

Procjena opterećenja članova obitelji oboljelih od shizofrenije u Splitsko-Dalmatinskoj županiji

Boban, Magdalena

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:701172>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET

Magdalena Boban

**PROCJENA OPTEREĆENJA ČLANOVA OBITELJI OBOLJELIH OD
SHIZOFRENIJE U SPLITSKO-DALMATINSKOJ ŽUPANIJI**

Diplomski rad

Akademska godina:

2022./2023.

Mentor:

prof. dr. sc. Dolores Britvić

Split, srpanj 2023.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Shizofrenija.....	2
1.1.1 Epidemiologija.....	2
1.1.2 Etiologija.....	2
1.1.3 Klinička slika i tijek bolesti.....	3
1.2. Uloga obitelji.....	5
1.2.1. Opterećenje obitelji.....	6
1.2.2. Karakteristike skrbnika ili njegovatelja.....	6
1.2.3. Opterećenje njegovatelja.....	7
1.2.4. Utjecaj na zdravlje njegovatelja.....	8
1.3. Pozitivni aspekti skrbi za oboljelog člana obitelji.....	9
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	10
3. ISPITANICI I POSTUPCI.....	12
1.4. Ustroj istraživanja.....	13
1.5. Etička načela.....	13
1.6. Ispitanici.....	13
1.7. Mjerni instrumenti.....	13
1.8. Statistička obrada podataka.....	15
4. REZULTATI.....	16
1.9. Demografski podaci.....	17
1.10. Rezultati ZBI.....	18
1.11. CORE-OM.....	22
1.12. Povezanost općih psihopatoloških poteškoća s opterećenjem ispitanika.....	25
5. RASPRAVA.....	26
6. ZAKLJUČCI.....	31
7. LITERATURA.....	33

8.	SAŽETAK	38
9.	SUMMARY	40
10.	ŽIVOTOPIS	42
11.	DODATAK	44

POPIS OZNAKA I KRATICA

GWAS - svegenomska studija asocijacije (od engl. *Genome-wide association study*)

DUP - vrijeme neliječene psihoze (od engl. *duration of untreated psychosis*)

EE - emocionalna izražajnost (od engl. *expressed emotions*)

CC - kritički komentari (od engl. *Critical comments*)

EOI - emocionalno pretjerana uključenost (od engl. *Emotional over-involvement*)

QOL - kvaliteta života (od engl. *quality of life*)

PHQ-9 - Upitnik o zdravlju pacijenta (od engl. *Patient Health Questionnaire-9*)

PCS - fizičko zdravlje (od engl. *physical component summary*)

MCS - psihičko zdravlje (od engl. *mental component summary*)

SF-36 - Upitnik zdravstvenog statusa SF-36 (od engl. *Short Form 36 (SF-36) Health Survey*)

ZBI - Zarit upitnik o opterećenju (od engl. *Zarit Burden Interview*)

CORE-OM - Upitnik za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća (od engl. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*)

Želim se zahvaliti svojoj mentorici prof. dr. sc. Dolores Britvić koja je svojom strpljivošću, zalaganjem i znanjem uvelike olakšala nastanak ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji, a posebno svojim roditeljima i bratu. Neizmjerne podrška mojih roditelja temelj je svakog mog uspjeha.

Za kraj, zahvaljujem se Marinu i Luni, za more ljubavi i sretnih trenutaka.

1. UVOD

1.1. Shizofrenija

Shizofrenija je bolest obilježena psihozom. Oboljeli gube dodir sa stvarnošću. Javljaju se halucinacije (osjetilne percepcije bez podražaja), iluzije (iluzije proganjanja, iluzije odnosa, umetanja misli), neorganizirani govor i ponašanje, ograničen rasponom emocija koji se manifestira osjećajem tuposti, spoznajni ispadi (poremećeno zaključivanje i rješavanje problema) te problemi u profesionalnom i društvenom funkcioniranju. Simptomi se obično javljaju u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Prije nego što se postavi dijagnoza, poremećaj mora trajati barem 6 mjeseci (1). Iako nije čest poremećaj, čini značajan udio u psihijatrijskom morbiditetu i opterećenju psihijatrijskih službi. Zbog teške kliničke slike, kroničnog tijeka bolesti, visokog morbiditeta i mortaliteta, oboljeli od shizofrenije zauzimaju neproporcionalan broj bolničkih kreveta u odnosu na ostale psihičke poremećaje. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, od shizofrenije boluje 20 milijuna ljudi na svijetu. Osobe oboljele od shizofrenije žive u prosjeku 10 do 25 godina kraće od opće populacije (2,3). Postoje mnoga i različita gledišta o shizofreniji; kao o bolesti mozga ili kao o psihološkom poremećaju bez organske osnove. Zadnjih 20 godina, izvorna koncepcija shizofrenije kao genetski uzrokovanog neurorazvojnog poremećaja ponovno prevladava (2). Rani početak i kronični tijek bolesti stvaraju poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju za mnoge pacijente i njihove obitelji (2,7).

1.1.1 Epidemiologija

Prevalencija shizofrenije u 2016. godini iznosila je 0,28% u općoj populaciji. Životna prevalencija iznosi između 2 i 6/1000. Pojednostavljeno se navodi da shizofrenija zahvaća do 1% odraslih osoba (3). Shizofrenija (14,4%) je na drugom mjestu po ukupnom broju hospitalizacija iz skupine mentalnih poremećaja 2021. godine u Hrvatskoj. Prednjači s udjelom od 28,5% u ukupnom broju dana bolničkog liječenja radi mentalnih poremećaja (4).

U Splitsko-dalmatinskoj županiji čak 30,4% hospitalizacija u 2020. godini zbog mentalnih poremećaja je bilo povezano sa shizofrenijom (5). Smatra se da je bolest podjednako učestala u oba spola, iako neki autori navode da je češća u muškaraca koji su skloniji ranijem nastupu bolesti s težim kliničkim tijekom (3,6).

1.1.2 Etiologija

Jasna etiologija shizofrenije je još uvijek nepoznata. Genetika ima presudnu ulogu, ali poznati su i brojni biološki i socijalni okolišni faktori koji doprinose nastanku bolesti. Podudarnost za razvoj shizofrenije je 48% u monozigotnih blizanaca. U dvojajčanih blizanaca

rizik za razvoj bolesti je 12 do 14%. Ako su oboljela oba roditelja rizik za dijete je 40% (7). Najnovijim GWAS istraživanjem utvrđeno je 120 genskih lokusa (od čega je 106 protein kodirajućih lokusa) povezanih sa shizofrenijom (8). Geni na takvim lokusima povezani su sa neuroplastičnošću, kalcijevim kanalima, glutamatnom transmisijom i neurorazvojnim procesima. Shizofrenija je poligenetska bolest pa jedan rizični polimorfizam tek minimalno povisuje rizik od nastanka bolesti. Veći broj takvih alela kumulativno povećava i rizik od obolijevanja (3). Osim genetskih, utvrđeno je da neki okolišni faktori kao što su odrastanje u urbanom području, traumatično djetinjstvo, rođenje u zimskim ili proljetnim mjesecima, beskućništvo ili emigracija kao oblik socijalne izolacije povećavaju rizik od nastanka bolesti (3,7). Neke infekcije majke u trudnoći, kao što su *Virus herpes simplex tip 2* i *Toxoplasma gondii* povećavaju rizik od bolesti. Pogotovo je ta veza naglašena kod infekcije virusom rubeole koji kod ploda povećava rizik za razvoj shizofrenije čak 10 do 20 puta (9). Opstetričke komplikacije, kao što su krvarenje tijekom trudnoće, gestacijski dijabetes, hitni carski rez, asfiksija ploda i mala porođajna težina povezuju se sa shizofrenijom kasnije u životu (7).

1.1.3 Klinička slika i tijek bolesti

Klinička slika shizofrenije je kompleksna. Vjerojatno se pod dijagnozu shizofrenije svrstava niz kliničkih sindroma različite etiologije jer je tijek bolesti vrlo heterogen (3).

Razlikujemo akutnu i kroničnu shizofreniju, ali u praksi se radi o kontinuumu. Socijalno povlačenje, među ostalim abnormalnim (shizoidnim) ponašanjima, obično prethodi prvoj psihotičnoj epizodi osobe. Pojedini pacijenti ne pokazuju takve simptome prije prve epizode (2,7). Obično u premorbidnoj fazi osobe imaju negativne ili nespecifične kliničke simptome, kao što su depresija, anksioznost, društvena izolacija i školski ili profesionalni neuspjeh (10). U toj fazi se često javljaju i drugi poremećaji, najčešće klinička depresija i ovisnost o kanabisu (11). Nakon toga često slijedi pojava slabih pozitivnih simptoma ili kratkih, isprekidanih pozitivnih simptoma umjerenog intenziteta (10). Pozitivni simptomi su obilježeni pretjeranim ili promijenjenim normalnim funkcijama. U pozitivne simptome svrstavaju se iluzije proganjanja, odnosa, oduzimanja ili umetanja misli, kao i halucinacije. Najčešće su slušne halucinacije, ali mogu biti i vidne, njušne, okusne ili dodirne. Dezorganizirano mišljenje se manifestira govorom koji prelazi s jedne na drugu temu ili je potpuno nerazumljiv. Ponašanje je često djetinjasto ili uznemiravajuće (1,12). U periodu blizu psihozi, pojedinci obično pokazuju ozbiljnije pozitivne simptome koji su manje učestali (jednom ili dvaput mjesečno), kraćeg trajanja i intenziteta (bolesnik ima djelomičan uvid u svoje stanje). Tijekom ovog

razdoblja pojedinci često ispoljavaju neuobičajene misli, perceptivne abnormalnosti ili poremećaje govora (10).

Iako je akutna psihoza hitno stanje, rijetki pojedinci odmah imaju pristup adekvatnom liječenju što znači da je njihov DUP (od engl. *duration of untreated psychosis*) produžen. Duži DUP povezan je s lošim općim simptomatskim ishodom, težim pozitivnim i negativnim simptomima, manjom vjerojatnošću remisije i smanjenim društvenim funkcioniranjem, ali ne i lošijim ishodima vezanim za zaposlenje, kvalitetu života ili bolničko liječenje.

U akutnoj fazi ili krizi, izraženi su psihotični simptomi koji traju duže od 4 tjedna, nakon čega slijedi faza ranog oporavka koja traje 6 do 12 mjeseci nakon akutne epizode. Rane intervencije i sekundarne preventivne intervencije tijekom te faze mogu poboljšati ishod prve epizode psihoze kroz poboljšanje odgovora na liječenje, funkcioniranja i socijalnih vještina uz smanjenje opterećenja obitelji (13).

Nakon prve epizode potpuni oporavak će postići 10-30% oboljelih. Nakon javljanja druge epizode rizik za novu epizodu tijekom sljedeće godine bez liječenja iznosi 70-80% (14).

