FAKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ OPTEREĆENJA NEGOVATELJA OSOBA SA MENTALNIM POREMEĆAJIMA

Sladana Ralević^{1,2}, Stanislava Strizović³, Ksenija Kolundžija^{1,2}, Bojana Tankosić⁴

¹Klinika za psihijatriju, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Novi Sad

³Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica

⁴Dečije selo „Dr Milan Pavlović“, Sremska Kamenica

RISK FACTORS FOR BURDEN DEVELOPMENT OF CAREGIVERS OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Sladana Ralević¹, Stanislava Strizović², Ksenija Kolundžija^{1,3}, Bojana Tankosić⁴

¹Department of Psychiatry, Clinical Center of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

²Institute for Cardiovascular Diseases of Vojvodina, Novi Sad, Serbia

³Faculty of Medicine, University of Novi Sad, Novi Sad, Serbia

⁴Children's Village "Dr Milan Pavlovic", Sremska Kamenica, Serbia

SAŽETAK

Mentalna oboljenja ostavljaju posledice i na porodicu pacijenta. Opterećenje negovatelja predstavlja individualnu percepciju negovatelja o tome u kojoj su meri negativne promene njegovog emocionalnog i fizičkog zdravlja, socijalnog života i finansijskog statusa rezultat brige o oboleloj osobi. U mnogim teorijama govori se o faktorima koji doprinose nastanku posledica kod osoba koje brinu o pacijentima sa mentalnim poremećajem. Faktori koji se odnose na negovanog su: vrsta poremećaja, simptomatologija, potrebe, tok, prognoza bolesti i ponašanje bolesnika, što predstavlja objektivnu opterećenost brigom. Faktori koji se odnose na negovatelja su: struktura ličnosti, emotivni status, subjektivna percepcija negovanja, što predstavlja subjektivnu opterećenost brigom prilikom negovanja mentalno obolelog bolesnika. Medijator varijable su uglavnom porodični odnosi, socijalna podrška, koping strategije, socioekonomski status, pol, zdravstveni status, kultura i drugi aktuelni životni događaji. Budući da ovaj fenomen nije neizbežna negativna posledica pružanja nege, treba raditi na prevenciji razvoja opterećenja negovatelja.

KLjučne reči: bolesnici; mentalni poremećaji; negovatelji; radni učinak; faktori rizika.

UVOD

Mentalna oboljenja ostavljaju posledice ne samo na pacijenta već i na njegovu porodicu. Uticaj oboljenja oseća se u različitim domenima života članova porodice: profesionalnom angažovanju, slobodnom vremenu, novčanim prihodima, zdravlju, odnosima između članova porodice, kao i njihovim relacijama sa ljudima iz okoline – rođacima, prijateljima, susedima (1). Zbog hroničnog toka mentalnih poremećaja osoba koja brine o pacijentu mora svoje potrebe i želje da ostavi po strani i da se usredsredi na potrebe i želje obolelog. Iz tog razloga uočava se fenomen koji je nazvan opterećenje negovatelja. Međutim, ni do danas u literaturi ne postoji uniformna definicija tog termina (2, 3).

ABSTRACT

Mental disorders have consequences on patient's family. Caregiver burden represents the extent to which caregivers perceived their emotional, physical health, social life and financial status as a result of caring for their relative. There is a large number of factors which contribute to the development of caregiver burden. Factors related to patients are objective burden of care, and they are: the type of the disorder, symptoms, patient's needs, current prognosis of the disorder and their behavior, which is an objective burden of care. Factors related to caregivers, which are subjective burden of caregiving, are: their personality, emotional status and subjective perception of nursing. The mediator variables are: family relationships, social support, coping strategies, socio-economic status, gender, health status, culture and other life events. This phenomenon can be avoided and it is necessary to work on the prevention of caregiver burden.

Key words: patients; mental disorders; caregivers; work performance; risk factors.

