

2017 / 2018 ikasturtea

**ALZHEIMERRA DUTEN GAIXOEN ZAINZAILE
INFORMALENTZAKO ERIZAINZAKO INTERBENTZIOEN
EMAITZAK**

Uxue Rogado Astigarraga

Zuzendaria: Maria Isabel Elorza Puyadena

LABURPENA

Sarrera: Adineko pertsona kopurua handitzen doan heinean Alzheimer gaixotasunaren maiztasunak gora egiten du. Alzheimerra endekapenezko gaixotasun progresiboa da eta bere sintomarik esanguratsuena oroimenaren galera da. Alzheimerra duten gaixoen % 80 inguru bere familiagatik etxean zaindua izaten da.

Helburua: Alzheimerra duten pertsonen Zaintzaile Nagusiei erizaintza zainketak ematean lortzen diren emaitzak azaltzea.

Metodologia: Literaturaren errebisio bibliografikoa burutu da. *PIO* galdera formulatu eta gako – hitzak aukeratu ostean bilaketa bost datu – baseetan egin da. Horrez gain, Euskal Herriko Unibertsitateko liburutegiko katalogotik lau liburu eta osasunean eta Alzheimer gaixotasunean adituak diren hainbat gida, web orrialde eta estatistika datu – base erabili dira. Guztira lanaren helburuak betetzeko 31 dokumentu erabili dira.

Lanaren garapena: Zaintzaile Nagusia formakuntza espezifikorik izan gabe eta trukean ordainsaririk eskuratu gabe zainketa prozesuaren ardura nagusia bere gain hartzen duen Zaintzaile Informala da. Zaintzaile Nagusien bizi – kalitatea hobetzeko erizaintza interbentzio psikosozialen artean (psiko – heziketa, meditazioa, zainketen erreleboa...) eraginkorra berregituraketa kognitiboa izan da. Interbentzio fisikoak zaintzaileen osasunean onurak frogatu ditu eta zaintzaileek gaixoekin batera estimulazio kognitiboa lantzeak zaintzaileengan Alzheimerren inguruko ezagutza handitzeko eta gaixoei eskainitako arreta hobetzeko nahia eragin ditu.

Eztabaida: Lanean zehar azaldutako erizaintza interbentzioak *NANDA – Internationalek* biltzen dituen *NIC (Nursing Interventions Classification)*-ekin alderatzerako orduan, interbentzio gehienak *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzea (00061)* eta *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzeko arriskua (00062)* etiketa– diagnostikoetan jasota daudela ikusi da. Hala ere, interbentzio batzuk ez dira bi etiketa – diagnostiko horiekin zuzenean lotzen eta beste hainbat ez dira *NANDA – In* jasotzen.

Ondorioak: Zaintzaile Nagusia izaten da gaixoaren ardura nagusia hartu ohi duen pertsona. Etengabeko zainketak emateak zaintzailearen bizi – kalitatea okertzen duten aldaketa biopsikosozialak eragiten dituela ikusi da. Errealitate honi aurre egiteko, Alzheimerra duten gaixoen Zaintzaile Nagusiei zuzendutako erizaintza interbentzio ezberdinen emaitzak azaldu ostean, interbentzioak zaintzaileen bizi – kalitatea hobetzeko eraginkorrak izan direla esan daiteke.

Gako – hitzak: Alzheimer gaixotasuna, familiako zaintzaileak eta erizaintza arreta.

AURKIBIDEA

1. SARRERA	1
2. HELBURUAK.....	3
3. METODOLOGIA	4
4. LANAREN GARAPENA	6
4.1. Zaintzaile Informala	6
4.1.1. Zaintzaile Nagusia	6
4.1.2. Bigarren Mailako Zaintzailea	6
4.1.3. Soldatapeko Zaintzaile Ez Profesionala	6
4.2. Zaintzaile Nagusiaren gaur egungo perfila	7
4.3. Zaintzaile Nagusiak betetzen dituen ohiko ardurak.....	8
4.4. Zaintzaile Nagusia izatearen ondorioak	10
4.4.1. Ondorio psikologikoak.....	11
4.4.2. Ondorio sozialak	11
4.4.3. Ondorio fisikoak	12
4.5. Erizaintza interbentzioen emaitzak	13
4.5.1. Interbentzio psikosozialen emaitzak.....	14
4.5.2. Interbentzio fisikoen emaitzak	19
4.5.3. Gaixoari eta zaintzaileari zuzendutako interbentzioen emaitzak.....	20
4.6. Erizaintza zainketei uko egitea	21
5. EZTABAIDA.....	23
6. ONDORIOAK.....	26
7. BIBLIOGRAFIA.....	28

TAULEN AURKIBIDEA

1. **Taula.** *PIO* egitura, osasun deskriptoreak eta gako - hitzak.....4
2. **Taula.** Artikuluak hautatzeko barneratze- eta kanporatze - irizpideak.....5

ERANSKINEN AURKIBIDEA

1. **Eranskina.** Datu – baseetan erabilitako bilaketa – bideak, iragazkiak eta aukeratutako artikulu kopurua.
2. **Eranskina.** Datu – baseetatik aukeratutako artikuluen datuak, ebidentzia mailaren arabera ordenatuak.
3. **Eranskina.** Zainketak ematearen aspektu positiboak eta negatiboak.
4. **Eranskina.** Zaintzaileen ustez zainketak emateak aisialdian eta harreman sozialetan eta osasunean dituen ondorioak.
5. **Eranskina.** ZBI (*Zarit Caregiver Burden*) Eskala.
6. **Eranskina.** MADRS (Depresioa ebaluatzeko Montgomery-ren eta Asberg-en Eskala).
7. **Eranskina.** SCQ (Gaitasun Zentruaren Galdera – Sorta).
8. **Eranskina.** RMBPC (*Revised Memory and Behaviour Problems Checklist*).
9. **Eranskina.** ANT (*Attentional Network Test*).

1. SARRERA

Munduko populazioaren bizi – itxaropena luzatzen doan heinean, adineko pertsonen kopurua handitzen doa (Espainian, 2050. urtean hiru pertsonetatik batek 65 urtetik gora edukiko dituela kalkulatzen da (1)), eta ondorioz, Alzheimer gaixotasunaren maiztasuna handiagoa izango dela estimatzen da (2, 3).

Aurre ikuspenak betetzen badira, Espainian, 2030. urtean demenzia duen pertsona kopurua 600.000 pertsonara igoko da eta 2050. urtean miloi bat pertsona ingurura (1). Demenzia kasuen artean % 60 – 70 inguru Alzheimer gaixotasunak eragindakoak dira (4).

Horrez gain, Alzheimer gaixotasunaren prebalentziak eta intzidentziak gora egiten dute adinarekin eta emakumezkoetan handiagoak dira. *Eurodem* ikerketaren arabera, European, prebalentzia 65 – 69 urte bitartean % 0,6 – % 0,7 ingurukoa izatetik, 89 urtetik gorakoan artean gizonezkoetan % 17,6 eta emakumezkoetan % 23,6 izatera iristen da (4).

Espainian, 65 urtetik gorako biztanleriaren artean Alzheimerraren prebalentzia % 5ekoa da (3). Honek Alzheimerra hirugarren heriotza kausa bezala kokatzen du industrializaturiko herrialdeetan, minbiziaren eta gaixotasun kardiobaskularren atzetik (5). Gaixotasunaren intzidentziari dagokionez, 65 – 70 urte bitarteko pertsonetan 1.000 pertsonako 1 – 3 kasu izatetik, 95 urtetik gorakoan artean 1.000 pertsonako 65 kasutik gora izatera iristen da (4).

Euskal Autonomia Erkidegoan, 2012. urtean Alzheimer gaixotasunak 673 heriotza eragin zituen eta 2002 – 2012 urteen bitartean Alzheimerraren ondoriozko heriotzak % 55,1 igo ziren (6).

Alzheimerra endekapenezko gaixotasun progresiboa da. Klinikari dagokionez narriadura kognitiboagatik nabarmentzen da eta neuropatologiari dagokionez haril neurofibrilarrengatik eta plaka neuritikoengatik (2, 7). Kasu gehienetan ausazko agerpena izaten duen arren, familia kasuak ere ezagutzen dira (4).

Alzheimerraren sintomarik esanguratsuena noizean behingo oroimenaren galera da, hasiera batean, informazio berria gordetzeko zailtasunagatik adierazten dena. Beranduago, hizkera, espazio – ikusmen gaitasunak, sormen gaitasunak, jokabide motoreak eta funtzio exekutiboa kaltetzen dira (4).

Gaitzak aurrera egin ahala, pertsonak Eguneroko Oinarrizko Bizi Jarduerak egiteko autonomia galtzen du (4) eta gaixoen gehiengoak sintoma psikologikoak (herstura eta depresioa bereziki) eta portaera aldaketak (eldarnioak, haluzinazioak, noraezean ibiltzea eta oldarkortasuna) izaten ditu (2).

Arlo ekonomikoari erreparatuz, demenziak gastu publikoan inpaktu nabarmena eragiten du, bai gobernuentzat, bai komunitateentzat eta baita familia eta banakoentzat ere, osasun eta gizarte arretaren kostuak (2015an munduko barne produktu gordinaren % 1,1 izan ziren) handituz eta diru – sarrerak murriztuz (8).

Gaur egun, Alzheimerra pairatzen duten pertsonen zainketa familiak hartzen du bere gain kasuen % 80 inguruan (1). Zaintzaile Informalak dependentzia duten pertsonen oinarrizko beharrak eta dependentziak eragindakoak betetzeko sostengua ematen dieten senideak edo lagunak izan ohi dira. Familiako kide guztiek zainketak eman ditzaketen arren, orokorrean, Zaintzaile Nagusiaren papera betetzen duen pertsona egoten da, dependentzia duen pertsonaren zainketaz nagusiki arduratzen den pertsona (9, 10).

lkerketa askok determinatu dute zaintzaileak izaten hasten diren pertsonen gehiengoak ez dagoela horretarako modu egokian prestatuta. Izan ere, zainketak emateak aldaketa biopsikosozialak eragingo ditu haien bizitzan. Zaintzaileek aldaketa horien inguruan ezagutza urriak dituzte eta ez dute euren senidea eta euren burua zaintzeko nahikoa trebeziarik izaten (9). Horrek zaintzailearen zama geroz eta handiagoa bilakatzen du, *Zaintzailearen Burn – out Sindromea* eraginez (11).

Erizaintzako hizkuntza bateratzeko lana egiten duen *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) – International* erakundeak ere Zaintzaile Informalek bizitzen duten errealitate hau jasotzeko erizaintza etiketa – diagnostikoak biltzen ditu (12): *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzea (00061)* eta *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzeko arriskua (00062)*.

Hau guztia jakinda, esan daiteke Alzheimer gaixotasuna lehen mailako osasun arazoa dela (13) eta asistentzia eremu guztietako osasun profesional guztiak inplikatzeko dituela, errekurtsio soziosanitario espezifikoak eskatuz (dementia unitateak, eguneko ospitaleak, zentro psikogeriatrikoak, etab.) (7).

Alzheimerra duten pertsonen eta euren zaintzaileen bizimodua hobetzeko interbentzioekin lortutako emaitzak edo zaintzaileengan eragindako ondorioak aztertzea garrantzitsua izango da beraz, etorkizunera begira eraginkorrak eta pertsona bakoitzari egokituak izango diren erizaintza interbentzioak proposatu ahal izateko lehenengo urrats moduan.

2. HELBURUAK

Lan honen helburuak hauek dira:

Helburu orokorra:

- Alzheimerra duten pertsonen Zaintzaile Nagusiei erizaintza zainketak ematean lortzen diren emaitzak azaltzea.

Helburu zehatzak:

- Zaintzaile Informala zer den eta honen mota nagusiak zeintzuk diren azaltzea.
- Zaintzaile Nagusiaren gaur egungo perfila eta betetzen dituen ardurak identifikatzea.
- Zaintzaile Nagusia izateak dituen ondorio biopsikosozialak deskribatzea.

3. METODOLOGIA

Lan honen helburuei erantzuna eman ahal izateko errebisio bibliografikoa egin da. Horretarako, lehenik eta behin, bilaketa errazteko *PIO* galdera planteatu da: *Zein emaitza lortzen dira Alzheimerra duten gaixoen Zaintzaile Nagusiei erizaintza zainketak ematean? PIO* egituraren bidez, osasun arloko deskriptoreak (*DeCS* eta *MeSH*) eta gako – hitzak aukeratu dira (*Ikus 1. Taula*). Bilaketa 2018/01/10etik 2018/04/02ra egin da honako datu – base hauetan: *Biblioteca Virtual en Salud, Biblioteca Cochrane Plus, PubMed, Cuiden* eta *Dialnet*. Bilaketa zehatzagoa izateko *AND* eta *OR* eragile boolearrak erabili dira.

<i>PIO</i>		<i>DeCS</i>	<i>MeSH</i>	Gako – hitzak
Pertsona	Alzheimer motako dementzia duten pertsonen Zaintzaile Nagusiak.	Enfermedad de Alzheimer. Demencia. Cuidadores Familiares.	Alzheimer Disease. Dementia. Family Caregivers.	Alzheimer Gaixotasuna. Dementia. Familiako Zaintzaileak.
Interbentzioa	Erizaintza zainketak ematea.	Atención de enfermería. Servicios de Enfermería. Enfermería Geriátrica. Enfermería en Salud Comunitaria.	Nursing Care. Nursing Services. Geriatric Nursing. Community Health Nursing.	Erizaintza arreta. Erizaintza Zerbitzuak. Erizaintza Geriatrikoa. Osasun Komunitarioko Erizaintza.
Emaitzak (outcome)	Erabiltzailearengan ikusitako emaitzak.	Evaluación del Resultado de la Atención al Paciente.	Patient Outcome Assessment.	Paziente Arretaren Emaitzaren Ebaluaketa.

1. *Taula*: *PIO* egitura, osasun deskriptoreak eta gako – hitzak. Iturria: propioa.

Lortutako artikuluek hautatutako *PIO* egiturari dioten egokitasuna aztertzeke eta helburuekin lotura dutenak soilik aukeratzeko barneratze– eta kanporatze – irizpideak ezarri dira (*Ikus 2. Taula*).

