Bolesnikov doživljaj bolesti i kontrola kardiovaskularnih čimbenika rizika

Cafuta, Allen

Master's thesis / Diplomski rad

2015

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:353038

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

zir.nsk.hr

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Allen Cafuta

Bolesnikov doživljaj bolesti i kontrola kardiovaskularnih čimbenika rizika

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom doc. dr. sc. Goranke Petriček, specijaliste obiteljske medicine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014/2015.

Mentor rada: doc. dr. sc. Goranka Petriček

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

AIDS – sindrom stečene imunodeficijencije (eng. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

BMI – indeks tjelesne težine (eng. *Body mass index*)

DALY – godine života korigirane u odnosu na nesposobnost (eng. *Disability-adjusted life year*)

DM2 – dijabetes mellitus tip 2

EU – Europska unija

GUK – glukoza u krvi

HbA1c – glikolizirani hemoglobin A1c

HDL – lipoprotein visoke gustoće (eng. *High-density lipoprotein*)

HIV – virus humane imunideficijencije (eng. *Human immunodeficiency virus*)

KBS – koronarna bolest srca

KV – (*prid*.) kardiovaskularni

KVB – kardiovaskularne bolesti

LDL – lipoproteini male gustoće (eng. *Low-density lipoprotein*)

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

SŽB – srčanožilne bolesti

WHO – eng. *World health organization*

SADRŽAJ

SAŽETAK I

SUMMARY II

1. UVOD 1

2. KARDIOVASKULARNE BOLESTI 3
2.1. O KARDIOVASKULARNIM BOLESTIMA 3
2.1.1. KARDIOVASKULARNE BOLESTI – GLOBALNI JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM 4
2.1.2. EPIDEMIOLOŠKA STATISTIKA KARDIOVASKULARNIH BOLESTI U HRVTSKOJ 4
2.2. ČIMBENICI RIZIKA ZA KARDIOVASKULANE BOLESTI 6
2.3. PREVENCIJA I LIJEČENJE KARDIOVASKULARNIH BOLESTI 8

3. DOŽIVLJAJ BOLESTI 9
3.1. MODELI ZDRAVLJA, BOLESTI I LIJEČENJA 9
3.1.1. BIOMEDICINSKI I BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL BOLESTI I ZDRAVLJA 9
3.1.2. SURADNIČKI MODEL LIJEČENJA U OKVIRU KRONIČNE SKRBI 11
3.2. STADIJI DOŽIVLJAJA BOLESTI 12
3.3. MODELI DOŽIVLJAJA BOLESTI 14
3.3.1. ANTROPOŠKI MODEL DOŽIVLJAJA BOLESTI 14
3.3.2. „FIFE“ MODEL DOŽIVLJAJA BOLESTI 15
3.4. STRATEGIJE SVLADAVANJA I NAČINI ŽIVLJENJA S KRONIČNOM BOLEŠĆU 16

4. POJAM ADHERENTNOSTI 18
4.1. UTJECAJI NA ADHERENTNOST 18

5. ANALIZA ČLANAKA DOBIVENIH PRETRAGOM LITERATURE 21
5.1. METODOLOGIJA.....21
5.2. POPIS ČLANAKA.....25
5.3. SAŽECI I REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....26
5.4. RASPRAVA.....31

6. ZAKLJUČAK.....35

7. ZAHVALE 37

8. LITERATURA 38

9. ŽIVOTOPIS 43

SAŽETAK

Bolesnikov doživljaj bolesti i kontrola kardiovaskularnih čimbenika rizika

Allen Cafuta

Rezultati velikog broja istraživanja upućuju da već ustaljena medicinska praksa često pokazuje manjkavost po pitanju odnosa liječnika i bolesnika, jer ne dolazi do ispunjenja potreba i očekivanja bolesnika u procesu konzultacije. Težnja za objektivnošću i emocionalnom distanciranošću kod liječnika može dovesti do toga da bolesnik ne dolazi do izražaja tijekom konzultacije, a time se gubi važan spektar informacija koje uključuju bolesnikove emocije, ideje, poremećaje njegova funkcioniranja uslijed bolesti i očekivanja od liječnika. Posljedica toga jest narušen odnos između liječnika i bolesnika, a smanjena kooperativnost dovodi bolesnika u stanje nezadovoljstva i narušenog doživljaja bolesti, čime je povećana mogućnost problematičnog ishoda bolesti naročito ako uzmemo u obzir da su bolesnici tada skloniji nepridržavanju preporuka liječnika i neadherentnosti na propisanu terapiju. Posebice je niska adherentnost na preporučeno liječenje kardiovaskularnih (KV) bolesti što je istaknuti javnozdravstveni problem u skrbi za ove bolesnike. Budući da velik dio dnevnih odluka vezanih uz kontrolu KV čimbenika rizika donosi sam bolesnik, od velike je važnosti razumjeti bolesnikov doživljaj bolesti kao njegov odgovor na bolest i identificirati čimbenike vezane uz bolesnika koji utječu na kontrolu KV čimbenika rizika te posljedično na stupanj kontrole bolesti, sa svrhom unapređenja ishoda liječenja ovih bolesti. No također, i sami liječnici su nerijetko limitirani u postupcima koje mogu učiniti u vezi neke bolesti, međutim, uključivanjem gore navedenih komponenti povećava se i njihova mogućnost djelovanja. Iz toga proizlazi potreba za ostvarenjem dijaloga na ravnopravnoj razini, gdje se težnja prebacuje na poštovanje, razumijevanje, međusobno uvažavanje te dogovor oko postupaka liječenja.

Ključne riječi: bolesnikov doživljaj bolesti, kardiovaskularne bolesti, kontrola kardiovaskularnih čimbenika rizika, adherentnost bolesnika na preporučeno liječenje

SUMMARY

The patient's experience of the disease and the control of cardiovascular risk factors

Allen Cafuta

Due to numerous studies results, today we can conclude with certainty that the established medical practice shows certain fallacies regarding the relationship between the doctor and the patient, since the needs and expectations of the latter are not met in the consultation process. Striving for objectivity and emotional distance on the doctor's behalf can lead to the patient not being heard during the consultations, which in turn leads to the loss of an important range of information, including the patient's emotions, ideas, functional disorders caused by the disease, and his expectations of the doctor. The consequence thereof is a disturbed doctor-patient relationship, and the reduced cooperation brings the patient into a state of dissatisfaction and skews his experience of the disease. Consequently, the possibility of a problematic outcome of the disease increases, especially if we take into consideration that in such cases patients are more likely not to follow the doctor's orders and not to adhere to the recommended treatment. Adherence to the recommended treatment of cardiovascular (CV) diseases is especially low, which is a noted and notable public health issue when caring for such patients. Since the patient himself decides on most of the daily issues related to the control of CV risk factors, understanding his experience of the disease and seeing it as his response to the disease is of paramount importance. It is therefore highly important to identify the patient-related factors that influence the control of CV risk factors and of the disease itself, all with the purpose of improving the possible outcome of the treatment. The doctors themselves are often limited when it comes to what they can and cannot do about a certain disease; however, by including the aforementioned components, their action range is expanded. Therefore derives the need to establish a dialogue on equal footing, with an emphasis on mutual respect, acceptance, understanding, and agreement on the treatment process.

Key words: the patient's experience of the disease, cardiovascular diseases, control of cardiovascular risk factors, the patient's adherence to recommended treatment

1. UVOD

Pitanja zdravlja i dobrog osjećanja usko su povezani s pojedinčevim doživljavanjem samoga sebe kao cjeline, društvene i moralne osobe. Na to utječu i brojni drugi čimbenici, društvo, ideologije, poimanje zdravlja i bolesti. Kronični bolesnici stoga bolest doživljavaju pod utjecajem razumijevanja društvenog svijeta (Ule M, 2003). Kronična bolest predstavlja kolektivni životni problem, jer se pojavi unutar društvenog konteksta i izaziva poteškoće koje se ne odnose samo na medicinsko zbrinjavanje bolesti (Charmaz K, 2003). Naime, kronična bolest, zajedno s njezinim doživljajem, ulazi u svaku društvenu sferu; bolesnici se ne susreću samo s liječnicima, već prvenstveno i s osobama i skupinama iz svih društvenih sredina. Kronična bolest zadire u svakodnevni život bolesnika, u njegove odnose s okolinom, jako utječe na društvene odnose i doživljavanje samoga sebe (Adam P i Herzlich C, 2002).

Priroda kroničnih bolesti uzrokuje stalnu mijenu uloga kroničnog bolesnika – ujedno i izmjenično se nađe u ulozi bolesnika i zdrave osobe, zahtijeva liječenje i akutni je bolesnik, te istovremeno pokušava kontrolirati svoju bolest i uključiti ju u svoj život. Na taj način su mnoge stresne situacije, neizvjesnost zbog nepredvidljivosti bolesti i strah od posljedica, te napredovanje bolesti vjerni pratitelji kroničnog bolesnika, a pojavljuju se i pitanja društvenih uloga. Nerijetko su kronični bolesnici zbog svoje bolesti stigmatizirani, ona često postane glavna okosnica stigmatizirane osobe i prekrije sve druge identitete osobe što još jače narušava njihovu ranjenu sliku o sebi i potakne dodatno preispitivanje identiteta. Ujedno njihovo psihosocijalno stanje utječe na fizičko stanje bolesti i obrnuto (Ule M, 2003).

