

Učestalost anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih i profesionalnih negovatelja koji skrbe o oboljelima od Alzheimerove bolesti

/ Prevalence of anxiety and depressive symptoms in family and professional caregivers of persons with Alzheimer's disease

Zrnka Kovačić Petrović, Senka Repovečki¹

Klinika za psihijatriju Vrapče i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i ¹Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska

/ University Psychiatric Hospital Vrapče, University of Zagreb, School of Medicine and ¹University Psychiatric Hospital Vrapče, Zagreb, Croatia

Članovi obitelji (obiteljski negovatelji) i profesionalni negovatelji osoba oboljelih od Alzheimerove demencije (AD) su izloženi pojačanim stresu. Budući da obiteljski negovatelji nemaju dostatna saznanja o samoj bolesti i pristupu oboljelom, te veći dio vremena provode s oboljelim za pretpostaviti je kako je kod njih veća učestalost anksioznih i depresivnih simptoma u odnosu na profesionalne djelatnike. Cilj istraživanja je bio ispitati učestalost anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih i profesionalnih negovatelja, koji skrbe o osobama oboljelima od AD, te povezanost sociodemografskih čimbenika i anksioznih i depresivnih simptoma. U prospektivno istraživanje bilo je uključeno 50 obiteljskih negovatelja koji su skrbili o osobi oboljeloj od teške AD, koja se nalazi u ambulantnom psihijatrijskom tretmanu i nije bila hospitalizirana unazad 6 mjeseci, te 50 profesionalnih negovatelja koji skrbe o oboljelima od AD tijekom hospitalizacije. Korišten je Upitnik o sociodemografskim obilježjima za obiteljske negovatelje te hrvatska verzija Kliničke samoocjenjske ljestvice HADS (engl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*). Rezultati istraživanja upućuju da su obiteljski negovatelji statistički značajno češće bili anksiozniji i depresivniji u odnosu na profesionalne negovatelje. Viša životna dob bila je rizični čimbenik za nastanak anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih negovatelja. Život s oboljelom osobom od AD utječe na povišenu anksioznost kod obiteljskih negovatelja. Dužina radnoga staža utjecala je statistički značajno na pojavu simptoma depresivnosti kod profesionalnih negovatelja. Zaključno, istraživanje potvrđuje da su osobe koje se skrbe o oboljelima od AD izložene pojačanom stresnom odgovoru, osobito obiteljski negovatelji, što utječe na njihovu kvalitetu života.

/ The family and professional caregivers of persons with Alzheimer's dementia (AD) are exposed to increased stress. Because the family members have insufficient knowledge about the disease and on how to deal with the demented persons but spend a lot of time with them, we hypothesize that they have a higher prevalence of anxiety and depressive symptoms than professional caregivers. The aim of our study was to examine the prevalence of anxiety and depressive symptoms in family and professional caregivers of persons with Alzheimer's disease and the relationship between sociodemographic characteristics and the anxiety and depressive symptoms of those persons. Our prospective study included 50 family caregivers of persons with severe AD, who were in psychiatric outpatient treatment and were not hospitalized during the last 6 months, as well as professionals involved in the treatment of persons with severe AD during hospitalization. We applied the Sociodemographic questionnaire and the Croatian version of the self-rating Hospital Anxiety and Depression Scale. The results showed that the family caregivers were statistically significantly more anxious and depressed than professional caregivers. Living with the person with

Alzheimer's disease influenced higher anxiety in family caregivers. Greater working internship statistically significantly influenced the appearance of depressive symptoms in professional caregivers. In conclusion, the investigation showed a higher stress burden and impact in family caregivers of persons with Alzheimer's disease than in professional caregivers. Anxiety and depressive symptoms influenced their quality of life.

ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Zrnka Kovačić Petrović, dr. med.
Klinika za psihijatriju Vrapče
Bolnička 32
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: zrnka.kovac@gmail.com

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Alzheimerova demencija / *Alzheimer's dementia*
obiteljski i profesionalni njegovatelji / *family and professional caregivers*
anksiozni i depresivni simptomi / *anxious and depressive symptoms*

UVOD

Alzheimerova demencija (AD) najčešći je tip ireverzibilne i napredujuće degenerativne bolesti mozga, odnosno stanica moždane kore i okolnih struktura, u prvom redu hipokampalne regije (1). U kasnijem tijeku dolazi do niza biokemijskih poremećaja koji uzrokuju psihičke simptome i promjene u živčanim stanicama koje dovode do njihova odumiranja (2).

U suvremenim zemljama broj oboljelih od AD u stalnom je porastu (3). Neurodegenerativne bolesti koje dovode do demencije po zdravstvenom morbiditetu i mortalitetu su odmah iza kardiovaskularnih i malignih tumorskih bolesti. Demencija onemogućava kvalitetan život oboljele osobe u zajednici i ekonomski ima danas ogromno značenje (4). AD je sveukupno najčešći (50-70 %) oblik demencije u svim zemljama svijeta, a nakon dobi od 65 godina AD se javlja u više od 80 % dementnih bolesnika. Prevalencija varira, ali u prosjeku se može reći da je po učestalosti AD četvrti uzrok smrti u zemljama zapadnog svijeta (5). Od AD oboljeva 3-10 % populacije ispod 65 godina, te 25-50 % populacije iznad 85 godina (6). Zbog porasta udjela starije populacije u budućnosti se očekuje daljnje povećanje osoba oboljelih od AD (5).

Klinički tijek AD je podmukao i progresivan i dovodi do potpune disfunkcionalnosti oboljele osobe (7,8). Budući da nema kauzalnog farmakološkog liječenja, liječenje se pretežno temelji na suportivnoj terapiji (9). Zdravstvena skrb za bolesnike oboljele od AD odnosi se na pomoć oboljelima kako bi im život olakšao i učinio ugodnijim. Postoji nekoliko područja djelovanja kojima se olakšava prilagodba bolesnika, kako bi se smanjila njegova prostorna zbuđenost, održala fizička sigurnost i optimalna razina psihološkog funkcioniranja, postigla optimalna razmjena ideja između bolesnika i drugih, održala maksimalna neovisnost u aktivnostima i optimalna razina osobne higijene, ravnoteža spavanja i aktivnosti, poboljšala socijalizacija i ispunila potreba za intimnošću. Također je važna skrb o prehrani bolesnika, jer se on zbog kognitivnih i komunikacijskih poteškoća ne može zauzeti za sebe.