BARNERATZE – IRIZPIDEAK	KANPORATZE – IRIZPIDEAK
Erizaintza ikuspuntutik idatzita egotea.	Mediku ikuspuntutik idatzita egotea.
Zaintzaileentzako interbentzioetan zentratuta egotea.	Gaixoentzako interbentzioetan zentratuta egotea.
Alzheimerra duten gaixoen zaintzaileetan zentratuta egotea.	Beste gaixotasunen bat duten pertsonen zaintzaileetan zentratuta egotea.
Zaintzaile Informaletan zentratuta egotea.	Zaintzaile profesionaletan zentratuta egotea.

2. Taula: artikuluak hautatzeko aplikatutako barneratze– eta kanporatze – irizpideak. Iturria: propioa.

Bilaketa egin ostean, 11 artikulua erabilgarri aurkitu dira (*Ikus 1. eta 2. Eranskinak*).

Informazio iturriekin jarraituz, Euskal Herriko Unibertsitateko liburutegiko katalogoan bilaketa egin ondoren, bertako lau liburu erabili dira.

Amaitzeko, osasunean eta Alzheimer gaixotasunean adituak diren hainbat gida, web orrialde eta estatistika datu – base ere erabili dira: OME (Osasunaren Munduko Erakundea), IMSERSO (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales*), Espainiako Gurutze Gorria, *La Fundación del Cerebro*, Osasun Sistema Nazionaleko Praktika Klinikorako Gida eta Eustat (Euskal Estatistika Erakundea) besteak beste. Guztira, lanaren helburuak betetzeko 31 dokumentu erabili dira.

4. LANAREN GARAPENA

4.1. ZAINZAILE INFORMALA

Zaintzaileak eguneroko ekintzen edo gizarte harremanen garapen normala zailtzen edo eragozten duen edozein motatako ezgaitasun, elbarritasun edo ezintasun duen pertsona laguntzen edo zaintzen du (10). Zaintzaile Informalak, normalean, ez du bere lanagatik inolako ordainsaririk eskuratzen eta ez du horretarako formakuntza espezifikorik jasotzen (4).

Zaintzaile Informalaren bizitza zaindu behar duen pertsonaren beharren arabera antolatzen da, pixkanaka norberaren denboraren egituraketa (lana, familia, aisialdia...) moldatuz (9, 10). Zaintzaile Informalen artean mota ezberdinak bereizten dira:

4.1.1. ZAINZAILE NAGUSIA

Zainketa prozesuaren ardura handiena bere gain hartzen duen pertsona da eta zaintzen duen pertsonaren senide zuzena edo gertuko laguna izan ohi da. Zaintzaile Nagusiaren ezaugarri bereizgarriak eginkizunetik konpromiso maila altua eta erantzukizun eta estimu handia izatea dira (4, 10).

Zaintzaile Nagusiek ordutegi mugarik gabeko arreta eskaintzen dute maiz. Gaixotasunak aurrera egin ahala eta pertsonaren dependentzia maila handiagoa den heinean arreta eguneko 24 ordukoa izatera irits daiteke, urteko 365 egunetan zehar, eta batzuetan beste 5 urtetako iraupenarekin (4, 10, 14).

4.1.2. BIGARREN MAILAKO ZAINZAILEA

Zaintzaile Nagusien % 66 inguruk beste pertsonaren baten laguntza jaso ohi du (9), batez ere, arlo instrumentalean eta emozionalean. Zaintzaile mota hau Bigarren Mailako Zaintzaile Informala bezala ezagutzen da. Pertsona hauek zainketak emateko "ardurarik ez izan arren", Zaintzaile Nagusiari laguntzen diote eta bere sostengurako elementu garrantzitsuena dira. Hala ere, Espainia mailan zaintzaile talde honen ikuspuntutik emandako sostengua aintzat hartzen duten ikerketa gutxi argitaratu dira (10, 14).

4.1.3. SOLDATAPEKO ZAINZAILE EZ PROFESIONALA

Zaintzaile mota honek bere zerbitzuak eskaintzen ditu dependentzia duten pertsonen zainketak emateko, horretarako formakuntza espezifikorik izan gabe eta trukean konpentsazio ekonomikoa jasoz. Familiako zaintzaileentzat sostengu, laguntza edo ordezkaketa errekurtso izan ohi da eta haien ekintza berdinak burutzen ditu (10).

Espanian, Zaintzaile Informal Ez Profesionalek adineko pertsonen edo dependentzia duten pertsonen zaintzaileen artean hirugarren postua betetzen dute (% 8,7), bikotekideen eta alaben atzetik, eta semeen eta gainontzeko senitartekoen aurretik kokatuz (10).

Azken urteetan, familia egituran emandako aldaketek, emakumea lan munduan sartzeak eta familiek dementzia duten pertsonetan gastuak murrizteko beharrak bezalako faktore ezberdinek zaintzaile mota honen hazkuntza progresiboa ekarri dute. Mota honetako zaintzaileak, oro har, pertsona etorkinak izaten dira, hispanoamerikar jatorrikoak gehienetan, eta 26 – 50 urte bitartekoak. Askotan, ezkontuta egoten dira eta bikotekidearekin bizi dira. Euren jatorriko herrialdeetan bukatu gabeko unibertsitate formakuntza izaten dute eta kristauak izan ohi dira (4, 14).

4.2. ZAINZAILE NAGUSIAREN GAUR EGUNGO PERFILA

IMSERSOko (*Instituto de Mayores y Servicios Sociales*) datuen arabera, gaur egun, Zaintzaile Nagusiaren rola betetzen duten pertsonen perfila honakoa da (9, 15,16):

- Zaintzaile guztien % 83 – % 84 emakumezkoa da. Hauen artean % 43 inguru gaixoaren alaba da, % 22 inguru emaztea eta % 7,5 inguru dependentzia duen pertsonaren erraina.
- Zaintzaileen bataz besteko adina 52 – 53 urtetakoa da (% 20ak 65 urtetik gora ditu).
- Zaintzaileen % 77 ezkontuta dago.
- Zaintzaileen % 60 dependentzia duen pertsonarekin bizi da.
- Kasuen % 80an zaintzaileak ez du bere lanagatik inolako ordainsaririk jasotzen eta ez du bestelako lanposturik.
- Zaintzaileen % 17k familia rol ezberdinak uztartzen ditu Zaintzaile Nagusiaren rola betetzearekin batera.
- Zaintzaileen % 32 inguruk ez du beste inoren laguntzarik jasotzen.
- Familia kideen arteko txandaketa edo beste familia kideek Zaintzaile Nagusia ordezkatzeari kasuen % 20an ematen da.
- Zaintzaileak ematearen pertzepzioa “etengabeko zainketa” da.

Hala eta guztiz ere, gizartearen garapena dela eta, datu hauek etengabe aldatzen ari dira. Aipatu berri den emakumearen lan mundurako sarrerak, jaiotze – tasen beherakadak, familia harremanen aldaketek, etab.-ek zaintzaileen artean gizonezko gehiago egotea, zaintzaileak geroz eta zaharragoak izatea eta zainketak lanbidearekin bateratu beharko dituen zaintzaile gehiago egotea ekarriko dute (16).

Hori dela eta, Rivera eta Rodríguez autoreek gaur egun bi zaintzaile mota bereizi behar direla defendatzen dute: *Zaintzaile Tradizionala* eta *Hiriko Zaintzaile Modernoa*. Lehenengoa modu progresiboan moldatzen da bere rolera, adinekoa zahartzen doan heinean eta zainketak behar dituen heinean. Normalean, emakumeek betetzen dute rol hau, etxeko lanen garapen moduan. *Hiriko Zaintzaile Modernoak*, aldiz, adineko pertsona gaixotzen denean onartzen du bere rola, aurretik existitzen ez zen dependentzia harremana sortuz. Egoera honek zaintzailearen eta dependentzia duen pertsonaren artean gatazkak eta tentsioa sor ditzake (16).

4.3. ZAINTZAILE NAGUSIAK BETETZEN DITUEN OHIKO ARDURAK

Alzheimer gaixotasunak galera kognitiboak dakartza bereziki. Hauei gradu handiagoan edo txikiagoan dementziaren sintoma psikologikoak eta jokaerakoak gehi dakizkieke gaixotasunaren fase arin – moderatutik (4): animo egoeraren nahasmenduak (depresioa, antsietatea eta apatia), aztoramena (agresibitatea, suminkortasuna, oihuak...) eta sintoma psikotikoak (ikusmen eta entzumen haluzinazioak eta eldarnioak).

Oinarrizko funtzionaltasunaren galera, mugikortasunaren asaldura eta esfinterren kontrol galera fase aurreratuetan soilik agertu ohi dira. Hortaz, gaixotasunak aurrera egin ahala handitzen joaten dira zaintzaileak jasan beharreko zama eta ardurak (4).

Familiako Zaintzaile Nagusia izateak ondorengo ekintzak betetzea inplikatu ohi du (9,10):

- Gaixoari Eguneroko Bizitzako Oinarrizko Jardueretan laguntzea edo gaixoa bera ordezkatzeko:
 - Jaten ematea.
 - Etxe barruan mugitzen laguntzea eta ohetik aulkira altxatzea.
 - Eskailerak igotzen eta jaisten laguntzea.
 - Garbiketa pertsonala egitea.
 - Bainatzea edo dutxatzea.

- Janztea eta biluztea.
 - Pisa egitean eta irazitzean laguntzea.
 - Komunontziaren erabileran laguntzea.
- Gaixoari Eguneroko Bizitzako Jarduera Instrumentaletan laguntzea edo gaixoa bera ordezkatzeari:
- Telefonoa erabiltzen laguntzea.
 - Erosketak egitea.
 - Janaria prestatzea.
 - Etxea txukun mantentzea.
 - Arropa garbitzea.
 - Etxetik kanpoko garraioan laguntzea.
 - Medikamentuak ematea edo hauek gainbegiratzea.
 - Diruaren eta ondasunen kudeaketan laguntzea.
- Gaixotasunaren ondorioz ematen diren egoera gatazkatsuak kudeatzea:
- Gaixoak egonezina duenean.
 - Gaixoa triste dagoenean.
 - Gaixoak komunikatzeko arazoak dituenetan.
- “Heriotza duina” izatearekin lotuta dauden eta epaiketa etiko eta moral batera irits daitezkeen erabakiak hartzea:
- Larrialdietara joatea.
 - Medikuari hots egitea.
 - Egoitza batean ingresatzea.
- Gaixoarekin bizi ez denean:
- Telefonoz hots egiteaz arduratzea.
 - Bisita egiteaz arduratzea.

4.4. ZAINZAILLE NAGUSIA IZATEAREN ONDORIOAK

Alzheimer gaixotasunak gaixoaren garunean eta zaintzailearen bihotzean eragiten duela esaten da. Beraz, gaixoa bera eta haren familia dira gaixotasun honen biktimak (2). Dementia duten gaixoen zaintzaileak talde berezia kontsideratzen dira. Izan ere, gaixo hauen zaintzaileek beste gaixo mota batzuk zaintzen dituztenek baino osasun narriadura handiagoa jasaten dutela frogatu da, bai alderdi emozionalean, baita fisikoan ere (16).

Zaintzaile Nagusia izateak bizimoduan etengabeko aldaketak egin behar izatea eragiten du. Denboraren poderioz zainketen demandaren eta errekurtsio materialen eta pertsonalen arteko desoreka gerta daiteke, zaintzailearengan gaitz sortuz. Gaitz honek apurka – apurka bere indarrekin bukatzen joango den gehiegizko esfortzua egitera behartuko du zaintzailea, etsitze familiarra eragin dezakeelarik. Zaintzaileak amore emateak pazientearen abandonu fisiko zein emozionala dakar, gaixoaren beharrak asetzeko ezgaitasunaren ondorioz. Honi *Zaintzailearen Burn – out Sindromea* deritzaio (11). Arrazoi honengatik zaintzailea *Bigarren Biktima* edo *Ezkutuko Paziente* bezala ezagutzen da maiz (11, 13).

Zaintzaileek bizitzen duten errealitate hau erizaintza etiketa diagnostikoak estandarizatzeko lanean jarduten duen *NANDA – International* erakundeak ere jasotzen du. 7. eremuko (*Rolak/Harremanak*) *Zaintzaile rolen motan Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzea (00061)* eta *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzeko arriskua (00062)* etiketa – diagnostikoak erregistratuz (12).

Zainketak ematearen ondorioak atalka bereizten diren arren, errealitatean konbinatu egiten dira eta modu dinamikoan elkar eragiten dute (*Ikus 3. Eranskina*). Espainiar Adinekoen Sostengu Informalerako Inkestaren arabera (EAIME, 2004), zaintzaileen % 87k zainketak ematek datozen arazoak ditu (14): % 80k bere aisian, denbora librean edo familia bizitzan eta % 56k osasun egoeran.

Zainketak ematearen ondorio guztiak, ordea, ez dira negatiboak. Zaintzaileak baliabide egokiak eta egokitzapen mekanismo onak baditu, senidea zaintzeko egoerak zaintzailearen prozesu pertsonalean eragin positiboa eduki dezake, aspektu positiboak eta negatiboak aldi berean ager daitezkeelarik (16).

Crespo et al.en argitalpenean aipatzen denez, Cohen et al.ek egindako ikerketan zaintzaileen % 73k zainketak ematearen aspektu positibo bat azpimarratu zuen gutxienez, eta Farran et al.ek egindako ikerketan zaintzaileen % 90ak zainketen aspektu positiboak baloratu zituen (14).

4.4.1. ONDORIO PSIKOLOGIKOAK

Literaturan identifikatu diren eta osasunarekin harremana duten ondorio nagusiek kutsu emozionala dute (2,14): estres psikologikoa, animo maila baxuak, depresioa, tristura, nekea, kontrol eta autonomia galera sentsazioa, mendekotasuna, kulpa sentsazioa eta frustrazioa, haserrea, kezka, lotsa, bakardadea eta ezintasuna, besteak beste.

Adineko pertsona dependenteen zaintzaileak zaintzaile ez direnekin alderatuta, ikusi da lehenengoen animo egoeraren trastorno eta antsietate diagnostiko gehiago dituztela, beste gaixo mota batzuk zaintzen dituzten zaintzaileek baino depresio eta sumin maila handiagoak dituztela eta psikofarmakoen erabilera handiagoa egiten dutela (16).

Aurreratutako doluak ukapen, haserre, depresio eta errealitatearen onarpen sentimenduak gehi ditzake, maite den pertsonaren galera pixkanaka esperimendatuz. Zaintzaile batzuentzat dolu sentimendua eta bere eragin negatiboak handiagoak izaten dira pertsona hil aurreko doluan, pertsona hil eta ondorengoan baino (16).