Potonje u potpunosti vrijedi i za kardiovaskularne bolesti, najrašireniju skupinu kroničnih nezaraznih bolesti u svijetu, koje uglavnom pogađaju stariju populaciju bez obzira na razrednu, spolnu ili rasnu pripadnost. Istraživanja upućuju da se naglasak uglavnom pridaje biomedicinskom zbrinjavanju ovih bolesti, dok se premalo pažnje usmjerava na njihov psihosocijalni aspekt, posebno bolesnikov doživljaj tih bolesti, kao i razumijevanju modela i obrazaca iskustva bolesnika s kardiovaskularnim bolestima i rizičnim čimbenicima za razvoj istih.

Upravo je taj manjak pozornosti na doživljaj bolesti, a s obzirom da velik udio dnevnih odluka vezanih uz kontrolu KV čimbenika rizika donosi bolesnik sam, predmet ovog diplomskog rada. Cilj ovog diplomskog rade je pregledom literature istražiti i utvrditi kako bolesnici doživljavaju kroničnu bolest, prepoznati čimbenike vezane uz bolesnika koji utječu na kardiovaskularne čimbenike rizika, kako bolest utječe na njihov svakodnevni život, odnose, kako su se suočili s bolešću, kakva su njihova iskustva, kako njihov doživljaj i prihvaćanje bolesti utječe na njih i njihovu okolinu, te ideologija zdravlja i bolesti.

Okosnica ovog diplomskog rada dosadašnja su saznanja i istraživanja koja upozoravaju, da je uvidom u bolesnikov doživljaj bolesti, moguće odrediti ključne čimbenike važne za prilagodbu na kardiovaskularnu bolest kao kroničnu bolest i kontrolu rizičnih čimbenika za istu (Petriček G, 2012). Dokazano je da će skrb koja uzima u obzir bolesnikov doživljaj rezultirati većim zadovoljstvom, boljom suradljivošću, većom samostalnošću bolesnika i boljim kontinuitetom skrbi.

Diplomski rad je sadržajno podijeljen u dva dijela – teorijski i prikaz analize članaka dobivenih pretragom literature.
U prvom poglavlju teorijskog dijela prikazane su kardiovaskularne bolesti kroz epidemiološke podatke, rizične čimbenike, prevenciju i liječenje. Pozornost je pridodana epidemiološkim podatcima, koji govore koliki javnozdravstveni problem i ekonomsko opterećenje kardiovaskularne bolesti predstavljaju za zdravstveni sustav. Drugo poglavlje posvećeno je doživljaju bolesti, u kojem su razmotreni modeli poimanja zdravlja i bolesti, modeli i stadiji doživljaja bolesti te strategije svladavanja kronične bolesti. Treće je poglavlje smisleni nastavak prva dva i u njemu je opisan pojam adherentnosti bolesnika u procesu liječenja, odnosu bolesnika i liječnika, te čimbenicima koji određuju i utječu na adherentnost na propisanu terapiju.
U drugom dijelu diplomskog rada prvo su prikazani analizirani znanstveni članci, a potom rezultati njihovih istraživanja, te rasprava istih.

2. KARDIOVASKULARNE BOLESTI

2.1. O KARDIOVASKULARNIM BOLESTIMA

Kardiovaskularne bolesti su bolesti srca i krvožilnog sustava, a prema X. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti, povreda i uzroka smrti u tu skupinu pripadaju:

- akutna reumatska groznica (I00-I02)
- kronične reumatske srčane bolesti (I05-I09)
- hipertenzivne bolesti (I10-I15)
- ishemične (koronarna) bolesti srca (I20-I25)
- plućna bolest srca i bolesti plućne cirkulacije (I26-I28)
- ostali oblici srčane bolesti (I30-I52)
- cerebrovaskularne bolesti (I60-I69)
- bolesti arterija, arteriola i kapilara (I70-I79)
- bolesti vena, limfnih žila i limfnih čvorova, nesvrstane drugamo (I80-I89)
- ostale i nespecificirane bolesti cirkulacijskog sustava (I95-I99)

Najčešće u skupini kardiovaskularnih bolesti su ishemijske bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti, okluzivna bolest perifernih arterija, te hipertenzija koja predstavlja i zasebnu bolest i rizični čimbenik za neke bolesti srca. U osnovi svih tih bolesti najčešće se krije ateroskleroza.

Bolesti srca i krvnih žila predstavljaju glavni uzrok smrtnosti u većini razvijenih zemalja, važan su uzrok invaliditeta i pridonose velikim udjelom brzom porastu troškova za zdravstvo. U projektu Svjetske zdravstvene organizacije u kojem su sudjelovale 22 države i 30 populacija, utvrđeno je, da su kardiovaskularne bolesti uzrok 25 do 45% svih smrti u zemljama sudionicama, usprkos tome što se smrtnost u različitim dijelovima svijeta uveliko razlikovala. Također je utvrđeno, da je vodeći problem povišeni krvni tlak, koji je bio učestaliji kod žena, pogotovo starije životne dobi (WHO, 2006).

2.1.1. Kardiovaskularne bolesti – globalni javnozdravstveni problem

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, 2008. godine kardiovaskularne bolesti bile su uzrok smrti 17,3 milijuna ljudi na razini svijeta, odnosno 30% sveukupne smrtnosti, od toga 7,3 milijuna smrti od ishemijske bolesti srca, a 6,2 milijuna od cerebrovaskularnih bolesti. Više od 3 milijuna tih smrti bilo je u dobi do 60 godina. Udio prijevremenih smrti od kardiovaskularnih bolesti varira od 4% u visoko dohodovnim zemljama do 42% u nisko dohodovnim zemljama. Procjenjuje se da će do 2030. godine 23,6 milijuna ljudi godišnje umirati zbog kardiovaskularnih bolesti (HZJZ 2013 prema Kralj V).

Na razini Europe odgovorne su za 4,3 milijuna smrti godišnje, odnosno 48% svih smrti i to 54% smrti u žena i 43% smrti u muškaraca. U zemljama Europske unije odgovorne su za 42% smrti. Prema podacima europske statistike o kardiovaskularnim bolestima one su vodeći uzrok smrti u žena u svim zemljama Europe, te u muškaraca također, osim u Francuskoj, Nizozemskoj i Španjolskoj. Nešto manje od polovine smrti od kardiovaskularnih bolesti uzrokovano je ishemijskim bolestima srca, a oko trećine cerebrovaskularnim bolestima. Kardiovaskularne bolesti vodeći su uzrok smrti i u dobi do 65 godina na razini Europe. Uzrokuju 31% smrtnosti u muškaraca i 29% smrti u žena dobne skupine do 65 godina, dok su u zemljama EU na drugom mjestu s udjelom od 24%, iza novotvorina s udjelom od 35% u ukupnoj smrtnosti te dobi (HZJZ 2013 prema Kralj V).

2.1.2. Epidemiološka statistika kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je 2013. godine umrlo 50 386 osoba. Vodeći uzrok smrti su kardiovaskularne bolesti s 24 232 umrle osobe i udjelom od 48,1% u ukupnom mortalitetu. Navedeno upućuje da je gotovo kod svakog drugog umrlog u Hrvatskoj uzrok smrti bila jedna od bolesti kardiovaskularnog sustava. Među umrlima od kardiovaskularnih bolesti bilo je 41,8% muškaraca i 54,2% žena (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 2014., HZJZ 2015). S udjelom od 12% zabilježenih dijagnoza u ordinacijama obiteljske medicine u 2014. godini kardiovaskularne bolesti

zauzele su drugo mjesto, odmah iza bolesti dišnog sustava čiji je udio bio 15.6%. Hipertenzivne bolesti su bile najučestalija dijagnostička podskupina u skupini bolesti srca i krvnih žila, a slijedile su redom: druge srčane bolesti, ishemijske bolesti, bolesti vena i cerebrovaskularne bolesti (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 2014., HZJZ 2015).

2.2. ČIMBENICI RIZIKA ZA KARDIOVASKULARNE BOLESTI

Čimbenici rizika za kardiovaskularne bolesti mogu se podijeliti na one na koje se može utjecati i na one na koje ne možemo utjecati.

Rizični čimbenici na koje ne možemo utjecati jesu dob i spol (muškarci iznad 45 godina, žene iznad 55 godina, ili žene u prijevremenoj menopauzi bez nadomjesne terapije estrogenom) i pozitivna obiteljska anamneza (prijevremena smrt uslijed koronarne bolesti srca, infarkta miokarda ili iznenadne smrti u dobi prije 55. godine bliskih muških srodnika ili 65. godine ženskih članova obitelji).

Najznačajniji čimbenici na koje se može utjecati su: hipertenzija, hiperlipidemije, pušenje, pretilost, nepravilna prehrana, tjelesna neaktivnost i dijabetes. Među njima su najrašireniji pušenje, hipertenzija i hiperlipidemije, a prevalencija pretilosti i dijabetesa posljednjih desetljeća bilježi izraziti porast. U svijetu 15-37% odraslog stanovništva ima hipertenziju, dok je prevalencija hipertenzije u osoba u dobi 60 i više godina oko 50%, s tim da je viša u urbanim nego u ruralnim područjima. Procijenjena prevalencija pušenja iznosi 30-40%. Prevalencija dijabetesa, koji osobito podiže rizik za ishemične bolesti srca, moždani udar i perifernu vaskularnu bolest, u posljednja dva desetljeća je izrazito porasla i iznosi 5-10%. Trenutno se procjenjuje da u svijetu ima oko 600 milijuna ljudi s hipertenzijom i preko 350 milijuna osoba s dijabetesom, a približno podjednaki broj ima oštećenu toleranciju glukoze, koja također povećava rizik za bolesti krvnih žila (WHO, 2011).

