



VYTAUTO DIDŽIOJO UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
PSICHOLOGIJOS KATEDRA

Jūratė Cikanavičienė

**DEMENCIJA SERGANČIUOSIUS SLAUGANČIŲ ARTIMŲJŲ RŪPINIMOSI
NAŠTOS, PRIERAISUMO STILIAUS IR SOCIALINIO PALAIKymo
SĄSAJOS**

Magistro baigiamasis darbas

Sveikatos psichologijos studijų programa, valstybinis kodas 621S13001

Psichologijos studijų kryptis

Vadovas doc. dr. Loreta Gustainienė
(Moksl. laipsnis, vardas, pavardė)

(Parašas)

(Data)

Apginta prof. dr. Algis Krupavičius
(Fakulteto/studijų instituto dekanas/direktorius)

(Parašas)

(Data)

Kaunas, 2017

SANTRAUKA

Jūratė Cikanavičienė. Demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos, prieraišumo stiliaus ir socialinio palaikymo (paramos) sąsajos. Mokslinis vadovas doc. dr. L. Gustainienė. Vytauto Didžiojo universitetas. Socialinių mokslų fakultetas. Teorinės psichologijos katedra. - Kaunas, 2017. – 65 p. [Rankraštis]. Saugomas VDU bibliotekoje.

Raktiniai žodžiai: demencija, rūpinimosi našta, prieraišumo stilius, socialinis palaikymas (parama)

Tyrimo tikslas – Išanalizuoti demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų prieraišumo stiliaus, rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo (paramos) sąsajas. Tyrime dalyvavo 124 suaugusieji, 32 - 72 m. amžiaus: vyrai – 20 (16,1 proc.), moterys – 104 (83,9 proc.).

Tyrimo metodai:

- Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi naštos klausimynas (*angl. Burden Scale for Family Caregivers, BSFC-short/BSFC-s; Graessel, Berth, Lichte, Grau, 2014*);
- Suaugusiųjų prieraišumo skalė (*angl. Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure, Carver, C. S., 1997*);
- Socialinio palaikymo klausimynas (*angl. The Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS; Sherbourne, Stewart, 1991*).

Tyrimo rezultatai parodė, kad demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su aukštesniais neramaus prieraišumo stiliaus rodikliais. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni nesaugaus (vengiančio ir neramaus) prieraišumo stiliaus rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais, išskyrus emocinį socialinį palaikymą. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų rūpinimosi našta prognozuoja žemesni socialinės paramos rodikliai.

SUMMARY

Jūratė Cikanavičienė. LINKS BETWEEN CAREGIVING BURDEN, SOCIAL SUPPORT AND ATTACHMENT STYLE IN CAREGIVERS OF CLOSE RELATIVES WITH DEMENTIA. Scientific adviser doc. dr. L. Gustainienė. Kaunas: Vytautas Magnus University. Faculty of Social Sciences. Theoretical Psychology department. - Kaunas, 2016. – 65 p. [Manuscript]. Kept in the Library of Vytautas Magnus University.

Key words: dementia, caregiving burden, attachment style and social support.

The aim of this study was to analyze the coherence between caregiving burden, social support and attachment styles in caregivers of close relatives with dementia. The research involved 124 adults from 32 to 72 years age ($M = 51,56$): men - 20 (16.1 percent.), women - 104 (83.9 percent.).

Research methods:

- Burden Scale for Family Caregivers, BSFC-short/BSFC-s; Graessel, Berth, Lichte, Grau, 2014);
- Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure, Carver, C. S., 1997);
- The Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS; Sherbourne, Stewart, 1991.

The study results revealed that higher caregiving burden rates in caregivers of relatives with dementia are coherent to higher anxious attachment style rates. The higher insecure attachment (avoidant attachment and anxious attachment) style rates in caregivers of relatives with dementia are coherent to lower social support rates. The higher caregiving burden rates in caregivers of relatives with dementia are coherent to lower social support rates, excluding emotional social support. The lower social support rates signal about the caregiving burden in caregivers of relatives with dementia.

IVADAS

Tyrimo aktualumas. Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje visuomenė senėja. Gerokai pažengusi medicina ir ne vienam žmogui pratęsusi gyvenimą, iškėlė naują problemą – daugėja senėjančių žmonių ir su senėjimu susijusių ligų. Statistika tvirtina, kad neurodegeneracinių ligų paplitimas jau siekia 29 mln. gyventojų visame pasaulyje, ypač tarp 65 metų amžiaus asmenų (World Health Organization. 2016.). Valstybinės psichikos sveikatos duomenimis, Lietuvoje taip pat užfiksuojama vis daugiau naujų demencijos atvejų. Jei 2007 metais, 1000 gyventojui, buvo 1,86 proc. ligos atvejų, tai 2015 metais jų padaugėjo iki 3,07 proc. (Valstybinis Psichikos sveikatos centras, 2016). Taigi, dabartinė situacija tiek visame pasaulyje, tiek ir Lietuvoje nedžiugina, demencijos atvejų vis daugėja, tuo pačiu didėjant slaugos poreikiui.

Daugelis žmonių, empatiškai reaguoja į sergančiuosius, tarsi atreaguodami į posakį, svetimo skausmo nebūna“ ir supranta, kad kiekvienam sergančiajam yra reikalinga pagalba, ypač tais atvejais, kai jie patys negali savimi pasirūpinti. Tačiau, ši nuostata, neretai palieka „už kadro“ tuos, kurie rūpinasi sergančiais, nes susidaro įspūdis, kad lyg ir savaime aišku, kad jei yra ligonis, tai jam bus ir slaugytojas. Be jokios, abejonės labai dažnai taip ir yra, bet tada iškyla kitas klausimas: ar tas žmogus, kuris rūpinasi sergančiuoju, norėjo to? Tikėtina, kad ne.

Kadangi Lietuvoje nėra gerai išvystyto slaugos ir globos tinklo, demencija sergančiuosius tenka slaugyti artimiesiems. Rūpinimasis artimu sergančiu žmogumi apima kasdienį rūpestį, fizinę (asmens higienos priežiūra, maitinimas ir t.t.), emocinę, dvasinę pagalbą. Globėjai neretai susiduria su dar sudėtingesnėmis užduotimis, tokiomis kaip artimojo elgesio pokyčiais: baimėmis, haliucionacijomis, blaškymusi, kliesdais, agresija ir pykčio priepuoliais. (Qureshi ir kt. 2000). Todėl nuolatinis ir intensyvus rūpinimasis sukuria sąlygas, kuriose pats besirūpinantis sergančiuoju asmuo tampa ypač lengvai pažeidžiamas. Besirūpinantis sergančiuoju asmuo, tapdamas pagrindiniu pagalbos teikėju, susiduria su neišvengiamais pokyčiais tiek savo, tiek kitų šeimos narių bei priežiūros reikalingo artimojo gyvenime. Sergančio artimo žmogaus rūpinimosi poreikis „lemia įprastinio šeimos gyvenimo perorganizavimo būtinybę, apimančią pasikeitimus fizinės aplinkos, laiko, finansų paskirstymo, socialinio aktyvumo ir užimtumo atžvilgiu“ (Kinney, 1996; cit. pg. Užaitė, Naujanienė, 2006, p. 119). Ši patirtis keičia besirūpinančio sergančiuoju gyvenimo būdą, santykius su aplinkiniais, su globojamu asmeniu ir su pačiu savimi, taip pat turi įtakos fizinės bei psichinės sveikatos būklei. Rūpinimosi našta gali būti išreikšta tiek fizinės sveikatos negalavimais (tokiais kaip somatiniai skundai, skausmas galūnėse, galvos skausmas, astenija, chroniškas nuovargis, miego-būdravimo ciklo pokyčiai), tiek psichinės sveikatos sutrikimais, tokiais kaip depresija, nerimas ir nemiga (Gratao, Vendruscolo, Talmelli ir kt., 2012). Todėl svarbu tirti ne tik sergančiųjų, bet ir jų artimųjų

poreikius ir patirtį, rūpinantis sergančiais artimaisiais (Hong, Kyrout, McManus ir kt., 2012) ir nustatyti sritis, kuriose psichologai galėtų padėti globėjams, kad, nepaisant artimo ligos, jie ir toliau galėtų dalyvauti visuomenėje.

Kai žmonės patiria stresinius, gąsdinančius įvykius savo gyvenime, dažnai jie ieško paramos ir pagalbos. Iš tiesų, tyrimai patvirtina, jog socialinė parama, palaikymas padeda žmogui įveikti stresą keliančius sunkumus žymiai efektyviau, ir turi ilgalaikę naudą sveikatai ir psichologinei gerovei. (Yurtsever1 S. ir kt., 2013). Socialinė parama yra prieinama tiems žmonėms, kurie turi galimybę išreikšti teigiamas ir neigiamas emocijas, tuo metu kai reikia susidoroti su sunkumais. Pasidalinimas savo problemomis su kitais žmonėmis pagerina ne tik šeimos bendravimą, padeda nusistatyti savo poreikius, bet ir prisitaikyti prie sunkios besikeičiančios, artimojo ligos (Spiegel, Kimerling, 2001). Varona ir kt. (2001) nustatė, kad globėjai, kurie pajėgūs gauti socialinę pagalbą, nors ir prie stiprių stresinių veiksnių, turėjo mažesnę naštos suvokimą nei tie, kurie šios paramos neturėjo. Autoriai taip pat teigia, kad šeimos parama ir socialinio tinklo prieinamumas, demencija sergantiems pacientams, sumažino neigiamą pažintinių ir elgesio sutrikimų poveikį (Varona, 2001). Tyrimų rezultatai parodė, kad globėjo subjektyviai suvokiama socialinė parama gali geriau prognozuoti globėjo sveikatą ir našą, nei realiai gaunama socialinė parama (Sander ir kt. , 1997).

Taigi natūraliai kilo klausimas, ar yra trečias veiksnys, kuris galėtų sieti socialinės paramos prieinamumą ir besirūpinančio globėjo našą. Tyrimai parodė, kad svarbų vaidmenį atlieka žmogaus prieraišumo tipas, siekiant socialinės paramos ar rūpinimosi (Collins, Feeney, 2000). Bowlby teigimu, žmogaus prieraišumo tipas gali atsiskleisti stresinėje situacijoje, kai siekiama ar nesiekama kontakto su žmonėmis, kuriais pasitiki, ar nori jų palaikymo. (Collins, Feeney, 2000)

Pagal Gillath Ir kt. (2006) prieraišumo teorija padeda aiškinant socialinę paramą ir rūpinimąsi kitu. Remiantis prieraišumu, socialinė parama aiškinama, kaip ryšys tarp to, kuris siekia rūpinimosi juo ir to, kuris nori rūpintis. Stresinės situacijos metu socialinės paramos poreikis gali ženkliai išryškėti. Aktyvinama prieraišumo sistema ir žmogus motyvuojamas išreikšti stresą, siekti socialinės paramos (palaikymo). Elgsena, kuriai būdingas atstūmimas, kritika – vertinama, kaip nepalanki socialinė parama, ir atvirkščiai, elgsena, kuri pasižymi supratimu, keliamais tikslais problemai spręsti – suvokiama, kaip aktyvi teigiama socialinė parama. Tai gali būti siejama su turimu prieraišumo tipu (Gillath Ir kt., 2006). Individualūs prieraišumo stiliaus skirtumai gali turėti reikšmės, kaip pasireikš socialinė parama sąveikoje – pirma: priešingu būdu, nei reiškiasi prieraišumo tipas, antra: tokiu pat principu, kaip ir prieraišumo tipas (Collins, Feeney, 2000).

Pastebėta, kaip prieraišumo vystymosi patirtyje esama individualių skirtumų, taip ir individualiai reaguojama į rūpinimosi procesą (Collins, Feeney, 2000). Prieraišumo formavimosi patirties turėjimas gali turėti reikšmę rūpinimosi suvokimui, savo ir kitų streso valdymui. Taigi

skirtingi prieraišumo tipai gali lemti skirtingus rūpinimosi sergančiuoju stilius. Pastebėta, kad saugiu prieraišumu pasižymintys besirūpinantieji sergančiais žmonėmis, labiau naudoja palankius rūpinimosi būdus – labiau atliepia sergančiojo poreikius, mažiau naudoja visa apimančią rūpinimosi našta, rodo didesnę palaikymą (Collins, Feeney, 2000). Taigi, rūpinimasis yra ne tik elgesio apraiška, nes jis apima pažinimo, emocinius ir motyvacinius komponentus, kylančius iš sudėtingo gyvenimo.

Tyrimo naujumas: Mokslininkai, gilindamiesi į gyvenimo kokybės bei sveikatos tyrinėjimus, neseniai įvedė terminą „slaptieji pacientai“, kuriuo apibūdina asmenis, namuose slaugančius sergančius savo artimuosius, linkusius slėpti savo pačių išgyvenimus, emocinės savijautos ir fizinius pokyčius (Harding, 2003). Ankstesniuose tyrimuose didžiausias dėmesys buvo skiriamas patiems sergantiesiems, jų išgyvenimams, suvokiant, kad jų gyvenimas jau baigiasi. Lietuvoje stinga tyrimų, kuriuose tiriamieji būtų sergančiųjų globėjai. Yra kokybinių tyrimų, kuriuose nagrinėjama šeimos narių patirtis globojant Alzheimerio liga sergančius artimuosius (Jankūnaitė, Užaitė, 2011). Tačiau demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos, prieraišumo stiliaus ir socialinio palaikymo sąsajų tyrimo, Lietuvos ar užsienio mokslininkų publikuojamuose mokslo darbuose, rasti nepavyko. Taigi, šis tyrimas buvo atliktas, literatūroje atradus galimą naudą tirti artimųjų patirtį, slaugant/ globojant demencija sergančius šeimos narius ir nustatyti sritis, kuriose psichologai galėtų padėti globėjams, nepaisant artimojo ligos.

SĄVOKŲ ŽODYNAS

Demencija (*angl. dementia*) – tai klinikinis sindromas, kuris apibūdinamas kaip daugybės kognityvinių gebėjimų funkcionavimo susilpnėjimas sąmoningiems bei vidutinių (arba didelių) intelektinių gebėjimų turintiems senyvo amžiaus žmonėms (Barbara A. ir kt., 2003).

Našta - tai, ką yra sudėtinga atlikti, apkrova (Webster Online Dictionary).

Rūpinimosi našta – daugiamatis konstruktas, apimantis neigiamas pasekmes (fizines, psichologines arba emocines, socialines arba finansines) asmenims, kurie rūpinasi sergančiais asmenimis. Rūpinimosi našta susijusi su laiko ir pastangų skyrimu tam tikro individo priežiūrai ir jo poreikių tenkinimui. (Holdsworth, 2013).

Prieraišumas - tai biologiškai pagrįstas, ilgalaikis ir nuolatinis emocinis ryšys, kuris susiformuoja individui palaikant santykį su jam svarbiais artimais žmonėmis (artimais šeimos nariais, reikšmingais draugais ir pan.). Pirminis prieraišumas formuojasi tarp vaiko ir jam artimiausio žmogaus, dažniausiai – mamos (Laible, Carlo, Raffaelli, 2000).

Socialinis palaikymas (*angl. social support*) - apibūdinamas kaip „asmeniui potencialiai naudingi veiksmai, kuriuos atlieka artimieji, socialinio tinklo nariai ar bendruomenė ir kurie teigiamai veikia asmens sveikatą, emocinę gerovę ar elgesį“ (Rimkus, Žemgulienė, 2013)

1. MOKSLINĖS LITERATŪROS ANALIZĖ

1.1 Demencija sergančio žmogaus slaugymo ypatumai

Senatvinė demencija – tai klinikinis sindromas, kuris apibūdinamas kaip daugybės kognityvinių gebėjimų funkcionavimo susilpnėjimas sąmoningiems bei vidutinių (arba didelių) intelektinių gebėjimų turintiems senyvo amžiaus žmonėms (Barbara A. ir kt.)

Demencijos atvejų nuolat daugėja, kartu su vyresnio amžiaus gyventojais (Malmgren, Coffey, 2000). Demencija sukelia kognityvinių funkcijų ir elgesio problemas, kylančias dėl neurodegeneracinių pokyčių. Kiekvienas demencijos atvejis unikalus, jo atsiradimą gali įtakoti įvairūs veiksniai. Pradenant vyresniu amžiumi, tam tikrais genetiniais pokyčiais, patirta galvos trauma (Valeikienė, Skalskis, 2008), baigiant mažu fiziniu aktyvumu, nutukimu, diabetu, cholesterolio kiekiu ir t.t. (Jatužis, 2010).

Yra išskiriamos keletą demencijos rūšių. Alzheimerio ligos sukelta demencija išskiriama dažniausiai. Taip pat išskiriamos kraujagyslinės bei mišrios demencijos. Rečiausiai pasitaikančios yra Lewy kūnelių ir frontotemporalinė demencija (Barbara ir kt., 2003). Nežiūrint į tai, daugeliui jų būdingi simptomai yra panašūs: laipsniškai didėjanti amnezija, orientacijos sutrikimas, psichozė, hiperaktyvumas ir fizinė negalia (Folstein ir kt., 1991). Liga gali vystytis nuo 3 iki 20 metų. Ji pažeidžia tam tikras smegenų funkcijas, kas pakenkia atminties, mokymosi, kalbėjimo, loginio mąstymo, bendravimo ir kasdienės veiklos funkcijas (Smeltzer ir kt., 1996). Šie pažinimo funkcijų pokyčiai nulemia tai, kad susirgęs žmogus ilgainiui tampa visiškai priklausomas nuo kitų asmenų kasdieninio gyvenimo veikloje. Macijauskienė (2008) skiria tris pagrindines **Alzheimeriui būdingas stadijas**:

1. Pirmoje stadijoje atsiranda orientacijos laike ir erdvėje suprastėjimas ir atminties susilpnėjimas. Tačiau kinta ne tik kognityvinių funkcijų veikla, bet pradeda ryškėti elgesio ir emociniai pokyčiai. Tokiam žmogui reiškiasi agresija, susijaudinimas, įtarumas, miego sutrikimai, haliucinacijos. Agresyvumas gali reikštis ne tik žodžiais, bet ir veiksmais.
2. Antra stadija trunka 3 – 6 metus. Šalia to, kad silpsta jo atmintis, prasideda ir kasdieninės veiklos sutrikimai – sudėtinga darosi apsirengti, pavalgyti, sutrinka higienos įpročiai. Tačiau ryškiausias šios stadijos bruožas – kalbos sutrikimas. Tokiam žmogui darosi sunku reikšti savo mintis, jis kartais nesupranta aplinkinių klausimų, prašymų.

3. Paskutinėje stadijoje ligoniai darosi visiškai priklausomi nuo kitų žmonių, todėl šioje stadijoje tokių ligonių priežiūra darosi itin sunki (Macijauskienė, 2008)

Pirmus elgesio ir charakterio pokyčius paprastai pamato šeimos nariai. Todėl artimiesiems neabejotinai kelia nerimą jau vien tai, kad mylimas žmogus kasdien vis labiau keičiasi ir suprantama, kad kokybiško santykio su žmogumi, kuris anksčiau galėjo savimi pasirūpinti, nebebus (Giddens, 2005). Tiek Lietuvoje, tiek užsienio šalyse dažniausiai demencija sergančių asmenų globa organizuojama namuose, nes specializuotos pagalbos vis dar trūksta. Todėl didžiulė atsakomybė tenka ligonio artimiesiems. Jie susiduria ne tik su itin dideliais psichologiniais, bet ir su socialiniais, ekonominiais sunkumais. Glpba pakeičia globėjo gyvenimą, keičiasi ir jo fizinės ir psichinės sveikatos būklė, šeimos santykiai. Jis turi susitvarkyti su naujomis užduotimis ir atsakomybe (Garity, 2006). Globėjai turi padėti susirgusiems jau ir kasdieninėje veikloje, nes kartais net tokie elementarūs dalykai, kaip prausimasis, apsirengimas ar net valgymas, gali tapti didžiuliu iššūkiu. Tačiau kur kas sudėtingesnė užduotis tampa atlaikyti sergančio artimojo elgesio pokyčius, pradedant baimėmis, haliucionacijomis, blaškymusi, kliedesiais, baigiant agresija ir pykčio priepuoliais (Qureshi ir kt. 2000).

Taigi apibendrinant, demencija sergančio žmogaus liga artimajam yra sudėtingas ir keliantis didelius iššūkius globos procesas. Progresuojanti ligonio būklė – vis mažėjantis savarankiškumas, charakterio pokyčiai, bei nykstančios asmenybės požymiai globėjui kelia nuolatinę įtampą. Būtent tokios ligos pobūdis neleidžia atsitraukti nuo sergančiojo nei dieną, nei naktį, todėl gali ne tik pakriksti globėjo fizinė, psichologinė būsenos, tačiau pradėti trūkinėti socialiniai ryšiai ir iškilti socialinės izoliacijos grėsmė.

1.2. Rūpinimosi naštos samprata

Mokslinėje literatūroje „rūpinimosi naštos“ konstruktas apibrėžiamas labai skirtingai: „rūpinimosi/slaugymo našta“ (angl. *care burden/burden of care*), „slaugytojų našta“ (angl. *caregiver burden*), „priežiūros našta“ (angl. *caregiving burden*), „šeimos našta“ arba „našta šeimai“ (angl. *family burden/burden on the Family*) (Montgomery, Rowe, Kosloski, 2006).

Analizuojant, kaip žodynai apibrėžia naštą, matyti, jog šis konstruktas apibrėžiamas kaip „tai, ką yra sudėtinga atlikti, apkrova“ (Webster Online Dictionary). „Našta“ taip pat gali būti apibrėžiama kaip sunkumų buvimas (Oshodi, Adeyemi, Aina ir kt., 2012). Tuo tarpu sąvoka „rūpinimosi našta“ naudojama siekiant apibūdinti neigiamas pasekmes globėjui, besirūpinančiam psichikos liga sergančiu artimu žmogumi (Chan, 2011). „Rūpinimosi našta“ susijusi su laiko ir pastangų skyrimu tam tikro individo priežiūrai ir jo poreikių tenkinimui. „Rūpinimosi naštos“ konstruktas yra daugiamačis, apimantis neigiamas pasekmes asmenims, kurie rūpinasi sergančiais asmenimis

(Holdsworth, 2013). Sąvoka „rūpinimosi našta“ apima besirūpinančių sergančiais asmenimis globėjų fizines, psichologines arba emocines, socialines arba finansines problemas (Kim, Chang, Rose ir kt., 2011; Gratao, Vendruscolo, Talmelli ir kt., 2012). „Rūpinimosi naštos“ sąvoka pirmiausia apibrėžiama kaip našta tiems, kurių santykiai su sergančiuoju yra ypač glaudūs. Ši našta priklauso nuo to, kokią vaidmenį besirūpinančiojo gyvenime užima sergantis artimasis (Montgomery, Rowe, Kosloski, 2006). Hooyman ir Kiyak (2008) rūpinimosi našta sieja su asmeninės energijos, laiko, finansų sumažėjimu ir / ar psichologinėmis frustracijomis, ypač jeigu toks rūpinimasis tęsiasi ilgą laiką.

Pirmą kartą „rūpinimosi naštos“ konstruktas buvo panaudotas 1985 m. Jį pateikė Zarit kartu su bendraautoriais, išskirdamas skirtingas besirūpinančių sergančiaisiais asmenų grupes. Tuo tarpu Montgomery, Goneya ir Hooyman (1985) buvo pirmieji, kurie namuose psichikos ligomis sergančiais asmenimis besirūpinančius asmenis pavadino globėjais, o ne slaugytojais, bei išskyrė objektyviąją ir subjektyviąją rūpinimosi našta. Taigi „rūpinimosi naštos“ konstruktas gali būti skirstomas į du komponentus:

- objektyvųjį ir
- subjektyvųjį.

Objektyvioji našta reiškia laiką, pastangas, užduotis paslaugos ir finansinius išteklius (Koerin, Harrigan, 2003), taigi objektyvi našta nurodo rūpinimosi kasdienės užduotis (Kumari, Singh, Verma ir kt., 2009). Tuo tarpu *subjektyvioji našta* reiškia globėjo suvokimą, požiūrį ir emocijas, susijusias su rūpinimuisi sergančiuoju (Koerin, Harrigan, 2003), taigi subjektyvi našta rodo globėjo psichologinę ir emocinę būklę rūpinantis psichikos liga sergančiu artimu žmogumi, pavyzdžiui, sielvartą ir nerimą (Kumari, Singh, Verma ir kt., 2009). Subjektyviąją našta sudėtinga įvertinti kiekybiniais tyrimais, kadangi ji apima besirūpinančiojo sergančiuoju psichologinį skausmą, kurį kiekvienas žmogus išgyvena skirtingai, ir tai priklauso nuo veiksnių, kylančių iš objektyviosios naštos (Schumacher, 2010).

Šiame darbe „rūpinimosi naštos“ ir „rūpinimosi sunkumų“ bei „neigiamų rūpinimosi sergančiaisiais pasekmių“ sąvokos bus vartojamos sinonimiškai.