Zainketak emateak zaintzaileari arlo psikologikoan eragiten dizkion ondorioak erizaintza – prozesuan biltzeko *NANDA* – ik jasotzen dituen zenbait etiketa – diagnostiko aplikatu daitezke, besteak beste (12): *Egoeraren ondoriozko autoestimua baxua (00120)*, *Etsipena (00124)*, *Inpotentzia (00125)*, *Dolu konplexua (00135)*, *Dolua (00136)*...

4.4.2. ONDORIO SOZIALAK

Zainketa informalak emateak zaintzaileen gizarte harremanetan duen eragina nabaria da eta zaintzaileak egiten duen denboraren erabilera islatzen da: zaintzailea etxe barruan sartzen da eta bere denbora librea gutxitu egiten da. Egoera horrela, harreman sozialak sortzeko eta mantentzeko eta harreman horien kalitatean eta interakzio ekintzetan parte hartzeko aukera gutxiago izaten ditu (14).

2004ko EAIMEren arabera, hamarretik sei zaintzailek bere denbora librea murriztu behar izan du, hamarretik lauk ezin du oporretan joan, ia hirutik batek ez du bere lagunekin egoteko astirik, % 17k arazoak ditu bere inguruko beste pertsona batzuk nahiko lituzkeen moduan zaintzeko eta % 7k (% 9k ezkondu dauden pertsonen artean) zainketek bere bikotekidearekin gatazkak eragiten dizkiotela aitortzen du (*Ikus 4.Eranskina*) (14).

Zaintzaile Nagusiak gainontzeko senideekin izaten dituen arazoak tentsio jatorri ohikoak dira eta ondoeza eragiten dute kasu gehienetan. Zaintzaile Nagusien arazo larrienak bakardadea eta ulertua ez sentitzea dira, beste batzuen artean. Askotan, zaintzailea preziatua, estimulatua eta ulertua izan beharrean, kritikaturia izaten da eta ez du familiagandik sostengurik jasotzen. Horregatik, zaintzaile asko bere gizarte saretik bakartzen dira eta zaintzen duten pertsona zaintzeko soilik bizi dira (11, 16).

Zaintzaile Nagusiek arlo sozialean jasaten dituzten eraginak biltzeko *NANDA – Internationalek* jasotzen dituen etiketa – diagnostikoen artean hurrengoak aurki daitezke (12): *Gizarte interakzioaren narriadura (00052)*, *Gizarte isolamendua (00053)*, *Bakardade arriskua (00054)* eta *Atsegin hartzeko jardueren defizita (00092)*.

Aitzitik, zaintzen alderdi positibo nagusiak alor honetan ematen dira. Zaintzaileek gogobetetasuna sentitzen dute euren senideak laguntzeagatik, laguntza emateko ekintzak gaixoengandik gertuago sentiarazten ditu, senidearekin egotean benetan gozaten dutela sentitzen dute, euren autoestimuan laguntzen die, norbere buruan segurtasuna eta euren bizitzetara zentzua ematen die, gaixoaren une pozgarriek zaintzaileei ere poza ematen diete, enpatia garatzen dute eta harremanak estutzen dituzte (16).

Askotan, elkarrekikotasun sentimendua dago, zaintzaileek zaintzen duten senideak lehenago haiei eskainitako zainketak itzultzen ari direla sentitzen dute eta zaintzaile moduan bizitako esperientziak pertsona moduan haztea eragin diela uste dute (14, 16).

4.4.3. ONDORIO FISIKOAK

Zaintzaileen arazo fisikoak bigarren planoan geratu ohi dira. Izan ere, zaintzaileek ezkutatu egiten dituzte askotan, eta osasun indikatzaile objektiboen bidez azaleratzen dira. Zainketak eman aurretik osasun arazorik ez zuten zaintzaileek euren osasun egoera txarra edo oso txarra bezala deskribatzen dute (14).

Alzheimerrekin duten gaixoen zaintzaileek zaintzaileak ez diren pertsonen baino sintomatologia fisiko handiagoa aurkezten dute, osasun okerragoa, min eta ondoez handiagoa eta zama fisiko handiagoa nabaritzen dute (16). Tentsio emozionala edo fisikoa duten zaintzaileen hilkortasun tasa % 63 handiagoa da, tentsiorik ez duten zaintzaileenarekin edo zaintzaileak ez direnen tasarekin alderatuta (17).

Zaintzaileen % 84k arazo fisikoren bat du eta hamarretik zazpi buruko minak eta nekea pairatzen ditu. Horrez gain, zaintzaileen erdiak baino gehiagok egiten zuen ariketa fisikoa gutxitzen edo alde batera uzten du zainketak emateagatik. Hori dela eta, gihar – hezurretako arazoak (hausturak, bihurrituak...), itoaldiak eta lotarako arazoak izaten ditu (14). Gaixoa etxez aldatu edo hil ostean, zaintzaileen lo egiteko arazoek jarraitzen dutela frogatu dute ikerketek, eta loaren asaldurak bizi – kalitate okerragoarekin lotzen dira (17) (*Ikus 4. Eranskina*).

Aurrekoaz gain, zaintzaileek hipertentsio arteriala, alergiak, azaleko arazoak eta urdail – hesteetako arazoak izateko arrisku handiagoa dute (11, 16). Ondorioz, erantzun immunologiko txikiagoa izaten dute eta zauriak orbaintzeko denbora gehiago behar izaten dute. GABA (Azido gamma – aminobutirikoa) eta insulina kontzentrazio handiagoak izaten dituzte eta glukosa, insulina, kolesterol, triglizerido, odoleko presio eta obesitate maila handiagoak (16).

Aurretik aipatutako guztiagatik, egun gehiago pasatzen dituzte ohean gaixotasun infekziosoek eraginda eta zaintzaileak ez direnek baino farmako gehiago hartzen dituzte minarentzat, errezeta medikuarekin edo gabe (16).

NANDA – Ik ondorio fisiko hauek biltzeko erizaintza etiketa – diagnostikoak *Nekea (00093)*, *Aktibitateari intolerantzia arriskua (00094)*, *Min akutua (00132)* eta *Loaren patroiaaren asaldura (00198)* dira besteak beste (12).

4.5. ERIZAINTZA INTERBENTZIOEN EMAITZAK

Gaur egun, Alzheimerra duten gaixoen Zaintzaile Nagusien bizi – kalitatea hobetzeko erizaintza interbentzio ezberdinak ezagutzen dira. Erizaintza interbentzio horiek *NIC (Nursing Interventions Classification)* erizaintzako jardueren sailkapenean jasota daude. Adibidez, arestian aipatu den *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzea (00061)* erizaintza etiketa – diagnostikoarekin lotuta erizaintza interbentzio desberdinak topa ditzakegu (12): *Aurre egitea hobetzea [5230]*, *Aholkularitza [5240]*, *Dementziaren maneia [6460]*, *Zaintzaile Nagusiarri sostengua ematea [7040]*, *Txandakatze zainketak [7260]*...

Zaintzaile Nagusiak laguntzeko erizaintza interbentzioak proposatzen dituzten artikuluko ugari argitaratu diren arren, gutxi dira erizaintza interbentzio hauek aurrera eraman ostean zaintzaileetan ikusitako emaitzak argitaratu dituzten ikerketak (13).

Hala ere, ikerketa asko garapen prozesuan daude gaur egun. Ikerketa lerro berriak Alzheimerra duen gaixoaren eta zaintzailearen dimentsio aniztasuna bilduko dituzten interbentzio anitzeko programa berrietara zuzenduta daude. Berrikuntza moduan Zaintzaile Informalei etxeko lanetan laguntzeko teknologia aplikatuen erabilera bultzatuz (13).

Alzheimer gaixotasuna duten pertsonen Zaintzaile Informalei emandako erizaintza zainketen emaitzak ezagutzeko errebisia egin ostean, interbentzio ezberdinen emaitzak aurkitu dira:

4.5.1. INTERBENTZIO PSIKOSOZIALEN EMAITZAK

2014. urtean Cheng et al.ek Hong Kong-en egindako ikerketaren arabera, Alzheimer gaixotasuna duten pertsonen Zaintzaile Informalei laguntzeko erizaintza interbentzioak honetan oinarritzen dira orokorrean (18): informazioa ematea, arazoaren ebazpena (jokamolde arazoaren maneia eta ingurura moldatzea), gustuko ekintzen areagotzea, pentsamenduaren moldatzea, gizarte sostengua ematea eta familia aholkularitza, besteak beste.

Gallagher – Thompson et al.ek 2007. urtean egindako ikerketan larritasun emozionala eta depresioa murrizteko interbentzio psikosozial guztien artean eraginkorrena zaintzaileei pentsamendu disfuntzionalak identifikatzen eta horiek aldatzen erakustea zela frogatu zuten (*“gaixoaren zainketara dedikatu behar naiz erabat”*, adibidez) (18).

2012. urtean argitaratu zuten ikerketan, ordea, ikuspegi horiek garapen bidean dauden herrialdeetan oso ohikoak ez direla aipatu zuten Gallagher – Thompson et al.ek, errekurtsioen eta terapeuta kognitibo – jarrerako gabeziatik (18).

Hébert et al.ek 2003an egindako 15 saiotako taldekako interbentzio batean informazioa emateaz, arazoak ebazteaz eta sostengu soziala promozionatzeaz gain, berregituraketa kognitiborako lau teknika azaldu zitzaizkien zaintzaileei (18): jokabide arazoak barne hartzen dituzten sintomak patologiarantz esleitzea, pentsamendu disfuntzionalak identifikatzea eta aldatzea, zaintzen eskupekoak identifikatzea eta gainbeheraren eta galeraren errealitatea onartzea.

Interbentzioa jaso ostean, interbentzio taldea kontrol taldearekin alderatu zen eta interbentzio honek zaintzailearen zama arintzen ez zuela ikusi zen. Hala ere, interbentzio taldeak jarrera arazo gutxiago eta tratamenduaren ondoren erreakzio negatibo gutxiago aitortu zituen kontrol taldearekin konparatuz (18).

Lavoie et al.ek 2005. urtean egindako beste ikerketa batean, alde batetik, zaintzaileen % 73k teknika erabilgarriena berregituraketa kognitiboa zela aitortu zuen eta pertsona horiek tratamenduan irabazi handienak eskuratu zituztenak izan ziren. Bestetik, zaintzaileen % 40k sostengu soziala bilatu zuen, baina, ez zuen esperotako emaitzarik jaso sendiaren eta osasun zerbitzuen aldetik (18).

Horrez gain, ikerketan parte hartu zuten zaintzaileetako askok arazoek ezaizpena ez zela interbentzio eraginkorra kontsideratu zuten, edo ez zituzten interbentzio honen pausuak gogoratzen (arazoa diseinatu, konponbideak bilatu, konponbide ezberdinen alde onak eta txarrak aztertu...) (18).

Partaideen gehiengoak osasun heziketari esker gaixotasuna ulertu eta egoerari buruz zituen pentsamenduak aldatzeko gai izan zela aitortu zuen, bereziki, saihestezina zen beharakada eta horrekin lotutako jarrera aldaketak onartzeko, baita zenbait pentsamendu disfuntzional zuzentzeko ere, horien artean norberak bere buruari errua botatzearekin harremana zutenak (18).

Interbentzio psikosozialekin jarraituz, Ducharme et al.ek 2011. urtean Alzheimer gaixotasunaz diagnostikaturiko gaixoen zaintzaileei euren rol berrira moldatzeko gaitasunak lortzen laguntzeko programa garatu zuten Kanadan. Bertan, espezializaturiko sei erizain klinikok aurrera eramandako programa zazpi saiotan oinarritu zen eta gai hauek jorratu zituen: zaintzaileek zainketak emateaz zuten pertzepzioa, zailtasunei eta larritasun psikologikoari aurre egiteko estrategiak, komunikazioa eta gaixoarekin egoteko denboraz gozatzea, gaixoaz zaintzeko indarra eta esperientziak nola erabili, familiak eta lagunek laguntzeko zer eta nola egin, zerbitzuak ezagutzea eta hauek nola eskatu jakitea eta etorkizunerako plangintza egiten jakitea. Bestalde, normalean ematen zen arreta bertako komunitate zerbitzuetako zentroekin harremanetan jartzean eta eskuragarri zituzten zerbitzu sorta eskaintzean oinarritzen zen (19).

Guztira, 111 zaintzailek parte hartu zuten ikerketan: 62k talde esperimentalean eta 49k kontrol taldean. Lortutako emaitzak hauek izan ziren (19):

- Ikerketa ostean eta handik hiru hilabetetara, talde esperimentaleko zaintzaileek kontrol taldeko zaintzaileekin alderatuz, euren buruan konfiantza handiagoa eta arreta eskaintzeko prestakuntza hobea sentitu zuten, kontrol taldeko zaintzaileek baino eraginkortasun handiagoa erakutsiz.

- Programa amaitu eta hiru hilabetetara talde esperimentalako zaintzaileek senidearen etorkizunerako plangintza hobea adierazi zuten kontrol taldekoekin konparatuta eta eskuragarri zituzten zerbitzuen inguruan ezagutza handiagoa erakutsi zuten.
- Aurre egite estrategiei dagokienez, talde esperimentalako zaintzaileek arazoak ebazteko estrategiak eta aurkako aldean birformulazioa kontrol taldekoek baino gehiago erabili zituzten.
- Gizarte sare informalaengandik jasotako sostenguaren maiztasunean eta zainketa egoeraren ondoriozko familia gatazketan ez zen alderik ikusi kontrol taldearen eta talde esperimentalaren artean.

2014. urtean egindako ikerketan pentsamendu – emozio – jarrera hirukiaren diagrama erabiliz psiko – heziketa interbentzioa garatu zuten Cheng et al.ek. Zaintzaileei hiru domeinuen arteko lotura erakutsi zitzairen (18): *“pentsamenduak aldatzeak ongizate emozionala moldatu dezake, zuzenean edo jarrera aldaketa baten bidez”*.

Interbentzioak psiko – heziketa estandarra (informazioa ematea eta arazoak ebazpena, ariketa praktikorik gabe) eta ebaluazio kognitiboa bildu zituen. Guztira 25 zaintzaile aleatorizatu ziren: 13 interbentzio taldean (ebaluazio kognitiboa) eta 12 kontrol taldean (psiko – heziketa estandarra). Ikerketan eskuratutako emaitzetan ez zen alde nabarmenik ikusi (18):

- Rolen gainzaman eta *Zarit Zaman* (zaintzailearen gainkarga neurtzeko 22 itemez osatutako eskala (20)) (*Ikus 5. Eranskina*) interbentzio taldeak eta kontrol taldeak onurak eskuratu zituzten interbentzioaren ondoren, interbentzioa jaso aurreko egoerarekin alderatuz.
- Depresio sintometan interbentzio taldeak soilik eskuratu zituen onurak interbentzioa jaso ostean, interbentzioa jaso aurreko egoerarekin alderatuta.

