

Iskustvo roditeljstva kad je roditelj osoba oboljela od psihičkog poremećaja

Balenović, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:321766>

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

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



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Ana Balenović

ISKUSTVO RODITELJSTVA KAD JE RODITELJ OSOBA OBOLJELA OD PSIHIČKOG POREMEĆAJA

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

MEDICINSKI FAKULTET

INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI

SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Ana Balenović

ISKUSTVO RODITELJSTVA KAD JE RODITELJ OSOBA OBOLJELA OD PSIHIČKOG POREMEĆAJA

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

Mentor rada: Doc. dr. sc. Marina Letica Crepulja, dr. med.

Diplomski rad ocijenjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc. dr. sc. Daniela Petrić

2. izv. prof. dr. sc. Mirjana Graovac

3. doc. dr. sc. Ana Kaštelan

Rad sadrži 38 stranica, 3 tablice i 30 literaturnih navoda.

ZAHVALA

Prije svega, zahvaljujem se svojoj mentorici doc.dr.sc. Marini Letici Crepulji na stručnoj pomoći i znanju pri izradi diplomskog rada. Također, zahvaljujem se i komentorici dr.sc. Nikolini Jovanović dr.med. na velikoj pomoći pri obradi podataka. Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji, koja je bila uz mene kroz cijelo vrijeme školovanja i pružala mi neizmjernu podršku i oslonac.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
1.1. Roditeljstvo osoba oboljelih od psihičkih poremećaja.....	1
2. SVRHA RADA.....	4
3. ISPITANICI I METODE.....	5
3.1. Ispitanici.....	5
3.2. Metode.....	5
3.2.1. Tematska analiza	6
3.3. Način obrade podataka	9
4. REZULTATI	10
5. RASPRAVA.....	21
5.1. Implikacija za istraživanja i kliničku praksu	23
6. ZAKLJUČAK	25
7. SAŽETAK	26
8. SUMMARY.....	27
9. LITERATURA	28
10. PRILOZI	32
10.1. Prilog 1 – Tematski upitnik za provedbu intervjua (eng. <i>topic guide</i>)	32
11. ŽIVOTOPIS	38

Popis skraćenica i akronima:

MKB-10 - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10 revizija

NJ – Nikolina Jovanović

AB – Ana Balenović

MLC – Marina Letica Crepulja

MINI - eng. *The MINI – International Neuropsychiatric Intervju*

DCM-5 - eng. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

1. UVOD

Biti roditelj u isto vrijeme je jedna od najzahtjevnijih, ali i najvrjednijih društvenih uloga koju osoba može iskusiti. Roditeljstvo je kompleksan proces međudnosa roditelja i djeteta, donosi sa sobom veliku odgovornost, mnoštvo zadataka i pravila, roditelji ostvaruju posebne uloge u odnosu i kontaktu sa svojim djetetom. Suvremeni pogledi na roditeljstvo ne promatraju te procese kao jednosmjernan utjecaj roditelja na dijete, nego kao procese koji ovise kako o djeci, tako i okolini u kojoj se obitelj nalazi. Nekoliko je skupina pojmova koji podrazumijevaju roditeljstvo: a) subjektivni doživljaj roditeljstva, b) roditeljska briga, ponašanje i postupci, c) roditeljski odgojni stil (1). Odluka osobe da ima djecu i prihvaćanje roditeljske uloge subjektivan je doživljaj roditeljstva i značajna je promjena u cjelokupnom identitetu svakog pojedinca koje ima važnu ulogu u određivanju „klime djetetova razvoja“(2). Roditelji se brinu za odgoj i razvoj svojega djeteta počevši od ostvarivanja osnovnih djetetovih fizioloških potreba do vođenja i podržavanja djeteta kroz njegov psihički razvoj što uključuje razne kognitivne, emocionalne, obrazovne, socijalne i mnoge druge izazove (3). Važnu ulogu na djetetov psihički i fizički razvoj i na uspješnost roditeljstva ima roditeljski odgojni stil koji uključuje roditeljske stavove prema djetetu i emocionalnu klimu unutar koje se odvijaju različiti roditeljski postupci i o kojem ovisi hoće li i kako dijete prihvatiti roditeljske odgojne postupke (1).

1.1. Roditeljstvo osoba oboljelih od psihičkih poremećaja

Izazovi roditeljstva mogu biti posebno teški za osobe koje boluju od psihičkih poremećaja. Dosadašnja istraživanja pokazuju da oko 25% - 50% osoba oboljelih od psihičkih poremećaja koji su otpušteni s liječenja iz psihijatrijskih bolnica imaju djecu ovisnu o roditeljskoj skrbi (4). Složenost utjecaja psihičke bolesti za mnoge roditelje obuhvaća izazovne društvene i

ekonomske faktore poput siromaštva, beskućništva, nedostatka pristupa obrazovanju i zaposlenju, povećanog rizika od obiteljskog nasilja, kao i manjka osobne i društvene potpore (5,6). Djeca roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja imaju veći rizik razvijanja psihičkih poremećaja od opće populacije (7). Također, djeca psihički oboljelih roditelja imaju veću vjerojatnost iskusiti emocionalne, razvojne i socijalne probleme (8-11). Ove poteškoće uzrokovane su kako biološkim tako i okolišnim faktorima. Psihički poremećaj udružen je s manjom emocionalnom dostupnošću roditelja djeci što može narušiti povezanost roditelja i djece. Manja povezanost roditelja i djece može potencijalno dovesti do dugoročnih štetnih učinaka na mlade ljude (12). Mnoga djeca čiji roditelji ili skrbnici imaju psihičke smetnje mogu postići puni potencijal u životu, osobito ako njihovi roditelji na vrijeme dobiju odgovarajuću podršku. Psihički poremećaji osoba koji su roditelji djelomično su istraženi kroz samo iskustvo roditeljstva (13). Većina istraživanja su se bavila psihičkim poremećajima osoba koji su roditelji uzimala su duševni poremećaj kao rizični faktor za štetni utjecaj na djecu ili kao faktor koji umanjuje roditeljske sposobnosti (14, 15). Neke kvalitativne studije provedene na roditeljima ukazuju na činjenicu kako unatoč svim izazovima roditeljstva, djeca za većinu roditelja predstavljaju izvor sreće, te motivaciju za liječenje (13, 16). Neke od tema koje u rezultatima istraživanja navodi Mayberi (14) su: a) problemi roditelja prilikom velikih epizoda pogoršanja psihičkog poremećaja i hospitalizacije (njihove potrebe za specifičnim pristupom u tim situacijama), b) vanjska podrška djeci psihički oboljelih roditelja (potreba za stručnom pomoći djeci), c) potreba za edukacijom djece psihički oboljelih roditelja (važno je pitanje kako i tko će informirati djecu o psihičkim problemima roditelja). Nekoliko studija naglasilo je potrebu za pružanjem specifične podrške roditeljima koji boluju od težih psihičkih poremećaja (17-19). Kliničari takve intervencije poput angažiranja oko pacijentovog roditeljstva, potreba djece i obiteljskog funkcioniranja, uglavnom ne implementiraju u rutinskoj psihijatrijskoj službi (20,

21, 22). Praksa usmjerena na obitelj može pomoći u održavanju i jačanju važnih obiteljskih odnosa kao i osnaživanja roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja s ciljem njihova oporavka (23). Van der Ende (13) u svom kvalitativnom istraživanju o strategijama i iskustvu majki i očeva oboljelih od psihičkih poremećaja navodi sljedeće rezultate: a) pored osjećaja nedoraslosti (engl. *feelings of inadequacy*) roditeljskoj ulozi, ispitanici opisuju da djeca obogaćuju i strukturiraju njihov život, te da nisu teret, već da ih odvrćaju od problema, b) razvijanjem aktivnosti koje zanimaju i djecu i roditelje pruža se mogućnost za jačanje roditeljskih snaga, c) psihički poremećaji ograničavaju očeve, ali također pružaju mogućnost razvoja smislenog odnosa s djecom. Jones (16) je proveo kvalitativno istraživanje identiteta i iskustva s uslugama podrške psihički oboljelim roditeljima kojim je utvrđeno kako korisnici žele da se njihova roditeljska uloga prepozna i podrži.

