

# STRATEGIJE SUOČAVANJA ČLANOVA OBITELJI OBOLJELIH OD ALZHEIMEROVE BOLESTI

SILVIA RUSAC, MAJA LAKLIJA, MARINA MILIĆ BABIĆ

Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Zagreb, Hrvatska

Primljeno: 27. 10. 2011.

Prihvaćeno: 23. 1. 2012.

Izvorni znanstveni rad

UDK: 376.1-056.264

Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. Silvia Rusac, Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Nazorova 51, Zagreb; e-mail: srusac@pravo.hr

**Sažetak:** Potreba za sustavnom skrbi o oboljeloj osobi te njegovatelju člana uže obitelji oboljelog svakim danom je sve veća. Kako se njegovatelji nose sa zadacima njegovateljske uloge uvelike ovisi o vrsti strategija suočavanja koje koriste u svakodnevnoj skrbi o oboljeloj osobi. Stoga je cilj istraživanja utvrditi razlike u korištenim strategijama suočavanja njegovatelja obzirom na neka socio-demografska obilježja ispitanika i njegove obitelji te utvrditi razlike u strategijama suočavanja njegovatelja obzirom na neka obilježja skrbi o oboljeloj osobi. Rezultati su pokazali da njegovatelji najčešće koriste redefiniranje situacije i aktivno suočavanje te traženje podrške, nakon čega slijedi traženje duhovne podrške, zatim strategije usmjerene na pasivno/izbjegavajuću procjenu situacije te mobiliziranje resursa obitelji. Zanimljivo je da su resursi obitelji najmanje korišteni, tj. da njegovatelji pomoć traže od drugih izvora više nego li od članova uže obitelji. Žene učestalije od muškaraca koriste strategije aktivnog suočavanja i traženja duhovne podrške. Strategiju mobiliziranja resursa učestalije koriste kućanstva s višim primanjima, dok ona s nižim primanjima učestalije koriste pasivno/izbjegavajuće procjene situacije. Utvrđeno je i da osobe koje su nižeg stupnja sagorijevanja i manje opterećene zahtjevima dnevne skrbi češće koriste strategiju redefiniranja situacije. U radu se daju preporuke za pravodobnu i adekvatnu podršku njegovateljima članova obitelji oboljelih od Alzheimerove bolesti kako bi se u konačnici poboljšala kvaliteta života oboljelog, njegovatelja i cijele obitelji.

**Cljučne riječi:** Alzheimerova bolest, njegovatelj, strategije suočavanja, skrb

## UVOD

Uloga njegovatelja u skrbi za oboljelu osobu je ključna i od neprocjenjive je važnosti za oboljelog. U većini slučajeva njegovatelj je član uže obitelji oboljele osobe (Hebert i sur., 2007; Alzheimer's Association, 2011). Podaci pokazuju da u svijetu u 2010. godini 35,6 milijuna ljudi žive s demencijom, a prema procjenama broj oboljelih će se povećati na 65,7 milijuna do 2030., te na 115,4 milijuna do 2050. godine (Alzheimer's Disease International, 2010).

U ovom trenutku u Hrvatskoj ne postoji sustavno evidentiranje ove dijagnoze. Neprepoznata ozbiljnost i epidemiologija problema te manjkava registracija bolesti odnosno oboljelih dovodi do pogrešnog zaključivanja o razmjerima problema. Navedeno vodi u promišljanja o nepostojanju poteškoća i potrebe za sustavnim djelovanjem. Preliminarna gerontološka analiza bolničkog lije-

čenja neurogerijatrijskih bolesnika starijih od 65 godina u Gradu Zagrebu 2005. godine, po pojedinim vodećim dijagnozama u skupini bolesti živčanog sustava (G00-G98, N=6500), ukazuje na visoki udio od 90,00% hospitalizacija zbog Alzheimerove bolesti (G30), u ukupnom broju od 140 hospitalizacija zbog te dijagnoze (Tomek Roksandić i sur., 2006). Trenutno stanje u Hrvatskoj odlikuje se nepostojanjem programa od strane zdravstvenog i socijalnog sustava kojim bi se zadovoljile potrebe oboljelog, njegovatelja i uže obitelji. Istraživanja na uzorku njegovatelja osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih oblika demencije na području Hrvatske su rijetka i nedostatna za kvalitetno planiranje sustavne skrbi o oboljelom i pružanja podrške obitelji. Pomoć članovima obitelji u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti, izuzetno je važna obzirom da su istraživanja (Gilley i sur., 2004; Puljak i sur., 2005; Alzheimer's Association,

2011) pokazala da je sindrom sagorijevanja njegovatelja često snažnija indikacija za institucionalizaciju, nego što je sama težina bolesti oboljele osobe.

### Strategije suočavanja njegovatelja

Jedna od citiranih definicija strategija suočavanja svakako je ona koju su dali Lazarus i Folkman (2004:145) opisavši ih kao "trajno promjenjivo kognitivno i bihevioralno nastojanje izlaženja na kraj sa specifičnim vanjskim i/ili unutarnjim zahtjevima, koji su procijenjeni kao opterećujući ili kao toliko teški da nadilaze resurse kojima osoba raspolaže". Razumijevanje strategija suočavanja, te razloga zbog kojih se neki uspješno prilagode stresnoj situaciji dok drugi to nisu u mogućnosti unatoč nekim pozitivnim činiteljima (npr. socijalna podrška) je cilj koji znanstvenici zadnjih desetljeća pokušavaju dostići. Vještine suočavanja reduciraju stresne situacije ili pak jačaju izvore snage kako bi se osoba mogla nositi s tom situacijom (npr. problemski fokusirano suočavanje) ili pak vještine suočavanja mogu biti usmjerene na kontrolu emocija vezanih za stresnu situaciju (suočavanje fokusirano na emocije), bilo kroz oblike ponašanja (gledanje televizije, traženje socijalne podrške od prijatelja) ili putem kognitivnih pristupa (promjena načina gledanja na problemsku situaciju). Problemski usmjereno suočavanje javlja se onda kad pojedinac može utjecati na promjenu okolnosti, dok se suočavanje fokusirano na emocije javlja kad je osoba nemoćna u promijeni ili otklanjanju problema (Mitchell, 2006; Vollrath, 2006). Primjer problemski fokusiranog suočavanja sa stresom je aktivno traženje savjeta, pomoći od drugih osoba, dok suočavanje fokusirano na emocije dovodi do bijega od realnosti kroz npr. konzumaciju droga ili alkohola, poricanja problema i sl. Može se zaključiti da vještine suočavanja sa stresom imaju dvije glavne funkcije: utjecaj koji je usmjeren na promjenu problemskih okolnosti, ili pak na reguliranje emocionalnog odgovora na problem (Sarafino, 2002).