1.3.1. Neigiamos rūpinimosi psichikos liga sergančiais artimaisiais pasekmės

Rūpinimasis artimu sergančiu žmogumi apima kasdienį rūpestį, fizinę (pavyzdžiui, asmens higienos priežiūra, maitinimas), emocinę, dvasinę pagalbą. Tačiau nuolatinis ir intensyvus rūpinimasis sukuria sąlygas, kuriose pats besirūpinantis sergančiuoju asmuo tampa ypač lengvai pažeidžiamas. Besirūpinantis sergančiuoju asmuo, tapdamas pagrindiniu pagalbos teikėju, susiduria su neišvengiamais pokyčiais tiek savo, tiek kitų šeimos narių bei priežiūros reikalingo artimojo

gyvenime. Sergančio artimo žmogaus rūpinimosi poreikis „lemia įprastinio šeimos gyvenimo perorganizavimo būtinybę, apimančią pasikeitimus fizinės aplinkos, laiko, finansų paskirstymo, socialinio aktyvumo ir užimtumo atžvilgiu“ (Kinney, 1996; cit. pg. Užaitė, Naujanienė, 2006, p. 119). „Rūpinimosi naštos“ konstruktas apima daug neigiamų pasekmių, pavyzdžiui, kasdieninio gyvenimo sutrikdymą, laiko sau sumažėjimą arba nebuvimą, socialinį spaudimą (Caqueo-Urizar, Miranda-Castillo, Lemos Giraldez ir kt., 2014). Rūpinimosi našta gali būti išreikšta tiek fizinės sveikatos negalavimais (tokiais kaip somatiniai skundai, skausmas galūnėse, galvos skausmas, astenija, chroniškas nuovargis, miego-būdravimo ciklo pokyčiai), tiek psichinės sveikatos sutrikimais, tokiais kaip depresija, nerimas ir nemiga (Gratao, Vendruscolo, Talmelli ir kt., 2012). Sučylaitės (2015) atliktas tyrimas taip pat atskleidė, kad artimųjų slaugytojai jaučiasi praradę galimybes suprasti ir patenkinti savo pačių savo psichologinius ir socialinius poreikius, bei pasirūpinti savo sveikata. Montgomery, Rowe ir Kosloski (2006) visas šias neigiamas rūpinimosi psichikos liga sergančiu artimuoju pasėkmes apibendrina ir išskyrė keturias pagrindines neigiamas besirūpinančiam asmeniui pasėkmes. Taigi remiantis Montgomery, Rowe ir Kosloski (2006), rūpinimosi sergančiu artimuoju naštos konstrukta galima išskaidyti į tokias **neigiamų besirūpinančiam asmeniui pokyčių dimensijas**:

- a) įprasto gyvenimo būdo pokyčiai;
- b) besirūpinančiojo ir sergančiojo santykių pokyčiai;
- c) psichikos sveikatos pokyčiai;
- d) fizinės sveikatos pokyčiai.

Įprasto gyvenimo būdo pokyčiai. Sergančio artimo žmogaus ligos kontekstas yra „visiškai skirtingas nuo kasdienio įprasto gyvenimo, kurio tęstinumas įgyja tam tikrų specifinių bruožų, naujas ir nepažįstamas artimajam, tapusiam globėju“ (Užaitė, Naujanienė, 2006, p. 124-125). Hoff ir Hamblin (2011) tyrimo duomenimis, besirūpinantiems sergančiais asmenimis itin keblu tampa suderinti darbo ir priežiūros pareigas bei dalyvauti socialiniame gyvenime, kadangi jiems trūksta laiko, jie neturi galimybės kada panorėję išeiti iš namų (nes reikia prižiūrėti sergantįjį). Taigi rūpinimasis sergančiu artimu žmogumi sutrikdo įprastą besirūpinančiojo gyvenimo būdą, laiko sau ir laiko kitiems padalijimą, nes besirūpinančiajam šį laiką tenka skirti rūpinimuisi sergančiu artimuoju (Montgomery, Rowe, Kosloski, 2006). Sučylaitės (2015) tyrimo metu buvo nustatyta, kad besirūpinančių sergančiais asmenimis socialinė aplinka keičiasi: jie skundėsi pakitusiais socialiniais santykiais, mažėja draugų, dažniau pajuntamas vienišumas, psichologinė ir socialinė atskirtis. Kitaip tariant, artimųjų slaugytojai jaučiasi praradę galimybes patenkinti savo pačių psichologinius ir socialinius poreikius.

Besirūpinančiojo ir sergančiojo santykių pokyčiai. Sergančiojo artimo žmogaus sveikatos pablogėjimas gali turėti įtakos santykiams tarp slaugančiojo ir sergančiojo. Prarastas abipusis

bendravimas neišvengiamai paveikia besirūpinančiojo psichologinę savijautą (Montgomery, Rowe, Kosloski, 2006). Rūpinimasis sergančiu artimuoju taip pat yra „susijęs su dideliu liūdesiu ir sielvartu, nes diena po dienos matoma, kaip savas, mylimas žmogus vis daugiau netenka jėgų, ir suprantama, kad santykis su juo jau niekada nebeturės tos kokybės, kuri buvo tuo metu, kai slaugomas žmogus dar buvo pajėgus ir pats globojo savo šeimos narius“ (Sučylaitė, 2015, p. 57).

Psichikos sveikatos pokyčiai. Artimieji, dar prieš tapdami globėjais, dažniausiai rūpinimosi sergančiu artimuoju „situaciją vertina kaip sekinančią, keliančią neviltį ar pyktį, veiklą. Naujus išgyvenimus, rūpestį, kaip sėkmingai pavyks priimti neišvengiamus pokyčius, formuoja aplinkinių nuomonės bei patirtys, lydimos nerimo ir įtampos“ (Užaitė, Naujanienė, 2006, p. 124). Knight ir Losada (2011) tyrimo metu nustatė, kad stipriausią neigiamą poveikį savo psichinei sveikatai patiria tie globėjai, kurie rūpinasi demencija sergančiais asmenimis. Holdsworth (2013) tyrimu taip pat atskleista, jog besirūpinant sergančiaisiais jų globėjams padidėjo depresijos požymiai, būdingas nerimas, bejėgiškumas, beviltiškumas, emocinis išsekimas, baimė, jausmų vengimas, kaltė ir pyktis. Taigi toliau plačiau panagrinėsime, kaip artimojo liga gali lemti besirūpinančio juo patiriamą stresą, nerimą, baimę.

Nerimas, depresija. Rūpinimosi sergančiu artimuoju našta turi neigiamos įtakos ne tik fizinei, bet ir psichinei besirūpinančiojo sveikatai, kadangi rūpinimasis sergančiuoju ir nuolatinė jo priežiūra bei laiko stoka sau, savo poilsiui, gali lemti tiek ilgalaikes neigiamas pasekmes jo fizinei sveikatai, tiek ir besirūpinančiojo psichinės sveikatos pablogėjimą, pavyzdžiui, depresines nuotaikas, nerimą, stresą (Montgomery, Rowe, Kosloski, 2006; Kim, Chang, Rose ir kt., 2011). Taigi be to, kad rūpindamiesi sergančiu psichikos liga artimuoju prarandama asmeninė, finansinė laisvė, daugelis globėjų dažnai patiria ir milžinišką stresą, depresiją, ir/ar nerimą (Chan, 2011). Butler, Turner, Kaye ir bendraautorių (2005) tyrimas atskleidė, kad yra stipri koreliacija tarp globėjo rūpinimosi sergančiuoju naštos ir jo depresijos požymių. Chang (2010) tvirtina, kad psichikos sveikata ir demencija sergančio artimojo priežiūros našta stipriai susijusios. Atliekant kitą tyrimą, buvo pastebėta, kad moterys globojančios Alzheimerio liga sergančius pacientus turėjo didesnius depresijos rodiklius (Sivrioğlu, 2004). Besirūpinančiojo sergančiuoju depresija koreliuoja su priemonių rūpinantis ligonių trūkumu, izoliacija, žinių rūpinantis trūkumu, užduočių rūpinantis sudėtingumu ir šeimos paramos nebuvimu. Sučylaitės (2015) tyrimo metu taip pat nustatyta, kad artimųjų slaugytojus vargino depresija ir nerimas, jie jautėsi praradę galimybes patenkinti savo pačių poreikius.

Baimės, bejėgiškumo jausmas. Šiupšinskienės, Švagždytės ir Žiliuko (2013) atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad didžiąją daugumą slaugiusiųjų onkologinėmis ligomis sergančius asmenis vargino įvairios neigiamos emocijos (onkologinės ligos baimė, bejėgiškumo jausmas). Minėto tyrimo metu buvo nustatytas reikšmingas, tačiau nestiprus tiesinis ryšys tarp slaugančių onkologinėmis

ligomis sergančius asmenis moterų amžiaus ir jų pačių irzlumo – didėjant amžiui, didėja ir jų irzlumas, o didėjant slaugymo laikotarpiui, daugėja liūdesio išraiškų. Sučylaitės (2015) tyrimo metu taip pat nustatyta, kad besirūpinančių sergančiais artimaisiais jaučia baimę ne tik dėl artimojo žmogaus sveikatos ir tinkamos jo priežiūros, tačiau ir dėl savo pačių ateities. Kita vertus, Sučylaitės (2015) tyrimo metu buvo nustatyta, kad artimuosius slaugančios moterys dažniau skundžiasi psichosomatiniais sutrikimais negu vyrai.

Gėdos ir kaltės jausmas. Be neigiamo emocinio, psichologinio, fizinio ir ekonominio poveikio, „rūpinimosi naštos“ sąvoka apima ir besirūpinančio sergančiuoju gėdą, sumišimą, kaltės jausmą ir savęs kaltinimą (Kumari, Singh, Verma ir kt., 2009; Settineri, Rizzo, Liotta ir kt., 2014). Kartais besirūpinantys sergančiuoju artimu žmogumi asmenys pradeda nepasitikėti savimi, jaučiasi kalti tiek prieš save, tiek prieš visus aplinkinius, o ypač prieš tą, kuriuo rūpinasi, kad nesugeba tinkamai pasirūpinti savo sergančiu artimuoju (Proot, Abu-Saad, Crebolder ir kt., 2003). Pavyzdžiui, sergantiems Alzheimerio liga būdingas savanaudiškumas, jis praranda gebėjimą vertinti situaciją adekvačiai, todėl besirūpinančių pastangos būna neįvertintos, jie jaučia pyktį, kaltę ir daug kitų neigiamų jausmų. (Gevorgianienė, Pilkytė, 2016).

Fizinės sveikatos pokyčiai. Tyrimai rodo, kad asmenys, kurie rūpinasi Alzheimerio liga sergančiais pacientais yra blogesnės fizinės sveikatos palyginus su kitomis slaugytojų grupėmis (Kiecolt-Glaser ir kt., 1987). Tyrimai praneša, kad demencija sergančius artimuosius slaugantys globėjai naudoja daugiau vaistų, palyginus su kitų rūšių globėjais (Haley WE., ir kt., 1987). Besirūpinančiųjų sergančiaisiais asmenų psichologinė našta, pavyzdžiui, stresas, yra susiję su neigiamomis fizinės sveikatos pasekmėmis (Knight, Losada, 2011). Rūpinimosi sergančiu artimuoju našta (pavyzdžiui, problemiškas sergančiojo elgesys, nuolatinis jo stebėjimo poreikis) neišvengiamai išvargina besirūpinantį asmenį, todėl galimas imuniteto susilpnėjimas, arterinis kraujo spaudimo padidėjimas (Montgomery, Rowe, Kosloski, 2006). Pavyzdžiui, stresas gali sukelti rimtą pavojų besirūpinančio sergančiuoju fizinei sveikatai: nustatytos sąsajos tarp streso ir depresijos, imuninės sistemos nusilpimo, taip pat padidėjusios daugelio sveikatos problemų rizikos, įskaitant vėžį (Chiriboga ir kt., 1990; cit. pg. Holdsworth, 2013, p. 47). Nuolatinis distresas padidina hipertenzijos riziką globėjams Alzheimerio liga sergančių pacientų (Shaw ir kt. 2003). Sučylaitės (2015) tyrimo metu nustatyta, kad artimųjų slaugytojams labai trūksta miego ir tai priveda prie emocinio išsekimo. Pavyzdžiui, sergant Alzheimeriu, smegenų veiklos sutrikimai paveikia ir sergančiojo miegą. Nuo miego ritmo sutrikimo atsiranda agresija, nuo to labai kenčia artimieji. Jie turi stebėti ligonį, tiek dieną, tiek naktį, kad kažko blogo nepasidarytų. Todėl artimiesiems, besirūpinantiems tokiu ligoniu, normalus naktinis miegas tampa beveik neįmanomas (Gevorgianienė, Pilkytė, 2016). Sučylaitės (2015) tyrimo duomenys taip pat rodo, kad neturėjamą sąlygų išsimiegoti artimųjų slaugytojai vertino kaip sveikatą bloginantį veiksni, jie skundėsi širdies tachikardijos, padidėjusio kraujospūdžio

priepuoliais, energijos stoka. Įdomu tai, kad lyginant besirūpinančius demencija sergančiais asmenimis vyrus ir moteris, buvo nustatyta, jog vyrams būdingos didesnės neigiamos pasekmės fizinei sveikatai lyginant su moterimis (Knight, Losada, 2011). Tokios neigiamos pasekmės fizinei sveikatai dažniausiai buvo imuniteto nusilpimas, širdies ir kraujagyslių ligos (Reinhard, Given, Petlick ir kt., 2008). Kiti tyrimai praneša, kad demencija sergančius artimuosius slaugantys globėjai naudoja daugiau vaistų, palyginus su kitų rūšių globėjais (Haley ir kt., 1987).

Apibendrinant galima teigti, jog „rūpinimosi naštos“ sąvoka naudojama siekiant apibūdinti neigiamas pasekmes globėjui, besirūpinančiam psichikos liga sergančiu artimu žmogumi. „Rūpinimosi naštos“ konstruktas skirstomas du komponentus: objektyvųjį ir subjektyvųjį. Šis konstruktas apima daug neigiamų pasekmių besirūpinančiam psichikos liga sergančiu asmeniu globėjui: įprasto gyvenimo būdo, besirūpinančiojo ir sergančiojo santykių, psichikos ir fizinės sveikatos pokyčius.

1.2. Prieraišumo samprata ir stiliai

Vienas iš psichikos sveikatai darančių įtaką veiksnių – prieraišumas. Mokslinės literatūros analizė rodo, jog dauguma tyrimų nagrinėja vaikų ir paauglių prieraišumą (Laible, Carlo, Rafaelli, 2000; Madden – Dertich, Estrada, Sales ir kt., 2002; Allen, Porter, McFarland ir kt., 2007; Posada, Kaloustian, Richmond ir kt., 2007), tačiau vis dėlto, aptinkama ir tyrimų, nagrinėjančių suaugusiųjų prieraišumą (Bartholomew, Horowitz, 1991; Murphy, Bates, 1997; Bartholomew, Shaver, 1998; Brennan, Clark, Shaver, 1998; Shaver, Belsky, Brennan, 2000; Eng, Heimberg, Hart ir kt., 2001; Bifulco, Kwon, Jacobs ir kt., 2006; Bale, 2014; Vilchinsky, Dekel, Revenson ir kt., 2015; Khodarahimi, Hashim, Mohd-Zaharim, 2016).

Prieraišumo sąvoka. Prieraišumas susiformuoja per pirmuosius du vaiko gyvenimo metus. Prieraišumas - tai biologiškai pagrįstas, ilgalaikis ir nuolatinis emocinis ryšys, kuris susiformuoja individui palaikant santykį su jam svarbiais artimais žmonėmis (artimais šeimos nariais, reikšmingais draugais ir pan.). Pirminis prieraišumas formuojasi tarp vaiko ir jam artimiausio žmogaus, dažniausiai – mamos (Laible, Carlo, Rafaelli, 2000). Vienas iš prieraišumo teorijos pradininkų Bowlby prieraišumą apibrėžia taip pat kaip ilgalaikį patvarų, emociškai reikšmingą ryšį, ilgainiui susiformuojantį tarp dviejų asmenų (vaiko ir suaugusiojo), kurių vienas yra psichologiškai išmintingesnis ir stipresnis (Balsevičienė, Šinkariova, 2011). Mikulincer ir Shaver (pg. Balsevičienę ir Šinkariovą, 2011, p. 111) išplėtė klasikinę Bowlby prieraišumo teoriją, be akcentuodamas asmens įsitikinimų, emocijų ir poreikių visumą, kuri lemia jo elgesį santykiuose su kitais žmonėmis.

Prieraišumo stiliai. Prieraišumas yra skirstomas į stilius arba tipus/modelius. Šie stiliai dažniausiai apibrėžiami remiantis dviem santykiuose pasireiškiančiomis pagrindinėmis

dimensijomis – nerimu ir vengimu (Balsevičienė, Šinkariova, 2011). Mokslinėje literatūroje išskiriami šie keturi prieraišumo stiliai: saugusis, neramusis, vengiantysis ir baimingas/vengiantysis. Iš šių prieraišumo stilių tik vienas yra saugaus prisirišimo, tačiau kiti trys apibrėžia nesaugų prisirišimą. Toliau šiuos prieraišumo stilius aptarsime detaliau.

Saugiojo (angl. secure attachment) prieraišumo stiliui priskiriami asmenys, kuriems nėra būdingas nerimas ir / ar vengimas santykiuose (Balsevičienė, Šinkariova, 2011). Saugus prieraišumas reiškia, kad vaikas tiki, kad reikalui esant jis bus paguostas, bus patenkinti jo poreikiai. Saugus prieraišumas susiformuoja tada, jeigu vaikystėje tėvai buvo paremiantys, skatinantys ir kartu suteikiantys autonomiją, laisvumą, todėl saugiai prisirišusiems santykiams nėra būdingas nerimas ir/ar vengimas (Posada, Kaloustian, Richmond ir kt., 2007). Saugiai prisirišę asmenys taip pat tiki, kad kiti gerbs jų norus bei jausmus; suaugę tokie asmenys geba palaikyti artimus santykius bei pasitiki savimi, jaučiasi patogiai bendraudami su kitais, nebijo intymumo (Bartholomew, Shaver, 1998; Bifulco ir kt., 2006). Daugelis tyrimų parodė, kad žmonės, turintys aukštus saugaus prieraišumo įverčius, lengviau susidoroja su stresinėmis situacijomis, nevengia artumo ir intymumo, pasitiki kitais ir savimi, yra aktyvūs visuomeniškai ir jaučia pasitenkinimą būdami santykiuose su kitais žmonėmis (Khodarahimi ir kt., 2016).

Neramiojo (angl. anxious-ambivalent-preoccupied attachment) arba dar kitaip vadinamo – ambivalentiško – prieraišumo stiliaus asmenims būdingas nesaugumo jausmas. Tokie asmenys nesijaučia užtikrinti, kad jie gaus kitų palaikymą, kai jiems to reikės. Neramus prieraišumas susiformuoja tada, kai vaikystėje vaikas nepatiria saugumo, kai nėra tikras, kad jis gaus paramą tada, kai tik jam to reikės. Neramiai prisirišusių asmenų tėvai buvo taip pat nerimastingi ir/ar pernelyg rūpestingi, todėl suaugusiems neramiai prisirišusiems asmenims susiformavo neigiamas santykis su savimi, bet teigiamas požiūris į aplinką. Tokiems žmonėms nuolat reikia kitų pripažinimo ir patvirtinimo, kad jie vertingi; neramiai prisirišę nepasitiki savimi, nuolatos stengiasi prisitaikyti prie aplinkos, pritarti kitiems asmenims, taip tikėdamiesi gauti paramą ir saugumą. Saugūs tik tada, kai yra stiprūs emociniai ryšiai su kitais, bet pajutę menkiausią kito asmens atitolimą, pasijunta nesaugūs ir nevertingi (Bartholomew, Shaver, 1998; Bifulco ir kt., 2006). Tyrimai rodo, kad asmenys, su neramiu prieraišumu, dažniau skundžiasi bloga nuotaika, emociniu nestabilumu, jiems būdingas žemesnis pasitenkinimas gyvenimu, jie turi daugiau socialinės baimės bruožų. (Eng, Heimberg, Hart ir kt., 2001). Vilchinsky, Dekel, Revenson ir bendraautorių (2015) tyrimo metu buvo atskleista, kad besirūpinančiojo neramus prieraišumas leidžia prognozuoti nerimo simptomus tam tikrose situacijose. Taigi neramiai prieraišiems asmenims, globojantiems psichikos ligomis sergančius artimuosius, didesnė tikimybė nei kitų prieraišumo stilių asmenims tapti psichologiškai pažeidžiamais.

Vengiančiojo (angl. avoidant-dismissing attachment) prierašumo stiliaus asmenys įsitikinę, kad jeigu jie ieškos kitų žmonių paramos, parama jiems bus atsakyta. Todėl jie nesiekia kitų paramos, atsisako kitų meilės, artimų santykių. Vaikystėje tokie žmonės buvo atstumti savo tėvų, todėl suaugę jie kitus vertina neigiamai, siekia autonomijos, dažniausiai neigia patiriantys distresą, menkina artimų santykių svarbą (Bartholomew, Shaver, 1998; Bifulco ir kt., 2006). Remiantis klinikiniais stebėjimais, Bowlby padarė išvadą, kad motinos nebuvimas/atstumimas reikiamu metu padaro nepataisomą žalą vaiko vystymuisi. Tai reiškia, jog motinos ar globėjo (t.y. reikšmingos prierašumo figūros) vaidmuo yra neįtikėtinais svarbus vaiko socialinei ir emocinei raidai (Bale, 2014).

Baimingojo vengiančiojo (angl. disoriented-disorganized-fearful attachment) arba dar kitaip vadinamo - dezorganizuoto/dezorientuoto - prierašumo stiliaus asmenims vaikystėje nesusiformavo tinkama elgsena, taigi jie nežino, kaip elgtis su tais, kurie vaikystėje juos atstūmė, ignoravo jų nusivylimus ir traumas. Todėl baimingai prisirišę žmonės gali elgtis prieštaringai, turėti neigiamų lūkesčių sau ir priklausomi nuo aplinkinių, reikalauti globos, bet vengti artimumo ir intymumo su kitais (Bartholomew, Shaver, 1998; Bifulco ir kt., 2006).

Prierašumo stiliai suaugusiojo amžiuje. Ankstyvasis prierašumo prie tėvų stilius rodo, kaip tolimesniame gyvenime klostysis santykiai su kitais asmenimis (Hazan, Shaver, 1997). Kitaip tariant, vaiko santykiai su savo motina ir tai, koks prierašumo stilius susiformavo vaikystėje, gali nulemti tarpasmeninių santykių raidą suaugus (Khodarahimi ir kt., 2016).

Analizuojant mokslinę literatūrą galima pastebėti, kad įvairūs tyrėjai pateikia suaugusiųjų prierašumo stilius, kurie yra tokie patys, kaip ir vaikų prierašumo stiliai, tai yra suaugystėje prierašumo stilius atspindi vaikystės situaciją. Dažniausiai, kalbant apie suaugusiųjų prierašumo stilius, apibendrintai išskiriamas susiformavęs *saugus* ir/arba *nesaugus* prierašumas. Pavyzdžiui, Hazan ir Shaver (1997) išskiria saugų, neramųjį (nesaugų) ir vengiantįjį (nesaugų) suaugusiųjų prierašumo stilių. Tyrimų rezultatai rodo, kad nesaugus prisirišimas saugusiojo amžiuje pasireiškia depresijos simptomų atsiradimu ir nerimu, psichologiniu distresu, agresyvumu (Madden – Dertich, Estrada, Sales ir kt., 2002). Tuo tarpu saugus prisirišimas suaugus pasireiškia socialine kompetencija, autonomija, teigiamų savęs vertinimu, tarpasmeniniu funkcionavimu, kognityviniu vystymuisi ir psichologine gerove tiek vaikystėje, tiek vėliau, t. y. suaugusiojo amžiuje (Allen, Porter, McFarland ir kt., 2007). Taigi saugus prisirišimas prie tėvų – tai sėkmingų tolimesnių tarpasmeninių santykių pagrindas.

Bartholomew ir Horowitz (1991) teigia, kad vengiančiai prisirišę norėdami kaip ir vaikystėje bei paauglystėje sukurti artimus santykius, jiems trūksta pasitikėjimo savimi, jie dažnai jaučiasi pikti ir vieniši, norėdami būti priimti, nuolaidžiauja kitiems (Bartholomew, Horowitz, 1991). Tuo tarpu neramiai prisirišę suaugusieji yra nerimastingi, linkę prisirišti prie kitų žmonių, tapti nuo

kitų priklausomais (Hazan, Shaver, 1987), pernelyg emocionaliūs (Bartholomew, Horowitz, 1991). Baimingojo prieraišumo stiliaus suaugę žmonės linkę vengti kitų ir niekuo nepasitikėti (Bartholomew, Horowitz, 1991).

Apibendrinant galima teigti, jog prieraišumas yra ilgalaikis ir nuolatinis emocinis ryšys, kuris susiformuoja individui palaikant santykį su jam svarbiais artimais žmonėmis. Pirminis prieraišumas formuojasi tarp vaiko ir jam artimiausio žmogaus, dažniausiai – mamos. Išskiriami keturi prieraišumo stiliai: saugusis ir trys nesaugaus prieraišumo stiliai (neramusis, vengiantysis ir baimingas/vengiantysis). Ankstyvasis prieraišumo prie tėvų stilius rodo, kaip tolimesniame gyvenime klostysis santykiai su kitais asmenimis. Dažniausiai, kalbant apie suaugusiųjų prieraišumo stilius, apibendrintai išskiriamas susiformavęs saugus ir/arba nesaugus prieraišumas.