Termin „neformalni negovatelj“ koristi se za osobe koje pružaju negu obolelom. On ukazuje na to da osoba ne dobija novčanu naknadu kao kompenzaciju za pružanje nege. Iz tog razloga se često naizmenično koriste i termini porodični negovatelj ili primarni negovatelj (4). Negovatelji su uglavnom članovi porodice ženskog pola: supruge, ćerke (5). Pod sekundarnim negovateljima podrazumevamo izabrane lekare, medicinske sestre i drugo medicinsko osoblje koje brine o pacijentu. Njihova ključna uloga je da obavljaju superviziju medicinskog tretmana i nege. Ipak, uočeno je da primarni negovatelji ne dobijaju dovoljno saveta od zdravstvenih profesionalaca (sekundarnih negovatelja), te do informacija dolaze najčešće preko medija (6). Koncept opterećenja porodice prvi put su predstavili Grad i Sainsbury 1966. godine. Ovi autori su pod njim podrazumevali bilo koju negativnu konsenzvencu koju mentalna oboljenja ostavljaju na porodicu pacijenta (3).

Hoenig i Hamilton su smatrali da opterećenje negovatelja nije jedinstven fenomen, već da se mora napraviti razlika između događaja, aktivnosti vezanih za negu, životnih događaja i emocija, osećanja, stava negovatelja prema nezi koju pruža obolelom (7). Iz toga sledi da opterećenje negovatelja ima dve dimenzije: subjektivnu i objektivnu. Pod objektivnim opterećenjem podrazumevamo vidne, konkretne posledice mentalne bolesti na porodicu obolelog kao što su remećenje svakodnevnog života članova domaćinstva, gubitak slobodnog vremena, finansijski izdaci, narušene socijalne relacije (3, 8). Uopšteno, to su događaji i aktivnosti koji su povezani sa negativnim iskustvima negovatelja (3). Subjektivno opterećenje je definisano kao individualna procena situacije u kojoj se negovatelj nalazi, u kom stepenu doživljava da bolest osobe o kojoj brine utiče na nju i koja osećanja izaziva ispunjavanje uloge negovatelja (1, 7).

Pokazalo se da korelacija između subjektivnog i objektivnog opterećenja nije velika i da varira od 0,26 do 0,71 (2, 9), a da je granica nejasna. Neke studije, na primer, pod objektivnim opterećenjem podrazumevaju smetnje u socijalnom funkcionisanju i promene u ponašanju pacijenta, dok neki autori kao što je Platt naglašavaju da karakteristike pacijenta moraju jasno da se razgraniče od objektivnog opterećenja (5). On ukazuje i na to da je objektivno opterećenje lako uočljivo, a subjektivni teret predstavljaju isključivo emocionalne reakcije negovatelja (10). Zarit je opterećenje negovatelja definisao kao individualnu percepciju o tome u kojoj su meri negativne promene emocionalnog i fizičkog zdravlja, socijalnog života i finansijskog statusa rezultat brige o oboleloj osobi. Naglašava da ovaj fenomen nije neizbežna negativna posledica pružanja nege, već je u pitanju proizvod subjektivnog procesa interpretacije ponašanja pacijenta i lične percepcije zadataka koje je sam ispunio u toku nege (3). Tessler razlikuje dve vrste opterećenja: ono koje nastaje kao posledica ponašanja negovatelja, tj. brige koju pruža obolelom i ono koje nastaje kao posledica remetilačkog ponašanja pacijenta. I jedno i drugo možemo podeliti na objektivno i subjektivno (11).

Pod zadacima koje negovatelj ispunjava podrazumevamo pomoć negovatelja u zadovoljenju pacijentovih potreba kao što su: lična higijena, medikacija, poslovi u domaćinstvu, kupovina, kuvanje, transport, upravljanje finansijama, pomoć oko dece i organizovanja vremena (11). Pod uznemiravajućim i problematičnim okolnostima koje se odnose na ponašanje pacijenta podrazumevamo: strah da će ih osramotiti, suviše prekomerne zahteve, buđenje tokom noći zarad pružanja nege, opasnost od heteroagresije, suicidalnost pacijenta, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci (11).

S obzirom na to da je korelacija između objektivnog i subjektivnog opterećenja mala, treba napomenuti da i u slučaju kada je objektivno opterećenje izraženo,

subjektivno opterećenje ne mora biti veliko (11). S druge strane, subjektivno opterećenje raste ako postoji uznemiravajuće ponašanje pacijenta (11). Prema konceptualnom modelu opterećenja negovatelja objektivno opterećenje je dobar prediktor subjektivnog faktora, uz ostale medijatorske faktore, koji mogu da utiču na vezu između ove dve varijable. Naglasak u ovom modelu je na posredničke faktore koji mogu smanjiti subjektivnu komponentu opterećenja, a to su: socijalna podrška i koping strategije (11).

FAKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ OPTEREĆENJA NEGOVATELJA

Veliki broj teorija govori o procesu i faktorima nastanka posledica nastalih opterećenošću brigom kod negovatelja mentalnog bolesnika. Od faktora vezanih za negovanog u literaturi se uglavnom pominju: vrsta poremećaja, simptomatologija, potrebe, tok, prognoza bolesti i ponašanje bolesnika, što predstavlja objektivnu opterećenost brigom. Kada govorimo o negovatelju, uticaj na proces imaju njegova struktura ličnosti, emotivni status, subjektivna percepcija negovanja, što predstavlja subjektivnu opterećenost brigom u negovanju mentalno obolelog bolesnika. Medijator varijable su uglavnom porodični odnosi, socijalna podrška, koping strategije, socioekonomski status, pol, zdravstveni status, kulturološke razlike i aktuelni životni događaji (2, 3, 10, 12, 13).

Faktori vezani za pacijenta

U teorijama i istraživanjima koje se bave procesom razvoja i nastanka posledica usled brige o mentalnom bolesniku kao deklanširajući i progredijentni faktor navode se simptomatologija mentalnog poremećaja, tok, prognoza bolesti i ponašanje pacijenta. U okviru mentalnog poremećaja pacijenta simptomi i stepen floridnosti kliničke slike određuju stepen funkcionalnosti pacijenta. U zavisnosti od onesposobljenosti pacijenta mentalnim poremećajem zavis i potreba za negovanjem drugog lica, količina i stepen brige. Longitudinalna istraživanja pokazala su da stepen opterećenosti i tereta porodice i negovatelja značajnije raste s umnožavanjem simptoma i stepenom disfunkcionalnosti obolelog (14). Potrebe obolelog uglavnom podrazumevaju: davanje medikamenata, spremanje obroka, kućne poslove, kupovinu životnih namirnica, održavanje lične higijene, prevoz, kontrolu potrošnje novca, brigu o deci ukoliko ih pacijent ima i slično (11). Količina obaveza prema negovanom utiče na smanjenje vremena koje negovatelj može da posveti sebi, svojoj porodici, prijateljima, sopstvenom poslu i vremenu za odmor. Takođe u zavisnosti od simptomatologije samog poremećaja zahtevi obolelog mogu da postanu preveliki, pa čak i patološki. Negovatelji u ovom slučaju bivaju uplašeni, osećaju

krivicu ukoliko ne ispune zahteve iako znaju da su nerealni, ljute se na sebe ili postaju agresivni, reaguju odbacivanjem negovanog (od negiranja potreba negovanog do insistiranja na smeštaju u bolnicu ili drugu ustanovu) (11).

Često osobe s mentalnim poremećajem nisu sposobne za adekvatno funkcionisanje u socijalnoj sredini, a ponekad ni u porodičnom okruženju. Svojim ponašanjem značajno utiču na svog negovatelja, naročito ako to ponašanje uključuje bežanje od kuće, agresivnost prema ukućanima, negovatelju ili komšijama, ili poprima različite rizične forme koje mogu da nose suicidalni ili homicidni rizik. Na primer, negovatelji pacijenata sa shizofrenijom kao najproblematičnija i opterećujuća ponašanja negovanog navode: strah da će ih negovani osramotiti, ekscesivno ponašanje kada su budni celu noću, agresivne ispade, pokušaje suicida, zloupotrebu alkohola i psihoaktivnih supstanci (11). Kao faktor opterećenja ponašanje je značajno jer negovatelja dugo održava u stanju anksioznosti, neizvesnosti i brige kada će bolesnik da ispolji neko od njih. To prouzrokuje i mnoga negativna osećanja jer negovatelji smatraju da nisu na adekvatan način ispunili ulogu i da su nedovoljno sposobni za obavljanje tog posla, što dodatno podriva samopouzdanje, motivisanost i sigurnost negovatelja. Subjektivni teret negovatelja raste kada bolesnik ne sarađuje i kada je sklon ponašanjima koja su za negovatelja socijalno neadekvatna i neizvesna.