De Rotrou et al.ek 2011. urtean Frantzia egindako ikerketan esperientzia zuten osasun profesionalek Alzheimer gaixotasunaren inguruko informazio xehea eman zieten Zaintzaile Informalei. Interbentzioak heziketa, arazoak ebazteko teknikak eta emozioan zentratutako aurre egite estrategiak, gaixoaren jarreraren kudeaketa, komunikazio gaitasunak, krisien gestioa, errekurtsoen informazioa eta aholku praktikoak barne hartu zituen. Guztira 115 diada ikertu ziren, 57 interbentzio taldean eta 58 kontrol taldean eta emaitza hauek eskuratu ziren (21):

- Interbentziotik hiru eta sei hilabetetara, ez zen desberdintasun handirik ikusi interbentzio taldearen eta kontrol taldearen artean MADRS (10 itemez osatutako depresioa ebaluatzeko Montgomery-ren eta Asberg-en eskala (22)) (*Ikus 6. Eranskina*), SCQ (Gaitasun Zentruaren Galdera – Sorta, zaintzaileak gaixoa maneiatzerako orduan duen gaitasuna ebaluatzeko 27 itemez osatutako galdetegia (23)) (*Ikus 7. Eranskina*) eta ZBI (*Zarit Caregiver Burden Interview* (20): zaintzailearen gainkarga neurtzeko 22 itemez osatutako eskala) (*Ikus 5. Eranskina*) eskalei zegokienez.
- Interbentziotik sei hilabetetara, depresio sintomen igoera ikusi zen kontrol taldean interbentzio aurreko egoerarekin alderatuz, interbentzio taldean emaitzak aldaketarik gabe mantendu ziren bitartean.
- Bi taldeetan zamarekiko joera ikusi zen denborak aurrera egin ahala, estatistikoki adierazgarria ez izan arren.
- Gaixotasunaren ulermenari zegokionez interbentzio taldean emaitza hobekak eskuratu ziren kontrol taldearekin alderatuz hirugarren eta seigarren hilabeteetan.
- Gaixotasunarekin lotutako gatazkei aurre egiteko gaitasunean ere emaitza hobekak erregistratu ziren interbentzio taldean kontrol taldean baino, ikerketa amaitu osteko seigarren hilabeteetan.
- Gaixotasunaren ulermenaren eta aurre egitearen VAS (*Escala Analógica Visual*) eskalei dagokienez, interbentzio taldean joera positiboa ikusi zen bitartean, kontrol taldean joera negatiboa ikusi zen.

Gerdner et al.ek Amerikako Estatu Batuetan (AEB) argitaratutako beste ikerketa batean 237 diada aztertu zituzten: 132 talde esperimentalean eta 105 konparazio taldean. Lehenengoek erizaintza interbentzio psiko – hezitzailea jaso zuten. Bigarrenek errutinazko informazioa, kasuen kudeaketarako erreferentziak eta komunitatean eta sostengu taldeetan oinarritutako zerbitzuak jaso zituzten. Emaitza hauek lortu ziren (24):

- Jokamolde arazoaren maiztasuna aldakorra izan zen gaixoaren eta zaintzailearen arteko harremanaren arabera:
 - Bikote ez zirenen artean, talde esperimentalean ez zen aldaketarik antzeman interbentzioaren aurretik eta ondoren. Kontrol taldean, ordea, estatistikoki esanguratsua zen hazkuntza ikusi zen interbentzioaren ostean.

- Bikote zirenen artean, ez zen desberdintasunik ikusi talde experimentalaren eta kontrol taldearen artean. Bi taldeetako jokamolde arazoan maiztasunean hazkuntza eman zen.
- Zaintzaileak gaixoaren jokabide arazoei emandako erantzunari erreparatuz, interbentzioaren ondoren erantzun negatiboen kopurua murriztu egin zen talde experimentalean, interbentzio aurrekoekin alderatuz.
- Eguneroko Bizitzako Jardueretan funtzionaltasuna galtzeari dagokionez ez zen desberdintasunik ikusi talde experimentalaren eta konparaziokoaren artean. Bi taldeetan funtzionaltasun galera maila berdina erregistratu zen.
- Eguneroko Bizitzako Jarduerari zaintzaileek emandako erantzunetan lortutako emaitzak aldagarriak izan ziren gaixoaren eta zaintzailearen arteko harremanaren arabera:
 - Bikote zirenen artean, talde experimentalean onura ikusi zen eta kontrol taldeko zaintzaileetan erantzun negatiboen igoera nabarmena eman zen.
 - Bikote ez ziren pertsonen artean, ez zen hazkuntzarik egon, ez interbentzio taldean, ez kontrol taldean.

2010. urtean Oken et al.ek AEBn egindako ikerketan, osasun heziketaren eraginkortasuna meditazio interbentzio baten eraginkortasunarekin alderatu zen. Bertan, 27 Zaintzaile Informal aleatorizatu ziren eta hiru taldetan banatu ziren: arreta osorako meditazioa (asteroko sei saioaren bidez) jaso zuen taldea, osasun heziketa (asteroko sei konferentzien bidez) jaso zuen taldea eta zainketen erreleboa (astearen behin hiru orduz) izan zuen taldea. Hurrengo emaitzak eskuratu ziren (25):

- Zaintzaileek interbentzioetan zituzten itzaropenetan eta sinesgarritasunean ez zegoen desberdintasunik meditazio taldeko partaideen eta heziketa taldeko partaideen artean. Bi taldeetako kideen klaseetara joate tasa antzekoa izan zen.
- RMBPCko (*Revised Memory and Behaviour Problems Checklist* (26): zaintzailearen estres maila neurtzeko 24 itemez osatutako autoebaluazio eskala) (*Ikus 8. Eranskina*) batz besteko puntuazioa handiagoa izan zen erreleboa jaso zuten zaintzaileen artean, meditazio taldekoen eta heziketa taldekoen zaintzaileen artean baino. Meditazio taldearen eta heziketa taldearen artean ez zen desberdintasunik egon RMBPC puntuazioan.

- Ez zen korrelaziorik egon taldeen espektatiben eta RMBPCan lortutako hobekuntzen artean.
- Erreleboa jaso zuen taldearen ANT (*Attentional Network Test (27)*): hiru arreta mailatan (alerta, orientazioa eta kontrol exekutiboa) partaidearen jokabidea neurtzen duen eskala) (*Ikus 9. Eranskina*) puntuaketa baxuagoa izan zen heziketa taldearena eta meditazio taldearena baino.
- Ez zen desberdintasunik egon talde ezberdinetako zaintzaileen interbentzio balditzetan, autoinformeetan, errendimendu kognitiboko aldagaietan ezta zitokina neurrietan ere.

4.5.2. INTERBENTZIO FISIKOEN EMAITZAK

Interbentzio fisikoen onurak frogatzen dituzten ikerketak interbentzio psikosozialak frogatzen dituztenak baino urriagoak dira. Farran et al.ek 2008an AEBn egindako ikerketan etxean oinarritutako sei hilabeteko osasun heziketa programa frogatu zuten Alzheimerra zuten gaixoen Zaintzaile Informaletan. Neurtutako emaitza primarioa norberak adierazitako bizi estiloaren aktibitate fisikoa izan zen. Interbentzio mota honek ariketa fisikoaren areagotzea eragiteaz gain, osasun fisikoan eta mentalean hobekuntzak lortzea eragin ohi du (28).

Interbentzio hau modu indibidualean eta telefono bidez egitea erabaki zen hainbat arrazoiengatik (28): batetik, literaturak banakako interbentzioek taldekoek baino efektu handiagoak lortzen dituztela dio; bestetik, ariketa fisikoko interbentzioetan parte hartzen duten adinekoek gustukoago izaten dituzte etxean egindako interbentzioak eta azkenik, telefonoz egindako interbentzioek eskuragarritasuna eta indibidualizazioa errazten dute, malguak, egingarriak eta ongi onartuak izaten dira eta lekuan bertan egindakoak bezain eraginkorrak dira.

Ikerketa honetan 14 Zaintzaile Informalen datuen jarraipena egin zen, % 93ko atxikipen tasarekin. Helburua zaintzaileek 30 minutuko ariketa fisiko moderatua egitea zen asteko egun gehienetan, gutxienez astean 150 minutuko xedea lor zezaten. Lortutako emaitzak honakoak izan ziren (28):

Partehartzaileen % 50ak burutzen zuen ariketa fisiko guztiaren denbora areagotu zuela autoebalatu zuen eta % 42ak ariketa fisiko moderatuaren denbora handitu zuen ikerketan parte hartu aurreko egoerarekin alderatuz. Emaiza fisiologikoak kontuan hartuta, interbentzioak iraun zuen bitartean zaintzaileen % 86k presio arteriala 130/80 mmHg-tik beherako balioetan mantendu zuen, % 20k 10 libra (4,54 Kg) edo gehiago argaldu zituen eta % 67k bere pisua mantendu zuen (28).

4.5.3. GAIXOARI ETA ZAINZAILIARI ZUZENDUTAKO INTERBENTZIOEN

EMAITZAK

Peçanha et al.ek 2015. urtean ikuspegi kualitatiboa zuen kasuen ikerketa deskriptiboa egin zuten Brasilen, Alzheimerra zuten bost gaixorekin eta euren Zaintzaile Nagusiekin. Ikerketa egiteko pausu hauek jarraitu zituzten (29): zaintzaileentzako orientazio konferentzia ematea, demenzia prozesua ulertzea eta demenzia zuten gaixoentzako etxeko estimulazio kognitiboa nola egiten zen eta zein onura zituen azaltzea.

Astero ordu eta erdiko bilerak egin ziren gaixoak eta bere zaintzaileak osatutako bikotearekin, estimulazio kognitiboko aktibitateak ezartzeko. Bilera bakoitzean, ikerlariak astean zehar interbentzioarekin zerikusia zuten galderak erantzuteko eta gatazkak konpontzeko prest egon ziren. Ikerketan zehar honakoa ikusi zen (29):

- Zaintzaileek bakarrik egotearen sentsazioa, tristura sentimenduak, umore aldaketak, suminkortasuna eta gainontzeko familia kideen aldetik abandonu sentsazioa zutela aitortu zuten.
- Gaixoen etengabeko jokabide aldaketek zaintzaileen ohituretan eta jokatzeko moduan aldaketak eragin zituzten eta antsietate eta depresio egoerak pairatzeko zaugarriagoak bilakatu ziren.
- Zaintzaileek zainketak ematearen ondorioz estres maila altuagoak zituzten eta sumingarriagoak bilakatu ziren. Insomnioa eta etengabeko nekea aurkeztu zituzten eta depresioa eta antsietatea pairatzeko sentikorrangoak bilakatu zirela aitortu zuten.
- Interbentzioak iraun zuen bitartean zaintzaileetako batzuk psikologia zerbitzura deribatu behar izan ziren.

Zaintzaileek gaixoari estimulazio kognitiboa nola egin erakusten zuen erizaintza interbentzioa jaso ostean honakoa adierazi zuten (29):

- Alzheimer gaixotasunaren inguruko ezagutzak zabaltzeko interes handiagoa zutela.
- Arlo bereko beste ikerketa batzuen inguruan edo beste zerbitzu mota batzuen inguruan informatuta egoteko nahia.
- Gaixoei eskainitako arreta hobetzeko nahia.

4.6. ERIZAINNTZA ZAINKETEI UKO EGITEA

Varela et al.ek argitaratutako artikuluan aipatzen denez, Strain et al.ek 2002. urtean Kanadan egindako ikerketa batean komunitatean oinarritutako zerbitzuak eskaini arren, zaintzaileek zerbitzu hauek erabiltzen zituztenean erabiltzen ez zituztenean baino zama handiagoa jasaten zutela frogatu zen. Eskainitako zerbitzuen artean eguneko zentroak, erizaintzako etxeko zerbitzuak eta ospitalean edo zaharren egoitzetan eskainitako errelebo zerbitzuak aurkitzen ziren, beste zerbitzu batzuen artean (17).

Zaintzaileak zerbitzu hauez ez baliatzeko arrazoia nagusiak gaixoa ezezagun batekin utzi behar izatea, zainketen inguruko kultura joerak eta barrera psikologikoak ziren. Gainera, zerbitzuen ezagutza gabeziak, zerbitzuak oso garestiak ziren usteak eta zaintzaileek gaixoak jarrera arazoak eta arazo emozionalak dituen pertzepzioak aurkitzen ziren (17). Honek eragina izan dezake Ducharme et al.ek burututako interbentzioan jasotako datuan. Izan ere, saioek irauten zuten bitartean, euren senidea beste inorekin utz ezin zezaketen Zaintzaile Informalei gaixoaz zaintzeko arreta zerbitzua eskaini zitzaizen arren, 111 partehartzaileetatik bik bakarrik erabili zuten zerbitzua (19).

Aldiz, beste ikerketa batean erizaintza zerbitzuak erabiltzen zituzten elkarrizketaturiko zaintzaileen % 100ak erizainekin harreman ona edo bikaina zutela aitortzen zuten (30): *“Oso onak dira, oso atseginak, gutaz kezkatzen dira; gaixoaz, zaintzaileaz...”, “Bertan familiak hartzen dituzte, ez adinekoak soilik”.*

Erizaina da gaixotasunak irauten duen bitartean gaixoarekin eta familiarekin kontaktu gehien duen profesionala, etengabeko zainketen bilakaerarako moldapena zuzenduz eta familia zainketetarako prestatuz (30): *“Gaixoarekin nola moldatu erakusten digute, berarekin egun osoa borrokan pasa behar ez izateko”, “Nire ustez erizainak azalpen asko ematen dizkigu, momentu bakoitzean tratu onena zein den badaki, momentu zehatzetan zer egin badaki. Hona etortzea gustuko dut, oso ona da, eta etxera itzultzean denek nabaritzen dute”.*

Erizaina harreman interpersonalean oinarrituz zaintzailearen autozainketa eta autoestimua bultzatzen saiatzen da, konfiantza giroa sortuz. Honek antsietate asko alde batera uzten lagunduko die zaintzaileei, sentimendu negatiboak garaitzeko indarra ematen baitie (30).