Iz svega navedenoga može se zaključiti kako je naše znanje o specifičnim potrebama psihički oboljelih pacijenata koji su roditelji vrlo ograničeno što nas sprječava da razvijemo terapijske postupke koji bi uključivali obitelji s ciljem poboljšanja usluga i pružanja podrške ovoj skupini pacijenata. Istraživanje iskustva roditeljstva u psihičko oboljelih roditelja ključno je za takvo unaprjeđenje.

2. SVRHA RADA

Glavni cilj ovog istraživanja je istražiti iskustvo roditeljstva kod psihijatrijskih bolesnika koji imaju djecu mlađu od 18 godina. Na temelju dobivenih rezultata, predložili smo moguće kliničke implikacije i moguće intervencije u sklopu psihijatrijskog liječenja koje bi uzele u obzir roditeljstvo osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. Ovim istraživanjem nastojimo doprinijeti boljem razumijevanju roditeljstva kao izuzetno važne životne uloge kod osoba oboljelih od psihičkih poremećaja te dobivenim rezultatima potencijalno utjecati na poboljšanje psihijatrijske skrbi.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

U istraživanje je uključeno 20 pacijenata sa psihičkim smetnjama iz kruga afektivnih i anksioznih poremećaja (npr. depresija, generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj) koji su u bolničkom i izvanbolničkom tretmanu na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka. Kriteriji uključivanja bili su dob ispitanika iznad 18 godina koji su roditelji uzdržavane djece (0-18 godina). U istraživanje su uključeni pacijenti različitih sociodemografskih obilježja, različite dobi, različitog broja i dobi djece. Pacijentima se pristupilo za vrijeme njihovog liječenja na Klinici sa zamolbom za sudjelovanje u istraživanju. Svakom ispitaniku je objašnjena svrha istraživanja, te opisan postupak istraživanja i činjenica da sudjelovanje ili nesudjelovanje u istraživanju neće imati nikakav utjecaj na njihovo daljnje liječenje. Ispitanici su pristanak na sudjelovanje u istraživanju potvrdili potpisivanjem informirane suglasnosti. Istraživanjem je osigurano poštivanje bioetičkih standarda, privatnost (medicinska tajna) ispitanika i zaštita tajnosti podataka.

3.2. Metode

Izvršeno je eksplorativno kvalitativno istraživanje na temelju 20 polustrukturiranih intervjua sa psihijatrijskim pacijentima koji su roditelji. Prikupljeni su sociodemografski (dob, spol, obrazovanje, posao, bračno stanje), te klinički (psihijatrijska dijagnoza prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema - MKB-10) (24) podatci o ispitanicima. Intervju je proveden prema unaprijed sastavljenom tematskom upitniku (engl. *topic guide*). Inicijalni nacrt tematskog upitnika za provedbu intervjua je sastavljen, razmotren unutar tima i testiran na dvije osobe oboljele od psihičkih poremećaja, koji su roditelji i koji su koristili

usluge ustanova za psihijatrijsko liječenje. Nakon provedenog testiranja tematskog upitnika, došlo je do manjih modifikacija u imenovanju tema. Konačna verzija tematskog upitnika za provedbu intervjua nalazi se u Prilogu 1. Glavna područja su uključivala sljedeće: iskustvo roditeljstva, posebice pozitivne strane kao i izazove roditeljstva, utjecaj psihičkih problema roditelja na vještine roditeljstva i na njihovu djecu, kako službe za mentalnu i socijalnu skrb pristupaju pacijentima koji su roditelji i što bi se u tom pristupu trebalo unaprijediti. Intervju su provele studentice 6. godine (jedna od njih autorica ovog rada) uz prisustvo mentorice. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra Rijeka.

U istraživanju je korišten fleksibilan pristup pacijentu kojemu se dozvolilo da slobodno izrazi svoje stavove tijekom intervjuiranja. Nastojala se stvoriti atmosfera u kojoj se pacijent osjećao ugodno pri izražavanju svojih misli. Intervjui su snimljeni (audio snimanje) radi što detaljnijeg prikupljanja podataka. Izvršena je transkripcija snimljenih intervjua koji su se potom analizirali korištenjem metode tematske analize prema principima koje su opisale autorice Braun i Clark (25).

3.2.1. Tematska analiza

Tematska je analiza cjelovita analitička strategija kvalitativne metodologije koja je usmjerena na identificiranje tema, odnosno na uočavanje, šifriranje i interpretiranje obrazaca sadržaja koji su najistaknutiji u empirijskom tekstualnom gradivu. Postoje različiti pristupi provođenja tematske analize, među kojima je najčešći pristup kroz šest koraka (25): 1. upoznavanje sa podacima (engl. *familiarization*), 2. generiranje inicijalnih kodova (engl. *generating initial codes*), 3. traženje tema (engl. *searching for themes*), 4. pregledavanje tema (engl. *reviewing*

themes), 5. definiranje i imenovanje tema (engl. *defining and naming themes*), 6. izrada prikaza (engl. *producing the report*).

Prvi korak tematske analize uključuje upoznavanje s podacima kroz aktivno čitanje cjelokupnih podataka prije nego što se započne s analizom pojedinačnih jedinica. Ovaj korak uključuje i transkripciju verbalnih podataka, kao i uzimanje bilježaka u cilju upoznavanja s istima. Drugi korak uključuje generiranje inicijalnih kodova (kodiranje). Kodovi identificiraju obilježja podatka - semantički ili skriveni sadržaj koji se analitičaru čini zanimljivim. Oni su „najjednostavniji segment ili element neobrađenih podataka ili informacija koje mogu biti značajno vrednovane u vezi određenog fenomena“ (26). Proces kodiranja je dio analize u kojoj se podatci organiziraju u smislene grupe. Međutim, kodirani podatci razlikuju se od jedinica analize (tema), koje su obično šire. Temama, koje se počinju razvijati u sljedećoj fazi kada kreće interpretativna analiza podataka, dobivaju se tvrdnje o fenomenu koje se istražuje. Kodiranje, na neki način, ovisi o tome jesu li teme više vođene podacima ili teorijom. U početku će teme ovisiti o podacima, ali kasnije se može pristupiti imajući specifično pitanje na umu oko kojeg bi se vršilo kodiranje. Također, kodiranje će ovisiti i o tome nastoji li se kodirati sadržaj cjelokupnog seta podataka ili se kodiranje obavlja u cilju identifikacije određenih obilježja tih podataka. Kodirati se može ručno ili softverski. Treći korak tematske analize započinje kada su svi podatci inicijalno kodirani i prikupljeni i čine dugu listu različitih kodova identificiranih iz seta podataka. Ovaj korak predstavlja preusmjeravanje na analizu šireg nivoa tema, prije nego kodova, a koje uključuje sortiranje različitih kodova u potencijalne teme i uspoređivanje svih relevantnih kodiranih izvoda podataka unutar identificiranih tema. U ovoj fazi počinje analiza kodova kao i razmatranje kako bi se kombinacijom različitih kodova mogla oblikovati sveobuhvatna tema. Korisno je koristiti vizualne prikaze, tablice, mentalne mape i sl. U ovom djelu razmišlja se o vezi između kodova, između tema i između različitih nivoa tema (glavna