1.4. Socialinio palaikymo (paramos) samprata

Socialinis palaikymas (angl. *social support*) yra teigiama žmogaus arba grupės įtaka probleminių situacijų atveju. Socialinis palaikymas apibūdinamas kaip „asmeniui potencialiai naudingi veiksmai, kuriuos atlieka artimieji, socialinio tinklo nariai ar bendruomenė ir kurie teigiamai veikia asmens sveikatą, emocinę gerovę ar elgesį“ (Rimkus, Žemgulienė, 2013, p. 171). Šie veiksmai būna kelių rūšių: supratimas, atjauta, priėmimas, informavimas, patarimas, paslauga. Gali būti, kad didžiausia pagalba yra tiesiog artimojo ar draugo pabuvimas šalia ir palaikymas, tai nebuūtinai kažkoks realios pagalbos veiksmas. Aplinkinių žmonių palaikymas, geranoriškas pagalbos suteikimas prireikus ir lemia palaikančių santykių suvokimą (Rimkus, Žemgulienė, 2013). Tai parama, kuri yra prieinama asmeniui per socialinius ryšius su kitais žmonėmis ar jų grupėmis. Artimi ir geri santykiai padeda sušvelninti permainų smūgius ir lengvesnį pokyčių išgyvenimą (Gustainienė, Banevičienė, 2014). Socialinis palaikymas gali būti gaunamas iš skirtingų asmenų, kaip antai draugų, šeimos narių, kaimynų, bendradarbių, įvairių sričių specialistų ir pažįstamų (Savage, Bailey, 2004; Coetsee, 2007; Zhu, Hu, Efir, 2012). Ne tik šeimos tikrieji nariai, bet ir giminaičiai yra viena iš svarbiausių tokio socialinio palaikymo šaltinių. Kim, Sherman ir Taylor (2008) tyrimo metu buvo nustatyta, kad kai individui trūksta socialinio palaikymo, prastėja jo psichikos sveikata bei jo paties subjektyvus bendros sveikatos vertinimas, bet padidėja izoliacija. Chou, Steward, Wild kartu su bendraautorais (2013) atliko tyrimą, kurio metu 12,5 metų tirtos ir stebėtos 584 moterys, sergančios krūties vėžiu, įrodė, kad padidėjęs socialinis artimų žmonių palaikymas ir didesnė socialinė parama 12,5 metų laikotarpyje padidino išgyvenamumą ir sumažino mirtingumą 31 proc. Coetsee (2007) atliktas tyrimas taip pat rodo, kad socialinio palaikymo nebuvimas gali turėti neigiamos įtakos bendrai individo sveikatai.

Rūpinimasis sergančiu demencija asmeniu namuose globėjams sukelia tiek fizines, psichologines, tiek ir socialines permainas. Vienas iš labiausiai nukentėjusių aspektų yra sumažėjęs socialinis palaikymas, kadangi keičiasi socialinis tinklas globėjui dažniausiai trūksta laisvalaikio, neįmanoma išeiti į darbą ir ištrūkti iš kasdienybės (Amendola, Oliveira, Alvarenga, 2011). Todėl socialinis palaikymas yra toks kompleksiškas apibrėžimas, kuris neturėtų apimti vien tik asmens suvokiamą ar realiai teikiama instrumentinę ir medicininę paramą iš artimųjų, draugų ar įstaigų darbuotojų, bet turi apimti ir tokius kiekybinius ir kokybinius socialinės paramos aspektus, kaip asmens socialinis tinklas (Beattie, Lebel, Tay, 2013). Vienas iš būdų nustatyti egzistuojantį asmens socialinį palaikymą – jo socialinio tinklo išsiaiškinimas. Šiame darbe sąvokos „socialinis palaikymas“, „socialinė parama“ ir „socialinis tinklas“ vartojami kaip sinonimai.

Socialinis tinklas apibūdinamas kaip tam tikra grupė žmonių su kuria asmuo palaiko tam tikrus ryšius (Suslavičius, 2000). Barnes (1972) socialinį tinklą apibrėžia kaip schemą, susidedančią ir taškų, sujungtų linijomis. Tie taškai prilyginami žmonėms, o linijos ryšiams. Linijos jungiančios du taškus parodo tų taškų (ryšio) sąsają. Tinklo koncepciją pirmasis pritaikė kanadiečių mokslininkas psichiatras Ross Speck. Norėdamas padėti pacientams, jis nustatė galimybes į pagalbą įtraukti ir jų socialinius tinklus. Suslavičius (2000) teigia, kad ilgainiui kiekvieno asmens tinklas kinta. Tarkim, jei vaikystėje tėvai buvo apsaugantys asmenys, paauglystėje gali įvykti taip, kad tėvai gali pavirsti „nerima kelančiu“ asmeniu. Tačiau socialinė parama iš esmės atlieka „apsaugos“ funkciją žmogaus emocinei ir fizinei būsenai, kai šis susiduria su sunkiomis stresinėmis situacijomis savo gyvenime. Amendola, Oliveira ir Alvarenga (2011) tyrimas parodė, kad globėjo, slaugančio demencija sergantį asmenį, pagrindinis socialinis tinklas apima giminaičius ir draugus. Savage, Bailey (2004) tyrimu buvo atskleista, kad didesnis neformalus socialinio palaikymo tinklas reiškia ir didesnę pasitenkinimą gyvenimu, didesnę socialinį palaikymą, gaunamą iš šeimos ir draugų. Kita vertus, nors istoriškai yra susiklostę, jog globos vaidmenį šeimoje dažniau užima moterys nei vyrai, įdomu tai, kad Kaufman, Kosberg, Leeper ir bendraautorių (2010) tyrimo metu buvo nustatyta, kad moterys, globojančius demencija sergantį asmenį, gavo daugiau ir socialinio palaikymo iš šeimos ir draugų, lyginant su globėjais vyrais.

Apibendrinant galima teigti, kad socialinis palaikymas yra parama, kuri yra prieinama žmogui per socialinius ryšius su kitais žmonėmis, grupėmis ar visuomene. Šeima yra viena iš svarbiausių tokio socialinio palaikymo šaltinių. Socialinio palaikymo nebuvimas gali turėti neigiamos įtakos bendrai individo sveikatai. Globėjo, namuose slaugančio demencija sergantį asmenį, pagrindinis socialinis tinklas apima giminaičius ir draugus. Didesnis neformalus socialinio palaikymo tinklas reiškia ir didesnę socialinį palaikymą.

1.4.1. Socialinio palaikymo formos ir rūšys

Socialinis palaikymas yra gana plataus turinio. Socialinis palaikymas gali būti tiek apčiuopiamas (tai yra materiali pagalba, kuri sergančiam psichikos liga asmeniui reikalinga, pavyzdžiui, kasdienė namų ruošė), tiek informacinio pobūdžio (informacijos ir žinių gavimas iš sveikatos priežiūros specialistų ir iš tų, kurie patyrė panašias situacijas), tiek emocinis, padedantis asmeniui išlaikyti teigiamą emocinę savijautą (Richman, Rosenfeld ir Hardy, 1993; Suslavičius, 2000; Coetsee, 2007; Brodaty, Donkin, 2009; Rimkus, Žemgulienė, 2013). Toliau visas tris socialinio palaikymo rūšis – emocinį, informacinį ir materialųjį (instrumentinį) - aptarsime detaliau.

Emocinis palaikymas - tai parodymas kitam asmeniui, kad jis yra mylimas, svarbus (Rimkus, Žemgulienė, 2013). Emocinis palaikymas, gaunamas iš šeimos narių, sumažina sergantį asmenį globojančiojo psichologinę naštą, padeda jaustis geriau (Coetsee, 2007), kadangi mažina psichologinę įtampą, stresą, depresiją (Richman, Rosenfeld, Hardy, 1993), sustiprina pasitikėjimą savimi, didina savivertę (Au, Lai, Lau ir kt., 2009). Kitaip tariant emocinis palaikymas iš draugų ir šeimos žmogui gali būti labai svarbus, kadangi padeda pajusti savo vertę, kad jis yra kažkam svarbus. Emocinį palaikymą galima gauti tiek iš neformalių, tiek formalių šaltinių, pavyzdžiui, iš draugų, šeimos, įstaigų ir paslaugų grupių (Coetsee, 2007). Ho, Friedland, Rappolt ir bendraautorių (2003) tyrimo, kurio metu buvo apklaustos sergančios psichikos ligomis artimuosius globojančios moterys iš Kinijos ir Kanados, rezultatai rodo, kad emocinio palaikymo buvimas, globojant psichikos liga sergantį asmenį, sumažina stresą, o tokio palaikymo nebuvimas veikia kaip stresorius. Kitaip tariant, didėjant gaunamai emocinei paramai rūpinimosi našta mažėja. Taigi galima teigti, kad emocinis palaikymas yra kito žmogaus identiškumo patvirtinimas, kadangi leidžia suprasti, kad kiti žmonės sutinka artimiau bendrauti, laiko sau lygiaverčiu. Šeimos ir draugų suteikiamas emocinis palaikymas, šiluma ir rūpinimasis leidžia žmonėms lengviau susidoroti su stresinėmis situacijomis (Coetsee, 2007).

Informacinis palaikymas – gavimas reikiamos informacijos iš artimų žmonių. Informacinis socialinis palaikymas padeda gauti reikiamų išteklių siekiant susidoroti su konkrečiomis stresinėmis situacijomis. Stresinėse situacijose ypač svarbi iš šeimos ir draugų gaunama informacija, nes žinojimas, kaip kiti susidorojo su panašiomis situacijomis, sumažina stresą (Coetsee, 2007).

Instrumentinis arba materialusis palaikymas – artimų žmonių teikiama materialinė parama. Materialinis arba instrumentinis palaikymas apima patarimus, taip pat padeda atlikti fizinio pobūdžio užduotis, pavyzdžiui, apsipirkti, taip pat gali apimti materialinę paramą, pavyzdžiui, pagalbą pinigais, paslaugomis ir prekėmis. Toks palaikymas, gaunamas iš artimų žmonių, taip pat mažina stresą (Coetsee, 2007). Taip pat tai tokia konkreti pagalba ar paslauga, tokia kaip patarimas priimant sprendimą, informacijos suteikimas, pavėžėjimas, knygos ar pinigų paskolinimas ir pan. (Richman, Rosenfeld, Hardy, 1993; Rimkus, Žemgulienė, 2013). Instrumentinio (materialaus) palaikymo atveju kitas žmogus atlieka tai, ko asmuo negali savarankiškai atlikti (Suslavičius, 2000).

Be pagrindinių socialinio palaikymo rūšių taip pat skiriamos dvi socialinio palaikymo formos (Rimkus, Žemgulienė, 2013):

- suvokiamas ir
- gaunamas (realiai teikiant) palaikymas.

Suvokiamas socialinis palaikymas apibūdinamas kaip subjektyvus paramą ar palaikymą gaunančio asmens vertinimas. Tai yra ir subjektyvūs jausmai ir įsitikinimai pasitikėjimą palaikančių santykių su aplinkiniais atžvilgiu ir pasitenkinimas realiai gauta pagalba. Sėkmingas asmens prisitaikymas aplinkoje ir yra tas rodiklis, kuris apibūdina socialinį palaikymą. Šiuo atveju palaikymo suvokimo mechanizmus galima apibūdinti kaip nuostatas, kurios remiasi informacija apie aplinkinių žmonių geranoriškumą ir norą padėti iškilus tokiai būtinybei (Rimkus, Žemgulienė, 2013). Taigi suvokiamas palaikymas yra kaip asmens nuostatos, kurios yra paremtos įsitikinimu, kad probleminei situacijai jis turės reikalingą palaikymą ar paramą

Gaunamas (teikiamas) palaikymas – tai konkretūs (fiziniai ar psichologiniai) veiksmai, kuriuos atliekant siekiama padėti kitam, tačiau jie nebūtinai suprantami kaip pagalba, todėl gali nelemti norimų rezultatų (Rimkus, Žemgulienė, 2013).

Taigi visos socialinio palaikymo rūšys yra naudingos slaugant sergančius asmenis. Coetsee (2007) tyrimo rezultatai rodo, kad tie žmonės, kurie gauna daug socialinio palaikymo iš kitų žmonių, pasižymi geresne sveikata nei tie, kurie negauna tokio palaikymo. Mittelman (2002) tyrimo metu buvo apklausta 400 globėjų, slaugančių savo artimuosius. Šio tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad tų globėjų, kurie prisijungė prie paramos grupės ir gavo socialinį palaikymą, patiriamas stresas sumažėjo, lyginant su tais, kurie tokio palaikymo nesulaukė.

Apibendrinant galima teigti, kad socialinis palaikymas gali būti tiek materialus, tiek informacinio pobūdžio, tiek emocinis. Emocinis palaikymas sumažina psichologinę įtampą, taip pat stresą ir depresiją, padeda pajusti savo vertę, o tokio palaikymo nebuvimas veikia kaip stresorius. Didėjant gaunamai emocinei paramai rūpinimosi našta mažėja. Stresinėse situacijose iš šeimos ir draugų gaunama informacija bei materialusis (instrumentinis) palaikymas taip pat mažina stresą. Be pagrindinių socialinio palaikymo rūšių dar yra skiriamos dvi socialinio palaikymo formos: suvokiamas ir gaunamas (teikiamas) palaikymas.

1.5. Prierašumo stiliaus, rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo sąsajos

1.5.1. Prierašumo stiliaus ir rūpinimosi naštos sąsajos

Prieš tyrinėjant besirūpinančiojo prierašumo stiliaus ir naštos sąsajas, būtina paminėti tris *prierašumo koncepcijos komponentus* - emocinį, kognityvinį ir elgesinį (Myhr ir kt., 2004), kas turi tiesioginės įtakos rūpinimuisi ar slaugai. Gebėjimas toleruoti neigiamas emocijas ar jas sumažinti susijęs su *emociniu* komponentu. *Kognityvinis* komponentas atsakingas už įsitikinimus apie kitų žmonių norą padėti, kai to prireiks ar jų prieinamumą. (G. Myhr ir kt., 2004). *Elgesinis* komponentas atsakingas už besirūpinančio elgesį su pvz.: saugaus prierašumo atveju, elgesinis komponentas siejasi su patogumo jausmu, kai kitas žmogus geba būti pakankamai artimas, pasikliauti vienas kitu, siekiant patenkinti prierašumo poreikį, ir tuo pačiu veikti kaip vienas kito slaugytojai, taip tapdami pirminiu emocinės ir instrumentinės pagalbos šaltiniu (Collins, Feeney, 2000). Kadangi slaugymo sistema aktyvuoja prierašumo elgesio sistemą, individualūs prierašumo tipo skirtumai nulemia, kaip toleruojamas slaugymo krūvis. Pvz., saugus prierašumas turėtų suteikti individui paramą pakeliant slaugymo krūvį, bet netampant depresuotu (Vilchinsky ir kt., 2015).

Prierašumo teorija aiškina, kaip pastovus bendravimas tarp vaiko ir tėvų/ globėjų įtakoja individo sugebėjimą tolesniame gyvenime susidoroti su stresu, valdyti emocijas, asmeninius santykius, ir priešintis ligoms (Maunder, Hunter, 2001, 2008; Sadava, Busseri, Molnar ir kt., 2009). Kaip pradžioje siūlė Bowlby (1969), asmens ankstyvųjų asmeninių santykių patirties kokybė įtakoja sugebėjimą kontroliuoti emocijas visą likusį gyvenimą. Individualūs suaugusiojo prierašumo tipo skirtumai gali padėti nustatyti, kurie žmonės sugeba geriau amortizuoti galimus neigiamus psichologinius su santykiais susijusių kintamųjų efektus, ir kurie ne. Pagal prierašumo teoriją, stresą sukeliantys veiksniai, tokie kaip liga, aktyvuoja prierašumo sistemą (Bowlby, 1969), todėl prisitaikymas prie ligos dalinai priklausys nuo prierašumo stiliaus (Feeney, Ryan, 1994).

Individai su aukštu *vengiančio* prierašumo stiliumi pasižymi stipriu savarankiškumu ir polinkiu atskirti suvokimą ir emocijas. Ši taktika padeda jiems išlikti emociškai atskirtiems ir apsaugotiems nuo asmeninės kančios (Mikulincer, Shaver, 2009; Pereg, 2001). Vengiantys individai linkę slopinti emocines būsenas, kurios nesutampa su prierašumo sistemos deaktyvavimu (Mikulincer, Shaver, 2005). Taip pat, emocinė kančia slaugymo kontekste gali reikšti emocinį indėlį į santykius, o tai nesutampa su vengiančio individo tarpasmeninės distancijos siekiu. Slaugytojai, pasižymintys vengiančiu prierašumu, kurie priima slaugytojo vaidmenį kaip grėsmingą emociškai ir psichologiškai, gali išjungti emocinę sistemą tam, kad kiek galima labiau išvengtų kančios (Vilchinsky, Noa, Dekel ir kt., 2015).

Karantzo ir kt., (2010) tyrime buvo nustatytas, vengiančio prieraišumo teigiamas ryšys su rūpinimosi kaip naštos išgyvenimu ir neigiamas ryšys susijęs su noru teikti pagalbą ateityje. To priežastis galima ta, kad vengiantį prieraišumo stilių turintys žmonės nemoka prižiūrėti su užuojauta (Gillath ir kt., 2005; Mikulincer, Shaver, 2007). Jų ribotas suvokimas apie kitų poreikius gali paaiškinti ryšį tarp vengimo ir priežiūros. Markevič ir jo kolegos (1997) nustatė, kad vengiantys globėjai buvo labiau linkę atiduoti savo tėvus į slaugos ligonines, nei patys jais rūpintis. Taigi, šis tyrimas rodo, kad vengimas gali būti susijęs su besirūpinančiojo našta. Šis ryšys išlieka nepriklausomai nuo rūpinimuisi skiriamo laiko (Karantzas ir kt., 2010).

Tuo tarpu, *nerimastingo* prieraišumo stiliumi pasižymintys individai didžiąja dalimi linkę susikoncentruoti į savo pačių kančią ir poreikius, dėl to jie gali patirti distresą, kai sergančio partnerio poreikiai ima viršų jų pačių poreikių atžvilgiu. (Mikulincer, Shaver, Gillath ir kt., 2005) Slaugytojo realus ar įsivaizduojamas nerimas būti atstumtam ar apleistam dėl to, jog partneris yra visiškai pasinėręs į savo rūpesčius, gali sukelti prieraišumo sistemos hiper-aktyvaciją, kai kančia perdedama (Shaver, Mikulincer, Shemesh–Iron, 2010). Nerimastingas prieraišumas asocijuojamas su savybėmis, kurios padidina kančią (Ciechanovski ir kt., 2002). Taigi, kuo daugiau iš slaugytojų, kuriems būdingas nerimastingas prieraišumas, reikalaujama perkelti dėmesį nuo savo poreikių prie jų partnerių poreikių, didėjant slaugymo krūviui, tuo jie labiau kenčia, tuo tikėtina didėja slaugymo našta (Vilchinsky, Noa, Dekel ir kt., 2015).

Romaniello R. ir kt., (2015) tyrime teigiama, kad rūpinimosi našta galima numatyti iš neramaus prieraišumo stiliaus. Remiantis kitais autoriais, buvo keliama prielaida, kad prieraišumo stilius gali formuoti prieraišumo modelį, kuris savo ruožtu gali prisidėti prie suvokiamos naštos konstravimo (Kim, Kashy, Evans, 2007). Neramaus prieraišumo besirūpinantieji nori artumo, kompulsyviai rūpinasi ir yra hiperbudurūs. Jie labiau susikoncentravę į save nei yra jautrūs sergančiajam. Jie gali pervertinti sergančiojo patiriamą skausmą, gali „priekabinti“ prie personalo dėl vaistų, higienos ir t.t. Jiems gali būti sunku bendrauti su nepažįstamais, todėl gali būti sudėtingas santykis su prižiūrinčiu personalu (Monin JK, 2010). Taigi, neramus prieraišumas gali būti susijęs su keliais bendros naštos aspektais. Našta gali būti patiriama nepriklausomai nuo rūpinimosi situacijos trukmės (Romaniello R. ir kt., 2015).

Karantzo ir kt., (2010) tyrimas atskleidžia kaip prieraišumo orientacijos suaugusių vaikų ir vyresnio amžiaus tėvų prognozuoja šeimos slaugymą ir suvokiamą globėjų našta. Yra nustatyta, kad vengiantis prieraišumas teigiamai susijęs su rūpinimosi kaip naštos išgyvenimu, tačiau priešingai nei tikėtasi, neramus prieraišumas, šiame tyrime susijęs su senyvų tėvų suvokimu apie besirūpinančiojo patiriamą našta. Rezultatai atitinka Carpenter (2001) tyrimo rezultatus, rodančius, kad saugus prieraišumas (priešingas vengiančiam) teigiamai susijęs su besirūpinančiojo naštos pojūčiu, o

neramus prierašumas nesusijęs. Priešingai šio tyrimo rezultatams, Crispi ir kt. (1997) nustatė, kad susirūpinusio (atitinka neramų/ambivalentišką) prierašumo vaikai patyrė daugiau naštos.

Našta yra kaip kompleksinis reiškiny, apimantis besirūpinančio gerovę, pasitenkinimą gyvenimu, psichinę ir fizinę sveikatą ir santykius su sutuoktiniu, t.y. visas gyvenimo sritis, kurias gali paveikti rūpinimasis. Atskiri autoriai vertina atskirus naštos komponentus ir jų sąsajas su prierašumu.

Tyrimė, kuriame besirūpinantys vėžiu sergančiu tėvu (motina), sutuoktiniu, draugu ir pan. (Nicholls W. ir kt., 2014) parodė, kad vengiantis besirūpinančių sutuoktinių prierašumas susijęs su didesniu besirūpinančiojo pykčiu, įtampa, žemesne santuokine kokybe, mažesniu pasitenkinimu gyvenimu ir didesniu depresiškumu kitiems besirūpinantiems šeimos nariams. Neramus prierašumas susijęs su didesniu nerimu tarp visų besirūpinančiųjų, mažesniu pasitenkinimu gyvenimu ir didesniu depresiškumu tarp besirūpinančių sutuoktinių. Saugus prierašumas nekoreliavo su nerimu, bet buvo susijęs su didesniu pasitenkinimu gyvenimu ir mažesniu depresiškumu (Nicholls W. ir kt., 2014). Taigi, gautas tyrimas parodė, kad saugus prierašumas yra kaip apsauginis veiksnys prieš besirūpinančiojo depresijos išsivystymo dėl nuostatos rūpinimosi atžvilgiu (Nicholls W ir kt., 2014).

Kraemer H. ir kt. (2001) nustatė, kad saugiai prisirišę besirūpinantys asmenys savo gerovę įvertino kaip aukštesnę. Tuo tarpu didesnis vengimas buvo susijęs su prastesnės gerovės rodikliais. Kuo didesnis buvo vengiantis besirūpinančiojo prierašumas, tuo sunkesni sergančiojo simptomai per dvejus tyrimo metus. Buvo nustatytos sąsajos su tokiais simptomais kaip: nervingumu ir agresyvumu. Daugiamatė statistika parodė, kad vengiantis prierašumas leido prognozuoti simptomų sunkumą, o besirūpinančiojo nerimas – besirūpinančiojo gerovę. Simptomų sunkumas leido prognozuoti besirūpinančiojo gerovę. Nustatyta, kad simptomų sunkumas ir prierašumas yra persidengiantys konstruktai, abu susiję su gerove. Taigi, nepasitvirtino, kaip buvo tikėtasi, kad simptomai yra tarpinis veiksnys tarp gerovės ir prierašumo (Kraemer H. ir kt., 2001).

Monin J. K. Ir kt. (2012) tyrimė analizavo sutuoktinių, besirūpinančių Alzheimeriu sergančiu partneriu prierašumo stiliaus ir sergančiojo psichinę ir fizinę sveikatą. Buvo nustatyta, kad sergantieji Alzheimerio liga, kurie buvo neramiai prisirišę, nurodė daugiau fizinių simptomų, ypač kai jais besirūpinantieji taip pat buvo neramiai prisirišę. Vengiančio prierašumo elgesiu pasižymintys sutuoktiniai skatina ir stiprina vengiantį prierašumo elgesį savo partnerio (Fuller, Fincham, 1995).

Lietuvoje atliktų ir viešai prieinamų tyrimų, tiesiogiai nagrinėjančių rūpinimosi naštos ir prierašumo stiliaus sąsajas rasti nepavyko. Tačiau Balsevičienė (2008) savo magistro darbe analizavo suaugusiųjų prierašumo sąsajas su nerimastingumu ir depresiškumu. Tyrimo rezultatai parodė, kad baimingam – vengiančiam prierašumo tipui būdingas labiausiai išreikštas nerimastingumas ir depresiškumas. o saugiai prierašiams – mažiausiai išreikštas depresiškumas ir nerimastingumas (Balsevičienė, 2008).