Njega i skrb za oboljelu osobu starije životne dobi ovisnu o tuđoj pomoći može biti teret koji dovodi do stresa kod njegovatelja (Simonetti i Ferreira, 2008). Kako će se njegovatelj nositi s osjećajem stresa ovisi o strategijama suočavanja koje koristi u svakodnevnom životu. Prema Arambašić (2003) strategije suočavanja su različite akcije, ponašanja i razmi-

šljanja koje se koriste za nošenje i prevladavanje stresne situacije i mogu se podijeliti prema: 1) vrsti reakcija (kognitivne/bihevioralne, aktivne/pasivne); 2) funkciji/svrsi pojedinog načina suočavanja (približavanje/izbjegavanje, suočavanje usmjereno na problem/na emocije tj. na uzrok/simptome). Postoje različite strategije suočavanja koje koriste njegovatelji člana obitelji oboljelog od Alzheimerove bolesti kako bi prevladali težinu situacije u kojoj se nalaze, no aktivan način suočavanja, usmjeren na rješavanje problema, ključni je zaštitni čimbenik protiv teškoća povezanih s njegovateljskim stresom (A report by the Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving, 2004).

Williamson i Schulz (1993) proveli su istraživanje o vrstama strategija koje koriste njegovatelji (N=170) osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti te utvrdili da oni njegovatelji koji koriste strategije suočavanja usmjerene na vlastitu relaksaciju, prihvatanje oboljelog kako u međusobnoj komunikaciji tako i u opadanju njegovih sposobnosti te oni koji traže i spremni su prihvatiti socijalnu podršku iz okoline osjećaju se bolje i nisu podložni depresiji. Također, istraživanja su pokazala da su prediktori sagorijevanja njegovatelja osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih oblika demencije: materijalni status, viša razina stresa, niži osjećaj zadovoljstva životom te loše samopoimanje, i specifično za ovu bolest kao prediktori se javljaju i problemi u ponašanju oboljelog te opadanje kognitivnih sposobnosti s napretkom bolesti (Cohen, 2000). Navedeno je još povezano i s prirodom prijašnjih odnosa između njegovatelja i oboljelog, s etničkom i kulturnom pozadinom obiteljskih prilika te uvjetima života u istom kućanstvu ili odvojenom kućanstvu od osobe oboljele od Alzheimerove bolesti. Prema istoj studiji njegovatelji osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti značajno više sagorijevaju nego li drugi njegovatelji. Oni su tako izloženi velikim promjenama u načinu i stilu života: oni žrtvuju svoj hobi, vrijeme namijenjeno njihovoj obitelji, karijere, životne prilike, energiju, emocije, financijska sredstva a često puta i vlastito zdravlje s ciljem udovoljavanja zahtjevima i izazovima koje nosi bolest. Važno je naglasiti kako skrb o oboljelom zahtjeva svakodnevnu njegu tako da njegovatelji provode vremenski značajno dugi period u skrbi o oboljeloj osobi. Prema nekim podacima čak 53% njegovatelja samostalno skrbi o oboljeloj

osobi, 30% njegovatelja samo obavlja većinu poslova skrbi i njege dok ostatak uz pomoć okoline (A report by the Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving, 2004).

Riedijk i suradnici (2006) ispitivali su razlike između njegovatelja osoba oboljelih od frontotemporalne demencije i njegovatelja osoba oboljelih od Alzheimerove demencije obzirom na sagorijevanje, kvalitetu života i suočavanje sa stresom. Pokazalo se da njegovatelji iz obje skupine iskazuju sagorijevanje te da njegovatelji koji kraće vrijeme skrbe za oboljelog imaju nižu kvalitetu života. Najčešće korištena strategija je aktivno suočavanje kod obje skupine, zatim slijedi pozitivno/ohrabrujuće misli/razmišljanje tzv. redefiniranje situacije te obje skupine najmanje koriste pasivno suočavanje. Zanimljiv rezultat je da njegovatelji koji duže skrbe za oboljelog člana obitelji iskazuju bolju kvalitetu života što autori objašnjavaju time da su se njegovatelji s vremenom prilagodili i prihvatili situaciju. S obzirom na duljinu skrbi, nisu se pokazale razlike u strategijama suočavanja sa stresom kod obje skupine ispitanika. Vrsta odnosa njegovatelja s oboljelim članom obitelji (npr. suprug, dijete) nije se pokazala značajnim za sagorijevanje njegovatelja.

Donaldson, Tarrier i Burns (1997) navode da sagorijevanje njegovatelja nije povezano sa vremenom koje njegovatelj provodi u skrbi o oboljeloj osobi, gubitkom pamćenja kod oboljele osobe, kao ni sa zahtjevima dnevnih aktivnosti već s teškoćama u ponašanju i psihotičnim reakcijama oboljelog, dakle s obilježjima oboljele osobe. Mlađi njegovatelji često se nalaze u sendviču između skrbi za roditelje i odgovornosti prema djeci, poslu i sl. Zbog navedenog teže se nose sa zahtjevima dnevnih aktivnosti (ustajanje iz kreveta i stolice, oblačenje, kupanje/tuširanje, nošenje s poteškoćama vezanim uz inkontinenciju i hranjenje) u skrbi za oboljelog člana obitelji (Dang, 2008; Alzheimer's Association, 2011). Njegovateljske dnevne aktivnosti dovode znatno više do narušavanja mentalnog zdravlja njegovatelja za razliku od fizičkih sposobnosti koje ostaju duže očuvane. Njegovatelji također imaju manje vremena za sebe i druge, tako 55% njegovatelja navodi kako ima manje vremena za sebe, obitelj i prijatelje, 49% ih se moralo odreći različitih društvenih aktivnosti dok se njih 30% znatno manje bavi sportskim aktivnostima (A report by the Alzheimer's Association and National Alliance

for Caregiving, 2004). Zahtjevi dnevnih aktivnosti skrbi u studiji Harper i Lund (1990) pokazali su se značajnim prediktorom sagorijevanja njegovatelja.

Obilježja njegovatelja (dob, stupanj obrazovanja, mjesečna primanja kućanstva te druge varijable kao što su zdravstveni status, stupanj socijalne podrške i veza između njegovatelja i oboljele osobe) su se pokazala značajnijim indikatorima sagorijevanja. Stariji njegovatelji te žene prema brojnim istraživanjima iskazuju viši stres (Yee i Schultz, 2000; Huang, 2004). Rezultati su pokazali da njegovatelji koji su mlađi, koji imaju više prihoda, veći stupanj socijalne podrške, te skrbe o osobi s manje manifestiranih poremećaja u ponašanju imaju bolje zdravlje i manje simptoma depresije (Huang, 2004). Vrsta veze između njegovatelja i oboljele osobe pokazala se važnim indikatorom njegovateljskog sagorijevanja. Njegovatelji supružnika pokazuju viši stupanj sagorijevanja u odnosu na odraslu djecu koja skrbe o svojim roditeljima, dok su snahe u tom pogledu još više podložne stresu u odnosu na obje ranije spomenute kategorije (Gywether i Strulowitz, 1998, prema Wan-Yuen i sur., 2003).