sveobuhvatna tema i podteme unutar nje). Neki početni kodovi će formirati glavne teme, dok će drugi formirati podteme, a neki će pak biti odbačeni. Tijekom ove faze mogući su setovi kodova koji se čine da ne pripadaju nigdje, što je prihvatljivo za stvaranje teme „ pod razno“ gdje ih se privremeno smješta. Treći korak završava kolekcijom potencijalnih tema i podtema i svim ekstraktima kodiranih podataka u vezi tema. Slijedeći, četvrti korak obuhvaća pregledavanje tema, njihovo dotjerivanje. Tijekom ove faze postat će jasno kako neke teme zapravo to nisu (ukoliko nema dovoljno podataka koji ih podupiru, ili su podatci svakojaki), druge teme će se svesti jedna na drugu i oblikovati neku zajedničku temu, dok će neke možda biti razdvojene u više drugih tema. Ovaj korak se odvija u dva nivoa pregledavanja tema. Prvi nivo uključuje pregledavanje na razini kodiranih ekstrakta podataka, što znači čitanje svih ekstrahiranih podataka unutar pojedine teme te razmatranje toga formiraju li povezan (koherentan) obrazac. Ukoliko potencijalne teme ne odgovaraju, razmatra se jesu li teme same za sebe problem ili neki ekstrakti podataka jednostavno ne odgovaraju toj temi, te se u tom slučaju ponovno dorađuju teme, stvaraju nove, traži se mjesto ekstraktima u nekoj drugoj postojećoj temi ili ih se pak odbacuje iz analize. Tvore li potencijalne teme koherentan obrazac, prelazi se na drugi nivo pregledavanja tema. Drugi nivo predstavlja sličan proces, ali na nivou cjelokupnog seta podataka. Na kraju ove faze postoji dobra predodžba o različitim temama koje su identificirane, o njihovom međusobnom odgovaranju te o sveobuhvatnoj priči o podacima koju iskazuju. Petim korakom tematske analize definiraju se i imenuju teme. Imena tema moraju biti snažna, direktna i odmah pružati čitaču smisao teme. Naposljetku dolazi šesti korak koji obuhvaća izradu prikaza, u kojem se neće samo iznositi podatci, već će isti biti potkrijepljeni odgovarajućim ekstraktima, koji će poslužiti kao tvrdnje u odgovoru na istraživačko pitanje.

3.3. Način obrade podataka

Analiza je uključila nekoliko faza – detaljnim ispitivanjem prikupljenog gradiva tražile su se teme i dominantne ideje koje se protežu kroz cijelo ili većinu gradiva; na temelju toga se izradila shema kodiranja, a potom su istraženi odnosi među kodovima kako bi se uočile veze i odnosi među temama ili njihovim elementima koji su naizgled nepovezani. Pouzdanost kodiranja je provjerena poklapanjem kodiranja dvaju neovisnih kodera na uzorku od deset do dvadeset posto ukupnog gradiva, pri čemu je zadovoljavajuća razina preklapanja osamdeset posto. Prožetost (engl. *saturation*) tema postignuta je nakon 16 intervjua, iz čega su proizašle četiri glavne teme i jedna podtema unutar prve teme. Analiza je vođena od strane autorice NJ (psihijatrica) i redovito pregledavana od strane koautorica AB (studentica medicine) i MCL (psihijatrica). Ovaj timski pristup kodiranju je korišten da bi se povećala vjerodostojnost izvedenih tema (27).

4. REZULTATI

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 20 ispitanika. Od 23 kontaktiranih pacijenata, 20 (86,9 %) je intervjuirano; 2 su odbili sudjelovati a 1 nije došao na dogovoreni termin intervjuja. Prosječna dob ispitanika je 40,25 (SD 9,12), pri čemu je raspon dobi od 26 do 62 godine. 12 ispitanika je muškog spola (60%), a 8 je ženskog spola (40%). Većina ispitanika su u braku (N=13; 65%) i zaposleni (N=11; 55%). Svim ispitanicima su dijagnosticirani psihički poremećaji iz kruga afektivnih i anksioznih poremećaja (npr. depresija, generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj) koji su roditelji uzdržavane djece (0-18 godina). Dijagnozu je postavila MCL (psihijatar) pomoću Međunarodnog neuropsihijatrijskog intervjuja (engl. *The MINI – International Neuropsychiatric Interview*) MINI (28) i Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) DSM-5 (29). U Tablici 1 su prikazane sociodemografske i kliničke karakteristike ispitanika.

Tablica 1- Sociodemografske i kliničke karakteristike ispitanika

	Ispitanici: N=20 (100%)	
Dob (Prosjek, SD)	40,25 (SD 9,12)	
Spol (N, %)	Muško	12 (60%)
	Žensko	8 (40%)
Bračni status (N, %)	U braku	13 (65%)

	Izvanbračna zajednica	4 (20%)
	Rastavljeni	3 (15%)
Radni status (N, %)	Zaposlen	11 (55%)
	Nezaposlen	8 (40%)
	Umirovljen	1 (5%)
Klinička dijagnoza (N, %)	F30-F39	8 (40%)
	F40-F49	8 (40%)
	F60-F69	7 (35%)
	F10-F19	6 (35%)
	F50-F59	3 (15%)
	F00-F09	1 (5%)
	F20-F29	1 (5%)

Kao što je vidljivo u Tablici 2, ukupno 13 ispitanika (65%) ima više od jednog djeteta. Dob djece se kreće od 2 do 21 godine.

Tablica 2- Ispitanici kao roditelji

	Ispitanici: N=20 (100%)	
Broj djece	Jedno dijete	7 (35%)
	Dvoje djece	8 (40%)
	Troje djece	5 (25%)
Dob djece (Prosjek, SD)	10 (SD 5), raspon od 2 do 21 godina	

Tablica 3 sadrži individualne karakteristike svih ispitanika uključujući broj pacijenata, spol, kliničku dijagnozu, broj i dob djece.

Tablica 3- Ispitanici - individualne informacije

Pacijent	Spol	Klinička dijagnoza	Djeca
1	muško	F32.2 <i>Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma</i>	2 djece - dob: 2 i 4
2	muško	F43.1 <i>Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)</i> , F33.2 <i>Povratni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda teška, bez psihotičnih simptoma</i> , F62.0 <i>Trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnih doživljaja</i> , F60.3 <i>Emocionalno nestabilna ličnost</i>	2 djece - dob: 15 i 21
3	muško	F32.2 <i>Teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma</i>	2 djece - dob: 11 i 15
4	žensko	F10.2 <i>Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, sindrom ovisnosti</i> , F60.3 <i>Emocionalno nestabilna ličnost</i>	2 djece - dob: 2 i 7