Rezultati Hrvatske zdravstvene ankete, istraživanja čimbenika rizika, provedene 2003. godine ukazuju na njihovu značajnu proširenost u našoj populaciji. Povišeni krvni tlak zabilježen je u 46% muškaraca i 43% žena u dobi iznad 18 godina. Prevalencija svakodnevnih pušača zabilježena je u 34% muškaraca i 22% žena. Pretilost je utvrđena u 20% muškaraca i žena. Podaci o tjelesnoj aktivnosti pokazali su nedovoljnu tjelesnu aktivnost u velikom broju ispitanika. Prema procjenama SZO, 66,5% opterećenja bolestima u Hrvatskoj mjereno s DALYs uzrokuje sedam vodećih čimbenika rizika. To su pušenje s udjelom od 15,8%, slijede povišeni krvni tlak

(13,8%), povišeni kolesterol (10,7%), alkohol (9,7%), debljina (9,2%), tjelesna neaktivnost (4,1%) te malo voća i povrća u prehrani (3,2%) (Vuletic S i Kern J, 2003).

Svjetska zdravstvena organizacija procijenjuje na osnovi praćenja demografskih trendova, trendova mortaliteta i morbiditeta kao i ekonomskih modela daljnji porast četiriju kardiovaskularnih bolesti, posebice u zemljama u razvoju (WHO, 2006). U okviru studije globalnog opterećenja bolestima, među 15 vodećih uzroka bolesti i ozljeda u svijetu 1990. godine ishemijske bolesti srca nalazile su se na petom mjestu, a cerebrovaskularne bolesti na šestom mjestu (Mathers CD et al, 2002). U procjenama za 2020. godinu predviđa se međutim, da će se na svjetskoj razini ishemijske bolesti srca nalaziti na prvom mjestu, a cerebrovaskularne bolesti na četvrtom mjestu, iza unipolarnih depresivnih poremećaja i cestovnih prometnih nesreća. U razvijenim zemljama biti će na prvom i drugom mjestu.

2.3. PREVENCIJA I LIJEČENJE KARDIOVASKULARNIH BOLESTI

Kao što je već rečeno, za kardiovaskularne bolesti je karakteristično, da imaju zajedničke čimbenike rizika (povišen ukupni i LDL kolesterol, snižen HDL kolesterol, povišen krvni tlak i GUK, nepravilna prehrana, tjelesna neaktivnost, pušenje, prekomjerno konzumiranje alkohola, debljina i stres), koji ubrzavaju njihov nastanak i razvoj, a zdravim načinom života i zdravom prehranom mogu se uspješno zaustaviti ili barem odgoditi njihov nastanak u neko kasnije životno doba.
Zdravim stilom života moguće je smanjiti većinu čimbenika rizika, a to ukratko podrazumijeva prestanak pušenja, puno tjelesne aktivnosti, održavanje optimalne tjelesne težine i zdrava prehrana (Mayo Clinic Proc, 2009).

Briga za zdravlje počinje primarnom prevencijom, što podrazumijeva smanjenje tjelesne mase kod pretilih, ograničenje unosa soli na manje od 6 grama, prestanak pušenja, umjerenu konzumaciju alkohola (manje od 10-30 g/dan za muškarce i manje od 10-20 g/dan za žene), povećanje aerobne fizičke aktivnosti (Di Castelnuovo A et al, 2006). Primarna prevencija kardiovaskularnih bolesti uključuje opće mjere, koje se temelje na usvajanju načela zdravog načina života (Mayo Clin Proc, 2009).

U sekundarnu prevenciju kardiovaskularnih bolesti uključene su nefarmakološke mjere - promjena životnog stila, optimalno farmakološko liječenje i moguća revaskularizacija miokarda kojima se nastoji prekinuti pogoršanje bolesti, te liječiti i zaustaviti proces bolesti (Smith SC Jr et al, 2006).

Tercijarna prevencija kardiovaskularnih bolesti uključuje rehabilitaciju, kojoj je zadatak bolesnika, nakon preboljele bolesti ili nakon pogoršanja, što prije vratiti u normalan život.

3. DOŽIVLJAJ BOLESTI

3.1. MODELI ZDRAVLJA, BOLESTI I LIJEČENJA

3.1.1. Biomedicinski i biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja

Prema biomedicinskoj konceptualizaciji bolesti i zdravlja, a koja predstavlja temelj zapadne medicine od 19. stoljeća, zdravlje i bolest su isključivo biološki uvjetovane pojave koje odražavaju fizikalno-kemijske procese u tijelu pojedinca i neovisne su o psihološkom i socijalnom kontekstu u kojem osoba živi. Ovakvo poimanje možda je bilo pogodno za klinički i istraživački rad u vrijeme prevladavanja akutnih, posebice zaraznih bolesti tj. bolesti jednog uzročnika, koje su i bile glavni medicinski problem s kraja 19-tog i početka 20–tog stoljeća. Tako je cilj istraživanja u okviru navedenog modela pronalazak čimbenika koji dovodi do pojave bolesti, primjerice kao što virus HIV uzrokuje AIDS. No, učinkovitost biomedicinskog modela postala je upitna nakon masovne pojave novih, nezaraznih i kroničnih bolesti, u čijem nastajanju važnu ulogu imaju brojni čimbenici, a između ostalih i psihološki i socijalni. Stoga, iako biomedicinski model iziskuje od liječnika da u svojoj kliničkoj praksi pristupa bolesniku na racionalan i objektivan način, on je i redukcionistički jer potiče liječnika da se usredotoči isključivo na biološke poremećaje u organizmu, te reducira bolest samo na razinu stanica i tkiva, ne uzimajući u obzir djelovanje drugih čimbenika, poput okoliša, socijalne sredine i psihičkih stanja (Annandale E, 1998).

Pored kritike biomedicinskog modela da je redukcionistički, ističe se i karakteristika jednodimenzionalnosti ovog modela jer tumači bolest samo kao poremećaj biološkog, odnosno tjelesnog funkcioniranja. Model prenaglašava bolest, a zanemaruje zdravlje tj. nedovoljno naglašava važnu ulogu medicine i u očuvanju zdravlja, a ne samo u liječenju bolesti. I konačno, biomedicinski model zauzima mehanički pristup bolesti jer ljudsko tijelo promatra kao mehanizam koji liječnici popravljaju ako se nešto u njemu pokvari. Upravo zbog navedenih nedostataka biomedicinskog modela javila se potreba za novim modelom, novim pristupom zdravlju i bolesti (Havelka M, 2002).

Osim biomedicinskog modela bolesti i zdravlja, postoje i razni ideološki suprotstavljeni humanistički modeli bolesti i zdravlja, među kojima se naročito ističe biopsihosocijalni (Marcum JA, 2008).

Riječ je o modelu čije je teoretske postavke razvio američki psihijatar i internist George Engel, a u suštini predstavlja kritiku biomedicinskog modela; njegova ishodišna točka je da biomedicinski model ima status dogme u zapadnoj medicini, pri čemu se ne preispituju potencijalni nedostaci, a ograničenja se zanemaruju. Usprkos što je bio svjestan važnosti toga modela u razvoju medicine, Engel je ipak istaknuo njegova tri fundamentalna i praktična nedostatka.

Prvi je taj što se u biomedicinskom modelu stavlja naglasak na tjelesno, a zanemaruje psihosocijalno. Problem je u tome što biokemijske promjene ne znače nužno i uvijek bolest, već to ovisi o bolesnikovom subjektivnom doživljaju simptoma kao i o društvenom okruženju u kojemu živi (psihološki i socijalni čimbenici). Zbog takvog shvaćanja, poimanje bolesti od strane znanstvenika u mnogočemu je iskrivljeno i pojednostavljeno.

Druga kritika odnosi se na isključivanje i negiranje svih ljudskih iskustava koja se ne mogu objasniti fizikalno-kemijskim promjenama, usprkos tome što ishodi mnogih bolesti ovise o bolesnikovom shvaćanju simptoma i samog tijeka liječenja. Rezultat toga je spomenuti materijalistički i redukcionistički pristup bolesniku prema kojem liječnik može djelovati hladno i odbojno te takvim ponašanjem umanjiti povoljan ishod liječenja (Engel GL, 1977).

Kao treći nedostatak biomedicinskog modela Engel navodi njegovu pretpostavku, da liječnik prema pacijentu održava objektivan i emocionalno udaljen stav. Time se zanemaruje važnost odnosa između pacijenta i liječnika koji može svakako povoljno djelovati na klinički ishod, što se prvenstveno može odraziti u motiviranosti bolesnika za prihvaćanje stručnih uputa i adekvatno zdravstveno ponašanje.

Na temelju navedenog, Engel postavlja temelje biopsihosocijalnom modelu bolesti i zdravlja prema kojem su ljudsko zdravlje i bolest uvjetovani međudjelovanjem većeg broja faktora – biološki (npr. poremećaj metabolizma), psihološki (npr. doživljena kvaliteta života) i socijalni (npr. obrazovanje osobe, dostupnost medicinske skrbi) (Engel GL, 1980).