Apibendrinant galima teigti, jog saugiai prisirišę asmenys, lyginant su neramiai ir vengiančiai prisirišusiais, lengviau susidoroja su rūpinimosi kitais atsakomybe, sugeba geriau amortizuoti galimus neigiamus psichologinius veiksnius, lengviau prisitaiko prie artimojo ligos, todėl tikėtina, kad jaučia mažesnę rūpinimosi našą.

1.5.2. Prieraišumo stiliaus ir socialinės paramos sąsajos

Prieraišumo stilius atlieka svarbų vaidmenį ne tik vaikystėje, bet ir suaugusiojo amžiuje, globojant savo senstančius ir sergančius artimuosius. Daug mokslininkų tyrė, kaip prieraišumo stilius siejasi su tuo, ar globėjai siekia socialinės paramos ir kaip jie subjektyviai suvokia gaunamą socialinę paramą. Moksliniai tyrimai rodo, kad skirtingi prieraišumo stiliai lemia skirtingą elgesį tiek siekiant socialinės paramos, tiek suvokiant galimos socialinės paramos iš kitų asmenų gavimą.

Saugus prieraišumas ir socialinė parama. Didžioji dalis mokslininkų atliktų tyrimų (Florian, Mikulincer, Bucholtz, 1995; Schwarz, Trommsdorff, 2005, Roring, 2008; Rodin, Walsh, Zimmermann ir kt., 2007; Bale, 2014) rodo, jog saugaus prisirišimo stiliaus asmenys, labiau nei neramaus ir vengiančiojo stiliaus asmenys, linkę tiek patys kitiems teikti socialinę paramą, tiek jos siekti iš kitų asmenų. Pavyzdžiui, Priel ir Shamai (pg. Roring, 2008, p. 26) nustatė, kad saugiai prisirišę asmenys tiek dažniau gauna iš kitų socialinę paramą, tiek ir patys suvokia galintys gauti daugiau socialinės paramos iš kitų nei tie, kurie prisirišę nesaugiai. Rodin, Walsh, Zimmermann kartu su bendraautorais (2007) atlikto tyrimo metu taip pat buvo nustatytos teigiamos sąsajos tarp vėžiu sergančių pacientų saugaus prisirišimo stiliaus ir suvokiamos socialinės paramos. Tai reiškia, kad saugiai prisirišę vėžiu sergantys asmenys subjektyviai suvokia galintys gauti socialinę paramą. Florian, Mikulincer ir Bucholtz (1995) tyrimo metu paaiškėjo, kad saugaus prisirišimo stiliaus asmenys dažniau, lyginant su vengiančio ir neramiai prieraišaus prisirišimo stilių asmenimis, teikė emocinę ir instrumentinę paramą kitiems. Florian ir bendraautorių (1995) tyrimo metu taip pat paaiškėjo, jog saugaus prisirišimo stiliaus asmenys labiau, lyginant su vengiančio ir neramiai prieraišaus prisirišimo stilių asmenimis, siekė emocinės ir instrumentinės paramos iš kitų asmenų. Simpson ir kt. (pg. Bale, 2014, p. 33) tyrimu taip pat buvo atskleista, kad saugaus prisirišimo stiliaus asmenys, atsidūrę stresinėse situacijose, linkę labiau siekti socialinės paramos, tuo tarpu, vengiančio prisirišimo stiliaus asmenys socialinės paramos siekia mažiau. Tokius tyrimų duomenis galima sieti su tuo, jog saugiai prisirišę asmenys tiki, jog kiti yra geranoriški ir gali jiems padėti, ir kad artumo siekimas yra veiksminga priemonė mažinant stresą (Bale, 2014).

Idomų tyrimą atliko Schwarz ir Trommsdorff (2005), kurio metu siekė išsiaiškinti, kodėl suaugę vaikai globoja savo sergančius senstančius tėvus. Cicirelli (pg. Schwarz ir Trommsdorff, 2005, p. 193) tyrimo metu paaiškėjo, kad suaugę vaikai tai daro iš savanaudiškų motyvų, nes

globodami savo sergančius senstančius tėvus jaučiasi saugūs. Net suaugusiems vaikams tėvai lieka pirminiu saugumo šaltiniu. Kai senstant ir sergant tėvams kyla grėsmė šio saugaus prisirišimo netekti, vaikai siekia juos globoti ir tokiu būdu siekia išlaikyti savo saugumo šaltinį. Kita vertus, be šio egoistinio globos motyvo, yra tyrimų, rodančių, kad senų sergančių tėvų globa gali būti ir iš altruistinių paskatų (Schwarz, Trommsdorff, 2005). Cicirelli (pg. Schwarz ir Trommsdorff, 2005, p. 194) tyrimo metu taip pat paaiškėjo, jog saugus suaugusių dukterų, globojančių savo sergančias senas motinas, prisirišimo stilius teigiamai siejasi su jų teikiama instrumentine parama savo motinoms. Tai reiškia, kad kuo suaugusios dukros saugiau prisirišusios prie savo motinų, tuo didesnę instrumentinę paramą jos suteikia savo motinoms, kai šios pasensta ir suseraga. *Remiantis* Diehl (pg. Schwarz, Trommsdorff, 2005, p. 194), saugus prierašumas yra teigiamai susijęs su empatija ir socialine atsakomybe, taigi apžvelgti tyrimai taip pat tai patvirtina, kad globėjai, saugiai prisirišę prie savo slaugomų artimųjų, linkę jais rūpintis ir lengviau supranta jų poreikius. Vadinasi, galima teigti, kad saugus prisirišimo stilius palengvina rūpinimosi senstančiais ir sergančiais tėvais našta.

Nesaugus prierašumas ir socialinė parama. Mallinckrodt ir Wei (2005) tyrimo metu nustatyta, kad neramus ir vengiantis prierašumo stiliai neigiamai susiję su suvokiama socialine parama, kurią jie galėtų gauti iš kitų žmonių. Minėto tyrimo metu taip pat paaiškėjo, kad neramūs ir vengiantys prierašumo stiliai susiję su neefektyviu problemų sprendimų, depresinėmis nuotaikomis, nerimu, neviltimi, pykčio protrūkiais, neadaptyviu perfekcionizmu, priešišku, didesniu emocionalumu ir emociniu distresu. Neramaus ir vengiančio prierašumo stiliaus asmenys jaučiasi gana bejėgiai prašydami kitų paramos arba imdamiesi pozityvių priemonių, kad pagerintų savo socialinius tinklus (Mallinckrodt, Wei, 2005). Vis dėlto, daugelyje kitų mokslininkų atliktų tyrimų (Schwarz, Trommsdorff, 2005; Vogel, Wei, 2005; Hawkins, Howard, Oyebode, 2007; Karantzas, Cole, 2011; Bale, 2014; Dodd, Driver, Warren ir kt., 2015) aiškėja tendencija, kad neramaus prierašumo stiliaus asmenys dažniau siekia socialinės paramos ir labiau suvokia galimos socialinės paramos iš kitų asmenų gavimą, lyginant su vengiančio prierašumo stiliaus asmenimis.

Tyrimė, kurį atliko Karantzas ir Cole (2011), tirtos globėjų, slaukančių artritu sergančius asmenis, prierašumo stiliaus sąsajos su instrumentinės ir emocinės paramos ieškojimu. Nustatyta, kad globėjų neramaus prierašumo stilius buvo teigiamai susijęs tiek su instrumentinės, tiek ir emocinės paramos siekimu; o vengiančio prierašumo stilius tiek su instrumentinės, tiek ir emocinės paramos siekimu buvo susijęs neigiamai. Kita vertus, iš Schwarz ir Trommsdorff (2005) tyrimo duomenų aiškėja, kad neramaus prierašumo stiliaus suaugusios dukterys, globojančios savo senas ir sergančias motinas, buvo dažniau linkusios teikti emocinę, o ne instrumentinę paramą.

Vogel ir Wei (2005) taip pat nagrinėjo suaugusių žmonių prieraišumo stiliaus ir socialinės paramos siekimo sąsajas. Buvo nustatytas teigiamas ryšys tarp neramaus prisirišimo stiliaus ir socialinės paramos siekimo, tačiau tarp vengiančiojo prieraišumo stiliaus ir socialinės paramos iš kitų žmonių siekimo buvo neigiamas ryšys. Hawkins, Howard ir Oyeboode (2007), apklausę slaugytojas, taip pat pastebėjo, kad baimingo/vengiančio prieraišumo stiliaus slaugytojos buvo mažiau linkusios siekti emocinės paramos, nei neramiai prisirišusio prieraišumo stiliaus slaugytojos. Dodd, Driver, Warren kartu su bendraautoriais (2015) tyrimo metu taip pat nustatė, kad vengiančio prisirišimo stiliaus asmenys, atsidūrę stresinėse situacijose, mažiau suvokia gaunamą socialinę paramą. Kitaip tariant, kuo didesni vengiančiojo prieraišumo stiliaus įverčiai, tuo mažiau jis suvokia, kad iš kitų žmonių galėtų gauti socialinę paramą. Panašūs tyrimo rezultatai gauti ir Ognibene ir Collins (pg. Bale, 2014, p. 33) tyrimo metu. Minėto tyrimo metu paaiškėjo, jog saugaus ir neramaus prisirišimo stilių asmenys, reaguodami į stresą, siekė socialinės paramos labiau negu vengiančio prisirišimo stiliaus asmenys. Suteikdami socialinę paramą neramaus prisirišimo stiliaus globėjai linkę sureikšminti teikiamą paramą, tai reiškia, kad jų teikiama parama yra šiek tiek įkyri ir ne visada atitinka globojamo asmens poreikius. Tuo tarpu vengiančio prisirišimo stiliaus globėjai, ypač stresinėmis situacijomis, pasimeta, tampa neatidūs globojamo asmens poreikiams. Neramiai prieraišūs asmenys dėl streso tampa dar aktyvesni, siekdami kitų pagalbos ir dėmesio, tuo tarpu vengiančio prisirišimo stiliaus asmenys stresas dezorganizuoja, todėl stresinėse situacijose kitų žmonių jie pradeda vengti dar labiau (Bale, 2014). Tokius tyrimų rezultatus galima sieti su tuo, jog kaip paaiškėjo Collins (pg. Schwarz ir Trommsdorff, 2005, p. 194) tyrimo metu, vengiančio prisirišimo stiliaus tiriamieji ne tik mažiau linkę siekti emocinės paramos, bet ir patys yra mažiau jautrūs savo partnerių poreikiams. Be to, Dodd kartu su bendraautoriais (2015) tokius neramaus ir vengiančiojo prieraišumo sąsajų su socialine parama tyrimų rezultatus aiškina tuo, jog baimingo/vengiančio prieraišumo stiliaus asmenų lūkesčiai tiek sau, tiek ir kitiems yra neigiami, todėl jie vengia artimumų santykių su kitais.

Apibendrinant galima teigti, jog saugiai prisirišę asmenys, lyginant su neramiai ir vengiančiai prisirišusiais, labiau linkę tiek patys kitiems teikti socialinę paramą, tiek jos siekti iš kitų asmenų, tiek geriau suvokia galintys ją gauti iš kitų. Tuo tarpu neramiai ir vengiančiai prisirišę asmenys jaučiasi gana bejėgiai prašydami kitų paramos. Kita vertus, neramiai prisirišę asmenys dažniau siekia socialinės paramos ir labiau suvokia galimos socialinės paramos iš kitų asmenų gavimą, lyginant su vengiančiais prieraišumo asmenimis.

1.5.3. Rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo sąsajos

Globėjai, slaugantys demencija sergančius asmenis, susiduria su daugeliu kasdienių iššūkių, su kuriais būtų galima lengviau susidoroti padedant kitiems (Rapp, Shumaker, Schmidt ir kt., 1998). Vienas iš labiausiai nukentėjusių aspektų yra socialinis tinklas ir socialinė parama, kadangi rūpinantis sergančiu psichikos liga artimuoju trūksta laisvalaikio, neįmanoma išeiti į darbą ir pakeisti šeimos kasdienybę. Globėjo, besirūpinančio demencija sergančiu asmeniu, pagrindinis tinklas apima giminaičius ir draugus (Almberg, 2000; Amendola, Oliveira, Alvarenga, 2011). Mittelman (2002), Magliano, Fiorillo, Malangone ir bendraautorių (2003), Rabinowitz, Mausbach ir Coon ir bendraautorių (2006), Coetsee (2007), Au, Lai, Lau ir bendraautorių (2009), Hsiao (2010), Hsiao ir Van Riper (2009), Kaufman, Kosberg, Leeper ir bendraautorių (2010), Amendolos, Oliveiros ir Alvarengos (2011) tyrimo duomenys rodo, jog yra ryšys tarp globėjų, slaugančių demencija sergančius artimuosius, socialinės paramos ir jų patiriamos rūpinimosi naštos, t. y. kuo daugiau globėjai gauna socialinės paramos iš kitų, tuo mažesnė jų patiriama rūpinimosi našta. Todėl šias sąsajas būtina išanalizuoti plačiau.

Coetsee (2007) tyrimo metu buvo stengtasi išsiaiškinti, kas sudaro globėjų, besirūpinančių demencija sergančiais artimaisiais, socialinį tinklą, padedantį sušvelninti rūpinimosi našta. Rezultatai rodo, kad daugeliu atvejų socialinę paramą globėjai gauna iš draugų, šeimos ir specialistų, taip pat iš savo vaikų. Iš tiesų, šis tyrimas nustatė, kad vaikų teikiama socialinė parama užima itin svarbų vaidmenį, tik po to seka kitų šeimos narių parama ir draugų parama, o vėliausiai - dvasinių vadovų ir specialistų teikiama socialinė parama. Coetsee (2007) tyrimo metu apklausti demencija sergančiais artimaisiais besirūpinantys globėjai nurodė, jog jie patenkinti socialine parama, kurią gavo per praėjusius šešis mėnesius. Kita vertus, globėjai, besirūpinantys demencija sergančiais artimaisiais, susiduria su įvairiais sunkumais, o socialinė parama jiems ne visada prieinama (Coetsee, 2007). Pavyzdžiui, Amendolos ir bendraautorių (2011) tyrimas rodo, kad daugelis globėjų negauna pagalbos iš niekur arba turi tik keletą žmonių, kuriais jie gali pasitikėti.

Nagrinėjant sąsajas tarp globėjų, slaugančių demencija sergančius artimuosius, socialinės paramos ir rūpinimosi naštos, matyti, kad egzistuoja lyčių skirtumai. Mittelman (2002) apklausė Alzheimeriu sergančiais artimaisiais besirūpinančius globėjus ir nustatė, jog dažniau vyrai, lyginant su moterimis, pasigenda socialinės paramos iš draugų ir dėl to patiria didesnę rūpinimosi našta. Tačiau, remiantis minėto tyrimo duomenimis, dažniau vyrai, slaugantys sergančią žmoną, o ne moteris, slaugančios savo vyrus, sulaukė pagalbos iš savo suaugusių vaikų, ypač iš dukterų. Hsiao (2010) Taivane atlikto tyrimo metu taip pat buvo nustatyta, kad moteris, slaugančios psichikos ligomis sergančius šeimos narius, gauna mažiau suvokiamos socialinės iš savo šeimos ir draugų lyginant su vyrais, ir dėl to jos patiria didesnę rūpinimosi našta nei globėjai vyrai.

Socialinė parama yra vienas iš pagrindinių veiksnių, padedančių asmenims susidoroti su stresinėmis situacijomis ir aplinkybėmis. Daugelis atliktų tyrimų patvirtina, kad žmonės, kurie geriau integruoti į socialinį tinklą linkę gyventi ilgiau ir yra mažiau jautrūs infekcinėms ligoms, nei žmonės be tokių socialinių tinklų (Coetsee, 2007). Magliano, Fiorillo ir Malangone kartu su bendraautoriais (2003) atliko tyrimą, kurio metu, apklausus šizofrenija sergančiųjų globėjus, paaiškėjo, jog labiau palaikantis socialinis tinklas susijęs su žemesniais rūpinimosi naštos ir pesimizmo įverčiais. Taylor (2006; cit. pg. Coetsee, 2007, p. 60) taip pat teigia, kad socialiniai ryšiai ir santykiai su kitais padeda besirūpinantiems demencija sergančiais jausti pasitenkinimą gyvenimu ir sušvelninti rūpinimosi demencija sergančiu artimuoju našta. Socialinė parama gali sumažinti streso poveikį, padėti žmonėms susidoroti su stresinėmis situacijomis ir padėti išvengti streso sukeltų ligų. Coetsee (2007) tyrimo metu siekė ištirti, ar egzistuoja ryšys tarp įvairių kintamųjų, t. y., ar yra ryšys tarp globėjų, slaugančių demencija sergančius artimuosius, vienvės, depresijos, rūpinimosi naštos ir suvokiamos socialinės paramos. Rezultatai rodo reikšmingus ryšius tarp visų kintamųjų. Coetsee (2007) tyrimo metu buvo nustatyta stipri neigiama koreliacija tarp globėjų, besirūpinančių demencija sergančiais artimaisiais, vienvės ir suvokiamos socialinės paramos. Au, Lai, Lau ir bendraautorių (2009) tyrimo metu taip pat buvo nustatyta neigiama koreliacija tarp globėjų, slaugančių demencija sergančius artimuosius, gaunamos socialinės paramos ir depresijos simptomų. Tai patvirtina, kad socialinės paramos didinimas mažina vienvę. Atitinkamai, tikėtinos socialinės paramos trūkumas, besirūpinant demencija sergančiu artimuoju, gali peraugti į vienvę. Kita vertus, Coetsee (2007) tyrimo metu rasta teigiama koreliacija tarp vienvės ir rūpinimosi naštos. Tai reiškia, kad socialinė parama (šiuo atveju suvokiama socialinė parama) gali turėti teigiamos įtakos siekiant sumažinti našta. Amendolos, Oliveiros ir Alvarengos (2011) tyrimo metu taip pat nustatyta, kad kuo didesnė suvokiama socialinė parama, tuo mažesnė patiriama rūpinimosi sergančiu artimuoju našta. Taip pat Coetsee (2007) tyrimo metu pakankamai stipri teigiama koreliacija buvo nustatyta tarp rūpinimosi naštos ir depresijos. Šie rezultatai rodo, kad suvokiama socialinė parama gali sušvelninti vienvę, depresiją ir globėjų patiriamą našta, rūpinantis demencija sergančiu artimu žmogumi. Taigi kuo mažiau globėjai, besirūpinantys sergančiu demencija artimuoju, gauna socialinės paramos iš kitų asmenų, tuo didesnę rūpinimosi našta jie patiria, tuo didesnė jų vienvė ir tuo daugiau nustatoma depresijos simptomų (Coetsee, 2007).

Socialinė parama yra prieinama tiems žmonėms, kurie turi galimybę išreikšti teigiamas ir neigiamas emocijas, tuo metu kai reikia susidoroti su sunkumais. Aptarimas savo problemų su kitais žmonėmis pagerina ne tik šeimos bendravimą, padeda nusistatyti savo poreikius, bet ir prisitaikyti prie sunkios besikeičiančios, artimojo ligos (Spiegel D., Kimerling R., 2001). Varona ir kt. nustatė, kad globėjai, kurie pajėgūs gauti socialinę pagalbą, nors ir prie stiprių stresinių veiksnių, turėjo mažesnę naštos suvokimą nei tie, kurie šios paramos neturėjo. Autoriai taip pat teigia, kad šeimos

parama ir socialinio tinklo prieinamumas, demencija sergantiems pacientams, sumažino neigiamą pažintinių ir elgesio sutrikimų poveikį (Varona R., 2001).

Padidėjusi rūpinimosi našta siejama su tuo, kad globėjai, slaugantys sergančius artimuosius, siekdami socialinės paramos naudoja ne į problemų sprendimą, o į emocijas nukreiptas strategijas. Atlikus tyrimą, kuriame dalyvavo globėjai, slaugantys pagyvenusius, sergančius lėtinėmis ligomis asmenis, į emocijas, o ne problemų sprendimą orientuotų strategijų naudojimas buvo nurodytas kaip viena iš pagrindinių priežasčių, kodėl šie tiriamieji skundėsi dėl socialinės paramos iš giminaičių trūkumo. Tai reiškia, kad globėjai nenori savo problemų spręsti objektyviai, bet bando jas sušvelninti arba paneigti jų buvimą (Amendola ir kt. 2011). Rabinowitz ir kt. (2006) apklausė 213 Jungtinėse Valstijose gyvenančių moterų, globojančių demencija sergančius artimuosius, ir taip pat nustatė, kad tos globėjos, kurios naudojo į emocijas, o ne į problemos sprendimą orientuotas strategijas, turėjo daugiau depresijos simptomų ir didesnius rūpinimosi naštos įverčius. Magliano ir bendraautorių (2003) tyrimo metu taip pat nustatyta, kad aukštas psichologinės ir praktinės socialinės paramos lygis susijęs su į problemą orientuota įveikos strategija (laisvalaikio ir interesų turėjimas už šeimos ribų, pozityvus komunikacijos stilius, įsitraukimas į šeimos ir socialines veiklas), kuri padeda susidoroti su rūpinimosi našta. Neefektyvios įveikos strategijos (paciento vengimas, atsitraukimas, prievartinė komunikacija) ir didesnė rūpinimosi našta nustatyta tiems artimiesiems, kurie turi menkesnį socialinės paramos tinklą. Kita vertus, nagrinėjant skirtumus tarp lyčių, matyti, kad moterys, globojančios sergančius artimuosius, labiau linkusios išvengti problemų, todėl linkusios verčiau pačios susidoroti su sunkumais, tuo tarpu globėjai vyrai yra labiau linkę siekti socialinės paramos į problemą orientuotais būdais (Hsiao, 2010).

Kaip matyti, socialiniai santykiai susiję su rūpinimosi našta, bet tikėtina, kad ir našta turi įtakos socialinės paramos gavimui ir socialinių santykių palaikymui (Magliano ir kt., 2003) tyrimo metu nustatė, kad socialinė parama labiau priimama iš tų artimųjų, kurie moka įveikti sunkumus. Tie, kurie kitų akyse atrodo kaip mokantys efektyviai spręsti savo problemas, lengviau gauna pagalbą iš savo socialinio tinklo, o tie, kurie atrodo prastai besitvarkantys, yra nepatrauklūs ir vengtiniai. Taigi šiame darbe aptarti tyrimų rezultatai rodo, kad socialinio tinklo stiprinimas gali padėti sumažinti patiriamą našta.

Kita vertus, globėjų socialinė parama, gaunama iš artimųjų, gali būti ir nepriimama, pavyzdžiui, kai gaunama ne tokia socialinė parama, kokios buvo tikėtasi (Almberg, 2000). Taigi tokia socialinė parama nesušvelnina rūpinimosi demencija sergančiu artimuoju naštos. Be to, apžvelgus mokslinę literatūrą aptinkama ir tokių tyrimų (pavyzdžiui, Kaufman, Kosberg, Leeper ir kt., 2010), kuriuose nebuvo rasta jokių statistiškai reikšmingų sąsajų tarp globėjų, slaugančių demencija sergančius artimuosius, socialinės paramos ir rūpinimosi naštos. Taigi tikėtina, kad globėjo subjektyviai suvokiama socialinė parama gali geriau prognozuoti globėjo sveikatą ir našta, nei

objektyviai gaunama socialinė parama (Sander A.M. ir kt. , 1997). Kita vertus, nagrinėjant skirtumus tarp lyčių, matyti, kad moterys, globojančius sergančius artimuosius, labiau linkusios išvengti problemų, todėl linkusios verčiau pačios susidoroti su sunkumais, tuo tarpu globėjai vyrai yra labiau linkę siekti socialinės paramos į problemą orientuotais būdais (Hsiao, 2010).

Taigi apibendrinant apžvelgtą literatūrą, galima teigti, kad socialinė parama yra susijusi su rūpinimosi našta. Aptarimas savo problemų su kitais žmonėmis padeda prisitaikyti prie sunkios artimojo ligos. Globėjai, kurie pajėgūs gauti socialinę paramą, nors ir prie stresinės slaugymo situacijos, gali padėti sumažinti patiriamą naštą.

2. DEMENCIJA SERGANČIUOSIUS SLAUGANČIŲ ARTIMŲJŲ PRIERAISUMO STILIAUS, RŪPINIMOSI NAŠTOS IR SOCIALINIO PALAIKYMŲ (PARAMOS) SĄSAJŲ TYRIMAS

2.1. Tyrimo tikslas, uždaviniai, hipotezės

Tyrimo tikslas: Išanalizuoti demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos, prieraišumo stiliaus ir socialinio palaikymo (paramos) sąsajas.

Uždaviniai:

1. Palyginti ir įvertinti demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos, prieraišumo stiliaus ir socialinės paramos skirtumus pagal demografinius veiksnius (lytį, amžių ir išsilavinimą).
2. Išanalizuoti demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos ir prieraišumo stiliaus sąsajas;
3. Išanalizuoti demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos ir socialinės paramos sąsajas;
4. Išanalizuoti demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų prieraišumo stiliaus ir socialinės paramos sąsajas;
5. Išanalizuoti demencija sergančiuosius slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos, prieraišumo stiliaus ir socialinės paramos sąsajas.
6. Pateikti apibendrintas išvadas

Hipotezės:

1. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni nesaugaus prieraišumo stiliaus rodikliai siejasi su didesne rūpinimosi našta.
2. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni nesaugaus prieraišumo stiliaus rodikliai siejasi su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais.
3. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai siejasi su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais.
4. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų rūpinimosi našta labiau prognozuoja aukštesni nesaugaus prieraišumo stiliaus rodikliai nei žemesni socialinės paramos rodikliai.