5. EZTABAIDA

Lanean zehar aipatu den moduan, zainketa informalak emateak aldaketa biopsikosozialak eragiten ditu Zaintzaile Nagusiaren bizitzan. Izan ere, normalean, zaintzaile papera hartzen duten pertsonak ez dira etengabeko zainketak emateko prest egoten (9). Honek zaintzaileak beregain geroz eta zama handiagoa izatea eragingo du, amore ematera iritsiz eta gaixoaren abandonu fisiko zein emozionala ekarriz. Egoera hau *Zaintzailearen Burn – out Sindromea* bezala ezagutzen da (11).

Zaintzaile Informalen errealitate honi erreferentzia egiten dieten erizaintza etiketa – diagnostikoak zerrendatzen ditu *NANDA – Ik* bere 7. eremuan: *Rolak/Harremanak*. Bertan, *Zaintzaile rolen* motak osasun profesionalak izan gabe zainketak ematen dituzten pertsonengandik gizarteak espero dituen jokabide patrioiak biltzen ditu. Zaintzaile Nagusiari erreferentzia egiten dieten bi etiketa – diagnostiko aurki daitezke: *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzea (00061)* eta *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzeko arriskua (00062)*. Lehenengoak familiako edo beste pertsona esanguratsuen zaintzaile rola betetzeko zailtasuna adierazten du eta bigarrenak rol hau betetzeko zailtasunak agertzeko zaurgarritasuna (12).

NANDA – Ik etiketa – diagnostiko bakoitzarekin erlazonaturik dauden *NIC (Nursing Interventions Classification)* erizaintza jarduera ezberdinak proposatzen ditu, pazientean lortzea espero diren emaitzei egokitutakoak eta emaitza horiek lortzeko egin beharreko ekintzak biltzen dituztenak (12).

Zaintzailearen – rola betetzearekin nekatzea (00061) etiketarekin erlazonaturiko *NIC* nagusiak *Zaintzaile Nagusiari sostengua ematea [7040]* eta *Errelebo bidezko zainketak [7260]* dira eta *Zaintzaile – rola betetzearekin nekatzeko arriskua (00062)* etiketa – diagnostikoarekin erlazonaturikoak *Sostengu sistemak handitzea [5440]* eta *Zaintzaile Nagusiari sostengua ematea [7040]* (12).

NANDA – Ik proposatutako interbentzio hauek lanean zehar azaldutako ikerketetan frogatu dira. Sostengu soziala emateari dagokionez, Lavoie et al.ek 2005an egindako ikerketan ikusi zenez zaintzaileen % 40k ez zituen esperotako emaitzak lortu, sendiaren eta osasun zerbitzuen aldetik bereziki. Sostengua ematea beste teknika batzuekin konbinatu zenean *Zarit Zaman* hobekuntzarik lortu ez zen arren, arazoak eta erantzun negatiboak gutxitu egin zirela ikusi zen Hébert et al.ek 2003an egindako ikerketan (18).

Zainketen erreleboaren eraginkortasuna, ordea, meditazioarena eta osasun heziketarena baino baxuagoa zela ikusi zen 2010. urtean Oken et al.ek egin zuten ikerketan (25).

NANDA – Ik etiketa – diagnostiko hauekin erlazionatutako NIC nagusiez gain, beste erizaintza jarduera batzuk proposatzen ditu (12). Horien artean, interbentzio askoren emaitzak lanean zehar azaldu dira jada: Aurre egitea hobetzea [5230] / Aurre egite estrategiak (19), Familiari sostengua ematea [7140] / Sostengu soziala (18), Aholkularitza [5240] / Familia aholkularitza (18), Irakaskuntza: gaixotasunaren prozesua [5602] / Informazioa ematea (18) eta Estimulazio kognitiboa [4720] / Estimulazio kognitiboa (29), adibidez.

Aitzitik, lanean zehar aztertu diren jardueraz gain, *NANDA – Ik etiketa – diagnostiko hauek lantzeko beste NIC batzuk proposatzen ditu (12): Haserrea kontrolatzeko laguntza [4640], Animo egoeraren kontrola [5330], Energiaren maneia [0180], Kaltegarriak diren sustantzien kontsumoaren prebentzioa [4500], Arriskuen identifikazioa [6610], Dementziaren maneia [6460]...* Interbentzio hauen emaitzak ezin izan dira bilaketa bibliografikoan aurkitu.

Bestalde, badaude lanean zehar azaldu diren, baina, *NANDA – Ik aipatu berri diren bi erizaintza etiketa – diagnostikoekin zuzenean lotzen ez dituen erizaintza jarduerak ere, Meditazioa erraztea [5960] eta Berregituraketa kognitiboa [4700], esate baterako (12).*

Alzheimerre duten gaixoen Zaintzaile Nagusiak tratatzerako orduan, meditazioa osasun heziketa ematea bezain eraginkorra eta zainketen erreleboa baino eraginkorragoa zela ikusi zen 2010. urtean Oken et al.ek egindako ikerketan (25). Lavoie et al.ek 2005an egindako ikerketan berregituraketa kognitiboari esker, jarrera arazoak eta tratamenduaren ondoren erreakzio negatiboak gutxitzen zirela frogatu zen eta zaintzaileen % 73k teknika erabilgarriena izan zela aitortu zuten (18).

Bi interbentzio hauek aurrez aipatutako diagnostikoekin zuzenean erlazionatuta agertzen ez diren arren, *NANDA – Ik beste etiketa – diagnostiko batzuetarako proposatzen ditu. Meditazioa erraztea [5960] jarduera Aurre egite ez eraginkorra (00069), Antsietatea (00146), Loezina (00095), Min akutua (00132), Gainkargaren ondoriozko estresa (00177) eta Aurre egitea hobetzeko prestasuna (00158) bezalako etiketa – diagnostikoetan proposatzen da. Berregituraketa kognitiboa [4700], aldiz, Egoeraren ondoriozko autoestimua baxua izateko arriskua (00153), Inpotentzia (00125) eta Aurre egite ez eraginkorra (00069) bezalako erizaintza etiketa – diagnostikoetan proposatzen delarik (12).*

Etiketa – diagnostiko hauek guztiak lanean azaldu diren Zaintzaile Nagusia izatearen eraginez agertzen diren ondorioekin erlazionatuta daudela esan daiteke. Izan ere, zainketak emateak Zaintzaile Nagusiarengan psikologikoki antsietatea, aurre egite ez eraginkorra, estresa, inpotentzia eta autoestimu baxua eragin ditzake eta mina eta lotarako arazoak arlo fisikoan (2, 14). Hortaz, azken finean jarduera hauek Zaintzaile Nagusia den pertsona tratatzerako orduan aplikatu daitezkeen erizaintza etiketa – diagnostikoetan proposatzen direla esan daiteke.

Azkenik, lanean zehar *NANDA – Ik* biltzen ez dituen zenbait erizaintza interbentzioren eraginkortasuna ere azaldu da. Arazoen ebazpena esate baterako ez zen interbentzio eraginkorra kontsideratu eta zaintzaileek ez zituzten jarraitu beharreko pausuak gogoratzen (18). Etorkizunerako plangintza, ostera, eraginkorra izan zen (19) eta psiko – heziketa eta ebaluazio kognitiboa rolen gainzaman eta Zarit Zaman onurak eman zituzten arren, depresio sintometan ebaluazio kognitiboak soilik eman zituen onurak (18).

Laburbilduz, orokorrean lanean zehar azaldutako erizaintza interbentzioak *NANDA –In* Zaintzaile Nagusiei erreferentzia egiten dieten bi etiketa – diagnostiko nagusietarako proposatzen diren *NIC* erizaintza jarduerekin bat datozela esan daiteke, baina, *NANDA – Ik* lanean zehar azaldutako jardueraz gain, gehiago proposatzen ditu. Bestalde, lanean azaldutako jarduera batzuk bi etiketa diagnostiko horiekin zuenean erlazionatuta agertzen ez diren arren Zaintzaile Nagusiek bizi ohi duten egoera kontuan izanda hauetan aplikagarriak izan daitezkeen beste etiketa – diagnostiko batzuekin bat datoz. Azkenik, lanean zehar aztertu diren zenbait erizaintza interbentzio ezin izan dira *NANDA – In* topatu, horietako batzuen eraginkortasuna frogatuta geratu den arren.

6. ONDORIOAK

Lan hau burutu ostean, esan daiteke Zaintzaile Informala trukean ordainsaririk eskuratu gabe eta horretarako heziketarik jaso gabe, egunerokotasunean garapen normala zailtzen edo eragozten duen edozein motako ezgaitasun, elbarritasun edo ezintasun duen pertsona laguntzen edo zaintzen duen pertsona dela.

Zaintzaile Nagusiak hartzen du, oro har, zainketa prozesuaren ardura, eginkizunekiko konpromiso, erantzukizun eta estimu maila handia erakutsiz. Hala ere, Zaintzaile Nagusien % 66k zainketak ematerako orduan beste pertsona batzuen laguntza jasotzen duela frogatu da, Bigarren Mailako Zaintzaile Informalena. Dena den, azken urteetan gure gizartean emandako aldaketen ondorioz, Soldatapeko Zaintzaile Ez Formalen hazkuntza progresiboa ematen ari da. Zaintzaile hauek familiako zaintzaileen eginkizun berdinak betetzen dituzte, formakuntza espezifikorik eduki gabe eta trukean konpentsazio ekonomikoa jasoz.

Gaur egun, Zaintzaile Nagusiaren perfila batzaz beste 52 urte inguru dituen eta kasuen % 60an gaixoarekin batera bizi den emakumearena dela ondorioztatu da eta bete ohi dituen ardurak Eguneroko Bizitzako Oinarrizko Jardueretan eta Jarduera Instrumentaletan laguntza ematea edo gaixoa ordezkatzea, gaixotasunaren ondorioz sor daitezkeen egoera gatazkatsuak kudeatzea, "heriotza duina" izatearekin lotuta dauden eta epaiketa etiko eta moral batera irits daitezkeen erabakiak hartzea eta gaixoarekin batera bizi ez den kasuetan telefonoz hots egitea eta bisita egitea dira.

Etengabeko zainketa hauek eskaintzeak, ordea, Zaintzaile Nagusiaren bizitzan ondorio biopsikosozialak eragiten dituela ikusi da. Ondorio psikologikoen artean ohikoenak estresa, animo maila baxuak, nekea, kontrol eta autonomia galera sententzioa, mendekotasuna, culpa sententzioa, frustrazioa eta haserrea dira. Ondorio sozialei dagokienez, zaintzailea etxean sartzeak eta denbora liberrik ez edukitzeak harreman sozialak sortzeko eta mantentzeko zailtasuna eragiten du, nahiz eta aldi berean zaintzaileek gogobetetasuna sentitu eta enpatia garatu dezaketen. Ondorio fisikoak bigarren planoan geratzen diren arren, gihar – hezurretako arazoak, itoaldiak, lotarako arazoak, hipertentsio arteriala, azaleko arazoak, urdail – hesteetako arazoak etab. maiz agertzen dira Zaintzaile Nagusien artean.

Lanaren helburua nagusia betetzeko, Alzheimerra duten pertsonen Zaintzaile Nagusiei zuzendutako erizaintza jarduera ezberdinen emaitzak azaltzerako orduan hainbat ondorio atera dira:

Batetik, interbentzio psikosozialei dagokienez eraginkorrena berregituraketa kognitiboa dela ondoriozta daiteke eta osasun heziketak zaintzaileen Zarit Zamaren eta depresioaren balioetan hobekuntzak eragiten dituela. Sostengu soziala bilatzearekin eta arazoaren ebazpenarekin, aldiz, ez dira esperotako emaitzak lortu. Zaintzaileen erreleboa meditazio interbentzioarekin eta osasun heziketarekin alderatu denean, azkeneko biak eraginkorragoak izan dira eta bi hauen eraginkortasunaren artean alderik ez dagoela ikusi da. Interbentzio psiko – hezitzailearen emaitzak zaintzailearen eta gaixoaren arteko harreman motaren arabera aldagarriak izan dira.

Osasun heziketan oinarritutako interbentzio fisikoak zaintzaileen osasun fisikoan onurak frogatu ditu: egindako ariketa fisikoaren denbora luzatzea, presio arterialaren balioak mantentzea edo txikitzea eta zaintzaileen gorputz pisua mantentzea edo arintzea lortuz.

Gaixok eta bere zaintzaileak osatutako bikotearekin estimulazio kognitiboa lantzeko jarduerak aurrera eramateak zaintzaileengan Alzheimer gaixotasunaren inguruko ezagutzak zabaltzeko interes handiagoa, beste ikerketa edo zerbitzu mota batzuen inguruan informatuta egoteko nahia eta gaixoei eskainitako arreta hobetzeko nahia eragin zituen.

Lanean zehar azaldutako erizaintza jarduerak *NANDA – Ik bere 7. eremuko Zaintzaile Rolak* motan jasotzen dituen bi erizaintza etiketa – diagnostikoetan proposaturiko *NIC*ekin alderatzerako orduan, jarduera gehienek bat egiten dutela ikusi da. Beste jarduera batzuk, ordea, bi etiketa – diagnostiko nagusiak tratatzeko zuzenean proposatzen ez diren arren, Zaintzaile Nagusiak pairatzen dituen ondorio biopsikosozialak biltzen dituzten etiketa – diagnostikoetan proposatzen dira. *NANDA – Ik* lanean zehar azaldutako jardueraz gain *NIC* zerrenda luzea proposatzen du. Lanean zehar aztertu diren erizaintza interbentzio batzuk, aldiz, ez izan dira *NANDA – Ik* bildutakoen artean aurkitu.