Tijekom prvih 10 do 15 godina bolesti klinička slika je izraženija. Kako bolest napreduje, pogoršava se i funkcionalno oštećenje pa često bolesnici ne mogu pronaći i zadržati stalno radno mjesto. Uz moderne antipsihotike, više od 40% pacijenata sa shizofrenijom pokazuju jedno ili više razdoblja potpunog oporavka, što definiramo kao period od 1 ili više godina bez pozitivnih simptoma ili negativnih simptoma, bez psihijatrijskih hospitalizacija, uz uredno socijalno i radno funkcioniranje (15).

Dugoročna prognoza nije dobra jer oboljeli od shizofrenije žive 10 do 20 godina kraće od prosjeka. Shizofrenija je povezana sa 7,4 puta većom smrtnosti od svih uzroka u odnosu na opću populaciju. Cijelo-životna prevalencija samoubojstva u oboljelih od shizofrenije je 5,6%, a većina ih se događa na samom početku bolesti. Uzimanje antipsihotika povećava očekivani životni vijek. Paradoksalno, lijekovi iz te skupine mogu imati negativan učinak na kardiovaskularno zdravlje i izazvati metabolički sindrom. Međutim, zbog boljeg općenitog funkcioniranja, smanjene prevalencije poremećaja ovisnosti, manjeg rizika od suicidalnih i rizičnih ponašanja te bolje regulacije internističkih bolesti, dobro regulirana terapija antipsihoticima značajno produljuje životni vijek (16).

1.2. Uloga obitelji

Neformalni skrbnici ili njegovatelji, koji su najčešće članovi obitelji oboljele osobe, pružaju pomoć u aktivnostima svakodnevnog života te emocionalnu, socijalnu i financijsku podršku osobama koje boluju od shizofrenije (17).

Većina oboljelih ima značajne funkcionalne tegobe i epizode nesposobnosti za samostalni život. Obitelji igraju ključnu ulogu u ranoj fazi bolesti kada je ključno da bolesnik što ranije potraži profesionalnu pomoć jer većina živi s obitelji ili se vraća u obiteljski dom (18).

Saznanje da član obitelji boluje od psihičke bolesti izaziva različite reakcije u ostalih članova obitelji. Kapacitet obitelji i njenih članova da se suoče sa stresom te funkcioniranje same obitelji uvjetuje tip, intenzitet i trajanje same reakcije na psihičku bolest. Tipična reakcija je mješavina osjećaja koji uključuju tjeskobu, tugu, ljutnju, sram i krivnju. Prvotna reakcija je nevjerica i negacija bolesti što često znači da osoba ne uzima propisane lijekove jer nema unutarnje motivacije ni vanjske kontrole. Poremećeno ponašanje osobe se u obitelji tretira kao privremeno i prolazno stanje. U daljnjem tijeku bolesti, kad se počnu javljati periodične psihotične epizode s kroničnim posljedicama, obitelj reagira strahom, tjeskobom, ljutnjom i sramom. Promjena ponašanja oboljele osobe se može doživjeti kao gubitak člana obitelji, mogućnosti, planova i uloge koja je bila namijenjena za tu osobu (19).

Uloga skrbnika je teška i ima značajan utjecaj na mentalno zdravlje njegovatelja pa više od trećine obitelji izvještava o visokoj razini percipiranog tereta i naglašava poteškoće cijele obitelji u suočavanju s bolešću (18).

S druge strane, i sama obitelj značajno utječe na ishod bolesti. Analizom načina razgovora o oboljeloj osobi među ostalim članovima obitelji utvrđeno je da i presnažan zaštitnički stav i prevelika kritika oboljelog člana obitelji negativno djeluju na ishod bolesti. Takav način komunikacije nazvan je faktorom povišene emocionalne izražajnosti (EE od engl. *expressed emotions*) (19). Konstrukt EE sastoji se od nekoliko domena: kritički komentari (CC od engl. *Critical comments*), neprijateljstvo i pretjerana emocionalna uključenost (EOI od engl. *Emotional over-involvement*). Sve tri domene se smatraju nepovoljnim obiteljskim okruženjem, što se odnosi na kvalitetu interakcije i karakteristike obiteljskih odnosa među skrbnicima i oboljelim osobama. Visoka razina EE njegovatelja izaziva uznemirenost pacijenta i dovodi do učestalijih relapsa (20, 21). Iako je konstrukt razvijen u europskoj psihijatriji, u međuvremenu su rezultati potvrđeni u mnogim kulturama (22).

1.2.1. Opterećenje obitelji

Postoje razne teorije koje objašnjavaju uzroke opterećenja obitelji. Teorija uloga kaže da se svaka osoba smatra akterom društvenih odnosa. Osoba na određenoj poziciji (npr. roditelj, dijete, supružnik) ima očekivanja o ponašanju osoba na istoj ili sličnoj poziciji. U mnogim slučajevima simptomi shizofrenije ne odgovaraju tim obiteljskim očekivanjima. To stvara nelagodu kod svih uključenih članova obitelji.

Teorija stresa utvrđuje da poteškoće povezane s poremećajem funkcioniraju kao okolišni stresni čimbenici ili faktori kronične napetosti i tako uzrokuju subjektivne aspekte opterećenja. Skrbnici prolaze kroz visoke razine stresa jer osjećaju da je njihova sposobnost djelovanja ograničena ili zato što oboljeli član obitelji zaokuplja većinu njihovog vremena.

Sistemska teorija utvrđuje da, iako se teret odnosi na obiteljski fenomen, potrebno je promatrati obitelj u njezinom širem društvenom kontekstu. Obitelj je dio socioloških sustava kao što su društvena mreža obitelji te zajednica i kultura. Također, pojedini odnosi unutar obitelji predstavljaju zasebne podsustave. Svaki podsustav ima svoje karakteristike i dinamiku. Tako će obitelj koja pripada nekoj manjini u društvu iskusiti veće opterećenje (20).

Iskustvo brige o duševnom bolesniku u kontekstu šire zajednice se razlikuje od brige za oboljele od primarno tjelesnih bolesti. Socijalna podrška i pomoć u hitnim slučajevima u vezi s pacijentom su značajno niži među rođacima pacijenata sa shizofrenijom nego među rodbinom pacijenata s tjelesnim bolestima (23). Čak i u usporedbi s drugim neurološkim ili psihijatrijskim bolestima poput depresije, Alzheimerove bolesti ili epilepsije, obitelji oboljelih od shizofrenije doživljavaju veće opterećenje brigom za oboljelu osobu. Članovi obitelji često osjećaju tugu zbog toga što smatraju da se nije učinjeno dovoljno za bolesnu osobu, kao i da su oni uzrok ili da su doprinijeli bolesti pacijenta (17, 24).

1.2.2. Karakteristike skrbnika ili njegovatelja

Karakteristike njegovatelja osoba oboljelih od shizofrenije donekle se razlikuju među studijama i zemljama, iako je u većini slučajeva skrbnik član obitelji oboljele osobe. Prema različitim istraživanjima, 42% do čak 87,7% posto njegovatelja su žene. Najveći broj njih su majke oboljele osobe, a po učestalosti slijede bračni drugovi pa braća ili sestre (17).

Neke karakteristike njegovatelja mogle bi se identificirati kao prediktori tereta: ženski spol njegovatelja, posebice ako je njegovateljica majka, niži socioekonomski status i život s oboljelom osobom povezani su s višim razinama opterećenja. Njegovateljice ženskog spola su također pod većim rizikom da i same boluju od neke psihijatrijske bolesti.

Neke psihosocijalne karakteristike negovatelja mogu imati ublažavajuće učinke na njihovo iskustvo opterećenja. To su niske razine EE, razvijene strategije suočavanja sa stresom, percipirana društvena podrška i zaposlenje oboljelog člana obitelji koje je zapravo karakteristika visoko funkcionalnih bolesnika. Ne postoje dosljedni rezultati u istraživanjima u vezi s pitanjem koji su od ovih faktora najvažniji za opterećenje negovatelje i koliki je utjecaj na samog oboljelog člana obitelji (17, 25).

U jednom od rijetkih hrvatskih istraživanja dokazano je da roditelji skrbnici i oboljela djeca imaju nižu kvalitetu života nego braća i sestre koja se skrbe o oboljeloj braći i sestrama. U toj studiji prosječna dob negovatelja bila je 52.6 godina (26).

Većina negovatelja (62%) u jednoj španjolskoj studiji nije radila, a 79% ih je živjelo sa osobom o kojoj se brinu. Čak 90% njih navodi da čitav dan provode u skrbi o oboljeloj osobi bez pauze (27).

1.2.3. Opterećenje negovatelja

Zbog različitih i promjenjivih potreba svakog individualnog pacijenta, skrb o oboljelom članu obitelji nije statičan proces. Termin opterećenje opisuje vanjske stresore, kao i psihološke reakcije negovatelja koje mogu biti opisane i kao osjećaj gubitka, tjeskobe, tuge i neugodnosti u društvenom kontekstu, probleme u suočavanju s uznemirujućim ponašanjima i frustraciju zbog promjene odnosa s oboljelim (28).

Dvije su osnovne komponente skrbi koju negovatelji pružaju: subjektivni i objektivni teret. Objektivno opterećenje uključuje vrijeme i financijska sredstva uložena u skrb, dok subjektivno opterećenje predstavlja osobni doživljaj tereta skrbi neformalnog negovatelja (29).

Često se mogu javiti i somatski simptomi poput nesаницe, glavobolje i nedostatka energije koji mogu biti kulturološki uvjetovani. Opterećenje negovatelja veće je ako skrb za oboljelog uključuje svakodnevne zadatke i povezano je sa zajedničkim životom sa oboljelom osobom. Iako je opterećenje dobro dokumentirano u literaturi, ostaje nejasno kojom se dinamikom razvija (28).

Tri ključne karakteristike opterećenja negovatelja su vlastita percepcija opterećenja, višedimenzionalni napor koji skrb za oboljelog podrazumijeva te dinamično mijenjanje opterećenja tijekom vremena. Vlastita percepcija negovatelja o osobnom iskustvu samog procesa skrbi može biti vrlo različita, pa tako samo četvrtina negovatelja navodi da skrb negativno utječe na njihov svakodnevni život (30). Novije gledište je da percepcija tereta ima

veze sa složenim društvenim interakcijama unutar uže obitelji i šire društvene mreže njegovatelja. Percepcija tereta tako ima manje veze sa karakteristikama povezanim s bolešću člana obitelji nego što se ranije smatralo i ističe se uloga socijalne podrške u skrbi za ove obitelji (25).

Teret njegovatelja je višedimenzionalan i uključuje zdravstvene, psihološke, socijalne, ekonomske i logističke poteškoće. Tijekom vremena se teret njegovatelja dinamično mijenja pa dugovječnost skrbi, društvena ili obiteljska podrška i tijek bolesti mogu značajno utjecati na razinu opterećenja njegovatelja (30). Ovo je posebno izraženo kod starijih njegovatelja, uglavnom roditelja sinova i kćeri koje boluju od shizofrenije. Kod njih se osim brige o djetetu, s vremenom javlja nova dimenzija brige o vlastitom zdravlju koje je sa starenjem u silaznoj putanji uz brigu o tome što će se dogoditi kad oni više ne budu u stanju skrbiti za svoju djecu. To doprinosi subjektivnom opterećenju njegovatelja, ali sa starenjem, određeni dio djece koja su do tad bili primatelji skrbi, postaju i sami davatelji skrbi za svoje starije roditelje. To može pozitivno djelovati na obitelj i stvoriti osjećaj osobnog dobitka i zadovoljstva, kao i smanjenje subjektivnog opterećenja kod starijih roditelja njegovatelja (31).