I sama simptomatologija značajno utiče na promene kod negovatelja. Pokazano je da ukoliko kod shizofrenih pacijenata preovladavaju negativni simptomi, negovanje je teže (15). Ukoliko je negovani dete i ispoljava znake apatije ili depresije, roditelji u velikom broju slučajeva postaju depresivni i apatični. Osećaj tuge, beznadežnosti, bezvrednosti, niskog samopouzdanja negovanog mogu značajno da utiču na povećanje stepena opterećenosti negovatelja brigom i da ga učine vulnerabilnijim na razvoj sopstvene psihopatologije (3).

Faktori vezani za negovatelja

Veliki broj istraživanja pokazuje da je nesrazmerno više žena negovatelja koje se obraćaju za pomoć psihijatru ili psihologu, što je verovatno posledica toga što su žene angažovanije od muškaraca u procesu negovanja. Žene obraćaju više pažnje na emocionalnu podršku i zadovoljstvo bolesnika, dok su muškarci usmereniji na praktične zadatke i fizičku pomoć bolesniku. Ova pojava najčešće je uslovljena kulturološkim faktorima, jer se u mnogim kulturama podrazumeva da su sestre, majke, supruge i kćerke zadužene za negovanje obolelog u porodici (4, 16, 17, 18). Žene negovatelji opterećenije su brigom jer imaju veći broj uloga u porodičnoj zajednici. Neretko se događa da, osim što brinu o obolelom članu, u zavisnosti od broja članova porodice,

žene vode brigu i o celom domaćinstvu i deci. Zbog velikog broja uloga, dolazi do smanjene produktivnosti i posvećenosti ostalim članovima porodice ili drugim porodičnim obavezama (2, 19).

Osim pola, kao važna sociodemografska varijabla ističe se socioekonomski status negovatelja. Utvrđeno je da osobe sa nižim socioekonomskim statusom i nižim obrazovanjem imaju veću opterećenost u negovanju obolelog. Finansijski problemi se javljaju i tokom nege bolesnika, jer su troškovi za nabavku medikamena i zadovoljavanje svakodnevnih potreba veoma veliki, pa i to remeti finansijsku stabilnost negovatelja i porodice, što postaje veliki stresor za negovatelja (20). U zavisnosti od stepena disfunkcionalnosti negovanog, nekada negovatelji moraju da prestanu da rade ili izostaju sa posla, što dodatno remeti finansijsku sigurnost (21).

Važan predisponirajući faktor je i zdravlje negovatelja. Negovatelji lošijeg zdravstvenog stanja opterećeniji su negovanjem bolesnika. Često somatska bolest negovatelja progredira, što je neretko uzrokovano smanjenom brigom o sopstvenom zdravlju. Istovremeno zbog ograničenja koja su rezultat bolesti negovatelja, smanjena je i njegova sposobnost da brine o pacijentu (22, 23).

Psihološke osobine negovatelja igraju veliku ulogu u nastanku i razvoju sagorevanja. Predisponirajući psihološki faktori za razvoj mentalne bolesti kod negovatelja u sadejstvu sa stepenom potrebne brige, mogu da dovedu do razvoja psihijatrijskog poremećaja (na primer depresije). U strukturi ličnosti kao najvažniji faktori izdvajaju se lokus kontrole, samoeфикаsnost, izdržljivost u odnosu na situaciju u kojoj se nalazi. Ljudi koji pokazuju veći stepen otpornosti na negativan uticaj brige, mogu duže da vode brigu o obolelom i pokazuju manje promena i posledica prouzrokovanih tom brigom. Kao važne lične osobine ističu se i afektivitet, reciprocitet, nivo zrelosti i emotivnog razvoja ličnosti.

Negovatelji koji imaju slabije sposobnosti za prevladavanje stresa skloniji su razvoju depresije i anksioznosti. Osoba koja je na početku brige subdepresivna, usled socijalne izolacije, finansijskih problema, gubitka slobodnog vremena, promenjenih porodičnih odnosa i dejstva simptomatologije samog bolesnika na njega, ima veću verovatnoću da razvije dublju psihopatologiju koja će zadovoljavati kliničke kriterijume za depresivnu epizodu (24).