5	muško	F43.1 <i>PTSP</i> , F33.1 <i>Povratni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda srednje teška, F54 Psihološki i bihevioralni čimbenici u vezi s poremećajem ili bolešću svrstani drugamo</i>	3 djece - dob: 10 (blizanci) i 13
6	žensko	F43.2 <i>Poremećaji prilagodbe</i> , F54 <i>Psihološki i bihevioralni čimbenici u vezi s poremećajem ili bolešću svrstani drugamo</i>	1 dijete - dob: 6
7	žensko	F10.2 <i>Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, sindrom ovisnosti, F33.1 Povratni depresivni poremećaj, sadašnja epizoda srednje teška, F60.3 Emocionalno nestabilna ličnost</i>	3 djece - Dob: 12, 16 i 18
8	žensko	F06.3 <i>Organski afektivni poremećaji [poremećaji raspoloženja], F07 Poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja zbog bolesti, oštećenja i disfunkcije mozga</i>	1 dijete - dob: 3
9	muško	F43.9 <i>Reakcija na teški stres, nespecificirana</i>	3 djece (1 vanbračno i 2 u braku) - dob: 2,7 i 14
10	muško	F43.1 <i>PTSP</i> , F54 <i>Psihološki i bihevioralni čimbenici u vezi s poremećajem ili bolešću svrstani drugamo</i>	2 djece (vlastito dijete i dijete iz supruginog prvog braka) - Dob: 10 i 18
11	žensko	F43.2 <i>Poremećaji prilagodbe</i>	1 dijete - dob: 4
12	žensko	F25.1 <i>Shizoafektivni poremećaj, depresivni tip, F60.3 Emocionalno nestabilna ličnost</i>	1 dijete - dob: 8

13	žensko	F10.2 <i>Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, sindrom ovisnosti, F61 Miješani i ostali poremećaji ličnosti</i>	2 djece - dob: 9 i 11
14	muško	F10.2 <i>Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom, sindrom ovisnosti, F14.2 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem kokaina, sindrom ovisnosti</i>	3 djece - dob: 4, 7 i 10
15	muško	F13.2 <i>Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem sedativa i hipnotika, sindrom ovisnosti, F11.2 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem opijata, sindrom ovisnosti</i>	1 dijete - dob: 2
16	muško	F32.3 <i>Teška depresivna epizoda s psihotičnim simptomima, F19.1 Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem više droga ili uzimanjem ostalih psihoaktivnih tvari, štetna uporaba, F60.0 Paranoidni poremećaj ličnosti</i>	1 dijete - dob: 2
17	žensko	F43.1 <i>PTSP, F60.3 Emocionalno nestabilna ličnost</i>	1 dijete - dob: 11
18	muško	F31.3 <i>Bipolarni afektivni poremećaj, sadašnja epizoda depresivna, blaga ili umjerena depresija</i>	2 djece - dob: 7 i 10
19	muško	F41.2 <i>Mješoviti anksiozni i depresivni poremećaj</i>	2 djece - dob: 5 i 18
20	muško	F32.3 <i>Teška depresivna epizoda s psihotičnim simptomima</i>	3 djece - dob: 9, 11 i 17

Tematska analiza zabilježenih podataka vezanih za iskustvo roditeljstva rezultirala je sljedećim temama:

A. Odnos roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja i njihove djece

A.1. Negativan utjecaj akutne faze psihičke bolesti roditelja na komunikaciju i odnos s djecom

B. Kako bolest roditelja utječe na djecu?

C. Utjecaj psihijatrijskog liječenja na roditeljstvo

D. Specifičnosti roditeljstva djece školske dobi

A. Odnos roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja i njihove djece

Ispitanici u ovom istraživanju su se značajno razlikovali u tome kakav odnos imaju sa svojom djecom. Većina je navela da je njihov odnos s djecom načelno dobar i kvalitetan, unatoč njihovoj psihičkoj bolesti.

Na primjer ispitanik 2 je naveo: *“Ja volim svoju djecu i oni su mi najvažnija stvar na svijetu i vjerojatno ne bi bio živ da nema njih (...) Ja znam da su oni ponosni na mene i da me vole i ja sam njima otac i da sam ja tu i bit ću tu dok sam živ bez obzira na sve. Ali, ne vidim tu neku razliku ni prije ni poslije ni za vrijeme. Funkcionirali smo i funkcioniramo sada koliko god možemo, na nekom nivou da ih ja razumijem i da im pomognem koliko god mogu. Tu su i oni za mene, oni su mi hrana na taj opći način onda postoje i da sam ja ponosan na njih bez obzira na sve (...)”* (pacijent 2)

Međutim dio ispitanika je govorio o problemima u odnosu s djecom koji su primarno vezani za njihovu psihičku bolest. Ovi ispitanici su u pravilu provodili malo vremena s djecom i teško im je bilo navesti ili prisjetiti se zajedničkih doživljaja ili aktivnosti.

“Pa slab odnos imam, jer sam u lošem stanju pa imam i slab odnos s djecom. Mislim, djeca su već počela shvaćati, koliko mogu u svojim godinama, da sam bolestan. Pa onda, kako bi rekao, puste me na miru.”(pacijent 5)

“Ja baš nemam neki kontakt normalan sa svojim djetetom. Ja jako teško dolazim u kontakt.”
(pacijent 17)

“Depresija, od kad sam rodila. Meni je bio taj osjećaj težine da ja to ne mogu, da je to za mene previše i ja sam stalno bila opterećena kako ću ja to i ja nisam u stanju to izvesti. Ja nisam u stanju biti dovoljno dobra da ja skuham, da ja operem, da ja budem mama, da ja sad sve to mogu organizirati.(...)Dojenje me jako živciralo, nisam voljela dojiti baš dijete. A, pet godina[DOJILA]. To nije bilo normalno, mala je uvijek htjela biti na grudima, na prsima. Ja sam imala toliko mlijeka i ona je stalno tražila tu povezanost, a mene je to živciralo jako. Ja nisam bila spremna na to.” (pacijent 17)

A.1. Negativan utjecaj akutne faze psihičke bolesti roditelja na komunikaciju i odnos s djecom

U daljnjoj eksploraciji odnosa roditelja i djece, točnije utjecaja kojeg psihička bolest roditelja ima na njihov odnos s djecom, pokazalo se da psihička bolest, pogotovo u svojoj akutnoj fazi, dovodi do emotivne i socijalne izolacije roditelja i narušene komunikacije s djecom:

“Mislim da da [PSIHIČKI PROBLEMI UTJEČU NA ODNOS SA OBITELJI], mislim da...s obzirom na to koje probleme imam, a to je da sam stalno zaokupljen mislima...tom nepravdom koja mi se događa...da jesu...mali me zovne pet puta, a ja ležim i ne čujem ga uopće i tako...previše me je tako to stanje odvuklo u smjer koji sprečava da imam komunikaciju.” (pacijent 9)

Tu treba napomenuti da su se ispitanici najčešće imali potrebu izolirati se od svih ljudi, uključujući njihovu djecu, a ne samo od djece. Na primjer:

“To je bio problem, u toj depresiji u tome svemu razmišljanjima, baš me ono, taj period nisam mogao sam sebe. Bio sam koliko sam god vezan uz njih i koliko god ih volim i želio sam i želio ih, taj period nisam mogao biti s njima. Jednostavno nisam mogao s nikim, nisam mogao otići vani sto metara od kuće. Htio sam samoću. Bio sam zakukuljen i to je teško, to je jako teško.” (pacijent 2)

“Ono, dok sam baš bio u bolnici i prije nego sam došao ovdje, ja sam dosta bio depresivan i nisam htio komunicirati s nikim, pa je utjecalo na odnos s djecom.” (pacijent 3).

Neki ispitanici zbog svoje psihičke bolesti nisu mogli sudjelovati niti u bazičnoj interakciji s djecom. Ispitanik 5 je dao primjer do koje mjere ga psihička bolest onemogućava u interakciji s djecom – *“(.) meni je žao te djece, htio bi neki put se natjerat na silu da ih uhvatim, poljubim, šakljam, htio bi da osjete da ih otac voli, ali ne ide to baš.” (pacijent 5)*

U stanjima akutizacije bolesti djeca mogu biti motivacija roditeljima da se osjećaju bolje ili čak zatraže profesionalnu pomoć i odu na liječenje:

“Ja to sakrivam pred njom i mala je da je uopće opterećujem s tim. U početku mi je znalo stvarat prepreku „joj sad me uhvatilo, ne možemo do parka“, ali ja to sakrijem pa se smirim, pa idemo. U stvari, ona me i tjera. Ona je moja podrška i ona me vadi iz toga.” (pacijent 6)

“Ja sam ti tu pet dana na svoj zahtjev. Baš radi toga jer nisam mogao gledati dijete. Gledao bih nju i počeo plakati. Pa reko' ženi neka me maknu na 5-6 dana, možda mi bude bolje.”