Skrb oboljelima pružaju i profesionalci i neprofesionalci, najčešće članovi obitelji. Ponašajni i psihički simptomi u AD povezani su sa stresom i psihičkim simptomima kod osoba koje se skrbe o oboljeloj osobi od AD (10).

Sestrinske intervencije zahtijevaju individualizirani plan skrbi s dvostrukim ciljem: da se

omogućiti zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, kao i održavanje samostalnosti bolesnika (11-14). Zdravstveni djelatnici osim direktne skrbi o oboljelom mogu pomagati i članovima obitelji edukacijom, u prvom redu osoba koje se najviše brinu o oboljelom. Obitelj treba upoznati sa značajkama bolesti odmah nakon postavljanja dijagnoze. Također su važni savjeti za pomoć članovima obitelji (njegovateljima) oboljelog od AD koji su od iznimne važnosti za poboljšanje kvalitete života kako bolesnika tako i članova obitelji (15).

Osim psihičkog stresa, članovi obitelji koji se brinu o oboljeloj osobi od AD pate i od financijskog stresa, zbog čega se često odlučuju i hospitalizirati takvog pacijenta, što opterećuje socijalne i zdravstvene usluge i institucije (16,17).

Budući da članovi obitelji koji brinu o oboljeloj osobi od AD nemaju dostatna saznanja o samoj bolesti i pristupu oboljelom te veći dio vremena provode s oboljelim za pretpostaviti je kako je kod njih veća učestalost anksiozno depresivnih simptoma u odnosu na zdravstvene djelatnike.

CILJ

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati učestalost anksioznih i depresivnih simptoma kod članova obitelji (obiteljskih njegovatelja) koji njeguju osobu oboljelu od AD, kao i kod zdravstvenog osoblja (medicinskih sestara/tehničara) – profesionalni njegovatelji - uključenih u zdravstvenu skrb oboljelih od AD, povezanost demografskih i socioekonomskih čimbenika i pojavnost anksiozno-depresivnih simptoma kod osoba koje su uključene u zdravstvenu skrb bolesnika oboljelih od AD te postoje li razlike u pojavnosti anksioznih i depresivnih simptoma između nezdravstvenih i zdravstvenih njegovatelja koji se brinu o osobama oboljelim od AD.

METODE

Ispitanici

U prospektivno ispitivanje bili su uključeni članovi obitelji koji vode brigu o bolesniku oboljelom od AD i koji se liječe ambulantno u Klinici za psihijatriju Vrapče, te medicinske sestre/tehničari koji su uključeni u zdravstvenu skrb bolesnika oboljelih od AD tijekom hospitalizacije u Klinici za psihijatriju Vrapče. Ispitivanje je bilo provedeno u razdoblju od 15.01. do 20.04.2015. Šansa da ispitanici iz obje skupine budu uključeni u ispitivanje bila je prema kriterijima uključivanja podjednaka.

Dijagnozu oboljele osobe postavio je psihijatar temeljem Međunarodne klasifikacije bolesti i uzroka smrti - 10 verzija (18), a MMSE - Test minimalne mentalne procjene (engl. *Mini Mental State Examination* (19) za ispitanike uključene u istraživanje bio je manji od 10, što znači da je njihova klinička slika AD odgovarala trećem stadiju bolesti, odnosno teškoj demenciji.

Obiteljski njegovatelj definiran je kao glavna osoba koja se skrbi za oboljelog (član obitelji, prijatelj, susjed ili volonter). Isključeni su obiteljski njegovatelji, koji su u anamnezi imali psihijatrijski ili kognitivni poremećaj.

U istraživanje je uključeno 50 članova obitelji (obiteljski njegovatelji) bolesnika oboljelih od AD i 50 medicinskih sestara/tehničara.

Kriterij za uključivanje članova obitelji (obiteljski njegovatelji) u istraživanje bio je:

- a) da se skrbe o osobi koja je oboljela od AD i nalazi se u ambulantnom psihijatrijskom tretmanu i
- b) da oboljeli nije bio hospitaliziran unatrag 6 mjeseci.

Kriterij za uključivanje zdravstvenih djelatnika bio je:

- skrb o bolesniku oboljelom od AD tijekom hospitalizacije.

Opis ispitanika

U skupini obiteljskih i profesionalnih (zdravstvenih) njegovatelja prevladavale su osobe ženskog spola (Ž 72 % i 82 % vs. M 28 % i 18 %). Prosječna dob obiteljskih njegovatelja je bila viša u odnosu na zdravstvene njegovatelje (56,9 godina vs. 36,1 godina), kao i raspon dobi obiteljskih njegovatelja, koji je bio od 36 do 78 godina, a zdravstvenih od 22 do 63 godina. Kao obiteljski njegovatelji najčešće su bila prisutna djeca (60 %), zatim suprug ili supruga (34 %), a potom slijede unuk ili unuka u 4 % te brat ili sestra u 2 %. Srednjoškolsko obrazovanje ima 40 % obiteljskih njegovatelja, 10 % ih ima osnovnoškolsko obrazovanje, dok je 50 % ispitanika završilo višu školu i fakultet. U istom kućanstvu s oboljelim živi 72 % obiteljskih njegovatelja, dok ih 28 % živi odvojeno. U većini slučajeva u zajedničkom kućanstvu žive supružnici (100 %) i djeca (30 %) oboljelog. U kući s oboljelim članom obitelji živi 56 % ispitanika, dok 16 % živi u stanu. Svoj socioekonomski status kao osrednji opisalo je 46 %, 34 % dobrim, 16 % lošim i 4 % odličnim. Polovina obiteljskih njegovatelja ocjenjuje uvjete stanovanja dobrim u 54 %, srednjim 36 %, lošim 6 %, odličnim 4 %. Prosječno su živjela 2 člana kućanstva, vrijeme zajedničkog suživota je bilo 26 godina, razdoblje trajanja bolesti oboljelog bilo je 4 godine i obiteljski njegovatelji provedu 13 sati/dan brinući se o bolesniku. U odnosu na razdoblje koliko oboljeli može ostati sam u kući 48 % ispitanika odgovorilo je da može na nekoliko sati, u razdoblju od 30-60 minuta njih 20 %, ne nimalo 14 %, manje od 30 minuta 10 %, veći dio dana njih 8 %; 38 % obiteljskih njegovatelja navelo je znatno narušavanje svog društvenog života zbog skrbi o oboljelom, malo 32 %, srednje 24 %, u potpunosti 4 %, ne nimalo 2 %; 22 % obiteljskih njegovatelja se subjektivno stalno osjeća potišteno, zabrinuto i bespomoćno, znatno se tako osjeća 32 %, srednje 20 %, malo 26 % ispitanika; 16 % obiteljskih njegovatelja smatra