U razvoju oboljenja veliku ulogu imaju sposobnosti prevladavanja stresa i način na koji se osoba nosi sa svakodnevnim problemima i emocijama (25, 26). Ukoliko je negovatelj sklon korišćenju mehanizama odbrane koji nisu zdravi po njega, odnosno ukoliko je skloniji potiskivanju, projekciji, negaciji, reaktivnoj formaciji, identifikaciji, postoji veća verovatnoća da će razviti određenu psihopatologiju i da će biti vulnerabilniji na uticaj brige o negovanom. Neophodno je da osoba ima

spособnost da prepozna i na adekatan način tretira opterećenje koje je uzrokovano negom mentalnog bolesnika, jer će u suprotnom zadržavanjem negativnih emocija u sebi, projekcijom ili identifikacijom biti narušen i tok negovanja obolelog, ali i opšte psihofizičko zdravlje negovatelja. Opisana je sekundarna traumatizacija kod bolesnika obolelih od posttraumatskog stresnog poremećaja, gde je pokazano da osobe koje su negovatelji obolelog počinju da se ponašaju po sličnim obrascima, kao i da ispoljavaju neke simptome koje ispoljava oboleli, što je dokaz međusobne povezanosti, opterećenosti ličnosti negovatelja i uticaja negovanog i njegove simptomatologije.

Lazarus je definisao veliki broj koping strategija koje su veoma važne za prevladavanje stresa i način na koji će se negovatelj izboriti s aktuelnim problemom i situacijom. Važno je navesti da sam negovatelj bira strategiju kojom će prići problemu ili kojom će ga rešavati, kao i to da su koping strategije određene i obojene karakteristikama i ličnošću samog negovatelja (27, 28). Pokazano je da na ličnost i svakodnevni život ljudi koji su skloniji da traže više socijalne i porodične podrške u svakodnevnim problemima, koji ostvaruju prisniju interakciju sa članovima porodice i imaju njihovu objektivnu podršku negovanje bolesnog ostavlja manje posledica. Osim toga, istraživanja govore o strategijama koje su usmerene ka unutra (ličnost i self) i ka spolja. Samopouzdanje, rifejming i pasivnost negovatelja jesu unutrašnje strategije koje su se pokazale kao dobre, jer rezultati istraživanja pokazuju da je kod negovatelja koji su skloni

da biraju te strategije teret brige manji. Spoljašnje strategije podrazumevaju sposobnost da se traži i iskoristi podrška socijalne sredine i porodice, što takođe olakšava brigu o negovanom (27, 28, 29). Ono što značajno može da oteža izbor funkcionalnih strategija negovatelja, jeste njegov odnos prema obolelom, stepen subjektivnog osećaja odgovornosti ali i ličnost negovatelja. Ukoliko su osobe sklone da koriste neadekvatne obrasce ponašanja i koping strategija, manifestne reakcije negovatelja na opterećenost brigom mogu da budu gubitak telesne mase, gubitak sna, agresija prema negovanom, svađa sa ukućanima, suicidalno ponašanje, anksioznost, krivica, depresivno raspoloženje i slično (30). Osobe sa nižim samopouzdanjem teže će rešavati aktuelne probleme, izbegavaće problem, potiskivaće ga, te će na takav način produžiti i zanemariti dejstvo stresora, što izaziva još veće opterećenje koji je u pozitivnoj korelaciji s brigom o negovanom bolesniku.

Vreme i trajanje opterećenosti brigom o pacijentu je, takođe, jedan od značajnih faktora koji utiče na razvoj posledica opterećenosti brigom.

INSTRUMENTI ZA PROCENU OPTEREĆENJA NEGOVATELJA

Pokušaji da se razviju instrumenti koji mere opterećenje negovatelja postojali su još sedamdesetih godina prošlog veka na polju gerontologije (tabela 1). Za razliku od instrumenata koji su merili samo količinu zadataka koje negovatelj mora da ispuni da bi pomogao