2.2. Tyrimo metodika

2.2.1. Tyrimo dalyviai

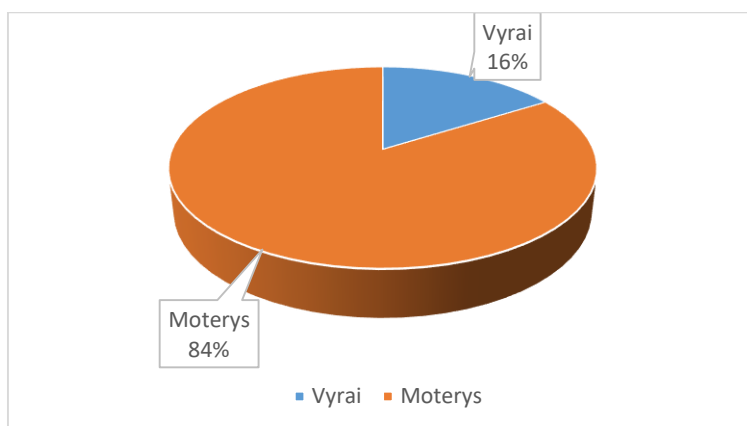
Tyrimo dalyvavo asmenys (vyrai ir moterys), kurie slaugo/globoja demensiją sergantį artimąjį. Tiriamieji buvo rinkti iš įvairių Kauno ir Vilniaus vietų: Kauno miesto psichiatrijos ligoninės Aleksoto sektoriaus, Alzheimerio globos ir slaugos įstaigos asociacijos (AGĮA) Vilniuje, Pimonovo fondo globos namų, o taip pat buvo apklausti pavieniai žmonės, besirūpinantys demencija sergančiais artimaisiais. Atsižvelgdama į savo tyrimo tikslus bei uždavinius, buvo vadovautasi vieninteliu savo nustatytu kriterijumi - tyrime buvo kviečiami (-os) dalyvauti tie asmenys, kurie turėjo savo šeimoje, demencija sergančio žmogaus, neformalios globos teikimo patirtį. Etikos komisijos leidimo tyrimui atlikti nereikėjo, nes pasirinkta imtis yra vidutinio amžiaus suaugusieji.

2.2.2 Sociodemografiniai klausimai

Demografinių klausimų dalyje (1 -6 kl.) klausiama apie respondentų lytį, amžių, šeimyninę bei darbinę padėtį, išsilavinimą ir kiek laiko globoja savo sergantį artimąjį. Visa bendra informacija buvo sutinkta atsakius į 6 klausimus (pvz. pried. nr 1) Tiriamiesiems pateikti atsakymų variantai, iš kurių reikėjo pažymėti jiems tinkamą atsakymą.

2.2.3 Demografiniai duomenys

Tyrimo dalyvavo 124 tiriamieji ($N = 124$), iš kurių 104 (83,9%) buvo moterys ir 20 (16,1%) vyrai. Tiriamųjų amžiaus vidurkis yra 51,56.



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

Kaip matome iš pav. 1 didžiąją dalį respondentų sudarė moterys.

Tyrime apklausti suaugusieji 32 - 72 m. Pagal amžių tiriamieji suskirstyti į dvi grupes: jaunesni (32 - 51 m.) ir vyresni (52 – 72) . Šios grupės sudarytos remiantis išvestu amžiaus vidurkiu (M = 51,56). Sociodemografinių duomenų statistinis aprašymas pateikiamas žemiau (žr. 1 lentelę).

Sociodemografinių duomenų statistinis aprašymas

1 lentelė

Sociodemografiniai duomenys		N	%
Lytis	Vyrai	20	16,1 %
	Moterys	104	83,90 %
Amžius	Jaunesni (32 – 51 m.)	58	46,8 %
	Vyresni (52 – 72 m.)	66	53,2 %
Išsilavinimas	Aukštasis	33	26,6 %
	Kitoks nei aukštasis (aukštesnysis, vidurinis, profesinis)	91	73,3 %
Šeimyninė padėtis	Vedęs/ištekėjusi	89	71,8 %
	Kita šeimyninė padėtis (išsiskyręs, nevedęs, našlys)	35	28,2
Darbinė padėtis	Dirbantis	112	90,3 %
	Nedirbantis	12	9,7 %
Globojimo/ slaugymo trukmė	Keletą mėnesių	43	34,7 %
	Metai ir daugiau	81	65,3 %

Pagal **išsilavinimą** respondentai pasiskirstė taip: aukštojo išsilavinimo 33 (26,6 proc.), aukštesnio 50 (40,3%), vidurinio 23 (18,5 %), profesinio 18 (14,5 %). Aukštesniojo, vidurinio ir profesinio išsilavinimo grupės buvo sujungtos į vieną grupę ir pavadinta “Kitoks nei aukštasis“ 91 (73,3%).

Pagal **šeimyninę padėtį** respondentai pasiskirstė taip: vedęs/ištekėjusi 89 (71,8 %), išsiskyręs 27 (21,8 %), nevedęs/netekėjusi 6 (4,8 %), našlys/našlė 2 (1,6 %). Dėl mažo respondent skaičiaus išsiskyręs, nevedęs, našlys buvo sujungti į vieną grupę 35 (28,2 %).

Pagal **darbinę padėtį** respondentai pasiskirstė taip: dirbančių buvo 112 (90,3 %), nedirbančių 12 (9,7 %).

Pagal **slaugymo/ globojimo trukmę** respondentai pasiskirstė taip: keletą mėnesių respondentų atsakė 43 (34,7 %), metus ir daugiau - 81 (65,3 %). Taigi didžioji dalis respondentų savo sergantį artimąjį globoja metus ir daugiau.

2.2.4 Tyrimo metodai

Tyrime buvo naudojamos šios metodikos:

1. **Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi naštos skalė** (angl. Burden Scale for Family Caregivers, BSFC-short/BSFC-s; Graessel, Berth, Lichte, Grau, 2014) Lietuvoje šios metodikos patikimumas tikrintas šio tyrimo autorės.
2. **Suaugusiųjų prieraišumo skalė** (Angl. Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure, Carver, C. S. (1997). Lietuvoje šios metodikos patikimumas tikrintas šio tyrimo autorės.
3. **Socialinio palaikymo klausimynas** (angl. The Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS; Sherbourne, Stewart, 1991) skirtas socialiniam palaikymui įvertinti. Klausimyno vertimas į lietuvių kalbą atliktas Vytauto Didžiojo universitete L. Gustainienės ir L. Cirtautienės (2004).

Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi naštos skalė

Klausimai vertinami 3 balų intervale, kur 0 reiškia „visiškai nesutinku“, 1 – „nesutinku“, 2 – „sutinku“, o 3 – „visiškai sutinku“. Bendras rūpinimosi naštos įvertinimas gaunamas sudėjus visų subskalių balus ir svyruoja nuo 0 iki 30 balų. Aukštesni įvertinimai rodo didesnę rūpinimosi našta, t. y. kuo balas aukštesnis, tuo globėjo, slaugančio demencija sergantį šeimos narį, rūpinimosi našta didesnė.

Klausimyno teiginių pavyzdžiai: „Rūpinantis kitais sumažėjo mano pasitenkinimas gyvenimu“, „Dažnai jaučiuosi fiziškai išsekęs/-usi“, „Laikas nuo laiko jaučiu norą pabėgti iš susidariusios situacijos“, „Kartais nesijaučiu esanti/-s savimi“, „Rūpinimasis kitais neigiamai veikia mano sveikatą“, „Rūpinimasis kitais man atima daug jėgų“ ir pan. (žr. pried. nr 2).

Tyrime naudoto rūpinimosi naštos klausimyno (RN – 10) statistinis aprašymas pateikiamas žemiau lentelėje (žr. 2 lentelę)

Rūpinimosi naštos klausimyno statistika

2 lentelė

Rūpinimosi naštos skalė	Klausimų skaičius	Cronbach's alfa	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
	10	0,906	4	30	20,10	6,133

Skalių vidiniam patikimumui įvertinti naudota Cronbach's alfa. Rūpinimosi naštos klausimyno bendra Cronbach's alfa gana aukštas $\alpha=0,905$.

Suaugusiųjų prieraišumo skalė

Prieraišumo savybių klausimynas (MAQ) yra skirtas nustatyti suaugusiųjų prieraišumo stilių: saugųjį (3 teiginiai), vengiantįjį (5 teiginiai), dviprasmiškąjį-neramųjį (3 teiginiai) ir dviprasmiškąjį-susiliejančiąjį (3 teiginiai). MAQ klausimynas buvo išversta į lietuvių kalbą, gavus skalės autorių sutikimą jį naudoti atliekant šį tyrimą (taip pat atliktas atgalinis vertimas).

Klausimyną sudaro 14 klausimų. Teiginių pavyzdžiai: „Kai su kuo nors esu artimas, tai suteikia komforto jausmą gyvenimui apskritai“, „Dažnai nerimauju, kad mano partneris iš tiesų manęs nemyli“, „Man sudėtinga pasiekti, kad kiti man būtų tiek artimi, kiek aš noriu“, „Man paprasta būti artimu su kitais“ (žr. pried. nr 3).

Klausimyno instrukcijoje respondentų prašoma sąžiningai atsakyti į kiekvieną iš teiginių, kiek jie sutinka su juo arba kiek nesutinka su teiginiu. Teiginiai vertinami 4-balėje Likerto skalėje, kai 1 balas reiškia, jog tirimasis visiškai nesutinka su teiginiu, 2 balai – šiek tiek nesutinka su teiginiu, 3 balai – sutinka su teiginiu, 4 balai – visiškai sutinka su teiginiu. 4, 8 ir 9 teiginiai koduojami atvirkštine tvarka (reversuojami). Saugumo skalę sudaro 1, 7 ir 14 teiginiai; vengimo - 4, 6, 8, 11 ir 13 teiginiai; ambivalentiško/nerimo - 2, 5 ir 9 teiginiai; ambivalentiško/susiliejo - 3, 10 ir 12 teiginiai. Vengiantis prieraišumo stilius reiškia, jog asmuo tiek save, tiek kitus vertina neigiamai. Ambivalentiškas-nerimas yra susijęs su teigiamu savęs vaizdu ir neigiamu požiūriu į kitus. Priešingai, dviprasmiškumas-susiliejo reiškia, jog asmuo save vertina neigiamai, o kitus teigiamai. Saugus prieraišumas reiškia, jog asmuo teigiamai vertina tiek save, tiek kitus (Hollist, Miller, 2005). Kuo didesnis subskalės vidurkis, tuo labiau išreikštas tam tikras prieraišumo stilius.

Klausimyno autoriaus (Carver, 1997) nustatyti Chronbach alfa koeficientai svyruoja nuo 0,69 iki 0,76, t. y. saugumo subskalės patikimumas (Cronbach alfa) suaugusiųjų imtyje buvo 0,72, vengimo – 0,76, ambivalentiško-nerimo – 0,73, ambivalentiško-susiliejo – 0,69. Jaunų suaugusiųjų imtyje klausimyno autoriaus nustatytas saugumo subskalės patikimumas buvo 0,76, vengimo subskalės – 0,78, ambivalentiško-nerimo – 0,84, ambivalentiško-susiliejo – 0,73

Šio klausimyno vidiniam patikimumui įvertinti naudota Cronbach's alfa. Saugaus prieraišumo skalės Cronbach's alfa $\alpha=0,864$, vengiančio prieraišumo Cronbach's alfa $\alpha=0,807$. Kadangi ambivalentiško nerimo skalės Cronbach's alfa $\alpha=0,663$, o ambivalentiško susiliejo $\alpha=0,742$, buvo sujungtos dvi skalės - ambivalentiško nerimo ir ambivalentiško susiliejo ir pavadinta neramaus prieraišumo skale. Šiame darbe neramus prieraišumas ir ambivalentiškas prieraišumas naudojami kaip sinonimai. Sujungus šias subskales Cronbach's alfa $\alpha=0,815$. Tyrime naudoto prieraišumo stiliaus klausimyno statistinis aprašymas pateikiamas žemiau lentelėje nr. 3.

Prieraišumo stiliaus skalės	Klausimų skaičius	Cronbach's alfa	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Saugus prieraišumas	3	0,864	6	12	10,37	1,998
Vengiantis prieraišumas	5	0,807	5	19	10,40	3,162
Neramus prieraišumas	6	0,815	3	12	13,05	3,603

Socialinio palaikymo klausimynas

Socialinio palaikymo klausimynas (angl. The Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS; Sherbourne, Stewart, 1991) skirtas socialiniam palaikymui įvertinti. Klausimyno vertimas į lietuvių kalbą atliktas Vytauto Didžiojo universitete L. Gustainienės ir L. Cirtautienės (2004).

Klausimynas susideda iš dviejų dalių – klausimų, kurie skirti įvertinti žmonių, suteikiančių socialinį palaikymą, skaičių bei klausimai, skirti tiriamojo pasitenkinimui gaunamu socialiniu palaikymu nustatyti. Klausimyną sudaro 19 teiginių, kurie įvertina keturias subskales:

Informacinis socialinis palaikymas (angl. *Informational Support*) (1-8 klausimai) matuoja žmogaus gaunamą pagalbą sprendžiant problemas, kuri yra suteikiama informacijos suteikimo ar patarimų forma. Tai kito žmogaus suteikta informacija, kuri gali padėti įveikti problemą, grįžtamojo ryšio suteikimas. Šios subskalės suminis balas svyruoja nuo 7 iki 35.

Instrumentinis socialinis palaikymas (angl. *Tangible Support*) (9-12 klausimai). Tai tiesioginė parama asmeniui: materialinė (finansinė) parama, pagalba namų ruošoje ar paslaugos, kurias žmogus gauna sirgdamas. Ji pasireiškia tuo, kad artimas žmogus pasirūpina gydytoju, maistu, namų ruoša. Šios subskalės suminis įvertinimas yra nuo 4 iki 20.

Emocinis socialinis palaikymas (angl. *Affectionate Support*) (13-15 klausimai). matuoja, kiek žmogus jaučiasi priimtas ir gerbiamas, ar globojantis sergantį demencija asmuo turi žmogų, su kuriuo gali gerai praleisti laisvalaikį, atsipalaiduoti, veikti kažką malonaus. Tai meilės, empatijos, rūpesčio perdavimas, priėmimas, pasitikėjimas, rūpinimasis asmeniu. Šios subskalės suminis įvertinimas yra nuo 3 iki 15 balų.

Pozityvi socialinė sąveika (angl. *Positive Social Interaction*) (16-18 klausimai) matuoja žmonių ratą, su kuriais galima pailsėti, smagiai praleisti laiką. Maksimalus subskalės įvertinimas –

20 balų. (Šiame darbe šios subskalės (kaip atskiros) nenaudojame, ją sumuojame tik į bendrą socialinio palaikymo skalę)

19 klausimas naudojamas skaičiuojant bendrą socialinį palaikymą. Visi klausimai vertinami 5 balų intervale, kur 1 reiškia „niekada“, o 5 – „visada“. Bendras socialinio palaikymo įvertinimas gaunamas sudėjus visų subskalių balus. Aukštesni įvertinimai rodo didesnę suvokiamą socialinį palaikymą, t. y. kuo aukštesnis balas, tuo žmogus yra labiau socialiai palaikomas. Klausimyno teiginių pavyzdžiai: „Yra kas išklauso, kai jums prireikia išsikalbėti“, „Yra kažkas, kuo galite pasitikėti ar papasakoti apie save bei savo problemas“, „Yra žmogus, bendravimas su kuriuo padeda atitraukti jūsų mintis nuo savų problemų“ (žr. pried. nr 4). Klausimyno autoriai Sherbourne ir Stewart (1991) nurodo, jog klausimyno patikimumo rodikliai yra aukštesni nei 0,91.

Tyrime naudoto socialinio palaikymo klausimyno statistinis aprašymas pateikiamas žemiau lentelėje (žr. 4 lentelę). Visose skalėse ir subskalėse buvo skaičiuojamos jas sudarančių teiginių sumos.

Socialinio palaikymo klausimyno statistinis aprašymas

4 lentelė

Socialinio palaikymo skalė	Klausimų skaičius	Cronbach's alfa	Minimali reikšmė	Maksimali reikšmė	Vidurkis	Standartinis nuokrypis
Bendras socialinis palaikymas	19	0,974	34	95	67,46	16,231
Informacinis socialinis palaikymas	8	0,955	12	40	27,96	7,232
Instrumentinis socialinis palaikymas	4	0,955	7	20	14,19	3,889
Emocinis socialinis palaikymas	3	0,932	3	15	10,97	3,066

Skalių vidiniam patikimumui įvertinti naudota Cronbach's alfa. Socialinio palaikymo klausimyno bendra Cronbach's alfa gana aukšta $\alpha = 0,974$, informacinio socialinio palaikymo skalės $\alpha = 0,955$, instrumentinio socialinio palaikymo $\alpha = 0,955$, emocinio socialinio palaikymo $\alpha = 0,932$.

2.2.5 Statistiniai tyrimo duomenų apdorojimo metodai

Vėliau tyrimo duomenys buvo apdorojami statistiškai. Tyrimo duomenų statistiniam apdorojimui buvo naudojamas programinis paketas SPSS 23.0. Skalių patikimumui vertinti, naudota

Cronbach alfa. Socialinių demografinių veiksnių sąsajoms nustatyti naudota dažnių lentelės. Atliekant skirstinių normalumo patikrinimą, taikyti Kolmogorovo - Smirnov ir Shapiro – Wilk testai. Gauti rezultatai parodė, kad Kolmogorovo – Smirnov teste visų skalių skirstiniai, Shapiro – Wilk teste išskyrus amžiaus, statistiškai reikšmingai skiriasi nuo normaliojo skirstinio, kadangi $p < 0,05$, todėl tolesnėje analizėje bus naudojami neparametriniai kriterijai. Kadangi skalių duomenų gautų rezultatų pasiskirstymas nėra normalus, buvo taikomas Mann - Whitney U kriterijus, skirtas dviejų nepriklausomų imčių vidurkių palyginimui, o taip pat Spearmano koreliacijos koeficientas sąsajoms nustatyti. Prognozavimui nustatyti naudota tiesinė regresinė analizė, kurios statistinis reikšmingumo lygmuo (p) 0,05.

2.3 Tyrimo rezultatai

Siekiant nustatyti ar tarp gautų duomenų nėra išskirčių, kurios galėtų iškreipti tyrimo rezultatus, nubraižytos naudotų skalių ir subskalių stačiakampės diagramos. Tikrųjų išskirčių nenustatyta.

Normalumo patikrinimas

5 lentelė

Skalės ir subskalės	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistinė reikšmė	Laisvės laipsniai	p	Statistinė reikšmė	Laipvės laipsniai	p
Rūpinimosi našta	0,074	124	0,092	0,969	124	0,006
Socialinis palaikymas	0,141	124	0,001	0,946	124	0,000
Informacinis soc. palaik.	0,119	124	0,001	0,962	124	0,002
Instrumentinis soc.palaik.	0,156	124	0,001	0,922	124	0,001
Emocinis soc.palaikymas	0,164	124	0,001	0,933	124	0,001
Saugumas	0,261	124	0,001	0,780	124	0,001
Vengimas	0,172	124	0,001	0,937	124	0,001
Neramus prierašumas	0,119	124	0,001	0,968	124	0,005
Amžius	0,069	124	0,200*	0,991	124	0,633

Visų skalių ir subskalių Shapiro-Wilk kriterijaus reikšmingumas yra mažesnis nei ribinė reikšmė ($p < 0,05$) (žr. 5 lentelę). Vadinas, duomenų pasiskirstymas statistiškai reikšmingai skiriasi nuo normaliojo. Atsižvelgiant į tai tolesniai duomenų analizei buvo taikomi neparametriniai statistiniai kriterijai. Amžiaus pasiskirstymas atitinka normalųjį skirstinį, nes $p > 0,05$.

2.3.1 Socialinių demografinių veiksnių sąsajos su rūpinimosi našta, prieraišumo stilium, socialiniu palaikymu

Prieš tikrinant hipotezes buvo svarbu atskleisti ryšius tarp nagrinėjamų reiškinių ir sociodemografinių veiksnių (lyties, amžiaus ir išsilavinimo).

Rūpinimosi naštos veiksniai

Visų pirma, buvo tyrinėti rūpinimosi naštos skirtumai pagal lytį, amžių ir išsilavinimą. Lyginant rūpinimosi naštos skirtumus pagal lytį taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus

Rūpinimosi naštos palyginimas su lytim

6 lentelė

Skalės	Lytis	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Rūpinimosi naštos	Vyras	20	15,50	37,68	543,500	0,001
	Moteris	104	20,00	67,27		

Kaip matyti 6 lentelėje, yra statistiškai reikšmingi skirtumai tarp vyrų ir moterų rūpinimosi naštos ($p < 0,05$). Vyrų rūpinimosi naštos vidutiniai rangai mažesni nei moterų, tai reiškia, kad moterys jaučia didesnę rūpinimosi našta, nei vyrai.

Lyginant rūpinimosi naštos skirtumus pagal amžių taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 7 lentelę). Tiriamieji pagal amžių buvo suskirstyti į dvi grupes: jaunesnius (32 - 51 m.) ir vyresnius (52 – 72).

Rūpinimosi naštos palyginimas su amžiumi (jaunesni iki 51 m., vyresni nuo 52 m.)

7 lentelė

Skalės	Amžius	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Rūpinimosi naštos	Jaunesni	58	20,00	61,91	1879,500	0,863
	Vyresni	66	20,00	63,02		

Kaip matyti 7 lentelėje, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp jaunesnių ir vyresnių tiriamųjų rūpinimosi naštos nėra ($p > 0,05$).

Lyginant rūpinimosi naštos skirtumus pagal išsilavinimą taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 8 lentelę) Tiriamieji pagal išsilavinimą buvo suskirstyti į dvi grupes: įgijusius aukštąjį išsilavinimą ir įgijusius kitokį (ne aukštąjį) išsilavinimą. Pastaroji grupė apėmė aukštesnįjį, vidurinį ir profesinį išsilavinimą.

Skalės	Išsilavinimas	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Rūpinimosi naštos	Aukštasis	33	20,00	61,15	1457,000	0,801
	Kitoks išsilavinimas	91	20,00	62,99		

Kaip matyti 8 lentelėje, statistiškai reikšmingų rūpinimosi naštos skirtumų tarp įgijusių aukštąjį išsilavinimą ir įgijusių kitokį (ne aukštąjį) išsilavinimą tiriamųjų nėra ($p > 0,05$).

Socialinio palaikymo veiksniai

Taip pat buvo patikrinti socialinio palaikymo (paramos) skirtumai pagal lytį, amžių ir išsilavinimą.

Lyginant socialinio palaikymo (paramos) skirtumus pagal lytį taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 9 lentelę)

Socialinio palaikymo (paramos) palyginimas su lytim

9 lentelė

Skalės	Lytis	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Bendras socialinis palaikymas	Vyras	20	53,50	48,55	761,000	0,58
	Moteris	104	74,00	65,18		
Informacinis socialinis palaikymas	Vyras	20	28,00	47,88	747,500	0,47
	Moteris	104	30,00	65,31		
Instrumentinis socialinis palaikymas	Vyras	20	13,00	57,40	938,000	4,84
	Moteris	104	14,00	63,48		
Emocinis socialinis palaikymas	Vyras	20	10,00	48,85	767,000	0,61
	Moteris	104	12,00	65,13		

Kaip matyti 9 lentelėje, socialinės palaikymo (paramos) statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų ir moterų yra tik informaciniame socialiniame palaikyme ($p < 0,05$). Vyrų informacinio socialinio palaikymo vidutiniai rangai mažesni nei moterų, tai reiškia, kad moterys jaučia didesnę informacinį socialinį palaikimą, nei vyrai.

Lyginant socialinio palaikymo skirtumus pagal amžių taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 10 lentelę). Tiriamieji pagal amžių buvo suskirstyti į dvi grupes: jaunesnius (32 - 51 m.) ir vyresnius (52 - 72).

Skalės	Amžius	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Bendras socialinis palaikymas	Jaunesni	58	66,50	57,81	1642,000	0,173
	Vyresni	66	73,50	66,62		
Informacinis socialinis palaikymas	Jaunesni	58	28,50	58,20	1664,500	0,211
	Vyresni	66	30,00	66,28		
Instrumentinis socialinis palaikymas	Jaunesni	58	13,50	60,72	1810,500	0,601
	Vyresni	66	14,00	64,07		
Emocinis socialinis palaikymas	Jaunesni	58	11,00	57,31	1613,000	0,127
	Vyresni	66	12,00	67,06		

Kaip matyti 10 lentelėje, statistiškai reikšmingų socialinio palaikymo skirtumų tarp jaunesnių ir vyresnių tiriamųjų nėra ($p > 0,05$).

Lyginant socialinio skirtumus pagal išsilavinimą taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 11 lentelę). Tiriamieji pagal išsilavinimą buvo suskirstyti į dvi grupes: įgijusius aukštąjį išsilavinimą ir įgijusius kitokį (nei aukštąjį) išsilavinimą. Pastaroji grupė apėmė aukštesnįjį, vidurinį ir profesinį išsilavinimą.