da njihova briga za oboljelu osobu ima smisla, dok ih 14 % često smatra svoju brigu besmislenom, kod 62 % se to javi ponekad, a rijetko kod 8 %. U odnosu na raspoloženje 58 % obiteljskih njegovatelja se osjeća dobro, loše 40 %, a vrlo dobro 2 %; 26 % ispitanika obiteljskih njegovatelja navelo je da je skrb za oboljelog znatno utjecala na promjenu njihovog raspoloženja, srednje 44 %, malo 28 %, uopće ne 2 %. Razočarano se često osjeća 26 % ispitanika živi, ljueto i razdražljivo zbog skrbi za oboljelog člana obitelji, osrednje se osjeća 30 %, a rijetko se tako osjeća 44 %.

Uključeno je 22 % medicinskih sestara/tehničara visoke stručne spreme i 78 % srednje stručne spreme, prosječna dužina njihovog radnog staža je bila 11 godina, a raspon je bio od 2 do 40 godina radnoga staža.

Mjerni instrumenti

Za potrebe istraživanja koristili su se sljedeći mjerni instrumenti:

1. Upitnik o demografskim i socioekonomskim obilježjima za članove obitelji (obiteljske njegovatelje), koji je obuhvaćao sljedeća pitanja: a) dob, b) srodstvo s bolesnikom, c) obrazovanje, d) živi li njegovatelj/ica s oboljelim u kućanstvu, e) koliko ukupno ukućana živi s oboljelim, f) koliko dugo njegovatelj/ica živi s oboljelim, g) koliko traje bolest oboljelog, h) kako njegovatelj/ica procjenjuje svoj socioekonomski status, i) kako njegovatelj/ica procjenjuje uvjete stanovanja, j) koliko vremena njegovatelj/ica provodi dnevno brinući se o oboljelom, k) živi li u kući ili stanu, l) može li oboljeli biti sam i koliko dugo, lj) je li skrb o oboljelom narušila društveni život njegovatelja/ice, m) osjeća li se njegovatelj/ica potišteno, bespomoćno i zabrinuto, n) čini li se njegovatelju/ici kako posao koji radi nema smisla, nj) kako bi njegovatelj/ica ocijenio svoje raspoloženje, o) je li se raspoloženje

njegovatelja/ice promijenilo od kada vodi skrb o oboljelom, p) je li njegovatelj/ica razočaran, ljut, razdražljiv zbog skrbi za oboljelog člana obitelji, r) osjeća li se njegovatelj/ica iscrpljeno.

2. Hrvatska verzija kliničke samoocjenjske ljestvice pod nazivom HADS (engl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*) (20), koju su ispunjavali nezdravstveni i zdravstveni njegovatelji.

Opis HADS ljestvice

Hrvatska verzija kliničke samoocjenjske ljestvice HADS-a koristi se za otkrivanje simptoma anksioznosti i depresije. Ima 14 čestica, od kojih se 7 odnose na depresiju, a 7 na anksioznost, dok se intenzitet ocjenjuje ljestvicom od 0 do 3 (0 = uopće ne, 3 = cijelo vrijeme). Čestice koje se odnose na simptome anksioznosti označuju se s HADSA, dok simptomi koji se odnose na depresiju označavaju se s HADSD. Prednost ove ljestvice je jednostavna primjena za procjenu anksioznosti i depresivnosti (20).

Smatra se pouzdanim instrumentom za probir klinički značajne anksioznosti i depresije u bolesnika u medicinskim ustanovama. Može se primijeniti i u evaluaciji liječenja. Validirana je u psihijatrijskoj i općoj populaciji za odrasle. HADS ne uključuje tjelesne pokazatelje depresije, pa ljestvica ima veliku prednost jer nije osjetljiva na simptome povezane s tjelesnim poremećajima. S obzirom da se ljestvicom HADS istražuje što je ispitanik osjetio tjedan dana prije procjene, ljestvicu se može lako koristiti, ali ne češće od jednom tjedno (20). Za ispunjavanje ljestvice HADS ispitaniku je potrebno 2-6 minuta, a izračun rezultata oko minute. To čini instrument jednostavnim za korištenje. Autor ljestvice inzistira da je ispitanik precizan i pismen (20).

Osim samoocjenjske ljestvice i upitnika o socio-demografskim pokazateljima koristila se i medicinska dokumentacija na temelju koje se dobio podatak o prethodnim hospitalizacijama.