7. BIBLIOGRAFIA

- (1) Villarejo A, Eimil M, Llanero M, López de Silanes C, Prieto C. Impacto Social de la Enfermedad del Alzheimer y otras demencias [Internet]. Madrid: Informe de la Fundación del Cerebro; 2011 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- (2) Lizaso I, Aizpurua A, Fernandino M, Camino S, Mendez J. Alzheimer motako dementzia. Zer da eta zer egin? Bilbo: Udako Euskal Unibertsitatea; 2010.
- (3) Hernández G, Millán JC. 1.Parte. En: Hernández G, Millán JC. Ancianidad, familia y enfermedad de Alzheimer. 1ª ed. A Coruña: Universidade da Coruña; 2000. p.17- 96.
- (4) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
- (5) Flórez JA. Aspectos psicosociales de la enfermedad de Alzheimer. En: Flórez JA. Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales. 1ª ed. Barcelona: Edika-Med S.L.; 1996. p. 1-8.
- (6) Eustat: Euskal Estatistika Erakundea [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Prensa Eustat; 2014 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 30a]. Estadística de defunciones de la C.A. de Euskadi (EDEF) 2012 [4 orrialde]. Erabilgarri: http://www.eustat.eus/elementos/ele0011300/El_numero_de_defunciones_en_la_CA/not0011372_c.html
- (7) Rey A, LLeó A. Enfermedad de Alzheimer: Neurología caso a caso. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- (8) Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 30a]. Nota Descriptiva de Demencia [5 orrialde]. Erabilgarri: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

- (9) Cruz Roja Española. Ser cuidadora. Ser cuidador. Guías de apoyo para personas cuidadoras [Internet]. Madrid: 2010 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: <https://www.cruzroja.es/principal/documents/1962259/1971192/SerCuidadora-Guias-apoyo-personas-cuidadoras-CruzRoja.pdf/9303206c-d3aa-4c99-b401-809038e85ff6>
- (10) Ferré C, Rodero V, Cid D, Vives C, Aparicio MR. Guía de cuidados de enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria [Internet]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2011 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: <http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia%20cuidados%20infermeria.pdf>
- (11) Bielsa ML. La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. Nuberos Científica [Interneteko Aldizkaria]. 2013 julio-octubre. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 2(10):6-12. Erabilgarri: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_10.pdf
- (12) NNN Consult [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2018- [atzitze-data 2018ko otsailaren 28a]. Erabilgarri: <https://www.nnnconsult.com/>
- (13) Roldán N, Corral I. Intervenciones de enfermería para la atención del cuidador informal del paciente con Alzheimer: Revisión bibliográfica. Rev. Rol Enferm. 2017; 40(10):50-57.
- (14) Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; Secretaría General de Política Social y Consumo; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2010 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero_Garcia_10.pdf
- (15) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2004 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3227/Situacion_y_evolucion_del_apoyo_informal_a_mayores_en_España.pdf?sequence=1&rd=0031788375805308

- (16) Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar” [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- (17) Varela G, Varona L, Anderson K, Sansoni J. Alzheimer's care at home: a focus on caregivers strain. Prof Infirm [Interneteko Aldizkaria]. 2011 April-June. [atzitze- data 2018ko urtarrilaren 28a]; 64(2):113-7. Erabilgarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662364/pdf/nihms447986.pdf>
- (18) Cheng S, Lau R, Mak E, Ng N, Lam L, Meeks S. Benefit-finding intervention for Alzheimer caregivers: conceptual framework, implementation issues, and preliminary efficacy. Gerontologist [Interneteko Aldizkaria]. 2014 December. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 54(6):1049-58. Erabilgarri: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/6/1049/565099>
- (19) Ducharme FC, Lévesque LL, Lachance LM, Kergoat MJ, Legault AJ, Beaudet LM, et al. “Learning to become a family caregiver” efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. Gerontologist [Interneteko Aldizkaria]. 2011 August. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 51(4):484-94. Erabilgarri: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/51/4/484/598121>
- (20) Circunvalación del Hipocampo [Internet]. 2007 [azkeneko eguneratzea 2018ko apirilaren 1a; atzitze-data 2018ko apirilaren 2a]. Escala de Carga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) [3 orrialde]. Erabilgarri: <https://www.hipocampo.org/zarit.asp>
- (21) de Rotrou J, Cantegreil I, Faucounau V, Wenisch E, Chausson C, Jegou D, et al. Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A Randomised Controlled Study. Int J Geriatr Psychiatry [Interneteko Aldizkaria]. 2011 August. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 26(8):833-42. Erabilgarri: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.2611>

- (22) Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2010 [azkeneko eguneratzea 2015eko urtarrila; atzitze-data 2018ko apirilaren 2a]. Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [4 orrialde]. Erabilgarri: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/anexo2.pdf>
- (23) Jansen A, van Hout H, van Marwijk H, Nijpels G, Gundy C, Vernooij–Dassen M, et al. Sense of competence questionnaire among informal caregivers of older adults with dementia symptoms: A psychometric evaluation. Clin Pract Epidemiol in Ment Health [Interneteko Aldizkaria]. 2007 July. [atzitze-data 2018ko martxoaren 25a]; 3(1):11. Erabilgarri: https://www.researchgate.net/publication/6192435_Sense_of_competence_questionnaire_among_informal_caregivers_of_older_adults_with_dementia_symptoms_A_psychometric_evaluation
- (24) Gerdner LA, Buckwalter KC, Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. Nursing Research [Interneteko Aldizkaria]. 2002 November-December. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 51(6):363-74. Erabilgarri: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.597.8663&rep=rep1&type=pdf>
- (25) Oken BS, Fonareva I, Haas M, Wahbeh H, Lane JB, Zajdel D, et al. Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. J Altern Complement Med [Interneteko Aldizkaria]. 2010 October. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 16(10):1031-8. Erabilgarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110802/pdf/acm.2009.0733.pdf>
- (26) American Psychological Association [Internet]. Washington: 2002 [azkeneko eguneratzea 2018; atzitze-data 2018ko apirilaren 2a]. Revised Memory and Behavior Checklist [2 orrialde]. Erabilgarri: https://alz.org/search/results.asp?q=RMBC&as_dt=i
- (27) Cognition Lab [Internet]. 2017 [atzitze-data 2018ko martxoaren 30a]. Attentional Network Task [3 orrialde]. Erabilgarri: <http://ertslab.com/portfolio/attentional-network-task/#prettyPhoto>

- (28) Farran CJ, Staffileno BA, Gilley DW, McCann JJ, Yan L, Castro CM, et al. A lifestyle physical activity intervention for caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* [Interneteko Aldizkaria]. 2008 April- May. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 23(2):132-42. Erabilgarri: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758783/pdf/nihms91251.pdf>
- (29) Peçanha TJ, Chaves SP, da Costa M, Pereira C. Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver. *Rev Bras Enferm* [Interneteko Aldizkaria]. 2015 May-June. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 68(3):450-6. Erabilgarri: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0510.pdf
- (30) da Costa M, Burlandi J, Chaves SP, Brum AK, Cavalcanti GS, Peçanha TJ. El impacto de la ejecución de las enfermeras en vista de los cuidadores de personas mayores con demencia. *Rev. Pesq.: Cuid. Fundam.* [Interneteko Aldizkaria]. 2014 julio–septiembre. [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 28a]; 6(3):1078-89. Erabilgarri: <http://www.redalyc.org/html/5057/505750623032/>
- (31) Santillán A. Nuevos niveles de evidencia y grados de recomendación JBI. 2015eko ekainaren 1a [atzitze-data 2018ko martxoaren 30a]. En: Santillán A. *Enfermería Basada en la Evidencia* [Internet]. Burgos. 2010eko uztailaren 10a. [5 orrialde]. Erabilgarri: <https://ebevidencia.com/archivos/2099>

8. ERANSKINAK

1. Eranskina. Datu – baseetan erabilitako bilaketa – bideak, iragazkiak eta aukeratutako artikulu kopurua. Iturria: propioa.

DATU – BASEA	BILAKETA ESTRATEGIA	ARTIKULU KOPURUA	IRAGAZKIAK	IRAGAZKIAK APLIKATU OSTEAN	ERABILITAKO ARTIKULUAK
Biblioteca Virtual en Salud	(tw:(alzheimerdisease)) OR (tw:(dementia)) AND (tw:(familycaregivers)) AND (tw:(nursingcare)) AND (tw:(outcomeandprocessassessment)).	20	-Testu osoa eskura egotea. -Gaztelera/Ingelese.	7	2
Biblioteca Cochrane Plus	(Alzheimer disease) AND (familycaregivers) AND (nursing services).	31	-	-	2
PubMed	(("dementia"[MeSH Terms] OR "alzheimerdisease"[MeSH Terms]) AND "familycaregivers"[MeSH Terms]) AND "nursingcare"[MeSH Terms].	715	-Testu osoa eskura egotea. -Gaztelera/Ingelese. -Azken 10 urteetako artikuluak.	43	4

DATU - BASEA	BILAKETA ESTRATEGIA	ARTIKULU KOPURUA	IRAGAZKIAK	IRAGAZKIAK APLIKATU OSTEAN	ERABILITAKO ARTIKULUAK
Cuiden	(([cla=alzheimer])AND (([cla=cuidadores]) AND(([[cla=atención]) AND(([[cla=de])AND ([cla=enfermería])])))).	9 (Isiltasuna)	-Testu osoa eskura egotea.	4	0
	(Alzheimer) AND (cuidador principal).	67	-Testu osoa eskura egotea.	46	1
Dialnet	(dementia) OR (Alzheimer disease) AND (family caregivers) AND (nursing care).	23	-Testu osoa eskura egotea. -Espainia. -2010 urtetik-2018ra.	18	1
	(dementia) OR (Alzheimer disease) AND (caregivers) AND (nursing).	49	-Testu osoa eskura egotea. - 2010tik aurrera -Gazteleraz/ Ingelesez.	30	1*.

**Ez dago interneten eskuragarri, baina, bai Donostiako Medikuntza eta Erizaintza Fakultateko liburutegian.*

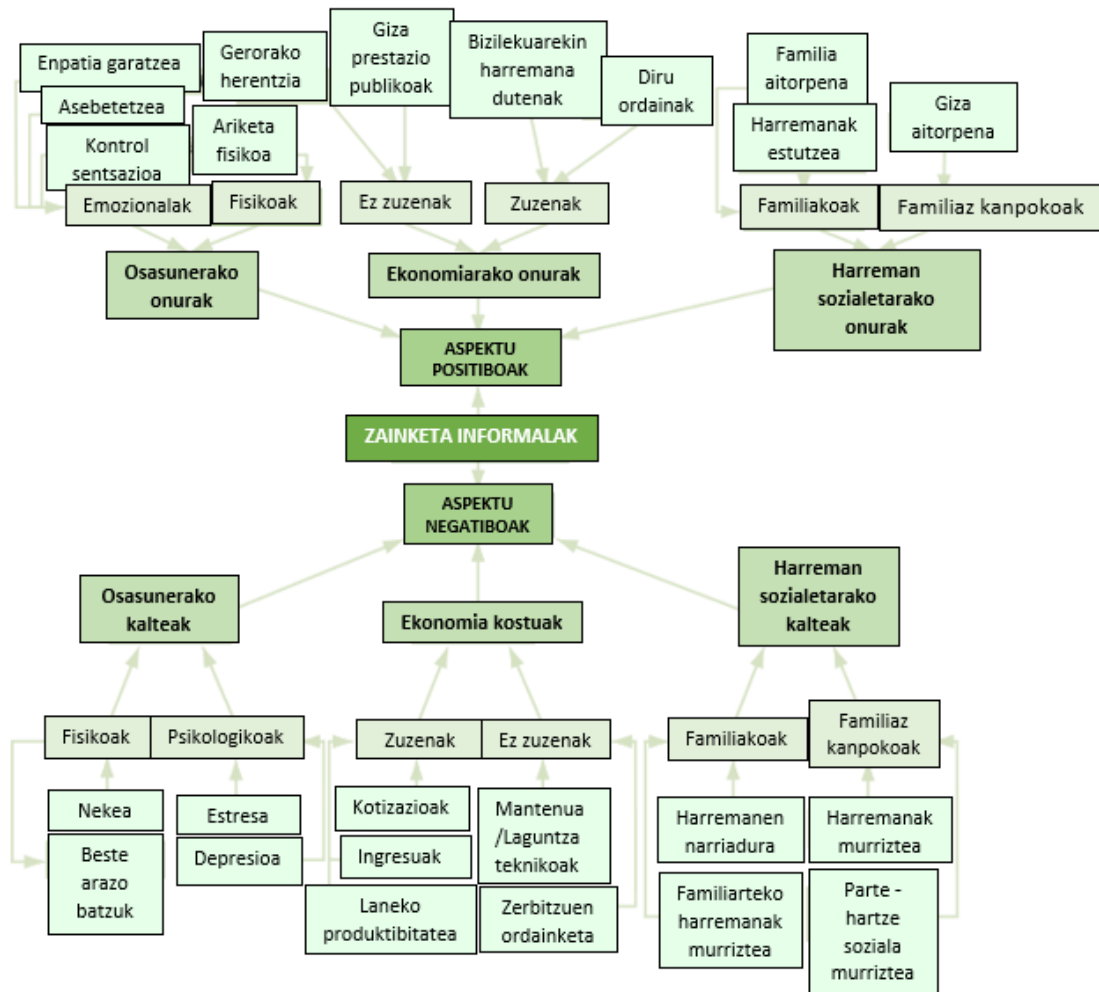
2. Eranskina. Datu – baseetatik aukeratutako artikuluen datuak ebidentzia mailaren arabera ordenatuak. Iturria: Santillán A. Nuevos niveles de evidencia y grados de recomendación JBI. 2015eko ekainaren 1a [atzitze-data 2018ko martxoaren 30a]. In: Santillán A. Enfermería Basada en la Evidencia [Internet]. Burgos. 2010eko uztailaren 10a. [5 orrialde]. Erabilgarri: <https://ebevidencia.com/archivos/2099>

DATU – BASEA	ARTIKULUAREN IZENBURUA	EGILEAK	ARGITARATZE URTEA ETA LEKUA	ALDIZKARIA	ARTIKULU MOTA
Cuiden	La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal.	María Lara Bielsa Antúnez.	2013, Espainia.	Nuberos Científica.	Errebisio sistematikoa.
Biblioteca Virtual en Salud	Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study.	Jocelyne de Rotrou, Inge Cantegreil, Veronique Faucounau, Emilie Wenisch, Catherine Chausson, David Jegou, Sophie Grabar eta Anne-Sophie Rigaud.	2011, Frantzia.	International Journal of Geriatric Psychiatry.	Ausazko saio klinikoa.
PubMed	Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers.	Barry S. Oken, Irina Fonareva, Mitchell Haas, Helane Wahbeh, James B. Lane, Daniel Zajdel eta Alexandra Amen.	2010, AEB.	The Journal of Alternative and Complementary Medicine.	Ausazko saio klinikoa.
Biblioteca Cochrane Plus	Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems.	Linda A. Gerdner, Kathleen C. Buckwalter eta David Reed.	2002, AEB.	Nursing Research.	Ausazko saio klinikoa.
Biblioteca Virtual en Salud	Benefit – finding intervention for Alzheimer caregivers: conceptual framework, implementation issues, and preliminary efficacy.	Sheung - Tak Cheng, Rosanna Lau, Emily Mak, Natalie Ng, Linda Lam eta Suzanne Meeks.	2014, AEB.	Gerontologist.	Ausazko saio klinikoa.