Brintnal-Peterson (2005) navodi kako njegovatelj treba poduzeti tri koraka s ciljem uspješnog razrješenja stresne situacije. Prvi korak je usmjerenost k osobnoj spoznaji o vlastitim stavovima i osjećajima, zatim njihova evaluacija i uporni pokušaji sagledavanja problema ili pojedinog događaja iz različitih aspekata. Posljednji korak jeste promjena tih razmišljanja i pokušaj uspostavljanja efektivnih i adaptivnih razmišljanja koji daju prednost suočavanju s teškoćama prije nego li ljutnji, bijesu i frustraciji. Sukladno navedenom, ovim radom dati će se pregled strategija suočavanja kojima se koriste njegovatelji a koje mogu prevenirati njihovo sagorijevanje te u konačnici institucionalizaciju osobe oboljele od Alzheimerove bolesti.

## CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Utvrditi razlike u strategijama suočavanja njegovatelja obzirom na neka sociodemografska obilježja ispitanika i njegove obitelji (spol, dob, obrazovanje, bračni/partnerski status, radnu aktivnost, broj članova kućanstva te materijalna primanja kućanstva).
2. Utvrditi razlike u strategijama suočavanja njegovatelja obzirom na neka obilježja skrbi o

oboljeloj osobi (duljina trajanja skrbi, vrsta/tip odnosa s oboljelom osobom, stupanj sagorijevanja i zahtjeva dnevne skrbi za oboljelog).

## HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

U skladu s ciljevima istraživanja, postavljene su sljedeće hipoteze:

1. Ne postoje razlike u strategijama suočavanja njegovatelja obzirom na sociodemografska obilježja ispitanika i njegove obitelji (spol, dob, obrazovanje, bračni/partnerski status, radnu aktivnost, broj članova kućanstva te materijalna primanja kućanstva).
2. Ne postoje razlike u strategijama suočavanja njegovatelja obzirom na neka obilježja skrbi o oboljeloj osobi (duljina trajanja skrbi, tip/vrsta odnosa s oboljelom osobom).
3. Ne postoji povezanost između strategija suočavanja njegovatelja sa stupnjem sagorijevanja i zahtjevima dnevne skrbi za oboljelog.

Nul-hipoteze rezultat su nepostojanja istraživanja na reprezentativnom uzorku njegovatelja u Hrvatskoj. Iako bi se na osnovu stranih iskustava i uvida u postojeće teorije moglo pretpostaviti postojanje razlika, to ipak ne pruža dovoljno argumenata za postavljanje afirmativnih hipoteza.

## METODOLOGIJA

### Prikupljanje podataka i opis uzorka

Istraživanje je provedeno u suradnji s Hrvatskom udrugom za Alzheimerovu bolest na području Hrvatske. Podaci su prikupljeni anketiranjem njegovatelja u Udruzi te poštanskim putem u suradnji s

liječnikom specijalistom. Prilikom provedbe istraživanja poštivala su se temeljna načela istraživačke etike (dobrovoljnost, povjerljivost i anonimnost). Na početku su istaknuti važnost sudjelovanja u istraživanju i svrha, te se zatražio pristanak za sudjelovanje. Nadalje, ispitanike se informiralo o mogućnosti prekida sudjelovanja u istraživanju u bilo kojem trenutku kao i savjetovanja u svrhu emocionalnog rasterećenja.

U istraživanju je sudjelovalo 56 njegovatelja članova obitelji oboljelih od Alzheimerove bolesti. Uzorak istraživanja sačinjava 19 (34%) osoba muškog te 37 (66%) ženskog spola čiji se raspon dobi kreće od 26 do 88 godina ( $M=59,71$ ,  $sd=14,145$ ). Najveći udio ispitanika 44,6% ima završenu srednju školu te višu/visoku školu ili fakultet (39,3%). Sedam od deset ispitanika se nalazi u braku ili u izvanbračnoj zajednici. Oko polovice ispitanika (48,2%) dolazi iz kućanstava koja broje do dva člana, dok su ispitanici koji dolaze iz tročlanih i višečlanih kućanstva podjednako zastupljeni. Oko 45 % ispitanika navodi da je radno aktivno a 76,8% da njihovo kućanstvo mjesečno ima primanja iznad 4.500,00kn. U nešto više od polovice slučajeva (55,4%) ispitanici skrbe o svojim supružnicima. Raspon pružanja skrbi kreće se od 6 mjeseci do 20 godina ( $M=4,70$ ,  $sd=3,763$ ). Prema dobivenim podacima radi se o ispitanicima koji su visoko opterećeni zahtjevima dnevne skrbi o oboljelom ( $TR=33-99$ ,  $M=81,875$ ,  $sd=17,722$ ), te umjerenog stupnja sagorijevanja uslijed stresova skrbi ( $TR=0-88$ ,  $M=56,57$ ,  $st=19,804$ ).

### Mjerni instrumenti

**Upitnik socio-demografskih obilježja njegovatelja** konstruiran za potrebe ovog istraživanja sastoji se od niza socio-demografskih varijabli:

**Tablica 1.** Prikaz dobivenih srednjih vrijednosti na varijablama sociodemografskih obilježja njegovatelja i skrbi o oboljeloj osobi

	N	Min.	Max.	M	Std.. Deviation
Spol	56	1	2	1,66	0,478
Dob	56	26	88	59,71	14,146
Obrazovanje njegovatelja	56	2	5	3,34	0,721
Bračni/partnerski status	56	1	5	3,93	1,650
Radni status	56	1	9	5,79	3,307
Broj članova kućanstva	56	1	8	2,89	1,216
Ukupni mjesečni prihodi kućanstva	56	2	6	5,27	1,036
Vrsta odnosa s oboljelom osobom	56	1,00	7	3,0357	1,57208
Duljina trajanja skrbi	56	,50	20	4,6964	3,76307

spol, dob, obrazovanje, bračni status, broj članova kućanstva; materijalna primanja kućanstva. Poseban set pitanja se odnosi na propitivanje nekih aspekata skrbi o oboljeloj osobi. Pitanja se odnose na duljinu skrbi o oboljeloj osobi te vrsti odnosa njegovatelja s oboljelom osobom.