U istraživanjima je dobro dokumentiran i utjecaj na kvalitetu života (QOL od engl. *quality of life*) obiteljskih njegovatelja. Dokazano je da skrbnici članova obitelji oboljelih od shizofrenije imaju niže rezultate na mjerama kvalitete života u usporedbi s njegovateljima pacijenata s drugim psihijatrijskim dijagnozama. Niža kvaliteta života rezultat je emocionalnih reakcija obitelji na bolest, poteškoća u suočavanju s poremećenim ponašanjem oboljelog člana obitelji, promjene rutina i navika, stigme s kojom se suočavaju, ograničenja u svakodnevnim aktivnostima i financijskih problema (26).

1.2.4. Utjecaj na zdravlje njegovatelja

Postoji značajan utjecaj načina života njegovatelja na njihovo zdravlje. Kad se njegovatelje oboljelih od shizofrenije uspoređi sa generalnom populacijom, statistički značajno više njegovatelja pati od tegoba kao što su poteškoće sa spavanjem, nesanica, bol, glavobolje, žgaravica, anksioznost i depresija. Njegovatelji shizofrenih članova obitelji također prijavljuju veću ozbiljnost depresivnih simptoma baziranu na PHQ-9 (od engl. *Patient Health Questionnaire-9*) u odnosu na generalnu populaciju i veći postotak njegovatelja koristi antidepressive (17.6 % vs. 8.2 %) u odnosu na generalnu populaciju (32). Čak i u odnosu na ostale njegovatelje, uključujući i njegovatelje članova obitelji koji boluju od depresije,

njegovatelji oboljelih od shizofrenije prijavljuju više razine poteškoća sa spavanjem, nesanice, boli i anksioznosti (24, 32). Također, njegovatelji oboljelih od shizofrenije prijavljuju veću ozbiljnost depresivnih simptoma baziranu na PHQ-9 u odnosu na ostale njegovatelje. Njegovatelji oboljelih od shizofrenije također prijavljuju niži MCS (od engl. *mental component summary*) u odnosu na ostale njegovatelje. MCS je, uz PCS (od engl. *physical component summary*), jedna od dva generalna koncepta zdravlja koja obuhvaća Upitnik zdravstvenog statusa SF-36, koji se koristi za samoprocjenu općeg fizičkog i psihičkog zdravlja (32).

U jednoj tajlandskoj studiji je čak 65.5% ispitanika samo-procijenilo svoje fizičko zdravlje kao loše. Taj nalaz je sličan podacima iz drugih studija o obiteljskim njegovateljima osoba sa shizofrenijom. Većina sudionika navela je da ima neke kronične bolesti ili druge zdravstvene probleme. Odgovornost i briga o oboljelom članu obitelji može dovesti skrbnike do zanemarivanja vlastitog zdravlja, manje spavanja, promjene prehrambenih navika i zanemarivanja fizičke aktivnosti. Takav kronični stres povezan je s povećanim rizikom od kardiovaskularnih poremećaja, metaboličkog sindromi, endokrinih i drugih bolesti (33).

1.3. Pozitivni aspekti skrbi za oboljelog člana obitelji

Dosad se na iskustvo neformalnih njegovatelja u istraživanjima gledalo kao na negativan fenomen, no sada se sve više uviđa da skrb nije povezana samo s negativnim posljedicama, već i sa subjektivnim zadovoljstvom njegovatelja i osjećajem dobitka. Istraživanja su se do sada više bavila opterećenjem, ali sada postoji i sve veći broj istraživanja pozitivnih aspekata brige za oboljelu osobu. Pokazalo se da njegovatelji osoba sa shizofrenijom i psihotičnim poremećajima doživljavaju pozitivne aspekte skrbi u obliku osjetljivosti na osobe s invaliditetom i jasnijeg pogleda na životne prioritete. Interpersonalni odnos s oboljelom osobom također može postati bolji. Njegovatelji opisuju osjećaj da su korisni, potrebni, da uče nove vještine i da im briga o oboljeloj osobi daje smisao (34). Briga o djetetu sa ozbiljnom mentalnom bolešću u nekih roditelja izaziva osjećaj samosvijesti i unutarnje snage. Roditelji u literaturi su izvjestili da su postali jači, tolerantniji, manje osuđujući te osjetljiviji i empatičniji prema drugima (31).

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

S obzirom da je opterećenje neformalnih negovatelja, ujedno i članova obitelji oboljele osobe, u literature sustavno istraživano i dokazan je porast psihičkih smetnji s godinama njege, cilj ovog istraživanja je bio procijeniti zastupljenost opterećenja neformalnih negovatelja. Istraživanje je za cilj imalo utvrditi postoji li povezanost opterećenja sa spolom, obrazovanjem, dobi i duljinom brige za oboljelu osobu te postoji li veza između dobi oboljele osobe i opterećenja negovatelja. Također, željeli smo utvrditi povezanost između općih psihopatoloških poteškoća i opterećenja.

Hipoteze:

1. Opterećenje je prisutno u neformalnih negovatelja koje brinu o oboljelim od shizofrenije.
2. Razine opterećenja će biti pozitivno povezane sa životnom dobi neformalnih negovatelja.
3. Razine opterećenja će biti pozitivno povezane sa godinama brige neformalnih negovatelja za oboljelu osobu.
4. Razine opterećenja će biti pozitivno povezane sa dnevnim satima brige neformalnih negovatelja za oboljelu osobu.
5. Neformalni negovatelji koje boluju od kroničnih bolesti će imati višu razinu opterećenja od osoba koje ne boluju od kroničnih bolesti.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

1.4. Ustroj istraživanja

Istraživanje je provedeno od travnja do srpnja 2023. godine u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Split, prije ili nakon redovitih kontrolnih pregleda na koje su ispitanici dolazili kao pratnja oboljelim osobama za koje brinu. Upitnici su se ispunjavali u papirnatom obliku, nakon potpisivanja informiranog pristanka, u odvojenoj prostoriji. Upitnici su dodani kao prilog u dodatku na kraju rada.

Upitnik se sastoji od prvog dijela u kojem se ispituju sociodemografski podatci, Zarit upitnika o opterećenja i Upitnika za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća (CORE-OM, od engl. Clinical Outcomes in Routine Evaluation) koji se koristi za procjenu općih psihopatoloških poteškoća i uznemirenosti.

1.5. Etička načela

Istraživanje i svi postupci potrebni za provođenje ovog istraživanja odobreni su od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Split (Klasa: 500-03/23-01/131, Ur.broj: 2181-147/01/06/L.Z.-23-02).

Ovo istraživanje je provedeno u skladu sa Etičkim kodeksom Medicinskog fakulteta u Splitu i Kodeksom medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore objavljenim na stranicama KBC Split.

Ispitanici su obaviješteni o načinu provođenja istraživanja i pristali su na sudjelovanje uz potpunu anonimnost potpisujući informirani pristanak.

1.6. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na 30 ispitanika, članova obitelji osoba oboljelih od shizofrenije koji se kao neformalni njegovatelji brinu za oboljele osobe. Oboljele osobe se redovito prate liječničkim pregledima u Poliklinici Klinike za psihijatriju. Istraživanje je provedeno na način da su sami ispitanici prije ili nakon pregleda na koje su došli kao pratnja ispunili upitnik. Za potrebe ovog rada obrađeno je svih 30 upitnika.

1.7. Mjerni instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja, kao mjerni instrumenti korišteni su sociodemografski upitnik, ZBI (od engl. *Zarit Burden Interview*) i CORE-OM upitnik. Sociodemografski upitnik izrađen je za potrebe ovog istraživanja, a sadržavao je pitanja o dobi, obrazovanju, radnom statusu, bračnom statusu, zdravstvenom statusu, dnevnim satima brige i godinama brige za oboljelu osobu.

ZBI je standardizirani samoprocjenski mjerni instrument koji su prvi razvili Zarit et al. 1980. kao početnu verziju od 29 čestica. ZBI je revidiran i sada se sastoji od 22 čestice. Cilj mu je procijeniti razinu opterećenja koji doživljavaju neformalni negovatelji starijih osoba s demencijom i osoba s invaliditetom, u ovom slučaju osoba oboljelih od shizofrenije. ZBI daje procjenu subjektivnog opterećenja, odnosno procjenu negovatelja o utjecaju koji pružanje skrbi ima na njihove živote. Subjektivne ocjene su temeljna dimenzija u razumijevanju fenomena opterećenja. Simptomi osobe koja boluje od shizofrenije, problemi u funkcioniranju i ponašanju pružaju kontekst u kojem se događa iskustvo opterećenja, ali subjektivna iskustva negovatelja o utjecaju problema s kojim se susreću u njezi na njihov život mogu biti znatno različita. Subjektivno opterećenje odnosno percepcija negovatelja o utjecaju pružanja skrbi na njihove živote utjecat će na njihove postupke i odluke koje donose, poput traženja pomoći, ali i nastavka ili prekida skrbi o oboljeloj osobi.

ZBI se široko korišten u različitim kliničkim i drugim okruženjima i kulturama. Općenito, prijavljuje se ukupni rezultat. Unutarnja pouzdanost i valjanost je bila visoka u objavljenim izvješćima.

ZBI je mjera opterećenja negovatelja od 22 stavke na Likertovoj skali od 0 do 4, gdje 0 znači "nikad", a 4 znači "gotovo uvijek". ZBI se sastoji od pet domena: opterećenje veze, emocionalno stanje, gubitak kontrole nad vlastitim životom, financije te društveni i obiteljski život.. Veći broj bodova označava veće opterećenje. Opterećenje negovatelja podijeljeno je u 4 kategorije prema rezultatu: 0-20 bodova lagano opterećenje ili bez opterećenja, 21-40 bodova lagano do umjereno opterećenje, 41-60 bodova umjereno do teško opterećenje, 61-88 bodova teško opterećenje (35).

Upitnik za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća (CORE-OM, od engl. *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*) konstruiran je 1998. godine kao rezultat suradnje između istraživača i kliničkih djelatnika. Upitnik je konstruiran za uporabu u različitim kliničkim okruženjima. Nastao je kao mjera opće psihopatologije i uključuje subjektivnu dobrobit, uobičajene probleme ili simptome i svakodnevno funkcioniranje. Osim toga, uključene su i čestice procjene rizičnih ponašanja za samu osobu i za druge.

CORE-OM odnosi se na procjenu općih psihopatoloških poteškoća/uznemirenosti i kao takav nije primjeren za dijagnostiku specifičnih poremećaja, već kao trijažno sredstvo i za praćenje promjena tijekom tretmana.

