија за селекција на примерокот, при што се направи избор на соодветни институции и организации за соработка. Потпишани беа меморандуми со ЈЗУ Општа болница со проширена дејност Кавадарци, Општинска организација на Црвен крст – Неготино и ПУЗС Дом-Жана – Неготино, кои овозможија правно регулиран и етички процес за добивање согласност од учесниците. Преку овие соработки беше олеснета организацијата на истражувањето и обезбедена транспарентност во сите фази.

Професионалните негователи беа анкетирани преку состаноци во нивните институции, додека семејните негователи беа индивидуално контактирани и интервјуирани. Дополнително, беа разгледани етичките аспекти на истражувањето, со посебен акцент на заштитата на личните податоци на учесниците.

Процесот на подготовка вклучуваше логистичка организација, која вклучуваше:

- обезбедување инструменти за собирање податоци, како што се прашалник за демографски податоци и стандардизирани скали HAM-A и HAM-D;
- обезбедување простор за истражувањето, со што беа обезбедени простории од болницата, домот за стари лица и Црвениот крст, каде што беа организирани состаноците со семејните и професионалните негователи и
- техничка подготовка, која вклучуваше користење на личен компјутер за внесување податоци и анализа во SPSS програмата, како и пишување на трудот.

7.2 Процес на спроведување на истражувањето

Првиот чекор во процесот на спроведување вклучуваше организирање на информативни средби, при што учесниците беа детално информирани за целите и значењето на истражувањето.

Секој учесник потпиша формулар за информирана согласност, со што потврдува дека е запознаен со целите и процесот на истражувањето, како и со своите права, вклучувајќи го правото на заштита на личните податоци и доброволност при учеството. Истражувачот беше достапен за да одговори на сите прашања и да обезбеди дополнителни објаснувања за пополнувањето на прашалниците.

Професионалните негователи ги пополнуваа прашалниците во нивните институции, каде што им беа обезбедени соодветни услови за работа, како и присуство на истражувачот за помош и дообјаснување при пополнувањето на прашалниците и скалите. Оваа фаза беше организирана во форма на закажани средби, што овозможи ефикасна координација и минимално нарушување на нивните редовни активности.

Семејните негователи, пак, беа индивидуално контактирани и анкетирани за време на прегледите на пациентите со деменција во болницата. И овој пристап овозможи директна и лична комуникација, што ја олесни организацијата на процесот и овозможи поддршка за учесниците при пополнувањето на прашалниците.

Како дел од процесот, беа спроведени дополнителни интервјуа, кои помогнаа во потврдувањето на точноста и дополнувањето на податоците собрани од испитаниците.

7.3 Контрола на квалитетот на податоците

Со цел да се обезбеди веродостојност на резултатите, беа спроведени мерки за контрола на квалитетот на одговорите добиени преку пополнувањето на скалите и прашалникот.

Секоја скала и прашалник беа индивидуално прегледани од истражувачот со цел да се утврди дали се пополнети сите прашања и дали одговорите се доследни и усогласени.

Во случаи каде што беа забележани пропусти или недоследности, истражувачот ги контактираше учесниците за дополнителни појаснувања и корекции. Овој пристап овозможи исправување на евентуалните недостатоци и ја зголеми точноста на собраните податоци.

Со секој учесник беа спроведени кратки интервјуа по пополнувањето на прашалниците. Целта на овие интервјуа беше да се потврдат добиените информации и да се разјаснат евентуалните нејаснотии во одговорите. Овие интервјуа исто така обезбедија можност за подобро разбирање на искуствата на учесниците, што помогна во давањето на препораки и насоки за понатамошно подобрување на условите за негувателите и нивната поддршка во процесот на грижа за лицата со деменција.

Овие активности за контрола на квалитетот беа суштински за обезбедување на точни, комплетни и конзистентни податоци, кои ја формираат основата за понатамошната статистичка обработка и анализа. Со тоа се зголеми доверливоста на истражувањето и гарантираше дека резултатите ќе бидат веродостојни.

7.4 Спроведување на анализа на податоците

По завршувањето на детална верификација на податоците, истите беа групирани и кодирани во SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), за полесна статистичка обработка.

За статистичката обработка и анализа на податоците беше користен софтверот SPSS кој овозможува примена на широк спектар на статистички техники. Првиот чекор во анализата беше примената на дескриптивна статистика, која вклучуваше изработка на фреквентни дистрибуции, средни вредности и стандардни девијации. Оваа фаза беше од особено значење за да се добие основна слика за демографските и психолошките карактеристики на примерокот.

Следната фаза опфати примена на инференцијални статистички методи, со цел да се испитаат односите меѓу различните варијабли и да се утврдат статистички значајните разлики. За ова беа користени Pearson корелациски анализи, кои овозможија мерење на силата и насоката на врската меѓу анксиозноста и депресијата кај негувателите. Дополнително, беше применет t-тест за независни примероци, со цел да се споредат просечните вредности на овие психолошки состојби кај различни групи на учесници, како што се професионалните и семејните негуватели.

Особено внимание беше посветено на интерпретацијата на резултатите, при што се разгледуваше нивната значајност во контекст на целите на истражувањето. Резултатите од статистичките анализи беа претставени преку табели и текстуални описи, со цел да се овозможи јасно и прегледно претставување на наодите.

Ова создаде основа за формулирање на заклучоци и препораки.

7.5 Завршни активности и извештај

По завршувањето на фазата на анализа на податоците, беше започнат процесот на финализирање на магистерскиот труд, кој вклучуваше детална обработка на сите важни аспекти од истражувањето. Магистерскиот труд беше

изработен согласно академските стандарди и принципите на научниот пристап, со цел да обезбеди јасна и транспарентна презентација на применетата методологија, процесот на собирање и анализа на податоците, како и критичка интерпретација на добиените резултати.

По завршувањето на фазата на анализа, истражувањето премина во фазата на пишување на завршниот дел од трудот. Беше применета технологија за обработка на јазик, која овозможи автоматска ревизија и уредување на содржината, со цел да се подобри квалитетот на нацрт-верзиите на текстот и да се усовршат граматичките и стилските аспекти (OpenAI, 2023). Оваа технологија овозможи унапредување на јазичните карактеристики на текстот, не ја замени самостојната анализа и интерпретација на податоците. Подобрени беа само јазичните и стилските аспекти, при што се задржа клучната научна содржина и критичката перспектива.

Посебен акцент беше ставен на заклучоците и препораките, кои произлегуваат директно од анализата и интерпретацијата на резултатите. Овие препораки се осмислени за да обезбедат практични насоки кои ќе помогнат во понатамошната поддршка на негувателите на лица со деменција. Тие ќе бидат корисни за унапредување на постојните услуги, создавање на нови стратегии и воведување на програми за едукација и психолошка поддршка за негувателите.

Завршните активности вклучуваа организација на презентацијата на резултатите пред комисијата за одбрана на магистерскиот труд, како и изработка на скратена верзија на трудот за потребите на презентацијата.

Резултатите беа доставени до релевантните институции, со цел да се искористат како основа за подобрување на условите и политиките насочени кон поддршка на негувателите на лица со деменција.

7.6 Етички аспекти на истражувањето

Истражувањето беше спроведено во согласност со етичките стандарди и принципи на истражувањата врз луѓе. На почетокот на истражувањето, беа обезбедени сите потребни дозволи и меморандуми за соработка од релевантните

институции, со цел да се осигура правната и етичката усогласеност на истражувањето.

Сите учесници потпишаа формулар за информирана согласност. Со тоа секој учесник беше детално информиран за целите на истражувањето, процесот на собирање на податоците, како и за нивните права како учесници. Ова вклучуваше право на доброволно учество и право на повлекување од истражувањето во секој момент без никакви последици, како и право на заштита на личните податоци.

III ДЕЛ - АНАЛИЗА НА РЕЗУЛТАТИ

Применети се два статистички методи за обработка на податоците, тестови за споредба на групи (t-тестови) и анализа на корелација, со цел да се испитаат хипотезите поставени во претходниот дел. Тестовите ќе бидат користени за да се утврдат разлики и корелации помеѓу семејните и професионалните негователи, како и да се оцени влијанието на различните психосоцијални и демографски фактори на нивната психолошка состојба. Резултатите се интерпретирани и изведени се препораки за развој на потенцијални интервенции кои ќе ја поддржат менталната благосостојба на негувателите.

Помошна хипотеза 1

Присутна е статистички значајна разлика во присуството на анксиозни и депресивни симптоми кај лицата кои што се грижат за лице со деменција а се членови од семејството и лица негователи кои што не се членови од семејството.

Табела 1

Групна статистика за депресивни и анксиозни скорови според тип на негователи (семејни и професионални)

Статистика на групата					
	Тип на негувател	N	Средна вредност	Стандардна девијација	Стандардна грешка на средната вредност
Скор депресија	сеемен негувател	37	19,22	9,411	1,547
	професионален негувател	37	4,49	3,509	0,577
Скор анксиозност	сеемен негувател	37	25,46	13,264	2,181
	професионален негувател	37	6,68	3,249	0,53

Табела 2

Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негователи

Тест за независни примероци											
		Levene-ов тест за еднаквост на варијансите		t-тест за еднаквост на средните вредности							
		F	Sig.	t	df	Значајност		Разлика во средната вредност	Стандардна грешка на разлика	95% доверлив интервал на разликата (CI)	
						Едностран р	Двостран р			Долна	Горна
Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	27,192	<,001	8,921	72	<,001	<,001	14,730	1,651	11,438	18,021
	Не се претпоставени еднакви варијанси			8,921	45,820	<,001	<,001	14,730	1,651	11,406	18,054
Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	60,457	<,001	8,367	72	<,001	<,001	18,784	2,245	14,308	23,259
	Не се претпоставени еднакви варијанси			8,367	40,306	<,001	<,001	18,784	2,245	14,248	23,320

1.1 Интерпетација на резултати

1.1.1 Депресивни симптоми

Дескриптивна статистика:

Средна вредност:

- Семејни негователи: 19,22
- Професионални негователи: 4,49

Стандардна девијација:

- Семејни негователи: 9,411
- Професионални негователи: 3,509

Стандардна грешка на средната вредност:

- Семејни негователи: 1,547
- Професионални негователи: 0,577

Инференцијална статистика:

- Тестот на Левен покажа значајна нееднаквост на варијансите ($F = 27,192$, $p < 0,001$), што укажува дека варијабилноста на резултатите значително се разликува меѓу двете групи.
- Резултатите од t-тестот за независни примероци ($t = 8,921$, $df = 45,82$, $p < 0,001$) укажуваат на статистички значајна разлика меѓу групите во нивото на депресивни симптоми. Средната разлика во скорот изнесува 14,73, со доверлив интервал (95% CI) од 11,41 до 18,02.

Толкување:

Резултатите јасно покажуваат значителна разлика во нивото на депресивни симптоми помеѓу семејните негуватели и професионалните негуватели. Средната вредност од 19,22 за семејните негуватели е речиси пет пати повисока од 4,49 кај професионалните негуватели. Оваа разлика е поткрепена со висока статистичка значајност ($t = 8,921$, $p < 0,001$), што ја исклучува можноста за случајност.

Варијабилноста на резултатите е исто така значително поголема кај семејните негуватели (стандардна девијација од 9,411), што укажува на индивидуални разлики во начинот на справување со психолошкиот товар. Професионалните негуватели имаат значително помала варијабилност (стандардна девијација од 3,509), што може да се објасни со униформираноста на нивната обука и практики.

Дополнително, доверливиот интервал (95% CI: 11,41 до 18,02) потврдува дека вистинската разлика меѓу групите не само што е значајна, туку и висока, со просечна разлика од 14,73 поени.

1.1.2 Анксиозност

Дескриптивна статистика:

Средна вредност:

- Семејни негуватели: 25,46

- Професионални негуватели: 6,68

Стандардна девијација:

- Семејни негуватели: 13,264
- Професионални негуватели: 3,249

Стандардна грешка на средната вредност:

- Семејни негуватели: 2,181
  Професионални негуватели: 0,534

Инференцијална статистика:

- Тестот на Левен укажа на значајна нееднаквост на варијансите ($F = 60,457$, $p < 0,001$), поради што се користеа коригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот ($t = 8,367$, $df = 40,31$, $p < 0,001$) потврдуваат статистички значајна разлика во нивото на анксиозност меѓу двете групи. Средната разлика во скорот изнесува 18,78, со доверлив интервал (95% CI) од 14,31 до 23,26.

Толкување:

Резултатите од анализата покажуваат значајна разлика во нивото на анксиозност меѓу семејните негуватели и професионалните негуватели. Средната вредност за семејните негуватели (25,46) е значително повисока од онаа кај професионалните негуватели (6,68). Оваа разлика е поддржана со статистички значајни резултати од t-тестот ($t = 8,367$, $p < 0,001$), кои ја исклучуваат можноста разликата да е случајна.

Стандардната девијација е значително поголема кај семејните негуватели (13,264), што укажува на поголема варијабилност во нивото на анксиозност во оваа група, додека професионалните негуватели имаат многу поуниформирани резултати (стандардна девијација од 3,249).

Доверливиот интервал (95% CI) од 14,31 до 23,26 дополнително го потврдува обемот на разликата, со просечна разлика од 18,78 поени.

