

# Kvaliteta života neformalnih negovatelja u zbrinjavanju osoba s kroničnom ranom

---

Eri, Martina

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:004200>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**KVALITETA ŽIVOTA NEFORMALNIH NJEGOVATELJA BOLESNIKA  
S KRONIČNOM RANOM**

Završni rad br. 37/SES/2020

Martina Eri

Bjelovar, kolovoz, 2020.



**Veleučilište u Bjelovaru**

**Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar**

## 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Eri Martina**

Datum: 05.06.2020.

Matični broj: 001710

JMBAG: 0314016408

Kolegij: **ZBRINJAVANJE RANA**

Naslov rada (tema): **Kvaliteta života neformalnih negovatelja u zbrinjavanju osoba s kroničnom ranom**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Mirna Žulec, mag.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, predsjednik
2. Mirna Žulec, mag.med.techn., mentor
3. dr.sc. Rudolf Kiralj, član

## 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 37/SES/2020

Studentica će validiranim anketnim upitnikom ispitati utjecaj zbrinjavanja bolesnika s kroničnom ranom na kvalitetu života neformalnih negovatelja.

Zadatak uručen: 05.06.2020.

Mentor: **Mirna Žulec, mag.med.techn.**





## Sadržaj:

1. UVOD .....	1
1.1. Dimenzije neformalnog pružanja njege .....	2
1.1.1. Prevalencija pružanja njege .....	2
1.2. Briga za odrasle .....	2
1.3. Periodična neformalna skrb .....	3
1.4. Udaljena neformalna skrb.....	3
1.5. Karakteristike neformalnih njegovatelja .....	4
1.6. Uloge i odgovornosti neformalnih njegovatelja .....	5
1.7. Učinci na zdravlje i zahtjevi njegovatelja.....	5
1.8. Procjena i praćenje rada neformalnih njegovatelja.....	6
1.9. Sposobnost pružanja njege .....	6
2. CILJ RADA.....	8
3. METODE .....	9
3.1. Ustroj studije.....	9
3.2. Ispitanici .....	9
3.3. Metode .....	9
3.4. Statističke metode .....	9
4. REZULTATI .....	10
5. RASPRAVA.....	19
6. ZAKLJUČAK .....	21
7. LITERATURA.....	22
8. OZNAKE I KRATICE.....	25
9. SAŽETAK.....	26
10. SUMMARY .....	27

## 1. UVOD

Zbog demografskih kretanja u posljednjim desetljećima, udio osoba kojima je potrebna pomoć u svakodnevnim aktivnostima neprestano se povećava. Kao rezultat toga, sve više i više ljudi pruža zdravstvenu njegu osobama kojima je takva skrb potrebna, a da to nisu nužno odabrali kao glavno profesionalno zanimanje. Ove ljude nazivamo neformalnim njegovateljima. Nedavne procjene govore da su oko 125 milijuna od ukupno 750 milijuna europskog stanovništva neformalni njegovatelji (1). Ti ljudi ispunjavaju vrlo važnu funkciju, jer bez njihove podrške, mnogi ljudi koji sada žive kod kuće vjerojatno bi živjeli u staračkim domovima, a ne putem izbora ili izbora društva u cjelini. Društveni troškovi različitih oblika zbrinjavanja najbolje su istraženi za osobe s demencijom, koje čine daleko najveći dio osoba kojima je potrebna pomoć. Istraživanja pokazuju da je skrb u staračkim domovima obično skuplja od skrbi kod kuće, osim za osobe u vrlo teškom stanju demencije. Stoga preuranjeni premještaji u staračkim domovima predstavljaju veliko financijsko opterećenje za društvo (2).

No skrb koju pružaju neformalni njegovatelji može predstavljati veliko opterećenje za njih. Stoga je potrebno utvrditi uvjete koji bi mogli ublažiti situaciju ovih ljudi, a i dalje se zahtijeva opsežno istraživanje kako bi se to riješilo. Kako su sve razvijene zemlje suočene s ovim problemom, međunarodno bi istraživanje u vezi s ovom temom moglo biti od pomoći. Neformalni njegovatelji mogu imati koristi od učenja jedne zemlje iz druge i pronalaženja načela prema kojima bi se neformalni njegovatelji mogli učinkovito podržati u svim zemljama. Međutim, težnja za takvim univerzalnim rješenjima suočena je s ograničenjima. Postoje očigledne kulturne razlike među državama i, stoga, zbog tih razlika, pristup koji djeluje u jednoj zemlji mogao bi biti manje uspješan u drugoj. Stoga bi se međunarodna istraživanja o potpori njegovateljima trebala baviti i kulturološkim razlikama, a posebice kulturološkim razlikama koje utječu na to kako se očituje teret njegovatelja. Takve bi razlike mogle biti važne u razvoju specifičnih pristupa za ublažavanje tereta skrbi (3).

Već postoje neka važna istraživanja koja se bave različitim aspektima kulturoloških razlika u iskustvima neformalnih njegovatelja. Dvije glavne skupine jednog istraživanja odnose se na razlike između kulturološki različitih skupina koje žive u istoj zemlji (4) i razlike između njegovatelja iz različitih zemalja (5). Međutim, u samo jednoj od prethodnih studija postoje razlike između razmatranih različitih europskih zemalja (6).

Nedostatak nalaza o kulturološkim razlikama u teretima njegovatelja može dijelom biti posljedica činjenice da komparativno istraživanje između različitih zemalja zahtijeva

komparativne podatke iz tih zemalja. Stoga bi sekundarne analize komparativnih podataka, koji su izvorno prikupljeni u različite svrhe u različitim studijama, mogli igrati važnu ulogu u ovom istraživačkom kontekstu (3).

## **1.1. Dimenzije neformalnog pružanja njege**

### **1.1.1. Prevalencija pružanja njege**

Rosalyn Carter često je citirana za svoje opažanje da "na svijetu postoje samo četiri vrste ljudi:

- oni koji su bili njegovatelji
- oni koji su trenutno njegovatelji
- oni koji će biti njegovatelji
- oni kojima će trebati njegovatelji. "

Postoje tri različite skupine neformalnih njegovatelja, otprilike definirane dobi ljudi o kojima se brinu:

- o djeci s kroničnom bolešću i invaliditetom obično skrbe mladi roditelji
- o odrasloj djeci sa stanjima kao što su mentalne bolesti brinu roditelji srednjih godina
- o starijim osobama brinu se supružnici ili njihova sredovječna djeca (7).

## **1.2. Briga za odrasle**

Ne postoje točne procjene broja neformalnih njegovatelja u svijetu. Procjene raširenosti uvelike variraju ovisno o primijenjenim definicijama i populaciji u uzorku (Nacionalni savez za Caregiving i Američko udruženje umirovljenika, 2009). Nacionalno istraživanje dugotrajne skrbi pokazuje da je samo 3,5 milijuna neformalnih njegovatelja pružalo instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života ili aktivnosti svakodnevnog života osobama starijim od 65 godina. Istraživanje o prihodu i sudjelovanju u programu (8) navode izravne procjene od 28,8 milijuna njegovatelja („osobe starije od 15 godina koje pružaju pomoć za svakodnevne potrebe pojedinca starijeg od 15 godina“) (9).

Iako postoje ohrabrujući znakovi da se starosna invalidnost smanjuje, obeshrabruje brzi rast starije populacije. Predviđa se da će broj starijih odraslih osoba s funkcionalnim deficitom porasti (10). Izazovi postavljeni ovim demografskim pomakom pogoršavat će se smanjenom sposobnošću postojećih formalnih sustava skrbi za starije odrasle osobe zbog nedostatka medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika i sve većih troškova hospitalizacije i dugotrajne skrbi (11). Promjene u veličini i sastavu obitelji i povećano sudjelovanje žena u radnoj snazi učinit će neformalne skrbnike manje dostupnim. Dakle, konvergencija triju čimbenika u narednim desetljećima - povećana potreba za njegom, smanjena dostupnost formalne skrbi i smanjen broj odrasle djece za pružanje skrbi - stvaraju savršenu oluju koja će biti izazov donositeljima politika u narednim desetljećima (7).

Napokon, nedavni povijesni događaji dodali su još jedan dodatni nepredviđeni izazov. Mladi se vraćaju iz ratova koji su u toku, s višestrukim ozljedama ili politraumama, s kojima se moraju suočavati do kraja života. Posttraumatski stres uobičajen je dio službe. Potreba za stalnom neformalnom skrbi je ogromna (7).