Međutim, unatoč dokazanoj povezanosti navedenih čimbenika kod velikog broja kroničnih bolesti, ovaj model još uvijek ne dolazi do jasnog izražaja već i dalje ostaje uglavnom predmet teorijskih rasprava i istraživanja (Alonso Y, 2004).

3.1.2. Suradnički model liječenja u okviru kroničke skrbi

Biopsihosocijalni model bolesti i zdravlja utjecao je na razvoj novih teorijskih modela odnosa liječnika i pacijenta, a njihova glavna poveznica je ideja partnerskog i ravnopravnog odnosa liječnika i pacijenta. Za razliku od akutnih bolesti kod kojih je težina liječenja u velikoj mjeri na liječniku, kod kroničnih bolesti veliki udio odgovornosti je na samom pacijentu s obzirom da se glavnina liječenja provodi samozbrinjavanjem. Iz toga proizlazi uloga liječnika kao edukatora koji će bolesniku pružiti dodatnu podršku i informacije kako bi on mogao što adekvatnije provoditi samozbrinjavanje u svakodnevici. Time odgovornost za skrb o bolesti, otklanjanje problema i ishodi bolesti postaju zajednički predmet interesa, koje treba temeljiti na međusobnom uvažavanju liječnika kao stručnjaka za bolest i pacijenta kao stručnjaka za život (Holman H i Lorig K, 2000).

Budući da postojeći modeli medicinske skrbi, zasnovani na temelju akutnih bolesti, nisu dostatno zadovoljili potrebe koje nastaju u kroničnim bolestima, predložen je model kronične skrbi. Glavna premisa tog modela je da se skrb i liječenje kroničnih bolesti može poboljšati umrežavanjem triju velikih faktora koji oblikuju zdravstvenu skrb – zajednice kao cjeline, zdravstvenog sustava i zdravstvenih ustanova. Osiguravanje dobre zdravstvene skrbi za kronične bolesnike u okviru modela kronične skrbi zahtijeva reorganizaciju sadašnjeg sustava koji temelji na akutnoj skrbi. To podrazumijeva povezivanje zdravstvenih ustanova s drugim subjektima u zajednici koji mogu pružati adekvatne usluge u liječenju kronične bolesti (npr. udruge bolesnika). Na razini pojedinačnih zdravstvenih ustanova potrebno je omogućiti uspostavljanje partnerskog odnosa između kompetentnih zdravstvenih timova i educiranih, aktivnih bolesnika. Zatim, u organizaciji rada zdravstvenih timova moraju postojati osobe zadužene za osiguranje i organiziranje redovitih postupaka u liječenju kronične bolesti, liječnici obiteljske medicine moraju imati adekvatnu informatičku i lako dostupnu specijalističku podršku u odlučivanju u liječenju (Bodenheimer T et al, 2002b).

3.2. STADIJI DOŽIVLJAJA BOLESTI

Iako najčešće nema valjanog biomedicinskog objašnjenja za bolesnikov problem, prema istraživanjima, razlozi bolesnikova posjećivanja liječnika često su bitniji nego sama dijagnoza. Iz toga proizlazi, da je promjena u socijalnoj situaciji kod kroničnih bolesnika učestaliji razlog razvoja simptoma nego pogoršanje bolesti, te je korisnije odgovoriti: „Zašto sada?“ nego „Što je dijagnoza?“ (Stewart M et al, 2003). Poznato je kako se doživljaj bolesti odvija kroz nekoliko stadija, a prema Reiser i Schroder to su: svjesnost, dezorganizacija i reorganizacija (Reisner D i Schroder AK, 1980).

Ambivalentnost je karakteristika prvog navedenog stadija i kao što sam pojam govori, riječ je o dualnoj prirodi doživljaja, prema kojoj bolesnik ne želi priznati da je bolestan, ali ipak želi saznati istinu i znati što mu se događa.

U praktičnom smislu stadij dezorijentacije predstavlja bolesnika koji je uvidio realnost, nastojao se neko vrijeme s njom boriti, te je na kraju shvatio da je ona istinita; tu prestaje negacija bolesti i bolesnik postaje ranjiva i osjetljiva osoba bez zaštite. U tom tzv. osjetljivom periodu terora bolesti nad čovjekom, bolesnici se učestalo prema liječnicima odnose kao prema roditeljima, a rjeđe zasnuju partnerski odnos. Taj je stadij obilježen bolesnikovim egocentrizmom i zahtjevnošću, ali ujedno i bespomoćnošću usprkos svjesnosti same situacije. To ih može dovesti u izolaciju i potaknuti hipohondarske misli o eventualnim promjenama vlastitog tijela. Također zbog osjećaja ugroženosti vlastite osobnosti, bolesnici gube osjećaj za vrijeme, a pogled u budućnost im postaje fatalistički. Naravno, zbog svega navedenog bolesnici žele vratiti barem dio kontrole nad vlastitim životom, najčešće u pogledu pobune, što najčešće dovodi do autodestrukcije.

Reorganizaciju obilježavaju pokušaji bolesnika, da mobiliziraju svu svoju unutrašnju snagu sa ciljem pronalaska novog smisla, a to prije svega ovisi o težini i stupnju razvoja bolesti, te o samoj psihičkoj snazi bolesnika. Ne treba zanemariti ni društvenu podršku, posebice onu koja dolazi od obitelji, kao niti podršku liječnika (Reiser D i Schroder AK, 1980).

Navedeni stadiji bolesti predstavljaju normalni ljudski odgovor na „katastrofu“ koju je prouzročila bolest te ih je za očekivati kod pojave nove bolesti. Stoga, kako bi liječnik pomogao bolesniku da prihvati bolest i što lakše se nosi s njom, tehničke kompetentnosti liječnika iako važne, ipak nisu dovoljne. Potrebne su i liječnikove „ljudske“ kompetentnosti (Kestenbaum V, 1982).

3.3. MODELI DOŽIVLJAJ BOLESTI

3.3.1. Antropološki model doživljaja bolesti

Jedan od brojnih modela bolesnikova doživljaja bolesti razvili su medicinski antropolozi; on se zasniva na konceptu bolesnikova vlastitog poimanja bolesti, odnosno njenog uzroka, tijeka i ishoda (Green AR et al, 2002).
Kako bi liječnik uvidio navedeni model bolesnikova poimanja bolesti, on mora postaviti određena ciljana pitanja: Možete li pojasniti razlog vašeg današnjeg dolaska? Poznajete li nekoga sa sličnim ili istim problemom? Što mislite da je uzrok vašeg problema? Što mislite zašto se Vaš problem pojavio baš sada? Jeste li razmišljali o eventualnoj prognozi i mogućim ishodima? (Kleinman A, 1999).

Da bi se mogao dobiti cjeloviti uvid u bolesnikov doživljaj bolesti, liječnik osim odgovora na ciljana pitanja, mora obratiti pozornost također i na neverbalne znakove i govor tijela; primjerice otežano disanje, strah, plač i slično.

Prema istraživanju Levinsona i suradnika, većina je znakova i signala emotivne prirode što liječnicima omogućuje priliku za pružanje empatije i osobne veze. No, ukoliko se ta komponenta ne prepozna pravovremeno i ispravno, bolesnici će se opetovano vraćati liječniku zbog jednog te istog problema, tzv. sindrom „česti korisnik“ (Levinson W et al, 2000). Isto tako, liječnik bi trebao obratiti pozornost i na bolesnikovu osobnu priču koja može biti povezana s određenim rizicima, te na njegovu osobnu zabrinutost koja se može očitovati u traženju drugog mišljenja ili traženju prijevremenog kontrolnog pregleda (Lang F et al, 2000).

Na kraju valja napomenuti kako su bolesnikove metafore bolesti zapravo osobne priče i pogledi bolesnika na bolest, koje također mogu pridonijeti razumijevanju bolesnikova doživljaja bolesti. Tako će liječnikova sposobnost razumijevanja i uvid u bolesnikovu metaforu bolesti doprinijeti razumijevanju bolesnikova doživljaja bolesti te u konačnici rezultirati jačanjem uloge i liječnika i bolesnika, a time i dobivanjem cjelovite slike bolesti.

3.3.2. „FIFE“ model doživljaja bolesti

Najčešći prihvaćeni model doživljaja bolesti, FIFE, rezultat je rada Moire Stewart i suradnika. Akronim imena dolazi iz engleskog jezika – *Feelings, Ideas, Functions, Expectations;* i obuhvaća četiri osnovne karakteristike dotičnog modela doživljaja bolesti: bolesnikove osjećaje, ideje o tijeku događaja, utjecaj bolesti na funkcije i očekivanja bolesnika od liječnika (Stewart M, 2003).

Kakvi su bolesnikovi osjećaji?
Postoje li strahovi? Ima li bojazan od eventualne maligne bolesti? Iako se uglavnom bolesnici osjećaju uznemireno ili krivo zbog bolesti, pojedini bolesnici shvaćaju bolest kao priliku za izmicanje očekivanjima i obvezama.

Koje su bolesnikove ideje o bolesti?
Ovisno o razini na kojoj se razmišlja o bolesti, ideje o bolesti mogu biti dvojake. Tako se bolesnik s glavoboljom, površno može zapitati: „Je li moja glavobolja migrenska?“, no, na dubljoj razini može razmišljati o pravom značenju iste. Često se bolest poima kao nepopravljivi gubitak i kazna čiji je krajnji ishod da bolesnik postane ovisan o nekome, ali mnogima pak ona predstavlja dragocjeno životno iskustvo.