Skalės	Išsilavinimas	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Bendras socialinis palaikymas	Aukštasis	33	79,00	74,58	1103,000	0,024
	Kitoks išsilavinimas	91	63,00	58,12		
Informacinis socialinis palaikymas	Aukštasis	33	30,00	73,65	1133,500	0,037
	Kitoks išsilavinimas	91	27,00	58,46		
Instrumentinis socialinis palaikymas	Aukštasis	33	16,00	80,02	923,500	0,001
	Kitoks išsilavinimas	91	12,00	56,15		
Emocinis socialinis palaikymas	Aukštasis	33	12,00	71,18	1215,000	0,101
	Kitoks išsilavinimas	91	11,00	59,35		

Kaip matyti 11 lentelėje, statistiškai reikšmingi skirtumai yra išsilavinimo grupėse, nes $p < 0,05$. Kitokį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų bendro socialinio, informacinio ir instrumentinio socialinio palaikymo vidutiniai rangai mažesni nei aukštąjį išsilavinimą įgijusių, tai reiškia, kad aukštąjį išsilavinimą turintys tiriamieji jaučia didesnę bendrą socialinį, informacinį ir instrumentinį socialinį palaikymą, nei tie tiriamieji, kurie įgijo kitokį išsilavinimą.

Prieraišumo stiliaus veiksniai

Taip pat vienas buvo patikrinti prieraišumo stiliaus skirtumus pagal lytį, amžių ir išsilavinimą.

Lyginant prieraišumo stilius pagal lytį buvo taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 12 lentelę)

Prieraišumo stiliaus palyginimas su lytim

12 lentelė

Skalės	Lytis	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Saugus prieraišumas	Vyras	20	9,00	33,98	1483,000	0,000
	Moteris	104	12,00	67,99		
Vengiantis prieraišumas	Vyras	20	12,50	84,35	1585,500	0,003
	Moteris	104	10,00	58,30		
Neramus prieraišumas	Vyras	20	12,50	62,88	1846,000	0,959
	Moteris	104	13,00	62,43		

Kaip matyti 12 lentelėje, yra statistiškai reikšmingi skirtumai tarp vyrų ir moterų saugaus ir vengiančio prieraišumo stiliaus ($p < 0,05$). Vyrų vengiančio prieraišumos stiliaus vidutiniai rangai didesni nei moterų, tačiau mažesni saugaus prieraišumo vidutiniai rangai, nei moterų. Tai reiškia, kad vyrams labiau būdingas vengiantis prieraišumas, nei moterims. Tuo tarpu moterims labiau būdingas saugus prieraišumas.

Lyginant prieraišumo stiliaus skirtumus pagal amžių taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 13 lntelę). Tiriamieji pagal amžių buvo suskirstyti į dvi grupes: jaunesnius (32 - 51 m.) ir vyresnius (52 – 72).

Prieraišumo skalės palyginimas su amžiumi

13 lentelė

Skalės	Amžius	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Saugus prieraišumas	Jaunesni	58	11,00	55,07	1483,000	0,023
	Vyresni	66	12,00	69,03		
Vengiantis prieraišumas	Jaunesni	58	10,00	68,16	1585,000	0,097
	Vyresni	66	9,50	57,52		
Neramus prieraišumas	Jaunesni	58	12,00	63,67	1846,000	0,732
	Vyresni	66	13,00	61,47		

Kaip matyti 13 lentelėje, statistiškai reikšmingai skiriasi saugaus prieraišumo stilius tarp jaunesnių ir vyresnių tiriamųjų $p < 0,05$. Vyresnių prieraišumos stiliaus vidutiniai rangai didesni nei jaunesnių, tai reiškia, kad vyresniems labiau būdingas saugus prieraišumas.

Lyginant prierašumo stiliaus skirtumus pagal išsilavinimą taikytas neparametrinis Mann Whitney U kriterijus (žr. 14 lentelę).

Prierašumo skalės palyginimas su išsilavinimu

14 lentelė

Skalės	Išsilavinimas	N	Mediana	Vidurinis rangas	Mann Whitney U	p
Saugus prierašumas	Aukštasis	33	11,00	70,09	1251,000	0,136
	Kitoks išsilavinimas	91	11,00	59,75		
Vengiantis prierašumas	Aukštasis	33	9,00	51,80	1148,500	0,044
	Kitoks išsilavinimas	91	10,00	66,38		
Neramus prierašumas	Aukštasis	33	13,00	64,30	1709,500	0,735
	Kitoks išsilavinimas	91	13,00	61,85		

Kaip matyti 14 lentelėje, statistiškai reikšmingai skiriasi vengiančio prierašumo slilius tarp aukštąjį ir kitokį nei aukštąjį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų, nes $p < 0,05$. Kitokį išsilavinimą įgyjusių tiriamųjų vidutiniai rangai didesni nei aukštąjį išsilavinimą įgyjusių tiriamųjų, tai reiškia, kad kitokį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems labiau būdingas vengiantis prierašumas.

2.3.2 Rūpinimosi naštos ir prierašumo stiliaus sąsajos

Siekiant patikrinti pirmą hipotezę, kaip siejasi demencija sergančiuosius slaugančių globėjų rūpinimosi naštos ir prierašumo stiliaus rodikliai buvo taikomas neparametrinis Spearman koreliacijos koeficientas. (žr. 15 lentelę)

Rūpinimosi naštos ir prierašumo stiliaus sąsajos

15 lentelė

Prierašumo subskalės	Statistiniai rodikliai	Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta
Saugus prierašumo	r	-0,006
	p	0,943
Vengiantis prierašumo	r	0,174
	p	0,053
Neramus prierašumo	r	0,367**
	p	0,001

*Aukštesni saugaus, vengiančio ir neramaus prierašumo subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prierašumą

*Aukštesni rūpinimosi naštos skalės balas rodo aukštesnę rūpinimosi našta

Kaip matyti 15 lentelėje rūpinimosi naštos rodikliai teigiamai statistiškai reikšmingai koreliuoja su vienu iš prierašumo subskalių – neramiu prierašumu, nes $p < 0,05$. Kuo didesnis

tiriamąjį neramų prierašų stilių, tuo labiau tiriamasis jaučia rūpinimosi našta. Su kitais prierašų stiliais statistiškai reikšmingų sąsajų nerasta.

Kadangi nustatyti reikšmingi prierašų stiliaus ir rūpinimosi naštos skirtumai tarp vyrų ir moterų buvo tikrintos rūpinimosi naštos ir prierašų sąsajos vyrų ir moterų grupėse. (žr. 16 lentelę) Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Prierašų stiliaus ir rūpinimosi naštos sąsajos pagal lytį

16 lentelė

Lytis	N	Prierašų stiliaus subskalės	Statistiniai rodikliai	Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta
Vyras	20	Saugus prierašumas	r	-0,065
			p	0,784
		Vengiantis prierašumas	r	0,290
			p	0,215
		Neramus prierašumas	r	-0,052
			p	0,827
Moteris	104	Saugus prierašumas	r	-0,110
			p	0,265
		Vengiantis prierašumas	r	0,253**
			p	0,010
		Neramus prierašumas	r	0,430**
			p	0,000

*Aukštesni saugaus, vengiančio ir neramų prierašų subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prierašumą

*Aukštesni rūpinimosi naštos skalės balas rodo aukštesnę rūpinimosi našta

16 lentelėje matyti, kad vyrų grupėje statistiškai reikšmingų sąsajų tarp prierašų stiliaus subskalių ir rūpinimosi naštos nėra, nes $p > 0,05$. Moterų grupėje buvo nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp rūpinimosi naštos skalės ir dviejų nesaugaus prierašų subskalių: vengiančio ir neramų, nes $p < 0,05$. Tai reiškia, kad moterys, kurioms labiau būdingas vengiantis ar neramus prierašų stilius jaučia didesnę rūpinimosi našta.

Kadangi nustatyti reikšmingi prieraišumo stiliaus skirtumai tarp jaunesnių ir vyresnių tiriamųjų buvo tikrintos rūpinimosi naštos ir prieraišumo sąsajos jaunesnių ir vyresnių grupėse. (žr. 17 lentelę). Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Prieraišumo stiliaus ir rūpinimosi naštos sąsajos pagal amžių

17 lentelė

Amžius	N	Prieraišumo stiliaus skalės	Statistiniai rodikliai	Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta
Jaunesni Iki 51 m.	58	Saugus prieraišumas	r	-0,087
			p	0,516
		Vengiantis prieraišumas	r	0,156
			p	0,242
		Neramus prieraišumas	r	0,303*
			p	0,021
Vyresni Nuo 52 m.	66	Saugus prieraišumas	r	0,084
			p	0,503
		Vengiantis prieraišumas	r	0,230
			p	0,063
		Neramus prieraišumas	r	0,421**
			p	0,000

* Aukštesni saugaus, vengiančio ir neramaus prieraišumo subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prieraišumą

* Aukštesni rūpinimosi naštos skalės balas rodo aukštesnę rūpinimosi našta

17 lentelėje matyti, kad tiek jaunesnių, tiek ir vyresnių tiriamųjų grupėse su rūpinimosi našta statistiškai reikšmingai susijęs tik vienas iš prieraišumo stilių – neramus prieraišumas, nes $p < 0,05$. Kuo tiriamajam labiau būdingas neramus prieraišumo stilius, tuo labiau tiriamasis jaučia rūpinimosi našta.

Kadangi nustatyti reikšmingi tiriamųjų prieraišumo stiliaus skirtumai tarp aukštojo ir kitokio išsilavinimo buvo tikrintos rūpinimosi naštos ir prieraišumo stiliaus sąsajos tarp aukštąjį ir kitokį išsilavinimą įgijusių asmenų grupių (žr. 18 lentelę). Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Išsilavinimas	N	Prieraišumo stiliaus skalės	Statistiniai rodikliai	Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta
Aukštasis	33	Saugus prieraišumas	r	0,151
			p	0,403
		Vengiantis prieraišumas	r	-0,135
			p	0,455
		Neramus prieraišumas	r	0,201
			p	0,262
Kitoks nei aukštasis	91	Saugus prieraišumas	r	-0,058
			p	0,584
		Vengiantis prieraišumas	r	0,292**
			p	0,005
		Neramus prieraišumas	r	0,454**
			p	0,000

* Aukštesni saugaus, vengiančio ir neramus prieraišumo subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prieraišumą

* Aukštesni rūpinimosi naštos skalės balas rodo aukštesnę rūpinimosi našta

18 lentelėje matyti, kad aukštąjį išsilavinimą turinčių tiriamųjų grupėje statistiškai reikšmingų sąsajų tarp prieraišumo stiliaus subskalių ir rūpinimosi naštos skalės nėra, nes $p > 0,05$. Kitokį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų grupėje buvo nustatyti statistiškai reikšmingi ryšiai tarp rūpinimosi naštos skalės ir dviejų nesaugaus prieraišumo subskalių: vengiančio ir neramus, nes $p < 0,05$. Tai reiškia, kad kitokį išsilavinimą įgyję tiriamieji, kuriems labiau būdingas vengiantis arba neramus prieraišumo stilius, jaučia didesnę rūpinimosi našta.

Taigi apibendrinant pirmos hipotezės rezultatus nustatyta, kad didesnę rūpinimosi našta jaučia tie tiriamieji, kuriems labiau būdingas neramus prieraišumo stilius. Be to nustatyta skirtumų pagal lytį ir išsilavinimą. Sąsajos tarp rūpinimosi naštos ir prieraišumo stiliaus būdingos tik moterų grupėje. Šioje grupėje nustatytos rūpinimosi naštos sąsajos su abiem nesaugaus prieraišumo stiliais. Sąsajos tarp rūpinimosi naštos ir prieraišumo stiliaus būdingos tik kitokį nei aukštąjį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems. Šioje grupėje nustatytos rūpinimosi naštos sąsajos su abiem nesaugaus prieraišumo stiliais. Pirma hipotezė iš dalies patvirtinta.

2.3.3 Prieraišumo stiliaus ir socialinio palaikymo sąsajos

Siekiant patikrinti antrą hipotezę, kaip siejasi demencija sergančiuosius slaugančių prieraišumo stiliaus ir socialinio palaikymo rodikliai buvo taikomas neparametrinis Spearman koreliacijos koeficientas (žr. 19 lentelę)

Prieraišumo stiliaus ir socialinio palaikymo sąsajos

19 lentelė

Prieraišumo stiliaus subskalės	Statistiniai rodikliai	Bendras Socialinis palaikymas	Informacinis socialinis palaikymas	Instrumentinis socialinis palaikymas	Emocinis socialinis palaikymas
Saugus prieraišumas	r	0,552**	0,492**	0,485**	0,573**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
Vengiantis prieraišumas	r	-0,539**	-0,526**	-0,459**	-0,544**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
Neramus prieraišumas	r	-0,507**	-0,565**	-0,377**	-0,404**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001

*Aukštesnis saugaus, vengiančio ir neramaus prieraišumo subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prieraišumą

*Aukštesnis socialinio palaikymo subskalių balas rodo aukštesnį socialinį palaikymą

Kaip matyti aukščiau pateiktoje lentelėje, visi prieraišumo stiliaus rodikliai statistiškai reikšmingai koreliuoja su visomis socialinio palaikymo subskalėmis, nes $p < 0,05$. Saugus prieraišumas teigiamai susijęs su socialiniu palaikymu ir jo skalėmis. Tuo tarpu vengiančio ir neramaus prieraišumo stiliai neigiamai susiję su socialiniu palaikymu ir jo skalėmis.

Taigi, kuo labiau tiriamajam būdingas saugus prieraišumas, tuo stipriau jis vertina savo turimą socialinį palaikymą. Kuo labiau tiriamajam būdingas nesaugus prieraišumas (neramus ir vengiantis), tuo silpniau jis vertina savo turimą socialinį palaikymą.

Kadangi nustatyti reikšmingi prieraišumo stiliaus ir socialinio palaikymo skirtumai tarp vyrų ir moterų buvo tikrintos socialinio palaikymo ir prieraišumo sąsajos vyrų ir moterų grupėse. (žr. 20 lentelę). Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Lytis	Prieraišumo stiliaus skalės	Statistiniai rodikliai	Socialinio palaikymo skalė			
			Bendras socialinis palaikymas	Informacinis socialinis palaikymas	Instrumentinis socialinis palaikymas	Emocinis socialinis palaikymas
Vyrai	Saugus	r	0,546*	0,512*	0,626**	0,522*
		p	0,013	0,021	0,003	0,018
	Vengiantis	r	-0,566**	-0,468*	-0,576**	-0,612**
		p	0,009	0,037	0,008	0,004
	Neramus	r	-0,112	-0,139	0,127	-0,081
		p	0,638	0,559	0,594	0,735
Moteris	Saugus	r	0,533**	0,454**	0,474**	0,571**
		p	0,001	0,001	0,001	0,001
	Vengiantis	r	-,532**	-,518**	-,446**	-0,529**
		p	0,001	0,001	0,001	0,001
	Neramus	r	-0,561**	-0,625**	-0,434**	-0,454**
		p	0,001	0,001	0,001	0,001

* Aukštesnis saugaus, vengiančio ir neramaus prieraišumo subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prieraišumą

* Aukštesnis socialinio palaikymo subskalių balas rodo aukštesnį socialinį palaikymą

Saugus prieraišumas tiek vyrų, tiek moterų grupėse teigiamai susijęs su visomis socialinio palaikymo subskalėmis), nes $p < 0,05$. Vengiantis prieraišumas tiek vyrų, tiek moterų grupėse reikšmingai neigiamai susijęs su visomis socialinio palaikymo subskalėmis, nes $p < 0,05$. Tuo tarpu neramus prieraišumas neigiamai statistiškai reikšmingai susijęs su visomis socialinio palaikymo subskalėmis tik moterų grupėje ($p < 0,05$).

Kadangi nustatyti reikšmingi prieraišumo stiliaus skirtumai tarp amžiaus grupių, buvo tikrintos socialinio palaikymo ir prieraišumo sąsajos vyresnių ir jaunesnių tyrimųjų grupėse. (žr. 21 lentelę). Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Amžius	Prierašumo stiliaus skalė	Statistiniai rodikliai	Socialinio palaikymo skalė			
			Bendras socialinis palaikymas	Informacinis socialinis palaikymas	Instrumentinis socialinis palaikymas	Emocinis socialinis palaikymas
Jaunesni Iki 51 m.	Saugus prierašumas	r	0,621**	0,571**	0,624**	0,594**
		p	0,001	0,001	0,001	0,001
	Vengiantis prierašumas	r	-0,539**	-0,547**	-0,493**	-0,514**
		p	0,001	0,001	0,001	0,001
	Neramus prierašumas	r	-0,496**	-0,569**	-0,303*	-0,443**
		p	0,001	0,001	0,021	0,001
Vyresni nuo 52m.	Saugus prierašumas	r	0,446**	0,385**	0,325**	0,528**
		p	0,000	0,001	0,008	0,001
	Vengiantis prierašumas	r	-,525**	-,495**	-,416**	-,576**
		p	0,001	0,000	0,001	0,001
	Neramus prierašumas	r	-0,542**	-0,579**	-0,459**	-0,392**
		p	0,001	0,001	0,001	0,001

* Aukštesnis saugaus, vengiančio ir neramaus prierašumo subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prierašumą

* Aukštesnis socialinio palaikymo subskalių balai rodo aukštesnį socialinį palaikymą

Kaip matyti aukščiau pateiktoje lentelėje visi prierašumo stiliaus rodikliai statistiškai reikšmingai koreliuoja su visomis socialinio palaikymo subskalėmis tiek vyresnių, tiek ir jaunesnių tiriamųjų grupėse, nes $p < 0,05$. Vadinasi, prierašumo stiliaus ir socialinio palaikymo sąsajų pagal amžių nerasta.

Kadangi nustatyti reikšmingi prierašumo stiliaus skirtumai išsilavinimo grupėse, buvo tikrintos socialinio palaikymo ir prierašumo sąsajos aukštąjį išsilavinimą ir kitokį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų grupėse. (žr. 22 entelę) Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Išsilavinimas	Prierašumo stiliaus skalės	Statistiniai rodikliai	Socialinio palaikymo skalė			
			Bendras socialinis palaikymas	Informacinis socialinis palaikymas	Instrumentinis socialinis palaikymas	Emocinis socialinis palaikymas
Aukštasis	Saugus prierašumas	r	0,427*	0,269	0,470**	0,563**
		p	0,013	0,130	0,006	0,001
	Vengiantis prierašumas	r	-0,371*	-0,297	-0,304	-0,411*
		p	0,034	0,093	0,085	0,017
	Neramus prierašumas	r	-0,512**	-0,639**	-0,286	-0,468**
		p	0,002	0,000	0,106	0,006
Kitoks išsilavinimas	Saugus prierašumas	r	0,559**	0,514**	0,464**	0,555**
		p	0,000	0,000	0,000	0,000
	Vengiantis prierašumas	r	-0,577**	-0,576**	-0,459**	-0,563**
		p	0,000	0,000	0,000	0,000
	Neramus prierašumas	r	-0,524**	-0,555**	-0,440**	-0,398**
		p	0,000	0,000	0,000	0,000

*Aukštesnis saugaus, vengiančio ir neramaus prierašumo subskalės balas rodo aukštesnį saugų, vengiantį ir neramų prierašumą

*Aukštesnis socialinio palaikymo subskalių balai rodo aukštesnį socialinį palaikymą

Kitokį nei aukštąjį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų grupėje visi prierašumo stiliai statistiškai reikšmingai koreliuoja su visomis socialinio palaikymo skalėmis. Saugus prierašumas teigiamai koreliuoja su socialiniu palaikymu. Nesaugus prierašumas (vengiantis, neramus) neigiamai koreliuoja su socialiniu palaikymu, nes $p < 0,05$. Taigi, kitokį išsilavinimą įgiję tiriamieji, turintys saugų prierašumo stilių jaus didesnę socialinį palaikymą, o nesaugų prierašumo stilių turintys tiriamieji jaus mažesnę socialinį palaikymą.

Aukštąjį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų grupėje teigiamos sąsajos nustatytos: tarp saugaus prierašumo ir bendro socialinio palaikymo, instrumentinio socialinio palaikymo, emocinio socialinio palaikymo. Neigiamos sąsajos nustatytos: tarp vengiančio prierašumo stiliaus ir bendro socialinio

palaikymo; vengiančio prierašumo stiliaus ir emocinio socialinio palaikymo; neramaus prierašumo su visomis socialinio palaikymo skalėmis.

Apibendrinant antros hipotezės rezultatus nustatyta, kad nesaugaus prierašumo stiliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais. Mažesnę socialinį palaikymą jaučia tie tyrimieji, kuriems būdingas nesaugus prierašumo stilius (neramus ir vengiantis). Be to nustatyta skirtumų pagal lytį ir išsilavinimą.

Sąsajos tarp socialinio palaikymo ir visų prierašumo stilių būdingos tiek moterų, tiek vyrų grupėse, išskyrus neramų prierašumą vyrų grupėje. Neramus prierašumas vyrų grupėje buvo nesusijęs su socialiniu palaikymu.

Sąsajos tarp socialinio palaikymo ir visų prierašumo stilių būdingos tik kitokį nei aukštasis išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems (su saugiu prierašumu teigiamos sąsajos; su vengiančiu ir neramiu – neigiamos). Aukštąjį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems saugaus prierašumo stiliaus sąsajos būdingos visose socialinio palaikymo skalėse, išskyrus informacinį socialinį palaikymą. Aukštąjį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems vengiančio prierašumo stiliaus neigiamos sąsajos būdingos su visomis socialinio palaikymo skalėmis, išskyrus informacinį ir instrumentinį socialinį palaikymą. Aukštąjį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems neramaus prierašumo stiliaus neigiamos sąsajos būdingos su visomis socialinio palaikymo skalėmis. Taigi, antra hipotezė pasitvirtina.

2.3.4 Rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo sąsajos

Siekiant patikrinti trečią hipotezę, kaip siejasi demencija sergančiuosius slaugančių rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo rodikliai buvo taikomas neparametrinis Spearman koreliacijos koeficientas (žr. 23 lentelę)

Rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo sąsajos

23 lentelė

Socialinio palaikymo skalės	Socialiniai rodiliai	Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta
Bendras socialinis palaikymas	r	-0,294**
	p	0,001
Informacinis socialinis palaikymas	r	-0,296**
	p	0,001
Instrumentinis socialinis palaikymas	r	-0,316**
	p	0,001
Emocinis socialinis palaikymas	r	-0,172
	p	0,057

*Aukštesni rūpinimosi rūpinimosi naštos skalės balas rodo aukštesnę rūpinimosi našta

*Aukštesni socialinio palaikymo subskalių balai rodo aukštesnį socialinį palaikymą

Kaip matyti 23 lentelėje rūpinimosi naštos rodikliai neigiamai statistiškai reikšmingai koreliuoja su visomis socialinio palaikymo subskalėmis, išskyrus emocinį socialinį palaikymą, nes $p < 0,05$. Vadinasi, kuo didesnė tiriamojo rūpinimosi našta, tuo mažiau tiriamasis jaučia bendrą, informacinį ir instrumentinį socialinį palaikymą.

Kadangi nustatyti reikšmingi rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo skirtumai tarp vyrų ir moterų buvo tikrintos socialinio palaikymo ir rūpinimosi naštos vyrų ir moterų grupėse (žr. 23 lentelę). Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo sąsajos pagal lytį

23 lentelė

Lytis	N	Socialinio palaikymo skalės	Statistiniai rodikliai	Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta
Vyras	20	Socialinis palaikymas	r	-0,561**
			p	0,010
		Informacinis socialinis palaikymas	r	-0,619**
			p	0,004
		Instrumentinis socialinis palaikymas	r	-0,188
			p	0,427
		Emocinis socialinis palaikymas	r	-0,570**
			p	0,009
Moteris	104	Socialinis palaikymas	r	-0,338**
			p	0,001
		Informacinis socialinis palaikymas	r	-0,333**
			p	0,001
		Instrumentinis socialinis palaikymas	r	-0,375**
			p	0,001
		Emocinis socialinis palaikymas	r	-0,194*
			p	0,049

* Aukštesni rūpinimosi naštos skalės balai rodo aukštesnę rūpinimosi našta

* Aukštesni socialinio palaikymo subskalių balai rodo aukštesnį socialinį palaikymą

Kaip matyti aukščiau pateiktoje lentelėje rūpinimosi našta statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su visomis socialinio palaikymo subskalėmis (išskyrus instrumentinį socialinį palaikymą vyrų grupėje) tiek vyrų, tiek moterų grupėse, nes $p < 0,05$.

Kadangi nustatyti reikšmingi rūpinimosi naštos, socialinio palaikymo skirtumai išsilavinimo grupėse, buvo tikrintos socialinio palaikymo ir rūpinimosi naštos sąsajos aukštąjį ir kitokį nei aukštąjį

išsilavinimą įgijusių tiriamųjų grupėse. (žr. 24 lentelę). Buvo taikytas Spearman koreliacijos koeficientas.