### **1.3. Periodična neformalna skrb**

Budući da se većina podataka o neformalnoj skrbi temelji na skrbi osoba sa kroničnim bolestima i invaliditetom, malo je poznato o učestalosti periodične neformalne skrbi. Periodična skrb obično se pruža nakon otpusta iz bolnice zbog događaja poput loma kuka, moždanog udara, raka ili traume. U 2007. godini Sjedinjene Države su imale gotovo 40 milijuna bolničkih otpusta, a mnogi od tih ljudi vjerojatno su trebali skrb od strane člana obitelji nakon otpusta. Malo se zna o intenzitetu, trajanju ili vrsti neformalne skrbi ili o karakteristikama neformalnih njegovatelja u ovom slučaju. Budući da se neformalna skrb često karakterizira akutnim početkom bez upozorenja, ona uključuje drugačije izazove od kroničnog zbrinjavanja. Periodični neformalni njegovatelji moraju brzo steći vještine povezane s obavljanjem medicinskih postupaka u kući, rada s medicinskom opremom, nadgledanjem stanja pacijenta i koordiniranjem skrbi (7).

### **1.4. Udaljena neformalna skrb**

Otpribliže 15% neformalnih njegovatelja živi najmanje sat vremena od osobe koju njeguju i pružaju njegu na daljinu. Takvi su neformalni njegovatelji obrazovaniji i imućniji te imaju veću vjerojatnost da će imati sekundarnu ulogu pomagača u usporedbi s skrbnicima u kući. Oni provode u prosjeku 3 do 4 sata tjedno dogovarajući usluge i još 4 sata tjedno provode skrb (12).



Budući da udaljenost i vrijeme ograničavaju faktore u pružanju izravne potpore primatelju, njegovatelji na dugim udaljenostima imaju dodatne izazove identificiranja relevantnih resursa u lokalnom okruženju primatelja, angažiranja pojedinaca za pružanje potrebne skrbi i praćenja učinka skrbi. Iz perspektive ljudskih faktora, obavljanje ovih zadataka zahtijeva sofisticirane vještine pretraživanja, mogućnost pregleda i ocjene pružatelja profesionalne skrbi i sustave za praćenje statusa primatelja skrbi, koji mogu biti u rasponu od kontakta preko telefona do sofisticiranih elektroničkih uređaja za praćenje i komunikaciju. Ovi se neformalni njegovatelji također moraju morati suočiti s psihološkim nevoljama povezanim s nemogućnošću vezano za svoje voljene osobe kojima je potrebna skrb, a koji nisu u njihovoj blizini (12).

### **1.5. Karakteristike neformalnih njegovatelja**

Gotovo su svi bili neplaćeni njegovatelji u nekom trenutku života, a neki pojedinci tu ulogu izvršavaju kroz dugotrajno razdoblje. Pružanje skrbi pojedincu s kroničnim bolestima i invaliditetom općenito se smatra velikim životnim stresom, a učinci stresa na zdravlje i dobrobit neformalnih njegovatelja intenzivno su se proučavali u posljednja tri desetljeća. Budući da neformalni njegovatelji često pružaju vrlo zahtjevnu i složenu skrb, neizbježno je pitanje: tko se nađe u ulozi neformalnog njegovatelja i koliko su sposobni odgovoriti na potrebe primatelja skrbi (7)?

Iako su njegovatelji uglavnom sredovječne ili starije osobe, čak se i djeca mogu naći u ulozi neformalnih njegovatelja. Čak 1,4 milijuna djece u Sjedinjenim Državama u dobi između 8 i 18 godina pruža skrb za stariju odraslu osobu. Takva djeca najčešće potječu iz kućanstava s nižim primanjima, imaju manju vjerojatnost života u domu s dva roditelja i imaju veću tendenciju prema depresiji i tjeskobi u usporedbi sa djecom koja nisu neformalni njegovatelji (13).

Primatelji skrbi su obično žene i starije osobe, a njihovi glavni problemi su „starost“, praćena Alzheimerovom bolešću ili drugom demencijom, karcinomom, mentalnom / emocionalnom bolesti, srčanom bolesti i moždanim udarom. Među mlađim primateljima skrbi (u dobi od 18 do 49 godina) primarni zdravstveni problem koji zahtijeva pomoć je mentalna bolest ili depresija. Njegovatelji pružaju pomoć u širokom opsegu, uključujući pomoć u prijevozu, kućanskim poslovima, kupovini namirnica i pripremi obroka. Međutim, 56 % neformalnih njegovatelja pruža pomoć u aktivnostima samozbrinjavanja. Prosječno trajanje neformalne skrbi najčešće traje oko 4,6 godina (7).

## **1.6. Uloge i odgovornosti neformalnih negovatelja**

Pružanje učinkovite zdravstvene zaštite u kući zahtijeva da neformalni negovatelji igraju više uloga. U različitom stupnju negovatelji moraju komunicirati i dogovarati se s članovima obitelji, pružati emocionalnu podršku, komunicirati s liječnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima o statusu osobe o kojoj se skrbe i potrebama njege, obavljati kućanske poslove, kupovati, pomagati u obavljanju osobne higijene. Ako su brige o fizičkom, kognitivnom i emocionalnom stanju zahtjevne, neformalni negovatelji starije životne dobi, s niskim primanjima bit će posebno ranjivi na štetne ishode (7).

Skrb često započinje kada osoba zbog kroničnog zdravstvenog stanja više nije u mogućnosti obavljati određene zadatke, poput kuhanja, čišćenja ili upravljanja financijama. Dakle, rane faze neformalnih negovatelja uključuje zadatke kao što su praćenje simptoma i pomoć pri uzimanju terapije, pomaganje u kućanskim poslovima i financijama, pružanje emocionalne podrške i komunikacija sa zdravstvenim radnicima. Kako se zdravstveno stanje primatelja njege pogoršava i povećava se invaliditet, negovatelj obično pruža pomoć u zadacima kao što su oblačenje, kupanje i odlazak na zahod. Neformalni negovatelji će pratiti aktivnosti primatelja skrbi kako bi osigurali njegovu ili njezinu sigurnost (7).

## **1.7. Učinci na zdravlje i zahtjevi negovatelja**

Za neke neformalne negovatelje potreba za skrbi premašuje njihovu mogućnost pružanja skrbi, što rezultira smještanjem primatelja skrbi u domove za starije i nemoćne, ali ni u tim okolnostima skrb ne prestaje. Mnogi neformalni negovatelji i dalje pružaju pomoć osobi koja se nalazi u instituciji, što može biti vrlo iscrpljujuće (14). Učinkovita briga zahtijeva vještine u više domena koje se razlikuju ovisno o osnovnoj bolesti ili kroničnom stanju, vrsti invaliditeta i dobi primatelja skrbi (15).

Jedna od najvećih poteškoća sa kojom se suočavaju neformalni negovatelji je koordinacija službi za pružanje podrške primateljima skrbi u domu ili prelasku iz jedne ustanove u drugu. Negovatelji će možda trebati pregovarati o ulogama među članovima obitelji koji se ne slažu oko načinu skrbi, identificirati odgovarajuće dostupne usluge, te komunicirati i pregovarati sa zdravstvenim radnicima (7).

Koordinacijska skrb je posebno problematična za neformalne negovatelje koji pružaju podršku starijim pojedincima. Spektar formalnih opcija podrške dostupnih primateljima i

skrbnicima je širok, složen i neorganiziran, s različitim pristupnim točkama i kriterijima podobnosti (16).

### **1.8. Procjena i praćenje rada neformalnih njegovatelja**

Sustavno procjenjivanje pojedinaca s kroničnim bolestima ili invaliditetom svakodnevno se odvija u medicinskim, zdravstvenim i socijalnim uslugama. Međutim, procjena potreba i sposobnosti neformalnih njegovatelja izuzetno je rijetka. Procjena neformalnih njegovatelja ključan je preduvjet za optimizaciju rada. Što se tiče osposobljavanja neformalnih njegovatelja, znanje o bolestima i invaliditetu, pružanju skrbi i kako pristupiti i koristiti usluge još je jedan od potrebnih zahtjeva za djelotvornu skrb (7).

Intervencije namijenjene smanjenju opterećenja neformalnih njegovatelja neprestano uključuju obrazovanje i obuku kako bi njegovatelj razumio prirodu određene bolesti, njene simptome i napredovanje. Takvo je obrazovanje često nadopunjeno izvorima koji pružaju dodatne informacije i usluge relevantne za određeno zdravstveno stanje (7).