Koji su utjecaji bolesti na bolesnikovo svakodnevno funkcioniranje?
Ograničava li bolest bolesnika u njegovoj svakodnevici? Utječe li na odnose unutar obitelji? Umanjuje li kvalitetu života, te je li u sukladno tome potrebna izmjena stila života? Ukoliko bolesnik osjeća krivnju, je li svjestan korelacije s bolešću?

Što bolesnik očekuje od liječnika?
S obzirom na veliku dostupnost informacija, naročito putem modernih masovnih medija (internet), bolesnici dolaze liječniku već s unaprijed određenim očekivanjima, a nerijetko i zahtjevima. Budući da je bolest sama po sebi nelagodno iskustvo, bolesnik može osjećati i neugodu u iznošenju vlastitog problema koji je tada obično prezentiran mnogobrojnim simptomima. Na liječniku je tada, da stvori sigurno i povjerljivo ozračje za bolesnika i to tako da s vremena na vrijeme odgovori na sve simptome postavljajući dodatna podpitanja: „Osjećam da ste zabrinuti, muči li vas nešto? Mogu li vam ikako pomoći?“ (Thornsen H et al, 2001).

3.4. STRATEGIJE SVLADAVANJA I NAČINI ŽIVLJENJA S KRONIČNOM BOLEŠĆU

Mehanizme svladavanja bolesti u prvoj liniji dijelimo na kognitivne (npr. način razmišljanja) i bihevioralne (one koji su povezani s djelovanjem). Druga važna podjela je na emocionalnu strategiju suočavanja u kojoj bolesnik pokušava minimizirati osjećaje kao posljedicu bolesti, te na problemski usmjerenu strategiju suočavanja u kojoj bolesnik pokušava otkloniti probleme povezane s bolešću (Radley A, 1995).

Istraživanja pokazuju da je odluka za određeni način suočavanja s bolešću ovisna i od socijalne pripadnosti bolesnika. Bolesnici iz nižih društvenih slojeva se uglavnom opredjele za emocionalnu strategiju, dok bolesnici iz socijalno viših slojeva obično pribjegavaju bihevioralnim i problemskim načinima suočavanja s bolešću (Radley A, 1995).

Načini na koje će se pojedinac suočiti s bolešću rezultat su njegovog cjelokupnog načina življenja kojeg možemo podijeliti na psihičku, socijalnu i medicinsku sastavnicu. Pojava kronične bolesti predstavlja stresni događaj u osobnom životu svakoga pojedinca bez obzira o kojoj se bolesti radi, stoga da bismo razumjeli bolesnikovu prilagodbu na nju, potrebno je proučiti niz čimbenika koji utječu na pojedinca i njegov stil života.

Kronični bolesnik se sa svojom bolešću mora suočavati na dvije razine – prva je odnos pojedinca spram društva, a druga se tiče svladavanja bolesti. Različiti su načini prilagodbe kroničnih bolesnika, a zavisni su od njegove socijalne situacije i izvora koji su bolesniku dostupni (materijalni, socijalni, obrazovni) te o samom biografskom kontekstu bolesnika.

Postoje četiri načina prilagodbe kroničnih bolesnika s obzirom na životni stil, a razlikuju se prema četiri različita čimbenika. Prva dva čimbenika odnose se na sudjelovanje osobe u društvenom životu (vanjski način suočavanja s bolešću); pojedinac je u procesu svoje bolesti izgubio ili održao društveni život. Druga dva čimbenika tiču se odnosa osobe prema bolesti (unutarnji način suočavanja s bolešću); može biti suprotstavljen ili sukladan. Uzimanjem u obzir sva četiri

čimbenika dobiju se četiri načina življenja s kroničnom bolešću: aktivno negiranje, prilagodba (akomodacija), sekundarna dobit i rezignacija (Radley A 1995).

Aktivno negiranje je značajno za one bolesnike koji svoju bolest ne prihvaćaju i pripisuju joj malu važnost. To podrazumijeva očuvanje društvenih kontakata, no istovremeno podrazumijeva i suprotstavljen odnos između osobnosti i bolesti. Bolesnik intenzivno koristi izvore svakodnevnog života kako bi minimizirao učinke bolesti, bolesti ne pridaje veliku pažnju, a znakove bolesti pokušava normalizirati i što je više moguće aktivno živjeti. Ti bolesnici odaju dojam bezbrižnosti.

Prilagodba (akomodacija) podrazumijeva očuvanje društvenog života i ujedno individualno približavanje zahtjevima bolesti, što znači da bolesnik prihvati svoju bolest i prikladno promijeni svoj svakodnevni život i rad, dakle osoba aktivno uključi bolest u svoj život.

Sekundarna dobit se odnosi na dobivanje pozitivnih kvaliteta koje pojedincu donosi bolest, a temelji se na bolesnikovom pozitivnom tumačenju iskoraka iz ustaljenog životnog stila; osoba „uključi sebe u bolest“. Ti se bolesnici prilagode bolesti i ne pokušavaju ići preko svojih mogućnosti, već optimističnim mišljenjem nastoje pomoći sebi i drugima.

Rezignacija je karakterizirana smanjenom prisutnošću u društvenom svijetu, a ujedno i raskorak između osobnih očekivanja i zahtjeva bolesti. Bolesnik se povlači iz društvenog života, a bolest doživljava kao razorni čimbenik svojeg života, što na kraju rezultira naporom u svladavanju bolesti (Radley A, 1995).

Iz navedena četira načina prilagodbe i življenja s kroničnom bolešću vidljivo je da neke pojedince kronična bolest ne mora isključiti iz društvene okoline, već dolazi samo do promjene njihovog društvenog položaja. Kako će bolesnik svladavati svoju bolest ne ovisi samo o društvenoj okolini, nego je to proces koji se odvija između bolesnika i njemu bitnih osoba. Ako bolesnik uspije kontrolirati simptome i svakodnevne režime, lako može povećati sposobnosti, a time stvoriti nove rutine i normalnosti, te se uspješnije nositi s bolešću.

4. POJAM ADHERENTNOSTI

Pojam *adherence* (engl. *to adhere – to stick to, to remain loyal to, adherence* – privrženost, pripadnost) preporuča se u novijoj literaturi pri opisu bolesnikova pridržavanja preporuka liječenja zdravstvenog profesionalca, a obuhvaća suradljivost, sudjelovanje, partnerstvo i uravnoteženost u odnosu između bolesnika i liječnika (Bujas Ž, 2005). Za razliku od suradljivosti (engl. *compliance*) koja je definirana činjenicom da ponašanje bolesnika odgovara preporukama profesionalca, adherentnost predstavlja viši stupanj suradljivosti, jer uključuje da bolesnik, osim što privaća i provodi preporuke profesionalca, ujedno i razumije potrebu pridržavanju preporukama, tj. predmnijeva bolesnikov aktivan stav u provođenju terapije.

Adherentnost bolesnika predstavlja ključnu poveznicu između liječenja i njegovog ishoda, pridonosi boljoj kvaliteti liječenja i ima mjerljive medicinske i ekonomske posljedice (Sabate E, 2003). Za očekivati je, da je kod učinkovitog liječenja ishod bolji kod bolesnika koji dobro surađuju u samom procesu liječenja.

4.1. UTJECAJI NA ADHERENTNOST

Brojne studije pokušale su pronaći uzročno-posljedičnu vezu između različitih faktora i adherentnosti na preporučeno liječenje. Najviše istraživanja po pitanju adherentnosti napravljeno je na području arterijske hipertenzije (Waeber B et al, 2000) i šećerne bolesti (Garay-Sevilla ME et al, 1995). Kako su hipertenzija i šećerna bolest istovremeno i zasebne kronične bolesti kao i čimbenici rizika za srčanožilne bolesti (SŽB), navedeno upućuje kolika je kompleksnost liječenja SŽB, a time i značajan utjecaj adherentnosti bolesnika na ishod liječenja ovih bolesti. Dosadašnja istraživanja pokazala su da na adherentnost utječu sljedeći važni čimbenici:

a) Bolesnikove sociodemografske karakteristike

Spol, starost, bračni status, obrazovanje, socijalni uvjeti, te broj ljudi u zajedničkom kućanstvu pokazali su se kao slabi pokazatelji adherentnosti bolesnika na liječenje (Vermeire E et al, 2001).