CORE-OM sadrži 34 čestice na kojima su ispitanici procijenili koliko često su se osjećali na opisani način tijekom protekla dva tjedna na skali Likertovog tipa od 0 do 4, gdje 0 označava „nikad“, a 4 označava „skoro uvijek“. Čestice se odnose na četiri domene: subjektivna dobrobit (4 čestice); problemi ili simptomi (12 čestica); svakodnevno funkcioniranje (12 čestica) i rizik (6 čestica). Ukoliko je rezultat na česticama koje smatramo rizičnima, a odnose se na suicidalne ideje i ponašanja štetna za osobu i druge, veći od 0 to se smatra klinički indikativnim.

Ukupni rezultat CORE-OM upitnika predstavlja razinu izraženosti psihopatoloških poteškoća. Razina izraženosti psihopatoloških poteškoća kategorizira se u 6 kategorija: 1 – 20 normalna razina, 21 – 33 niska razina, 34 – 50 blaga razina, 51 – 67 umjerena razina, 68 – 84 umjereno teška razina i 85 – 136 teška razina.

1.8. Statistička obrada podataka

Prikupljeni podaci prikazani su u tabelarnom obliku. Analiza je rađena u statističkom programu IBM SPSS Statistics 20. U statističkoj obradi koristili smo se deskriptivnom statistikom i inferencijalnom statistikom. Vrijednosti su prikazane pomoću deskriptivnih statističkih metoda. Za inferencijalnu statistiku korišteni su Mann-Whitneyjev U test i Pearsonov koeficijent korelacije. Standard statističke značajnosti postavljen je na $P < 0,05$. Sve P vrijednosti su dvostrane.

4. REZULTATI

1.9. Demografski podaci

U istraživanju je sudjelovalo 30 članova obitelji osoba oboljelih od shizofrenije koji za njih svakodnevno brinu na način da ih možemo smatrati neformalnim njegovateljima. Većina sudionika, njih 17 (56,67%) su bile žene dok je 13 (43,33%) sudionika bilo muškog spola. Sudionici su bili u dobi od 24 do 83 godine. Prosječna dob sudionika iznosila je 54,67 godine. Prosječna dob žena bila je 56,88 godina, a muškaraca 51,76 godina. Prosječno vrijeme brige o oboljeloj osobi je 12,53 godine (Tablica 1). Prosječna dob oboljele osobe za koju se ispitanik brine iznosila je 48,47 godina. Prosječan broj dnevnih sati brige o oboljeloj iznosio je 6,5 sati.

Tablica 1. Distribucija ispitanika po spolu, dobi i godinama brige (N=30)

		N=30	Postotak (%)	Prosječna dob	Prosječne godine brige
Spol	Ženski	17	56,67	56,88±16,78	16,47±13,25
	Muški	13	43,33	51,76±18,60	7,38±6,32
Ukupno		30	100	54,67±17,47	12,53±11,21

Podaci su prikazani frekvencijski, u postotku i kao aritmetička sredina te standardna devijacija.

Među 30 ispitanika 1 (3,33%) je završio osnovnu školu, 23 je završilo srednju školu (76,67%) i njih 6 (20%) je završilo fakultet. Od 30 ispitanika, 13 ispitanika (43,44%) je zaposleno, dok ih je 17 (56,67%) nezaposleno ili u mirovini (Tablica 2).

Tablica 2. Udio ispitanika s obzirom na završenu stručnu spremu (N=30)

		N=30	Postotak (%)
Završena stručna sprema	Osnovna škola	1	3,33
	Srednja škola	23	76,67
	Fakultet	6	20
Zaposlenje	Zaposleni	13	43,44
	Nezaposleni ili u mirovini	17	56,67

Podaci su prikazani frekvencijski i kao postotak.

Ispitanici su se izjasnili o svojoj rodbinskoj relaciji sa oboljelom osobom za koju se brinu. Od 30 ispitanika, 8 je bilo majki oboljelih osoba (26,67%), 3 oca oboljelih osoba (10%), 4 djece oboljelih osoba (13,33%), 7 braće ili sestara oboljelih osoba (23,33%), 4 supružnika oboljelih osoba (13,33%) i 2 člana šire obitelji osoba oboljelih od shizofrenije (6,67%) (Tablica 4).

Tablica 4. Rodbinski odnos ispitanika sa oboljelim osobama (N=30)

Rodbinski odnos	N=30	Postotak (%)
Majka	8	26,67
Otac	3	10
Dijete	4	13,33
Brat ili sestra	7	23,33
Supružnik	4	13,33
Član šire obitelji	2	6,67

Podaci su prikazani frekvencijski i kao postotak.

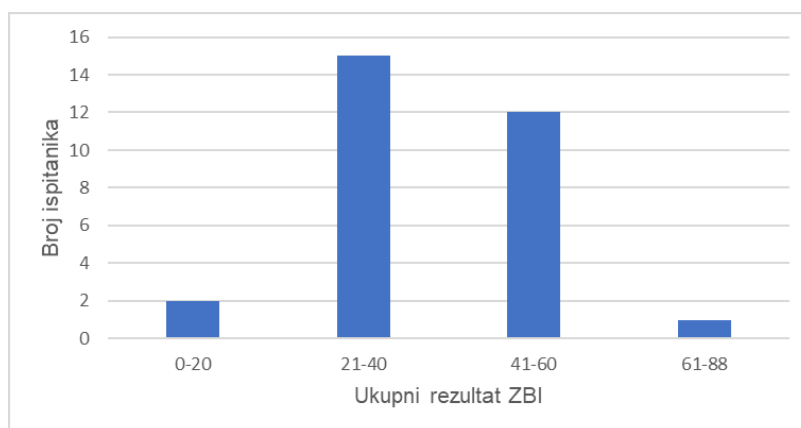
Ispitanici su se izjasnili o svom zdravstvenom statusu. Od 30 ispitanika, 14 (46,67%) je navelo da boluje od kroničnih bolesti, a 16 (53,33%) je navelo da ne boluje od kroničnih bolesti. Od 30 ispitanika, 5 (16,67%) njih se izjasnilo da su bili ili su trenutno psihijatrijski liječeni.

Od 30 ispitanika, 11 (36,67%) njih je navelo da su jedina osoba koja se brine za oboljelu osobu, dok je 19 (63,33%) ispitanika navelo da nisu jedina osoba koja se brine za oboljelu osobu.

Od 30 ispitanika, 16 (53,33%) ih je navelo da živi u braku ili s partnerom, dok je 14 (46,67%) ispitanika navelo da ne žive s partnerom ni bračnim drugom.

1.10. Rezultati ZBI

Prosječni rezultat naših 30 ispitanika iznosio je 36,73 što je rezultat koji odgovara blagom do umjerenom stupnju opterećenja. S obzirom na vrijednosti ispitanike smo podijelili na one koji nemaju ili imaju blago opterećenje (0 – 20), blago do umjereno opterećenje (21 – 40), umjereno do jako opterećenje (41 – 60) te jako opterećenje (61 – 88). U ovom istraživanju 2 (6,67%) ispitanika su imala nikakvo do blago opterećenje, 15 (50%) ih je imalo blago do umjereno opterećenje, 12 (40%) ih je imalo umjereno do jako opterećenje dok je 1 (3,33%) ispitanik imao jako opterećenje kao što je prikazano na Slici 1.



Slika 1. Na slici je prikazana podjela ispitanika na 4 razine opterećenja s obzirom na njihov rezultat ZBI

Nisu uočene statistički značajne razlike u ukupnom opterećenju mjerenom po pojedinim domenama i ZBI upitnikom s obzirom na spol (Tablica 5).

Tablica 5. Rezultati dimenzija i ukupno opterećenje po ZBI u odnosu na spol

	Medijan (interkvartilni raspon)		<i>P</i> *
	Muškarci (N=13)	Žene (N=17)	
Opterećenje veze	11 (8 – 15)	11 (9 – 15)	0,952
Emocionalno stanje	13 (9 – 14)	10 (7 – 13)	0,242
Društveni i obiteljski odnosi	6 (3 – 9)	7 (5 – 8)	0,660
Financije	1 (0 – 2)	1 (0 – 2)	0,881
Gubitak kontrole nad vlastitim životom	6 (3 – 10)	8 (3 – 11)	0,478
Ukupno opterećenje po ZBI	32 (29 – 47)	33 (26 – 45)	0,968

*Mann-Whitney U test

Povezanost dobi ispitanika, godina brige i dob osoba oboljelih od shizofrenije s pojedinom domenom i s ukupnim rezultatom ZBI procijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije i nema značajne povezanosti između dobi ispitanika i različitih domena te ukupnog rezultata ZBI. Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost ($r_s = -0,422$, $P = 0,020$) između dobi oboljele osobe i opterećenja ispitanika u domeni društvenih i obiteljskih odnosa te statistički značajna povezanost ($r_s = -0,381$, $P = 0,037$) između dobi oboljele osobe i ukupnog

opterećenja ispitanika. Nije utvrđena statistički značajna povezanost između godina brige ispitanika za oboljelog člana obitelji i rezultata ZBI. Utvrđena je statistički značajna povezanost između dnevnih sati brige za oboljelu osobu i domene opterećenja veze ($r_s=0,455$, $P=0,012$) kao i ukupnog opterećenja ($r_s=0,474$, $P=0,008$) (Tablica 6).

Tablica 6. Povezanosti dobi ispitanika, dobi oboljele osobe i godina brige za oboljelu osobu s pojedinom domenom i ukupnim opterećenjem po ZBI

	Dob ispitanika		Dob oboljelog		Godine brige		Dnevni sati brige	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Opterećenje veze	-0,093	0,623	-0,346	0,061	0,156	0,412	0,455	0,012
Emocionalno stanje	-0,204	0,278	-0,345	0,065	0,016	0,934	0,261	0,164
Društveni i obiteljski odnosi	-0,004	0,981	-0,422	0,020	0,264	0,159	0,461	0,010
Financije	-0,329	0,076	-0,357	0,053	0,023	0,902	0,201	0,286
Gubitak kontrole nad vlastitim životom	0,218	0,247	-0,122	0,518	0,185	0,329	0,144	0,446
Ukupno opterećenje po ZBI	-0,045	0,814	-0,381	0,037	0,182	0,336	0,474	0,008

r_s - Spearmanov koeficijent korelacije Rho

Nisu uočene značajne razlike u ukupnom opterećenju i pojedinim domenama u odnosu na zaposlenje ispitanika (Tablica 7).

Tablica 7. Rezultati domena i ukupno opterećenje po ZBI u odnosu na zaposlenje

	Medijan (interkvartilni raspon)		<i>P</i> *
	Zaposlen (N=13)	Nezaposleni ili u mirovini (N=17)	
Opterećenje veze	11 (9 – 15)	11 (7 – 13)	0,379
Emocionalno stanje	12 (7 – 14)	10 (8 – 14)	0,952
Društveni i obiteljski odnosi	6 (5 – 8)	7 (4 – 10)	0,849
Financije	1 (0 – 1)	1 (0 – 2)	0,984
Gubitak kontrole nad vlastitim životom	6 (3 – 10)	9 (3 – 11)	0,267
Ukupno opterećenje po ZBI	32 (28 – 45)	33 (29 – 49)	0,834

*Mann-Whitneyjev U test

Ovim istraživanjem nisu utvrđene značajne razlike u ukupnom opterećenju i pojedinim domenama u odnosu na bračni status ispitanika osim u domeni financije. Ispitanici koji su se izjasnili da nemaju partnera ni bračnog druga imaju značajno više izraženo opterećenje u domeni financija u odnosu na ispitanike koji su u braku ($P=0,010$) (Tablica 8).