(pacijent 16)

B. Kako bolest roditelja utječe na djecu?

Roditelji pokušavaju razumjeti perspektivu/poziciju svoje djece, točnije kako oni doživljavaju bolest roditelja i kako psihička bolest roditelja utječe na djecu. Neki roditelji uspostavljaju jasnu poveznicu između njihovih psihičkih smetnji i reakcija i ponašanja djece.

Na primjer ispitanica 11 je navela *“Svakako da [moja bolest] utječe na dijete. Ja sam primijetila taj period kad sam recimo emotivno lošije i ona je isto mala buđenje po noći. Kada se bez razloga budila i plakala. I ja sam si to povezala da sam njoj manje posvećivala pažnje. Ima četiri godine i svejedno pita kad vidi da sam loše volje, a mislite pošto ima četiri da ništa ne zna. I onda se trudite zbog nje. To je onda prestalo kako sam se ja smirila. Definitivno ima utjecaj na dijete.”* (pacijent 11)

Slično tome, ispitanik 2 je naveo *“Jer djeca prolaze kroz tu fazu možda gore nego mi odrasli. Njima je možda teže nego nama. (...) Ja sam se naučio živjeti. Mislim ću se jako teško mijenjati u životu, jer sam naučio živjeti i to su godine napravile svoje i sve. Djeca se mogu mijenjati, pa i vidim da se oni prilagođavaju meni kakvog sam ja raspoloženja, kako mi paše, što su stariji. Prije sam ja ugađao i trebao, sad oni trebaju meni i sad oni to vraćaju. Vraća ti se kako si davao. Koliko si davao i koliko si bio.”* (pacijent 2)

U stanjima akutizacije bolesti i pojave suicidalnih promišljanja, roditelji razmišljaju o mogućim posljedicama za djecu.

“Ne vidim svrhu života, volio bi umrijeti a da ne dignem ruku na sebe i jednostavno, ono, to me stalno muči. Žao mi je, kako bi rekao, žao, možda samo kao misao, djece da nemaju traume zbog toga, jer nisu oni krivi što sam ja u takvom stanju. Ja znam, da me vole i preko telefona kad se čujemo, nešto mala stalno „ Tata dođi kući, tata dođi kući fališ mi“, a ja sam u takvom stanju da ne znam ni sam, išao bi kući i ne bi išao kući.” (pacijent 5)

Dio roditelja smatra da njihova bolest ne utječe na djecu ili nisu sigurni kakav ona može imati utjecaj:

“Djeca su me sigurno vidjela bezvoljnog, ali možda nisu znali što je točno u pitanju.” (pacijent 18)

“(...) nije takav da se on za mene drži i nije to neka strašna trauma za njega, ne vidi se na njemu neki plač, neka ljutnja.” (pacijent 4)

C. Utjecaj psihijatrijskog liječenja na roditeljstvo

Psihijatrijsko liječenje je indirektno utjecalo pozitivno na roditeljstvo i odnos s djecom. Samo liječenje, uključujući redovite konzultacije s psihijatrom i individualnu i/ili grupnu psihoterapiju, nije bilo fokusirano na roditeljstvo, ali uspostavljanje remisije bolesti i usvajanje komunikacijskih vještina se odrazilo pozitivno na roditeljstvo.

“Sad kad idem na ove grupne terapije čuješ savjete od drugih ljudi i tu mi je pomoglo dosta, tako da se sad bolje osjećam. Sada pokušavam čim više sa djecom biti, mislim sudjelovati što im treba...” (pacijent 1)

“[Tijekom liječenja]...možda više da naučite da više cijenite sebe i dignete se i da će odmah djetetu biti bolje. Brinete se za sebe i za dijete skupa.” (pacijent 11)

“Lakša je komunikacija s obitelji nakon početka terapije. Komunikacija je bila minimum. Nije je ni bilo. Sad je bolje. Puno.” (pacijent 18)

I dok je većina ispitanika zadovoljna takvim pristupom, dio ispitanika smatra da bi se tijekom liječenja trebalo posvetiti više vremena specifično odnosu s djecom.

“Možda bilo loše da se formalno uvede nekih deset minuta pričati o djeci. Jer meni je problem kako će ovo utjecati na dicu. I kako će oni to shvatiti. Da im neću moći pružiti sve što sam mogao dok sam imao posao i sada kad nemam”. (pacijent 9)

Posebna pozornost je potrebna u slučaju angažiranosti socijalne službe ili u slučaju kada je dijete oduzeto roditeljima, jer prevelika fokusiranost na roditeljstvo tijekom liječenja može izazvati negativan učinak.

“Možemo mi razgovarati više [O DJETETU], ali što da razgovaramo kad ja nemam pravo na to dijete, u biti meni je to samo duševna bol. Znači, kad bi ja znala da meni psihijatri ili socijalni radnici ili netko kažu „Sad slušaj, mi pravimo papire, mi ćemo to tamo nešto poslati, mi ćemo se dogovoriti da Vi imate pravo za Uskrs vidjeti dijete...” (...) Da ja znam da je neki plan, a ne neka priča ovako samo priča, meni to ništa ne predstavlja u biti, razumijete Vi mene?” (pacijent 17)

D. Specifičnosti roditeljstva djece školske dobi

Istraživanje je uključilo roditelje djece školske dobi, većinom u pred-pubertetu i pubertetu. Ova dob djece donosi nove izazove za roditelje - djeca imaju puno više školskih i vanškolskih aktivnosti, manje je vremena i prilika da roditelji i djeca provode vrijeme zajedno. Osim toga djeca su manje orijentirana na roditelje što može dodatno otežati povezanost i komunikaciju, a već smo naveli da komunikacija može biti problematična u akutnoj fazi bolesti roditelja. Sve ovo kod roditelja koji pate od psihičkih smetnji može potaknuti osjećaj odbačenosti, anksioznost, ambivalenciju i separacija može biti problematična.

„Svako vrijeme nosi svoje, ja sam se s njima igrao i uživao s njima dok su bili mali, dok smo živjeli zajedno. Sad sam s njima prijatelj.“ (pacijent 2)

„Roditeljstvo je općenito lijepa stvar. I treba ih naučiti neke stvari da budu pošteni ljudi, pa... [LIJEPA STRANA RODITELJSTVA] zezati se s njima, igrati se, ići na more, šaliti se... dok su bili manji igrali bi nogomet. A sad više nisam zanimljiva.“ (pacijent 13)

„Igra kad su bili manji. Sad ima više obaveza, škola, trening. Ali postoji zadovoljstvo. I pogotovo plivanje. I nisu bitni rezultati jer ja loše plivam pa mi je to jako drago.“ (pacijent 18)

„Osjećaj da dijete može bez tebe, da te više ne treba. Evo ne znam (..)“ (pacijent 10)