1.2 Дискусија

Разликите во резултатите за депресивни симптоми и анксиозност помеѓу семејните негователи и професионалните негователи се значајни и ја истакнуваат разликата во психолошкиот товар кој го носат овие две групи. Семејните негователи покажуваат значително повисоки резултати на депресивни симптоми и анксиозност, што може да се објасни со нивната емоционална приврзаност и личната ангажираност со пациентите. Високата варијабилност во нивните резултати исто така укажува на различни начини на справување со стресот и емоционалниот товар, што ја истакнува потребата од индивидуализирана поддршка. Професионалните негователи, пак, имаат пониски вредности и помала варијабилност, што се поврзува со нивната стручност, обука и развиени стратегии за емоционално дистанцирање од пациентите. Ова покажува дека професионалната обука и способности за управување со стресот играат клучна улога во намалувањето на психолошкиот товар.

1.3 Препораки

1. Развивање на програми за психолошка поддршка и едукација за семејните негователи, кои вклучуваат психотерапија, советување и групи за поддршка.
2. Обезбедување на доволен број на професионални негователи и нивна поголема достапност.
3. Програми за обука за професионалните негователи фокусирани на стратегии за справување со стресот.

1.4 Заклучок

Првата помошна хипотеза е потврдена, резултатите покажуваат значително повисоки нивоа на анксиозност и депресија кај семејните негователи во споредба со професионалните негователи.

Овие разлики се статистички значајни и ја одразуваат емоционалната привrзаност и недостатокот на професионална поддршка кај семејните негователи. Таа емоционална врска што ја имаат со своите блиски ги разликува од професионалните негователи, кои имаат подобра способност да го задржат емоционалното дистанцирање од пациентите, што им помага полесно да се справат со стресот.

Помошна хипотеза 2

Со зголемување на годините поминати како негувател на лице со деменција се зголемува и нивото на анксиозност и депресија кај семејните и професионалните негувателите.

Табела 3

Корелации помеѓу години како негувател, скорови на депресија и анксиозност за семејни и професионални негователи.

Корелации					
Тип на негувател			Години како негувател	Скор депресија	Скор анксиозност
сеемен негувател	Години како негувател	Пирсонова корелација (p)	1	-,030	-,040
		П-вредност (двостран тест) (r)		,861	,813
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (p)	-,030	1	,890**
		П-вредност (двостран тест) (r)	,861		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (p)	-,040	,890**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	,813	<,001	
		N	37	37	37
професионален негувател	Години како негувател	Пирсонова корелација (p)	1	-,027	-,070
		П-вредност (двостран тест) (r)		,872	,680
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (p)	-,027	1	,718**
		П-вредност (двостран тест) (r)	,872		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (p)	-,070	,718**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	,680	<,001	
		N	37	37	37
**.Корелацијата е значајна на ниво од 0.01 (двостран тест)					

2.1 Интерпетација на резултати

Во рамките на истражувањето, беше извршена корелациска анализа за да се испита релацијата помеѓу бројот на години поминати како негувател, нивото на анксиозност и нивото на депресија кај семејните и професионалните негователи на лице со деменција. Резултатите од корелациите се претставени одделно за секоја група на негователи.

2.1.1 Корелација на годините како негувател со анксиозноста

2.1.1.1 Семејни негователи

- Пирсинова корелација: -0,040
- П-вредност (двостран тест): 0,813 (незначајно)

Толкување:

Резултатите покажуваат дека не постои значајна корелација помеѓу бројот на години како негувател и нивото на анксиозност кај семејните негователи ($r = -0,040$, $p = 0,813$). Иако вредноста на корелацијата е негативна, таа е премала за да укаже на значајна врска, што значи дека искуството не влијае на намалувањето на анксиозноста во оваа група.

2.1.1.2 Професионални негователи

- Пирсинова корелација: -0,070
- П-вредност (двостран тест): 0,680 (незначајно)

Толкување:

Резултатите за професионалните негуватели покажуваат дека нема значајна корелација помеѓу бројот на години како негувател и нивото на анксиозност (r = -0,070, p = 0,680). Негативниот тренд е статистички ирелевантен, што укажува дека искуството не влијае на нивото на анксиозност кај оваа група.

2.1.2 Корелација на годините како негувател со депресивните симптоми

2.1.2.1 Семејни негуватели

- Пирсинова корелација: -0,030
- П-вредност (двостран тест): 0,861 (незначајно)

Толкување:

Резултатите покажуваат дека не постои значајна корелација помеѓу бројот на години како негувател и депресивните симптоми кај семејните негуватели (r = -0,030, p = 0,861). Негативниот тренд е премногу слаб и статистички ирелевантен, што значи дека искуството како негувател не влијае на нивото на депресија кај оваа група.

2.1.2.2 Професионални негуватели

- Пирсинова корелација: -0,027
- П-вредност (двостран тест): 0,872 (незначајно)

Толкување:

Резултатите покажуваат дека кај професионалните негуватели не постои значајна корелација помеѓу бројот на години како негувател и нивото на депресија (r

= -0,027, p = 0,872). Ова укажува дека искуството нема големо влијание на депресивните симптоми кај оваа група.

2.1.3 Корелација меѓу анксиозноста и депресивните симптоми

2.1.3.1 Семејни негуватели

- Пирсинова корелација: 0,890
- П-вредност (двостран тест): < 0,001 (значајно)

Толкување:

Резултатите покажуваат силна позитивна корелација (r = 0,890, p < 0,001) помеѓу анксиозноста и депресивните симптоми кај семејните негуватели. Тоа значи дека колку е поголемо нивото на анксиозност, толку повеќе се зголемува и депресијата, што укажува на тесната врска помеѓу овие два психолошки аспекти кај оваа група.

2.1.3.2 Професионални негуватели

- Пирсинова корелација:: 0,718
- П-вредност (двостран тест): < 0,001 (значајно)

Толкување:

Кај професионалните негуватели, резултатите покажуваат силна позитивна корелација помеѓу анксиозноста и депресивните симптоми. Ова значи дека кога нивото на анксиозност е повисоко, тоа е поврзано со повисоко ниво на депресија. Иако оваа врска е значајна, таа е помалку изразена во споредба со семејните негуватели, што укажува на тоа дека, иако анксиозноста и депресијата се поврзани,

тие не се толку тесно поврзани како кај семејните негуватели.

2.2 Дискусија

Резултатите од истражувањето јасно покажуваат дека годините како негувател, без оглед на тоа дали станува збор за професионални или семејни негуватели, немаат директно влијание на нивото на анксиозност или депресија.

Резултатите, исто така покажуваат дека иако постојат корелации помеѓу анксиозноста и депресивните симптоми во двете групи, силата на овие врски е поизразена кај семејните негуватели. За овие лица, зголемувањето на нивото на анксиозност е тесно поврзано со поголемо ниво на депресија. Кај професионалните негуватели, врската меѓу анксиозноста и депресијата е исто така значајна, но поумерена, што може да укажува на разлики во справувањето со стресот и психолошкиот товар помеѓу двата типа на негуватели.

Во целина, овие резултати покажуваат дека иако постојат поврзаности меѓу анксиозноста и депресијата, искуството како негувател не игра важна улога во предвидувањето на психолошкиот статус на негувателите.

2.3 Препораки

1. Стратеги за интервенција насочени кон третман на анксиозноста и депресијата како меѓусебно поврзани состојби. Ова е особено важно за семејните негуватели, кај кои корелацијата е поизразена.
2. Иако бројот на години како негувател не се покажа како значаен фактор, потребно е да се истражи како негувателите се адаптираат со текот на времето и кои стратегии ги користат за намалување на стресот.

2.4 Заклучок

Втората помошна хипотеза е одбиена, бидејќи не се утврди значајна корелација помеѓу бројот на години како негувател и нивото на анксиозност или депресивни симптоми, ниту кај семејните, ниту кај професионалните негуватели. Иако помеѓу анксиозноста и депресијата постои силна позитивна корелација во обете групи, искуството како негувател не ја игра клучната улога во овие психолошки аспекти. Семејните негуватели покажаа посилна врска помеѓу анксиозноста и депресијата, што укажува на потребата за поголема психолошка поддршка и стратегии за справување со стресот.

Помошна хипотеза 3

Присутна е статистички значајна разлика во степенот на анксиозност и депресија помеѓу семејните и професионалните негователи на возраст од 18 до 45 години и над 45 години.

Табела 4

Групна статистика за депресија и анксиозност по тип на негувател и возрастна група

Статистика на групата						
Тип на негувател		Возраст	N	Средна вредност	Стандардна девијација	Стандардна грешка на средната вредност
сеемен негувател	Скор депресија	18-45	11	15,55	9,395	2,833
		над 45	26	20,77	9,153	1,795
	Скор анксиозност	18-45	11	19,27	13,843	4,174
		над 45	26	28,08	12,358	2,424
професионален негувател	Скор депресија	18-45	24	3,71	3,316	,677
		над 45	13	5,92	3,523	,977
	Скор анксиозност	18-45	24	6,21	2,992	,611
		над 45	13	7,54	3,643	1,010

Табела 5

Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негувател и возраст

Тест за независни примероци												
			Levene-ов тест за еднаквост на варијансите		t-тест за еднаквост на средните вредности							
			F	Sig.	t	df	Значајност		Разлика во средната вредност	Стандардна грешка на разлика	95% доверлив интервал на разликата (CI)	
							Едностран p	Двостран p			Долна	Горна
СЕМЕ	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,139	,711	-1,575	35	,062	,124	-5,224	3,317	-11,958	1,511
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,558	18,454	,068	,136	-5,224	3,354	-12,257	1,810
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,192	,664	-1,912	35	,032	,064	-8,804	4,604	-18,150	,542
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,824	17,103	,043	,086	-8,804	4,826	-18,982	1,374
ПРОФ	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,029	,866	-1,898	35	,033	,066	-2,215	1,167	-4,584	,154
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,863	23,465	,037	,075	-2,215	1,189	-4,671	,241
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,019	,890	-1,196	35	,120	,240	-1,330	1,112	-3,588	,928
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,127	20,918	,136	,273	-1,330	1,181	-3,786	1,126

3.1 Интерпретација на резултати

3.1.1 Семејни негватели

3.1.1.1 Скор на депресија

Дескриптивна статистика:

Средна вредност:

- Возраст 18-45: 15,55
- Возраст над 45: 20,77

Стандардна девијација:

- Возраст 18-45: 9,395
- Возраст над 45: 9,153

Стандардна грешка на средната вредност:

- Возраст 18-45: 2,833
- Возраст над 45: 1,795

Инференцијална статистика

- Тестот на Левен покажа дека нема значајна разлика во варијансите помеѓу двете групи ($F = 0,139$, $p = 0,711$), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот ($t = -1,575$, $df = 35$, $p = 0,124$) не покажаа статистички значајна разлика меѓу групите. Доверливиот интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-11,958; 1,511].

Толкување:

Од добиените резултати можеме да забележеме дека не постои значајна разлика во депресивните симптоми помеѓу семејните негователи на возраст од 18-45 години и оние над 45 години. Иако постои разлика во средните вредности (15,55 за помладата група и 20,77 за постарата група), оваа разлика не е статистички значајна ($p = 0,124$), што значи дека возрастта нема значително влијание на депресијата кај семејните негователи. Варијансата помеѓу групите е слична ($F = 0,139$), што дополнително го потврдува овој заклучок. Стандардните девијации за двете групи се слични, што покажува дека и помладите и постарите негователи имаат сличен степен на варијација во нивните депресивни симптоми.

3.1.1.2 Скор на анксиозност

Дескриптивна статистика

Средна вредност:

- Возраст 18-45: 19,27
- Возраст над 45: 28,08

Стандардна девијација:

- Возраст 18-45: 13,843
- Возраст над 45: 12,358

Стандардна грешка на средната вредност:

- Возраст 18-45: 4,174
- Возраст над 45: 2,424

Инференцијална статистика

- Тестот на Левен покажа дека нема значајна разлика во варијансите помеѓу двете групи ($F = 0,192$, $p = 0,664$), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот ($t = -1,912$, $df = 35$, $p = 0,032$) покажуваат статистички значајна разлика меѓу групите на едностранo ниво. Доверливиот интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-18,150; 0,542].

Толкување:

Резултатите покажуваат дека постарите семејни негователи (над 45 години) имаат значително повисоко ниво на анксиозност во споредба со помладите (18-45 години), а оваа разлика е статистички значајна ($p = 0,032$). Тоа сугерира дека возраста може да игра улога во доживувањето на анксиозност кај негувателите. Бидејќи нема значајна разлика во варијансите меѓу двете групи ($p = 0,664$), може да се заклучи

дека добиените резултати се доверливи и релевантни.

3.1.2 Професионални негватели

3.1.2.1 Скор на депресија

Дескриптивна статистика

Средна вредност:

- Возраст 18-45: 3,71
- Возраст над 45: 5,92

Стандардна девијација:

- Возраст 18-45: 3,316
- Возраст над 45: 3,523

Стандардна грешка на средната вредност:

- Возраст 18-45: 0,677
- Возраст над 45: 0,977

Инференцијална статистика

- Тестот на Левен покажа дека нема значајна разлика во варијансите помеѓу двете групи ($F = 0,029$, $p = 0,866$), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот ($t = -1,898$, $df = 35$, $p = 0,033$) укажуваат на статистички значајна разлика меѓу групите на едностарно ниво. Доверливиот интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-4,584; 0,154].