### **1.9. Sposobnost pružanja njege**

Čimbenici psihološkog blagostanja, poput depresije, stresa i opterećenja, najčešće su proučavani u literaturi i općenito daju konzistentne i relativno velike zdravstvene učinke (17). Ti su čimbenici usmjereni prema dobi, socioekonomskom statusu i dostupnosti socijalne potpore. Prema tome, stariji neformalni njegovatelji imaju lošije psihološko zdravlje od mlađih neformalnih njegovatelja koji imaju više resursa (18).

Štetni učinci skrbi na fizičko zdravlje uglavnom su manji (17). Iako se relativno malo studija usredotočilo na povezanost skrbi i zdravstvenih navika, istraživači su pronašli dokaze o oslabljenom zdravstvenom ponašanju među skrbnicima koji su njegovateljima osobama koje zahtijevaju veću razinu skrbi (19).

Prevalencija depresivnih simptoma, klinička depresija i smanjena kvaliteta života među njegovateljima sugeriraju da je neformalna skrb važno javnozdravstveno pitanje. Ovo je posebno važno jer je depresija drugi vodeći uzrok invaliditeta u svijetu (11).

S obzirom na utjecaj ovih zdravstvenih učinaka na sposobnost obavljanja posla neformalnog njegovatelja, potrebno je uzeti u obzir više čimbenika. Oko dvije trećine svih neformalnih njegovatelja osjeća stres ili napetost povezanu s ulogom njegovatelja (9). Brojna

istraživanja pokazala su štetne učinke stresa na pažnju, pamćenje, percepcijske motoričke performanse i odlučivanje (20).

Uz visoku razinu stresa, mnogi neformalni negovatelji osjećaju i visoku razinu depresivnih simptoma. Na primjer, među negovateljima koji se skrbe za osobe s Alzheimerovom bolešću polovina negovatelja prijavljuje depresivne simptome koji mogu dovesti do kliničke depresije (21). Depresija ima i motivacijske i izvedbene posljedice i povezana je s promjenom uloga, posebice ulogama vezanim uz posao, dom, društvene odnose i bliske odnose. Depresija može umanjiti socijalnu podršku potrebnu za pružanje učinkovite njege i može izolirati negovatelja iz važnih izvora emocionalne i informacijske podrške (22).

Neformalni negovatelji kao skupina, u usporedbi s onima koji ne pružaju skrb, karakteriziraju sociodemografski faktori rizika koji mogu utjecati na njihovu sposobnost pružanja učinkovite skrbi, kao i povećati njihovu ranjivost na štetne zdravstvene učinke skrbi. Obično su nižeg socioekonomskog statusa (9). Neformalni negovatelji imaju manje prijatelja na društvenim mrežama (14).

Žene srednjih godina na vrhuncu svoje radne sposobnosti, od kojih su mnoge zaposlene, većinu skrb pružaju starijim osobama s invaliditetom. Sve veće sudjelovanje žena u radnoj snazi, zajedno s povećanim zahtjevima za njegom, dovodi do važnih pitanja o tome koliko se učinkovito i po kojoj cijeni mogu kombinirati uloge neformalnog negovatelja i zaposlenika. Nedavna otkrića govore da briga o starijim osobama ima i kratkoročni i dugoročni ekonomski utjecaj na neformalne negovateljice. Relativnu nisku potrebu za skrbi (primjerice 14 sati ili manje tjedno) mogu podnijeti zaposleni neformalni negovatelji. Međutim, velike potrebe za skrbi (primjerice 20 sati ili više tjedno) rezultiraju značajnim prilagođavanjem rada, smanjenjem broja sati rada ili potpunog izostanka s posla, te padom godišnjih prihoda (7).

## **2. CILJ RADA**

Cilj rada je utvrditi kvalitetu života osoba koje nemaju formalno zdravstveno obrazovanje, a skrbe o osobama s kroničnom ranom.

### **3. METODE**

#### **3.1. Ustroj studije**

Presječna studija.

#### **3.2. Ispitanici**

U ispitivanje je bilo uključeno ukupno 35 ispitanika koji su u kućnim uvjetima brinuli o pacijentima s kroničnom ranom.

#### **3.3. Metode**

U istraživanju je korišten Burden Scale for Family Caregivers (BSFC) upitnik. Upitnik se sastoji od 28 pitanja vezanih uz svakodnevicu njegovatelja, na koja se odgovara na likertovoj skali („točno tako“; „pretežito je tako“; „u maloj mjeri je tako“; „nije tako“). Odgovori na 28 izjava BSFC-a ocjenjuju se prema shemi da se pitanja 1, 6, 8, 9, 11, 14, 15, 17, 19, 22 i 28 boduju na način; „točno tako - 0“; „pretežito je tako - 1“; „u maloj mjeri je tako - 2“; „nije tako - 3“, dok se pitanja 2, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26 i 27 boduju na način „točno tako - 3“; „pretežito je tako - 2“; „u maloj mjeri je tako - 1“; „nije tako - 0“ (23).

#### **3.4. Statističke metode**

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci su opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli je testirana Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike numeričkih varijabli su testirane Kruskal Wallis testom. Sve P vrijednosti su dvostrane (24). Razina značajnosti postavljena je na  $\alpha = 0,05$ . Za statističku analizu korišten je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

## 4. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovalo 35 ispitanika. Većina ispitanika (40 %) pripadala je dobnoj skupini 51-60, i bila je ženskog spola (71 %). Podjednak broj ispitanika je supružnik (40 %) ili dijete (45 %) bolesnika. Velika većina ispitanika (85,7 %) s pacijentom kojeg njeguje provodi 24 sata, te se za pacijenta brine manje od 5 godina (62,9 %), no čak 77 % ih ne previja ranu pacijentu (Tablica 4.1).

**Tablica 4.1.** Osnovna obilježja pacijenata

		N (%)
Dob	25-50	11 (31,4)
	51-60	14 (40,0)
	61-88	10 (28,6)
Spol	M	10 (28,6)
	Ž	25 (71,4)
Stručna sprema	NKV	11 (31,4)
	SSS	23 (65,7)
	VSS	1 (2,9)
Bračni status	U braku	27 (77,1)
	Razveden/a	1 (2,9)
	Udovac/ica	4 (11,4)
	Živim sam	3 (8,6)
Zaposlenje	Zaposlen	5 (14,3)
	Nezaposlen	18 (51,4)
	Mirovina	12 (34,3)
U kakve ste odnosu s pacijentom?	Sin/kćer	16 (45,7)
	Suprug/supruga	14 (40,0)
	Bliži rođak	5 (14,3)
Živate li s pacijentom?	Da	32 (91,4)
	Ne	3 (8,6)
Koliko sati provodite s pacijentom?	Do 12 sati	5 (14,3)
	Do 24 sata	30 (85,7)
Koliko osoba osim Vas sudjeluje u zbrinjavanju pacijenta?	0	1 (2,8)
	1	21 (58,3)
	2	7 (19,4)
	3 i više	6 (16,7)
Kakvu ranu ima pacijent za kojega se brinete	Dekubitus	4 (11,1)
	Ranu na potkoljenici	29 (80,6)
	Dijabetičko stopalo	2 (5,6)
	Ostalo	1 (2,8)
Previjate li ranu pacijentu?	Da	8 (22,9)
	Ne	27 (77,1)
Koliko često?	Jednom dnevno	2 (28,6)
	Više puta tjedno	2 (28,6)
	2-3 puta mjesečno	3 (42,9)
Koliko se dugo brinete za pacijenta?	Do 5 godina	22 (62,9)
	6-10 godina	8 (22,9)
	11 i više godina	5 (14,3)
Stvari koje Vas najviše opterećuju?	Bol. patnja, strah	12 (29,3)
	Psihičke poteškoće	8 (19,5)
	Smanjena pokretljivost	18 (43,9)
	Financije	2 (4,9)
	Ništa	1 (2,4)
Ukupno		35 (100,0)

Ispitanici su kao najveće poteškoće s kojima se susreću tijekom skrbi za pacijenta naveli fizičku iscrpljenost, nedostatak komunikacije, nametanje obaveznog pružanja njege, nemogućnost opuštanja, rastrganost između zahtjeva okoline i bolesnika te nemogućnost rješavanja osobnih problema prema vlastitom rasporedu (Tablica 4.2.)

