

*Originalni naučni rad*

## Uloga porodice u liječenju bolesnika sa shizofrenijom

Vladimir Stojičić

JZU Institut za zaštitu zdravlja R. Srpske, Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

### Kratak sadržaj

**Uvod.** Uključenost porodice u liječenje bolesnika je značajno, jer utiče na troškove i ishod oboljenja. Cilj rada je ispitati kolika je uključenost i podrška porodice u liječenju pacijenata oboljelih od shizofrenije.

**Metode.** Uzorak je činilo 100 bolesnika sa dijagnozom shizofrenije koji su liječeni u JZU „Sveti apostol Luka“ u Doboju. Uključeni su pacijenti oba pola stariji od 18 godina, od kojih 39 žena. Pacijenti su izabrani metodom slučajnog izbora. Kriterijum za uključivanje je bila dijagnoza shizofrenije postavljena od strane psihijatra. Za studiju je dizajniran upitnik koji omogućava uvid u sociodemografske podatke, dužinu, način liječenja, uključenost i podršku članova porodice tokom liječenja.

**Rezultati.** Među ispitanim bolesnicima 42% se nikada nije ženilo, 21% je bilo razvedenih, a 31% u braku. Iz grupe razvedenih, 7/21 bolesnika je imalo preko tri komorbiditeta, dok je kod onih u braku komorbiditet imalo 3/31 bolesnika. Najčešći komorbiditet je bila hipertenzija (25 bolesnika) i hiperlipidemija (16 bolesnika). Proporcionalno veći broj razvedenih bolesnika je hospitalizovan dva ili tri puta (7/22) u odnosu na one u braku (4/37). Stalna saradnja porodice i bolesnika postojala je kod 28%, povremena kod 32%, slaba kod 28%, a nikakva kod 14% bolesnika. Bolesnici kod kojih je saradnja sa porodicom slaba ili nije postojala imali su veći broj hospitalizacija (15/42 preko tri hospitalizacije) od onih čije su porodice sarađivale u liječenju (7/58 preko tri hospitalizacije).

**Zaključak.** Kod manje od jedne trećine ispitanih bolesnika sa shizofrenijom postojala je stalna saradnja porodice u liječenju. Liječenje bolesnika bez podrške, saradnje i uključenosti članova porodice je povezano sa češćim pogoršanjima i hospitalizacijama.

**Ključne riječi:** porodica, uključenost, shizofrenija, rehospitalizacija

### Uvod

U današnje vrijeme kada su troškovi liječenja mnogih oboljenja veoma visoki, uključenost porodice u liječenje je veoma bitno, jer

značajno utiče na troškove i ishod oboljenja. Podrška koju pružaju članovi porodice ili bliske osobe oboljelim od shizofrenije višestruko je korisna. Zbog oboljenja je najčešće smanjena sposobnost

*Adresa autora:  
Dr Vladimir Stojičić  
Novaka Pivaševića bb,  
78000 Banja Luka  
stojiciv@blic.net*

bolesnika za socijalne kontakte, pa žive prilično izolovano i usamljeno. U kriznim situacijama, ali i kod rješavanja svakodnevnih problema, neophodna im je pomoć porodice i sredine.

Porodica igra vrlo važnu ulogu kod ranog otkrivanja znakova bolesti ili pogoršanja. Članovi porodice bolesnika moraju dobro da poznaju sve činjenice u vezi sa bolešću, koje mogu dobiti u okviru psihoedukativnih grupa za članove porodice [1]. Cilj takvih psihoedukativnih grupa je uspostavljanje konstruktivnog partnerstva između bolesnika, porodice i ljekara.

Korisne psihosocijalne intervencije su: edukacija bolesnika i porodice o bolesti, psihosocijalna rehabilitacija koja uključuje učenje socijalnih vještina, okupacijsku, rekreativnu i razne oblike kreativne terapije, radne programe s radnim osposobljavanjem, a za teže slučajeve preporučuje se posebno vođenje slučaja (case management) [2].

Oboljeli od shizofrenije imaju veći rizik od bolesti i prerane smrti u odnosu na opštu populaciju [3]. Kao važni faktori navode se povećanje psihičkog i fizičkog stresa, negativni simptomi, gubitak realnosti i inicijative. Spoljašnji uzroci uključuju nezdrav stil života, pušenje, konzumiranje brze hrane, nedostatak fizičke aktivnosti i nuspojave farmakoterapije [4,5]. Antipsihotici takođe povećavaju rizik za razvoj metaboličkog sindroma i dijabetes melitusa [6].

Cilj rada je ispitati kolika je uključenost i podrška porodice u liječenju pacijenata oboljelih od shizofrenije.