Etička načela

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Vrapče. Ispitanici su dali informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

Istraživanje je osiguravalo pravilno provođenje postupaka i sigurnost osoba koje su sudjelovale u ovom istraživanju, uključujući Osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti RH i Zakon o pravima pacijenata Republike Hrvatske. Ispitanicima je objašnjena svrha istraživanja, koje je bilo dobrovoljno i da nema novčane ni bilo kakve druge naknade. Identitet ispitanika uvijek će ostati povjerljiv i zaštićen, a ispitanici su dali pisanu suglasnost za sudjelovanje u istraživanju putem informiranog pristanka, a mogli su odustati od istraživanja u bilo kojem trenutku bez dodatnih objašnjenja i naglašeno im je da neće biti nikakvih posljedica za liječenje osoba o kojima se skrbe, ako odustanu od istraživanja. U slučaju potrebe za dodatnim objašnjenjima mogli su se obratiti provoditeljima istraživanja.

Statistička analiza

Rezultati su prikazani tablično i grafički te su se primijenile metode opisne statistike. Hi-kvadrat testom (χ^2 -test) analizirana je razlika u raspodjeli pojedinih kategorijskih varijabli u odnosu na skupine. Nezavisnim t-testom analizirana je razlika u prosječnim vrijednostima pojedinih odgovora. Primijenjen je i Pearsonov koeficijent korelacije radi utvrđivanja povezanosti. Razina statističke značajnosti za provedeno istraživanje određena je na 95 % i 99 %. U analizi podataka korišten je statistički paket STATISTICA 7.1 (21).

REZULTATI

Rezultati provedenog istraživanja prikazani su tablično i grafički.

Na tablici 1. su prikazani rezultati na ljestvici HADSA i HADSD obiteljskih njegovatelja s obzirom na neke sociodemografske poka-

zatelje. Nema statistički značajne razlike između ispitanika različitog socioekonomskog statusa u rezultatima koje postižu na ljestvici HADSA (χ^2 -test=7,1923; df=6; p=0,244), kao niti na ljestvici HADSD (χ^2 -test =7,734; df=6; p=0,258). Isto tako nema statistički značajne razlike između ispitanika koji žive u različitim

TABLICA 1. Prikaz rezultata na ljestvici HADSA i HADSD kod obiteljskih njegovatelja s obzirom na socioekonomski status, uvjete stanovanja, zajednički život s oboljelim u kućanstvu i na obrazovanje

	HADSA						HADSD					
	Normalno		Granično		Patološki		Normalno		Granično		Patološki	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Socioekonomski status												
Odličan	0		0		2	5,9	0		1	7,7	1	3,3
Dobar	1	100	7	46,7	9	26,5	3	42,9	4	30,8	10	3,3
Srednji	0		8	53,3	15	44,1	4	57,1	8	61,5	11	6,7
Loš	0		0		8	23,5	0		0		8	26,7
Ukupno	1	100	15	100	34	100	7	100	13	100	30	100
	χ^2 -test=7,1923; df=6; p=0,244						χ^2 -test=7,734; df=6; p=0,258					
Uvjeti stanovanja												
Odličan	0		0		2	5,9	0		1	7,7	1	3,3
Dobar	1	100	9	40,0	17	50,0	4	57,1	7	53,8	16	53,3
Srednji	0		6	60,3	12	35,3	3	42,9	5	38,5	10	33,3
Loš	0		0		3	23,5	0		0		3	10,0
Ukupno	1	100	15	100	34	100	7	100	13	100	30	100
	χ^2 -test=3,377; df=6; p=0,760						χ^2 -test=2,944; df=6; p=0,816					
Zajednički život												
Živim	1	100	7	46,7	28	82,4	4	57,1	9	69,2	23	76,7
Ne živim	0		8	53,3	6	17,6	3	42,9	4	30,8	7	23,3
Ukupno	1	100	15	100	34	100	7	100	13	100	30	100
	χ^2 -test=6,972; df=2; p=0,031						χ^2 -test=1,140; df=2; p=0,566					
Obrazovanje												
Osnovna škola	0		2	13,3	3	8,8	1	14,2	1	7,7	3	10,0
Srednja škola	1	100	3	20,0	16	47,1	2	28,6	5	38,5	13	43,4
Viša škola	0		5	33,3	5	14,7	2	28,6	4	30,8	4	13,3
Fakultet	0		5	33,4	10	29,4	2	28,6	3	23,0	10	33,3
Ukupno	1	100	15	100	34	100	7	100	13	100	30	100
	χ^2 -test=6,841; df=8; p=0,554						χ^2 -test=7,179; df=8; p=0,517					

Legenda: HADSA – Bolnička ljestvica za anksioznost (engl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*); HADSD – Bolnička ljestvica za depresiju; χ^2 -test – hi-kvadrat test; df – stupnjevi slobode; p-statistička značajnost

uvjetima stanovanja u rezultatima koje postižu na ljestvici HADSA (χ^2 -test =3,377; df=6; p=0,760) i na ljestvici HADSD (χ^2 -test =2,944; df=6; p=0,816). Oni koji žive s oboljelim u kućanstvu češće imaju patološki rezultat na ljestvici HADSA (χ^2 -test =6,972; df=2; p=0,031), ali ne i na ljestvici HADSD (χ^2 -test =1,140 df=2; p=0,566). Nema statistički značajne razlike između ispitanika različitog obrazovnog statusa u rezultatima koje postižu na ljestvici HADSA (χ^2 -test =6,841; df=8; p=0,554) i na ljestvici HADSD (χ^2 -test =7,179; df=8; p=0,517).

Na tablici 2 prikazani su rezultati na ljestvici HADSA i HADSD kod zdravstvenih njegovatelja s obzirom na stručnu spremu. Nema razlike između visoko i srednje obrazovanih ispitanika u rezultatima koje postižu na ljestvici HADSA (χ^2 -test =0,836; df=2; p=0,658), kao niti na ljestvici HADSD (χ^2 -test =4,229; df=2; p=0,121).

Korelacija između ukupnog rezultata na ljestvici HADSA i godina staža zdravstvenih nje-

govatelja je pozitivna, ali ne i statistički značajna ($r=0,395$; $p=0,215$), a statistički je značajna i pozitivna na ljestvici HADSD ($r=0,442$; $p=0,001$). Duži radni staž je utjecao na više rezultate na ljestvici depresivnosti.