Толкување:

Резултатите покажуваат статистички значајна разлика во нивото на депресија помеѓу професионалните негователи од различни возрасни групи (p = 0,033). Постарите негователи (над 45 години) имаат повисок просечен скор на депресија во споредба со помладите (18-45 години). Бидејќи тестот на Левен покажа дека нема значајна разлика во варијансите (p = 0,866), може да се смета дека разликата во средните вредности е статистички значајна и валидна.

3.1.2.2 Скор на анксиозност

Дескриптивна статистика

Средна вредност :

- Возраст 18-45: 6,21
- Возраст над 45: 7,54

Стандардна девијација:

- Возраст 18-45: 2,992
- Возраст над 45: 3,643

Стандардна грешка на средната вредност:

- Возраст 18-45: 0,611
- Возраст над 45: 1,010

Инференцијална статистика

- Тестот на Левен не покажа значајна разлика во варијансите помеѓу двете групи (F = 0,019, p = 0,890), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот (t = -1,196, df = 35, p = 0,273) не покажуваат статистички значајна разлика меѓу групите. Доверливиот интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-3,588; 0,928].

Толкување:

Резултатите покажуваат дека постарите професионални негуватели имаат нешто повисок просечен скор на анксиозност во споредба со помладите, но разликата е мала. Тестот на Левен не откри разлика во варијансите помеѓу групите ($p = 0,890$), а резултатите од t-тестот ($p = 0,273$) покажуваат дека разликата не е статистички значајна. Доверливиот интервал за разликата во средните вредности [-3,588; 0,928] сугерира дека разликата може да варира во овој опсег, што значи дека нема доволно докази за постоење на вистинска разлика во нивото на анксиозност меѓу различните возрасни групи на професионални негуватели.

3.2 Дискусија

Резултатите покажуваат значајни разлики во анксиозноста и депресијата кај семејните негуватели, додека кај професионалните негуватели разликите се помалку изразени.

Постарите семејни негуватели (над 45 години) пријавуваат повисоки нивоа на анксиозност во споредба со помладите, додека разликите во депресијата помеѓу овие групи не се статистички значајни. Овие резултати ја потврдуваат важноста на возраста, особено кај семејните негуватели, каде што анксиозноста е поизразена, што може да укажува на зголемен стрес и психолошко оптоварување со годините.

За професионалните негуватели, разликите во нивото на депресија помеѓу возрасните групи се значајни, но разликите во анксиозноста не се статистички значајни, што може да сугерира дека нивното искуство и професионализам помагаат во ублажувањето на стресот и анксиозноста.

Сето ова укажува на тоа дека, иако постарите негуватели пријавуваат повисоки нивоа на анксиозност и депресија, не сите разлики се статистички значајни, што сугерира дека возрастата не е единствениот фактор кој влијае на менталното здравје на негувателите. Професионалните негуватели, генерално, пријавуваат многу пониски нивоа на анксиозност и депресија во споредба со семејните негуватели, што може да се должи на професионалната обука, подобрите

механизми за поддршка и нивната способност да се справат со стресот во работната средина.

3.3 Препораки

1. Поради повисоките нивоа на анксиозност и депресија кај постарите негуватели, потребно е да се обезбеди поголема поддршка за оваа група.
2. Долгорочните програми за поддршка треба да се прилагодат според возраста и видот на негувателство.
3. Развој на програми за емоционална и психолошка обука кај помладите негуватели за да се спречат идни проблеми.

3.4 Заклучок

Третата помошна хипотеза е делумно потврдена. Кај семејните негуватели, постарите лица (над 45 години) имаат значително повисоко ниво на анксиозност, додека кај депресијата разликата не е статистички значајна. Кај професионалните негуватели, постарите лица имаат повисоко ниво на депресија, но нема значајна разлика во анксиозноста.

Резултатите потврдуваат дека возраста играа важна улога во нивото на анксиозност и депресија кај негувателите. Генерално, семејните негуватели се соочуваат со поголем психолошки товар, што сугерира дека им е потребна дополнителна поддршка. Овие резултати упатуваат на важноста на таргетираните интервенции за да се ублажи стресот кај негувателите, особено кај постарите возрасни групи.

Помошна хипотеза 4

Семејните и професионалните негувателите на лица со деменција кои што добиваат психосоцијална поддршка имаат помал степен на анксиозност и депресија, во споредба со оние кои што ја немаат таа поддршка.

Табела 6

Корелации помеѓу психосоцијалната поддршка, депресивните симптоми и анксиозноста според тип на негувател (семејни и професионални)

Колерации					
Тип на негувател			Психосоцијална поддршка	Скор депресија	Скор анксиозност
сеемен негувател	Психосоцијална поддршка	Пирсонова корелација (р)	1	,173	,360*
		П-вредност (двостран тест) (r)		,305	,029
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (р)	,173	1	,890**
		П-вредност (двостран тест) (r)	,305		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (р)	,360*	,890**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	,029	<,001	
		N	37	37	37
професионален негувател	Психосоцијална поддршка	Пирсонова корелација (р)	.c	.c	.c
		П-вредност (двостран тест) (r)		.	.
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (р)	.c	1	,718**
		П-вредност (двостран тест) (r)	.		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (р)	.c	,718**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	.	<,001	
		N	37	37	37
*. Корелацијата е значајна на ниво од 0.05 (двостран тест).					
**. Корелацијата е значајна на ниво од 0.01 (двостран тест).					
c. Не може да се изврши пресметка бидејќи најмалку една од променливите е константна.					

4.1 Интерпретација на резултати

4.1.1 Корелација на психосоцијална поддршка со анксиозноста

4.1.1.1 Семејни негватели

- Пирсинова корелација: 0,360*
- П-вредност (двостран тест): 0,029

Толкување:

Резултатите покажуваат дека постои статистички значајна позитивна корелација помеѓу психосоцијалната поддршка и анксиозноста кај семејните негватели (r = 0,360, p = 0,029). Тоа значи дека тие кои добиваат поддршка, имаат и повисоки нивоа на анксиозност. Ова може да укажува на тоа дека, иако поддршката е присутна, можеби таа не е доволна за да го намали нивниот стрес и анксиозност.

4.1.1.2 Професионални негватели

- Пирсинова корелација: Не може да се пресмета
- П-вредност (двостран тест): Не е изведено

Толкување:

За професионалните негватели не е можно да се пресмета корелацијата меѓу психосоцијалната поддршка и анксиозноста, бидејќи една од променливите е константна (во овој случај константна променлива е психосоцијалната поддршка која е достапна за сите професионални негватели).

4.1.2 Корелација на психосоцијална поддршка со депресивните симптоми

4.1.2.1 Семејни негватели

- Пирсинова корелација: 0,173
- П-вредност (двостран тест): 0,305

Толкување:

Нема статистички значајна корелација помеѓу психосоцијалната поддршка и депресивните симптоми кај семејните негватели (r = 0,173, p = 0,305). Ова значи дека психосоцијалната поддршка не е значајно поврзана со намалувањето на депресивните симптоми кај семејните негватели.

4.1.2.2 Професионални негватели

- Пирсинова корелација: Не може да се пресмета
- П-вредност (двостран тест): Не е изведено

Толкување:

За професионалните негватели исто така не е можно да се пресмета корелацијата меѓу психосоцијалната поддршка и депресивните симптоми, бидејќи една од променливите е константна (и во овој случај константна променлива е психосоцијалната поддршка која е достапна за сите професионални негватели).

4.1.3 Корелација меѓу анксиозноста и депресивните симптоми

4.1.3.1 Семејни негуватели

- Пирсинова корелација: 0,890**
- П-вредност (двостран тест): <0,001

Толкување:

Постои многу силна и статистички значајна позитивна корелација помеѓу анксиозноста и депресивните симптоми кај семејните негуватели ($r = 0,890$, $p < 0,001$). Ова укажува на тоа дека високото ниво на анксиозност е поврзано со високи нивоа на депресија кај семејните негуватели.

4.1.3.2 Професионални негуватели

- Пирсинова корелација: 0,718**
- П-вредност (двостран тест): <0,001

Толкување:

Постои силна и статистички значајна позитивна корелација помеѓу анксиозноста и депресивните симптоми кај професионалните негуватели ($r = 0,718$, $p < 0,001$). Ова значи дека високи нивоа на анксиозност се поврзани со високи нивоа на депресија, иако корелацијата не е толку силна како кај семејните негуватели.

4.2 Дискусија

Позитивната и статистички значајна врска кај семејните негователи укажува дека поддршката често е поврзана со состојби на зголемена анксиозност, што може да биде знак дека тие бараат поддршка кога нивниот психолошки товар е најголем. Кај професионалните негователи, корелацијата не може да биде пресметана, поради тоа што сите испитаници добиваат психосоцијална поддршка.

Постои слаба и незначајна корелација помеѓу депресивните симптоми и психосоцијалната поддршка кај семејните негователи која покажува дека психосоцијалната поддршка можеби не е доволна за директно да влијае врз депресивните симптоми.

Силната позитивна корелација на анксиозноста и депресијата кај двете групи покажува дека двете состојби се тесно поврзани, независно од видот на негувател. Ова ја нагласува потребата од холистички пристап кон третманот и поддршката за негувателите.

4.3 Препораки

1. Воведување редовни програми за психосоцијална поддршка за семејните негователи.
2. Индивидуализација на поддршката за професионалните негователи.
3. Интеграција на групна и индивидуална терапија во поддршката за семејните негователи.

4.4 Заклучок

Четвртата помошна хипотеза не е потврдена. Кај семејните негователи, иако психосоцијалната поддршка е значајно поврзана со анксиозноста, таа врска е

позитивна наместо негативна, што е спротивно на очекувањата. Кај професионалните негуватели, податоците не овозможуваат анализа на врската помеѓу поддршката и психолошките состојби.

Потребни се дополнителни истражувања за подетална анализа на улогата на психосоцијалната поддршка, особено за професионалните негуватели и нејзината потенцијална ефективност врз намалување на анксиозноста и депресивните симптоми.

Помошна хипотеза 5

Семејните и професионалните негувателите кои што се грижат за лице со напреден дементен стадиум имаат повисок степен на анксиозност и депресија, во споредба со негувателите кои што се грижат за лице со ран, односно среден дементен стадиум.

Табела 7

Групна статистика за скорови на депресија и анксиозност според тип на негватели и стадиум на деменција

Статистика на групата						
Тип на негувател		Стадиум на деменција	N	Средна вредност	Стандардна девијација	Стандардна грешка на средната вредност
семеен негувател	Скор депресија	ран/среден	19	15,05	8,567	1,965
		напреден	18	23,61	8,368	1,972
	Скор анксиозност	ран/среден	19	20,74	12,449	2,856
		напреден	18	30,44	12,538	2,955
професионален негувател	Скор депресија	ран/среден	18	3,83	3,601	,849
		напреден	19	5,11	3,398	,779
	Скор анксиозност	ран/среден	18	6,83	3,312	,781
		напреден	19	6,53	3,272	,751

Табела 8

Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негователи и стадиум на деменција

Тест за независни примероци												
			Levene-ов тест за еднаквост на варијансите		t-тест за еднаквост на средните вредности							
			F	Sig.	t	df	Значајност		Разлика во средната вредност	Стандардна грешка на разлика	95% доверлив интервал на разликата (CI)	
							Едностран p	Двостран p			Долна	Горна
СЕМЕ	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,436	,513	-3,072	35	,002	,004	-8,558	2,786	-14,215	-2,902
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-3,074	34,964	,002	,004	-8,558	2,784	-14,211	-2,906
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,038	,846	-2,363	35	,012	,024	-9,708	4,109	-18,049	-1,366
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-2,362	34,863	,012	,024	-9,708	4,110	-18,052	-1,363
ПРОФ	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,238	,629	-1,105	35	,138	,277	-1,272	1,151	-3,608	1,064
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,104	34,553	,139	,277	-1,272	1,152	-3,613	1,069
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,664	,421	,284	35	,389	,778	,307	1,083	-1,891	2,505
		Не се претпоставени еднакви варијанси			,283	34,840	,389	,778	,307	1,083	-1,892	2,506

5.1 Интерпретација на резултати

5.1.1 Семејни негователи

5.1.1.1 Скор на депресија

Дескриптивна статистика:

Средна вредност:

- Ран/среден стадиум: 15,05
- Напреден стадиум: 23,61

Стандардна девијација:

- Ран/среден стадиум: 8,567
- Напреден стадиум: 8,368

Стандардна грешка на средната вредност:

- Ран/среден стадиум: 1,965
- Напреден стадиум: 1,972

Инференцијална статистика:

- Тестот на Левен не покажа значајна разлика во варијансите помеѓу групите (F = 0,436, p = 0,513), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот (t = -3,072, df = 35, p = 0,004 (двострано)) покажуваат статистички значајна разлика помеѓу групите. Доверливиот интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-14,215; -2,902].