Među čimbenicima socijalnog okruženja najjači čimbenik koji utječe na adherentnost je podrška obitelji. Bolesniku sa šećernom bolešću kao KV čimbenikom rizika članovi obitelji mogu predstavljati otežavajuću okolnost za adherentnost na preporučeno liječenje, npr. već sama potreba za promjenom prehrane i stila života može izazvati zaplete u odnosima unutar obitelji i posljedično utjecati na liječenje ukoliko bolesnik unutar obitelji nema definiran način na koji rješava probleme, ili nema osobu koja mu je sposobna pomoći. Važno je i kakvu emocionalnu potporu bolesnik dobiva u različitim fazama bolesti (Garay–Sevilla ME et al, 1995).

b) Čimbenici vezani uz liječenje i lijekove

Trajanje liječenja, broj propisanih lijekova, učestalost uzimanja terapije i zahtjevnost aplikacije, te nuspojave lijekova čimbenici su koji zasigurno utječu na adherentnost. Općenito, pri dužem trajanju liječenja, istovremenoj prisutnosti više bolesti (komorbiditet), te većem broju propisanih lijekova adherentnost bolesnika na propisanu terapiju opada. Utjecaj nuspojava lijekova na adherentnost posebno se ističe kod liječenja bolesti koje obično nemaju simptome, kao što je na primjer hipertenzija. Neugodni ekonomski čimbenici poput plaćanja zdravstvenih usluga, neuređeno zdravstveno osiguranje i visoka cijena lijekova također pridonose smanjenju adherentnosti bolesnika na terapiju (Vermeire E et al, 2001).

c) Bolesnikovi stavovi

Na adherentnost bolesnika na propisano liječenje važnu ulogu imaju pored znanja o bolesti i bolesnikovi stavovi. Stavovi predstavljaju individualni kriterij osobe za procjenjivanje nečega, mišljenje odnosno pogled na neko područje, a povezani su s

bolesnikovim uvjerenjima o zdravlju i bolesti te s njegovom motivacijom za liječenje. Vrlo važan čimbenik je razina bolesnikova znanja i informiranosti o bolesti, načinu i učinkovitosti liječenja, te procijenjen omjer korist liječenja i rizika kojima se izlažu primjenom preporučenog lijeka. Tako su u jednoj studiji uvjerenja o lijekovima bila jači prognostički čimbenik adherentnosti nego klinički i sociodemografski čimbenici. Naime, rezultati su pokazali, da je usprkos uvjerenju, da su lijekovi neophodni, trećina ispitanika bila zabrinuta zbog mogućih nuspojava, što je rezultiralo slabijom adheretnošću (važan je omjer nužnost – zabrinutost) (Horne R i Weinman J 1999).

d) Odnos između bolesnika i liječnika

Često navođen uzrok slabe adherentnosti je neadekvatno sporazumijevanje liječnika i bolesnika. Načelno, postoje dvije vrste komunikacije: prvo je autoritativna ili liječniku usmjerena u kojemu liječnik prije svega pristupa kliničkim problemima bolesnika i njega ne uključuje u odlučivanje o tijeku liječenja. Druga je bolesniku usmjerena u kojoj liječnik pokušava razumjeti bolesnika, objasniti mu moguću pozadinu njegovih problema i zajedno s njim potražiti za njega najbolje rješenje. Komunikacija u sebi uvijek nosi karakteristike osobnosti obiju sudionika od kojih svaki ima svoja očekivanja, želje i osjećaje. Komunikacija je središnja tema odnosa, jer dobra komunikacija poboljšava bolesnikovo zadovoljstvo, mijenja bolesnikova uvjerenja glede zdravlja i liječenja, poboljšava adherentnost na propisanu terapiju i ishod liječenja (Sorta-Bilajac I i Sorta J, 2013).

5. ANALIZA ČLANAKA DOBIVENIH PRETRAGOM LITERATURE

5.1. METODOLOGIJA

Kao izvor podataka korištena je PubMed baza podataka.

Cilj rada definiran je postupnim sužavanjem pretraživane tematike te postavljanjem ograničenja u pretraživanju kako bi se dobilo uže područje iz kojega bi mogli obraditi sve relevantne radove.

Početno pretraživanje baze za široki pojam doživljaja bolesti (engl. illness perception) te kardiovaskularnih čimbenika rizika (engl. cardiovascular risk factors) uključilo je velik broj rezultata (Tablica 1 i 2).

Tablica 1. Rezultati pretraživanja PubMed-a za pojam „illness perception“

Ograničenje pretrage	Broj rezultata pretraživanja	Broj rezultata pretraživanja za zadnjih 10 godina
Bez ograničenja	70746	6604
Klinička istraživanja	10746	36
Meta-analize	35	32
Smjernice za praksu	4	3
Randomizirane kontrolirane studije	477	343
Smjernice	5	3

Tablica 2. Rezultati pretraživanja PubMed-a za pojam „cardiovascular risk factors“

Ograničenje pretrage	Broj rezultata pretraživanja	Broj rezultata pretraživanja za zadnjih 10 godina
Bez ograničenja	135045	86825
Klinička istraživanja	13772	9645
Meta-analize	1523	1295
Smjernice za praksu	516	346
Randomizirane kontrolirane studije	63769	4297
Smjernice	558	360

Kako bismo utvrdili samo radove čiji autori su istraživali povezanost doživljaja bolesti i kardiovaskularnih čimbenika rizika, pretražili smo bazu uključivanjem ova oba pojma (Tablica 3). Navedeno je rezultiralo manjim brojem istraživanja. Interesantno je za zamijetiti da su navedena istraživanja većinom provedena u posljednjih 10 godina godina iako najstariji indeksirani radovi na PubMed-u potječu iz 1918. godine.

Tablica 3. Rezultati pretraživanja PubMed-a za pojam „illness perception AND cardiovascular risk factors“

Ograničenje pretrage	Broj rezultata pretraživanja	Broj rezultata pretraživanja za zadnjih 10 godina
Bez ograničenja	40	35
Klinička istraživanja	5	4
Meta-analize	1	1
Smjernice za praksu	1	1
Randomizirane kontrolirane studije	1	1
Smjernice	1	1

Naposlijetku, kako bismo utvrdili povezanost doživljaja bolesti i kardiovaskularnih čimbenika rizika putem utjecaja na adherentnost na lijekove, ograničili smo područje pretraživanja pridodavanjem pojma adherentnosti (Tablica 4).

Rezultati pretrage pokazuju da je povezanost doživljaja bolesti i kardiovaskularnih čimbenika rizika putem utjecaja na adherentnost na lijekove aktivno istraživana tek posljednjih desetak godina. Pregledom 6 indeksiranih kliničkih istraživanja u PubMed-u, odabrano je svih 6 istraživanja koja su nakon pregleda naslova te provjere sadržaja sažetka u potpunosti odgovarala zadanoj temi.

Tablica 4. Rezultati pretraživanja PubMed-a za pojam „illness perception AND cardiovascular risk factors AND adherence medication“

Ograničenje pretrage	Broj rezultata pretraživanja	Broj rezultata pretraživanja za zadnjih 10 godina
Bez ograničenja	22	20
Klinička istraživanja	6	5
Meta-analize	0	0
Smjernice za praksu	0	0
Randomizirane kontrolirane studije	0	0
Smjernice	0	0

5.2. POPIS ČLANAKA

1. **Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study**

   Chen SL, Lee WL, Liang T i Liao IC. (2014) Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 70(9), 2031-2040.

2. **The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan**

   Chen SL, Tsai JC, Lee WL. (2009) The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patienc with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing,* 18, 2234-2244.

3. **Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden**

   Rajpura, J, Nayak, R. (2014) Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of managed care pharmacy*.2014;20(1):58-65

4. **Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease**

   Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *The Journal of the American Medical Association* 1998; 280: 2001-7.

5. **Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study**

   Petricek G, Vrcic-Keglevic M, Vuletic G, Cerovecki V et al. Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study. *Croatian Medical Journal.* 2009 Dec;50(6):583-93.

6. **Public perceptions of coronary events risk factors: a discrete choice experiment**

   Al Hamarneh YN, Agus A, Campbell D, et al. *British medical journey Open* 2012;2:e001560

5.3. SAŽECI I REZULTATI ISTRAŽIVANJA

1. „Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study“

   Cilj studije je ispitati razlike između spolova u doživljaju bolesti i suradljivosti (adherentnosti) uzimanja preporučenih lijekova u pacijenata s hipertenzijom.
   Longitudinalna studija na uzorku od 118 bolesnika s hipertenzijom (74 muškaraca i 44 žene) provedena je na klinici za kardiovaskularne bolesti u Tajvanu u razdoblju od 2007. do 2009. godine.
   Približno 45% ispitanika nije bilo sigurno jesu li imali bilo kakve simptome nakon postavljanja dijagnoze, dok je njih 32% tvrdilo da nisu imali simptoma – muškarci su naveli nešto više simptoma od žena.
   Studijom je utvrđeno postojanje razlike između spolova u doživljaju bolesti i suradljivosti, odnosno pridržavanju rutinskog uzimanja lijekova – muškarci su imali značajno viši stupanj adherentnosti u redovitom uzimanju lijekova i uspješnije su održavali sistolički tlak unutar referentnih vrijednosti nego žene. Nadalje, u usporedbi sa ženama, muškarci su uzimali više lijekova, ali javljali manje nuspojava, te izražavali veću osobnu kontrolu bolesti od žena. U studiji je potvrđena povezanost urednije vrijednosti sistoličkog i dijastoličkog tlaka s višim stupnjem adherentnosti, te je utvrđeno povećanje adherentnosti s vremenom.
   Uočena je i razlika među spolovima u doživljaju povezanosti između povišenog krvnog tlaka i adherentnosti u medikamentnoj terapiji – muškarci su povišeni krvni tlak doživljavali kao neadekvatni učinak antihipertenzivnih lijekova, dok su žene na to gledale kao nužnost uzimanja lijekova za postizanje željenog ishoda.