**Upitnik dnevnih aktivnosti njegovatelja osoba oboljelih od demencije** (Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia-IDDD, Tuenisse, Derix, 1997.). Upitnik je namijenjen njegovateljima osoba oboljelih od demencije, a propituje učestalost potrebne pomoći u dnevnim aktivnostima (kupanje, oblačenje, hranjenje, odlazak u trgovinu i sl.). Sastoji se od 33 čestice. Odgovori se boduju na Likertovoj skali od 1 do 3 pri čemu 1 znači da pomoć nije potrebna, 2—ponekad treba pomoć i 3—gotovo uvijek je potrebna pomoć. Teorijski raspon odgovora kreće se od 33 do 99. Veći rezultat ukazuje na veću opterećenost njegovatelja u zahtjevima dnevnih aktivnosti vezanima uz osobu oboljelu od Alzheimerove bolesti. Cronbach Alpha iznosi 0,94 te ukazuje na visoku pouzdanost.

**Upitnik sagorijevanja njegovatelja** (Caregiver Burden Scale) (Zarit, 1983, prema Hebert i sur., 2000) sadrži 22 čestice koje opisuju neke od mogućih aspekata učestalosti stresa u skrbi za osobu oboljelu od Alzheimerove bolesti. Odgovori se boduju na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem rezultata na pojedinačnim česticama. Teorijski raspon odgovora je od 0 do 88, rezultat u rasponu od 0-20 ukazuje na slabu prisutnost stresa i nepostojanje sagorijevanja, od 21-40 na blagi stupanj sagorijevanja, 41-60 na umjereni stupanj, a od 61-88 na teži stupanj sagorijevanja njegovatelja. Cronbach Alpha iznosi 0,91.

**Upitnik strategija suočavanja obitelji u krizi** (McCubbin i sur., 2000). Upitnik strategija suočavanja obitelji u krizi (Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales - F-COPES) sadrži 30 čestica kojima se ispituju različite strategije suočavanja i rješavanja problema člana/ova obitelji u teškim ili problemskim situacijama. Odgovori se

boduju na ljestvici Likertova tipa od 5 stupnjeva. F-COPES sadrži 30 varijabli koje su grupirane u 5 subskala strategija suočavanja: (1) aktivno suočavanje i traženje podrške (sadrži 9 čestica 1, 2, 5, 8, 10, 16, 20, 25 i 29) (TR=9-45); (2) redefiniranje situacije tj. sposobnost sagledavanja stresnih događaj na praktičan način (8 čestica: 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 i 24) (TR=8-40); (3) traženje duhovne podrške (5 čestica: 1, 4, 23, 27 i 30) (TR=5-25); (4) mobiliziranje resursa obitelji (4 čestice: 4, 6, 9 i 21) (TR=4-20) i (5) pasivno/izbjegavajuća procjena situacije (4 čestice: 12, 17, 26 i 28) (TR=4-20). Cronbach Alpha se kreće od 0.71 do 0.86.

### Metoda obrade

U ovom istraživanju prikupljeno je i obrađeno ukupno 56 upitnika. Prikupljeni podaci analizirani su metodama deskriptivne statistike, izračunavanjem statističke značajnosti razlika primjenom t-testa i ANOVE te izračunavanjem korelacija među promatranim varijablama.

### REZULTATI I RASPRAVA

Dobiveni rezultati (Tablica 2) pokazuju da su ispitanici visoko opterećeni zahtjevima dnevne skrbi o oboljelom te umjerenog stupnja sagorijevanja uslijed stresova skrbi. Pojava kontinuiranog osjećaja napora, potištenosti i nemogućnosti nošenja sa zahtjevnom ulogom njegovatelja može dovesti do njegovateljskog stresa. Kao njegovatelj osoba se susreće s različitim stresnim situacijama i na njih može reagirati na tri načina: upornošću mijenjati situaciju, napustiti stresnu situaciju i može se prilagoditi situaciji. Sve ove opcije su prikladne i korisne u mnogim situacijama u kojima se nalaze njegovatelji (Brintnall-Peterson, 2005).

Ispitanici u uzorku od strategija (Tablica 3) suočavanja najčešće koriste redefiniranje situacije i aktivno suočavanje te traženje podrške, nakon čega slijedi traženje duhovne podrške, strategija usmjerena na pasivno/izbjegavajuću procjenu situacije i na koncu mobiliziranje resursa obitelji.

**Tablica 2.** Prosječne vrijednosti dobivene na varijablama sagorijevanja i dnevnih aktivnosti njegovatelja

	N	Min.	Max.	TR	M	Std. Deviation
Sagorijevanje njegovatelja	56	5	92	0-88	56,571	19,804
Dnevne aktivnosti	56	34	99	33-99	81,875	17,722

**Tablica 3.** Prosječne vrijednosti dobivene na subskalama upitnika strategija suočavanja obitelji

OBLICI/NAČINI SUOČAVANJA	N**	Min.	Max.	TR	M	Std. Deviation
Aktivno suočavanje i traženje podrške	55	10	43	9-45	23,963	7,778
Redefiniranje situacije	55	9	39	8-40	25,645	6,423
Traženje duhovne podrške	55	7	22	5-25	14,654	4,217
Mobiliziranje resursa obitelji	55	5	19	4-20	11,654	3,473
Pasivno/izbjegavajuća procjena situacije	55	5	20	4-20	13,236	3,181

\*Od ukupno 56 ispitanika, jedan ispitanik nije popunio upitnik o sagorijevanju te nije uključen u daljnju obradu.

**Tablica 4.** Razlike u korištenju strategija aktivnog suočavanja i traženja podrške te redefiniranje situacije obzirom na neka sociodemografska obilježja ispitanika i obitelji

Varijable	Aktivno suočavanje i traženje podrške						Redefiniranje situacije				
	N	M	SD	t	df	p	M	SD	t	df	p
<b>Spol</b>											
Muško	19	19,899	6,361	9,117	1	,004	26,684	7,485	,756	1	,389
Žensko	36	26,109	7,670				25,097	5,826			
<b>Bračni/partnerski status</b>											
nema partnera	16	26,438	7,018	2,339	1	,132	25,375	5,202	,039	1	,844
u partnerskoj vezi	39	22,949	7,931				25,756	6,921			
<b>Radna aktivnost</b>											
nije aktivan	30	22,394	7,571	2,774	1	,102	24,778	6,938	1,209	1	,277
aktivan je	25	25,847	7,752				26,687	5,710			
<b>Materijalna primanja kućanstva</b>											
do 4.500,00 kn	13	21,423	6,903	1,844	1	,180	24,231	7,305	,823	1	,368
> od 4.500,00 kn	42	24,750	7,941				26,083	6,156			
<b>Tip odnosa s oboljelim osobom</b>											
suprug/a	30	22,867	8,287	1,320	1	,256	25,783	7,401	,030	1	,863
drugi član obitelji	25	25,280	7,058				25,480	5,158			