Толкување:

Резултатите покажуваат дека семејните негователи кои се грижат за лица со напреден стадиум на деменција имаат значително повисок скор на депресија (средна вредност од 23,61) во споредба со оние кои се грижат за лица со ран или среден стадиум (средна вредност од 15,05). Стандардните девијации за двете групи се слични (8,567 и 8,368), што укажува на слична варијација во депресивните симптоми во рамките на групите. Тестот на Левен не покажа значајна разлика во варијансите (p = 0,513), што дозволува користење на некоригирани вредности. Т-тестот покажа статистички значајна разлика (p = 0,004), со доверлив интервал за разликата во средните вредности од [-14,215; -2,902], што ги потврдува резултатите дека негувателите за лица со напреден стадиум на деменција имаат значително повисоки депресивни симптоми.

5.1.1.2 Скор на анксиозност

Дескриптивна статистика:

Средна вредност:

- Ран/среден стадиум: 20,74
- Напреден стадиум: 30,44

Стандардна девијација:

- Ран/среден стадиум: 12,449
- Напреден стадиум: 12,538

Стандардна грешка на средната вредност:

- Ран/среден стадиум: 2,856
- Напреден стадиум: 2,955

Инференцијална статистика:

- Тестот на Левен не покажа значајна разлика во варијансите помеѓу групите (F = 0,038, p = 0,846), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот (t = -2,363, df = 35, p = 0,024(двострано)) покажуваат статистички значајна разлика помеѓу групите. Доверливиот интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-18,049; -1,366].

Толкување:

Резултатите покажуваат дека семејните негователи кои се грижат за лица со напреден стадиум на деменција имаат значително повисоки нивоа на анксиозност средна вредност од 30,44) во споредба со оние кои се грижат за лица во ран или среден стадиум (средна вредност од 20,74). Стандардните девијации за двете групи се слични (12,449 и 12,538), што укажува на слична варијација во анксиозноста во рамките на групите. Тестот на Левен не откри разлика во варијансите помеѓу групите

(p = 0,846), што овозможува користење на некоригирани вредности. Дополнително, t-тестот покажа статистички значајна разлика (p = 0,024), со доверлив интервал за разликата во средните вредности од [-18,049; -1,366], што ги потврдува резултатите дека негувателите за лица со напреден стадиум на деменција имаат повисоки нивоа на анксиозност.

5.1.2 Професионални негватели

5.1.2.1 Скор на депресија

Дескриптивна статистика:

Средна вредност:

- Ран/среден стадиум: 3,83
- Напреден стадиум: 5,11

Стандардна девијација:

- Ран/среден стадиум: 3,601
- Напреден стадиум: 3,398

Стандардна грешка на средната вредност:

- Ран/среден стадиум: 0,849
- Напреден стадиум: 0,779

Инференцијална статистика:

- Тестот на Левен не покажа значајна разлика во варијансите помеѓу групите (F = 0,238, p = 0,629), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот (t = -1,105, df = 35, p = 0,277 (двострано)) не покажуваат статистички значајна разлика помеѓу групите. Доверливиот

интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-3,608; 1,064].

Толкување:

Резултатите покажуваат дека професионалните негуватели на лица со напреден стадиум на деменција не пријавуваат повисок степен на депресија во споредба со оние кои се грижат за лица со ран или среден стадиум. Средната вредност за депресијата кај негувателите за лица во напреден стадиум е 5,11, додека за ран/среден стадиум е 3,83, но разликата меѓу групите не е статистички значајна (p = 0,277). Стандардните девијации за двете групи се слични (3,601 и 3,398), што укажува на стабилност на депресијата кај професионалните негуватели, независно од стадиумот на деменција. Со доверлив интервал за разликата во средните вредности од [-3,608; 1,064], резултатите сугерираат дека стадиумот на деменцијата не влијае на нивото на депресија кај професионалните негуватели.

5.1.2.2 Скор на анксиозност

Дескриптивна статистика:

Средна вредност:

- Ран/среден стадиум: 6,83
- Напреден стадиум: 6,53

Стандардна девијација:

- Ран/среден стадиум: 3,312
- Напреден стадиум: 3,272

Стандардна грешка на средната вредност:

- Ран/среден стадиум: 0,781
- Напреден стадиум: 0,751

Инференцијална статистика:

- Тестот на Левен покажа дека нема значајна разлика во варијансите помеѓу двете групи (F = 0,664, p = 0,421), што овозможува користење на некоригирани вредности.
- Резултатите од t-тестот (t = 0,284, df = 35, p = 0,778 (двострано)) покажуваат дека нема статистички значајна разлика помеѓу групите. P-вредноста од 0,778 е поголема од нивоето на значајност (0,05), што укажува на тоа дека разликата во средните вредности не е значајна. Доверливиот интервал (95% CI) за разликата во средните вредности изнесува [-1,891; 2,505].

Толкување:

Резултатите покажуваат дека кај професионалните негуватели не се забележуваат значајни разлики во нивото на анксиозност помеѓу оние кои се грижат за лица со ран/среден и напреден стадиум на деменција. Средните вредности на анксиозноста се слични за двете групи: 6,83 за ран/среден стадиум и 6,53 за напреден стадиум. Иако постои мала разлика, резултатите од t-тестот покажуваат дека оваа разлика не е статистички значајна (p = 0,778), што укажува на тоа дека стадиумот на деменцијата нема влијание врз нивото на анксиозност кај професионалните негуватели. Вредноста на доверливиот интервал [-1,891; 2,505] дополнително потврдува дека разликите во средните вредности не се значајни.

5.2 Дискусија

Добиените резултати укажуваат на значајни разлики кај семејните и професионалните негуватели. Семејните негуватели покажуваат повисоки нивоа на анксиозност и депресија, особено кога се грижат за лица со напреден стадиум на деменција. Ова може да се објасни со нивната лична поврзаност, долготрајниот стрес и зголемените барања на нега на лице со напреднат стадиум на деменција.

Од друга страна, кај професионалните негуватели не се забележуваат

значителни разлики во нивните нивоа на анксиозност и депресија, независно од стадиумот на деменцијата. Ова се должи на нивната професионална подготовка, постојаната поддршка и стратегиите за справување кои тие ги користат, кои им овозможуваат да се справат со стресот на работа.

5.3 Препораки

1. Потребна е насочена поддршка кај семејните негуватели, особено за оние кои се грижат за лица во напреден стадиум на деменција.
2. Потребна е континуирана поддршка кај професионалните негуватели за да се задржи нивото на стабилност.

5.4 Заклучок

Петтата помошна хипотеза е делумно потврдена. Таа е потврдена за семејните негуватели, кои се значително поподложни на психолошки стрес во напредниот стадиум на деменција. Кај професионалните негуватели, хипотезата е одбиена, бидејќи стадиумот на деменцијата не влијае значително врз нивното ниво на анксиозност и депресија. Ова се должи на поголемиот психолошки товар на кој семејните негуватели се изложени при давањето на нега на лице со напреден дементен стадиум, споредено со оние кои се грижат за лица во ран/среден стадиум. Кај професионалните негуватели, не се забележани значајни разлики меѓу двете групи, што укажува на нивната структурирана подготвеност.

IV ДЕЛ – ЗАКЛУЧОК И ПРЕПОРАКИ

Интерпретација на општата хипотеза

1.1 Општа хипотеза

Се претпоставува дека негувателите кои се членови на семејството ќе покажат повисоки нивоа на анксиозност и депресивни симптоми во споредба со професионалните негуватели во однос на времетраењето на негата, возраста на негувателите, психосоцијалната поддршка и стадиумот на деменцијата.

1.2 Интерпретација

Според резултатите од истражувањето, општата хипотеза е потврдена. Разликите во резултатите покажуваат дека семејните негуватели се соочуваат со значителен психолошки товар, што се манифестира преку повисоките нивоа на анксиозност и депресија. Ова може да се објасни со нивната емоционална поврзаност со лицето со деменција, како и со недостатокот на соодветна социјална и материјална поддршка.

Напредните стадиуми на деменцијата значително ги зголемуваат нивоата на анксиозност и депресија кај семејните негуватели. Поголемата зависност на пациентите и зголемените барања на негата создаваат хроничен стрес кој негативно влијае врз психолошката состојба на овие негуватели. Спротивно на тоа, кај професионалните негуватели, стадиумот на деменцијата немаше значајно влијание врз нивната анксиозност и депресија, што ја отсликува нивната професионална подготвеност и стратегиите за справување со стресот.

Психосоцијалната поддршка не се покажа како значаен фактор во намалувањето на анксиозноста кај семејните негуватели, нејзиното влијание врз депресивните симптоми исто така беше ограничено. Ова укажува на потребата за дополнителни интервенции.

Постарите негуватели, особено оние од категоријата семејни, покажаа повисоки нивоа на анксиозност и депресија во споредба со помладите негуватели. Ова укажува дека возраста е значаен фактор во психолошкиот товар, што може да се должи на намалените капацитети за справување, како и на акумулираниот стрес преку годините.

Иако беше претпоставено дека подолгото времетраење на негата би довело до зголемени психолошки оптоварувања, резултатите не покажаа значајна корелација меѓу времетраењето на негата и нивото на анксиозност или депресија. Ова би можело да се објасни со постепениот развој на адаптивни стратегии кај негувателите.

Дискусија

Резултатите од истражувањето потврдуваат дека има значајни разлики во нивото на анксиозност и депресивни симптоми помеѓу семејните и професионалните негуватели. Високото ниво на анксиозност и депресија кај семејните негуватели е особено значајно и бара подлабока анализа за разбирање на причините за овие разлики и нивното влијание врз благосостојбата на оваа популација.

Корелацијата меѓу анксиозноста и депресијата е висока кај двете групи, што потврдува дека овие состојби се дел од ист континуум на психолошки стрес. Посилната корелација кај семејните негуватели дополнително го истакнува нивниот ранлив психолошки профил. Наодите се конзистентни со истражувањето на Mahoney и соработниците (2005) кое покажува дека високата емотивна вклученост ја зголемува подложноста на стрес и депресивни симптоми. Оваа врска бара понатамошни истражувања, со цел да се развијат специфични интервенции насочени кон оваа група.

Семејните негуватели се изложени на значително поголем емоционален и психолошки товар поради нивната блиска врска со лицето за кое се грижат. Оваа емоционална вклученост често создава чувство на одговорност и вина, што може да ги зголеми нивните нивоа на анксиозност и депресија. За разлика од тоа, професионалните негуватели имаат пристап до обуки и системи за поддршка кои им овозможуваат да постават професионална дистанца и подобро да се справат со стресот. Дополнително, општествените фактори, како недоволната институционална поддршка и ограничените ресурси во земји со низок и среден приход, ја влошуваат состојбата кај семејните негуватели.

Семејните негуватели често пријавуваат чувство на социјална изолација и недостаток на време за сопствени потреби, што ја засилува нивната анксиозност. Оваа состојба е значителен ризик-фактор за развој на анксиозност и депресија. Исто така, истражувањето на Schulz & Sherwood (2008) укажува дека семејните негуватели честопати имаат потешкотии во барање помош, дури и кога се соочуваат со значителен психолошки товар. Овие наоди се согласуваат со моето искуство за време на истражувањето, каде многу семејни негуватели ја нагласија својата

неинформираност и неподготвеност да се обратат за помош, дури и кога се чувствуваат преморени.

Психолошкиот товар кај семејните негуватели произлегува од комбинацијата на емотивна поврзаност со лицето за кое се грижат и недостиг на формална поддршка. За разлика од нив, професионалните негуватели, благодарение на пристапот до структурирана обука и психосоцијална поддршка, успеваат да го намалат емотивниот товар. Овие резултати се во согласност со наодите на Pinquart и Sörensen (2003), кои укажуваат дека семејните негуватели се значително поподложни на психолошки нарушувања во споредба со професионалните негуватели. Според истото истражување професионалните негуватели од друга страна, благодарение на обуката и структурираниот пристап кои овозможуваат професионална дистанца и ефективно справување со стресот, имаат помал ризик за појава на анксиозност и депресија.

И покрај ова, психосоцијалната поддршка има ограничена ефективност кај двете групи негуватели. Посебно кај семејните негуватели, позитивната корелација помеѓу поддршката и анксиозноста укажува дека поддршката често се бара кога психолошкиот товар веќе е значително зголемен. Ова сугерира потреба од проактивен пристап кон обезбедување поддршка, како што е истакнато во студијата на Joling и соработниците (2015), која нагласува дека комбинираните стратегии, како когнитивно-бихевиоралната терапија, се поефективни за намалување на депресивните симптоми.

Интересен аспект кој е забележан во истражувањето на Zarit и соработниците (2022) е дека професионалните негуватели, иако имаат пристап до психосоцијална поддршка, сè уште се соочуваат со хроничен замор, особено поради недостаток на персонал и зголемен обем на работа. Ова објаснува зошто кај оваа група се забележани повисоки нивоа на депресија, што дополнително го истакнува значењето на континуирана супервизија и поддршка.

Во контекст на земји со низок и среден приход, како нашата, недостигот на поддршка за семејните негуватели е критичен фактор кој го зголемува нивниот психолошки товар. Психосоцијалната поддршка се покажа како значаен, но не и доволен фактор за намалување на анксиозноста и депресивните симптоми. Ова ја

потенцира потребата од мултидимензионален пристап кој вклучува психотерапија и когнитивно-бихевиорална терапија, како што е предложено од Joling и соработниците (2015).