**Tablica 4.2.** Odgovori ispitanika

	Aritmetička sredina (SD)
1. Nedostatak sna	<b>2,0 (0,7)</b>
2. Smanjeno zadovoljstvo životom	2,2 (0,8)
3. Fizička iscrpljenost	3,7 (0,6)
4. Želja za bijegom	2,8 (0,8)
5. Nedostatak komunikacije	3,0 (1,1)
6. Nedovoljno vremena za osobne interese	2,2 (0,8)
7. Osjećaj iskorištavanja	2,9 (1,0)
8. Mogućnost opuštanja	1,8 (0,7)
9. Poteškoće u pružanju skrbi	2,2 (0,9)
10. Depersonalizacija	2,4 (0,8)
11. Njega nije adekvatno priznata	2,3 (1,0)
12. Smanjen životni standard	2,5 (1,1)
13. Nametanje obaveznog pružanja njege	3,2 (0,9)
14. Nerazumne želje primatelja njege	2,3 (1,2)
15. Nedostatak kontrole nad pružanjem njege	2,3 (1,2)
16. Briga šteti zdravlju pružatelja	2,5 (1,2)
17. Mogućnost radovanja	2,5 (2,3)
18. Odustajanje od vlastitih planova za budućnost	2,1 (1,2)
19. Briga za mišljenje trećih osoba	2,3 (1,1)
20. Briga iscrpljuje snagu	2,0 (1,1)
21. Rastrgnutost između zahtjeva okoline i bolesnika	2,9 (1,3)
22. Dobar odnos s bolesnikom	2,0 (1,0)
23. Problemi s članovima obitelji	2,4 (1,1)
24. Potreba za odmorom	3,0 (1,1)
25. Briga za vlastitu budućnost	2,0 (1,1)
26. Odnosi s drugima trpe	2,1 (1,1)
27. Tuga zbog sudbine primatelja njege	1,5 (0,9)
28. Teško izvršavanje ostalih obveza	1,1 (0,2)

Većina ispitanika (80 %) prema BSFC Score grupama pripada u skupinu koje nemaju odnosno imaju vrlo malo subjektivno opterećenje (Tablica 4.3). Prosječno opterećenje ispitanika bilo je 36 (SD – 6,2).



**Tablica 4.3. BSFC Score grupe**

		N (%)
Kategorije subjektivnog opterećenja	Bez ili blago	28 (80,0)
	Srednje	7 (20,0)
	Jako ili vrlo jako	0 (0,0)

Razlike u odgovorima ispitanika prema dobi pokazale su dvije značajne razlike. Mlađi ispitanici značajno više smatraju kako njihova skrb za pacijenta šteti njihovom zdravlju ( $p = 0,003$ ), te značajno više smatraju da zbog tog odnosa odustaju od planova za budućnost ( $p = 0,031$ ) (Tablica 4.4.)

**Tablica 4.4. Razlika u odgovorima ispitanika prema dobi**

	25-50	51-60	61-88	p*
	Median (25-75 %)			
1. Nedostatak sna	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,5-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,256
2. Smanjeno zadovoljstvo životom	2,0 (2,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,408
3. Fizička iscrpljenost	0,0 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,0)	0,935
4. Želja za bijegom	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,5)	1,0 (1,0-1,0)	0,840
5. Nedostatak komunikacije	0,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,5)	0,656
6. Nedovoljno vremena za osobne interese	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,496
7. Osjećaj iskorištavanja	0,0 (0,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,077
8. Mogućnost opuštanja	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,877
9. Poteškoće u pružanju skrbi	1,0 (0,5-1,5)	1,0 (1,0-1,5)	1,0 (0,5-2,0)	0,960
10. Depersonalizacija	2,0 (2,0-2,0)	1,5 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-1,5)	0,159
11. Njege nije adekvatno priznata	2,0 (0,5-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,202
12. Smanjen životni standard	2,0 (1,0-2,5)	1,0 (1,0-2,5)	1,5 (0,5-2,5)	0,773
13. Nametanje obaveznog pružanja njege	1,0 (0,5-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,662
14. Nerazumne želje primatelja njege	1,0 (0,5-2,5)	1,0 (0,0-2,5)	0,5 (0,0-1,5)	0,687
15. Nedostatak kontrole nad pružanjem njege	1,0 (0,0-3,0)	1,5 (0,5-2,0)	1,0 (0,5-2,0)	0,886
16. Briga šteti zdravlju pružatelja	3,0 (1,5-3,0)	2,0 (1,0-2,5)	0,0 (0,0-0,5)	<b>0,003</b>
17. Mogućnost radovanja	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,5-2,0)	0,0 (0,0-2,5)	0,561
18. Odustajanje od vlastitih planova za budućnost	3,0 (2,0-3,0)	2,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,0-1,5)	<b>0,031</b>
19. Briga za mišljenje trećih osoba	0,0 (0,0-1,5)	1,5 (1,0-2,0)	2,0 (0,5-3,0)	0,082
20. Briga iscrpljuje snagu	3,0 (2,0-3,0)	2,0 (1,0-2,0)	2,5 (1,5-3,0)	0,100
21. Rastrgnutost između zahtjeva okoline i bolesnika	1,0 (0,0-2,5)	1,0 (1,0-2,0)	0,0 (0,0-0,5)	0,239
22. Dobar odnos s bolesnikom	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,0-2,5)	0,243
23. Problemi s članovima obitelji	2,0 (1,0-2,0)	2,0 (0,5-2,5)	1,5 (1,0-2,5)	0,877
24. Potreba za odmorom	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,5)	0,536
25. Briga za vlastitu budućnost	2,0 (1,5-3,0)	2,0 (1,5-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,950
26. Odnosi s drugima trpe	2,0 (1,5-2,0)	2,0 (1,5-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,880
27. Tuga zbog sudbine primatelja njege	3,0 (2,5-3,0)	3,0 (2,0-3,0)	3,0 (2,5-3,0)	0,815
28. Teško izvršavanje ostalih obveza	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,597

BSFC score prema dobi nije pokazao značajne razlike (Tablica 4.5).

**Tablica 4.5.** BSFC Score prema dobi

	25-50	51-60	61-88	p*
	Aritmetička sredina (SD)			
BSFC score	38,7 (5,8)	37,6 (5,4)	32,4 (6,1)	0,057

Razlike u odgovorima ispitanika prema spolu pokazale su kako žene značajno češće odustaju od planova za budućnost zbog brige za pacijenta ( $p = 0,039$ ), te su značajno češće rastrgane između zahtjeva okoline i bolesnika ( $p = 0,046$ ) (Tablica 4.6).

**Tablica 4.6.** Razlika u odgovorima ispitanika prema spolu

	Muškarci	Žene	p*
	Median (25-75 %)		
1. Nedostatak sna	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,687
2. Smanjeno zadovoljstvo životom	2,0 (2,0-2,0)	2,0 (2,0-2,0)	0,548
3. Fizička iscrpljenost	0,0 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,0)	0,667
4. Želja za bijegom	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,946
5. Nedostatak komunikacije	0,5 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-2,0)	0,829
6. Nedovoljno vremena za osobne interese	1,0 (1,0-1,5)	1,0 (1,0-1,0)	0,527
7. Osjećaj iskorištavanja	1,0 (0,5-1,5)	1,0 (0,0-2,0)	0,938
8. Mogućnost opuštanja	1,0 (1,0-1,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,157
9. Poteškoće u pružanju skrbi	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,757
10. Depersonalizacija	1,5 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,953
11. Njega nije adekvatno priznata	2,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,266
12. Smanjen životni standard	2,0 (0,5-3,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,634
13. Nametanje obaveznog pružanja njege	0,0 (0,0-0,5)	0,5 (0,0-1,0)	0,060
14. Nerazumne želje primatelja njege	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-3,0)	0,848
15. Nedostatak kontrole nad pružanjem njege	1,5 (0,5-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,776
16. Briga šteti zdravlju pružatelja	1,0 (0,0-2,5)	2,0 (1,0-3,0)	0,322
17. Mogućnost radovanja	0,5 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-2,0)	0,441
18. Odustajanje od vlastitih planova za budućnost	1,0 (0,0-2,0)	3,0 (1,0-3,0)	<b>0,039</b>
19. Briga za mišljenje trećih osoba	2,0 (1,5-3,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,082
20. Briga iscrpljuje snagu	2,5 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,847
21. Rastrgnutost između zahtjeva okoline i bolesnika	0,0 (0,0-0,5)	1,0 (0,0-3,0)	<b>0,046</b>
22. Dobar odnos s bolesnikom	0,5 (0,0-2,5)	0,5 (0,0-1,0)	0,816
23. Problemi s članovima obitelji	2,0 (1,5-3,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,130
24. Potreba za odmorom	0,5 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,891
25. Briga za vlastitu budućnost	2,0 (2,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,643
26. Odnosi s drugima trpe	2,5 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,746
27. Tuga zbog sudbine primatelja njege	3,0 (3,0-3,0)	3,0 (2,0-3,0)	0,081
28. Teško izvršavanje ostalih obveza	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,364

BSFC score prema dobi nije pokazao značajne razlike (Tablica 4.7).