Tabela 1. Instrumenti za procenu opterećenja negovatelja

Instrument (broj obeležja)	Broj domena	Opcije odgovora	Bodovanje	Vreme potrebno za aministraciju instrumenta
Appraisal of Caregiving Scale (53)	4 domena	Likertova skala 1–5	Viši skor na svakoj subskali predstavlja veći intenzitet opterećenja	Upitnik za samoprocenu, 20min
Bakas Caregiving Outcomes Scale (10)	Jednodimenzi onalni	Likertova skala 1–7		Samoprocena ili u formi intervjua
Caregiver Burden Inventory (24)	5 domena	Likertova skala 0–4	Svaki domen se boduje u rasponu 0–20 poena, sem fizičkog 0–25	Samoprocena ili u formi intervjua
Caregiving Impact Scale	14 domena	Likertova skala 1–6	Veći skor ukazuje na veće posledice pružanja nege na negovatelja	Samoprocena ili u formi intervjua
Caregiving Appraisal Scale (47/ 35)	5/4 domena	Likertova skala 1–5	Veći skor ukazuje na veće posledice pružanja nege na negovatelja	Samoprocena ili u formi intervjua
Carer Strain Index (CSI) (13)	Jednodimenzi onalna		Veći skor ukazuje na veće posledice pružanja nege na negovatelja	Samoprocena ili u formi intervjua, 15–45 min
Caregiver Well-Being Scale (45)	2 domena		0–100	Samoprocena
Zarit Burden Interview (29/ 22/ 18/ 12)	2 domena	Likertova skala 0–4	0–88, što je veći skor, veće je opterećenje	Samoprocena

pacijentu u svakodnevnim aktivnostima, instrumenti koji mere opterećenje negovatelja razvijeni su s ciljem merenja i obima zadataka, ali i psihološkog napora koje ovi zadaci izazivaju. U početku su ti instrumenti bili u formi intervjua, sve do Zarita koji je 1980. godine objavio Burden intervju (31, 32).

Postoje dva različita pristupa u proceni opterećenja negovatelja. Prvi pristup je indirektni i koristi se za opšte instrumente kao što je SF 36. Ovi instrumenti ne daju uvid u specifične probleme s kojima se suočavaju negovatelji. Drugi pristup je direktni i fokusira se na iskustva negovatelja. Postoje dve vrste ovih instrumenata: opšti i specifični koji su razvijeni za određeno oboljenje, npr. Parkinson impact scale (32). Instrumenti koji se koriste mogu da procenjuju multiple dimenzije, npr. fizičko, mentalno zdravlje, socijalne uloge, dok su drugi instrumenti specifičniji, npr. procenjuju depresivne simptome negovatelja (32).

Kod nas ne postoji standardizovani upitnik za procenu opterećenja negovatelja, a instrument koji se najviše upotrebljava jeste Zaritov intervju, naročito u istraživanjima negovatelja osoba s demencijom. Ovaj instrument ima 29 obeležja, koja uključuju pitanja o zdravlju negovatelja, psihološkom blagostanju, finansijama, socijalnom životu i vrsti odnosa između negovatelja i obolelog. Ovo je jedan od retkih instrumenata koji sagledava i pozitivne i negativne aspekte negovanja. Instrument je kasnije revidiran, te postoje skraćene verzije sa 22, 18 i 12 obeležja (31, 32, 33).

ZAKLJUČAK

U ovom radu predstavili smo neka od najznačajnijih istraživanja koja su se bavila ispitivanjem opterećenja negovatelja. Na osnovu rezultata dosadašnjih istraživanja može se zaključiti da postoji znatan broj faktora rizika za nastanak opterećenja. Faktori koji se odnose na negovatelja podrazumevaju njegovo zdravstveno stanje, strukturu ličnosti, emotivni status, kao i njegovu subjektivnu percepciju negovanja. S druge strane, pokazano je da klinička slika, tok, prognoza poremećaja i onesposobljenost pacijenta bolešću u velikoj meri povećavaju opterećenje negovatelja. Osim navedenih faktora, velikom opterećenju negovatelja doprinose porodična dinamika negovatelja, naročito ukoliko je u srodstvu s obolelim, loše strategije suočavanja sa stresom, nedostatak socijalne podrške, kao i različiti kulturološki aspekti. Upravo nam identifikovanje ovih faktora omogućava planiranje i sprovođenje različitih intervencija i tretmana s ciljem smanjenja opterećenja. Jedna od mogućih intervencija je informisanje negovatelja o simptomatologiji, toku i mogućim komplikacijama mentalnog poremećaja pacijenta, kao i o njegovom uticaju

na život negovatelja. Ovakvim pristupom moguće je pripremiti negovatelja na dejstvo stresora i prilagoditi njegove reakcije na njih. U sklopu medicinskog tretmana psihijatrijskog pacijenta mogu se oformiti grupe podrške, psihoterapija podrške s naglaskom na psihoedukaciji i razmeni iskustava negovatelja. Ovakve intervencije sprovodile bi se radi pravovremenog prepoznavanja opterećenja psihosocijalnih kapaciteta, ukazivanja na sopstvene potrebe negovatelja, te usmeravanja na korišćenje adekvatnih strategija za prevladavanje stresa, a sve da bi se smanjilo opterećenje.