Резултатите покажуваат дека времетраењето на негата нема значително влијание врз нивото на анксиозност и депресија. Овој неочекуван наод може да се објасни со адаптивните стратегии кои се развиваат со текот на времето, како што е објаснето во теоријата на стрес и справување на Lazarus и Folkman (1984). Сепак, понатамошни истражувања се потребни за да се идентификуваат други фактори, како степенот на деменција и социјалната поддршка, кои можат да играат клучна улога.

Возраста на негувателите е значаен фактор. Постарите семејни негуватели (над 45 години) пријавуваат повисоки нивоа на анксиозност, што може да се објасни со намалени физички и психолошки ресурси. Постарите професионални негуватели, пак, покажуваат повисоки нивоа на депресија, што укажува на хроничен замор предизвикан од долготрајна изложеност на стрес. Овие наоди се конзистентни со студијата на Livingston и соработниците (2010).

Семејните негуватели на лица со напреден стадиум на деменција се изложени на значително поголем психолошки товар во споредба со оние кои се грижат за лица во ран/среден стадиум. Кај професионалните негуватели, не се забележани значајни разлики меѓу стадиумите на деменција, што укажува на нивната структурирана подготвеност.

Добиените резултати го рефлектираат глобалниот тренд на зголемување на психолошкиот товар кај негувателите, како што е нагласено и во мета-анализата на Sallim et al. (2021). Ова укажува на потребата за мултидимензионален пристап кон негувателите, но истовремено истакнува дека интервенциите треба да бидат приспособени на специфичните културни и социоекономски контексти.

Овие наоди ја истакнуваат потребата од адаптирани интервенции. За семејните негуватели, неопходни се комбинирани стратегии кои вклучуваат психолошка поддршка и практична обука. За професионалните негуватели, од суштинско значење е редовна супервизија и програми за превенција на професионално согорување.

Заклучок

Ова истражување потврди дека семејните негуватели се соочуваат со значително поголем психолошки товар во споредба со професионалните негуватели. Тоа се забележува преку повисоките нивоа на анксиозност и депресивни симптоми.

Наодите од истражувањето ја истакнуваат потребата од интервенции кои треба да опфатат психолошка поддршка за управување со анксиозноста и депресивните симптоми, како и материјални и логистички ресурси за олеснување на секојдневните обврски поврзани со негата. Препорачливо е воспоставување на системи за ротација на обврски помеѓу членовите на семејството, вклучување на професионални негуватели и креирање на програми за социјална поддршка. Овие мерки би помогнале во намалувањето на психолошкиот товар и подобрување на благосостојбата на семејните негуватели.

Иако професионалните негуватели немаат толку изразени психолошки потешкотии, нивните работни задачи често предизвикуваат високи нивоа на стрес, што ја нагласува потребата од континуирана поддршка. Ваквата поддршка треба да вклучува обуки за управување со стресот, интервенции за превенција на професионално согорување и подобрување на работните услови. Со примена на стратегиите, професионалните негуватели ќе можат да обезбедат висококвалитетна нега за лицата со деменција.

Препораки

4.1 Препораки за поддршка на негувателите

Ефикасната социјална и практична поддршка е клучна за намалување на психолошкиот товар кај негувателите на лица со деменција.

Препораки за поддршка на негувателите: емоционална поддршка; практична помош; едукативни програми и ресурси; терапија и советување; технологија и дигитална поддршка и фнансиска поддршка.

Емоционална поддршка:

Емоционалната поддршка од семејството, пријателите и групите за поддршка обезбедува чувство на припадност, разбирање и емпатија, што го намалува чувството на изолација и осаменост. Групите за поддршка, организирани од стручни лица или неформално од самите негувателии, создаваат безбедно опкружување за споделување искуства.

Практична помош - Вклучувањето на членовите на семејството, пријателите и заедницата во обезбедување практична помош ги намалува одговорностите на негувателите. Примери за ваква помош:

- асистенција со домашните обврски, транспорт или набавка на основни намирници;
- волонтери и социјални асистенти кои обезбедуваат нега во домот и
- професионална поддршка преку медицински и социјални услуги.

Овие активности овозможуваат негувателите да добијат слободно време за грижа за себе, што е неопходно за спречување на појава на синдромот на прегорување.

Едукативни програми и ресурси - Обезбедувањето на едукативни програми и онлајн ресурси за да им се овозможи на негувателите можност да ги зголемат своите знаења и вештини. Темите на овие програми треба да вклучуваат:

- управување со когнитивните и бихевиоралните промени кај пациентите;
- администрирање лекови и комуникациски стратегии и
- решавање на проблеми и грижа за сопственото ментално здравје.

Преку ваквите програми, семејните негователи ќе се здобијат со вештини и практични совети, што ќе ги направат поефикасни.

Терапија и советување - Услуги за индивидуална или групна терапија, како когнитивно-бихевиоралната терапија или програми за намалување на стресот преку свесност (mindfulness), кои обезбедуваат структурирана поддршка за справување со анксиозноста, депресијата и другите психолошки симптоми. Ваквите интервенции се прилагодени на индивидуалните потреби на негувателите, што ги прави особено ефективни.

Технологија и дигитална поддршка - Современите технологии, како мобилни апликации, телездравствени услуги и онлајн платформи за поддршка, претставуваат одлична алтернатива за негувателите кои немаат физички пристап до локалните услуги. Виртуелните групи за поддршка нудат можност за споделување искуства и добивање совети без физички ограничувања.

Финансиска поддршка - Финансиските интервенции значително го намалуваат стресот поврзан со трошоците за нега. Во Република Северна Македонија, законските механизми, како што се Законот за социјална заштита и Законот за здравствена заштита, обезбедуваат поддршка за лицата со деменција и нивните негователи. Семејните негователи имаат право на платени отсуства од работа, а преку програми на невладини организации и Црвениот крст се обезбедуваат бесплатни услуги за домашна нега.

Придобивки од препорачаните интервенции:

- зголемено знаење и разбирање на состојбата на пациентите;
- намалена изолација, стрес и чувство на осаменост;
- подобрени вештини за справување со предизвици;
- намалени финансиски и физички оптоварувања и
- зајакнување на менталната и емоционалната отпорност на негувателите.

4.2 Препораки за психосоцијални интервенции

Психолошките интервенции претставуваат клучен аспект за поддршка на негувателите на лица со деменција, овозможувајќи им алатки за справување со емоционалниот товар и развој на стратегии за подобрување на нивната психолошка отпорност. Најчесто применуваните методи вклучуваат когнитивно-бихевиорална терапија, намалување на стресот засновано на свесност, терапија за прифаќање и посветеност и терапија за решавање проблеми.

Когнитивно-бихевиорална терапија (CBT):

- CBT е меѓу најчесто применуваните интервенции за негователи, со фокус на идентификување и реструктуирање на негативните мисловни шеми и однесувања кои придонесуваат за анксиозност и депресија. Техники како когнитивно реструктуирање, бихејвиорално активирање и управување со стресот им овозможуваат на негувателите да развијат поадаптивни стратегии за справување. Како што наведуваат Smith et al. (2019): „Когнитивно-бихевиоралната терапија може да ги зајакне негувателите со практични вештини за управување со стресот и предизвикување на негативните мисли“.

Намалување на стресот засновано на свесност (MBSR):

- Оваа интервенција вклучува техники како медитација, свесност за телото и јога за намалување на стресот и подобрување на емоционалната благосостојба. Според Kabat-Zinn (2003): „Интервенциите базирани на свесност промовираат прифаќање и смиреност, што ги намалува психолошките последици на негата“.

Терапија за прифаќање и посветеност (ACT):

- ACT ја нагласува важноста на прифаќањето на стресните мисли и емоции, додека ги охрабрува негувателите да поставуваат цели засновани на нивните вредности. Оваа терапија им овозможува на негувателите чувство на исполнетост и насоченост во нивната улога. Hayes et al. (2012) истакнуваат: „ACT помага во изградба на

психолошка флексибилност и смислено исполнување на улогата на негувател“.

Терапија за решавање проблеми (PST):

– PST се фокусира на идентификување и решавање на специфични предизвици преку структурирани техники, поставување цели и обука за ефективно носење одлуки. Како што наведуваат D'Zurilla и Nezu (2007): „PST ги поттикнува негувателите со практични алатки за управување со комплексноста на негата“.

4.3 Препораки за политики

Со стареењето на населението, преваленцијата на деменцијата се зголемува, што ја прави потребата од негователи сè поизразена. Креаторите на политики имаат клучна улога во препознавањето и справувањето со предизвиците со кои се соочуваат негувателите преку имплементирање политики и иницијативи што ја поддржуваат нивната благосостојба.

Давањето приоритет на менталното здравје на негувателите може да создаде поддржувачка средина и да осигура дека тие ги имаат потребните ресурси за обезбедување на ефективна нега. Според National Alliance for Caregiving & AARP Public Policy Institute (2020), "препознавањето на непроценливиот придонес на негувателите е од суштинско значење за нивната благосостојба, подобрување на пристапот до услуги за поддршка и обезбедување соодветно признание за нивната критична улога во обезбедувањето нега".

Политиките треба да бидат насочени кон различните потреби на негувателите, вклучувајќи едукација, нега, советување, финансиска поддршка и групи за поддршка. Како што истакнуваат Schulz и Martire (2004), "сеопфатните програми за поддршка кои ги опфаќаат различните потреби на негувателите се суштински за промовирање на нивната благосостојба, подобрување на нивните способности за справување и спречување на исцрпеност и стрес".

Понатаму, креаторите на политики треба да развијат повеќе законски акти за флексибилност на работното место, овозможувајќи му на негувателот полесно балансирање на професионалните и личните обврски. Политики како платено отсуство и флексибилни работни часови можат да го намалат финансискиот притисок и да промовираат задржување на работната сила.

Инвестицијата во образовни програми за негователи, кои опфаќаат основни вештини за нега и психосоцијални стратегии за справување со стресот, е од клучно значење. Овие програми треба да бидат достапни за професионални и семејни негователи и да се организираат на локално ниво за да бидат лесно достапни. Дополнително, треба да се понудат редовни сеанси за психолошка поддршка и советување, како на индивидуално така и на групно ниво, со фокус на лесно достапни услуги за ментално здравје.

Финансиската помош е уште еден критичен аспект на поддршката за негувателите. Политиките треба да вклучуваат субвенции, даночни олеснувања и финансирање на државни програми што обезбедуваат економска поддршка.

Кампањи за подигање на свеста за значењето на негувателите исто така се неопходни, со цел да се зголеми општествената поддршка и препознавањето на нивната важност во здравствениот систем.

На крај, стратегиското обликување на здравствените политики треба да вклучува специјализирани програми за поддршка на негувателите во рамките на здравствените установи. Ова може да опфати интегрирање на менталното здравје за негувателите во рутинските здравствени проверки за лица со деменција, како и обезбедување на едукација и психосоцијална поддршка во домови за стари лица и болници.

Ограничувања на истражувањето

Првото ограничување на ова истражување е релативно малата големина на примерокот, што може да влијае на генерализацијата на резултатите. Иако примерокот опфаќа семејни и професионални негуватели, некои аспекти, како што се етничката припадност и географските разлики, не беа доволно застапени. Дополнително, истражувањето е спроведено во специфичен регионален контекст, што го ограничува преносот на наодите во поширoки културни и економски средини.

Второ, крос-секцискиот дизајн го ограничува разбирањето на причинско-последичните релации. За поцврсти заклучоци, се препорачува спроведување на лонгитудинални истражувања кои ќе овозможат анализа на динамиката на психолошкиот товар во различни временски точки и фази на грижата.

Трето, не се земени предвид специфични фактори, како што се личните механизми за справување на негувателите и можниот пристрасен одговор од испитаниците (self-report bias). Овие аспекти се важни за подлабоко разбирање на индивидуалните разлики во психолошкиот товар.

Ограничувањата во ова истражување ја нагласуваат потребата за посложени и сеопфатни дизајни во идни истражувања, кои ќе овозможат подетално и попрецизно разбирање на факторите што влијаат на психолошката состојба на негувателите.

Импликации за идни истражувања

Наодите од ова истражување укажуваат на важноста на подобрата поддршка за негувателите на лица со деменција, особено во контекст на ублажување на симптомите на анксиозност и депресија, кои имаат значително влијание врз нивното психолошко здравје. Потребни се дополнителни истражувања на поголем примерок и на национално ниво, кои ќе ја проучат оваа проблематика во поширок контекст и ќе помогнат во развојот на поефективни стратегии за поддршка.

Дополнителни истражувања треба да ги испитаат културолошките и социоекономските фактори што можат да влијаат на психолошкиот товар, како и да се истражат иновациите во технолошката поддршка на негувателите (како што се апликации и телемедицина).

Би било корисно да се испита ефикасноста на психолошките интервенции базирани на когнитивно-бихејвиорална терапија и техники за внимателност (mindfulness) во намалување на симптомите на анксиозност и депресија кај семејните негуватели.

Идните истражувања може да вклучат и анализа на влијанието на специфични демографски фактори, како што се полот, образованието и работниот статус на негувателите, како и примената на технолошки решенија за поддршка на негата.