Rūpinimosi naštos ir socialinio palaikymo sąsajos pagal išsilavinimą

24 lentelė

Išsilavinimas	N	Socialinės paramos skalės	Statistiniai rodikliai	Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta
Aukštasis	33	Bendras socialinis palaikymas	r	-0,310
			p	0,080
		Informacinis socialinis palaikymas	r	-0,254
			p	0,153
		Instrumentinis socialinis palaikymas	r	-0,407*
			p	0,019
		Emocinis socialinis palaikymas	r	-0,182
			p	0,310
Kitoks išsilavinimas	91	Bendras socialinis palaikymas	r	-0,309**
			p	0,003
		Informacinis socialinis palaikymas	r	-0,328**
			p	0,001
		Instrumentinis socialinis palaikymas	r	-0,317**
			p	0,002
		Emocinis socialinis palaikymas	r	-0,187
			p	0,076

*Aukštesni rūpinimosi naštos skalės balas rodo aukštesnę rūpinimosi našta

*Aukštesni socialinio palaikymo subskalių balai rodo aukštesnį socialinį palaikymą

Kaip matyti aukščiau pateiktoje lentelėje aukštąjį išsilavinimą turinčių tiriamųjų rūpinimosi našta statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su instrumentiniu socialiniu palaikymu (nes $p < 0,05$). Kitokį nei aukštąjį išsilavinimą įgijusių tiriamųjų rūpinimosi našta statistiškai reikšmingai neigiamai koreliuoja su bendru, informaciniu, instrumentiniu socialiniu palaikymu (nes $p < 0,05$). Kuo mažesnį bendrą, informacinį ir instrumentinį socialinį palaikymą jaučia kitokį nei aukštąjį išsilavinimą įgiję tiriamieji, tuo didesnė jų rūpinimosi našta. Bendrai paėmus, kitokį išsilavinimą turintys tiriamieji jaučia mažesnį socialinį palaikymą ir didesnę rūpinimosi našta, nei aukštąjį išsilavinimą įgiję tiriamieji.

Apibendrinant trečios hipotezės rezultatus, kaip ir buvo tikimasi, nustatyta, kad šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta susijusi su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais. Rezultatai parodė, kad kuo didesnė tiriamojo rūpinimosi našta, tuo mažiau tiriamasis jaučia bendrą, informacinį ir instrumentinį socialinį palaikymą. Be to nustatyta skirtumų pagal lytį ir išsilavinimą. Sąsajos tarp rūpinimosi naštos ir visų socialinio palaikymo skalių būdingos tiek moterų, tiek vyrų grupėse,

išskyrus instrumentinį socialinį palaikymą vyrų grupėje. Instrumentinis socialinis palaikymas vyrų grupėje nebuvo susijęs su rūpinimosi našta.

„Kitoki“ išsilavinimą įgijusių tiriamųjų rūpinimosi našta susijusi su visomis socialinio palaikymo skalėmis, išskyrus emocinį socialinį palaikymą. Aukštąjį išsilavinimą įgyjusių tyrimųjų rūpinimosi našta buvo susijusi tik su instrumentiniu socialiniu palaikymu. Taigi trečia hipotezė pasitvirtino.

2.3.5 Rūpinimosi naštos, prierašumo stiliaus ir socialinio palaikymo sąsajos

Siekiant patikrinti kiek prierašumo stilius ir socialinis palaikymas yra svarbūs prognozuojant demencija sergančiuosius slaugančių globėjų patiriamą rūpinimosi našta buvo atlikta tiesinė regresinė analizė.

Kaip buvo minėta, vienmačių išskirčių nebuvo. Tačiau rasta daugiamatė išskirtis, kuri buvo pašalinta. Priklausomas kintamasis - rūpinimosi našta, nepriklausomi kintamieji: visos socialinio palaikymo subskalės, visos prierašumo stiliaus subskalės, lytis, amžius ir išsilavinimas. Kadangi rezultatų analizė parodė (žr. pried. nr 2), kad tik lytis reikšmingai prognozavo rūpinimosi našta, buvo sujungtos socialinio palaikymo subskalės į bendrą socialinį palaikymą ir patikrintas modelis dar kartą. Atlikus regresinę analizę dar kartą, gautas statistiškai reikšmingas regresijos modelis, paaiškinantis apie 21 procentų bendros duomenų sklaidos ($R^2=0,25$; $Kor.R^2=0,21$; $F=7,77$; $p<0,0001$).

Lentelė nr. 25

Rūpinimosi naštos, prierašumo stiliaus ir socialinio palaikymo sąsajos atsižvelgiant į lytį, amžių, išsilavinimą

Modelio komponentai	Nestandardizuoti koeficientai		Standartizuoti koeficientai	t	p
	Beta	Std. paklaida	Beta		
Konstanta	0,555	8,394		0,066	0,947
Bendra socialinė parama	-0,098	0,045	-0,262	-2,196	0,030
Saugus prierašumas	0,507	0,500	0,163	1,014	0,313
Vengiantis prierašumas	0,374	0,282	0,194	1,327	0,187
Neramus prierašumas	0,329	0,173	0,193	1,898	0,060
Lytis	5,814	1,483	0,344	3,920	0,001
Amžius	0,014	0,066	0,018	0,210	0,834
Išsilavinimas	0,520	0,483	0,092	1,075	0,285

Rezultatų analizė parodė (žr. 25 lentelę), kad tik lytis ir bendras socialinis palaikymas reikšmingai prognozavo rūpinimosi našta, tuo tarpu visi prierašumo stiliai, amžius ir išsilavinimas

nebuvo reikšmingi kintamieji prognozuojant rūpinimosi našta. Apibendrinant gautus rezultatus, galima teikti, kad labiausiai rūpinimosi našta prognozuoja lytis. Taigi, ketvirta hipotezė nepasitvirtino.

REZULTATŲ APTARIMAS

Šiame darbe buvo tiriamos demencija sergančių žmonių slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos, prierašumo stiliaus, ir socialinio palaikymo sąsajos. Apžvelgus ir išanalizavus literatūrą buvo numatyti uždaviniai ir išsikeltos hipotezės. Hipotezės buvo tikrinamos iš duomenų, kurie buvo surinkti apklausus demencija sergančių žmonių slaugytojus.

Vienas iš darbo uždavinių buvo palyginti ir įvertinti demencija sergančių žmonių slaugančių artimųjų rūpinimosi naštos, prierašumo stiliaus ir socialinės paramos skirtumus pagal demografinius veiksnius (lytį, amžių ir išsilavinimą).

Analizuojant reiškinius pagal lytį, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Rezultatai parodė, kad moterys jaučia didesnę rūpinimosi našta, nei vyrai. Tai atitinka Chang HY. (2010) tyrimą, kuriame buvo pastebėta, kad moterys globojančios Alzheimerio liga sergančius pacientus turėjo didesnius depresijos rodiklius nei vyrai (Chang HY, 2010). Kitas tyrimas patvirtina, kad ypač moterys prižiūrinčios demencija sergantį savo sutuoktinį turi mažai energijos, jas kankina depresija ir nemiga daugiau nei vyrus sutuoktinius (Colvez A. ir kt., 2002).

Tuo tarpu socialinio palaikymo (paramos) statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų ir moterų buvo rastas tik informaciniame socialiniame palaikyme. Rezultatai parodė, kad moterys jaučia didesnę informacinį socialinį palaikymą, nei vyrai. Reikėtų atsižvelgti į tai, kad tyrime dalyvavo ženkliai daugiau moterų, nei vyrų, tačiau tikėtina, kad moterys linkę labiau dalintis savo problemomis nei vyrai, todėl bendraujant, naudingų patarimų, stresinėje slaugymo situacijoje, gauna daugiau.

Analizuojant reiškinius pagal amžių, reikšmingų skirtumų nenustatyta, išskyrus prierašumo stiliaus skalėse. Buvo nustatyta, kad vyresniems tiriamiesiems labiau būdingas saugus prierašumas, nei jaunesniems. Užsienio literatūroje straipsnių, kur tyrinėjami jaunesni ir vyresni suaugusieji, rasti nepavyko. Tačiau atsižvelgiant į tai, kad prierašumo stilius susiformuoja vaikystėje ir suaugusiojo amžiuje praktiškai nekinta, toks rezultatas tikėtina, yra atsitiktinis.

Analizuojant reiškinius pagal išsilavinimą, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Rezultatai parodė, kad aukštąjį išsilavinimą turintys tiriamieji jaučia didesnę bendrą socialinį, informacinį ir instrumentinį socialinį palaikymą, nei tie tiriamieji, kurie įgijo „kitokį nei aukštąjį išsilavinimą. Galimas paaiškinimas yra tas, jog aukštąjį išsilavinimą turintys tiriamieji yra išsiugdę gebėjimą informaciją susirasti patys. Jiems mažiau reikia pagalbos sprendžiant informacinę problemą, nei žemesnį išsilavinimą turintiems žmonėms. Tikėtina, kad aukštąjį išsilavinimą turintys

tiriamieji užima aukštesnes pareigas, jų finansinė padėtis geresnė, nei „kitokį nei aukštąjį“ išsilavinimą turinčių tiriamųjų. Todėl jie gali turėti galimybę pasinaudoti mokama pagalba slaugant artimąjį. Būtina atsižvelgti į tiriamųjų skaičių kiekvienoje grupėje. Aukštąjį išsilavinimą sudarė maža dalis lyginant su „kitokį nei aukštąjį“ įgijusių tiriamųjų. Todėl vienareikšmiškai to teigti negalima, reikia išsamesnių tyrimų.

Apibendrinant gautus rezultatus sociodemografiniais veiksniais, galima pastebėti, jog rūpinimosi naštos socialinio palaikymo ir išsilavinimo grupėse, didžiausią įtaką turi lytis.

Tikrinant **pirmąją hipotezę** buvo tikimasi, kad rūpinimosi našta bus susijusi su abiem nesaugaus prieraišumo stiliais. Tačiau, nustatyta, kad didesnę rūpinimosi našta jaučia tik tie tiriamieji, kuriems labiau būdingas neramus prieraišumo stilius. Taip pat buvo patikrinti skirtumai pagal lytį ir išsilavinimą. Nustatytos sąsajos tarp rūpinimosi naštos ir prieraišumo stiliaus tik moterų grupėje. Šioje grupėje nustatytos rūpinimosi naštos sąsajos su abiem nesaugaus prieraišumo stiliais. Tokie tyrimo rezultatai galėjo nulemti tai, kad tyrime dalyvavusių daugiausiai buvo moterys. Lietuvoje vis dar gajus patriarchalinis požiūris, kuris akcentuoja artimojo globą ar slaugą patikėti moteriai, kaip vieną iš jai priklausančių vaidmenų. Tačiau ir daugelis užsienio tyrimų, parodė, kad moterys žymiai dažniau įtraukiamos į slaugos procesą, kuris reikalauja nuolatinio sunkaus darbo (Miller B ir kt., 1992). Moterys globėjos emocingiau įsitraukia į slaugos procesą ir reaguoja impulsyviau. (Feeney BC, Collins NL., 2001). Atsižvelgiant į tai, akivaizdu, kad lytis atlieka svarbų vaidmenį rūpinimosi procese. Sąsajos tarp rūpinimosi naštos ir prieraišumo stiliaus būdingos tik kitokį nei aukštąjį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems. Šioje grupėje nustatytos rūpinimosi naštos sąsajos su abiem nesaugaus prieraišumo stiliais. Atsižvelgiant į tai, galima daryti prielaidą, kad nesaugiai prieraišūs asmenys sunkiau priima stresines situacijas, jiems sudėtingiau siekti mokslo ar karjeros aukštumų. Natūraliai tokie asmenys sunkiau susidoroja su artimojo liga ir slauga.

Apibendrinant, galima teigti, kad pirmos hipotezės rezultatai atitinka Vilchinsky ir kt., (2015) tyrimo rezultatus, kuriuose teigiama, kad kuo daugiau nerimastingą prieraišumo stilių turintis slaugytojas perkelia dėmesį nuo savo poreikių prie sergančio žmogaus poreikių, didėjant slaugymo krūviui, tuo jis labiau kenčia, tuo tikėtina didėja slaugymo našta (Vilchinsky, Noa, Dekel ir kt., 2015).

Kaip ir buvo tikimasi, **antra hipotezė** pasitvirtino. Nustatyta, kad nesaugaus prieraišumo stiliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais. Mažesnę socialinį palaikymą jaučia tie tyrimieji, kuriems būdingas nesaugus prieraišumo stilius (neramus ir vengiantis). Ši koreliacija patvirtina tyrimo duomenis, kad neramaus ir vengiančio prieraišumo stiliaus asmenys jaučiasi bejėgiai prašydami kitų paramos arba imdamiesi pozityvių priemonių, kad pagerintų savo socialinius tinklus (Mallinckrodt, Wei, 2005). Neramūs ir vengiantis prieraišumo stiliai susiję su neefektyviu problemų sprendimu, depresinėmis nuotaikomis, nerimu, neviltimi, pykčio protrūkiais, neadaptivi

perfekcionizmu, priešišku, didesniu emocionalumu ir emociniu stresu. Bettmann J.E. (2006) mano, kad nesaugaus (vengiančio ir neramaus) prierašumo stilių turintys asmenys yra įsitikinę, kad kiti yra nepatikimi ir negali jiems padėti.

Be to nustatyta skirtumų pagal lytį. Sąsajos tarp socialinio palaikymo ir visų prierašumo stilių būdingos tiek moterų, tiek vyrų grupėse, išskyrus neramų prierašumą vyrų grupėje. Neramus prierašumas vyrų grupėje buvo nesusijęs su socialiniu palaikymu. Viena vertus, šis rezultatas gali būti nulemtas grupių pasiskirstymo netolygumu, tačiau taip pat gali atspindėti ir tam tikrus esminius lyčių skirtumus. Tikėtina, kad vyrams iš esmės labiau būdingas vengiantis nei neramus prierašumo stilius, nes kalbant apie vengiantį stilių, jis pasižymi stipriu savarankiškumu ir polinkiu atskirti suvokimą ir emocijas (Mikulincer, 2009)

Nustatyta ir skirtumų pagal išsilavinimą. Sąsajos tarp socialinio palaikymo ir visų prierašumo stilių būdingos tik kitokį nei aukštasis išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems (su saugiu prierašumu teigiamos sąsajos; su vengiančiu ir neramiu – neigiamos). Aukštąjį išsilavinimą įgijusiems tiriamiesiems saugaus prierašumo stiliaus sąsajos būdingos visose socialinio palaikymo skalėse, išskyrus informacinį socialinį palaikymą. Aukštojo išsilavinimo grupėje neramaus prierašumo stiliaus rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais; aukštojo išsilavinimo grupėje vengiančio prierašumo stiliaus rodikliai susiję su žemesniais bendro socialinio palaikymo ir emocinio socialinio palaikymo rodikliais. Kaip jau anksčiau minėta, galimas to paaiškinimas yra tas, jog aukštąjį išsilavinimą turintys tiriamieji yra išsiugdę gebėjimą informaciją susirasti patys. Jiems mažiau reikia pagalbos sprendžiant informacinę ar instrumentinę problemą, nei žemesnį išsilavinimą turintiems žmonėms, dar ir dėl didesnių finansų, galimai platesnio žmonių pagalbos rato ir pan. Kita vertus, žemas išsilavinimas gali dar labiau stiprinti asmens polinkį į nesaugų prierašumą, nes su žemu išsilavinimu žmogus mažiau saugiai jaučiasi socialinėje aplinkoje, nei aukštąjį išsilavinimą įgijęs. Tačiau tokioms prielaidoms reikalingi išsamesni tyrimai, juo labiau, kad šių grupių pasiskirstymas šiame tyrime buvo netolygus.

Kaip ir buvo tikimasi, tikrinant **trečią hipotezę** nustatyta, kad šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi našta susijusi su visais žemesniais socialinio palaikymo rodikliais, išskyrus emocinę socialinę paramą. Šio tyrimo rezultatai patvirtina, kad besirūpinantys demencija sergančiais artimaisiais, susiduria su įvairiais sunkumais, o socialinė parama jiems ne visada prieinama (Coetsee, 2007).

Be to nustatyti skirtumai tarp lyties. Sąsajos tarp rūpinimosi naštos ir visų socialinio palaikymo skalių būdingos tiek moterų, tiek vyrų grupėse, išskyrus instrumentinį socialinį palaikymą vyrų grupėje. Instrumentinis socialinis palaikymas vyrų grupėje nebuvo susijęs su rūpinimosi našta. To priežastis galima ta, kad dauguma šio tyrimo tiriamųjų buvo moterys. O jei rūpinasi vyras, šalia

dažnai vis tiek būna moteris (žmona, sesuo, duktė, mama). Ksaip teigiama tyrime, kad vyrai, slaugantys sergančią žmoną, o ne moterys, slaugančios savo vyrus, sulaukė daugiau pagalbos iš savo suaugusių vaikų, ypač iš dukterų (Hsiao, 2010).

Buvo nustatyti skirtumai išsilavinimo grupėse. Aukštąjį išsilavinimą turinčių tiriamųjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su žemesniais instrumentinio socialinio palaikymo rodikliais. Kitokį nei aukštąjį išsilavinimą turinčių tiriamųjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su žemesniais bendro, informacinio, instrumentinio socialinio palaikymo rodikliais. To priežastis galima ta, kad demencija sergančio artimojo slaugyme instrumentinio socialinio palaikymo trūksta be išimties visiems (nepriklausomai nuo išsilavinimo), nes tai daugiau priklauso nuo to ar besirūpinantis yra vienintelis sergančio artimojo globėjas, ar jis turi bent laikiną pamainą. Tačiau gauti rezultatai rodo, kad kitokį nei aukštąjį turintiems tiriamiesiems sunkiau susirasti informaciją, kuri padėtų stresinėse situacijose, nes žinojimas, kaip kiti susidorojo su panašiomis situacijomis, sumažina stresą todėl tikėtina, kad dėl to ir bendrą socialinį palaikymą jie jaučia mažesni.

Apibendrinant galima teigti, kad trečios hipotezės rezultatai atitinka Amendolos, Oliveiros ir Alvarengos (2011) tyrimo teiginiui, kad kuo mažesnė suvokiama socialinė parama, tuo didesnė patiriama rūpinimosi sergančiu artimuoju našta. Trečia hipotezė pasitvirtino.

Ketvirtos hipotezės analizė parodė kad žemesni socialinio palaikymo rodikliai ir lytis, o ne prierašumo stilius leido prognozuoti rūpinimosi našta. Tai prieštarauja Karantzo ir kt., (2010) tyrimo rezultatams, kuriuose teigiama, kad prierašumo orientacijos suaugusių vaikų ir vyresnio amžiaus tėvų prognozuoja šeimos slaugymą ir suvokiamą globėjų našta. Galimas to paaiškinimas tas, kad funkcinė pagalba nustelbia prierašumo dinamiką. Rūpinamasi artimu žmogum nepriklausomai, nuo santykių kokybės. Be to, instrumentinė pagalba gali būti teikiama ir stipriai emociškai neišitraukiant. Nes kaip sako Carpenter, (2001) mažai tiesioginio emocinio kontakto yra mažai rizikos nusivilti. Kita vertus vienas iš labiausiai nukentėjusių aspektų slaugant yra socialinis tinklas, kadangi gali trūkti laisvalaikio, sudėtinga derinti priežiūrą su darbu ir iš esmės gali keistis to žmogaus kasdienybė. Socialinio palaikymo nebuvimas gali turėti neigiamos įtakos patiriamai individo savijautai ir sveikatai, ko pasekoje, globėjas patiria vis didesnę rūpinimosi našta. Rezultatai taip pat parodė, kad daugiausiai rūpinimosi našta prognozuoja lytis. Kaip parodė ankstesni rezultatai didesnę rūpinimosi našta jautė moterys. Viena vertus, tam gali turėti įtakos ir netolygus grupių pasiskirstymas. Tačiau kita vertus tyrimai rodo, kad moterys, globojančios sergančius artimuosius, labiau linkusios išvengti problemų ar pačios susidoroti su sunkumais, nesikreipiant pagalbos, tuo tarpu globėjai vyrai yra labiau linkę siekti socialinės paramos į problemą orientuotais būdais (Hsiao, 2010). Taigi, moterys, bandydamos problemas spręsti pačios, tikėtina patiria vis didesnę našta. Atsižvelgiant į tai, akivaizdu, kad lytis vaidina svarbų vaidmenį rūpinimosi procese. Taigi, ketvirta hipotezė nepasitvirtino.

Apibendrinant gautus rezultatus, galima daryti prielaidą, kad potencialių depresijos ir nerimo sutrikimų rizikos faktorių tokių kaip nesaugus prieraišumas ir apsaugančių veiksnių, tokių kaip socialinės paramos tinklo žinojimas, gali būti naudingas kuriant sėkmingas paramos ir intervencijos programas asmenims, slaugantiems demencija sergančius artimuosius.

IŠVADOS

1. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su aukštesniais neramaus prieraišumo stiliaus rodikliais. Moterų ir turinčių kitokį nei aukštasis išsilavinimą globėjų grupėse aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su aukštesniais nesaugaus (vengiančio ir neramaus) prieraišumo stiliaus rodikliais.
2. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni nesaugaus (vengiančio ir neramaus) prieraišumo stiliaus rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais. Analogiškos sąsajos nustatytos moterų ir kitokį nei aukštasis išsilavinimą įgijusių globėjų grupėse. Vyrų grupėje aukštesni vengiančio prieraišumo stiliaus rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais. Aukštojo išsilavinimo grupėje neramaus prieraišumo stiliaus rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais; vengiančio prieraišumo stiliaus rodikliai susiję su žemesniais bendro socialinio palaikymo ir emocinio socialinio palaikymo rodikliais.
3. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais, išskyrus emocinį socialinį palaikymą. Šios sąsajos nustatytos ir kitokį nei aukštasis išsilavinimą įgijusių globėjų grupėje. Aukštąjį išsilavinimą turinčių tiriamųjų aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su žemesniais instrumentinio socialinio palaikymo rodikliais. Moterų grupėje aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su žemesniais visų formų socialinio palaikymo rodikliais; vyrų grupėje aukštesni rūpinimosi naštos rodikliai susiję su žemesniais socialinio palaikymo rodikliais, išskyrus instrumentinį socialinį palaikymą.
4. Demencija sergančiuosius slaugančių globėjų rūpinimosi našta prognozuoja žemesni socialinės paramos rodikliai ir lytis.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Almborg, B. E. (2000). Caregivers of relatives with dementia: experiences encompassing social support and bereavement. *Aging & Mental Health*, 4(1), p. 82-89.
2. Amendola, F., Oliveira, M.A., Alvarenga, M.R. (2011). Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Rev Esc Enferm USP: Journal of the Nursing School of the University of Sao Paulo*, 45(4), p. 884-889.
3. Au, A., Lai, M.K., Lau, K.M., Pan, P.C., Lam, L., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*, 13(5), p. 761–768.
4. Allen, J.P., Porter, M., McFarland, K., McElhaney, K.B., Marsh, P. (2007). The Relation of Attachment Security to Adolescents' Paternal and Peer Relationships, Depression, and Externalizing Behavior. *Child Development*, 78(4), p. 1222 – 1239.
5. Barnes, J. A. (1972). *Social Networkes*. Reading: Addison-Wesley.
6. Barbara A. Wilson BA, Taylor & Francis. (2003). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory and Practice*, p. 198.
7. Bartholomew K., Horowitz L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of pesonality and social psychology*, 61, 226–244.
8. Bale, R. (2014). An examination of social support from an attachment theory perspective: the role of safe-haven and secure-base support in the giving and receiving of care, *Dr.Psych.(Clinical) thesis*. School of Psychology, Deakin University. Prieiga internete: <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30073103/bale-examinationof-2014A.pdf> [žiūrėta 2016-11-22].
9. Bale, R. (2014). An examination of social support from an attachment theory perspective: the role of safe-haven and secure-base support in the giving and receiving of care, *Dr.Psych.(Clinical) thesis*. School of Psychology, Deakin University. Prieiga internete: <http://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30073103/bale-examinationof-2014A.pdf> [žiūrėta 2016-11-22].
10. Balsevičienė B., Šinkariova L. (2011). Suaugusiųjų prierašumo prie partnerio sąsajos su emociniais sunkumais. *Visuomenės sveikata*, 2(53), p. 111-123.
11. Cantor M. H. (1983). Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist* 23:597-604
11. Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults. *Journal of Personality und Social Psychology*, 61, p. 226-244.

12. Bartholomew, K., Shaver, P. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.). *Attachment Theory and Close Relationships* (p. 25-45). New York: Guilford.
13. Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunns, A., Beer, N. (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry*, 41, p. 796-805.
14. Brennan, K.A., Clark, C.L., Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative approach. In J. A. Simpson & W. S. Rhodes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 46 – 76). New York: Guildford Press.
15. Beattie, S. Lebel, S. Tay, J. (2013). The Influence of Social Support on Hematopoietic Stem Cell Transplantation Survival: A Systematic Review of Literature. *Plos One*, 8(4), p. 1-5.
16. Brodaty, H., Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), p. 217–228.
17. Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York, NY: Basic Books.
18. Birutė Balsevičienė. *Suaugusiųjų prieraišumo sąsajos su nerimastingumu ir depresiškumu: psichologijos magistro darbas*. – Kaunas, 2008., Prieiga per internetą: http://vddb.laba.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2008~D_20080828_110042-45044/DS.005.0.01.ETD
19. Butler, S. S., Turner, W., Kaye, L. W., Ruffin, L., Downey, R. (2005). Depression and caregiver burden among rural elder caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(1), p. 47-63.
20. Carpenter, B. C. (2001). Attachment bonds between adult daughters and their older mothers: associations with contemporary caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56, P257–P266
21. Carnelley, K. B., Pietromonaco, P. R., & Jaffe, K. (1996). Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. *Personal Relationships*, 3, 257–278. doi:10.1111/j.1475-6811.1996.tb00116.x
22. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. (2010). Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Arch Gerontol Geriatr*. 50: 267-271. Prieiga internete: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.006> [žiūrėta 2016-11-12].
23. Chan, S. W. (2011). *Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, p. 339–349.
24. Carver, C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, p. 865-883.
25. Chou, A.F., Steward, S.L., Wild, R.C., Bloom, J.R. (2013). Social Support and Survival in Young Women With Breast Carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21, p. 125-133.