**Tablica 4.7. BSFC Score prema spolu**

	Muškarci	Žene	p*
	Aritmetička sredina (SD)		
BSFC score	36,7 (5,2)	36,4 (6,6)	0,123

Razlike u odgovorima ispitanika prema srodstvu s pacijentom pokazale se četiri značajne razlike. Djeca i supružnici pacijenta imaju značajno manje zadovoljstvo životom ( $p = 0,034$ ), te značajno češće zbog tog odnosa odustaju od planova za budućnost ( $p = 0,005$ ). Supružnici pacijenta smatraju kako briga za pacijenta ne šteti njihovom zdravlju značajno više od ostalih ( $p = 0,002$ ), kao i da im je rad adekvatno priznat ( $p = 0,046$ ) (Tablica 4.8).

**Tablica 4.8. Razlika u odgovorima ispitanika prema srodstvu s pacijentom**

	Sin/kćer	Supružnik	Bliži rođak	p*
	Median (25-75 %)			
1. Nedostatak sna	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,292
2. Smanjeno zadovoljstvo životom	2,0 (1,5-2,0)	2,0 (2,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	<b>0,034</b>
3. Fizička iscrpljenost	0,0 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,795
4. Želja za bijegom	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,561
5. Nedostatak komunikacije	1,5 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,5)	0,0 (0,0-1,0)	0,236
6. Nedovoljno vremena za osobne interese	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,091
7. Osjećaj iskorištavanja	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,955
8. Mogućnost opuštanja	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,554
9. Poteškoće u pružanju skrbi	1,0 (0,5-1,0)	1,5 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,510
10. Depersonalizacija	2,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,402
11. Njega nije adekvatno priznata	2,0 (1,0-2,0)	0,5 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-1,0)	<b>0,046</b>
12. Smanjen životni standard	2,0 (1,0-3,0)	1,5 (0,0-2,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,164
13. Nametanje obaveznog pružanja njege	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,549
14. Nerazumne želje primatelja njege	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-3,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,967
15. Nedostatak kontrole nad pružanjem njege	1,5 (0,0-3,0)	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,466
16. Briga šteti zdravlju pružatelja	3,0 (0,0-3,0)	0,0 (0,0-1,0)	2,0 (1,0-3,0)	<b>0,002</b>
17. Mogućnost radovanja	1,0 (0,0-1,0)	1,5 (0,0-3,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,153
18. Odustajanje od vlastitih planova za budućnost	3,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,0 (0,0-1,0)	<b>0,005</b>
19. Briga za mišljenje trećih osoba	1,0 (0,0-2,0)	2,0 (1,0-2,5)	1,0 (0,0-2,0)	0,078
20. Briga iscrpljuje snagu	2,5 (1,5-3,0)	2,5 (1,5-3,0)	1,0 (1,0-3,0)	0,661
21. Rastrgnutost između zahtjeva okoline i bolesnika	1,0 (0,0-3,0)	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,666
22. Dobar odnos s bolesnikom	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,5-2,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,420
23. Problemi s članovima obitelji	1,5 (0,5-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,616
24. Potreba za odmorom	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,778
25. Briga za vlastitu budućnost	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	3,0 (2,0-3,0)	0,556
26. Odnosi s drugima trpe	2,0 (0,5-2,0)	2,5 (2,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,327
27. Tuga zbog sudbine primatelja njege	3,0 (2,0-3,0)	3,0 (2,0-3,0)	3,0 (3,0-3,0)	0,746
28. Teško izvršavanje ostalih obveza	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,837

BSFC score prema srodstvu s pacijentom pokazao je da su bliži rođaci značajno manje opterećeni brigom za pacijenta (Tablica 4.9).

**Tablica 4.9.** BSFC Score prema srodstvu s pacijentom

	Sin/kćer	Supružnik	Bliži rođak	p*
	Aritmetička sredina (SD)			
BSFC score	37,6 (5,5)	37,1 (6,1)	31,2 (6,8)	<b>0,032</b>

Razlike u odgovorima ispitanika prema duljini boravka s pacijentom dnevno pokazala je dvije značajne razlike. Ispitanici koji dulje borave s pacijentom su značajno umorniji ( $p = 0,027$ ), i zadovoljstvo životom im je manje ( $p = 0,018$ ) (Tablica 4.10).

**Tablica 4.10.** Razlika u odgovorima ispitanika prema duljini boravka s pacijentom dnevno

	12 sati	24 sata	p*
	Median (25-75 %)		
1. Nedostatak sna	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	<b>0,027</b>
2. Smanjeno zadovoljstvo životom	0,0 (0,0-2,0)	2,0 (2,0-2,0)	<b>0,018</b>
3. Fizička iscrpljenost	0,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,412
4. Želja za bijegom	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,603
5. Nedostatak komunikacije	1,0 (0,0-3,0)	0,5 (0,0-2,0)	0,477
6. Nedovoljno vremena za osobne interese	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,124
7. Osjećaj iskorištavanja	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,529
8. Mogućnost opuštanja	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,622
9. Poteškoće u pružanju skrbi	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,854
10. Depersonalizacija	2,0 (2,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,161
11. Njega nije adekvatno priznata	2,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,353
12. Smanjen životni standard	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-3,0)	0,655
13. Nametanje obaveznog pružanja njege	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,456
14. Nerazumne želje primatelja njege	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,5)	0,345
15. Nedostatak kontrole nad pružanjem	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,601
16. Briga šteti zdravlju pružatelja	2,0 (1,0-3,0)	1,0 (0,0-3,0)	0,425
17. Mogućnost radovanja	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,597
18. Odustajanje od vlastitih planova za	3,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,636
19. Briga za mišljenje trećih osoba	0,0 (0,0-1,0)	2,0 (0,0-2,0)	0,195
20. Briga iscrpljuje snagu	2,0 (2,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,797
21. Rastrgnutost između zahtjeva okoline i	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,745
22. Dobar odnos s bolesnikom	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,701
23. Problemi s članovima obitelji	1,0 (1,0-1,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,245
24. Potreba za odmorom	1,0 (1,0-2,0)	0,5 (0,0-2,0)	0,387
25. Briga za vlastitu budućnost	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,752
26. Odnosi s drugima trpe	2,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,541
27. Tuga zbog sudbine primatelja njege	3,0 (2,0-3,0)	3,0 (2,0-3,0)	0,786
28. Teško izvršavanje ostalih obveza	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,501

BSFC score prema duljini boravka s pacijentom dnevno nije pokazao značajne razlike (Tablica 4.11).

**Tablica 4.11.** BSFC Score prema duljini boravka s pacijentom dnevno

	12 sati	24 sata	p*
	Aritmetička sredina (SD)		
BSFC score	34,4 (11,5)	36,8 (5,0)	0,094

Razlike u odgovorima ispitanika prema previjanju rane pokazala je tri značajne razlike. Ispitanici koji previjaju ranu pacijentu se mogu značajno više opustiti izvan situacije u kojoj pružaju pomoć ( $p = 0,030$ ), zadovoljniji su priznavanju njihove skrbi od strane okoline ( $p = 0,001$ ), ali su i značajno više iscrpljeni zbog pružanja njege ( $p = 0,039$ ) (Tablica 4.12).