Користена литература:

1. Abas, M. A., Phillips, C., Carter, J., Walter, K. H., Banerjee, S., & Levy, R. (2018). Culturally sensitive cognitive behaviour therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 48*(11), 1790–1807.
2. Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 775–783.
3. Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Gunning, F., Kiosses, D. N., Kanellopoulos, D., Pollari, C., & Moutier, C. (2011). "Engage" therapy: Prediction of change of late-life major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(11), 929–939.
4. Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Kiosses, D. N., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Arean, P. A. (2016). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: Effect on disability. *Archives of General Psychiatry, 69*(12), 1214–1224.
5. Alzheimer's Association. (2020). 2020 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia, 16*(3), 391–460.
6. Alzheimer's Association. (2021). About Dementia: Signs and Symptoms. https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/symptoms
7. Alzheimer's Association. (2021). Alzheimer's Disease Facts and Figures. https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures
8. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
9. Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., & Aarsland, D. (2011). Alzheimer's disease. *The Lancet, 377*(9770), 1019–1031.
10. Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 327–335.
11. Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin, 133*(1), 1–24.

12. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
13. Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(2), 217-228.
14. Brookmeyer, R., Johnson, E., Ziegler-Graham, K., & Arrighi, H. M. (2007). Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 3*(3), 186–191.
15. Burns, A., Iliffe, S., Alzheimer's Disease International. (2009). Alzheimer's disease. *BMJ (Clinical Research Ed.), 338*, b158.
16. Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalaman, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., Visvalingam, U., Roslan, S., Abd Rahman, F. N., & Lee, K. W. (2020). Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry, 20*(1), 1-15. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-5
17. Cheng, S.-T., & Li, K.-K. (2013). The effectiveness of nonpharmacological interventions for informal dementia caregivers: An updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 170*(8), 927–939. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529
18. Cheng, S. T., Mak, E. P. M., Lau, R. W. L., Ng, N. S. S., & Lam, L. C. W. (2020). Voices of Alzheimer caregivers on positive aspects of caregiving: A systematic review. *The Gerontologist, 60*(3), e283–e302. https://doi.org/10.1093/geront/gnz126
19. Coopers, C., Balamurali, T. B., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics, 19*(2), 175–195. https://doi.org/10.1017/S1041610206004297
20. Dementia Australia. (2023). *The dementia guide* (Macedonian). https://www.dementia.org.au/sites/default/files/2023-10/The-Dementia-Guide-Macedonian.pdf?utm_source=chatgpt.com
21. D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). Springer Publishing Company.

22. Dubois, B., Feldman, H. H., Jacova, C., Cummings, J. L., Dekosky, S. T., Barberger-Gateau, P., ... & Scheltens, P. (2010). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS–ADRDA criteria. *The Lancet Neurology, 6*(8), 734-746.
23. Gallagher, D., et al. (2011). Self-efficacy for managing dementia may protect against burden and depression in Alzheimer's caregivers. *Aging & Mental Health, 15*(6), 663–670.
24. Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., & Newcomer, R. (2005). Unmet care needs and key outcomes in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(12), 2098–2105.
25. Gaugler, J. E., Roth, D. L., Haley, W. E., & Mittelman, M. S. (2000). Can counseling and support reduce Alzheimer's caregivers' burden and depressive symptoms during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(5), 573-582.
26. Gitlin, L. N., Belle, S. H., Burgio, L. D., Czaja, S. J., Mahoney, D., Gallagher-Thompson, D., ... & Schulz, R. (2003). Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: the REACH multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychology and Aging, 18*(3), 361-374.
27. Gitlin, L. N., & Hodgson, N. (2015). Caregivers as therapeutic agents in dementia care: The evidence-base for interventions supporting their role. In M. E. P. Ligthart, R. C. M. Goossens, & M. M. Huisman (Eds.), *Innovative dementia care* (pp. 15–39). Springer.
28. Gorelick, P. B., Scuteri, A., Black, S. E., Decarli, C., Greenberg, S. M., Iadecola, C., ... & Launer, L. J. (2011). Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 42*(9), 2672-2713.
29. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50–55.
30. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23*(1), 56–62.

31. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy can empower caregivers to embrace the complexities of caregiving with openness, compassion, and resilience, allowing them to live more fully and authentically amidst the challenges they face. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(4), 758-773.
32. Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2006). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 1173–1183.
33. Joling, K. J., van Hout, H. P., Schellevis, F. G., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Knol, D. L., ... & van Marwijk, H. W. (2015). Incidence of depression and anxiety in the spouses of patients with dementia: A naturalistic cohort study of recorded morbidity with a 6-year follow-up. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(2), 117-124.
34. Joling, K. J., Windle, G., Dröes, R. M., Meiland, F. J. M., van Hout, H. P. J., & MacNeil Vroomen, J. L. (2015). What are the essential features of resilience for informal caregivers of people living with dementia? A Delphi consensus examination. *Aging & Mental Health, 19*(7), 614–623. https://doi.org/10.1080/13607863.2014.962002
35. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156.
36. Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. A. (1999). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry, 156*(6), 964–970.
37. Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... & Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(Suppl 5), 1353383.
38. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
39. Livingston, G., Leavey, G., Manela, M., Livingston, D., Rait, G., Sampson, E., & Cooper, C. (2010). Making decisions for people with dementia who lack capacity: Qualitative study of family carers in UK. *BMJ, 341*, c4184. https://doi.org/10.1136/bmj.c4184

40. Livingston, G., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet, 396*(10248), 413–446.
41. Mahoney, R., Regan, C., & Lichtenberg, P. (2005). The emotional toll of caregiving: Implications for family caregiving. *Journal of Aging & Social Policy, 17*(2), 53–72. https://doi.org/10.1300/J031v17n02_05
42. McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J. P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A., ... & Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology, 89*(1), 88-100.
43. National Alliance for Caregiving & AARP Public Policy Institute. (2020). *Caregiving in the U.S. 2020*. Retrieved from https://www.aarp.org/ppi/info-2020/caregiving-in-the-united-states.html
44. National Institute of Mental Health. (2018). *Anxiety Disorders*. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml
45. National Institute of Mental Health. (2021). *Depression*. Retrieved from https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml
46. National Institute on Aging. (2021). *Dementia Symptoms and Diagnosis*. https://www.nia.nih.gov/health/dementia-symptoms-and-diagnosis
47. Nemeroff, C. B., & Vale, W. W. (2005). The neurobiology of depression: Inroads to treatment and new drug discovery. *The Journal of Clinical Psychiatry, 66*(Suppl 7), 5–13.
48. Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron, 34*(1), 13-25.
49. O'Brien, J. T., Erkinjuntti, T., Reisberg, B., Roman, G., Sawada, T., Pantoni, L., Bowler, J. V., Ballard, C., DeCarli, C., Gorelick, P. B., Rockwood, K., Burns, A., Gauthier, S., & DeKosky, S. T. (2003). Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurology*, 2(2), 89–98. https://doi.org/10.1016/s1474-4422(03)00305-3
50. OpenAI. (2023). Language models are few-shot learners. *OpenAI Blog*. Retrieved from https://www.openai.com

51. 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. *The Gerontologist, 30*(5), 583–594.
52. Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 58*(2), 112–128.
53. Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*(2), 250–267. https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250
54. Prince, M., Acosta, D., Ferri, C. P., & Guerra, M. (2015). Dementia diagnosis and care in low-income and middle-income countries. *The Lancet, 385*(9966), 2105-2117. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61678-6
55. Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia, 9*(1), 63-75. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007
56. Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., & Karagiannidou, M. (2016). *World Alzheimer report 2016: Improving healthcare for people living with dementia*. Alzheimer's Disease International.
57. Prince, M. J., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia - An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends*. Alzheimer's Disease International (ADI).
58. Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., ... & Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain, 134*(9), 2456-2477.
59. Richardson, T., Elliott, P., Roberts, R., Jansen, M., & Maratos, A. (2012). Depressive symptoms and reasons for living among college students: A comparison of African American, Asian Pacific Islander, and White students. *Depression Research and Treatment, 2012*, 1-9. https://doi.org/10.1155/2012/485818
60. Roth, D., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reassessment from population-based studies. *Gerontologist, 55*(2), 309–319.

61. Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Ho, R. C. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(12), 1034-1041.
62. Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Chun-Man Ho, R. (2021). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(12), 1034–1041. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.005
63. Sartorius, N. (2006). Stigma and mental health. *The Lancet, 367*(9509), 528-529.
64. Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 12*(3), 240–249.
65. Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education, 44*(3), 19–32. https://doi.org/10.5175/JSWE.2008.40403
66. Smith, J. L., et al. (2019). Cognitive-behavioral therapy for family caregivers of individuals with dementia: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist, 59*(4), e343–e362.
67. Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (2019). Family functioning in caregivers of patients with chronic diseases: A cross-sectional analysis. *Social Science & Medicine, 75*(1), 136–141. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.001
68. Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E., Covino, J., & The Bipolar Disorder Phenome Group. (2009). The genetic basis of panic and phobic anxiety disorders. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics, 151C*(1), 131-141.
69. Sosa-Ortiz, A. L., Acosta-Castillo, I., & Prince, M. J. (2012). Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. *Archives of Medical Research, 43*(8), 600–608.
70. Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32*(6), 443–462.

71. Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1552–1562.
72. Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(6), 946–972.
73. World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization.
74. World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. World Health Organization.
75. World Health Organization. (2019). Dementia: Key Facts. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia
76. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655–679.
77. Zarit, S. H., Femia, E. E., Kim, K., & Whitlatch, C. J. (2022). The effects of adult day services on family caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist, 62*(4), 540–550. https://doi.org/10.1093/geront/gnac001
78. Ѓоргиевска, М., Илиевска, Д., & Петровски, П. (2019). *Психијатрија: Основи на клиничка пракса*. Скопје: Институт за психијатрија, Факултет за медицински науки, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“.
79. Национален центар за јавно здравје. (2023). *Меѓународна класификација на болести - 10-та ревизија (ICD-10)*. Скопје: Агенција за животна средина и здравје, Република Северна Македонија.
80. Закон за здравствена заштита, 2018. *Службен весник на Република Северна Македонија*, бр. 70/18.
81. Закон за пензиско и инвалидско осигурување, 2019. *Службен весник на Република Северна Македонија*, бр. 153/19.
82. Закон за работни односи, 2015. *Службен весник на Република Северна Македонија*, бр. 131/15.
83. Закон за социјална заштита, 2020. *Службен весник на Република Северна Македонија*, бр. 50/20.

Табела 1

Групна статистика за депресивни и анксиозни скорови според тип на негувателе (семејни и професионални)

Статистика на групата					
	Тип на негувател	N	Средна вредност	Стандардна девијација	Стандардна грешка на средната вредност
Скор депресија	семен негувател	37	19,22	9,411	1,547
	професионален негувател	37	4,49	3,509	,577
Скор анксиозност	семен негувател	37	25,46	13,264	2,181
	професионален негувател	37	6,68	3,249	0,53

Табела 2

Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негувателе

Тест за независни примероци											
		Levene-ов тест за еднаквост на варијансите		t-тест за еднаквост на средните вредности							
		F	Sig.	t	df	Значајност		Разлика во средната вредност	Стандардна грешка на разлика	95% доверлив интервал на разликата (CI)	
						Едностран р	Двостран р			Долна	Горна
Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	27,192	<,001	8,921	72	<,001	<,001	14,730	1,651	11,438	18,021
	Не се претпоставени еднакви варијанси			8,921	45,820	<,001	<,001	14,730	1,651	11,406	18,054
Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	60,457	<,001	8,367	72	<,001	<,001	18,784	2,245	14,308	23,259
	Не се претпоставени еднакви варијанси			8,367	40,306	<,001	<,001	18,784	2,245	14,248	23,320

Табела 3

Корелации помеѓу години како негувател, скорови на депресија и анксиозност за семејни и професионални негователи.