Tablica 8. Rezultati dimenzija i ukupno opterećenje po ZBI u odnosu na bračni status

	Medijan (interkvartilni raspon)		<i>P</i> *
	Brak ili život s partnerom (N=16)	Samci (N=14)	
Opterećenje veze	11 (8 – 15,25)	11 (9,5 – 12,75)	0,834
Emocionalno stanje	10,5 (7 – 14)	12 (9 – 13,75)	0,803
Društveni i obiteljski odnosi	5,5 (3,75 – 8)	7 (5 – 10,75)	0,114
Financije	0 (0 – 1)	1,5 (1 – 2)	0,010
Gubitak kontrole nad vlastitim životom	6 (4,5 – 10,25)	9,5 (3 – 10,75)	0,920
Ukupno opterećenje po ZBI	32 (26,75 – 45,5)	42 (29,25 – 46,75)	0,384

*Mann-Whitney U test

Ovim istraživanjem nisu utvrđene statistički značajne razlike u ukupnom opterećenju i pojedinim domenama u odnosu na postojanje kronične bolesti ispitanika (Tablica 9).

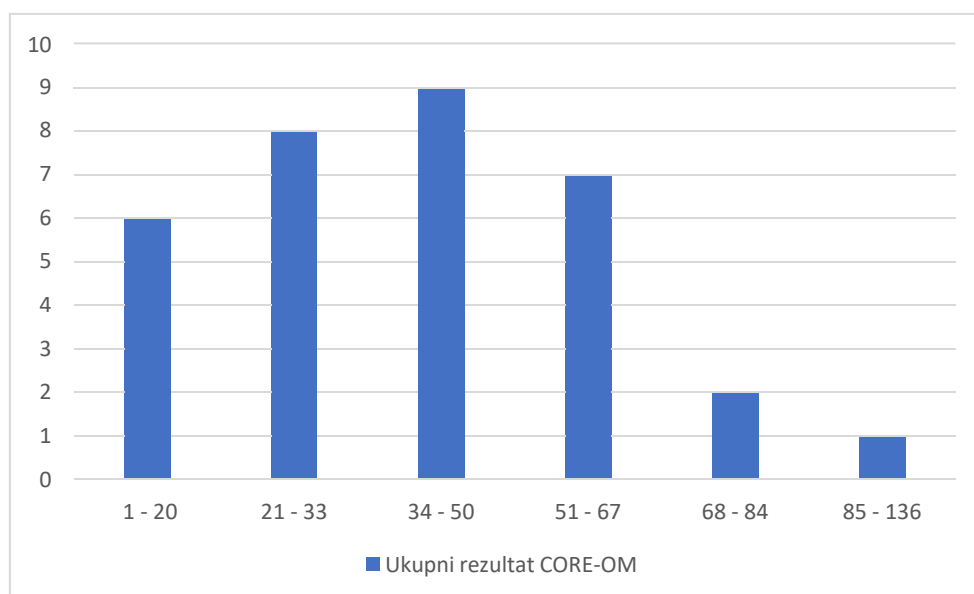
Tablica 9. Rezultati dimenzija i ukupno opterećenje po ZBI u odnosu na postojanje kronične bolesti ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)		<i>P</i> *
	Kronična bolest prisutna (N=14)	Bez kronične bolesti (N=16)	
Opterećenje veze	11 (9 – 15,25)	11 (9 – 15,25)	0,441
Emocionalno stanje	11,5 (7,75 – 14)	11,5 (7,75 – 14)	0,631
Društveni i obiteljski odnosi	7 (5 - 8,25)	6 (5 – 8,25)	0,757
Financije	1 (0 - 2)	1 (0 – 2)	0,952
Gubitak kontrole nad vlastitim životom	7 (4,5 – 10)	7 (4,5 – 10)	0,881
Ukupno opterećenje po ZBI	36 (28,25 – 47,25)	32,5 (28,25 – 47,25)	0,787

*Mann-Whitney U test

1.11. CORE-OM

Prosječni rezultat naših 30 ispitanika iznosio je 38,13 što je rezultat koji odgovara blagoj razini izraženosti psihopatoloških poteškoća. Najmanji rezultat iznosio je 13, a najveći 90 bodova. Od 30 ispitanika, njih 6 (20%) je imalo normalnu razinu izraženosti psihopatoloških poteškoća, 8 (26,67%) ispitanika je imalo nisku razinu izraženosti psihopatoloških poteškoća, 9 (30%) ispitanika je imalo blagu razinu izraženosti psihopatoloških poteškoća, 7 (23,33%) ispitanika je imalo umjerenu razinu izraženosti psihopatoloških poteškoća, 2 (6,67%) ispitanika su imala umjereno tešku razinu izraženosti psihopatoloških poteškoća i 1 (3,33%) ispitanik je imao tešku razinu izraženosti psihopatoloških poteškoća kao što je prikazano na Slici 2.



Slika 2. Na slici je prikazana podjela ispitanika na 6 razina izraženosti psihopatoloških poteškoća s obzirom na njihov rezultat CORE-OM

Na hrvatskom uzorku napravljena je preliminarna provjera upitnika koja pokazuje da na našim uzorcima možemo smatrati klinički značajnim rezultate od 34 i više. To znači da u našem istraživanju 19 (63,33%) ispitanika ima klinički značajnu razinu izraženosti općih psihopatoloških poteškoća.

Važno je naglasiti da je čak 10 (33,33%) ispitanika imalo pozitivne rezultate u domeni rizik što znači da imaju suicidalne ideje ili ideje o nasilnim ponašanjima, štetnim za druge osobe. Od tih 10 ispitanika, 3 (10%) je imalo pozitivne odgovore na česticama koje se odnose na rizik od samoozljeđivanja i suicidalnih ideja, 2 (6,67%) je imalo pozitivne odgovore na česticama koje se odnose na ideje o nasilnim ponašanjima prema drugoj osobi, a 5 (16,67%) je imalo pozitivne odgovore za obje vrste čestica.

S obzirom na spol nisu uočene značajne razlike u pojedinim domenama i ukupnom rezultatu CORE-OM (Tablica 10).

Tablica 10. Rezultati domena i ukupni rezultati CORE-OM u odnosu na spol

	Medijan (interkvartilni raspon)		<i>P</i> *
	Muškarci (N=13)	Žene (N=17)	
Subjektivna dobrobit	8 (6 – 9)	9 (7 – 10)	0,390
Simptomi	16 (5 – 26)	15 (12 – 25)	0,660

Svakodnevno funkcioniranje	14 (11 – 18)	14 (10 – 22)	0,603
Rizik	0 (0 – 2)	0 (0 – 3)	0,936
Rezultat CORE-OM	36 (19 – 50)	35 (26 – 48)	0,529

*Mann-Whitney U test

Povezanost dobi ispitanika, godina brige, dobi osoba oboljelih od shizofrenije i dnevnih sati brige s pojedinom domenom i s ukupnim rezultatom CORE-OM procijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije. Nema značajne povezanosti između dobi ispitanika, i različitih domena te ukupnog rezultata CORE-OM. Utvrđena je statistički značajna povezanost ($r_s = -0,368$, $P = 0,045$) između dobi oboljele osobe i rezultata ispitanika u domeni svakodnevno funkcioniranje te statistički značajna povezanost ($r_s = 0,384$, $P = 0,036$) između dobi oboljele osobe i ukupnog rezultata CORE-OM ispitanika. Nema značajne povezanosti između dobi oboljele osobe i ostalih domena. Također, nema statistički značajne povezanosti između godina brige i dnevnih sati brige te rezultata CORE-OM (Tablica 11).

Tablica 11. Povezanosti dobi ispitanika, dobi oboljele osobe, godina brige i dnevnih sati brige za oboljelu osobu s pojedinom domenom i ukupnim rezultatom CORE-OM

	Dob ispitanika		Dob oboljelog		Godine brige		Dnevni sati brige	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Subjektivna dobrobit	0,124	0,512	-0,153	0,421	0,198	0,294	0,004	0,982
Simptomi	0,006	0,974	-0,301	0,107	0,106	0,578	0,110	0,563
Svakodnevno funkcioniranje	-0,155	0,413	-0,368	0,045	-0,043	0,823	0,206	0,275
Rizik	-0,169	0,371	-0,238	0,204	-0,052	0,785	0,150	0,430
Rezultat CORE-OM	-0,089	0,641	-0,384	0,036	0,037	0,848	0,156	0,409

r_s - Spearmanov koeficijent korelacije Rho

1.12. Povezanost općih psihopatoloških poteškoća s opterećenjem ispitanika

Povezanost CORE-OM i ZBI procijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije. Utvrđena je statistički značajna povezanost između ukupnog rezultata CORE-OM i domene financije ($r_s=0,431$, $P=0,017$) te domene gubitka kontrole nad vlastitim životom ZBI ($r_s=0,395$, $P=0,031$). Također je utvrđena statistički značajna povezanost ($r_s=0,426$, $P=0,019$) između domene simptoma CORE-OM i domene financije ZBI. Utvrđena je statistički značajna povezanost ($r_s=0,418$, $P=0,021$) između domene simptoma CORE-OM i domene gubitka kontrole nad vlastitim životom ZBI. Utvrđena je statistički značajna povezanost ($r_s=0,368$, $P=0,045$) između svakodnevno funkcioniranje CORE-OM i domene financije ZBI (Tablica 12).

Tablica 12. Povezanost općih psihopatoloških poteškoća s opterećenjem ispitanika

	Subjektivna dobrobit		Simptomi		Svakodnevno funkcioniranje		Rizik		Ukupni rezultat CORE-OM	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Opterećenje u vezi	-0,027	0,886	0,149	0,431	-0,001	0,998	0,038	0,841	0,093	0,652
Emocionalno stanje	0,017	0,930	0,215	0,253	0,172	0,364	0,061	0,749	0,220	0,243
Društveni i obiteljski odnosi	0,266	0,155	0,317	0,090	0,253	0,178	0,173	0,362	0,322	0,083
Financije	0,225	0,233	0,426	0,019	0,368	0,045	0,256	0,173	0,431	0,017
Gubitak kontrole nad vlastitim životom	0,279	0,136	0,418	0,021	0,319	0,085	0,244	0,193	0,395	0,031
Ukupno opterećenje po ZBI	0,157	0,407	0,279	0,135	0,184	0,331	0,143	0,450	0,268	0,152

r_s - Spearmanov koeficijent korelacije Rho

5. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživačkog rada pokazali su da neformalni negovatelji, najčešće članovi obitelji osoba oboljelih od shizofrenije imaju prisutno opterećenje u 90% slučajeva. U 50% slučajeva je to blago do umjereno opterećenje, a u 40% slučajeva je to umjereno do jako opterećenje.