Zanimljiv je podatak da su resursi obitelji najmanje korišteni, te da njegovatelji pomoć traže od drugih izvora više nego li od članova uže obitelji. Navedeno se može povezati i s današnjim načinom života gdje su članovi obitelji orijentirani na radne aktivnosti, dok neformalna podrška ne dolazi do izražaja zbog pretjerane usmjerenosti na radne zahtjeve. Socijalna podrška označava dostupne resurse u socijalnoj okolini koji pridonose dobrobiti njegovatelja i pomažu mu u obnašanju njegove uloge (Forde i Pearlman, 1999). Prema Sarafino (2002) osoba se može djelotvornije suočiti sa zahtjevima svojih životnih uloga onda kada su joj dostupni drugi<sup>1</sup> koji pružaju različite oblike emocionalne, instrumentalne ili materijalne pomoći,

savjetodavne ili informativne podrške<sup>2</sup>. Kvalitativno istraživanje autora Simonetti i Ferreira (2008) imalo je za cilj identificirati strategije koje koriste njegovatelji u skrbi za oboljelog člana. Studija je pokazala da su najčešće korištene one strategije koje se baziraju na emocijama, te da zahtjevi koji proizlaze iz te uloge dovode do preopterećenosti, gubitka slobode i frustracije kod njegovatelja. Najviša razina stresa javlja se pak kod onih njegovatelja koji imaju malu ili nikakvu podršku iz uže (obitelj) i šire okoline te tako nemaju s kim podijeliti odgovornost koju nosi ova uloga.

Dobiveni rezultati (Tablica 4) pokazuju značajnost razlike jedino s obzirom na spol ispitanika, pri čemu žene češće od muškaraca koriste strategiju aktivnog

1 Izvor socijalne podrške mogu biti partneri, srodnici, prijatelji te druge osobe, organizacije i institucije te organizacije iz lokalne zajednice pojedinca (Taylor et al., 2003).

2 Emocionalna potpora kao izraz moralne potpore, razumijevanja osjećaja i promišljanja, empatije te brige prema drugoj osobi od strane pojedinca i/ili okoline. Materijalna ili instrumentalna podrška koja opskrbljava osobu s direktnom podrškom u vidu materijalnih dobara i usluga (prijvoza, u kućanstvu, skrbi za djecu, materijalna pomoć). Savjetodavna ili informativna podrška uključuje davanje savjeta, uputa, sugestija ili povratnih informacija o djelovanju pojedinca, dok kako Sarafino (2002.) navodi tzv. "mrežna potpora" (*network support*) kod ljudi stvara osjećaj pripadanja grupi ljudi koji dijele slične običaje, interese i društvene aktivnosti.

**Tablica 5.** Razlike u korištenju strategija aktivnog suočavanja i traženja podrške te redefiniranje situacije obzirom na neka sociodemografska obilježja ispitanika i obitelji

Varijable	Aktivno suočavanje i traženje podrške						Redefiniranje situacije				
	N	M	SD	F	df	p	M	SD	F	df	p
<b>Dob</b>											
do 50 godina	16	27,542	7,055	2,524	2	,090	27,104	4,152	1,198	2	,310
od 51 do 65 godina	16	22,406	8,277				23,688	7,355			
66 i više godina	23	22,558	7,398				25,993	6,940			
<b>Obrazovanje</b>											
osnovna škola	8	25,156	7,381	,107	2	,899	23,292	3,918	,635	2	,534
srednja škola	25	23,800	8,320				26,200	6,866			
viša škola fakultet	22	23,716	7,594				25,871	6,676			
<b>Broj članova kućanstva</b>											
do dva člana	26	23,071	6,746	,523	2	,596	25,436	6,949	,045	2	,956
tri člana	15	23,800	10,350				26,067	4,464			
četiri i više	14	23,716	6,594				25,583	7,534			
<b>Duljina skrbi o oboljelom (izražena u godinama)</b>											
do tri godine	16	23,354	7,315	,319	2	,728	24,760	9,369	2,615	2	,083
od tri i pol do šest	23	23,467	8,702				26,623	4,566			
sedam i više	16	25,287	7,115				25,125	5,252			

suočavanja i traženja podrške. Promatrajući prosječne vrijednosti, rezultati ukazuju i na to da samci, te radno aktivne osobe s višim primanjima (iznad 4.500,00 kn) koriste češće aktivne načine suočavanja. Ovaj oblik suočavanja zastupljeniji je kod njegovatelja koji skrbe o osobi s kojom nisu u braku niti partnerskoj vezi. Nadalje, aktivno suočavanje i traženje podrške nešto učestalije koriste osobe do 50 godina starosti, nižeg stupnja obrazovanja, koje dolaze iz kućanstva koja broje tri ili više članova (Tablica 5). Korištenje aktivnog načina suočavanja i traženja podrške povećava se s porastom dužine skrbi o oboljeloj osobi. Navedeni rezultat može se objasniti porastom zahtjeva skrbi kako bolest napreduje te osim neformalne skrbi kod njegovatelja se javlja potreba za formalnim oblicima pomoći i podrške. Iako na varijabli redefiniranja situacije (Tablice 4 i 5) nije utvrđeno postojanje statistički značajnih razlika na promatranim varijablama zamjetno je da ovu strategiju nešto učestalije koriste muškarci, osobe koje se nalaze u partnerskoj/bračnoj vezi, koje su radno aktivne, čija primanja kućanstva prelaze 4.500,00 kn te koje skrbe o svom bračnom partneru. Nadalje, ova je strategija suočavanja nešto učestalije korištena od osobe do 50 godina starosti, sa završenom srednjom školom, koje dolaze iz kućanstva koja broje tri člana te skrbe o oboljelom između tri i šest godina. Spol i bračni status se u dosadašnjim istraživanjima skrbi pokazao značajnim budući da se žene lakše nose sa skrbičkom ulogom nego muškarci, što

se može objasniti činjenicom da se žene tijekom procesa socijalizacije više pripremaju za skrbičnu ulogu u odnosu na muškarce (Stoller, 1994). Istraživanje Hibbard, Neufeld i Harrison (1996) pokazalo je da se mlađi njegovatelji muškog spola i višeg socioekonomskog statusa bolje nose s njegovateljskom ulogom jer imaju širu socijalnu mrežu koja se pokazala kao zaštitni čimbenik. Žene se obzirom na strategije suočavanja, razlikuju od muškaraca jer značajno češće koriste strategiju suočavanja fokusiranu na emocije, a što je povezano s većim stresom (Stoller, 1994).

Hepburn i suradnici (2002) zaključuju da spolne razlike nisu značajne kod načina suočavanja sa stresom njegovatelja, već je ključno vrijeme provedeno u skrbi za osobu oboljelu od Alzheimerove bolesti.