DATU – BASEA	ARTIKULUAREN IZENBURUA	EGILEAK	ARGITARATZE URTEA ETA LEKUA	ALDIZKARIA	ARTIKULU MOTA
Biblioteca Cochrane Plus	“Learning to become a family caregiver” efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative.	Francine C. Ducharme, Louise L. Lévesque, Lise M. Lachance, Marie-Jeanne Kergoat, Alain J. Legault, Line M. Beaudet eta Steven H. Zarit.	2011, Kanada.	Gerontologist.	Ausazko saio klinikoa.
PubMed	A lifestyle physical activity intervention for caregivers of persons with Alzheimer's disease.	Carol J. Farran, Beth A. Staffileno, David W. Gilley, Judith J. McCann, Yan Li, Cynthia M. Castro eta Abby C. King.	2008, AEB.	American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias.	Korrelazio – ikerketa.
PubMed	Alzheimer's care at home: a focus on caregivers strain.	Graciela Varela, Leydis Varona, Kathryn Anderson eta Julita Sansoni.	2011, Italia.	Professioni Infermieristiche Journal.	Errebisio narratiboa.
Dialnet	Intervenciones de enfermería para la atención del cuidador informal del paciente con Alzheimer.	Nuria Roldán Ahedo eta Inmaculada Corral Liria.	2017, Espainia.	Revista Rol de Enfermería.	Errebisio narratiboa.
PubMed	Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver.	Thiara Joanna Peçanha da Cruz, Selma Petra Chaves Sá, Mirian da Costa Lindolpho eta Célia Pereira Caldas.	2015, Brasil.	Revista Brasileira de Enfermagem.	Ikerketa kualitatibo deskriptiboa.
Dialnet	El impacto de la ejecución de las enfermeras en vista de los cuidadores de personas mayores con demencia	Mirian Da Costa Lindolpho, Jaqueline Burlandi De Oliveira, Selma Petra Chaves Sá, Ana Karine Brum, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente eta Thiara Joanna Peçanha Da Cruz.	2014, Brasil.	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online.	Ikerketa deskriptibo kualitatiboa.

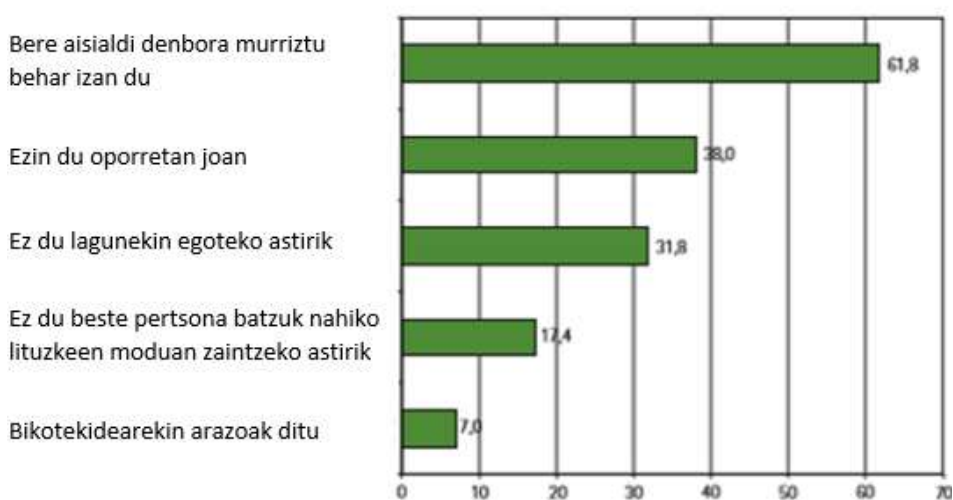
3. Eranskina. Pertsona dependente bat zaintzearen aspektu positiboak eta negatiboak.

Iturria: Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; Secretaría General de Política Social y Consumo; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2010 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero_Garcia_10.pdf (itzulpen propioa).

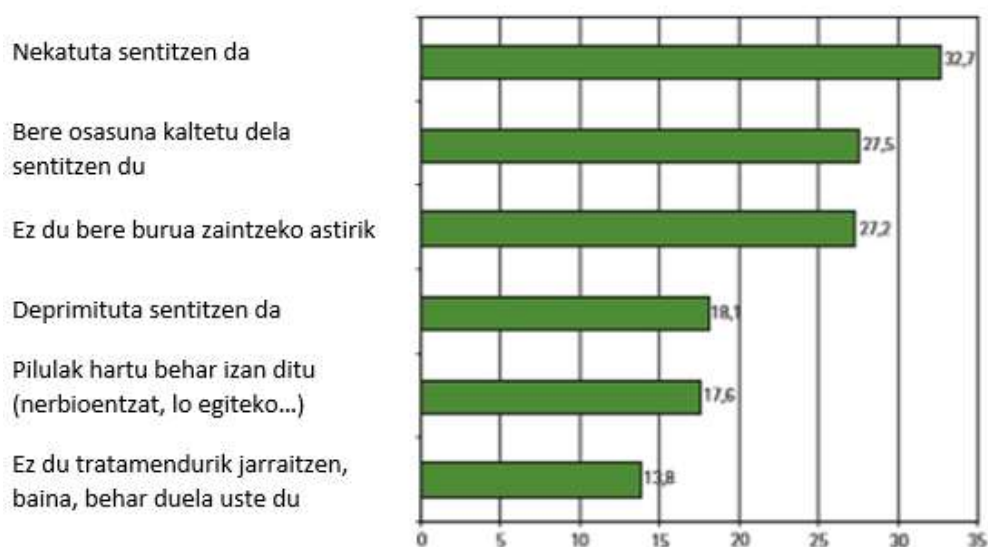


4. Eranskina. Zaintzaileen ustez zainketak emateak osasun aisialdian eta harreman sozialetan eta osasunean dituen ondorioak. Iturria: Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; Secretaría General de Política Social y Consumo; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2010 [atzitze-data 2018ko urtarrilaren 22a]. Erabilgarri: http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/jrogero/docs/Rogero_Garcia_10.pdf (itzulpen propioa).

Zainketak emateak zaintzaileen aisialdian eta harreman sozialetan dituen ondorioak ehunekoetan adierazita:



Zaintzaileen ustez zainketak emateak osasunean dituen ondorioak ehunekoetan adierazita:



5. Eranskina. ZBI (*Zarit Caregiver Burden*) Eskala. Iturria: Circunvalación del Hipocampo [Internet]. 2007 [azkeneko eguneratzea 2018ko apirilaren 1a; atzitze-data 2018ko apirilaren 2a]. Escala de Carga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) [3 orrialde]. Erabilgarri: <https://www.hipocampo.org/zarit.asp> (itzulpen propioa).

Itema	Egin beharreko galdera	Puntuazioa
1	Zure senideak benetan behar duena baino laguntza handiagoa eskatzen duela sentitzen al duzu?	
2	Zure senideari eskaintzen diozun denbora dela eta zuretzako denborarik ez duzula sentitzen al duzu?	
3	Zure senidea zaintzeaz gain beste erantzukizun batzuek arduratu behar zarenean larri sentitzen al zara?	
4	Lotsatuta sentitzen al zara zure senidearen portaerarengatik?	
5	Haserre sentitzen al zara zure senidearengandik gertu zaudenean?	
6	Oraingo egoerak lagunekin eta familiako beste kideekin duzun harremanean modu negatiboan eragiten duela uste al duzu?	
7	Zure senidearen etorkizunagatik ikara sentitzen al duzu?	
8	Zure senideak zure beharra duela uste al duzu?	
9	Estututa sentitzen al zara zure senidearekin egon behar zarenean?	
10	Zure senidea zaintzeagatik zure osasunak okerrera egin duela sentitzen al duzu?	
11	Zure senidea dela eta gustatuko litzaizukeen bizitza pribatua ez duzula sentitzen al duzu?	
12	Zure senidea zaintzeak zure bizitza sozialean eragina izan duela uste al duzu?	
13	Lagunak etxera gonbidatzeko deseroso sentitzen al zara zure senidea dela eta?	

Itema	Egin beharreko galdera	Puntuazioa
14	Zure senideak zuk bera zaintzea espero duela uste al duzu, kontatu dezakeen pertsona bakarra izango bazina bezala?	
15	Zure gastuez gain, zure senidea zaintzeko nahikoa dirurik ez duzula uste al duzu?	
16	Zure senideaz denbora luzean zehar zaintzeko gai izango ez zarela sentitzen al duzu?	
17	Zure senidearen gaixotasuna azaleratu zenetik zure bizitzaren kontrola galdu duzula sentitzen duzu?	
18	Zure senidearen zainketa beste pertsona batzuegan utzi ahal izatea gustatuko al litzazuke?	
19	Zure senidearekin egin behar duzunaren inguruan ez ziur sentitzen al zara?	
20	Zure senideagatik egiten duzuna baino gehiago egin beharko zenukeela sentitzen al duzu?	
21	Zure senidea zaintzen duzuna baino hobeto zaindu zenezakeela uste al duzu?	
22	Orokorrean: oso kargatuta sentitzen al zara zure senidea zaindu behar izateagatik?	

Item bakoitzeko puntuazioa (denak batu emaitza lortzeko):

Puntuazioa	0	1	2	3	4
Maiztasuna	Inoiz ez	la inoiz	Batzuetan	Askotan	la beti

Gehieneko puntuazioa 88 puntu. Ez dago ezarritako araurik ezta ebaketa punturik. Hala ere, 46 puntutik behera “gainzamarik gabea” kontsideratzen da eta 56 puntutik gora “gainzama handia”.

6. Eranskina. MADRS (Depresioa Ebaluatzeko Montgomery-ren eta Asberg-en Eskala). Iturria: Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2010 [azkeneko eguneratzea 2015eko urtarrila; atzitze-data 2018ko apirilaren 2a]. Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [4 orrialde]. Erabilgarri: www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/anexo2.pdf (itzulpen propioa).

Ebaluazioa zentzu orokorra duten sintomen inguruko galderetatik hasi eta larritasunaren ebaluazio zehatzagoa ahalbidetzen duten galdera zehatzagotara iristean oinarritu beharko litzateke. Balioztatzaileak balorazioa (0, 2, 4, 6) mailetako eskalan definitutako erantzunei dagokien edo haien tartean kokatutako (1, 3, 5) balioei dagokien erabaki beharko du.

Deprimituta dauden eta eskala honen barnean aurkitzen diren atalekin baloratu ezin diren pazienteak oso kasu gutxitan aurkitzen direla jakitea garrantzitsua da. Pazientearen aldetik erantzun zehatza jasotzen ez denean, adierazgarria den beste daturen bat erabili behar da, ohiko praktika klinikoan egiten den bezala, beste iturri batzuetan oinarritutako informazioa esaterako.

Itemak	Balorazioaren irizpide operatiboak
<p>1. Behatutako tristura</p> <p>Akidura, melankolia eta desesperazioa (ohikoa eta iragankorra den tristura baino zerbait gehiago) erakusten ditu, hitz egiteko moduan, aurpegiko adierazpenean eta gorputz jarreran adierazten direnak. Animatzeko ezigaitasun maila ebaluatu.</p>	<p>0. Tristurarik gabea.</p> <p>1.</p> <p>2. Goibel dirudi, baina, zailtasunik gabe animatzen da.</p> <p>3.</p> <p>4. Triste eta zoritxarrekoa dirudi denboraren zati handienean.</p> <p>5.</p> <p>6. Beti zoritxarrekoa dirudi. Ikaragarri lur – jota dirudi.</p>
<p>2. Pazienteak adierazitako tristura</p> <p>Sentitzen den animo egoera depresiboa adierazten du, bere itxuran islatzen den edo ez kontuan izan gabe. Tristura, etsipena edo esperantza falta eta ez inork ez ezerek lagun dakioken sentimendua. Bere animo egoeran gertaerek eragiten duten intentsitatea, iraupena eta neurria ebaluatu.</p>	<p>0. Inguuabarraren araberako tristura iragankorra.</p> <p>1.</p> <p>2. Triste edo goibel, baina, zailtasunik gabe animatzen da.</p> <p>3.</p> <p>4. Tristura edo melankolia sentimendu orokortuak. Animo egoera inguruabarratik eraginda ikusten da oraindik ere.</p> <p>5.</p> <p>6. Akidura, zoritxar edo tristura jarraia edo aldaezina.</p>
<p>3. Barne tentsioa</p> <p>Gaizki definitutako ondoez, suminkortasun, barne nahaste eta tentsio mental sentimenduak adierazten ditu, ikarara, izura eta estutasunera iritsi arte. Kontsolamendua bilatzen duen intentsitatea, maiztasuna, iraupena eta neurria ebaluatu.</p>	<p>0. Baketsu. Iragankorra den barne tentsioa soilik.</p> <p>1.</p> <p>2. Noizean behingo urduritasun eta zehaztugabeko ondoez sentimenduak.</p> <p>3.</p> <p>4. Barne tentsio sentimendu jarraiak edo noizean behingo barne tentsio sentimenduak, pazienteak zailtasunekin soilik menpera ditzazkeenak.</p> <p>5.</p> <p>6. Ikara edo larritasun sendoa. Izu jasangaitza.</p>