5. RASPRAVA

Glavni cilj ovog istraživanja bio je istražiti iskustvo roditeljstva kod osoba oboljelih od psihičkih poremećaja koji imaju djecu mlađu od 18 godina. Rezultati su prikazani u četiri glavne teme koje su proizašle iz tematske analize transkribiranih intervjua. U prvoj temi „Odnos roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja i njihove djece“ dobili smo različite rezultate. Dok je većina ispitanika navela da je njihov odnos s djecom načelno dobar i kvalitetan, jedan dio ispitanika je govorio o problemima u odnosu s djecom, primarno zbog njihove psihičke bolesti. Slična

pozitivna iskustva većine ispitanika nalazimo u studiji koju je proveo Jones (16), u kojoj ispitanici također, unatoč svim izazovima, roditeljstvo opisuju kao izvor sreće. U studiji koju je proveo van der Ende (13), majke su, suprotno našim rezultatima, izrazile osjećaje nedoraslosti (engl. *feelings of inadequacy*) u pogledu njihove sposobnosti da pokažu empatiju, postavljaju ograničenja i zadrže granice, strukturiraju svakodnevni život oko djetetovih potreba i organiziraju i upravljaju dječjim aktivnostima onako kako su osjećale da bi roditelj trebao. Nekoliko majki izrazilo je zabrinutost što nisu uspjele pokazati svojoj djeci dovoljno empatije i razumijevanja, što su osjetile ključnim u kontaktima sa njihovim djetetom. Nadalje, unutar podteme „Negativan utjecaj akutne faze psihičke bolesti roditelja na komunikaciju i odnos s djecom“ dobili smo rezultate prema kojima psihička bolest, pogotovo u svojoj akutnoj fazi, dovodi do emotivne i socijalne izolacije roditelja i narušene komunikacije s djecom. Pri tome su ispitanici imali potrebu za izolacijom ne samo od djece, već i od drugih. Problemi koji se javljaju u akutnoj fazi bolesti prepoznati su i u kvalitativnom istraživanju Jonesa (16) koji navodi da u nekim slučajevima akutne faze bolesti dolazi do roditeljskog propitivanja vlastite sposobnosti i „pregovaranja“ o tome kako se istovremeno mogu osjećati loše i biti roditelji. Također, akutna faza bolesti može dovesti do situacije da se dio roditeljskog zadatka (npr. čuvanje djece) mora podijeliti sa stručnom pomoći. U drugoj temi „Kako bolest roditelja utječe na djecu?“ dobiveni su rezultati prema kojima ispitanici pokušavaju razumjeti perspektivu/poziciju svoje djece, točnije, pokušavaju razumjeti kako djeca doživljavaju bolest roditelja i kako psihička bolest roditelja utječe na djecu. Neki roditelji uspostavljaju jasnu poveznicu između njihovih psihičkih smetnji i reakcija i ponašanja djece, dok dio roditelja smatra da njihova bolest ne utječe na djecu ili nisu sigurni kakav ona može imati utjecaj. Trećom temom obuhvatili smo utjecaj psihijatrijskog liječenja na roditeljstvo i došli do spoznaje da je liječenje većinom indirektno pozitivno utjecalo na roditeljstvo, međutim, dio

ispitanika je naglasio da bi se tijekom liječenja više vremena trebalo posvetiti njihovom odnosu s djecom. Do sličnih rezultata je došao i Nicholson (17) koji je proveo velik broj studija sa osobama oboljelim od psihičkih poremećaja koji su roditelji i koji sebe, prije svega, identificiraju kao roditelje, a zatim kao psihijatrijske pacijente. U kvalitativnoj studiji koju je proveo Bournsnel (30), ispitanici navode nezadovoljstvo u pružanju psihijatrijske pomoći osobama koje su roditelji, te ističu potrebu za suradnjom kliničara i znanstvenika kako bi se osmislila adekvatna podrška roditeljima oboljelim od psihičkih poremećaja. Školska dob i adolescencija je vrijeme u kojem svi roditelji osjete prekretnicu u svom odnosu s djecom, kao i doživljavanju vlastite kompetentnosti, što posebice može biti izazov kod roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja. Tako i rezultati četvrte teme „Specifičnosti roditeljstva djece školske dobi“ ukazuju na osjećaje koji se javljaju roditeljima u tom razdoblju. Rezultati pokazuju da roditelji mogu osjećati odbačenost („...sad im više nisam zanimljiva“), promjene u odnosu („svako vrijeme nosi svoje.. sad sam s njima prijatelj“), ambivalenciju, ali i zadovoljstvo.

5.1. Implikacija za istraživanja i kliničku praksu

Iz svega navedenoga uočavamo da je važno razviti specifične programe liječenja osoba oboljelih od psihičkih poremećaja koji su roditelji. Prilikom hospitalizacije nužno je uključiti problematiku roditeljstva, ponuditi korisne smjernice o načinu na koji roditelji mogu balansirati između liječenja, brige o sebi i brige o djeci. Posebice trebamo biti pažljivi u pristupu pacijentu u akutnoj fazi bolesti. Također je potrebno pružiti stručnu pomoć oko djece, informirati obitelji. Ne smije se zaboravljati činjenica da su pacijenti ujedno i roditelji koji imaju obaveze, izazove i potrebe kao i svi drugi roditelji.

Postoji potreba za daljnjim kvalitativnim studijama koje bi uključivale i majke i očeve, jer je većina studija do sad uključivala prvenstveno majke. Također, nužno je uključiti širi spektar

psihičkih poremećaja, kao i multidisciplinarno pristupiti problemima roditelja (socijalni radnici, psiholozi, učitelji..) i time obuhvatiti sve one sastavnice nužne za funkcioniranje i oporavak u liječenju osoba oboljelih od psihičkih poremećaja.

6. ZAKLJUČAK

Iz provedenog istraživanja zaključujemo slijedeće:

1. Većina roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja svoj odnos s djecom opisuje kao načelno dobar i kvalitetan
2. Akutna faza psihičke bolesti dovodi do emotivne i socijalne izolacije roditelja i narušene komunikacije s djecom
3. Uspostavljanje remisije bolesti i usvajanje komunikacijskih vještina se odrazilo pozitivno na roditeljstvo, unatoč tome što psihijatrijsko liječenje nije bilo fokusirano na isto
4. Dio roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja smatra da bi se tijekom liječenja trebalo posvetiti više vremena specifično odnosu s djecom

7. SAŽETAK

Roditeljstvo je važan, izazovan i nadasve odgovoran i težak životni zadatak, posebice za osobe oboljele od psihičkih bolesti. Dosadašnja istraživanja ukazuju na postojanje različitih problema koje ove osobe kao roditelji imaju u nastojanju da budu dobri i odgovorni roditelji unatoč svojoj bolesti. Naše znanje o specifičnim potrebama psihički oboljelih pacijenata koji su roditelji je vrlo ograničeno. Glavni cilj ovog istraživanja bio je istražiti iskustvo roditeljstva kod psihijatrijskih bolesnika koji imaju djecu mlađu od 18 godina. Izvršeno je eksplorativno kvalitativno istraživanje na temelju 20 polustrukturiranih intervjua sa roditeljima koji imaju psihičke smetnje iz kruga afektivnih i anksioznih poremećaja, a koji su u bolničkom i izvanbolničkom tretmanu na Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra (KBC) Rijeka. Iz tematske analize zabilježenih podataka vezanih za iskustvo roditeljstva zaključujemo da većina roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja svoj odnos s djecom opisuje kao načelno dobar i kvalitetan. Također se došlo do zaključka da akutna faza psihičke bolesti dovodi do emotivne i socijalne izolacije roditelja i narušene komunikacije s djecom. Nadalje, uspostavljanje remisije bolesti i usvajanje komunikacijskih vještina se odrazilo pozitivno na roditeljstvo, unatoč tome što psihijatrijsko liječenje nije bilo fokusirano na isto. Rezultati su također pokazali da dio roditelja oboljelih od psihičkih poremećaja smatra da bi se tijekom liječenja trebalo posvetiti više vremena specifično odnosu s djecom.