Корелации					
Тип на негувател			Години како негувател	Скор депресија	Скор анксиозност
сеемен негувател	Години како негувател	Пирсонова корелација (p)	1	-,030	-,040
		П-вредност (двостран тест) (r)		,861	,813
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (p)	-,030	1	,890**
		П-вредност (двостран тест) (r)	,861		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (p)	-,040	,890**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	,813	<,001	
		N	37	37	37
професионален негувател	Години како негувател	Пирсонова корелација (p)	1	-,027	-,070
		П-вредност (двостран тест) (r)		,872	,680
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (p)	-,027	1	,718**
		П-вредност (двостран тест) (r)	,872		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (p)	-,070	,718**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	,680	<,001	
		N	37	37	37
**.Корелацијата е значајна на ниво од 0.01 (двостран тест)					

Табела 4

Групна статистика за депресија и анксиозност по тип на негувател и возрастна група

Статистика на групата						
Тип на негувател		Возраст	N	Средна вредност	Стандардна девијација	Стандардна грешка на средната вредност
сеемен негувател	Скор депресија	18-45	11	15,55	9,395	2,833
		над 45	26	20,77	9,153	1,795
	Скор анксиозност	18-45	11	19,27	13,843	4,174
		над 45	26	28,08	12,358	2,424
професионален негувател	Скор депресија	18-45	24	3,71	3,316	,677
		над 45	13	5,92	3,523	,977
	Скор анксиозност	18-45	24	6,21	2,992	,611
		над 45	13	7,54	3,643	1,010

Табела 5

Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негувател и возраст

Тест за независни примероци												
			Levene-ов тест за еднаквост на варијансите		t-тест за еднаквост на средните вредности							
			F	Sig.	t	df	Значајност		Разлика во средната вредност	Стандардна грешка на разлика	95% доверлив интервал на разликата (CI)	
							Едностран p	Двостран p			Долна	Горна
СЕМЕ	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,139	,711	-1,575	35	,062	,124	-5,224	3,317	-11,958	1,511
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,558	18,454	,068	,136	-5,224	3,354	-12,257	1,810
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,192	,664	-1,912	35	,032	,064	-8,804	4,604	-18,150	,542
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,824	17,103	,043	,086	-8,804	4,826	-18,982	1,374
ПРОф	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,029	,866	-1,898	35	,033	,066	-2,215	1,167	-4,584	,154
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,863	23,465	,037	,075	-2,215	1,189	-4,671	,241
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,019	,890	-1,196	35	,120	,240	-1,330	1,112	-3,588	,928
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,127	20,918	,136	,273	-1,330	1,181	-3,786	1,126

Табела 6

Корелации помеѓу психосоцијалната поддршка, депресивните симптоми и анксиозноста според тип на негувател (семејни и професионални)

Колерации					
Тип на негувател			Психосоцијална поддршка	Скор депресија	Скор анксиозност
сеемен негувател	Психосоцијална поддршка	Пирсонова корелација (р)	1	,173	,360*
		П-вредност (двостран тест) (r)		,305	,029
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (р)	,173	1	,890**
		П-вредност (двостран тест) (r)	,305		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (р)	,360*	,890**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	,029	<,001	
		N	37	37	37
професионален негувател	Психосоцијална поддршка	Пирсонова корелација (р)	.c	.c	.c
		П-вредност (двостран тест) (r)		.	.
		N	37	37	37
	Скор депресија	Пирсонова корелација (р)	.c	1	,718**
		П-вредност (двостран тест) (r)	.		<,001
		N	37	37	37
	Скор анксиозност	Пирсонова корелација (р)	.c	,718**	1
		П-вредност (двостран тест) (r)	.	<,001	
		N	37	37	37
*. Корелацијата е значајна на ниво од 0.05 (двостран тест).					
**. Корелацијата е значајна на ниво од 0.01 (двостран тест).					
c. Не може да се изврши пресметка бидејќи најмалку една од променливите е константна.					

Табела 7

Групна статистика за скорови на депресија и анксиозност според тип на негователи и стадиум на деменција

Статистика на групата						
Тип на негувател		Стадиум на деменција	N	Средна вредност	Стандардна девијација	Стандардна грешка на средната вредност
семеен негувател	Скор депресија	ран/среден	19	15,05	8,567	1,965
		напреден	18	23,61	8,368	1,972
	Скор анксиозност	ран/среден	19	20,74	12,449	2,856
		напреден	18	30,44	12,538	2,955
професионален негувател	Скор депресија	ран/среден	18	3,83	3,601	,849
		напреден	19	5,11	3,398	,779
	Скор анксиозност	ран/среден	18	6,83	3,312	,781
		напреден	19	6,53	3,272	,751

Табела 8

Резултати од независен t-тест за скорови на депресија и анксиозност според тип на негователи и стадиум на деменција

Тест за независни примероци												
			Levene-ов тест за еднаквост на варијансите		t-тест за еднаквост на средните вредности							
			F	Sig.	t	df	Значајност		Разлика во средната вредност	Стандардна грешка на разлика	95% доверлив интервал на разликата (CI)	
							Едностран p	Двостран p			Долна	Горна
СЕМЕ	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,436	,513	-3,072	35	,002	,004	-8,558	2,786	-14,215	-2,902
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-3,074	34,964	,002	,004	-8,558	2,784	-14,211	-2,906
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,038	,846	-2,363	35	,012	,024	-9,708	4,109	-18,049	-1,366
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-2,362	34,863	,012	,024	-9,708	4,110	-18,052	-1,363
ПРОФ	Скор депресија	Претпоставени еднакви варијанси	,238	,629	-1,105	35	,138	,277	-1,272	1,151	-3,608	1,064
		Не се претпоставени еднакви варијанси			-1,104	34,553	,139	,277	-1,272	1,152	-3,613	1,069
	Скор анксиозност	Претпоставени еднакви варијанси	,664	,421	,284	35	,389	,778	,307	1,083	-1,891	2,505
		Не се претпоставени еднакви варијанси			,283	34,840	,389	,778	,307	1,083	-1,892	2,506

Апендикс А: Хамилтонова скала за проценка на анксиозност (HAM-A)

Хамилтоновата скала за проценка на анксиозност (HAM-A) е стандардизиран инструмент за мерење на интензитетот на анксиозноста кај поединци. Скалата се состои од 14 ставки. Секоја ставка се оценува со број од 0 до 4, каде 0 значи нема анксиозност, а 4 укажува на највисока тежина на симптомите. HAM-A се користи во клиничката пракса за процена на степенот на анксиозност и може да биде корисен за следење на напредокот на состојбата на пациентите, како и за процена на ефективноста на терапевтските интервенции.

Табела А: *Хамилтоновата скала за проценка на анксиозност (НАМ-А)*

Име на пациент: Датум:

Хамилтонова скала за проценка на анксиозност (НАМ-А)

Инструкции: Оваа е листа за проверка за да му помогне на лекарот или психијатарот да го процени секој пациент во однос на степенот на анксиозност и патолошка состојба. Ве молиме пополнете со соодветната оцена.

НЕ ПОСТОИ = 0 СЛАБО = 1 УМЕРЕНО = 2 ТЕШКО = 3 ИЗРАЗЕНО = 4

1.Анксиозно расположение	загриженост. предвидување на најлошо, раздразливост
2.Напнатост	чувство на напнатост, заморливост, лесно се расплачува, треперење, немир, неспособност да се опушти
3.Стравови	од темница, од непознати, од самотија, од животни, од сообраќај, од гужви
4.Несоница	тешкотија да заспие, испрекинат сон, чувство на замор после будење, соништа, кошмари, ноќни стравови
5.Интелектуални (когнитивни) потешкотии	тешкотии во концетрација, слабо памтење
6.Депресивно расположение	губиток на интерес, недостиг на задоволство во слободни активности, потиштеност, рано будење
7.Соматски мускулни симптоми	болки и грчеви, укоченост, миоклонични трзаи, шкрипење со заби, несигурен глас, зголемување на мускулен тонус
8.Соматски сензорни симптоми	тинитус, замаглен вид, бранови на топло или ладно, малаксаност, боцкање
9.Кардноваскуларни симптоми	тахикардија, палпитации, пулсации на крвни садови, болка во гради, несвестица, прескокнување на срце
10.Респираторни симитоми	притисок или стегање во гради, чувство на гушење, воздивнување, диспнеа
11.Гастроинтестинални симптоми	тешкотии при голтање, флатуленција, болка во абдомен, горушица, чувство на полн стомак, мака, повраќање, борборигми, губиток во тежина, констипација
12.Генитоуринарни симптоми	често мокрење, неспособност за одложување на мокрење, аменореа, менорагија, развој на фригидност, предвремена ејакулација, губиток на либидо, импотенција
13.Неуровегетативии симптоми	сува уста, црвенење, бледило, зголемено потење, вртоглавица, главоболка од напнатост, наеженост
14.Однесување на пациентот во текот на иттервјуто	нестрпливост, немир или шетање горе-долу, тресење на рацете, намрштеност, напрегнат израз, воздивнување или забрзано дишење, бледило, подголтнување, зголемени тетивни рефлекси-трзаи, дилатирани зеници, егзофталму
Вкупен збир	

0-17 Блага анксиозност	18-24 Умерена анксиозност	25-30 Тешка анксиозност	над 31 Многу тешка анксиозност

Апендикс Б: Хамилтонова скала за проценка на депресија (HAM-D)

Во овој апендикс се прикажува целосната Хамилтонова скала за проценка на депресија (HAM-D), која се користи за процена на степенот на депресивни симптоми кај пациенти. Скалата е широко призната и применувана во клиничката пракса за мерење на интензитетот на депресијата. Психијатарот или терапевтот го оценува пациентот на основа на набљудувања и разговори со пациентот.

Табела Б: *Хамилтоновата скала за проценка на депресија (HAM-D)*

Име на пациент:_____ Датум:_____

Хамилтонова скала за проценка на депресија (HAM-D)

Инструкции: Заокружете го описот што најмногу одговара

1. ДЕПРЕСИВНО РАСПОЛОЖЕНИЕ
(тага, безнадежност, безвредност)

1. Отсутно
2. Тага
3. Повремено плачење
4. Често плачење
5. Изразени симптоми

2. ЧУВСТВО НА ВИНА

1. Отсутно
2. Си префрла себе си, чувствува дека ги изневерил луѓето
3. Има идеи на вина или размислува за своите грешки или гревови направени во минатото
4. Сегашната болест е казна. Делузии на вина
5. Слуша обвинувачки гласови

3. СУИЦИД

1. Нема
2. Чувствува дека животот не е вреден да се живее
3. Посакува да е мртов или има некакви мисли за можна сопствена смрт
4. Суицидни идеи или гестови
5. Се обидува да се самоубие

4. РАНА ИНСОМНИЈА
(потешкотии со заспивањето)

1. Нема потешкотии
2. Понекогаш
3. Често

5. СРЕДНА ИНСОМНИЈА
(немирен и вознемирен во текот на ноќта, будење во текот на ноќта)

1. Нема потешкотии
2. Понекогаш
3. Често

6. ИНСОМНИЈА - ОДЛОЖЕНА
(будење и неможност за повторно заспивање)

1. Нема потешкотии
2. Понекогаш
3. Често

7. РАБОТА И АКТИВНОСТИ

1. Нема потешкотии
2. Чувства на неспособност, слабост која се јавува во врска со активностите
3. Губиток на интерес за активиости, хоби или работа
4. Намалување на продуктивноста
5. Престанал да работи поради сегашната болест.

8. РЕТАРДАЦИЈА
(успореност на мислите и говорот, намалена концентрација, намалена моторна активност)

1. Нормален говор и мисли
2. Мала ретардација при разговорот
3. Очигледна ретардација при разговорот
4. Разговорот е отежнат
5. Целосен ступор

9. АГИТАЦИЈА
(си игра со косата и рацете, ја гризе устат, не може да седи мирно)

1. Нема потешкотии
2. Понекогаш
3. Често

10.АНКСИОЗНОСТ - ПСИХИЧКА

1. Нема потешкотии
2. Субјективна тензија и иритабилност
3. Загрижен за неважни нешта
4. Стравот му се гледа на лицето и во говорот
5. Ги манифестира стравовите

11.АНКСИОЗНОСТ - СОМАТСКА

(физиолошки состојби кои ја пратат анксиозноста, како на пр: гастроинтестинални - сушење на устата, гасови, диспепсија, дијареа, грчеви, подригнување, кардиоваскуларни - палпитации, главоболки, респираторни - хипервентилација, воздивнување, често мокрење, потење)

1. Нема
2. Слаба
3. Умерена
4. Изразена
5. Онеспособувачка

12.СОМАТСКИ СИМПТОМИ (ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ)

(губење на апетит, чувство на тежина во стомакот; констипација)

1. Нема
2. Умерена
3. Изразена

13.СОМАТСКИ СИМПТОМИ - ОПШТИ

(тежина во екстремитетите, грбот или главата, болки во грбот, губење на енергија и замор)

1. Нема
2. Умерена
3. Изразена

14.ГЕНИТАЛНИ СИМИТОМИ

(губење на либидото, менструални нарушувања)

1. Нема
2. Умерена
3. Изразена

15.ХИПОХОНДРИЈА

1. Не е присутна
2. Преокупираност со самиот себе (со своето тело)
3. Често се жали, бара помош и сл.
4. Хипохондрични делузии

16.ГУБИТОК ВО ТЕЖИНА

1. Нема губиток во тежина или има губиток во тежина кој не е предизвикан од сегашната болест
2. Има губиток во тежина кој веројатно е предизвикан од сегашната болест
3. Има јасен губиток во тежина кој е предизвикан од сегашната болест

17.КАКО ГЛЕДА НА СЕБЕ

1. Критичен е
2. Делумно е критичен
3. Не е критичен

Вкупен збир:
0 - 7 = Нормално
8 - 13 = Блага депресија
14-18 = Умерена депресија
19 - 22 = Тешка депресија
> 23 = Многу тешка депресија

Апендикс В: Прашалник за негуватели на лица со дијагностицирана деменција

Прашалникот за негуватели на лица со дијагностицирана деменција е составен за потребите на истражувањето. Прашањата во прашалникот се фокусирани на демографски податоци (возраст, пол, образование, социо-економски статус), улогата на негувателот, долговечноста на негувателската грижа, и на потешкотиите со кои се соочуваат во текот на грижата. Овој прашалник е основа за понатамошни статистички анализи и помага во добивањето на релевантни информации за негувателите кои се дел од истражувањето.