**Tablica 4.12.** Razlika u odgovorima ispitanika prema previjanju rane

	Da	Ne	p*
	Median (25-75 %)		
1. Nedostatak sna	1,5 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,058
2. Smanjeno zadovoljstvo životom	2,0 (1,5-2,0)	2,0 (2,0-2,0)	0,314
3. Fizička iscrpljenost	0,0 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,5)	0,877
4. Želja za bijegom	1,0 (0,5-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,204
5. Nedostatak komunikacije	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,113
6. Nedovoljno vremena za osobne interese	1,0 (0,5-1,5)	1,0 (1,0-1,5)	0,598
7. Osjećaj iskorištavanja	0,5 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,155
8. Mogućnost opuštanja	0,0 (0,0-0,5)	1,0 (0,0-1,0)	<b>0,030</b>
9. Poteškoće u pružanju skrbi	1,5 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,771
10. Depersonalizacija	1,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,328
11. Njega nije adekvatno priznata	0,0 (0,0-0,5)	2,0 (1,0-2,0)	<b>0,001</b>
12. Smanjen životni standard	1,0 (1,0-1,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,120
13. Nametanje obaveznog pružanja njege	0,0 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-1,0)	0,510
14. Nerazumne želje primatelja njege	0,0 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-2,0)	0,233
15. Nedostatak kontrole nad pružanjem	0,0 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-3,0)	0,131
16. Briga šteti zdravlju pružatelja	1,5 (0,0-3,0)	1,0 (0,5-3,0)	0,886
17. Mogućnost radovanja	0,0 (0,0-1,5)	1,0 (0,5-2,0)	0,155
18. Odustajanje od vlastitih planova za	1,5 (0,5-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,530
19. Briga za mišljenje trećih osoba	2,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,789
20. Briga iscrpljuje snagu	1,0 (1,0-2,0)	3,0 (2,0-3,0)	<b>0,039</b>
21. Rastrgnutost između zahtjeva okoline i	2,0 (1,0-3,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,127
22. Dobar odnos s bolesnikom	1,0 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-1,5)	0,900
23. Problemi s članovima obitelji	1,5 (1,0-2,5)	2,0 (1,0-2,0)	0,902
24. Potreba za odmorom	0,5 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,691
25. Briga za vlastitu budućnost	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,5-3,0)	0,910
26. Odnosi s drugima trpe	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,934
27. Tuga zbog sudbine primatelja njege	2,0 (2,0-3,0)	3,0 (2,5-3,0)	0,219
28. Teško izvršavanje ostalih obveza	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,434

BSFC score prema previjanju rane pokazao je da su oni ispitanici koji previjaju ranu pacijentu značajno manje opterećeni odnosom s pacijentom (Tablica 4.13).

**Tablica 4.13.** BSFC Score prema previjanju rane

	Da	Ne	p*
	Aritmetička sredina (SD)		
BSFC score	30,8 (5,6)	38,1 (5,3)	<b>0,023</b>

Razlika u odgovorima ispitanika prema duljini brige za pacijenta nije pokazala značajne razlike (Tablica 4.14).

**Tablica 4.14.** Razlika u odgovorima ispitanika prema duljini brige za pacijenta

	Do 5 god	6-10 god	11 i više	p*
	Median (25-75 %)			
1. Nedostatak sna	1,0 (0,5-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	0,698
2. Smanjeno zadovoljstvo životom	2,0 (2,0-2,0)	2,0 (0,5-2,0)	2,0 (2,0-2,0)	0,430
3. Fizička iscrpljenost	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,854
4. Želja za bijegom	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,5-1,5)	1,0 (1,0-2,0)	0,519
5. Nedostatak komunikacije	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,5)	0,0 (0,0-0,0)	0,374
6. Nedovoljno vremena za osobne interese	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (0,5-1,5)	1,0 (1,0-2,0)	0,177
7. Osjećaj iskorištavanja	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	2,0 (0,0-2,0)	0,881
8. Mogućnost opuštanja	1,0 (0,0-1,0)	0,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,442
9. Poteškoće u pružanju skrbi	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,0-1,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,161
10. Depersonalizacija	2,0 (1,0-2,0)	1,0 (0,5-2,0)	2,0 (2,0-2,0)	0,176
11. Njega nije adekvatno priznata	1,5 (0,0-2,0)	1,5 (0,5-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,801
12. Smanjen životni standard	1,0 (1,0-2,5)	0,5 (0,0-1,5)	2,0 (2,0-3,0)	0,095
13. Nametanje obaveznog pružanja njege	1,0 (0,0-1,0)	0,5 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,811
14. Nerazumne želje primatelja njege	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,0)	3,0 (2,0-3,0)	0,129
15. Nedostatak kontrole nad pružanjem	1,0 (0,0-2,5)	1,0 (1,0-2,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,691
16. Briga šteti zdravlju pružatelja	1,5 (0,5-3,0)	2,5 (1,0-3,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,133
17. Mogućnost radovanja	1,0 (0,0-1,5)	1,0 (0,0-1,0)	3,0 (2,0-3,0)	0,217
18. Odustajanje od vlastitih planova za	2,5 (1,0-3,0)	1,5 (0,5-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,237
19. Briga za mišljenje trećih osoba	1,5 (0,0-2,0)	1,5 (0,5-2,0)	0,0 (0,0-2,0)	0,737
20. Briga iscrpljuje snagu	2,5 (2,0-3,0)	1,0 (1,0-2,5)	2,0 (2,0-3,0)	0,199
21. Rastrgnutost između zahtjeva okoline i	1,0 (0,0-3,0)	1,0 (0,5-1,5)	1,0 (0,0-2,0)	0,974
22. Dobar odnos s bolesnikom	0,5 (0,0-1,0)	1,5 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,064
23. Problemi s članovima obitelji	1,5 (1,0-2,0)	2,5 (0,5-3,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,499
24. Potreba za odmorom	1,0 (0,0-2,0)	1,5 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,412
25. Briga za vlastitu budućnost	2,0 (1,0-3,0)	2,5 (1,5-3,0)	2,0 (1,0-2,0)	0,597
26. Odnosi s drugima trpe	2,0 (1,0-3,0)	1,5 (0,0-2,0)	3,0 (2,0-3,0)	0,364
27. Tuga zbog sudbine primatelja njege	3,0 (2,0-3,0)	3,0 (2,0-3,0)	3,0 (3,0-3,0)	0,829
28. Teško izvršavanje ostalih obveza	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,671

BSFC score prema duljini brige za pacijenta nije pokazao značajne razlike (Tablica 4.15).

**Tablica 4.15.** BSFC Score prema duljini brige za pacijenta

	Do 5 god	6-10 god	11 i više	p*
	Aritmetička sredina (SD)			
BSFC score	36,4 (5,4)	34,4 (7,5)	40 (6,8)	0,120

## 5. RASPRAVA

Opterećenje koje doživljavaju negovatelji najvažnija je varijabla vezana za negovatelja tijekom skrbi o kronično bolesnoj osobi. Stupanj subjektivnog opterećenja ima značajan utjecaj na emocionalno i fizičko zdravlje negovatelja, pa čak utječe i na smrtnost negovatelja. To ovisi o načinu na koji negovatelj pruža skrb i određuje vrijeme institucionalizacije.

Baji i suradnici su u svom istraživanju usporedili opise neformalne skrbi i istražili odrednice (utjecaja) neformalnog negovatelja u tri zemlje Srednje i Istočne Europe, a to su Mađarska, Slovenija i Poljska. Istražene su povezanosti između karakteristika negovatelja, situacija skrbi i vremena provedenog na neformalnoj skrbi. Otkrili su da je u njihovom uzorku 14,9% odrasle populacije pružalo neformalnu njegu rođaku ili prijatelju u Mađarskoj, dok je taj udio u Poljskoj bio 15%, a u Sloveniji 9,6% (25). Prema njihovim rezultatima, neformalni negovatelji imaju raznoliku socio-demografsku pozadinu. Pružatelji neformalne skrbi najčešće su bili u dobnoj kategoriji od 35 do 64 godine (tj. u radnoj dobi). U našem je istraživanju većina ispitanika pripadala dobnoj skupini 51-60 godina. Rezultati analiza otkrili su da su mađarske žene imale veću vjerojatnost da budu negovateljice (25). Pohađanje visokog obrazovanja povezano je s većom vjerojatnošću da bude negovatelj u Poljskoj. Ostale varijable kao što su vrsta prebivališta, starost, zaposleni status, bračni status, veličina kućanstva ili prihod nisu signifikantno povezani sa statusom negovatelja (25). Prethodne studije pokazuju da je vjerojatnije da će žene biti neformalne negovateljice, na primjer, OECD Health at Glance izvještava da je udio žena među neformalnim negovateljima (među stanovništvom 50+) 71,0% u Mađarskoj, 64,6% u Poljskoj 60,6% u Sloveniji (26). Jednaka je situacija bila i u našem istraživanju gdje su većinu negovatelja činile žene (71,4 %). Studija provedena u Njemačkoj je također je pokazala da neformalnu brigu o kronično bolesnim turskim imigrantima najčešće obavljaju žene (78%) (27), što je usporedivo s njemačkim stanovništvom bez imigracijskog podrijetla. Za razliku od drugih studija, u ovoj je studiji prosječna dob osoba sa turskom imigracijskom pozadinom kojima je potrebna skrb bila gotovo 20 godina niža (62 godine) (27) od one njemačke nacionalnosti ili osoba drugih nacionalnosti koje zahtijevaju njegu (80 godina) (6). To bi se moglo objasniti činjenicom da u prosjeku osobe s turskom imigracijskom pozadinom koje žive u Njemačkoj češće obolijevaju od kroničnih i psihosomatskih bolesti i u starijoj dobi od njemačke referentne populacije (27).