Kod obiteljskih njegovatelja na ljestvici HADSA simptomi su zastupljeni kod 98 % ispitanika. Patološki rezultat prisutan je kod 68 % ispitanika, dok granični rezultat ima 30 % ispitanika. Patološki rezultat na ljestvici HADSA kod zdravstvenih njegovatelja bio je prisutan kod 40 % ispitanika, a granični kod 15 %.

Razlika u udjelu pojedinih kategorija rezultata na ljestvici HADSA između obiteljskih i zdravstvenih njegovatelja, koji mogu biti patološki, granični i normalni statistički je značajna na razini manjoj od 1 % (χ^2 -test =9,933; df=2; p=0,007). Obiteljski njegovatelji značajno češće imaju patološki rezultat na ljestvici HADSA u odnosu na profesionalne njegovatelje.

TABLICA 2. Prikaz rezultata na ljestvici HADSA i HADSD kod profesionalnih njegovatelja s obzirom na stručnu spremu

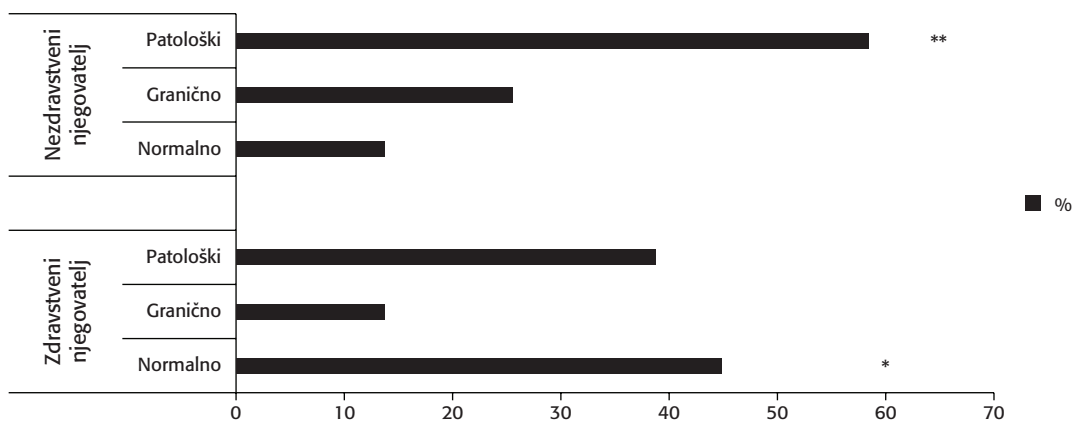
	HADSA						HADSD					
	Normalno		Granično		Patološki		Normalno		Granično		Patološki	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Stručna sprema												
VŠS	2	14,3	4	22,2	5	27,8	4	17,4	0		7	35,0
SSS	12	85,7	14	77,8	13	72,2	19	82,6	7	100	13	65,0
Ukupno	14	100	18	100	18	100	23	100	7	100	20	100
	χ^2 -test=4,229; df=2; p=0,121						χ^2 -test=4,229; df=2; p=0,121					

Legenda: HADSA – Bolnička ljestvica za anksioznost (engl. *Hospital Anxiety and Depression Scale*); HADSD – Bolnička ljestvica za depresiju; χ^2 -test – hi-kvadrat test, df – stupnjevi slobode; p-statistička značajnost

TABLICA 3. Korelacija između ukupnih rezultata na ljestvici HADSA i HADSD s obzirom na godine radnog staža profesionalnih njegovatelja

	HADS	Ukupni rezultat na HADSA	Ukupni rezultat na HADSD
Stož	r	0,395**	0,442**

Legenda: r- Pearsonov koeficijent korelacije; **p< 0,01



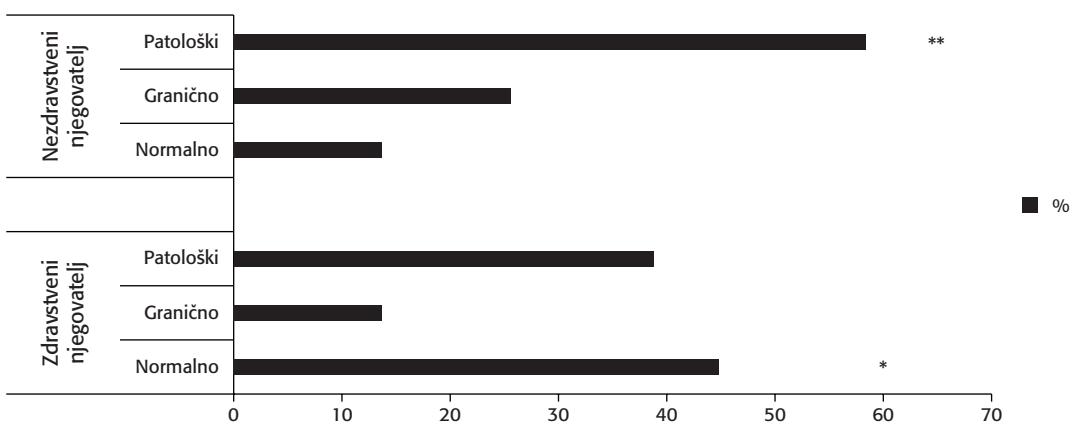
** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

SLIKA 1. Prikaz raspodjele rezultata na ljestvici HADSA kod obiteljskih i profesionalnih negovatelja

Na ljestvici HADSD simptomi su zastupljeni kod 86 % obiteljskih negovatelja. Patološki rezultat prisutan je kod 60 % ispitanika, dok granični rezultat ima 26 % ispitanika. Normalni rezultat bez prisutnosti depresivnih simptoma prisutan je kod 14 % ispitanika.

Kod profesionalnih negovatelja na ljestvici HADSD su dobiveni gotovo identični rezultati, kao i na ljestvici HADSA tako da je patološki rezultat bio prisutan kod 41 % ispitanika i granični kod 14 %.