Iako je značajnost razlike u korištenju strategije traženja duhovne podrške (Tablica 6) utvrđena jedino na varijabli spola, pri čemu žene učestalije koriste ovu strategiju. Obzirom na prosječne vrijednosti zamjetno je da istu nešto više koriste i samci (nisu u bračnoj/partnerskoj vezi), koji nisu radno aktivni i čija primanja kućanstva ne prelaze 4.500,00 kn te uz navedeno još i skrbe o nekom drugom članu obitelji s kojim nisu u braku. Nadalje, ova je strategija suočavanja nešto učestalije korištena od osoba do 50 godina starosti, a učestalost njenog korištenja raste što je stupanj obrazovanja njegovatelja niži. Traženje duhovne podrške nešto je više kod njegovatelja koji dolaze iz kućanstva koja

**Tablica 6.** Razlike u korištenju strategija traženja duhovne podrške i mobiliziranja resursa obitelji obzirom na neka sociodemografska obilježja ispitanika i obitelji

Varijable	Traženje duhovne podrške						Mobiliziranje resursa obitelji				
	N	M	SD	t	df	p	M	SD	t	df	p
<b>Spol</b>											
Muško	19	12,640	4,429	7,407	1	,009	10,789	3,509	1,828	1	,182
Žensko	36	15,717	3,739				12,111	3,414			
<b>Bračni/partnerski status</b>											
nema partnera	16	14,875	4,808	,061	1	,807	11,750	3,060	,017	1	,898
u partnerskoj vezi	39	14,564	4,015				11,615	3,666			
<b>Radna aktivnost</b>											
nije aktivan	30	14,789	4,465	,066	1	,799	11,583	3,946	,027	1	,870
aktivan je	25	14,493	3,985				11,740	2,884			
<b>Materijalna primanja kućanstva</b>											
do 4.500,00 kn	13	15,795	4,396	1,250	1	,269	10,076	4,132	3,687	1	,050
> od 4.500,00 kn	42	14,301	4,151				12,143	3,139			
<b>Tip odnosa s oboljelom osobom</b>											
suprug/a	30	14,500	4,010	,087	1	,769	11,900	4,035	,325	1	,571
drugi član obitelji	25	14,840	4,529				11,360	2,702			

**Tablica 7.** Razlike u korištenju strategija traženja duhovne podrške i mobiliziranja resursa obitelji obzirom na neka sociodemografska obilježja ispitanika i obitelji

Varijable	Traženje duhovne podrške						Mobiliziranje resursa obitelji				
	N	M	SD	F	df	p	M	SD	F	df	p
<b>Dob</b>											
do 50 godina	16	16,229	4,462	1,640	2	,204	11,937	3,172	087	2	,916
od 51 do 65 godina	16	13,813	4,119				11,656	3,655			
66 i više godina	23	14,144	3,991				11,456	3,680			
<b>Obrazovanje</b>											
osnovna škola	8	16,479	2,253	2,615	2	,509	9,562	2,499	1,757	2	,183
srednja škola	25	15,373	4,525				11,940	4,123			
viša škola fakultet	22	13,174	4,056				12,091	2,746			
<b>Broj članova kućanstva</b>											
do dva člana	26	14,551	3,857	,684	2	,270	12,00	3,985	,529	2	,592
tri člana	15	13,867	4,324				10,867	2,669			
četiri i više članova	14	15,690	4,821				11,857	3,302			
<b>Duljina skrbi o oboljelom (izražena u godinama)</b>											
do tri godine	16	13,208	4,368	1,344	2	,083	11,531	3,748	2,191	2	,122
od tri i pol do šest	23	15,268	4,377				12,652	3,369			
sedam i više	16	15,219	3,701				10,344	3,059			

broje četiri i više članova te koji dulje skrbe o oboljeloj osobi. Podaci drugih istraživanja pokazuju kako njegovatelji u suočavanju najčešće koriste molitvu (79%) te razgovor s članovima obitelji i prijateljima (70%), dok 33% njegovatelja odlazi kod profesionalnog savjetovatelja ili duhovne osobe kako bi pronašli način na koji će se bolje nositi sa stresom u njegovateljskoj ulozi (A report by the Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving, 2004).

Značajnost razlike u korištenju strategije mobiliziranja resursa obitelji utvrđena je jedino na vari-

jabli mjesečnih primanja kućanstva (Tablice 6 i 7), pri čemu prosječne vrijednosti pokazuju da ovu strategiju učestalije koriste osobe čija mjesečna primanja prelaze 4.500,00 kn. Obzirom na prosječne vrijednosti nešto učestalije ovu strategiju koriste žene, samci (nisu u bračnoj/partnerskoj vezi), osobe koje su radno aktivne te skrbe o bračnom partneru. Korištenje ove strategije raste što je njegovatelj mlađe životne dobi i višeg stupnja obrazovanja, a nešto je učestalije korištena kod osoba koje dolaze iz kućanstva koja broje do dva člana te skrbe o oboljeloj osobi između tri i šest godina.

Značajnost razlike u korištenju strategije pasivno/izbjegavajuće procjene situacije (Tablica 8) utvrđena je jedino na varijabli mjesečnih primanja kućanstva, pri čemu ovu strategiju učestalije koriste osobe čija mjesečna primanja ne prelaze 4.500,00 kn. Navedeni rezultat može se objasniti na način da njegovatelj nižih mjesečnih primanja imaju manju mogućnost pristupa uslugama i servisima u odnosu na njegovatelje boljeg materijalnog statusa. Prema prosječnim vrijednostima nešto učestalije ovu strategiju koriste muškarci, osobe u bračnoj/partnerskoj vezi, osobe koje nisu radno aktivne, te skrbe o bračnom partneru.

**Tablica 8.** Razlike u korištenju strategije pasivno/izbjegavajuće procjene situacije obzirom na neka sociodemografska obilježja ispitanika i obitelji

Varijable	N	M	SD	t	df	p
<b>Spol</b>						
Muško	19	13,579	2,775	,333	1	,567
Žensko	36	13,055	3,399			
<b>Bračni/partnerski status</b>						
nema partnera	16	13,156	2,528	,014	1	,906
u partnerskoj vezi	39	13,269	3,443			
<b>Radna aktivnost</b>						
nije aktivan	30	13,767	3,413	1,864	1	,178
aktivan je	25	12,600	2,814			
<b>Materijalna primanja kućanstva</b>						
do 4.500,00 kn	13	15,077	3,148	6,254	1	,016
> od 4.500,00 kn	42	12,667	3,003			
<b>Tip odnosa s oboljelim osobom</b>						
suprug/a	30	13,283	3,488	,014	1	,906
drugi član obitelji	25	13,180	2,839			

**Tablica 9.** Razlike u korištenju strategije pasivno/izbjegavajuće procjene situacije obzirom na neka sociodemografska obilježja ispitanika i obitelji