Većina naših ispitanika (56,67%) su bile žene. Iako je riječ o slučajnom uzorku, to se poklapa sa istraživanjima drugih autora koja su pokazala da brigu o pacijentima preuzimaju uglavnom žene. U Ujedinjenom Kraljevstvu 58% negovatelja su žene. Studije u Aziji pokazuju da su gotovo 70% neformalnih negovatelja žene (36).

Od 30 naših ispitanika, njih 13 (43,33%) je bilo zaposleno, a 17 (56,67%) nezaposleno. U jednom sličnom istraživanju većina sudionika bila je nezaposlena (57,0%), a 29,3% izgubilo je posao zbog obveza skrbi. U ovom istraživanju nije pronađena statistički značajna razlika u opterećenju između zaposlenih i nezaposlenih neformalnih negovatelja. U literaturi se može pronaći da je vrlo važno je li neformalni negovatelj bio prisiljen dati otkaz zbog brige o oboljeloj osobi. Takvi neformalni negovatelji u literaturi imaju višu razinu opterećenja (37).

Prosječni rezultat naših 30 ispitanika iznosio je 36,73 što je rezultat koji odgovara blagom do umjerenom stupnju opterećenja. U literaturi postoje slični, ali i viši nalazi jer je opterećenje subjektivno iskustvo negovatelja, ali i zbog postojanja različitih kulturoloških normi skrbi za oboljele od mentalnih bolesti te različitih očekivanja okoline od tih bolesnika i njihovih obitelji (37 - 41). U Hrvatskoj nikad nije provedeno istraživanje koristeći ZBI na neformalnim negovateljima oboljelih od shizofrenije, ali je na neformalnim negovateljima oboljelih od Alzheimerove bolesti. Njihovi rezultati su pokazali da je Hrvatska zemlja sa relativno niskim opterećenjem neformalnih negovatelja što autori objašnjavaju nekim religioznim karakteristikama, kao što je katolicizam. Katolici bi mogli imati manje percipirani teret jer osjećaju moralnu i društvenu obvezu brinuti se za oboljele i neće tražiti pomoć osim ako im teret ne stvara značajan problem. Prethodne studije pokazale su da su zemlje s višom razinom religioznosti imale niži stupanj opterećenja skrbi. Moguće je i da opcije privremene hospitalizacije u akutnom pogoršanju nisu jednako dostupne u ostalim zemljama kao u Hrvatskoj, kao i da su sustavi socijalne skrbi manje osjetljivi na potrebe ove skupine ljudi (35).

U ovom istraživanju nije pronađena statistički značajna razlika u opterećenju s obzirom na spol. U literaturi se mogu naći oprečni rezultati, a trenutni konsenzus je da najveće opterećenje imaju majke oboljelih. Razina opterećenja veća je među neformalnim negovateljicama. To se pripisuje činjenici da one imaju veći emocionalni, društveni, fizički,

financijski i teret odnosa zbog rodnih uloga. Žene su često glavni izvor emocionalne podrške za oboljelu osobu. Žene mogu biti i u manje povoljnom socioekonomskom statusu s nižim obrazovanjem i nižim primanjima što sve doprinosi subjektivnom iskustvu opterećenja (38,39).

Ovo istraživanje nije dokazalo da je dob neformalnih njegovatelja čimbenik koji utječe na opterećenje. To nije u skladu sa istraživanjima drugih autora, u kojima je pronađena takva povezanost koja se objašnjava dužim koegzistiranjem s bolešću i problemima sa zdravljem koji se javljaju s godinama u neformalnih njegovatelja. U ovom istraživanju mlađi neformalni njegovatelji su imali veći stupanj opterećenja od starijih, osim u domeni gubitka kontrole nad vlastitim životom, ali ta razlika se nije pokazala statistički značajnom. Razlog ovakvog rezultata može biti što istraživanje nije u potpunosti procijenilo iscrpan popis mogućih čimbenika koji doprinose opterećenju kod shizofrenije. Podrška obitelji, stigma bolesti, težina bolesti i bolesnikovo funkcionalno oštećenje također mogu utjecati na razinu opterećenja kod neformalnih njegovatelja i trebalo bi ih procijeniti u budućim istraživanjima (37).

Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost između dobi oboljele osobe i opterećenja ispitanika u domeni društvenih i obiteljskih odnosa te statistički značajna povezanost između dobi oboljele osobe i ukupnog opterećenja ispitanika. To znači da su ispitanici koji skrbe za mlađe oboljele osobe imali veće opterećenje od onih koji skrbe za starije oboljele osobe. Ova vrsta opterećenja je najvjerojatnije rezultat napetosti u odnosu koja proizlazi iz brige za zdravlje i budućnost oboljele osobe, ali i činjenice da se shizofrenija najčešće prezentira u mlađoj dobi. Tada najčešće neki član obitelji preuzima ulogu neformalnog njegovatelja; većinu dnevne njege pacijenta, kao što je nadziranje farmakološkog liječenja, osiguravanje mirnog okruženja, kontroliranje konzumacije alkohola ili droga i suočavanje sa svakodnevnim poteškoćama, što sve predstavlja značajnu promjenu i izvor stresa (38).

U literaturi postoji povezanost između godina brige ispitanika za oboljelog člana obitelji i razine opterećenja. Ovim istraživanjem nije utvrđena takva povezanost. Na opterećenje utječu i razne druge varijable, kao što su rodbinski odnos s oboljelom osobom, socijalna podrška i razvijenost zdravstvenog sustava koje nisu bile predmet ovog istraživanja (37,38).

Utvrđena je statistički značajna povezanost između dnevnih sati brige za oboljelu osobu i domene opterećenja veze kao i ukupnog opterećenja. Ovo se poklapa sa izvještajima u literaturi. Veći broj sati brige u danu upućuje na niže funkcioniranje oboljele osobe i manje vremena za njegovatelja što dovodi do narušavanja osobnog odnosa. Zanimljivo je da je u nekim istraživanjima pronađena negativna povezanost između dnevnih sati brige i opterećenja

što se objašnjava osjećajem krivnje njegovatelja koji često smatraju da bi trebali učiniti više (39,42).

Od 30 naših ispitanika, 16 (53,33%) ih je navelo da živi u braku ili s partnerom, dok je 14 (46,67%) ispitanika navelo da ne žive s partnerom ni bračnim drugom. U ovom istraživanju ispitanici koji žive u braku imali su prosječno manje opterećenje nego ispitanici koji žive bez partnera, ali ta razlika nije bila statistički značajna. U literaturi se mogu pronaći različiti rezultati, a trenutno se smatra da je brak s oboljelim osobom značajan čimbenik koji doprinosi opterećenju. Ako oboljela osoba nije supružnik, brak može biti oblik socijalne mreže koja olakšava iskustvo opterećenja (42, 43).

Ispitanici koji su u ovom istraživanju izjavili da imaju barem jednu kroničnu bolest imali su viši rezultat ZBI od onih koji su izjavili da nemaju kroničnih bolesti. Ova razlika nije se pokazala statistički značajnom. U literaturi je dobro opisan utjecaj pružanja skrbi na zdravlje samog neformalnog njegovatelja. Kao rezultat stresora s kojim se svakodnevno susreće, njegovatelj može imati narušene zdravstvene navike, psihijatrijske bolesti, fizičke bolesti, a zabilježeni su i smrtni slučajevi. Sve to može doprinijeti iskustvu opterećenja. Zdravlje neformalnih njegovatelja bi, zbog kroničnog stresa kojem su izloženi, trebalo biti periodički i rutinski procijenjeno, kako bi se na vrijeme uočila potreba za medicinskom skrbi (33, 43).

Od 30 ispitanika, prema CORE-OM upitniku, njih 19 (63,33%) ima klinički značajnu razinu izraženosti općih psihopatoloških poteškoća. Mnoga istraživanja jasno ukazuju da skrb uzrokuje psihički stres. I sami njegovatelji u istraživanjima navode elemente skrbi koji im stvaraju poteškoće kao što su problemi oboljelih s pridržavanjem metode liječenja, nedostatak motivacije i loša briga o sebi, komorbidna zlouporaba supstanci, poremećena obiteljska dinamika, neadekvatna socijalna i ekonomska podrška te nezadovoljavajući pristup kriznoj psihijatrijskoj skrbi i hospitalizaciji kada je to potrebno (44). Procjenjuje se da 20% njegovatelja zadovoljava kriterije za dijagnozu depresije (33).

Zanimljivo je da smo pronašli statistički značajnu povezanost domene financije ZBI sa dvije domene te ukupnim rezultatom CORE-OM. Nema mnogo istraživanja financijskog aspekta opterećenja brige za osobu oboljelu od shizofrenije. Iako obitelji mogu izračunati svoje troškove, teško je istraživati, ali i kvantificirati emocionalne probleme koji prate neformalne njegovatelje kao što su tjeskoba, uznemirenost, osjećaj gubitka, stigma i nisko samopoštovanje. Njegovatelji često ne rade i na taj način stvaraju indirektni ekonomski gubitak za koji nema preciznih procjena (44). U američkoj literaturi gotovo 4 od 10 (38%) neformalnih njegovatelja

odraslih osoba doživljava umjeren do visok stupanj financijskog pritiska zbog pružanja skrbi. Četrdeset i pet posto iskusilo je barem jedan financijski učinak kao što su prestanak štednje, dugovanja i probleme s plaćanjem računa i hrane (45).

Pronađena je statistički značajna povezanost između domene gubitka kontrole nad vlastitim životom ZBI i ukupnog rezultata CORE-OM. U literaturi je dobro dokumentirano da su emocionalna stanja neformalnih njegovatelja često promjenjiva. Nepredvidljiva priroda ponašanja osobe sa shizofrenijom zbog kroničnog tijeka bolesti često stvara tjeskobu i zabrinutost kod njegovatelja koju oni opisuju osjećajem kao da su „ispod vode“ ili da nešto stalno „vrebava iza ugla“ (46). U kliničkoj praksi, rutinska procjena utjecaja brige na njegovatelje mogla bi poslužiti za prepoznavanje onih njegovatelja koji su izloženi najvećem riziku od psihopatoloških i drugih poteškoća (44, 46). Sve ovo je mogući razlog zašto se čak 10 (33,33%) ispitanika pozitivno izjasnilo na CORE-OM česticama o samoozljeđivanju, suicidalnim idejama ili idejama o nasilnim ponašanjima. Suicidalne ideje i smrti uslijed samoubojstva su prijavljene u studijama neformalnih njegovatelja iz Australije, Malavija, Nizozemske, Indije, Japana i SAD-a, a njegovatelji u literaturi su se brinuli za pacijente oboljele od raka, shizofrenije i demencije. Učestalost suicidalnih ideja u različitim studijama varira od 2,1% do 71% pa je to područje koje zahtijeva daljnje istraživanje (47).