Isto tako postoji statistički značajna razlika u udjelu patoloških, graničnih i normalnih rezultata na ljestvici HADSD između obiteljskih i profesionalnih negovatelja na razini manjoj od 5 % (χ^2 -test =6,657; $df=2$; $p=0,036$). Obiteljski negovatelji značajno češće imaju patološki rezultat na ljestvici HADSD u odnosu na profesionalne negovatelje, dok profesionalni negovatelji češće imaju rezultat u granicama normalnog.



** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

SLIKA 2. Prikaz raspodjele prema rezultatima na ljestvici HADSD kod obiteljskih i profesionalnih negovatelja

Glavni rezultati ovoga istraživanja su ovi: 1) obiteljski negovatelji (najčešće djeca i unuci) osoba oboljelih od AD imaju češće izraženu anksioznost i depresivnost u odnosu na profesionalne negovatelje, 2) život s oboljelom osobom povećava razinu anksioznosti kod obiteljskih negovatelja, 3) viša životna dob je rizični čimbenik za nastanak anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih negovatelja, 4) duži radni staž negativno utječe na pojavu anksioznih i depresivnih simptoma, ali ne i razina obrazovanja profesionalnih negovatelja (srednja, viša ili visoka razina obrazovanja medicinskih sestara/tehničara).

U ovom istraživanju dob obiteljskih negovatelja je u 37 % bila od 60 do 75 godina, u 27 % u od 50 do 60 godina, a svega 30 % obiteljskih negovatelja imalo je dob nižu od 50 godina, drugim riječima njihova prosječna životna dob je bila 57 godina. Ovi rezultati su sukladni rezultatima drugih istraživanja u kojima se također navodi da je prosječna dob nezdravstvenih negovatelja viša i da iznosi 58 godina (22,23). Ovo je važno imati na umu s obzirom da je riječ kod obiteljskih negovatelja o populaciji više životne dobi koja je dodatno osjetljiva na stresne utjecaje s obzirom da životna dob povećava mogućnost negativnog odgovora na stresne utjecaje (24), a negovanje oboljelog člana obitelji od demencije, koja je kronična bolest svakako je produženi stresni događaj.

Sukladno drugim istraživanjima žene u ovom istraživanju su češće obiteljski negovatelji. U velikoj prospektivnoj studiji koja je uključivala 153 ispitanika (obiteljski negovatelji) provedenoj u Engleskoj *Laser-AD study* 2005. godine dobiveni su slični rezultati, i u tom istraživanju sudjelovalo je 68 % žena (25).

Najčešće su obiteljski negovatelji bila djeca bolesnika, a zatim supružnici, što je povezano s višom dobi supružnika bolesnika oboljelih od AD, koji i sami zbog svoje životne dobi imaju

nekoliko kroničnih bolesti koje ih mogu onesposobljavati za adekvatnu skrb o oboljelome od AD. Stoga su kod 60 % ispitanika djeca ili unuci bili skrbnici osobi koja je oboljela od AD. Navedeni su podatci također sukladni drugim istraživanjima (22).

Više ili visoko obrazovanje imalo je 50 % obiteljskih negovatelja, a 40 % srednjoškolsko obrazovanje. Slični rezultati dobiveni su u studiji u SAD, gdje je 76 % ispitanika imalo visoko obrazovanje jer se više obrazovanje navodi kao protektivni čimbenik u suočavanju sa stresnim situacijama (26). U zajedničkom kućanstvu živjelo je s oboljelom osobom 72 % obiteljskih negovatelja što se u prvom redu odnosilo na supružnike i na 30 % djece oboljelog. Približno polovina ispitanika (46 %) opisuje socioekonomski status kao osrednji i većina ispitanika navodi da su prije početka bolesti mogli svoj ekonomski status opisati kao dobar, ako ne i odličan. Dobiveni podatci ukazuju u prilog tome da što bolest duže traje veći su financijski izdatci u pogledu lijekova, te drugih potrebnih pomagala (pelena i sl.), ishrane za oboljelog itd. Financijski troškovi su tri puta veći za bolesnika oboljelog od AD, nego nekog koji nema demenciju (27).

Broj ukućana bio je prosječno 2 člana kućanstva, a prosječno vrijeme zajedničkog života 26 godina, a razdoblje trajanja bolesti bilo je 4,2 godine nakon što je oboljelom od AD postavljena dijagnoza. Ovi rezultati su sukladni s rezultatima iz drugih istraživanja u odnosu na broj članova kućanstva i prosječno vrijeme zajedničkog života, kao i dužinu trajanja bolesti (26).

Vrijeme koje nezdravstveni djelatnici provedu u njezi oboljele osobe prosječno dnevno iznosi 12,9 sati, drugim riječima gotovo polovicu dana, jer većina bolesnika ne može ostati sama u uznapredovalim fazama bolesti.

Kvaliteta života obiteljskih negovatelja značajno je narušena, što se vidi u redukciji društvenog života i hobija. Zanimljivo je da supruž-

nici starije životne dobi navode da je skrb o oboljelom supružniku malo utjecala na njihov društveni život, jer se radi o osobama visoke životne dobi kada i inače dolazi do redukcije društvenih aktivnosti, a s time i kvalitete života (28). To je slično rezultatima koji su dobiveni u 18-mjesečnoj prospektivnoj, multicentričkoj, opservacijskoj studiji provedenoj u Francuskoj, Njemačkoj i Velikoj Britaniji da je sagorijevanje njegovatelja povezano s težinom bolesti i da je bilo teže kod djece nego kod supružnika, iako djeca nisu živjela s oboljelom osobom (29).