Ključne riječi: roditeljstvo, osobe oboljele od psihičkih poremećaja, tematska analiza, djeca

8. SUMMARY

Parenthood is important, challenging and above all responsible and difficult task in one's life, especially to the parent with a mental disorder. Recent research indicates various problems that individuals with mental illness have in striving to be good and responsible parents despite their illness. Our knowledge about the specific needs of individuals with a mental disorder is limited. The main objective of the research was to examine the experience of parenthood in psychiatric patients who have children under 18 years of age. An exploratory qualitative study, based on 20 semi-structured interviews, was conducted among parents with affective and anxiety mental disorders who had indoor and outdoor treatment at the Clinic for Psychiatry of the Clinical Hospital Centre (CHC) Rijeka. From the thematic analysis of the recorded data related to the experience of parenthood, we conclude that most parents with mental disorders describe their relationship with children as generally good and of good quality. It was also concluded that the acute phase of mental illness leads to the emotional and social isolation of parents as well as to bad communication with children. Furthermore, the remission of the disease and the acquisition of communication skills had a positive effect on parenthood, even though psychiatric treatment was not focused on the same. The results also showed that some parents with mental disorders believe that more time should be specifically devoted to the relationship with children during treatment.

Key words: parenthood, individuals with mental illness, thematic analysis, children

9. LITERATURA

- 1) Čudina Obradović M, Obradović J. Potpora roditeljstvu: izazovi i mogućnosti. Svezak. 2003;10:45-68.
- 2) Bornstein MH, Hanes OM, Azuma H, Galperin C, Maital S, Ogino M., et al. A crossnational study of self-evaluations and attributions in parenting: Argentina, Belgium, France, Israel, Italy, Japan and the United States, *Development Psychology* 1998;34:662-676.
- 3) Arendell, T. *Understanding families*, Vol. 9. *Contemporary parenting: Challenges and issues*. Sage Publications, Inc. 1997.
- 4) Falkov, A. *Crossing Bridges: Training Resources for Working with Mentally Ill Parents and their Children*. Brighton: The Department of Health. 1998.
- 5) Perera DN, Short L, Fernbacher S. 'It's not that straightforward': When family support is challenging for mothers living with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2014;37:170–175.
- 6) Reupert A, Maybery D, Kowalenko N. Children whose parents have a mental illness: Prevalence, need and treatment. *MJA Open*. 2012;1:7–9.
- 7) Hosman C, van Doesum K, van Santvoort F. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Advances in Mental Health*. 2009;8:250–263.
- 8) Cooklin A. 'Living upside down': Being a young carer of a parent with mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2010;16:141–146.

- 9) Leinonen JA, Solantaus TS, Punamäki RL. Parental mental health and children's adjustment: The quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44:227–241.
- 10) Maybery D, Reupert A, Goodyear M, Ritchie R, Brann P. Investigating the strengths and difficulties of children from families with a parental mental illness. *Advances in Mental Health*. 2009;8:165–174.
- 11) Nicholson J, Cooper J, Freed R, Isaacs M. *Handbook of Child Behavioral Issues: EvidenceBased Approaches*. London: Taylor & Francis. 2008.
- 12) Reupert A, Maybery D. Families affected by parental mental illness: A multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007;77:362–369.
- 13) van der Ende P, Busschbach JT, Nicholson J, et al. Strategies for parenting by mothers and fathers with mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016;23:86–97.
- 14) Maybery D, Reupert A, Patrick K, et al. *VicHealth Research Report on Children at Risk in Families Affected by Parental Menal Illness*. Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne, VI. 2005.
- 15) Mattejat F, Remschmidt H. The children of mentally ill parents. *Deutsches Arzteblatt*. 2008;105:413–418
- 16) Jones M, Pietila I, Joronen K, et al. Parents with mental illness – a qualitative study of identities and experiences with support services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016;23:471-478
- 17) Nicholson J, Deveney W. Why not support parenting? *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009;33:79 –82.

- 18) Howard LM, Underdown H. The needs of mentally ill parents – a review of the literature. *Psychiatrische Praxis*. 2011;38:8–15.
- 19) Reupert A, Maybery D. Programmes for parents with a mental illness. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2011;18:257–264.
- 20) Beardslee W, Wright E, Gladstone T, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*. 2007;21:703–713.
- 21) Fadden G. Training and disseminating family interventions for schizophrenia: Developing family intervention skills with multi-disciplinary groups. *Journal of Family Therapy*. 2006;28:23–38.
- 22) Maybery D, Reupert A. Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40:657–664.
- 23) Goodyear M, Hill TL, Allchin B, et al. Standards of practice for the adult mental health workforce: meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2015;24:169–180.
- 24) World Health Organization. *International statistical classification of disease and related health problems*. 10th revision. Geneva: WHO; 1992.
- 25) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;2:77-101.
- 26) Boyatzis RE. *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. Sage. 1998.
- 27) Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *Br J Clin Psychol*. 1999;38:215–229.

- 28) Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P and its reliability. *Eur. Psychiatry* 1997;12:232-241.
- 29) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author. 2013.
- 30) Bourns M. The Silent Parent: Developing Knowledge about the Experiences of Parents with Mental Illness, *Child Care in Practice*. 2007;13:251-260.

10. PRILOZI

10.1. Prilog 1 – Tematski upitnik za provedbu intervjuja (engl. *topic guide*)

Istraživanje: Iskustvo roditeljstva kad je roditelj osoba oboljela od psihičkog poremećaja

Kvalitativno istraživanje

Uvod:

Procjenjuje se da oko 50% osoba koje boluju od psihičkih poremećaja imaju djecu. Međutim, vrlo malo znamo o specifičnim potrebama psihijatrijskih pacijenata koji su roditelji. U ovom projektu ćemo istražiti njihovo iskustvo psihijatrijske skrbi i njihove prijedloge kako unaprijediti podršku koju psihijatrijske službe pružaju psihijatrijskim pacijentima koji su roditelji.

Ciljevi:

- Istražiti iskustvo odrastanja uz roditelja s duševnom bolesti
- Istražiti perspektivu pacijenata o tome na koji način službe koje skrbe o mentalnom zdravlju pružaju podršku pacijentima koji su roditelji.

Uzorak:

U ovoj kvalitativnoj studiji provest ćemo 20 polustrukturiranih intervjuja s odraslim psihijatrijskim pacijentima koji su roditelji. Svi pacijenti će nakon što su informirani o istraživanju i nakon što su pročitali Obavijest za ispitanike, potpisati svoju suglasnost za sudjelovanje. U svrhu povećanja vjerojatnosti dobivanja cjelovitog raspona mišljenja i iskustava, nastojat ćemo uključiti: muškarce i žene, osobe različite dobi, osobe oboljele od različitih psihičkih poremećaja, različite dobne skupine djece, različite bračne situacije.

Postupak:

Istraživači će dogovoriti intervju s pacijentom u trajanju do 60 minuta. Intervju će biti vođen prema pitanjima koja su navedena u drugom dijelu ovog dokumenta. Tijekom razgovora će istraživač biti fleksibilan i dopustiti pacijentu da se slobodno izrazi. Istraživač će pokušati stvoriti atmosferu u kojoj se pacijent osjeća ugodno i u kojoj može podijeliti svoje misli sa istraživačem. Intervjui će biti snimati (audiosnimanje) radi što detaljnijeg prikupljanja podataka. Istraživači će transkribirati intervju s audiosnimke, a potom će audiosnimke biti uništene.

Analiza:

Intervjui će se analizirati korištenjem tematske analize.