## Metode rada

Uzorak je činilo 100 bolesnika sa shizofrenijom koji su liječeni u JZU „Sveti apostol Luka“ u Doboju. Uključeni su pacijenti oba pola stariji od 18 godina, od toga 39 žena i 61 muškarac. Pacijenti su izabrani metodom slučajnog izbora. Kriterijum za uključivanje je bila dijagnoza shizofrenije postavljena od strane psihijatra.

Za ovu studiju sastavljen je upitnik koji je omogućavao uvid u sociodemografske podatke, dužinu i način liječenja, te uključenost i podršku članova porodice tokom liječenja. Upitnik je podijeljen u više segmenata koji daju informacije:

- lične: godine, pol, stručna sprema, bračni status, zaposlenje;
- kliničke: dužina trajanja bolesti, terapija, ostale terapijske procedure, vrijednost krvnog pritiska, indeks tjelesne mase, glikemija, lipidni profil;
- postojanje komorbiditeta.

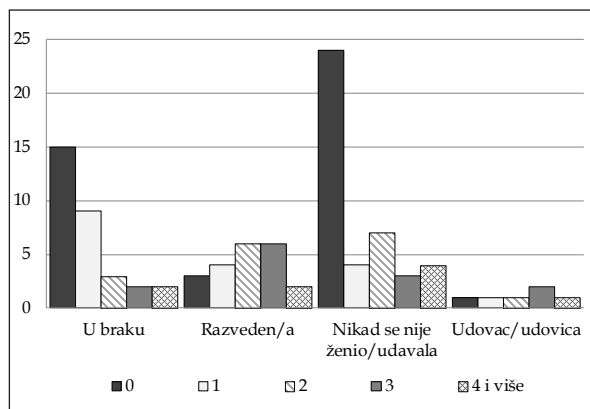
Dobijeni podaci su analizirani korišćenjem deskriptivnih statističkih metoda.

## Rezultati

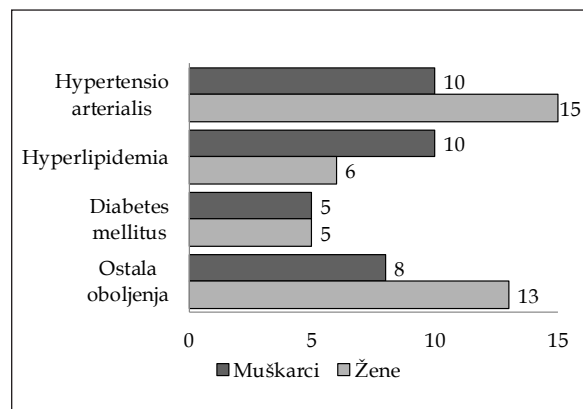
Tabela 1 prikazuje odnos pola i zaposlenosti sa jedne strane i bračnog stanja sa druge. Najviše muških pacijenata se nikada nije ženilo, pa o njima brigu obično preuzima porodica, zatim slijede oženjeni, pa razvedeni, a najmanje je udovaca. Kod ženskih pacijenata najviše ih je

**Tabela 1.** Odnos bračnog stanja i pola, zaposlenosti i broja komorbiditeta ispitanika

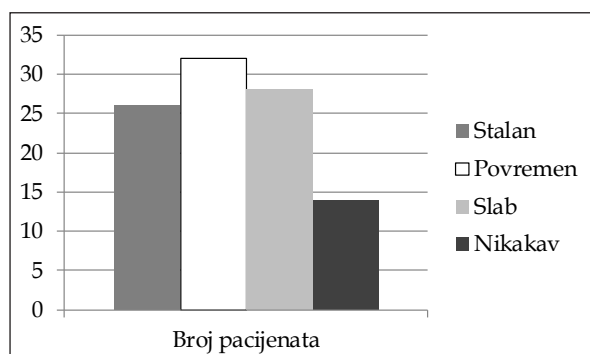
		Bračno stanje			
		U braku	Razveden	Nikad se nije ženio/udavala	Udovac/udovica
Pol	muškarci	14	11	33	3
	žene	17	10	9	3
Zaposlenost	zaposlen	4	3	6	0
	nezaposlen	18	10	23	1
	u penziji	9	8	14	5
Broj komorbiditeta	0	14	10	23	3
	1-2	14	4	6	0
	3-4	0	1	0	0
	>4	3	6	4	3



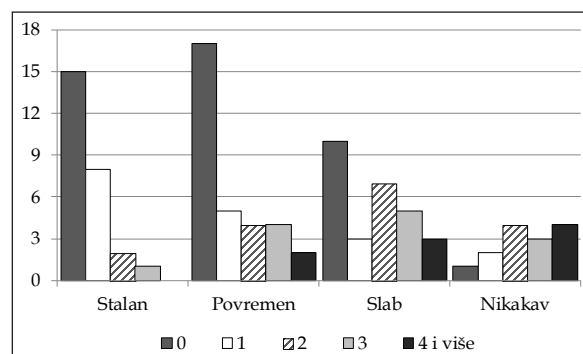
Grafikon 1. Analiza bračnog stanja i broja hospitalizacija