Itemak	Balorazioaren irizpide operatiboak
<p>4. Murriztutako loa</p> <p>Loaren iraupenaren edo sakontasunaren murrizketa adierazten du, subjektua ongi zegoen garaiko pautekin alderatuta.</p>	<p>0. Beti bezala egiten du lo.</p> <p>1.</p> <p>2. Lo hartzeko zailtasun arina edo arinki murriztutako loa, lo arina edo nahasia.</p> <p>3.</p> <p>4. Murriztutako loa edo gutxienez bi orduz etendakoa.</p> <p>5.</p> <p>6. 2 edo 3 orduetik beherako loa.</p>
<p>5. Murriztutako apetitua</p> <p>Ondo aurkitzen zen garaiko egoerarekin alderatuta apetitu galera sentrazioa adierazten du. Janariarekiko desira edo norbera jatera behartzeko beharraren arabera ebaluatu.</p>	<p>0. Ohiko apetitua edo handiagoa.</p> <p>1.</p> <p>2. Arinki murriztutako apetitua.</p> <p>3.</p> <p>4. Apetiturik gabe. Janaria zaporegabea da.</p> <p>5.</p> <p>6. Zerbait jateko konbentzitzea behar du.</p>
<p>6. Kontzentratzeko zailtasuna</p> <p>Pentsamenduak zentratzeko zailtasuna adierazten du, kontzentrazio falta ezgaitasunera iritsi arte. Ezgaitasunaren intentsitatearen, maiztasunaren eta mailaren arabera ebaluatu.</p>	<p>0. Kontzentratzeko zailtasunik ez.</p> <p>1.</p> <p>2. Pentsamenduak zentratzeko zailtasunak.</p> <p>3.</p> <p>4. Kontzentratzeko eta ideia bat jarraitzeko zailtasuna, irakurtzeko edo elkarrizketa bat mantentzeko gaitasuna murrizten duena.</p> <p>5.</p> <p>6. Irakurtzeko edo elkarrizketa bat mantentzeko gai ez izatea, zailtasun handiekin ez bada.</p>
<p>7. Ahulezia</p> <p>Zerbait hasteko zailtasuna edo zerbait hasteko eta eguneroko jarduerak egiteko mantsotasuna adierazten du.</p>	<p>0. Zerbait hasteko ia zailtasunik gabe. Apatiarik gabe.</p> <p>1.</p> <p>2. Jarduerak hasteko zailtasuna.</p> <p>3.</p> <p>4. Errutinazko jarduera errazak esfortzuarekin aurrera eramateko zailtasunak.</p> <p>5.</p> <p>6. Erabateko ahultasuna. Laguntzarik gabe ez da ezer egiteko gai.</p>

Itemak	Balorazioaren irizpide operatiboak
<p>8. Sentitzeko gaitasun eza</p> <p>Inguruagatik edo normalean plazerra ematen duten jarduerengatik interes txikiagoa adierazten duen esperientzia subjektiboa. Inguruabarrari edo pertsoneri dagokien emozioarekin erreakzionatzeko gaitasuna.</p>	<p>0. Inguruarekiko eta beste pertsonetikiko interes normala.</p> <p>1.</p> <p>2. Normalean interesa sortzen dioten gauzekin gozatzeko gaitasun txikiagoa.</p> <p>3.</p> <p>4. Inguruarekiko interes galera. Lagunekiko eta ezagunekiko sentimendu galera.</p> <p>5.</p> <p>6. Emozionalki geldirik sentitzearen esperientzia, haserrea, pena edo plazerra sentitzeko gaitasun eza eta gertuko senideekiko eta lagunekiko sentimendu falta guztizkoa eta mingarria.</p>
<p>9. Pentsamendu ezkorrak</p> <p>Erruduntasun, gutxiegitasun, autogaitzespen, pekatu, alhadura eta hondamen pentsamenduak adierazten ditu.</p>	<p>0. Ez du pentsamendu ezkorrik.</p> <p>1.</p> <p>2. Porrot, autogaitzespen edo automespresu ideia aldagarriak.</p> <p>3.</p> <p>4. Autoakusazio iraunkorrek, erruduntasun edo pekatu definitutako ideiak edo razionalak. Etorkizunarekiko geroz eta pentsamendu ezkorragoak.</p> <p>5.</p> <p>6. Hondamen, alhadura edo pekatu aluzinazioak. Absurduak edo hauskaitzak diren autoakusazioak.</p>
<p>10. Suizidio pentsamenduak</p> <p>Bizitzeak pena merezi ez duenaren sentimendua adierazten du. Heriotza naturala iristea nahiko luke, suizidio pentsamenduak eta suizidio prestaketak ditu. Bere buruaz beste egiteko saiakerek ez lukete ebaluazioan eragin behar.</p>	<p>0. Bizitaz gozaten du edo datorren bezala onartzen du.</p> <p>1.</p> <p>2. Bizitzeaz nekatuta. Iragankorrek diren suizidio pentsamenduak.</p> <p>3.</p> <p>4. Ziurrenik hobeto egongo litzateke hilda. Suizidio pentsamenduak ohikoak dira eta suizidioa konponbide posiblea kontsideratzen da, baina, inolako intentziorik edo plan zehatzik eduki gabe.</p> <p>5.</p> <p>6. Aukera aurkezten denean suizidio plan zehatzak. Suizidiorako prestaketa aktiboa.</p>

Ebaketa puntuak	Depresiorik ez	Arina	Moderatua	Larria
	0 – 6	7 – 19	20 – 34	35 – 60

7. Eranskina. SCQ (Gaitasun Zentruaren Galdera – Sorta). Iturria: Jansen A, van Hout H, van Marwijk H, Nijpels G, Gundy C, Vernooij-Dassen M, et al. Sense of competence questionnaire among informal caregivers of older adults with dementia symptoms: A psychometric evaluation. Clin Pract Epidemiol in Ment Health [Interneteko Aldizkaria] 2007 July. [atzitze-data 2018ko martxoaren 25a]; 3 (1): 11. Erabilgarri: https://www.researchgate.net/publication/6192435_Sense_of_competence_questionnaire_among_informal_caregivers_of_older_adults_with_dementia_symptoms_A_psychometric_evaluation (itzulpen propioa).

Zaintzaile izatearekin norberak sentitzen duen asebetetzea:

1. *Laket sentitzen naiz nire-rekin daukadan interakzioarekin.
2. Ez naiz gai sentitzen nire zaintzeko.
3. Nire-k eta nik harreman hobea izatea gustatuko litzaidake.
4. Nire-rekin dudan interakzioaren erruduna sentitzen naiz.
5. Estu sentitzen naiz nire-rekin dudan interakzioan.
6. Iraganean nire-gatik egin nezakeen guztia egin ez nuela sentitzen dut.
7. Ez dut argi zenbat arreta eskaini behar diodan nire-ri.
8. Nire-k nik beragatik egiten dudana onurarik lortzen ez dula sentitzen dut.
9. Urduri eta triste sentitzen naiz nire-rekin dudan interakzioagatik.
10. Haserre sentitzen naiz nire-rekin dudan interakzioagatik.
11. Nire-gatik egin beharko nukeen guztia egiten ez dudala sentitzen dut.
12. *Erabilgarri sentitzen naiz nire-rekin dudan interakzioan.

Zainketak emateak zaintzailearen bizitza pertsonalean dituen ondorioak:

13. Nire-rekin dudan egungo egoerak gustatuko litzaidakeen pribazitatea ekiditen didala sentitzen dut.
14. Nire-rekin inplikatzegatik ez dut nire buruarentzako nahikoa denborarik.
15. Nire bizitza soziala erasana izan dela sentitzen dut nire-rekin inplikatzegatik.
16. Nire bakarrik utzi ezin dudala sentitzen dut, berak nire beharra du etengabe.
17. Estresatuta sentitzen naiz nire zaintzeko eta gainontzeko eginbeharrak, lana etab. aurrera eramateko.
18. Nire zaintzeak nire osasunean eragin didala sentitzen dut.
19. Nire-z etengabe kezkatzen naiz.
20. Nire-k nik bera zaintzea espero duela sentitzen dut, beste inork zaindu ezin balu bezala.

Dementia duen pertsonak zainketak jasotzean duen asebetetzea:

21. Nire portatzen den moduan portatzen dela uste dut bere bide propioa duela erakusteko.
22. Nire portatzen den moduan portatzen dela uste dut ni gogaitzeko.
23. Nire ni manipulatzeko saiatzen dela sentitzen dut.
24. Nire-k nire etengabeko arreta beste batzuk eskaintzen diotena baino gutxiago estimatzen du.
25. Nire-k benetan behar dituenak baino eskaera gehiago egiten dituela sentitzen dut.
26. Nire-rekin dudana interakzioan minduta sentitzen naiz.
27. Lotsatuta sentitzen naiz nire-k duen portaeragatik.

*Item hauek aurkako zentzuan erregistratu behar dira.

Erantzunen mailak: 1. Bai, guztiz ados. / 2. Bai, ados. / 3. Alde batetik ados, beste alde batetik desados. / 4. Ez, desados. / 5. Ez, guztiz desados.

Puntuazio altuagoek konpetentzia zentzu hobea adierazten dute. puntuazioa 27 puntutik 135 puntura bitartekoa izan daiteke.

Gomendioak: elementuen sekuentzia alda daiteke. Sekuentzia komenigarriena galdera emozionalenak amaieran egiten dituenak da.

Informazioa eskuratzeko estrategia komenigarriena aurrez aurreko elkarrizketa da. Zaintzaileek zainketak ematearen inguruan hitz egiteko aukera eskertzen dute. Bigarrenik telefono bidezko elkarrizketak gomendatzen dira. SCQ idatzizko galdeketa bezala erabil daiteke.

8. Eranskina. *Revised Memory and Behavior Problems Checklist.* Iturria: American Psychological Association [Internet]. Washington: 2002 [azkeneko eguneratzea 2018; atzitze-data 2018ko apirilaren 2a]. Revised Memory and Behavior Checklist [2 orrialde]. Erabilgarri: https://alz.org/search/results.asp?q=RMBC&as_dt=i (itzulpen propioa).

Azken astean gertatu al da?

0 = Ez.

1 = Bai.

Erreakzioen sailkapena:

0 = Oso gutxi.

1 = Pixka bat.

2 = Neurrian.

3 = Asko.

4 = Ikaragarri.

Arazoa	Gertatu al da? (Azken astean)		Erreakzioa (zenbat gogaitzen zaituen)
	EZ	BAI	
1. Galdera berdina behin eta berriro errepikatzea.	EZ	BAI	
2. Gertatu berri dena gogoratzeko zailtasunak izatea (egunkariko edo telebistako albisteak, adibidez).	EZ	BAI	
3. Iraganeko gertaera esanguratsuak gogoratzeko arazoak izatea.	EZ	BAI	
4. Gauzak galtzea edo lekuz aldatzea.	EZ	BAI	
5. Zein egun den ahaztea.	EZ	BAI	
6. Gauzak egiten hastea, baina, ez bukatzea.	EZ	BAI	
7. Ekintza batean kontzentratzeko zailtasuna izatea.	EZ	BAI	
8. Ondasunak suntsitzea.	EZ	BAI	
9. Lotsarazten zaituzten gauzak egitea.	EZ	BAI	
10. Zu edo familiako beste kideak gauean jaikiaraztea.	EZ	BAI	
11. Ozen eta azkar hitz egitea.	EZ	BAI	
12. Antsietate egoeran edo kezkatuta egotea.	EZ	BAI	
13. Berarentzat edo gainontzekoentzat arriskutsua den jarrera edukitzea.	EZ	BAI	
14. Bere burua zauritzeko mehatxu egitea.	EZ	BAI	
15. Gainontzekoak zauritzeko mehatxu egitea.	EZ	BAI	
16. Gainontzekoengan ahozko agresibitatea erakustea.	EZ	BAI	
17. Triste edo depresibo egotea.	EZ	BAI	

Arazoa	Gertatu al da? (Azken astean)		Erreakzioa (zenbat gogaitzen zaituen)
	EZ	BAI	
18. Etorkizunarekiko desesperantza eta tristura sentimenduak adieraztea.	EZ	BAI	
19. Negar egitea.	EZ	BAI	
20. Norberaren edo gainontzekoen heriotzaz hitz egitea.	EZ	BAI	
21. Bakarrik sentitzeaz hitz egitea.	EZ	BAI	
22. Gauzaez eta besteentzako zama moduan sentitzen dela komentatzea.	EZ	BAI	
23. Porrota sentitzeaz eta bizitzan pena merezi duen lorpenik ez izateaz komentarioak egitea.	EZ	BAI	
24. Liskarrak edukitzea, suminkortasuna adieraztea edo/eta kexatzea.	EZ	BAI	

Maiztasunen Puntuazioa: itemen azpieskalen eta guztizko emaitzaren batura.

Erreakzioen Puntuazioa: maiztasunean 1eko kalifikazioa edo gehiagokoa eduki duten itemen eta totalaren puntuazioen batura.

Oroimena: 7 item (#1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Tarte posiblea: 0 – 28.

Maiztasuna: batezbestekoa = 18.33, desbiderapen estandarra = 7.02, tarte = 0 – 28.

Erreakzioa: batezbestekoa = 11.12, d. e. = 6.34, tarte = 0 – 28.

Depresioa: 9 item (#12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23).

Tarte posiblea: 0 – 36.

Maiztasuna: batezbestekoa = 11.40, d. e. = 9.28, tarte = 0 – 36.

Erreakzioa: batezbestekoa = 18.73, d. e. = 8.47, tarte = 0 – 36.

Nahasmendua: 8 item (#8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 24).

Tarte posiblea: 0 – 32.

Maiztasuna: batezbestekoa = 5.64, d. e. = 6.44, tarte = 0 – 28.

Erreakzioa: batezbestekoa = 14.85, d. e. = 8.34, tarte = 0 – 32.

Guztira: 24 item.

Tarte posiblea: 0 – 96.

Maiztasuna batezbestekoa: 33.59, d. e. = 16.56, tarte 1 – 87.

Erreakzioa: batezbestekoa = 22.69, d. e. = 15.60, tarte 0 – 77.

9. Eranskina. Attentional Network Test (ANT). Iturria: Cognition Lab [Internet]. 2017 [atzitze-data 2018ko martxoaren 30a]. Attentional Network Task [3 orrialde]. Erabilgarri: <http://ertslab.com/portfolio/attentional-network-task/#prettyPhoto> (itzulpen propioa).

Attentional Network teoriak independenteak diren hiru kontzeptu kognitibo proposatzen ditu:

- **Alerta:** egoera mentalean eta psikologikoan aldaketa inplikatzeko du eta organismoa erreakzio bizkorretarako prestatzen du.

- **Orientazioa:** espazioko seinale iturriari arretaren esleipen selektiboa egitea inplikatzeko du.

- **Kontrol Exekutiboa:** arreta exekutiboak gatazken ebazpena eta erabakiak hartzearen gaineko kontrola, akatsen autematea eta ohiko erantzunen inhibizioa inplikatzeko du.

Testa ordenagailu bidez egiten da eta puntuaketa arreta kontroleko sistema bakoitzeko kondizio motelenari kondizio bizkorrena kentzen lortzen da:

- **Alerta:** bat ere ez – baten bat.

- **Orientazioa:** balio gabea – baliokoa.

- **Kontrol Exekutiboa:** ez – kongruentea – kongruentea.