Varijable	N	M	SD	F	df	p
<b>Dob</b>						
do 50 godina	16	12,187	2,737	1,263	2	,291
od 51 do 65 godina	16	13,531	4,169			
66 i više godina	23	13,761	2,593			
<b>Obrazovanje</b>						
osnovna škola	8	11,688	3,731	1,333	2	,273
srednja škola	25	13,220	3,323			
viša škola fakultet	22	13,818	2,736			
<b>Broj članova kućanstva</b>						
do dva člana	26	14,308	2,843	3,085	2	,054
tri člana	15	12,067	2,865			
četiri i više članova	14	12,500	3,632			
<b>Duljina skrbi o oboljelim (izražena u godinama)</b>						
do tri godine	16	14,188	4,020	1,010	2	,371
od tri i pol do šest	23	12,826	2,557			
sedam i više	16	12,875	3,052			

Iako nisu utvrđene statički značajne razlike, promatrane prosječne vrijednosti pokazuju da učestalije korištena strategija pasivno/izbjegavajuće procjene situacije raste što je njegovatelj više životne dobi i višeg stupnja obrazovanja, a nešto je učestalije korištena kod osoba koje dolaze iz kućanstva koja broje do dva člana te skrbe o oboljeloj osobi do tri godine (Tablica 9).

**Tablica 10.** Povezanost stupnja sagorijevanja i dnevnih aktivnosti sa strategijama suočavanja

Vrste suočavanja	Sagorijevanje	Dnevne aktivnosti
aktivno suočavanje i traženje podrške	P ,864	P ,558
	r -,024	r -,081
redefiniranje situacije	P ,006	P ,014
	r -,363**	r -,329*
traženje duhovne podrške	P ,579	P ,484
	r ,076	r ,096
mobiliziranje resursa obitelji	P -,265	P -,263
	r ,050	r ,052
pasivno/izbjegavajuća procjena situacije	P ,763	P ,551
	r ,042	r -,082

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

Tablica 10. pokazuje da je utvrđena značajna negativna povezanost između strategije redefiniiranja situacije i stupnja sagorijevanja te zahtjeva dnevne skrbi, pri čemu osobe koje su nižeg stupnja sagorijevanja i manje opterećene zahtjevima dnevne skrbi češće koriste strategiju redefiniiranja situacije, a koja se odnosi na sposobnost članova obitelji/pojedinca sagledati stresni događaj na praktičan način. U dosadašnjim istraživanjima sagorijevanje njegovatelja je uglavnom određeno sa osobnim obilježjima oboljele osobe i njegovatelja, koji se pokazuju značajnim prediktorima ishoda njegovatelja. Tako se pokazalo da kognitivno i funkcionalno oštećenje oboljele osobe, trajanje bolesti te ozbiljnost oštećenja ne ukazuju na konzistentnu povezanost sa sagorijevanjem njegovatelja (Donaldson i sur., 1997).

U cjelini, dobiveni rezultati i izneseni podaci o ne postojanju sustavne evidencije oboljelih, o nedostatnoj skrbi u okviru sustava zdravstva i socijalne skrbi mogu dovesti do niže kvalitete skrbi i života kako oboljele osobe, njegovatelja tako i svih članova obitelji. Sve to ukazuje na nužnost osiguravanja pristupa obitelji, kao temeljnom nositelju skrbi o osobama oboljelim od Alzheimerove bole-

sti, adekvatnim izvorima podrške na neformalnoj i formalnoj razini. Postojeći programi udruga nedovoljni su u zadovoljavanju potreba za različitim oblicima podrške njegovatelju u skrbi za oboljelog kao i u pružanju različitih oblika konkretnih usluga, a često su i geografski nedostupni tj. locirani u većim gradovima. Sukladno tome, potreba za mrežom savjetovaništa za članove obitelji osobe oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih oblika demencije je velika, posebice u aspektima pomoći obitelji u suočavanju s posljedicama bolesti i njezinoj progresivnosti. Potreba za savjetovanišnim radom javlja se i kod prilagodbe promjenama do kojih ta bolest dovodi kako u odnosu s oboljelim članom, tako i u odnosu na zahtjeve i stresove svakodnevne skrbi, u pronalaženju resursa potrebnih za osiguravanje različitih usluga oboljelom u obitelji i izvan nje, kao i tijekom procesa tugovanja za gubitkom oboljele osobe. U tom pogledu važnost multidisciplinarnog pristupa kako u skrbi za oboljelu osobu tako i u pružanju podrške članovima obitelji, a posebno njegovateljima je neupitna. Kako bi im se olakšali zahtjevi skrbi, potrebno je što prije razviti mrežu suradnje zdravstvenog i socijalnog sektora kako bi se prevenirali lošiji zdravstveni ali i psiho-socijalni ishodi za oboljelog, za njegovatelja te cijelu obitelj.

## ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Ovim radom daje se pregled dosadašnjih spoznaja o strategijama suočavanja koje koriste njegovatelji članova obitelji oboljelih od Alzheimerove bolesti te mogućih prediktora koji su povezani sa strategijama suočavanja sa svakodnevnim zahtjevima skrbi koje donosi njegovateljska uloga.

Rezultati su u tom pogledu pokazali da dolazi do odbacivanja postavljenih hipoteza o nepostojanju razlika među promatranim varijablama, pri čemu njegovatelji najčešće koriste redefiniranje situacije i aktivno suočavanje te traženje podrške, nakon čega slijedi traženje duhovne podrške, korištenje strategija pasivno/izbjegavajuće procjene situacije te mobiliziranja resursa obitelji. Nadalje, rezultati su pokazali da žene učestalije koriste strategije aktivnog suočavanja te traženja duhovne podrške, da strategiju mobiliziranja resursa učestalije koriste kućanstva s višim primanjima, dok ona s nižim primanjima učestalije koriste strategije pasivno/izbjegavajuće procjene situacije i na koncu da osobe koje su nižeg stupnja sagorijevanja i manje opterećene zahtjevima dnevne skrbi češće koriste strategiju redefiniranja situacije.

Rezultati ovog istraživanja upućuju stručnjake na potrebu pružanja podrške u pronalaženju načina za aktivno suočavanje, koje će njegovateljima omogućiti stjecanje vještina za problemski fokusirano rješavanje svakodnevnih zadataka njegovateljske uloge i alociranja dostupnih resursa kako pojedinca, obitelji tako i šire društvene zajednice. Nadalje, na razini nadležnih ministarstava (Ministarstvo zdravlja i Ministarstva socijalne politike i mladih) potrebno je provesti procjenu potreba na reprezentativnom uzorku njegovatelje na području Hrvatske te istražiti perspektivu stručnjaka o mogućim aspektima unapređenja kvalitete skrbi o oboljelom i članovima obitelji. Na temelju nalaza potrebno je izraditi strategiju skrbi o osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti s posebnim osvrtom na njegovatelje.