LITERATURA

1. Clausen JA, Yarrow MR. The impact of mental illness on the family. *J Soc Issues* 1955; 11: 3–64.
2. Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness of the family: a critical review. *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4: 99–107.
3. Chou K. Caregiver burden: a concept analysis. *J Pediatr Nurs* 2000; 15: 398–407.
4. Bastawrous M. Caregiver burden – a critical discussion. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 431–41.
5. Ricard N, Bonin J, Ezer H. Factors associated with burden in primary caregivers of mentally ill patients. *Int J Nurs Stud* 1999; 36: 73–83.
6. Liu J, Wang LN, Tan JP, et al. Burden, anxiety and depression in caregivers of veterans with dementia in Beijing. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55: 560–3.
7. Hoenig J, Hamilton MW. Elderly psychiatric patients and the burden on the household. *Eur Neurol* 1966; 152: 281–93.
8. Jagannathan A, Thirthalli J, Hamza A, Nagendra HR, Gangadhar BN. Predictors of family caregiver burden in schizophrenia: study from an inpatient tertiary care hospital in India. *Asian J Psychiatr* 2013; 8: 94–8.
9. Baronet AM. Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 819–41.
10. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985; 15: 383–93.
11. Jones SL. The association between objective and subjective caregiver burden. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10: 77–84.
12. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26: 260–6.
13. Li J, Lambert CE, Lambert VA. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nurs Health Sci* 2007; 9: 192–8.

14. Parabiaghi A, Lasalvia A, Bonetto C, et al. Predictors of changes in caregiving burden in people with schizophrenia: a 3-year follow-up study in a community mental health service. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 66–76.
15. Strauss JS, Carpenter WT. The prediction of outcome in schizophrenia: II. Relationships between predictor and outcome variables: a report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 37–42.
16. Robinson KM. Predictors of burden among wife caregivers. *Sch Inq Nurs Pract* 1990; 4: 189–203.
17. Montgomery RJV, Datwyler MM. Women and men in the caregiving role. *Generations* 1990; 14: 34–8.
18. Walker AJ, Pratt CC, Eddy L. Informal caregiving to aging family members: a critical review. *Fam Relat* 1995; 44: 402–11.
19. Pinquart M, Sörensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging* 2011; 26: 1–14.
20. Fink SV, Picot SF. Nursing home placement decisions and post-placement experiences of African-American and European-American caregivers. *J Gerontol Nurs* 1995; 21: 35–42.
21. Vitaliano PP, Russo J, Young HM, Teri L, Maiuro RD. Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging* 1991; 6: 392–402.
22. Bull MJ, Bowers JE, Kirschling JM, Neufeld A. Factors influencing family caregiver burden and health. *West J Nurs Res* 1990; 12: 758–76.
23. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *Int J Nurs Stud* 2000; 37: 37–43.
24. Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 450–7.
25. Hadryś T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 363–72.
26. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 285–9.
27. Goldstein LL, Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
28. Singer GHS, Irvin LK. Family caregiving, stress and support. In: Singer GHS, Irvin LK, eds. Support for caregiving families: enabling positive adaptation to disability. Baltimore: Paul H. Brookes, 1989: 3–25.
29. Tilden VP, Galyen RD. Cost and conflict. The darker side of social support. *West J Nurs Res* 1987; 9: 9–18.
30. Corbin JM, Strauss A. Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1988.
31. Department of Public Health, Unit of Health Care Epidemiology. A structured review of patient reported measures in relation to selected chronic conditions, perceptions of quality of care and carer impact. Oxford: University of Oxford, 2006.
32. Deeken J, Taylor K, Mangan P, Yabroff R, Ingham J. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 922–53.
33. Kheng Seng B, Luo N, Ng W, et al. Validity and reliability of the Zarit burden interview in assessing caregiving burden. *Ann Acad Med Singapore* 2010; 39: 758–63.