Grafikon 2. Prisutnost najčešćih somatskih oboljenja



Grafikon 3. Uključenost članova porodice u proces liječenja



Grafikon 4. Analiza broja hospitalizacija i stepena uključenosti porodice

u braku, potom slijede razvedene i one koje se nikad nisu udavale, a najmanje je udovica. Nezaposlenost je prisutna u svim kategorijama pacijenata, a posebno se ističe kod pacijenata koji nikada nisu stupali u brak i žive kao samci.

Grafikon 1 pokazuje da u grupi razvedenih proporcionalno najveći broj bolesnika je hospitalizovan dva ili tri puta, slično je i u grupi udovaca. S druge strane, bolesnici koji su u braku i koji se nikada nisu ženili, a o njima brine porodica, najčešće nisu bolnički liječeni.

Grafikon 2 pokazuje da su bolesnice najčešće imale arterijsku hipertenziju, a muškarci hiperlipidemiju i arterijsku hipertenziju, dok se dijabetes melitus javljao podjednako kod oba pola.

Najveći broj pacijenata ima povremenu saradnju sa porodicom 32%, dok je slaba saradnja sa porodicom zabilježena kod 28% pacijenata. Stalna saradnja porodice i pacijenata prisutna je kod 28%, nikakvu saradnju srećemo kod 14% pacijenata (Grafikon 3).

Najveći broj hospitalizacija imali su bolesnici kod kojih je saradnja sa porodicom min-

imalna ili nikakava. Ponovne hospitalizacije su znatno rjeđe kod bolesnika kod kojih je uključenost porodice stalna ili povremena (Grafikon 4).

## Diskusija

Brojna su istraživanja posvećena saradnji porodice u liječenju pacijenata sa shizofrenijom. Od ove saradnje zavisi ishod liječenja. Analizom bračnog stanja u ovom istraživanju 44% pacijenata nikada nije bilo u braku, što je za 6,4% manje u odnosu na istraživanje Ching-Hua Lin-a i saradnika [7], a za 13,7% više u odnosu na istraživanje Thara i saradnika [8]. U našem istraživanju u braku je bilo 32% pacijenata, što je za 4,1% više u odnosu na istraživanje Ching-Hua Lin-a i saradnika [7], a za 37,7% manje u odnosu na istraživanje Thara i saradnika [8].

Najveći broj pacijenata ima povremenu saradnju sa porodicom (32%), dok je slaba saradnja sa porodicom zabilježena kod 28% pacijenata. Stalna saradnja porodice i pacijenata

prisutna je kod 28%, nikakvu saradnju srećemo kod 14% pacijenata.

U ovom istraživanju zaposleno je 13% pacijenata, dok je njih 51% nezaposleno, za razliku od istraživanja Ching-Hua Lin-a i saradnika [7] koji su našli da je nezaposleno 48,8% pacijenata, a 19,9% je zaposleno. U istraživanju Marwaha i Johansona [9] zaposlenost pacijenata sa shizofrenijom se kreće od 10% do 20%. Rezultati istraživanja Akazawa i saradnika [10] pokazuju da je bilo zaposleno 48,1%, dok je nezaposleno 51,9%.

Kada je briga porodice u pitanju, odnosno saradnja, naši rezultati ukazuju da je ona u 61% stalna ili povremena, što je veoma slično rezultatima Ching-Hua Lina i saradnika [7], koji pokazuje da 70% pacijenata ima stalnu ili povremenu pomoć porodice, kao i prema istraživanju grupe autora [11] kod kojih je stalna podrška porodice zastupljena u 58,4%, a povremena podrška u 29,6%. Istraživanja Perlicka i saradnika [12] pokazuju da je uključenost porodice 43%, što je za 18% manje u odnosu na naše istraživanje. Briga porodice predstavlja stub napretka liječenja pacijenata oboljelih od shizofrenije, te bi trebalo više motivisati porodicu da aktivnije učestvuje u tretmanu pacijenta.

## Zaključak

Istraživanje je pokazalo da najviše pacijenata

nikada nije stupilo u brak i to su pretežno muškarci, dok su oni u braku drugi po učestalosti i to su pretežno žene. Pacijenti koji su u bračnoj zajednici imaju najmanji broj hospitalizacija, dok razvedeni imaju najveći broj hospitalizacija. Nezaposlenost je prisutna u svim kategorijama pacijenata, a posebno kod pacijenata koji nikada nisu stupali u brak i žive kao samci. Takođe, broj komorbidnih oboljenja je najveći kod pacijenata koji žive sami.