Табела В: *Прашалник за негователи на лица со дијагностицирана деменција*

Прашалник за негователи на лица со дијагностицирана деменција	
1. Колку години имате? а) 18-27 б) 28-40 в) 41-60 г) 61-75 д) над 75 **2.Вашиот пол**: а) машки б) женски **3.Кој е Вашиот степен на образование?** а) средно образование или помалку б) високо образование или повеќе **4.Каков е Вашиот социо-економски статус?** а) Низок приход б) Среден приход в) Висок приход **5.Колку долго сте негувател на лице дијагностицирано со деменција?** а) Помалку од 1 година б) 1-3 години в) 3-5 години г) 5-10 години д) Повеќе од 10 години **6.Во каков однос сте со лицето за кое се грижите?** а) Сопружник б) Дете в) Друг роднина г) Не-роднина (на пр. пријател, сосед) д) Професионален негувател **7.Дали живеете во заедница со истото?** а) Да б) Не	**8.Колку часа дневно поминувате со лицето на кое му давате нега?** а) Помалку од 4 часа б) 4-8 часа в) 8-12 часа г) 12-16 часа д) Повеќе од 16 часа **9.Кој степен на деменција е дијагностициран?** а) Блага б) Умерена в) Тешка **10.Дали сте добиле формална обука или едукација поврзана со грижа и нега на лице со деменција?** а) Да б) Не **11.Дали добивате надворешна поддршка или помош поврзана со Вашата улога на негувател?** а) Да, од здравствени работници б) Да, од групи за поддршка в) Да, од членовите на семејството г) Нема надворешна поддршка д) Друго (ве молиме наведете) **12.Дали претходно ви била дијагностицирана анксиозност или депресија?** а) Да б) Не **13.Ако да, дали сте добиле третман или поддршка за овие состојби?** а) Да б) Не

14. Кои се најголемите потешкотии со кои се соочувате? (семејни негователи) а) Емоционален стрес и исцрпеност б) Финансиско оптоварување в) Урамнотежување на обврските околу негата, работата и личниот живот г) Недостаток на поддршка и ресурси **15. Во која област Ви е најпотребна помош?** (семејни негователи) а) Емоционална поддршка и услуги за советување б) Финансиска помош в) Пристап до бесплатни професионални негователи или услуги за домашна нега г) Пристап до можности за обука	**16. Кои се најголемите потешкотии со кои се соочувате?** (професионални негователи) а) Емоционален стрес и исцрпеност б) Ниска плата и финансиска несигурност в) Голем обем на работа и тешки работни обврски г) Ограничени можности за напредување во кариерата **17. Во која област Ви е потребна помош?** (професионални негователи) а) Емоционална поддршка и услуги за советување б) Повисока плата и платени придонеси в) Флексибилно работно време или намален обем на работа г) Пристап до можности за обука и професионален развој

Апендикс Г: Формулар за информирана согласност

Во овој апендикс се прикажува текстуалниот примерок на Формуларот за информирана согласност кој учесниците го потпишаа пред учеството во истражувањето. Формуларот има за цел да ги информира учесниците за целите и процесот на истражувањето, како и за нивните права, вклучувајќи ја доброволноста на учеството и доверливоста на собраните податоци. Се истакнува дека учесниците можат да се повлечат од учеството во истражувањето во секое време.

Следува текстот на формуларот:

Формулар за информирана согласност

Почитувани со потпишување на овој формулар, прифаќате да учествувате во истражувачка студија за магистерски студии на тема: „Компаративна анализа: анксиозност и депресивни симптоми кај негувателите на лица со дијагносицирана деменција".

Ова истражување има за цел да го истражи влијанието на грижата за лица дијагностицирани со деменција врз менталното здравје на негувателите, конкретно фокусирајќи се на преваленцијата на анксиозноста и депресивните симптоми.

Доколку се согласите да учествувате, ќе треба да потполните краток прашалник, скала за анксиозност на Хамилтон (HAM-A) и скала за депресија на Хамилтон (HAM-D).

Вашите информации се доверливи, сите собрани податоци ќе се чуваат безбедно, а Вашиот идентитет ќе остане анонимен.

Учеството е целосно доброволно, може да се повлечете во секое време.

Со Вашиот потпис подолу, вие доброволно се согласувате да учествувате во оваа истражувачка студија.

Име и презиме и потпис: _____ Дата: _____

Апендикс Д: Меморандум за соработка со ЈЗУ Општа болница со ПД Кавадарци

Овој меморандум за соработка потпишан помеѓу истражувачот и ЈЗУ Општа болница со проширена дејност Кавадарци, ги дефинира обврските на двете страни, вклучувајќи споделување на информации, пристап до потребни ресурси и согласност за учество на пациентите и нивните негуватели. Документот служи како потврда за официјализирање на соработката помеѓу истражувачот и здравствената институција.

Слика 1: Меморандум за соработка со ЈЗУ Општа болница со ПД Кавадарци

ЈЗУ ОПШТА БОЛНИЦА
СО ПРОШИРЕНА ДЕЈНОСТ КАВАДАРЦИ

До Катерина Витановска

Предмет: Одговор на барање за пристап до информации

Со задоволство го добивме вашето барање за пристап до институционални информации за вашата истражувачка студија.

Имате целосно одобрение за пристап до бараните информации. Веруваме дека ќе се справите со тоа со најголема грижа, доверливост и етичко внимание, усогласувајќи се со нашите институционални упатства.

Ако ви треба дополнителна помош, слободно контактирајте. Ние сме тука за да обезбедиме непречена соработка и да ви помогнеме.

Со нетрпение ги очекуваме резултатите од вашето истражување.

ЈЗУ Општа Болница
со проширена дејност Кавадарци

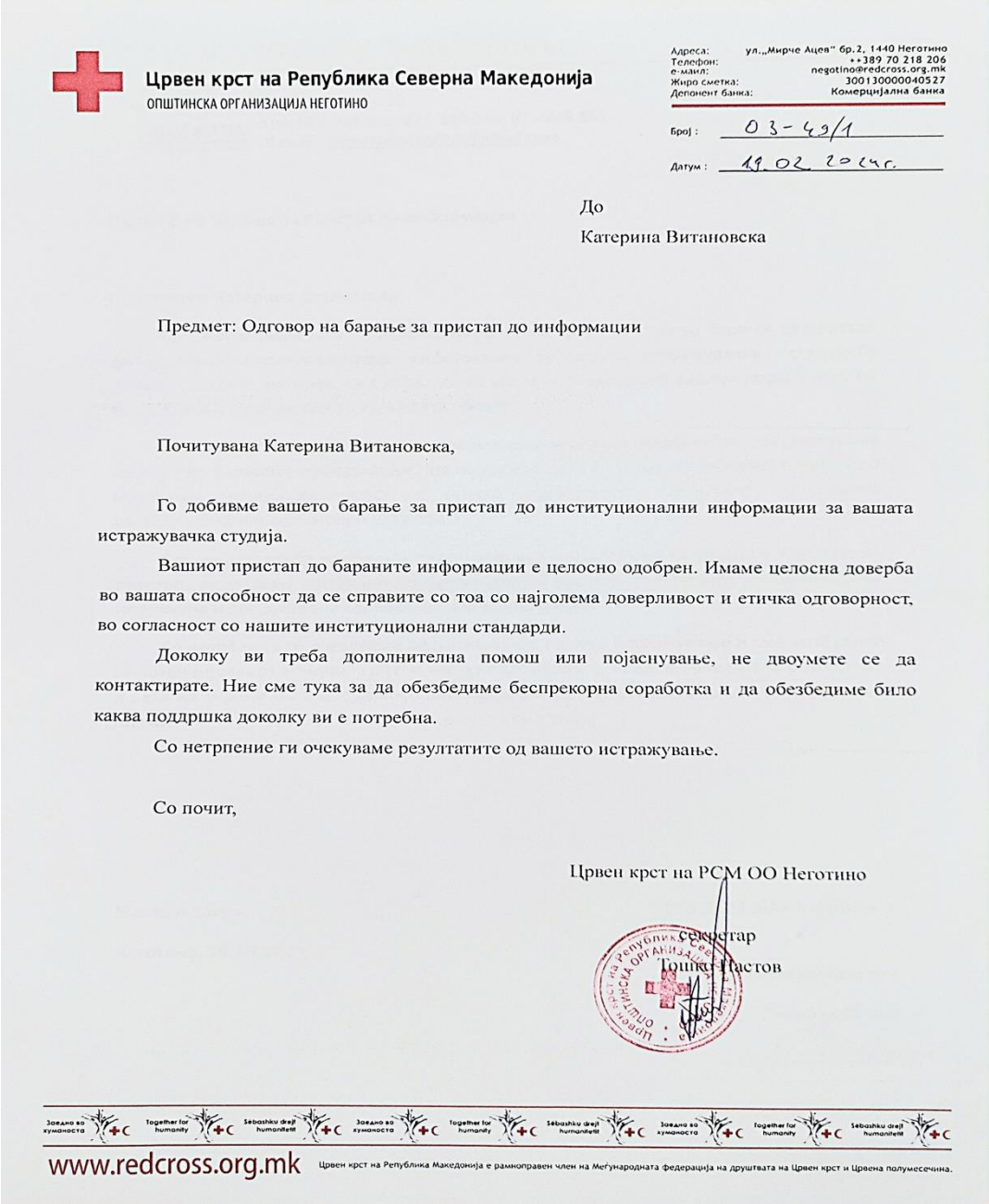
Општа Болница Кавадарци

Дипл. Јурист Наташа Андова

Апендикс Ѓ: Меморандум за соработка со ОО на Црвен Крст Неготино

Овој меморандум за соработка е потпишан помеѓу истражувачот и Општинската организација на Црвен Крст Неготино. Меморандумот ги регулира правата и обврските на страните и условите за споделување на релевантни податоци и ресурси кои ќе бидат користени во истражувањето, како и обезбедување на потребна поддршка и помош за учесниците во истражувањето.

Слика 1: Меморандум за соработка со ОО на Црвен Крст Неготино



Црвен крст на Република Северна Македонија
ОПШТИНСКА ОРГАНИЗАЦИЈА НЕГОТИНО

Адреса: ул.„Мирче Ацев" бр.2, 1440 Неготино
Телефон: ++389 70 218 206
е-маил: negotino@redcross.org.mk
Жиро сметка: 300130000040527
Депонент банка: Комерцијална банка

Број: 03-49/1
Датум: 19.02.2024г.

До
Катерина Витановска

Предмет: Одговор на барање за пристап до информации

Почитувана Катерина Витановска,

Го добивме вашето барање за пристап до институционални информации за вашата истражувачка студија.

Вашиот пристап до бараните информации е целосно одобрен. Имаме целосна доверба во вашата способност да се справите со тоа со најголема доверливост и етичка одговорност, во согласност со нашите институционални стандарди.

Доколку ви треба дополнителна помош или појаснување, не двоумете се да контактирате. Ние сме тука за да обезбедиме беспрекорна соработка и да обезбедиме било каква поддршка доколку ви е потребна.

Со нетрпение ги очекуваме резултатите од вашето истражување.

Со почит,

Црвен крст на РСМ ОО Неготино
секретар
Горица Пастов

Заедно во хуманоста | Together for humanity | Sebashku drejt humanitetit
www.redcross.org.mk
Црвен крст на Република Македонија е рамноправен член на Меѓународната федерација на друштвата на Црвен крст и Црвена полумесечина.

Апендикс Е: Меморандум за соработка со ПУСЗ Дом-Жана Неготино

Овој меморандумот за соработка е потпишан помеѓу истражувачот и ПУСЗ Дом-Жана Неготино утврдува рамка за истражување на анксиозно-депресивните симптоми кај негувателите на лица со деменција. Во него се дефинираат условите за споделување на податоци, обврските на двете страни и поддршката за учесниците, со акцент на соработката со персоналот на домот.

Слика 1: Меморандум за соработка со ПУСЗ Дом-Жана Неготино



ПУСЗ ДОМ-ЖАНА Неготино

ДОМ ЖАНА

Ул. 4ти Јули, бр.20
Тел. 043/365 204; 071/399-346; 075/444 151
E-mail: domzananegotino@gmail.com

Одговор на барање за пристап до информации

Почитувана Катерина Витановска

Ви благодариме што не исконтактиравте во врска со вашето барање за пристап до одредени институционални информации за вашата истражувачка студија.Го цениме вашиот интерес за соработка со нас и ја пофалуваме вашата посветеност на унапредување на знаењето во вашата област.

Со задоволство ги подржуваме вашите истражувачки напори и ви овозможуваме пристап до бараните информации.Ние веруваме дека ќе ракувате со информациите со најголема грижа,доверливост и етичко внимание,во согласност со нашите институционални политики и упатства .

Доколку ви треба дополнителна помош или појаснување во врска со процесот на пристап ,ве молиме слободно контактирајте со нас.Ние сме тука за да обезбедиме непречена и продуктивна соработка на кој било начин.

Со нетрпение ги очекуваме резултатите од вашето истражување и сме возбудени за потенцијалниот придонес што може да го направи за нашето колективно разбирање и база на знаење.Ви благодариме што избравте да соработувате со нас во овој важен пофтат.

Место и датум:

Неготино, 19. 02.2024

ПУСЗ ДОМ ЖАНА Неготино

Основач и сопственик

Снежана Илова