26. Coetsee, M. J. (2007). The psychological health implications of social support for the Alzheimer caregiver. *Masters Thesis*. University of Pretoria. Prieiga internete: <http://www.repository.up.ac.za/dspace/bitstream/handle/2263/27526/dissertation.pdf?sequence=1> [žiūrėta 2016-11-05].
27. Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Dwight-Johnson, M. M. (2002). Association of attachment style to lifetime medically unexplained symptoms in patients with hepatitis C. *Psychosomatics*, 43, 206–212. doi:10.1176/appi.psy.43.3.206
28. Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053–1073. doi: 10.1037/0022-3514.78.6.1053
29. Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2010). An attachment theoretical perspective on social support dynamics in couples: Normative processes and individual differences. In K. Sullivan & J. Davila (Eds.), *Support processes in intimate relationships* (pp. 89–120). New York, NY: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195380170.003.0004
30. Coetsee, M. J. (2007). The psychological health implications of social support for the Alzheimer caregiver. *Masters Thesis*. University of Pretoria. Prieiga internete: <http://www.repository.up.ac.za/dspace/bitstream/handle/2263/27526/dissertation.pdf?sequence=1> [žiūrėta 2016-11-20].
31. Carver C. S. (1997). Adult attachment and personality: Converging evidence and a new measure. *Personality and social psychology bulletin*, 23, 865–883.
32. Colvez A, Joel ME, Ponton-Sanchez A, Royer AC., (2002) Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy.*; 60: 219-233. [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00215-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00215-9)
33. Crispi, E. L., schiaffino, K. B., & Berman, W. h. (1997). The contribution of attachment to burden in adult children of institutionalized parents with dementia. *The Gerontologist*, 37, 52–60.
34. Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Dwight-Johnson, M. M. (2002). Association of attachment style to lifetime medically unexplained symptoms in patients with hepatitis C. *Psychosomatics*, 43, 206–212. doi:10.1176/appi.psy.43.3.206
35. Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giraldez, S., Lee Maturana, S.L., Ramirez Perez, M., Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2), p. 235-243.

36. Dodd, Z., Driver, S., Warren, A.M., Riggs, S., Clark, M. (2015.) Effects of adult romantic attachment and social support on resilience and depression in individuals with spinal cord injuries. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 21(1), p.156–156
37. Eng, W., Heimberg, R.G., Hart, T.A., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *USA Emotion*, 1(4), p. 365-80.
38. Feeney, J. A., & Ryan, S. M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health Psychology*, 13, 334–345. doi: 10.1037/0278-6133.13.4.334
39. Feeney BC, Collins NL. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: an attachment theoretical perspective. *J Pers Soc Psychol*; 80 :972–924
40. Fraley R. C., Waller N. G. (1998). Adult attachment patterns: a test of typological model. In J. A. Simpson ir W. S. Rholes (eds.), *Attachment theory and close relationships* (p. 77–114). New York: Guildford press.
41. Florian, V., Mikulincer, M., Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *The Journal of Psychology*, 129(6), p. 665-676.
42. Folstein MF, Basset SS, Anthoniy JG, Ramanoski AJ, Nestadt GR. (1991). Dementia: case ascertainment in a community survey. *J Gerontol*. Prieiga internete: <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/46.4.M132> [žiūrėta 2016-11-20].
43. Fuller, T.L., & Fincham, F.D. (1995). Attachment style in married couples: Relation to current marital functioning, stability over time, and methods of assessment. *Personal Relationships*, 2, 17–34.
44. Garity J. (2006). Caring for a family member with Alzheimer's disease: coping with caregiver burden post-nursing home placement. *J Gerontol Nurs*. 2006; 32: 39-48. PMID:16773862
45. Gillath, O., shaver, P. R., Mikulincer, M., Nitzberg, R. E., Erez, a., & van IJzendoorn, M. h. (2005). attachment, caregiving, and volunteering: Placing volunteerism in an attachment-theoretical framework. *Personal Relationships*, 12, 425–446
46. Gillath, O., Mikulincer, M., Fitzsimons, G. M., Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Bargh, J. A. (2006). Automatic activation of attachment-related goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 1375-1388
47. Graessel, E., Berth, H., Lichte, T., Grau, H. (2014). Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatrics*, 14(23), p. 1-9.

48. Gratao, A.C.M., Vendruscolo, T.R.P., Talmelli, L.F.S., Figueiredo, L.C., Santos, J.L.F., Rodrigues, R.A.P. (2012). Burden and the emotional distress in caregivers of elderly individuals. *Text Context Nursing*, 21(2), p. 304–312.
49. Gevorgianienė, V., Pilkytė, D. (2016). Šeimos narių patirtis globojant Alzheimerio liga sergančius artimuosius. *STEPP: Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika*. Vilnius: VU, 1, p. 21-38.
50. Gustainienė, L., Banevičienė, V. (2014). Vyresnio amžiaus žmonių psichologinių bei socialinių veiksnių, psichosocialinio prisitaikymo ypatumai socialinių ir demografinių duomenų atžvilgiu. *Socialinis darbas*, 13(2), p. 248-262.
51. Haley WE, Levine E, Brown S, Berry J, Hughes G. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia.
52. Hawkins, A. C., Howard, R. A., Oyebode, J. R. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology*, 16, p. 563-572.
53. Harding R, Higginson IJ, Donaldson N. (2003). The relationship between patient characteristics and carer psychological status in home palliative cancer care.
54. Hazan, C., Shaver, P. R. (1997). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, p. 511-524.
55. Holdsworth, J. K. (2013). Burden of Care Impacting Family Caregivers of Dependent Community-Dwelling Older Adults in Rural and Urban Settings of Southern Turkey: A Mosaic of Caregiver Issues and Recommendations. *Doctor Thesis*. Germany: Technical University of Dortmund. Prieiga internete: <https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/30138/1/Dissertation.pdf> [žiūrėta 2016-10-27].
56. Hong, L., Kyrouac, G. A., McManus, D. Q., Cranston, R. E., Hughes, S. (2012). Unmet Home Care Service Needs of Rural Older Adults With Alzheimer's Disease: A Perspective of Informal Caregivers. *Journal of Gerontological Social Work*, 55(5), p. p. 409–425.
57. Hollist, C. S. Miller, R. B. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations*, 54, p. 46-57.
58. Ho, B., Friedland, J., Rappolt, S., Noh, S. (2003). Caregiving for relatives with Alzheimer's disease: Feelings of Chinese-Canadian women. *Journal of Aging Studies*, 17(3), p. 301-321.
59. Hooyman, N. R., Kiyak, H. A. (2008). *Social gerontology: A multidisciplinary perspective (8th ed.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
60. Hoff, A., Hamblin K. (2011). Carers@Work Carers between Work and Care. Conflict or Chance? *International Report*. Prieiga internete: <http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/VW%20CarersAtWork%20Comparative%20Report.pdf> [žiūrėta 2016-10-23].

61. Hsiao, C. Y. (2010). Family demands, social support and caregiver burden in Taiwanese family caregivers living with mental illness: the role of family caregiver gender. *Journal of Clinical Nursing*, 19, p. 3494–3503.
62. Hsiao, CY., Van Riper, M. (2009). Individual and Family Adaptation in Taiwanese Families of Individuals with Severe and Persistent Mental Illness (SPMI). *Research in Nursing and Health*, 32, p. 307– 320.
63. Yurtsever1 S., Özge A., Kara A., Yandım A., Kalav S., Yeşil P. (2013). The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patients family caregivers: Cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 3, No. 9
64. Jatužis, D. (2001). Demencija – XXI amžiaus žmonijos problema. *Nervų ir psichikos ligos: specializuotas „Gydymo menas“ priedas*, 3: 7–11
65. Jankūnaitė D., Užaitė V. (2011). Globėjo, besirūpinančio Alzheimerio liga sergančiu artimuoju, streso įveikimas. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai* ISSN 2029-0470
66. Karantzas, G.C., Evans, L., & Foddy, M. (2010). The role of attachment in current and future parent caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 10.1093/geronb/gbq047
67. Karantzas, G. C., Cole, S. F. (2011). Arthritis and support seeking tendencies: The role of attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(4), p. 404-440.
68. Kaufman, A. V., Kosberg, J. I., Leeper, J. D., & Tang, M. (2010). Social support, caregiver burden, and life satisfaction in a sample of rural African American and White caregivers of older persons with dementia. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(3), p. 251-269.
69. Kraemer H., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. R., & Kupfer, M. D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848 – 856.
70. Kim, H., Chang, M., Rose, K., Kim, S. (2011). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), p. 846-855.
71. Kim, H.S., Sherman, D.K., Taylor, S.E. (2008). Culture and social support. *American Psychologist*, 63(6), p. 518-526.
72. Kim Y., Carver C. S., Deci E. L., Kasser T. (2008). Adult attachment and psychological well-being in cancer caregivers: The mediational role of spouses' motives for caregiving. *Health psychology*, 27, 144–154.
73. Kim Y., Carver C. S. (2007). Frequency and difficulty in caregiving among spouses of individuals with cancer: effects of adult attachment and gender. *Psycho-Oncology*, 16, 714–723.
74. Kim Y, Kashy DA, Evans T.V. (2007) Age and attachment style impact stress and depressive symptoms among caregivers: A prospective investigation. *Journal of Canc Survivorship: Research and Practice*;1:5–43.

75. Kuscu, M. Kemal; Dural, Uzay; Önen, Pınar; Yaşa, Yeşim; Yayla, Mete; Basaran, Gül; Turhal, Serdar; Bekiroğlu, Nural. (2009). The association between individual attachment patterns, the perceived social support, and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psycho-Oncology*. Sep, Vol. 18 Issue 9, p. 927-935
76. Kiecolt-Glaser JK., Glaser R, Shuttlesworth EC., Dyer CS., Ogrocki P., Speicher CE. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's Disease victims. *Psychosom Med.*; 49: 523-535. PMID:3671639
77. Knight, B. G., Losada, A. (2011). Family caregiving for cognitively or physically frail older adults: Theory, research, and practice. In K. W. Schaie, & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed.) (p. 353-362). Elsevier.
78. Koerin, B., Harrigan, M. (2003). PS. I love you: Long-distance caregiving. In J. L. Howe (Ed.), *Older people and their caregivers across the spectrum of care*. New York: Haworth Press.
79. Kumari, S., Singh, A. R., Verma, A. N., Verma, P. K., Chaudhury, S. (2009). Subjective burden on spouses of schizophrenia patients. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(2), p. 97–100.
80. Khodarahimi, S. Hashim, I. H. M., Mohd-Zaharim, N. (2016). Attachment Styles, Perceived Stress and Social Support in a Malaysian Young Adults Sample. *Psychologica Belgica*, 56(1), p. 65–79.
81. Laible, D. J., Carlo, G., Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, p. 45-59.
82. Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556–567.
83. Mallinckrodt, B., Wei, M. (2005). Attachment, Social Competencies, Social Support, and Psychological Distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), p. 358–367.
84. Moritz DJ, Kasl SV, Berkman L. (1989). The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: depressive symptoms and social functioning. *J Gerontol*; 44 (suppl.): 17-27. <http://dx.doi.org/10.1093/geronj/44.1.S17>
85. Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2008). Attachment relationships as determinants of physical health. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36, 11–32. doi:10.1521/jaap .2008.36.1.11
86. Monin JK., Schulz R., Feeney BC, Cook TB. (2010). Attachment insecurity and perceived partner suffering as predictors of personal distress. *Journal of Experimental Social Psychology*; 46:1143–1147
87. Malmgren R, Coffey CE, Cummings JL. (2000). Epidemiology of aging. Textbook of Geriatric Neuropsychiatry. *The American Psychiatric Press*

88. Montgomery, R. J. V., Goneya, J. C., Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, p. 19-26.
89. Montgomery, R.J.V., Rowe, J.M., Kosloski, K. (2006). Family Caregiving. In C.N. Dulmus & J.A. Blackburn (Eds.), *Handbook of Gerontology: Evidence - Based Approaches to Theory, Practice, and Policy* (p. 426 - 454). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Ltd.
90. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12, 149–168. doi:10.1111/j.1350-4126.2005.00108.x
91. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2009). An attachment and behavioral systems perspective on social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 7–19. doi:10.1177/0265407509105518
92. Miller B, Cafasso L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact. *Gerontologis.*; 32 :498–507.
93. Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Marasco, C., Guarneri, M., Maj, M. (2003). The effect of social network on burden and pessimism in relatives of patients with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), p. 302-309.
94. Madden – Dertich, D.A., Estrada A.U., Sales L. J., Leonard S.A., Updegraff K. A., (2002) Young adolescent' experiences with parents and friends: exploring the connections. *Journal of Family relationship*, 51, p. 72-80.
95. Murphy, B., Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality Individual Differences*, 22, p. 835-844.
96. Mittelman, M.S. (2002). Family caregiving for people with Alzheimer's disease: Results of the NYU Spouse Caregiver Intervention Study. *Generations*, 26(1), p. 104-106.
97. Macijauskienė, J. (2008). Sergančiųjų Alzheimerio liga ir kitomis demencijomis priežiūra ir slauga. Kaunas: Vitae litera
98. Nicholls Wendy, Hulbert-Williams, Nick, Bramwell, Ros. (2014). The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*. Oct, Vol. 23 Issue 10, p1083-1095.
99. Nele S., Audenhove Ch. A., Lammertyn F., Storms G. (2002). The quality of the caregiving relationships in informal care for older adults with dementia and chronic psychiatric patients. *Psychology and psychotherapy*, 75 (3), 295–311.
100. Nelis Sh. M., Clare L., Whitaker Ch. J. (2012). Attachment representations in people with dementia and their carers: Implications for well-being within the dyad. *Aging and mental health*, 16 (7), 845–854.

- 101.Oshodi, Y.O., Adeyemi, J.D., Aina. O.F., Suleiman, T.F., Erinfolami, A.R., Umeh, C. (2012). Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 15, p. 99–105.
- 102.Pereg, D. (2001). Mood and cognition: The moderating role of attachment style. Unpublished doctoral dissertation, Bar-Ilan University, Israel.
- 103.Posada, G., Kaloustian, G., Richmond, M.K., Moreno. (2007). Maternal secure base support and preschoolers' secure base behavior in natural environments. *Attachment and Human Development*, 9(4), p. 393-411.
- 104.Porter LS, Keefe FJ, Davis D, Rumble M, Scipio C, Garst J.(2012). Attachment styles in patients with lung cancer and their spouses: Associations with patient and spouse adjustment. *Supportive Care in Cancer*;20:2459–2466.
- 105.Piščalkienė, V., (2014) The Evaluation of Experience in Communication with Health and Social Professionals by Older People. *Health Sciences*. Nr. 97., p. 5-16.
- 106.Proot, I., Abu-Saad, H., Crebolder, H., Goldstein, M., Luker, K., Widdershoven, G. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: Balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, p. 113-121.
- 107.Qureshi H, Patmore C, Nicholas E, Bamford C. (2000). Outcomes in community care practice. Overview: outcomes of social care for older people and caregivers. *York, The University of York*.
- 108.Romaniello C., Farinelli M., Matera N., Bertoletti E., Pedone V., Northoff G. (2015). Anxious attachment style and hopelessness as predictors of burden in caregivers of patients with disorders of consciousness: A pilot study. *Apr*, Vol. 29 Issue 4, p466-472.
- 109.Reinhard, C., Given S., B., Petlick N.H., Bemis A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses (Chapter 14)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- 110.Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F. A. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16(12), p. 1080-1091.
- 111.Roring, S.A. (2008). The relationships among adult attachment style, perceived social support, and social anxiety in college students. *Master Thesis*. Oklahoma State University.
- 112.Richman J. M., Rosenfeld L. B., Hardy C. J. (1993). The Social Support Survey: An Initial Validation Study of a Clinical Measure and Practice Model of the Social Support Process. *Research on Social Work Practice*, 3, p. 288-311.
- 113.Rimkus, V., Žemgulienė, S. (2013). Socialinės rizikos šeimų socialinio tinklo ir jo teikiamo socialinio palaikymo aspektai. *Tiltai*, 1(62), p. 169-183.

- 114.Rabinowitz, Y.G., Mausbach, B.T., Coon, D.W., Cepp, C., Thompson, L.W., & Gallagher-Thompson, D. (2006). The moderating effect of self-efficacy on intervention response in women family caregivers of older adults with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, p. 642–649.
- 115.Rapp, S.R., Shumaker, S., Schmidt, S., Naughton, M., Anderson, R. (1998). Social resourcefulness: Its relationship to social support and well-being among caregivers of dementia victims. *Aging and Mental Health*, 2(1), p. 40–48.
- 116.Sadava, S. W., Busseri, M. A., Molnar, D. S., Perrier, C. P. K., & DeCourville, N. (2009). Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 604–633. doi:10.1177/0265407509354402.
- 117.Schwarz, B., Trommsdorff, G. (2005). The relation between attachment and intergenerational support. *European Journal of Ageing*, 3, p. 192–199.
- 118.Sander AM, High WMJ, Hannay HJ, Sherer M. (1997). Predictors of psychological health in caregivers of patients with closed head injury. *Brain Injury*; 11: 235-249. PMid:9134198 <http://dx.doi.org/10.1080/026990597123548>
- 119.Shaver, P. R., Mikulincer, M., & Shemesh-Iron, M. (2010). A behavioralsystems perspective on prosocial behavior. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature* (pp. 73–91). Washington, DC: APA. doi:10.1037/12061-004.
- 120.Shaver, P. R., Belsky, J., Brennan, K. A. (2000). The Adult Attachment Interview and self reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, p. 25-43
- 121.Sherbourne, C. D., Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, p. 705–714.
- 122.Schumacher, L. A. (2010). The caregiver's journey: A phenomenological study of the lived experience for caregivers in the sandwich generation who care for a parent with dementia. *Master's Thesis*. University of Iowa. Prieiga internete: <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1784&context=etd> [žiūrėta 2016-10-26].
- 123.Sivrioğlu EY. (2004). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyodemografik özellikler ve bakım verme biçiminin depresyon düzeyi ile ilişkisi (Alzheimer disease caregivers sociodemographic characteristics and the relationship between care and depression). *Yeni Symposium (New Symposium)*.; 42: 55-59
- 124.Settineri, S. Rizzo, A., Liotta, M. & Mento, C. (2014). Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), p. 30-39.

125. Smeltzer SC, Bare BG. (1996). Textbook of Medical Surgical Nursing. (5th ed.). New York: Lippincott Company
126. Shaw WS, Patterson TL, Semple SJ, Dimsdale JE, Ziegler MG, Grant I. (2003). Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *J Psychosom Res.* 54: 293-302. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00412-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00412-9)
127. Sučylaitė, J. (2015). Asmenų, slaugančių artimuosius, emocinių išgyvenimų, savo sveikatos vertinimo ir gyvenimo kokybės sąajos. *Visuomenės sveikata*, 1, p. 56-62.
128. Savage, S., Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: A review of the literature. *Australian Health Review*, 27(1), p. 111-117.
129. Suslavičius A. (2000). *Paremiamoji psichologija*. Kaunas: Šviesa.
130. Schofield G., Beek M. (2006). Attachment handbook for foster care and adoption. UK: BAAF.
131. Užaitė, V., Naujanienė, R. (2006). Artimųjų, globojančių seno amžiaus žmogų šeimoje, patirtis. *STEPP: Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika*. Vilnius: VU, 3, p. 119-131.
132. Valeikienė, V.; Skalskis, R. (2008). Alzheimerio ligos ankstyvieji požymiai bendrosios praktikos slaugytojų darbe, *Gerontologija*, 9(2): 99–102
- Vogel, D. L., Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: The mediating roles of psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), p. 347-357.
133. Varona R, Saito T, Takahashi M, Kai I. (2007). Caregiving in the Philippines: A Quantative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. *Arch Gerontol Geriatr.* 45: 27-41. PMID:16982103 <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2006.07.007>
134. Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2015. Prieiga: http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=category&id=12&Itemid=23 [žiūrėta 2016 11 24]
135. Vilchinsky, Noa, Dekel, Rachel, Revenson, Tracey A., Liberman, Gabriel, Mosseri, Morris. Caregivers' burden and depressive symptoms: The moderational role of attachment orientations. *Health Psychology*, Vol 34(3), Mar, 2015. pp. 262-269.
136. World Health Organization. (2016) prieiga: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ [žiūrėta 2016 11 24].
137. Winnicott W. (2000). Vaikas, šeima ir išorės pasaulis. Vilnius: Via Recta, Tev.
138. Zhu, S., Hu, J. Efrid, J. T. (2012). Role of social support in cognitive function among elders in central China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), p. 2118-2125.

PRIEDAI

Priedas nr. 1



VYTAUTO DIDŽIOJO
UNIVERSITETAS
— M C M X X I I —

ANKETA

Esu sveikatos psichologijos magistrantė Jūratė Cikanavičienė. Atlieku mokslinį tiriamąjį darbą artimųjų rūpinimosi tema. Anketos pagalba, mes norime sužinoti rizikos faktorius ir apsaugančius veiksnius, kurie gali būti naudingi asmenims slaugantiems demencija sergančius pacientus. Prašau atsakyti į visus pateiktus klausimus. Anketa anoniminė, visa informacija bus naudojama tik moksliniais tikslais. Iš anksto dėkoju už nuoširdžius atsakymus.

	Jūsų atsakymai (apibraukite tinkamiausią Jums variantą)
Lytis	1. vyras 2. Moteris
Amžius	
Išsilavinimas	1. Vidurinis 2. Aukštesnysis 3. Profesinis 4. Aukštasis
Šeimyninė padėtis	1. vedęs/ ištekęjusi 2. išsiskyręs (-usi) 3. nevedęs/ netekėjusi 4. Našlys/ našlė

Šeimos narius slaugančių asmenų rūpinimosi naštos skalės pavyzdys (angl. Burden Scale for Family Caregivers, BSFC-short/BSFC-s)

Teiginiai	Sutinku su teiginiu (3)	Labiau sutinku, nei nesutinku (2)	Labiau nesutinku, nei sutinku (1)	Nesutinku su teiginiu (0)
1. Dėl rūpinimosi / slaugymo sumažėjo mano pasitenkinimas gyvenimu	☐	☐	☐	☐
2. Aš dažnai jaučiuosi fiziškai išsekęs	☐	☐	☐	☐
3. Aš kartais trokštu ištrūkti iš susidariusios situacijos	☐	☐	☐	☐
4. Kartais aš nesijaučiu savimi	☐	☐	☐	☐
5. Rūpinimasis / slaugymas sumažino mano pragyvenimo lygį	☐	☐	☐	☐

Suaugusiųjų prierašumo skalės pavyzdys (Angl. Adult attachment and personality:
Converging evidence and a new measure, Carver, C. S. (1997))

Teiginiai	Sutinku su teiginiu (4)	Labiau sutinku, nei nesutinku (3)	Labiau nesutinku, nei sutinku (2)	Nesutinku su teiginiu (1)
1. Kai su kuo nors esu artimas, tai suteikia komforto jausmą gyvenimui apskritai.	☐	☐	☐	☐
2. Dažnai nerimauju, kad mano partneris iš tiesų manęs nemyli.	☐	☐	☐	☐
3. Man sudėtinga pasiekti, kad kiti man būtų tiek artimi, kiek aš noriu.	☐	☐	☐	☐
4. Man paprasta būti artimu su kitais.	☐	☐	☐	☐
5. Dažnai nerimauju, kad mano partneris nenorės su manimi likti.	☐	☐	☐	☐
6. Kiti nori iš manęs daugiau artumo – tiek, kiek suteikdamas jausčiau diskomfortą.	☐	☐	☐	☐

Socialinio palaikymo klausimyno pavyzdys (angl. The Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS; Sherbourne, Stewart, 1991)

Eil. Nr.	Teiginiai	Niekada	Kartais	Viduti- niškai	Dažnia usiai	Visa da
1.	Yra kas išklauso, kai jums prireikia išsikalbėti.	1	2	3	4	5
2.	Yra kas padeda suprasti situaciją suteikdamas jums informaciją.	1	2	3	4	5
3.	Yra kas duoda gerą patarimą sunkioje situacijoje.	1	2	3	4	5
4.	Yra kažkas, kuo galite pasitikėti ar papasakoti apie save bei savo problemas.	1	2	3	4	5
5.	Yra žmogus, kurio patarimus jūs tikrai vertinate.	1	2	3	4	5