Pacijentkinje su najčešće imale arterijsku hipertenziju, a muškarci hiperlipidemiju i arterijsku hipertenziju, dok se dijabetes melitus javljao podjednako kod oba pola. U ostalim oboljenjima prednjačile su žene.

Najveći broj pacijenata sa povećanim brojem hospitalizacija ima slabu ili nikakvu saradnju i podršku porodice tokom liječenja. Broj rehospitalizovanih pacijenata je znatno manji kada postoji dobra saradnja i podrška porodice tokom liječenja.

Liječenje bolesnika sa shizofrenijom bez podrške, saradnje i uključenosti članova porodice je povezano sa lošijom prognozom, češćim pogoršanjima i hospitalizacijama.

**Napomena.** Zahvaljujem na pomoći i saradnji prof. dr Mariji Burgić Radmanović, redovnom profesoru Medicinskog fakulteta Univerziteta u Banjoj Luci, dr sc. Sanji Govedarici iz Opšte bolnice „Sveti apostol Luka“ Doboj, te dr sc. Dejana Cocić, specijalisti psihijatrije iz Centra za mentalno zdravlje Dob

Autor izjavljuje da nema sukob interesa.  
The author declare no conflicts of interest.

## Literatura

1. Glick ID, Stekoll AH, Hays S. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31(1):82-5.
2. Fryer JH, Cohen L. Effects of labeling patients „psychiatric“ or „medical“ favorability of traits ascribed by hospital staff. *Psychol Rep* 2009;62:770-93.
3. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
4. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150:1115-21.
5. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C. Medical co-morbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 2003;178:S67-70.
6. Balf G, Stewart DT, Whitehead R, Baker RA. Metabolic adverse events in patients with mental illness treated with antipsychotics: a primary care perspective. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10:15-24.
7. Lin CH, Lin SH, Chen MC, Wang SY. Comparison of Time to Rehospitalization Among Schizophrenic Patients Discharged on Typical Antipsychotics, Clozapine or Risperidone, *Journal of the Chinese Medical Association JCMA* 2006; 69(6):264-9.
8. Thara R, Srinivasan TN. Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:416 Thara R, Srinivasan TN. Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:416-20.
9. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:337-49.
10. Akazawa M, Matsumoto T, Katsumata Y, et al. Psychosocial classification of suicide completers

- by employment situation: a psychological autopsy study. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 2010;57(7):550-60.
11. Bellack AS, Haas GL, Schooler NR, Flory JD. Effects of behavioural family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:434-9.
  12. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, Cañive JM, Lieberman JA. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57(8):1117-25.
  13. Kučukalić A, Bravo-Mehmedbašić A, Hižar I. Psihijatrija. Sarajevo: Medicinski fakultet Sarajevo; 2011. p.116-42.
  14. Nyer M, Kasckow J, Fellows J, et al. The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms. *Ann Clin Psychiatry* 2010;22(3):172-9.

## The role of family in the treatment of patients with schizophrenia

Vladimir Stojičić

PHI Institute of Health Care Banja Luka, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

**Introduction.** Involving families in the treatment of patients with schizophrenia is significant because it affects the costs and outcome of disease. The aim of this study is to investigate family involvement and support in the treatment of patients with schizophrenia.

**Methods.** The sample consisted of 100 patients diagnosed with schizophrenia who were treated in PHI 'Holy Apostle Luka' in Doboj. Patients of both sexes aged 18+ years were included, out of whom 39 were women. Patients were randomly selected. The inclusion criterion was the diagnosis of schizophrenia made by a psychiatrist. The questionnaire used in the study shows socio-demographic data, length and type of treatment, involvement and support of family members during the treatment.

**Results.** 42% of patients have never been married, 21% have been divorced and 31% have been married. Out of divorced patients, 7/21 patients had more than three comorbidities whereas out of married patients, 3/31 patients. The most common comorbidity was hypertension (25 patients) and hyperlipidemia (16 patients). More divorced patients were proportionally hospitalized two or three times (7/22) in comparison to the married ones (4/37). Constant cooperation between family and patient was present in 28% of patients, occasional in 32%, bad in 28%, and no cooperation was present in 14% of patients. Patients with bad or no cooperation with family had more hospitalizations (15/42 over three hospitalizations) than those whose families cooperated in the treatment (7/58 over three hospitalizations).

**Conclusion.** There is a constant cooperation between a patient and family in the treatment in less than one third of patients with schizophrenia. The treatment of patients with schizophrenia without support, cooperation and involvement of family members is associated with more frequent exacerbations and hospitalizations.

**Keywords:** family, involvement, schizophrenia, rehospitalization