## LITERATURA

- Alzheimer's Association (2011): Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, 7-2.
- Alzheimer's Disease International (2010): World Alzheimer Report 2010. London: Alzheimer's Disease International.
- A report by the Alzheimer's Association and National Alliance for Caregiving (2004): Families Care: Alzheimer's Caregiving in the United States.
- Arambašić, L. (2003): Individualni stres i trauma, U Ajduković, D. (ur.): Socijalna rekonstrukcija zajednice, 99-121, Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Brintnall-Peterson, M. (2005): Coping strategies to help caregivers deal with unchangeable situations. Posjećeno 18.09.2011. na mrežnoj stranici <http://www.uwex.edu/news/2005/3/coping-strategies-to-help-caregivers-deal-with-unchangeable-situations>
- Cohen, C. A. (2000): Caregivers for people with dementia: What is the family physician's role?, Canadian Family Physician, 46, 376-380.
- Dang, S. (2008): The dementi caregiver - a primary care approach, Southern medial journal, 101, 12, 1246-1251.
- Donaldson, C., Tarrier, N., Burns, A. (1997): The impact of the symptoms of dementia on caregiver, British Journal of Psychiatry, 170, 62-68.
- Dunkin, J. J., Anderson-Hanley, C. (1998): Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines For assessment and intervention, Neurology, 51, 1, 53-60.
- Forde, O. T., Pearlman, S. (1999): Breakaway: A social supplement to caregivers' support groups, American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 14, 2, 120-124.
- Harper, S., Lund, D. A. (1990): Wives, husbands and daughters caring for institutionalized and noninstitutionalized dementia patients: Toward a model of caregiver burden, International Journal of Aging and Human Development, 30, 241-262.
- Hebert, R., Bravo, G., Preville, M. (2000): Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community dwelling older persons with dementia, Canadian Journal on Aging, 19, 494-507.
- Hebert, R. S., Arnold, R. M., Schulz, R. (2007): Improving Well-Being in Caregivers of Terminally Ill Patients. Making the Case for Patient Suffering as a Focus for Intervention Research, Journal of Pain and Symptom Management, 34, 5, 539-546.
- Hibbard, J., Neufeld, A., Harrison, M. (1996): Gender differences in the support networks of caregivers, Journal of Gerontological Nursing, 22, 9, 15-23.
- Hepburn, K. W., Lewis, M.L., Narayan, S., Tornatore, J.B., Bremer, K.L., Sherman, C.V. (2002): Discourse-derived perspectives: Differentiating among spouse's experience of caregiving, American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 17, 4, 213-226.
- Huang, C. Y. (2004): Informal Female Care Givers of Older Adults with Dementia in Taiwan, Californian Journal of Health Promotion, 2, 3, 53-66.
- Gilley, D. W. (2004): Caregiver Psychological Adjustment and Institutionalization of Persons With Alzheimer Disease, Journal of Aging and Health, 17, 2, 172-190.
- Lazarus, R. S., Folkman S. (2004): Stres, procjena i suočavanje, Jastrebarsko: Naklada slap.
- McCubbin, H.I., Olson, D.H., Larsen, A.S., Corcoran, K., Fischer, J. (2000): Family crisis orientated personal evaluation scales [F COPEs], Measures for clinical practice: A sourcebook. 3, 2, 294-297.
- Mitchell, M.M. (2006): Parents' stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder, doktorska disertacija, School of Public health University of Maryland.

- Puljak, A., Perko, G., Mihok, D., Radašević, H., Tomek-Roksandić, S. (2005): Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem. *Medicus*, 14, 2, 229-235.
- Simonetti, J. P, Ferreira J. C. (2008): Coping strategies developed by caregivers of elderly with chronic diseases, *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42, 1, 19-25.
- Riedijk, S.R., De Vugt, M.E., Duivenvoorden, H.J., Niermeijer, M.F., Van Swieten, J.C., Verhey, A. (2006): Tibben Caregiver Burden, Health-Related Quality of Life and Coping in Dementia Caregivers: A Comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's Disease, *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 405-412.
- Sarafino, E.P. (2002): *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, NY: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Stoller, E. (1994): Teaching about gender: The experience of frail elderly relatives, *Educational Gerontology*, 20, 679-697.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., Fernances-Taylor, S. (2003): Affiliation, social support, and biobehavioral responses to stress. U J. Suls & K.A. Wallston (ur.). *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, MA: Blackwell Pu.
- Tomek-Roksandić, S., Perko, G., Ivanda, T., Mihok, D., Puljak, A., Radašević, H. (2006): Zaštita zdravlja starijih osoba - javnozdravstveni problem u Gradu Zagrebu i Hrvatskoj, *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 2, 8.
- Teunisse S, Derix, M. M. (1997): The interview for deterioration in daily living activities in dementia: agreement between primary and secondary caregivers. *International Psychogeriatric Association*, 9,1, 155-62.
- Vollrath M. E. (2006): *Handbook of personality and health*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wan-Yuen, C., Wah-Yun, L., Razali, K., Poi, P. J. H., Ebenezer, E., Prince, M. J. (2003): Social Support and Burden among Caregivers of Patients with Dementia in Malaysia, *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 15, 1, 23-29.
- Williamson G. M., Schulz R. (1993): Coping With Specific Stressors in Alzheimer's Disease Caregiving, *The Gerontologist*, 33, 6, 747-755.
- Yee, J.L., Schultz, R. (2000): Gender differences in psychiatric morbidity among family care givers: a review and analysis, *Gerontologist*, 40, 2, 147-164.

## **COPING STRATEGIES OF FAMILY MEMBERS SUFFERING FROM ALZHEIMER'S DISEASE**

**Summary:** *The need for systematic care of ill person and caregiver in the immediate family is in constant increase. How can caregivers cope with the tasks of nursing roles depends on the type of coping strategies they use in the daily care for the ill person. Therefore, the aim of the research is to determine differences in coping strategies of caregivers due to socio-demographic characteristics of respondents and their families, and to determine differences in coping strategies of caregivers due to characteristics of care for ill person. Results showed that caregivers are most often used to redefine the situation and actively cope and seek for a support, which is followed by a search for spiritual support, and then they use the strategies focused on passive / avoidance assessment of the situation and mobilize the resources of the family. It is interesting that the resources of the family are the least used, i.e. caregivers seek help from other sources more than the immediate family members. Women more often than men use the strategies of active coping and seeking support and seeking spiritual support. Strategy of mobilization of resources is frequently used by households with higher incomes, while those with lower incomes frequently used passive / avoidance assessments. It was found that people who have lower levels of burnout and less burdened by the demands of daily care more frequently used strategy to redefine the situation. This paper makes recommendations for the timely and adequate support for caregivers of family members suffering from Alzheimer's disease in order to ultimately improve the quality of life of ill person, caregiver and the entire family.*

**Keywords:** *Alzheimer's disease, caregivers, coping strategies, care*