Potrebno je naglasiti nedostatke ovog istraživanja. Naš uzorak nije bio statistički dovoljno velik i raznolik jer smo samo za dvije osobe utvrdili da nemaju ili imaju blago opterećenje, a samo jedna osoba je imala rezultat koji odgovara jakom opterećenju. Također, važno je naglasiti da na opterećenje njegovatelja utječu razne osobine samog bolesnika o kojem brinu i tijekom njegove bolesti, zatim osobine samog njegovatelja te mnogi drugi različiti socijalni, zdravstveni i kulturološki faktori.

6. ZAKLJUČCI

1. Opterećenje je prisutno u osoba koje brinu o oboljelim od shizofrenije
2. Razine opterećenja u ovom istraživanju nisu bile povezane sa životnom dobi ispitanika.
3. Razine opterećenja u ovom istraživanju nisu bile povezane sa godinama brige.
5. Razine opterećenja u ovom istraživanju su bile pozitivno povezane sa dnevnim satima brige.
4. Osobe koje boluju od kroničnih bolesti u ovom istraživanju nisu imale višu razinu opterećenja od osoba koje ne boluju od kroničnih bolesti.

7. LITERATURA

1. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Shizofrenija [Internet]. [citirano 7. svibnja 2023.]. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/shizofrenija-i-srodni-poremecaji/shizofrenija>
2. Gulati G, Lynall M-E, Saunders K. Schizophrenia. U: Gulati G, Lynall M-E, Saunders K. Lecture notes: Psychiatry. 11th ed. New Jersey:John Wiley; 2013. str. 134–47.
3. Šagud M. Shizofrenija U: Begić, D. Psihijatrija. Zagreb, Medicinska naklada; 2022. Str. 150-71.
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski znanstveno-statistički ljetopis za 2021. godinu [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2023 [citirano 1. svibnja 2023.] Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/03/HZSLj-2021_03-2023.pdf
5. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj [Internet]. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2022 [citirano 1. svibnja 2023.] Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/09/Bilten_Mentalni-poremecaji_2022.pdf
6. Šagud, M, Mihaljević-Peješ, A, Vuksan-Ćusa, B, Živković, M, Vlatković, S, Jakšić, N. (2014) Shizofrenija u žena i muškaraca: Ima li razlike?. U: Jukić, V. (ur.) 6. Hrvatski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem: Hrvatska psihijatrija u kontekstu etičko pravnih i društvenih propitivanja
7. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. P&T. 2014;39(9):638-45.
8. Trubetskoy, Vassily i sur. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. Nature. 2022;604:502-8.
9. Jenkins, T. A. Perinatal complications and schizophrenia: involvement of the immune system. Front Neurosci. 2013;7. doi:10.3389/fnins.2013.00110
10. Larson MK, Walker EF, Compton MT. Early signs, diagnosis and therapeutics of the prodromal phase of schizophrenia and related psychotic disorders. Expert Rev Neurother. 2010;10(8):1347-59.
11. Rosen JL, Miller TJ, D'Andrea JT, McGlashan TH, Woods SW. Comorbid diagnoses in patients meeting criteria for the schizophrenia prodrome. Schizophr Res. 2006; 85(1-3):124-31.

12. Ruiz-Castañeda P, Santiago Molina E, Aguirre Loaiza H, Daza González MT. Positive symptoms of schizophrenia and their relationship with cognitive and emotional executive functions. *Cogn Res Princ Implic.* 2022;7(1):78.
13. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry.* 2017;16(3):251-65.
14. Slađana Štrkalj-Ivezić. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj : psihoedukacija između informacije i psihoterapije. 1. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada.
15. Jobe TH, & Harrow M. Schizophrenia Course, Long-Term Outcome, Recovery, and Prognosis. *Curr Dir Psychol Sci.* 2010;19(4):220–5.
16. Correll CU, Solmi M., Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L i sur. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry,* 2022;21:248-71.
17. Kamil SH, Velligan DI Caregivers of individuals with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2019;32(3):157–63.
18. Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K. J., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L. i sur. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep.* 2017. doi:10.1007/s11920-017-0756-z
19. Štrkalj-Ivezić, S. i Martić-Biočina, S. Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. *Medicina Fluminensis,* 2010;46(3):318-24.
20. Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Giráldez SL, Maturana SL, Pérez MR, Tapia FM. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema,* 2014;26(2):235–43.
21. Ma CF, Chan SKW, Chung YL, Ng SM, Hui CLM, Suen YN i sur. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med.* 2021;51(3):365–75.
22. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian J Psychol Med.* 2012;34(1):12-20.
23. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M, National Mental Health Project Working Group. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med.* 2005;61(2):313-22.
24. Koujalgi SR, Patil SR. Family burden in patient with schizophrenia and depressive disorder: a comparative study. *Indian J Psychol Med.* 2013;35(3):251-5.

25. Möller-Leimkühler AM, Wiesheu A. Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;262(2):157–66.
26. Margetić BA, Jakovljević M, Furjan Z, Margetić B, Marsanić VB. Quality of life of key caregivers of schizophrenia patients and association with kinship. *Cent Eur J Public Health.* 2013;21(4):220-3.
27. Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017;22(1):25–33.
28. Raj EA, Shiri S, Jangam KV. Subjective Burden, Psychological Distress, and Perceived Social Support Among Caregivers of Persons with Schizophrenia. *Indian J Soc Psychiatry.* 2016;32(1):42-9.
29. Flyckt L, Fatouros-Bergman H, Koernig T. Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. *Int J Soc Psychiatry.* 2015;61(7):684-92.
30. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci.* 2020;7(4):438-45.
31. Aschbrenner KA, Greenberg JS, Allen SM, Seltzer MM. Subjective burden and personal gains among older parents of adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2010;61(6):605-11.
32. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry.* 2015;15:162.
33. Thunyadee C, Sitthimongkol Y, Sangon S, Chai-Aroon T, Hegadoren KM. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing & Health Sciences.* 2015;17(4):412–9.
34. Kulhara P, Kate N, Grover S, Nehra R. Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World J Psychiatry.* 2012;2(3):43-8.
35. Lucijanić J, Baždarić K, Librenjak D, Lucijanić M, Hanževački M, Jureša V. A validation of the Croatian version of Zarit Burden Interview and clinical predictors of caregiver burden in informal caregivers of patients with dementia: a cross-sectional study. *Croat Med J.* 2020;61(6):527-37.

36. Yazici E, Karabulut Ü, Yildiz M, Baskan Tekeş S, Inan E, Çakir U i sur. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2016;53(2):96-101.
37. Rahmani F, Roshangar F, Gholizadeh L, Asghari E. Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nurs Open.* 2022;9(4):1995-2002.
38. Martín J, Padierna A, van Wijngaarden B i sur. Caregivers consequences of care among patients with eating disorders, depression or schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2015;15, 124.
39. Ayalew M, Workicho A, Tesfaye E, Hailesilassie H, Abera M. Burden among caregivers of people with mental illness at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Ann Gen Psychiatry.* 2019;18:10.
40. Sustrami D, Yusuf A, Fitryasari R, Efendi F, Aysha RF. Relationship between social support and family caregiver burden in schizophrenia patients. *J Pak Med Assoc.* 2023;73:42-5.
41. Yusuf A, Nuhu F, Akinbiyi. Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *South African Journal of Psychiatry.* 2009;15. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v15i2.187.
42. Siddiqui S, Khalid J. Determining the caregivers' burden in caregivers of patients with mental illness. *Pak J Med Sci.* 2019;35(5):1329-33.
43. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.* 2008;108:23-7.
44. Awad, AG, Voruganti LNP. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *PharmacoEconomics.* 2008;26(2), 149–62.
45. Reinhard S, Feinberg L. Caregiver Health and Well-Being, and Financial Strain. *Innov Aging.* 2020;16:681–2.
46. Gater A, Rofail D, Tolley C, Marshall C, Abetz-Webb L, Zarit SH i sur. "Sometimes It's Difficult to Have a Normal Life": Results from a Qualitative Study Exploring Caregiver Burden in Schizophrenia. *Schizophr Res Treatment.* 2014; doi: 10.1155/2014/368215.
47. O'Dwyer ST, Janssens A, Sansom A, Biddle L, Mars B, Slater T i sur. Suicidality in family caregivers of people with long-term illnesses and disabilities: A scoping review. *Compr Psychiatry.* 2021; doi: 10.1016/j.comppsy.2021.152261.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj ovog istraživanja je ispitati zastupljenost opterećenja u neformalnih njegovatelja, najčešće članova obitelji oboljelih od shizofrenije te utvrditi povezanost s dobi ispitanika, spolom ispitanika, dobi oboljele osobe i godinama brige za oboljelu osobu. Utvrditi povezanost općih psihopatoloških poteškoća s opterećenjem ispitanika.

Ispitanici i postupci: Istraživanje se provelo na uzorku od 30 članova obitelji, neformalnih njegovatelja osoba oboljelih od shizofrenije metodom prigodnog uzorka. Korišten je demografski upitnik te dva standardizirana upitnika: Zarit upitnik o opterećenju i Upitnik za ispitivanje općih psihopatoloških teškoća.

Rezultati: Prosječni rezultat naših 30 ispitanika na ZBI iznosio je 36,73 što je rezultat koji odgovara blagom do umjerenom stupnju opterećenja. Rezultat ZBI se nije statistički značajno razlikovao između spolova. Nije utvrđena statistički značajna povezanost između dobi ispitanika te godina brige sa opterećenjem. Utvrđena je statistički značajna negativna povezanost ($r_s = -0,381$, $P = 0,037$) između dobi oboljele osobe i opterećenja, kao i statistički značajna pozitivna povezanost ($r_s = 0,474$, $P = 0,008$) između dnevnih sati brige i opterećenja. Prosječni rezultat CORE-OM naših 30 ispitanika iznosio je 38,13 što je rezultat koji odgovara blagoj razini izraženosti psihopatoloških poteškoća. Od 30 ispitanika, njih 19 (63,33%) ima klinički značajnu razinu izraženosti općih psihopatoloških poteškoća. Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost ($r_s = 0,395$, $P = 0,031$) između domene gubitka kontrole nad vlastitim životom ZBI i ukupnog rezultata CORE-OM, kao i statistički značajna pozitivna povezanost ($r_s = 0,431$, $P = 0,017$) između domene financije ZBI i ukupnog rezultata CORE-OM. Također je utvrđena statistički značajna pozitivna povezanost ($r_s = 0,426$, $P = 0,019$) između domene simptomi CORE-OM i domene financije te statistički značajna pozitivna povezanost ($r_s = 0,418$, $P = 0,021$) između domene simptomi CORE-OM i domene gubitak kontrole nad vlastitim životom.

Zaključci: Ovo istraživanje je potvrdilo postojanje fenomena opterećenja među neformalnim njegovateljima, članovima obitelji oboljelih od shizofrenije. Uz stalne procjene opterećenja, razvoj strategije suočavanja sa bolešću, socijalnom i zdravstvenom podrškom, iskustvo pružanja skrbi može biti manje opterećujuće za neformalne njegovatelje.