Više od polovine ispitanika je navelo da se osjeća dobro, a 40 % da se osjeća loše, te da je skrb za oboljelu osobu utjecala na promjenu njihovog raspoloženja. Nezdravstveni njegovatelji uočavaju znatne promjene u svome raspoloženju, većina ih se osjeća zabrinuto i bespomoćno, primjećuju ljutnju i razdražljivost u svome ponašanju te mnogi osjećaju da briga o oboljeloj osobi nema smisla. Članovi obitelji oboljelih od Alzheimerove bolesti mogu se nazvati „skriivenim žrtvama“, stoga što ranija istraživanja pokazuju da bliski i dugotrajni kontakt s osobom koja boluje od demencije može uzrokovati kronični stres i različite emocionalne probleme, uključujući i višu razinu depresivnih i anksioznih simptoma, emocionalnu iscrpljenost i poremećaje u spavanju (30).

Dobiveni rezultati pokazuju kako njegovateljstvo uključuje mnoge stresore kao što su: promjena obiteljske dinamike, socijalno funkcioniranje, financijski pritisak te samim time utječe na kvalitetu života njegovatelja, što je slično rezultatima dobivenim u drugima istraživanjima (31).

Anksiozne simptome imalo je 98 % obiteljskih njegovatelja, od toga ih je 68 % imalo patološke anksiozne simptome i 86 % depresivne simptome (60 % patološke). Socioekonomski status, uvjeti stanovanja i stupanj obrazovanja nije utjecao na simptome anksioznosti i depresivnosti, dok je statistički značajno na pojavu anksioznih simptoma utjecao život s obolje-

lom osobom u kućanstvu. Dobiveni rezultati približni su rezultatima u malobrojnim istraživanjima. U Hrvatskoj je provedeno istraživanje 2010. godine na Klinici za psihijatriju Vrapče koje je obuhvaćalo obiteljske njegovatelje bolesnika oboljelih od AD. Kao mjerni instrument koristila se ljestvica HADS. U istraživanje su bila uključena 22 ispitanika. Rezultati ukazuju da je patološka razina anksioznosti pronađena u 14 ispitanika (46,7 %) a u 26,7 % uočena je patološka razina na ljestvici HADSD. Na ljestvici HADSA granični rezultat imalo je 76,7 % ispitanika, dok ih je 56,7 % imalo granični rezultat na ljestvici HADSD. U ovom istraživanju nisu korišteni podatci o socioekonomskoj strukturi ispitanika (23). U velikoj prospektivnoj studiji provedenoj u Engleskoj (*Laser-AD study*) 2005. g., u kojoj je bilo uključeno 153 ispitanika, 24 % je imalo patološke vrijednosti na ljestvici anksioznosti, dok je 11 % ispitanika imalo patološke vrijednosti na ljestvici depresivnosti (22). Rezultati dobiveni u Engleskoj u odnosu na istraživanja u Hrvatskoj pokazuju važnost nacionalnog programa kako izvanbolničkog tako i bolničkog za zbrinjavanje bolesnika oboljelih od AD. U odnosu na svjetske trendove u Hrvatskoj je u fokusu djelovanja zbrinjavanje bolesnika, a briga za njegovatelje je nedostatna i sporedna.

Prosječna životna dob profesionalnih njegovatelja je bila niža i iznosila je 36 godina, a prosječna dužina njihovog radnog staža je bila 16 godina, što u potpunosti korelira podatku u odnosu na dob ispitanika. Sukladno podatcima o zastupljenosti žena u sestrinskoj profesiji koja iznosi preko 90 %, i u ovom istraživanju zastupljenost ženskog spola bila je 82 %, dok je muškaraca 18 %. Srednjoškolsko obrazovanje imalo je 78 % ispitanika, dok su 22 % ispitanika bili prvostupnici sestrinstva. Podatci koreliraju s udjelom sestrinskog kadra unutar Klinike za psihijatriju Vrapče.

Anksiozni simptomi bili su zastupljeni kod 72 % profesionalnih njegovatelja, a depresivni

simptomi kod 54 %. Patološki anksiozni simptomi su se kod njih rjeđe javljali (36 %), kao i depresivni (40 %). Stupanj obrazovanja nije utjecao na simptome anksioznosti i depresivnosti, ali je statistički značajno utjecala dužina radnoga staža, tako da su profesionalni njegovatelji s dužim radnim stažem imali statistički značajno povišene rezultate na ljestvici depresivnosti. Ovi su rezultati u skladu s postavkom nekih autora da je emocionalna iscrpljenost temeljna komponenta sindroma profesionalnog sagorijevanja kod medicinskih sestara s više godina radnog staža (32,33).

Obiteljski njegovatelji značajno češće imaju patološki rezultat na ljestvici HADSA u odnosu na profesionalne njegovatelje, na ljestvici HADSD profesionalni njegovatelji češće imaju rezultat u granicama normalnog, dok obiteljski njegovatelji značajno češće imaju patološki rezultat, što je u skladu s drugim istraživanjima (10). Dobiveni rezultati očekivani su s obzirom da profesionalni njegovatelji posjeduju stručno znanje, provode tijekom dana manje vremena uz bolesnika, dok je kod obiteljskih njegovatelja prisutno emotivno i materijalno opterećenje, nedostatak stručnog znanja te u većini slučajeva nemogućnost odmora i odmaka od bolesnog člana obitelji.

Ograničenje ovog istraživanja se odnosi na činjenicu da se radi o relativno malom uzorku ispitanika i da je ono provedeno presječno. Također moguće ograničenje ovoga istraživanja jest u tome što nisu ispitani i drugi čimbenici koji bi mogli utjecati na razvoj anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih i profesionalnih njegovatelja.

Prednost ovog istraživanja jest u tome da je ono provedeno u kratkom razdoblju s pouzdanim mjernim instrumentom koji je standardiziran i na hrvatskoj populaciji.