2. „The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan“

   Studija istražuje predvidive učinke bolesnikova doživljaja bolesti na adherentnost u terapijskom režimu u pacijenata s hipertenzijom.
   Ispitivanje je provedeno u Tajvanu u dvije klinike za kardiovaskularne bolesti i uključivalo je 277 pacijenata.
   Vodilja studije predstavlja „samoregulacijski model“ u kojem se promatra niz varijabli (sociodemografske varijable, kliničke varijable, prezentacija bolesti, identitet i uzroci) i ispituje povezanost s adherentnošću na preporučene antihipertenzivne lijekove.
   Rezultati su pokazali da je većina pacijenata uzrok svoje bolesti propisala psihološkim i rizičnim faktorima. Adherentnost na propisanu medikamentnu terapiju je iznosila 82.3%, a na samozbrinjavanje i kontrolu KV čimbenika rizika 63.0% (najniža adherentnost je utvrđena za zdravu prehranu). Pacijenti, koji nisu bili sigurni u postojanje simptoma nakon postavljanja dijagnoze hipertenzije, imali su značajno smanjeno opadanje adherentnosti na cjelokupno samozbrinjavanje, nezdravu prehranu i tjelesnu aktivnost od pacijenata bez simptoma. S druge strane, pacijenti koji su mogli prema simptomu predvidjeti vrijednost krvnog tlaka, imali su niži rezultat u nezdravoj prehrani i adherentnosti na samozbrinjavanje od onih koji nisu mogli predvidjeti ili nisu bili sigurni u vrijednost krvnog tlaka. Nadalje, pacijenti koji su živjeli s obitelji, imali su 3.8 puta veću adherentnost na propisanu medikamentnu terapiju od onih koji su živjeli sami. Pacijenti koji su u anamnezi imali hiperlipidemiju, bili su 3.7 puta više adherentni na propisanu terapiju u odnosu na pacijente bez hiperlipidemije u anamnezi. I konačno, stariji pacijenti koji su dulje bolovali od hipertenzije i bili bolje educirani o samoj bolesti, pokazali su veću adherentnost na postupke samozbrinjavanja.

3. „Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden“

   Cilj istraživanja bio je ocijeniti doživljaj bolesti, percepciju opterećenja bolešću, uvjerenje u djelotvornost lijekova i adherentnost na propisanu terapiju na uzorku od 117 starijih bolesnika (više od pola ispitanika bilo je starije od 65 godina) s dijagnosticiranom hipertenzijom.
   Rezultati su pokazali da postoji značajna korelacija između doživljaja bolesti i adherentnosti na propisano liječenje. Bolesnici koji su smatrali bolest većom prijetnjom pokazivali su veću adherentnost na terapiju. Na prvo mjesto, kao uzrok njihove hipertenzije, 56 ispitanika je rangiralo stres, slijedio je životni stil (50 ispitanika), a samo je 8 ispitanika navelo nasljedne faktore kao uzrok njihove bolesti.
   Studija je pokazala, da su pojedinci s jakom zabrinutošću u vezi s preporučenim lijekovima bili manje adherentni u odnosu na bolesnike koji nisu bili zabrinuti u vezi preporučene terapije. S druge strane, bolesnici s jakim uvjerenjem da je lijek neophodan za njih, bili su više adherentni u odnosu na bolesnike s jakim uvjerenjem da je lijek štetan za njih. Također, utvrđena je niska adherentnost na propisane lijekove u ispitanika koji su bili uvjereni da im je liječnik propisao previše lijekova i u onih koji su imali strah od pretjerane konzumacije istih.
   Ispitanici koji su smatrali da ih bolest manje opterećuje i oni s jačim doživljajem bolesti bili su adherentniji na propisanu terapiju i obrnuto.

4. „Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease“

   Istraživanje pokazuje neposredni utjecaj zdravog životnog stila na koronarnu bolest srca. U studiji je sudjelovalo 48 muškaraca i žena s angiografski potvrđenom koronarnom bolešću srca. Ispitanici su slučajnim odabirom podijeljeni u referentni program strandardnog zbrinjavanja i u istraživački program promjene životnog stila, što je podrazumijevalo vegeterijansku dijetu

sa smanjenim unosom masti, prestanak pušenja, trening svladavanja stresa i umjerenu tjelesnu aktivnost.

Koronarografski nalazi su bili kvantitativno obrađeni na početku obaju programa i nakon godine dana.

Rezultati su pokazali, da se je u ispitanika iz skupine s programom promjene životnog stila ukupni kolesterol snizio za 24%, a u usporednoj skupini sa standardnim zbrinjavanjem samo za 5%. Nadalje, prosječni promjer suženja žila se u prvoj skupini smanjio sa 40% na 38%, dok se u drugoj povećao sa 43% na 46%. Uz navedeno, u prvoj se skupini značajno smanjila učestalost koronarnih komplikacija i težina same bolesti.

5. „Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study“

Studijom se nastojao istražiti doživljaj bolesti kod pacijenata s dijabetesom tipa 2 (DM2) i povezanost sa stupnjom kontrole kardiovaskularnih čimbenika rizika. Istraživanje je provedeno u obliku presječne studije od lipnja 2007. do ožujka 2008. u Republici Hrvatskoj na nasumičnom uzorku od 250 ispitanika, 128 žena i 122 muškarca. Prosječna dob ispitanika je bila 63 ± 10.9 godina, a prosječno trajanje bolesti 9.3 ± 7.8 godina. Studija je pokazala da je trećina bivših pušača među ispitanicima prestala pušiti nakon dijagnosticiranja dijabetesa tipa 2, dok je dvije trećine pušača još uvijek pušilo. Manje od polovice (42.8%) pacijenata pridržavalo se posebnog dijetnog režima prehrane, a 45.6% redovito pridržavalo preporučenih fizičkih aktivnosti. Bolesnici koji su smatrali da osobno bolje kontroliraju bolest i bolje razumiju bolest imali su veću adherentnost na preporučeno liječenje. Nadalje, važnost utjecaja osjećaja kontrole nad bolešću i lijekovima, očitovao se i u činjenici da su oni bolesnici koji su smatrali da bolje osobno kontroliraju bolest imali bolje vrijednosti ukupnog i LDL kolesterola, te sistoličkog i dijastoličkog tlaka od onih koji to nisu smatrali. Također oni bolesnici koji su smatrali da lijekovi dobro kontroliraju bolest imali su bolje vrijednosti GUK-a na tašte, HbA1c, ukupni i LDL kolesterol. Oni bolesnici koji su bolje razumjeli bolest imali su niže vrijednosti dijastoličkog tlaka i LDL kolesterola. Bolesnici koji su DMT2

doživljavali kao kroničnu bolest imali su bolje reguliran LDL kolesterol. Nadalje, multivarijantnom logističkom regresijom je utvrđeno da su samo neke dimenzije doživljaja bolesti bile povezane s kardiovaskularnim čimbenicima rizika (zabrinutost za bolest s indeksom tjelesne mase; doživljaj osobne kontrole bolesti i zabrinutost za bolest s razinom GUK-a; doživljaj kontrole lijekovima s ukupnim kolesterolom; te razumijevanje bolesti s krvnim tlakom).

6. „Public perceptions of coronary events risk factors: a discrete choice experiment“

   Cilj studije bio je otkriti subjektivni doživljaj rizičnih faktora za koronarnu bolest srca (KBS) te utječe li prisutnost istih na doživljaj rizika za razvoj koronarne bolesti srca. Istraživanje je provedeno u obliku ankete u Sjevernoj Irskoj na uzorku od 1000 odraslih osoba. Pojedinci s visokim kolesterolom su primarno percipirani kao osobe s visokim rizikom za koronarnu bolest srca. Ispitanici koji su zaista imali visoki kolesterol smatrali su da on pridonosi puno većem riziku za razvoj KBS od osoba koji nisu imali povišen kolesterol kao rizični čimbenik za KBS. Sličan rezultat dobiven je i za povišeni krvni tlak te pušenje. Nadalje, ispitanici muškog spola i starije životne dobi doživljavali su doprinos dobi i spola mnogo manje rizičnim za KBS od ispitanika ženskog spola i mlađe životne dobi.

5.4. RASPRAVA

Rezultati istraživanja potvrđuju utjecaj bolesnikova doživljaja bolesti na adherentnost na preporučeno liječenje kardiovaskularnih bolesti i kontrolu čimbenika rizika. Iako je do sada istraživano mnogo čimbenika koji utječu na adherentnost na propisano liječenje (dob, spol, sociodemografski čimbenici), ističe se još uvijek nedostatnost istraživanja s aspekta bolesnika i njegova doživljaja bolesti. Stoga je pregledom literature utvrđeno samo 6 studija koje su zadovoljavale uključne kriterije.

Arterijska hipertenzija

Arterijska hipertenzija je jedan od najbitnijih i najčešćih faktora rizika za razvoj bolesti srca i krvnih žila, stoga je u znanstvenim studijama najčešće i najopsežnije obrađivana (Chen SL et al, 2014).

Bolesnici arterijsku hipertenziju ne doživljavaju kao bolest, jer im ne stvara nikakve probleme. Nejasno povezuju simptome i povišen krvni tlak. Kao simptome arterijske hipertenzije bolesnici najčešće opisuju glavobolju i vrtoglavicu (Al Hamarneh YN et al, 2012).

Uzrok za povišeni krvni tlak traže izvan i unutar sebe. Za liječenje ih najviše motiviraju iskustva i susreti s posljedicama arterijske hipertenzije u obitelji. Za susret s posljedicama treba im vremena. Također, bolesnicima je važno da dobiju temeljne informacije o bolesti od liječnika, kojeg ujedno smatraju autoritetom.