Nadalje, autori su otkrili da negovatelji provode u prosjeku 27,6 h tjedno u neformalnoj skrbi u Mađarskoj, 35,5 u Poljskoj i 28,8 u Sloveniji. To odgovara 69, 89 i 72% uobičajenog



radnog tjedna od 40 sati. Kako je velika većina njegovatelja radila ili studirala, ovakva satnica sugerira da su sati njege znatno skratili slobodno vrijeme. Štoviše, većina njegovatelja nije živjela zajedno s primateljem skrbi u Mađarskoj i Poljskoj. Stoga su morali redovito putovati radi pružanja njege, što im je oduzelo i dosta vremena. U oko dvije trećine slučajeva, skrb je trajala više od jedne godine, što ukazuje na dugotrajno opterećenje uključenih njegovatelja (25). Vrlo slične podatke pokazuju i naši rezultati prema kojima većina ispitanika dnevno provodi 12-24 sata s pacijentom. Zanimljivi su se podaci pojavili pri analizi odgovora ispitanika, pa su tako, ispitanici koji dulje s pacijentom borave dulje od 12 sati značajno umorniji i imaju manju razinu zadovoljstva životom. Nadalje, većina ispitanika se o pacijentu brine do 5 godina, a četvrtina čak 6-10 godina, a analiza nije pokazala nikakve razlike među ispitanicima.

Život u istom domaćinstvu s primateljem njege bio je povezan s znatno više vremena provedenog u neformalnoj skrbi u sve tri zemlje. Njegovatelji sa plaćenim poslovima pružali su manje sati skrbi u Mađarskoj i Sloveniji. Ostale varijable nisu se sustavno povezale s vremenom provedenim u skrbi u tri zemlje. Samo u Mađarskoj nađeno je da se vrijeme neformalne skrbi povećava s lošijim zdravstvenim stanjem primatelja njege (25). I u našem istraživanju je život s pacijentom je vrlo zastupljen među ispitanicima, odnosno 91 % ispitanika živi s pacijentom.

Studija provedena u Njemačkoj pokazala je da u slučajevima u kojima nije postojala razina skrbi ( $n = 7$ ), nađen je srednji teret njegovatelja od 32,0 ( $SD = 17,4$ ). Nisu utvrđene značajne razlike između opterećenja njegovatelja i različitih razina skrbi (27). U našem je istraživanju srednji teret njegovatelja bio nešto veći i iznosio je 36 ( $SD = 6,2$ ). Povećanje subjektivnog tereta u Njemačkom istraživanju već je bilo uočljivo na prijelazu sa statusa "nedostatna skrbnička razina" na "razinu skrbi 1". Na razini skrbi 1 ( $n = 14$ ) prosječni teret njegovatelja bio je 37,9 ( $SD = 14,7$ ), na razini skrbi 2 ( $n = 20$ ) 39,4 ( $SD = 12,9$ ) i na razini skrbi 3 ( $n = 8$ ) 41,0 ( $SD = 15,7$ ). Povezanost između opterećenja njegovatelja i razine skrbi nije značajna ( $p = 0,64$ ) jer se subjektivni teret unutar tri razine skrbi nije nastavio povećavati (27). U tom su kontekstu rezultati drugih studija postali relativni i pokazali su da količina svakodnevnog napora koji se ulaže u pružanje skrbi utječe na razinu opterećenja koju njegovatelj osjeća (28,29). U našem su istraživanju ispitanici kao najveće poteškoće naveli fizičku iscrpljenost, nedostatak komunikacije, nametanje obveznog pružanja njege, nemogućnost opuštanja, rastrganost između zahtjeva okoline i bolesnika te nemogućnost rješavanja osobnih problema prema vlastitom rasporedu. Svi navedeni problemi su usko vezani uz brigu s pacijentom i razumljivo je da su prisutni među pružateljima skrbi. Baš zbog pojave tih problema, potrebno je pronaći rješenje kako pružiti dodatnu potporu skrbnicima kako

bi se očuvalo i njihovo zdravlje i blagostanje. Unatoč isticanju brojnih problema, analiza BSFC scora pokazala je kako većina ispitanika ima vrlo malo subjektivno opterećenje.

Kao što se očekivalo i kao što su potvrdila i druga istraživanja, supružnici su doživjeli veće količine subjektivnog opterećenja u odnosu na djecu i rođake (30). Otkriveno je da je teret njegovatelja veći kada je odnos između njegovatelja obitelji i primatelja skrbi bliži (27). Vrsta obiteljskog odnosa između njegovatelja i primatelja skrbi utječe na percepciju opterećenja (16,31). Te se razlike dijelom događaju zbog činjenice da partneri i supružnici koji skrbe o pacijentu, a koji obično žive u istom domaćinstvu kao i primatelj skrbi, preuzimaju više skrbičkih zadataka nego djeca. Partneri i supružnici koji brinu o sebi također preuzimaju samozatajnu ulogu ukoliko su stalno dostupni 24 sata dnevno i 7 dana u tjednu (27). U našem je istraživanju prisutno značajno manje zadovoljstvo životom od strane djece i supružnika u odnosu na bližu rodbinu, te oni imaju značajno manje planova za budućnost. Analiza BSFC scora je pokazala da su djeca i supružnici značajno više opterećeni brigom za pacijenta. Vezano uz to, ispitanici koji s pacijentom borave dulje vrijeme su značajno umorniji i također imaju manje zadovoljstvo životom. Unatoč tome, supružnici smatraju kako im je rad priznat od strane okoline, te smatraju da briga za pacijenta ne šteti njihovom zdravlju.

Kada govorimo o dobi ispitanika, mlađim ispitanicima skrb za pacijenta značajno teže pada, odnosno smatraju da ono šteti njihovom zdravlju i remeti im planove za budućnost. Jednako tako žene češće odustaju od planova i smatraju da su rastrgane između zahtjeva okoline i bolesnika. Takvi su stavovi razumljivi, pošto je mladom čovjeku punom energije i planova, teško ostati uz pacijenta i svakodnevno skrbiti o njemu. S obzirom da smo i u prethodnim istraživanjima vidjeli da se žene puno češće skrbe o pacijentu, jasno je da one imaju veće poteškoće od muškaraca. Nadalje, ispitanici koji previjaju rane pacijentu su naglasili da se mogu značajno više opustiti izvan situacije u kojoj pružaju pomoć, zatim su zadovoljniji u priznavanju njihove skrbi od strane okoline, ali su i značajno više iscrpljeni zbog pružanja njege.

## **6. ZAKLJUČAK**

Većina pacijenata ima obitelji koja im pruža određenu razinu skrbi i podrške. Briga o obitelji postavlja pitanja sigurnosti na dva načina koja bi trebala biti u djelokrugu medicinske sestre. Prvo, njegovatelji se ponekad nazivaju i "sekundarnim pacijentima", kojima je potrebna

podrška i zaslužuju zaštitu i vodstvo. Istraživanja koja podržavaju ovu perspektivu negovatelja i skrbnika usredotočena su na načine zaštite zdravlja i sigurnosti obiteljskih negovatelja, jer njihovi zahtjevi za njegom dovode ih u nepovoljne situacije. Drugo, negovatelji obitelji su neplaćeni davatelji kojima je često potrebna pomoć kako bi naučili kako postati kompetentni i sigurni volonteri koji mogu bolje zaštititi članove svoje obitelji (tj. primatelje skrbi) od štete.

Ovo je istraživanje pokazalo da većina negovatelja ustvari ima vrlo nisko opterećenje, no unatoč tome postoje segmenti skrbi, odnosno skupine negovatelja, koje se ističu kao vrlo problematične. U tom pogledu, a za dobrobit pacijenta i skrbnika potrebno je stvoriti mehanizam podrške i nadzora negovatelja.