9. SUMMARY

Research goal: The goal of this research is to examine the representation of burden in informal caregivers, most often family members of patients with schizophrenia, and to determine the relationship with the age of the subject, the gender of the subject, the age of the person with the disease and the years of care for the person with the disease. To determine the connection of general psychopathological difficulties with the workload of the respondents.

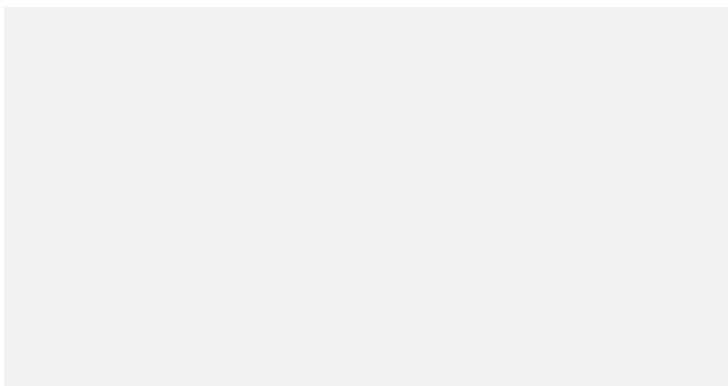
Respondents and procedures: The research was conducted on a sample of 30 family members, informal caregivers of persons suffering from schizophrenia using the convenience sampling method. A demographic questionnaire and two standardized questionnaires were used: the Zarit questionnaire on workload and the Questionnaire for examining general psychopathological difficulties.

Results: The average score of our 30 subjects on the ZBI was 36.73, which corresponds to a mild to moderate level of burden. The ZBI score was not statistically significantly different between the sexes. No statistically significant correlation was found between the age of the respondents and years of care with workload. A statistically significant negative correlation ($r_s = -0.381$, $P = 0.037$) was found between the age of the patient and burden, as well as a statistically significant positive correlation ($r_s = 0.474$, $P = 0.008$) between daily hours of care and workload. The average CORE-OM score of our 30 subjects was 38.13, which corresponds to a mild level of psychopathological difficulties. Out of 30 subjects, 19 (63.33%) have a clinically significant level of expression of general psychopathological difficulties. A statistically significant positive correlation ($r_s = 0.395$, $P = 0.031$) was found between the loss of control over one's own life domain of the ZBI and the total CORE-OM score, as well as a statistically significant positive correlation ($r_s = 0.431$, $P = 0.017$) between the ZBI finance domain and of the total result of CORE-OM. There was also a statistically significant positive correlation ($r_s = 0.426$, $P = 0.019$) between the CORE-OM symptoms domain and the finance domain, and a statistically significant positive correlation ($r_s = 0.418$, $P = 0.021$) between the CORE-OM symptoms domain and the loss of control domain with his own life.

Conclusions: This research confirmed the existence of the burden phenomenon among informal caregivers, family members of schizophrenia patients. With ongoing assessments of burden, development of coping strategies, social and health support, the caregiving experience can be less stressful for informal caregivers.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI



OBRAZOVANJE

2004. - 2012. Osnovna škola Kman-Kocunar, Split

2012. - 2016. Treća gimnazija, Split

2016. - 2023. Medicinski fakultet, Sveučilište u Splitu, studij Medicina

MATERINSKI JEZIK

hrvatski jezik

OSTALI JEZICI

- engleski jezik (C1)

- njemački jezik (A1)

OSTALE AKTIVNOSTI

- vozačka dozvola B kategorije

- članica udruge CroMSIC i MefSt Book Club

11. DODATAK

Upitnik u okviru istraživanja za diplomski rad: Procjena stupnja opterećenja kod članova obitelji oboljelih od shizofrenije u Splitsko-dalmatinskoj županiji

Poštovani, Pred Vama se nalazi anonimni anketni upitnik za ispitivanje stupnja opterećenja kod članova obitelji oboljelih od shizofrenije u Splitsko-dalmatinskoj županiji. Molim Vas da što iskrenije i točnije odgovorite na postavljena pitanja.

Vaš spol: ____

Koliko imate godina? ____

Koliko osoba o kojoj brinete ima godina? ____

Spol osobe o kojoj brinete: ____

Koji je Vaš stupanj završenog obrazovanja?

- A. Osnovna škola
- B. Srednja škola
- C. Fakultet
- D. Postdiplomsko obrazovanje

Tko ste Vi osobi o kojoj brinete?

- A. Majka
- B. Otac
- C. Sin
- D. Kćer
- E. Brat
- F. Sestra
- G. Član šire obitelji
- H. Drugo

Koliko imate djece? ____

Koliko godina brinete za oboljelu osobu? ____

Koliko prosječno sati dnevno provodite u brizi za oboljelu osobu? ____

Jeste li jedina osoba koja brine o oboljeloj osobi? DA – NE

Jeste li u braku ili živite sa partnerom? DA – NE

Jeste li zaposleni? DA - NE

Imate li redovitu profesionalnu pomoć u svakodnevnoj brizi o članu obitelji (npr. njegovatelj)? DA – NE

Bolujete li od neke kronične bolesti? DA - NE

Jeste li Vi ikad bili psihijatrijski liječeni ili se sada liječite od neke psihijatrijske bolesti? DA – NE

UPITNIK O OPTEREĆENJU

UPUTE: Slijedi popis pitanja koja odražavaju kako se ljudi ponekad osjećaju kad pružaju skrb drugoj osobi. Nakon svakog pitanja navedite koliko se često tako osjećate: nikad, rijetko, ponekad, često ili skoro uvijek. Što god odgovorite je točno.

1. Osjećate li da vaš član obitelji traži od vas više pomoći nego što treba?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
2. Osjećate li da zbog vremena koje provodite s članom obitelji nemate dovoljno vremena za sebe?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
3. Osjećate li se pod stresom zbog skrbi o članu obitelji i pokušaja ispunjavanja ostalih obaveza oko obitelji ili posla?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
4. Osjećate li se neugodno zbog ponašanja svojeg člana obitelji u prisutnosti drugih ljudi?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
5. Osjećate li se ljutito kad ste sa svojim članom obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
6. Osjećate li da vaš član obitelji sada negativno utječe na vaš odnos s ostalim članovima obitelji ili prijateljima?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
7. Jeste li zabrinuti što će se dogoditi u budućnosti vašem članu obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
8. Osjećate li da je vaš član obitelji ovisan o vama?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
9. Osjećate li se napeto kad ste sa svojim članom obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek

10. Osjećate li da je vaše zdravlje narušeno zbog vašeg angažmana oko člana obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
11. Osjećate li da nemate toliko privatnosti koliko biste htjeli, zbog svojeg člana obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
12. Osjećate li da vaš društveni život trpi zbog vaše skrbi o članu obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
13. Osjećate li se nelagodno pozvati prijatelje doma, zbog svojeg člana obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
14. Osjećate li da vaš član obitelji očekuje da se vi skrbite o njemu, kao da ste vi jedina osoba na koju se može osloniti?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
15. Smatrate li da nemate dovoljno novaca da skrbite o svojem članu obitelji, pored svih ostalih svojih troškova?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
16. Osjećate li da nećete još dugo moći skrbiti o svojem članu obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
17. Osjećate li da nemate kontrolu nad svojim životom nakon bolesti vašeg člana obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
18. Poželite li da možete skrb o svojem članu obitelji prepustiti nekom drugom?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
19. Osjećate li se nesigurno oko toga kako postupati prema vašem članu obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
20. Osjećate li da biste trebali učiniti više za svojeg člana obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek

21. Osjećate li da biste mogli bolje skrbiti za svojeg člana obitelji?
0. Nikad 1. Rijetko 2. Ponekad 3. Često 4. Skoro uvijek
22. Sveukupno, koliko se osjećate opterećeno zbog skrbi oko svojeg člana obitelji?
0. Uopće ne 1. Malo 2. Umjereno 3. Prilično 4. Izrazito

Zaštićeno autorsko pravo 1983., 1990., Steven H. Zarit i Judy M. Zarit

Pred Vama se nalaze nalazi 36 rečenica koje opisuju kako ste se mogli osjećati u POSLJEDNJIH TJEDAN DANA. Molimo vas da pažljivo pročitate svaku rečenicu i procijenite koliko ste se često u posljednjih sedam dana tako osjećali. Svoju procjenu označite zaokruživanjem broje od 0-4.

		Nikada	Vrlo rijetko	Ponekad	Često	Gotovo uvijek
1	Osjećala sam se jako usamljeno i izolirano	0	1	2	3	4
2	Osjećala sam se napeto, tjeskobno ili nervozno	0	1	2	3	4
3	Znala sam da se mogu na nekoga osloniti ako mi zatreba	0	1	2	3	4
4	Bila sam zadovoljna sa sobom	0	1	2	3	4
5	Bila sam potpuno bez volje i energije	0	1	2	3	4
6	Bila sam fizički nasilna prema drugima	0	1	2	3	4
7	Mogla sam se nositi s poteškoćama	0	1	2	3	4
8	Mučili su me bolovi ili drugi tjelesni problemi	0	1	2	3	4
9	Padalo mi je napamet da se ozlijedim	0	1	2	3	4
10	Bilo mi je prenaporno razgovarati s drugima	0	1	2	3	4
11	Napetost i tjeskoba spriječavali su me u obavljanju važnih stvari	0	1	2	3	4
12	Bila sam zadovoljna s onim što sam napravila	0	1	2	3	4
13	Uznemiravale su me neželjene misli i osjećaji	0	1	2	3	4
14	Došlo mi je da zaplačem	0	1	2	3	4
15	Osjećala sam paniku i užas	0	1	2	3	4
16	Planirala sam si oduzeti život	0	1	2	3	4
17	Osjećala sam se da su me problemi preplavili	0	1	2	3	4
18	Imala sam problema sa spavanjem	0	1	2	3	4
19	Osjećala sam bliskost prema nekome	0	1	2	3	4
20	Previše sam brinula o svojim problemima	0	1	2	3	4
21	Bila sam u stanju obaviti gotovo sve što sam trebala	0	1	2	3	4
22	Prijetila sam nekome ili ga zastrašivala	0	1	2	3	4
23	Osjećala sam se očajno ili beznadno	0	1	2	3	4
24	Razmišljala sam kako bi bilo bolje da me nema	0	1	2	3	4
25	Osjećala sam se kritizirano	0	1	2	3	4
26	Činilo mi se da nemam prijatelja	0	1	2	3	4

27	Bila sam nesretna	0	1	2	3	4
28	Uznemiravale su me neugodne slike i sjećanja	0	1	2	3	4
29	Bila sam razdražljiva u prisutnosti drugih	0	1	2	3	4
30	Mislila sam da sam kriva za svoje probleme	0	1	2	3	4
31	Bila sam optimistična u vezi svoje budućnosti	0	1	2	3	4
32	Postizala sam ono što sam željela	0	1	2	3	4
33	Osjećala sam se poniženo ili posramljeno	0	1	2	3	4
34	Namjerno sam se fizički ozljeđivala ili izlagala svoje zdravlje ozbiljnom riziku	0	1	2	3	4