ZAKLJUČAK

Obiteljski njegovatelji imaju višu razinu anksioznosti i depresivniji su u odnosu na profesionalne njegovatelje. Viša životna dob je rizični čimbenik za nastanak anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih njegovatelja s obzirom da je 64 % ispitanika bilo u dobi iznad 50 godina života. Najčešće su obiteljski njegovatelji djeca bolesnika u 60 %, te supružnici u 34 %. Socioekonomski status, uvjeti stanovanja i razina obrazovanja obiteljskih njegovatelja nije utjecala na razinu njihove anksioznosti i depresivnosti, dok je na simptome anksioznosti utjecao zajednički život s oboljelom osobom. Dulji radni staž profesionalnih njegovatelja utjecao je na simptome depresivnosti, ali ne i stručna sprema (srednje ili visoko obrazovanje medicinskih sestara i tehničara). Rezultate dobivene ovim istraživanjem vrijedilo bi potvrditi prospektivnim istraživanjem na većem uzorku ispitanika.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na simptome sagorijevanja i kod obiteljskih i profesionalnih djelatnika, te na nedostatnu skrb za osobe koje se brinu o oboljelima od AD koja je kronična bolest i uzrokuje stresne odgovore i kod članova obitelji koji su najčešći njegovatelji. Važno bi bilo razviti specifične suportivne programe za obiteljske njegovatelje, kakvi već postoje u mnogim zemljama (34).

LITERATURA

1. Wenk GL. Neuropathologic changes in Alzheimer's disease: potential targets for treatment. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 3-7.
2. Medved V, Petrović R. Funkcijske metode oslikavanja mozga u dijagnostici demencije. *Medix* 2012; 101: 20-4.
3. Jiang T, Yu JT, Tian Y, Tan L. Epidemiology and etiology of Alzheimer's disease: from genetic to non-genetic factors. *Curr Alzheimer Res* 2013; 10: 852-67.
4. Gillespie P, O' Shea E, Cullian J i sur. Longitudinal costs of caring for people with Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2015; 27: 847-56.
5. Mimica N, Presečki P. Alzheimerova bolest – epidemiologija, dijagnosticiranje i standardno farmakološko liječenje. *Medix* 2012; 101: 8-14.
6. Šimić G. Neurobiologija demencije: Uvod u Alzheimerovu i druge neurodegenerativne bolesti moždane kore. 2003; preuzeto sa: <http://dementia.hiim.hr/neuro.htm>
7. Skelton RM, Jones S. Nominal dysphasia and the severity of senile dementia. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 168-71.
8. Yaari R, Corey BJ. Alzheimer's disease. *Semin Neurol* 2007; 27: 32-41.
9. Cummings JL, Frank JC, Cherry D i sur. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2263-72.
10. Tan LL, Wong HB, Allen H. The impact of neuropsychiatric symptoms of dementia on distress in family and professional caregivers in Singapore. *Int Psychogeriatr* 2005; 17: 253-63.
11. Amella EJ. Feeding and hydration issues for older adults with dementia. U: Mezey M, Capezuti E, Fulmer T, ur. *Care of Older Adults Nursing Clinics of North America*. New York: New York University College of Nursing, 2004, 607-23.
12. Amella EJ. Eating and Feeding Issues in Older Adults with Dementia. U: Boltz M, ur. *Best Practices in Nursing Care to Older Adults with Dementia*. New York: New York University College of Nursing, 2007.
13. Holmes C, Lovestone S. Long-term cognitive and functional decline in late onset Alzheimer's disease: therapeutic implications. *Age Ageing* 2003; 32: 200-4.
14. Dougherty J. Effective communication strategies to help patients and caregivers cope with moderate-to-severe Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry* 2015; doi: 10.4088/JCP.13088nr1c.
15. Mimica N, Dajčić M. Alzheimerova bolest. U: Šostar Z, Fortuna V, ur. *Vodič za starije građane grada Zagreba*. Zagreb: Grad Zagreb - Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje, 2009.
16. Mohamed S, Rosenheck R, Lyketsos CG, Schneider LS. Caregiver burden in Alzheimer disease: cross-sectional and longitudinal patients correlates. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18: 917-27.
17. Tew CW, Tan LF, Luo N, Ng WY, Yap P. Why family caregivers choose to institutionalize a loved one with dementia: a Singapore perspective. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30: 509-16.
18. Svjetska zdravstvena organizacija Međunarodna klasifikacija bolesti, X. revizija. Geneva: SZO, 1992.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psych Res* 1975; 12: 189-89.
20. Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 1-29.
21. Statistica StatSoft, Inc. (2005). STATISTICA (data analysis software system), version 7.1. www.statsoft.com.
22. Mahoney R. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 795-801.
23. Ostojić D, Vidović D, Bačević A, Brečić P, Jukić V. Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzheimer's dementia patients. *Acta Clin Croat* 2014; 53: 17-21.
24. Vitaliano P. Physiological and physical concomitants of caregiving: introduction to special issue. *Ann Behav Med* 1997; 19: 75-7.
25. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies and anxiety in caregivers of people with Alzheimer's disease: the LASER-AD study. *J Affect Disord* 2006; 90: 15-20.
26. Ornstein K, Gaugler JE, Devanand DP, Scarmeas N, Zhu C, Stern Y. The differential impact of unique behavioral and psychological symptoms for the dementia caregiver: How and why do patients individual symptom clusters impact caregiver depressive symptoms? *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21: 1277-8.
27. Mimica N, Dajčić M, Šimić G i sur. Alzheimer disease societies Croatia - established 1999. *Neurol Croat* 2010; 59: 75-6.
28. Japec L, Šučur Z. Quality of life in Croatia: regional differences. UNDP. LDK, 2007.
29. Reed C, Belger M, Dell'Agnello G i sur. Caregiver burden in Alzheimer's disease: differential associations in adult-child and spousal caregivers in the GERAS observational study. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2014; 4: 51-64.
30. Lee D, Heo SH, Yoon SS i sur. Sleep disturbances and predictive factors in caregivers of patients with mild cognitive impairment and dementia. *J Clin Neurol* 2014; 10: 304-13.
31. Wang RX, Robinson KM, Carter-Harris L. Prevalence of chronic illnesses and characteristic of chronically ill informal caregivers of persons with dementia. *Age and Ageing* 2014; 43: 137-41.
32. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. U: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T, ur. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.
33. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
34. Thompson C, Briggs M. Support for caregivers of people with Alzheimer's type dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: 400-54.