Poboljšanje se može postići komunikacijom i podrškom negovatelja radi jačanja kompetencije negovatelja i podučavanja negovatelja novim vještinama koje će poboljšati sigurnost pacijenata. Medicinske sestre i dalje igraju važnu ulogu u pomaganju skrbnicima obitelji da postanu samopouzdaniji i kompetentniji pružatelji usluga koji se uključuju u proces zdravstvene skrbi.

## **7. LITERATURA**

1. Glendinning C, Care provision within families and its socio-economic impact on care providers. York. 2009;27:101-115.

2. Costa N, Wübker A, De Mauléon A, Zwakhalen SMG, Challis D, Leino-Kilpi H, et al. Costs of Care of Agitation Associated With Dementia in 8 European Countries: Results From the RightTimePlaceCare Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19:95.
3. Konerding U, Bowen T, Forte P, Karampli E, Malmström T, Pavi E, et al. Investigating burden of informal caregivers in England, Finland and Greece: an analysis with the short form of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s). *Aging Ment Health*. 2018;22:280–287.
4. Caldwell L, Low L-F, Brodaty H. Caregivers' experience of the decision-making process for placing a person with dementia into a nursing home: comparing caregivers from Chinese ethnic minority with those from English-speaking backgrounds. *Int Psychogeriatr*. 2014;26:413–424.
5. Xiao LD, Wang J, He G-P, De Bellis A, Verbeeck J, Kyriazopoulos H. Family caregiver challenges in dementia care in Australia and China: a critical perspective. *BMC Geriatrics*. 2014;14:6.
6. Lamura G, Mnich E, Wojszel B, Nolan M, Krevers B, Mestheneos L, et al. The experience of family carers of older people in the use of support services in Europe: selected findings from the EUROFAMCARE project. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2006;39:429–442.
7. Care NRC (US) C on the R of HF in HH. Informal Caregivers in the United States: Prevalence, Caregiver Characteristics, and Ability to Provide Care. *The Role of Human Factors in Home Health Care: Workshop Summary*. National Academies Press. 2010;3:108-120.
8. AARP. Caregiving in the United States 2015 report revised. 2015;2:1-50.
9. Roth DL, Perkins M, Wadley VG, Temple EM, Haley WE. Family Caregiving and Emotional Strain: Associations with Quality of Life in a Large National Sample of Middle-Aged and Older Adults. *Qual Life Res*. 2009;18:679–688.
10. Field MJ. The Future of Disability in America. Institute of Medicine (US) Committee on Disability in America. 2007;65:8-30.

11. Talley RC, Crews JE. Framing the Public Health of Caregiving. *Am J Public Health*. 2007;97:224–228.
12. Cagle JG, Munn JC. Long Distance Caregiving: A Systematic Review of the Literature. *J Gerontol Soc Work*. 2012;55:682–707.
13. Levine C, Hunt GG, Halper D, Hart AY, Lutz J, Gould DA. Young Adult Caregivers: A First Look at an Unstudied Population. *Am J Public Health*. 2005;95:2071–2075.
14. Schulz R, Czaja SJ, Lustig A, Zdaniuk B, Martire LM, Perdomo D. Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: a randomized controlled trial. *Rehabil Psychol*. 2009;54:1–15.
15. Wilkins VM, Bruce ML, Sirey JA. Caregiving Tasks and Training Interest of Family Caregivers of Medically Ill Homebound Older Adults. *J Aging Health*. 2009;21:528–542.
16. Seltzer MM, Li LW. The dynamics of caregiving: Transitions during a three-year prospective study. *The Gerontologist*. 2000;40:165–178.
17. Pinquart M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58:112-128.
18. Bertrand RM, Saczynski JS, Mezzacappa C, Hulse M, Ensrud K, Fredman L. Caregiving and Cognitive Function in Older Women: Evidence for the Healthy Caregiver Hypothesis. *J Aging Health*. 2012;24:48–66.
19. Jorgenson M. Preventive health practices: comparison of family caregivers 50 and older. *J Gerontol Nurs*. 2004;30:46–54.
20. Staal MA. Stress, cognition, and human performance: A literature review and conceptual framework. National Aeronautics & Space Administration. 2004;15:44-60.
21. Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja SJ, Gallagher-Thompson D, et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2006;145:727–738.

22. Druss BG, Hwang I, Petukhova M, Sampson NA, Wang PS, Kessler RC. Impairment in role functioning in mental and chronic medical disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2009;14:728–737.
23. Gräßel E, Leutbecher M. Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. *Vlss*. 1993;4:8-20.
24. Huić M, Marušić A. Medicina utemeljena na dokazima. Uvod u znanstveni rad u medicini. 2013;5:229–45.
25. Baji P, Golicki D, Prevolnik-Rupel V, Brouwer WBF, Zrubka Z, Gulácsi L, et al. The burden of informal caregiving in Hungary, Poland and Slovenia: results from national representative surveys. *Eur J Health Econ*. 2019;20:5–16.
26. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Staff, Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance: OECD indicators*. 2013.
27. Ulusoy N, Graessel E. Subjective burden of family caregivers with Turkish immigration background in Germany: Validation of the Turkish version of the Burden Scale for Family Caregivers. *Z Gerontol Geriat*. 2017;50:339–346.
28. Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers: Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke*. 1999;30:1517–1523.
29. Reggentin H. Caregiver's burden of caring for patients with dementia in group living compared to to domestic and inpatient care. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2005;38:101–107.
30. Deufert D. Gender-related aspects of family caregiving. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2013;46:520–525.
31. Barber CE, Pasley BK. Family care of Alzheimer's patients: The role of gender and generational relationship on caregiver outcomes. *Journal of Applied Gerontology*. 1995;14:172–192.

## **8. OZNAKE I KRATICE**

BSFC - Burden Scale for Family Caregivers

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

SD – Standardna devijacija

## **9. SAŽETAK**

**Uvod:** Sve više ljudi pruža zdravstvenu njegu osobama kojima je takva skrb potrebna, a da to nisu nužno odabrali kao glavno profesionalno zanimanje, takozvani neformalni negovatelji. Skrb koju pružaju može predstavljati veliko opterećenje za njih.

**Cilj:** Cilj rada je utvrditi kvalitetu života osoba koje nemaju formalno zdravstveno obrazovanje, a skrbe o osobama s kroničnom ranom.

**Metode:** Istraživanje je provedeno kao presječna studija, a u njemu je sudjelovalo 35 ispitanika. U radu je korišten BSFC upitnik, i korištene su standardne statističke metode.

**Rezultati:** U istraživanju je sudjelovalo 35 ispitanika. Većina ispitanika (40 %) pripadala je dobnoj skupini 51-60, i bila je ženskog spola (71 %). Žene značajno češće odustaju od planova za budućnost zbog brige za pacijenta ( $p = 0,039$ ), te su značajno češće rastrgane između zahtjeva okoline i bolesnika ( $p = 0,046$ ).

**Zaključak:** Ovo je istraživanje pokazalo da većina njegovatelja ustvari ima vrlo nisko opterećenje, no unatoč tome postoje segmenti skrbi, odnosno skupine njegovatelja, koje se ističu kao vrlo problematične. U tom pogledu, a za dobrobit pacijenta i skrbnika potrebno je stvoriti mehanizam podrške i nadzora njegovatelja.

**Ključne riječi:** Kvaliteta života, njegovatelji, BSFC upitnik

## 10. SUMMARY

**Introduction:** More and more people are providing health care to people who need such care, without necessarily choosing it as their main professional occupation, so-called informal care givers. The care they provide can be a big burden for them.



**Aim:** The aim of this paper is to determine the quality of life of people who do not have a formal health education and care for people with a chronic wound.

**Methods:** The study was conducted as a cross-sectional study and involved 35 respondents. The BSFC questionnaire was used in the paper, and standard statistical methods were used.

**Results:** In the study participated 35 respondents. The majority of respondents (40%) belonged to the age group 51-60, and were female (71%). Women are significantly more likely to give up plans for the future due to patient care ( $p = 0.039$ ), and are significantly more likely to be torn between the demands of the society and the patient ( $p = 0.046$ ).

**Conclusions:** This research has shown that most caregivers actually have a very low workload, but despite this there are segments of care, or groups of caregivers, that stand out as very problematic. In this regard, and for the benefit of the patient and caregiver, it is necessary to create a mechanism of support and supervision of caregivers.

**Keywords:** Quality of life, carers, BSFC scale

## IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>9.9.2020</u>	Martina Gm	Martina Gm

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Martina Er

*ime i prezime studenta/ice*

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 9.9.2020

Martina Er  
*potpis studenta/ice*