Pitanja za intervju s pacijentima**1.) UVOD**

- Predstavite se – Zovem se XX. Istraživač-ica/student-ica sam na istraživanju koje se zove 'Iskustvo roditeljstva osoba oboljelih od psihičkih poremećaja' i koje organizira Medicinski fakultet u Rijeci. Pitat ću vas nekoliko pitanja o Vašem iskustvu roditeljstva.

- Objasnite cilj istraživanja – Tijekom ovog istraživanja želimo bolje upoznati aspekte roditeljstva osoba koje imaju psihičke smetnje. To će nam pomoći da osmislimo bolje načine skrbi i podrške tim osobama u njihovim nastojanjima da budu roditelji.

- Sve što kažete služi samo u svrhu istraživanja i neće ni na koji način utjecati na Vaše liječenje. Ja ću naš razgovor snimiti, na njemu nema Vašeg imena i čim razgovor prepisem u računalo, snimku ću izbrisati. Tijekom razgovora Vas mogu oslovljavati imenom ili nekim drugim imenom (pitajte pacijenta da predloži što želi). Na taj način je Vaša anonimnost sačuvana.

- Pokažite kako ćete snimati intervju (mobitel/audiorekorder)

- Objasnite kako će se odvijati intervju – Ja ću uglavnom postavljati pitanja, a vi na njih odgovorite slobodno, kako god želite. Ne postoje točni ili pogrešni odgovori. Vaše mišljenje nam je važno. Ukoliko ne želite odgovoriti na neko pitanje, slobodno mi to recite i možemo prijeći na drugu temu. Također, uvijek možemo napraviti pauzu da se odmorite ili prekinuti intervju ako Vi tako želite.

- Mobilni telefoni trebaju biti isključeni ili stišani.

- Imate li pitanja za mene prije nego što krenemo?

2.) PACIJENT

- Molim Vas da se ukratko predstavite? (npr. koliko vam je godina, zbog čega dolazite psihijatru, imate li djece, i sl.)

2.1.) ISKUSTVO RODITELJSTVA KOD PACIJENATA OBOLJELIH OD PSIHIČKIH POREMEĆAJA

2.1.1. KAO ŠTO SMO SPOMENULI, TEMA OVOG RAZGOVORA JE RODITELJSTVO.

RECITE MOLIM VAS KAKAV ODNOS IMATE SA SVOJOM DJECOM.

- Koliko vremena provodite sa svojim djetetom/djecom? (dnevno/tjedno)

- Što radite kad ste zajedno?

- Na koji način komunicirate sa svojim djetetom/djecom?

2.1.2. KOJE SU, PO VAMA, LIJEPE STRANE RODITELJSTVA?

- U čemu uživate otkad ste roditelj?

- Igrate li se sa svojom djecom? (koje igre?)

- Čitate li djeci priče / odlazite u šetnje, izlete / odlazite u kino, kazalište?

- Kako roditeljstvo utječe na Vaš odnos sa partnerom-icom / supružnikom-com?

2.1.3. KOJI SU PO VAMA IZAZOVI S KOJIMA SE SUSREĆETE KAO RODITELJ?

- Što vam je teško kao roditelju? (npr. nespavanje, djetetov pubertet, financije...)

- Utječu li Vaši psihički problemi na odnos s djecom i obitelji?

- jeste li zbog svoje bolesti morali biti odvojeni od djeteta/djece/obitelji?

2.1.4. JE LI VAŠ RODITELJ IMAO/LA PSIHIČKE PROBLEME I KAKO JE TO UTJECALO NA VAS?

- Je li roditelj (otac/majka) išao/la kod psihijatra? Zbog čega?

- Kako je bolest roditelja utjecala na vas?

- Jeste li kao dijete bili svjesni da roditelj ima psihičkih smetnji?

- Jeste li ikada osjećali obavezu pomoći roditelju?

- Kako je bolest roditelja utjecala na Vaš odnos s vršnjacima?

- Kako je bolest roditelja utjecala na Vaš odnos s profesorima?

2.2.) ULOGA SUSTAVA I PSIHIJATRIJSKIH SLUŽBI

2.2.1. NA KOJI NAČIN, PREMA VAŠEM ISKUSTVU, PSIHIJATRI I SLUŽBE MENTALNOG ZDRAVLJA PRISTUPAJU S PACIJENTIMA KOJI SU RODITELJI?

- Jesu li psihijatri i drugi profesionalci razgovarali s Vama o Vašoj djeci i obitelji?
- Jesu li psihijatri i drugi profesionalci razgovarali s Vašom djecom i obitelji kako bi im objasnili zašto se Vi morate liječiti?
- Jesu li Vam pomogli da usvojite neke nove vještine kao roditelj?
- Jeste li dobili adekvatnu podršku sustava u ostvarivanju roditeljske uloge? (npr. psihijatrijske službe, socijalne službe i sl.)

2.2.2. KAKO JE PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE UTJECALO NA VAŠU RODITELJSKU ULOGU?

- Jeste li nakon liječenja promijenili odnos/komunikaciju s obitelji/djecom?
- Jesu li Vam neki aspekti liječenja pomogli u vašoj roditeljskoj ulozi?
- Ako da, možete li navesti primjer? Je li se radilo o lijekovima i/ili psihoterapiji ili nečemu trećem?
- Je li Vam psihijatrijsko liječenje odmoglo u roditeljstvu? Molim navedite primjer (npr. odvojenost od djece/obitelji tijekom hospitalizacije)

2.2.3. ŠTO BISTE PROMIJENILI U PRISTUPU PACIJENTIMA S PSIHIČKIM PROBLEMIMA KOJI SU RODITELJI?

- Što bi psihijatri i psihijatrijske službe trebale promijeniti u svom pristupu?
- Što bi trebalo unaprijediti?
- Što je vama najviše smetalo/nedostajalo vezano za obiteljski život?
- Navedite mi neke primjere? Možete li ih bolje objasniti? Jeste li to primijetili samo vi ili i Vaša obitelj?

2.2.4. SIGURNO STE SE U SVOM ŽIVOTU / LIJEČENJU SUSRETI S RAZLIČITIM STRUKAMA/SLUŽBAMA. KAKVO JE VAŠE ISKUSTVO RADA S VIŠE RAZLIČITIH SLUŽBI, NPR. PSIHIJATRIJSKA SLUŽBA, SOCIJALNA SKRB, ŠKOLE, DRUGE MEDICINSKE STRUKE?

- Je li Vam bilo jasno što koja služba radi?

- Jeste li imali problema u komunikaciji s različitim službama?

- Što biste Vi promijenili kako bi se unaprijedila koordinacija između struka/službi?

2.2.5. JESTE LI IMALI KONTAKTA SA SOCIJALNIM SLUŽBAMA VEZANO UZ VAŠU DJECU I RODITELJSTVO? AKO DA, MOŽETE LI OPISATI VAŠE ISKUSTVO?

- Zbog čega ste bili u kontaktu sa Centrom za socijalni rad?

- Koliko dugo ste bili u kontaktu sa Centrom za socijalni rad?

- Je li Vaše iskustvo pozitivno ili negativno? Zbog čega? Navedite primjer

SADA ĆEMO ZAVRŠITI INTERVJU. MOLIM VAS RECITE JESMO LI NESTO PRESKOČILI. ŽELITE LI

NEŠTO VAŽNO DODATI? Hvala!

11. ŽIVOTOPIS

Ana Balenović rođena je 16.08.1995. u Gospiću. Po završetku Osnovne škole dr. Jure Turića u Gospiću, upisuje Opću Gimnaziju Gospić. Uz to, pohađa i osnovnu glazbenu školu, smjer klavir. Studij Medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci upisuje 2013. godine.