Pokazala se važnost povjerenja kako u liječnika, tako i u lijek. Zadovoljstvo bolesnika usko je povezano s adherentnošću na terapiju (Ornish D et al, 1998). Ukoliko pacijenti vjeruju da terapija može donijeti benefite njihovom stanju, motiviraniji su u pridržavanju režimu i adherentnosti na propisanu terapiju i samostalnu kontrolu njihovog zdravstvenog stanja.

Praktične prepreke u liječenju su: pomanjkanje rutine uzimanja lijekova, veći broj tableta, više puta dnevno uzimanje terapije, loše osjećanje nakon uzimanja terapije, neutemeljeno uvjerenje o urednoj vrijednosti krvnog tlaka.

Šećerna bolest tip 2

Doživljaj bolesti kod bolesnika s dijabetesom tipa 2, koji je zasebna bolest, ali i zasebni kardiovaskularni čimbenik rizika, povezan je sa stupnjem kontrole pojedinog kardiovaskularnog čimbenika rizika (Petriček G et al, 2009). Tako je značajno bolja adherentnost na preporučeno samozbrinjavanje i životni stil povezana s višim stupnjem osobne kontrole bolesti (režim prehrane i fizička aktivnost) te boljim razumijevanjem bolesti (režim prehrane, tjelesna aktivnost i utjecaj pušenja). Nadalje, objektivni pokazatelji kontrole bolesti su bolji kod pacijenata koji su vjerovali da kontroliraju svoju bolest, koji su imali bolju terapijsku kontrolu bolesti, koji su bolje razumjeli prirodu bolesti i u onih koji su uvidjeli da je to kronično stanje. Tako su oni bolesnici od šećerne bolesti koji su smatrali da bolje osobno kontroliraju bolest imali bolje vrijednosti ukupnog i LDL kolesterola, te sistoličkog i dijastoličkog tlaka od onih koji to nisu smatrali. Također, oni bolesnici koji su smatrali da lijekovi dobro kontroliraju bolest imali su bolje vrijednosti GUK na tašte, HbA1c, ukupni i LDL kolesterol. Oni bolesnici koji su bolje razumjeli bolest imali su niže vrijednosti dijastoličkog tlaka i LDL kolesterola. Bolesnici koji su DMT2 doživljavali kao kroničnu bolest imali su bolje regulran LDL kolesterol. Međutim, multivarijantnom logističkom regresijom je utvrđeno da su samo neke dimenzije doživljaja bolesti bile povezane s kardiovaskularnim čimbenicima rizika - zabrinutost za bolest s indeksom tjelesne mase; doživljaj osobne kontrole bolesti i zabrinutost za bolest s razinom GUK-a; doživljaj kontrole lijekovima s ukupnim kolesterolom; te razumijevanje bolesti s krvnim tlakom. Navedeno upućuje da je doživljaj bolesti bolesnika bio povezan s ishodima liječenja te je preporuka istražiti ga u svakodnevnoj praksi liječnika kod svakog bolesnika ponaosob (Petriček G et al, 2009).

Pušenje

Nepovoljan učinak pušenja na ukupno zdravlje bolesnika je golem. Pušenje predstavlja snažan nezavisni kardiovaskularni čimbenik rizika. U samo dva članka se pušenje analizira i prati kao nezavisni KV čimbenik rizika u kontekstu bolesnikova doživljaja bolesti. Bolesnici koji su prestali pušiti pokazali su značajno bolje poznavanje i razumijevanje svoje bolesti od pušača i onih koji nikada nisu pušili.

Zanimljivo je da nije utvrđena značajna razlika u poznavanju bolesti između pušača i pacijenata koji nikada nisu pušili (Petriček G et al, 2009).
Ispitanici koji imaju povišen krvni tlak i puše imaju povećan sveukupni rizik za akutni koronarni sindrom u sljedećih 10 godina u odnosu na ispitanike koji imaju normalnu vrijednost krvnog tlaka i ne puše ili su bivši pušači.

Prekomjerna tjelesna težina i vrijednosti kolesterola

Prekomjerna tjelesna težina (BMI ≥ 25 kg/m2) i pretilost (BMI ≥ 30 kg/m2) predisponirajući su čimbenici za povišen krvni tlak i povišene vrijednosti masnoća u krvi; radi se o nezavisnom čimbeniku rizika za SŽB, ali i za nastanak drugih čimbenika rizika (poremećaji u metabolizmu masnoća i šećerna bolest). Pokazalo se, da ispitanici s visokim vrijednostima kolesterola imaju visoki rizik za akutni koronarni sindrom u sljedećih 10 godina (Al Hamarneh YN et al, 2012). S obzirom da su tjelesna težina i vrijednosti masnoća u krvi čimbenici rizika na koje se može utjecati prije svega promjenom životnog stila (preporučena prehrana i tjelesna aktivnost), fizički inaktivni bolesnici pokazali su manje razumijevanje bolesti od bolesnika koji su bili stalno ili povremeno aktivni. Također, fizički inaktivni bolesnici imali su manju kontrolu nad bolešću od onih fizički aktivnih. Bolesnici koji su pokazivali zabrinutost za svoju bolest imali su manji BMI od onih manje zabrinutih. Razumijevanje bolesti utjecalo je na ukupnu razinu kolesterola i vrijednosti LDL kolesterola, pa su tako bolesnici s boljim razumijevanjem bolesti imali niže vrijednosti kolesterola. Bolesnici s DMT2 koji su doživljavali svoju bolest kao kroničnu, a ne privremenu, imali su niže vrijednosti LDL kolesterola (Petriček G et al, 2009).

Provođenje postupaka samozbrinjavanja

Na temelju analize članaka, adherentnost na propisanu terapiju i model samozbrinjavanja KV čimbenika rizika uvelike se razlikuju.
Sukladno tome, veću adherentnost na propisanu terapiju lijekovima imali su: bolesnici s hiperlipidemijom; oni koji su živjeli s obitelji; bolesnici s hipertenzijom koji su vjerovali, da može biti izliječena ili kontrolirana; bolesnici koji su svoju bolest

povezivali više s čimbenicima rizika nego s psihološkim uzrocima (Chen SL et al, 2014). S druge strane, veću adherentnost na samozbrinjavanje i kontrolu kardiovaskularnih čimbenika rizika pokazivali su: stariji bolesnici; dobro informirani i educirani bolesnici; bolesnici koji imaju duže vremena utvrđenu dijagnozu hipertenzije; bolesnici s manje doživljenih simptoma nakon postavljanja dijagnoze; bolesnici koji nisu bili sigurni mogu li predvidjeti vrijednost krvnog tlaka prema simptomima i bolesnici koji su više vjerovali u osobnu kontrolu nad bolešću (Chen SL et al, 2009).

Konačno, što je bolesnikov doživljaj bolesti blaži, a slika bolesti teža, to je niža adherentnost na propisanu terapiju. Pozitivna uvjerenja u vezi s lijekovima i veća uloga same bolesti u definiranju i samoostvarivanju, također su krucijalna za oblikovanje adherentnosti na preporučeno liječenje SŽB kod starijih bolesnika.

6. ZAKLJUČAK

Niska adherentnost na preporučeno liječenje KV bolesti istaknut je javnozdravstveni problem u skrbi za bolesnike od SŽB. Istraživanja su potvrdila sljedeće čimbenike koji utječu na adherentnost bolesnika na propisano liječenje:

Spol, starost, bračni status, obrazovanje, socijalni uvjeti, te broj ljudi u zajedničkom kućanstvu pokazali su se kao slabi pokazatelji adherentnosti bolesnika na liječenje.
Među čimbenicima socijalnog okruženja na adherentnost najjače utječe podrška obitelji, a potom emocionalna potpora koju bolesnik dobiva.
Trajanje liječenja, komorbiditet, broj propisanih lijekova, cijena lijekova, učestalost uzimanja terapije i zahtjevnost aplikacije, te nuspojave lijekova čimbenici su koji utječu na adherentnost.
Stavovi bolesnika o propisanom liječenju i bolesti, te razina njegova znanja i informiranosti o bolesti, načinu i učinkovitosti liječenja, uz procijenjen omjer koristi liječenja i rizika kojima se izlažu primjenom preporučenog lijeka također utječu na adherentnost.
Narušen odnos između bolesnika i liječnika često je navođen uzrok slabe adherentnosti.
Bolesnikov doživljaj bolesti također utječe na stupanj kontrole pojedinog KV čimbenika rizika. Tako je značajno bolja adherentnost na preporučeno samozbrinjavanje i životni stil povezana s višim stupnjem osobne kontrole bolesti (režim prehrane i fizička aktivnost) te boljim razumijevanjem bolesti (režim prehrane, tjelesna aktivnost i utjecaj pušenja) utvrđena u bolesnika sa šećernom bolešću tipa 2.

Navedeno još jednom potvrđuje da prakticiranjem konvencionalnog načina prakticiranja medicine - takozvanog biomedicinskog modela koji bolest promatra zasebno, neovisno od osobe koja od nje boluje, kao i od socijalnog konteksta te osobe, postoji opasnost da liječnik ne prepozna važne čimbenike od strane samog bolesnika koji mogu utjecati na adherentnost na preporučeno liječenje, a time i kontrolu KV čimbenika rizika. Istraživanja potvrđuju da je u svakog bolesnika, pored biomedicinske komponente, potrebno da liječnik istraži i njegove stavove i znanje o bolesti i liječenju, njegov doživljaj te bolesti, kao i razinu podrške u obitelji, te

intervenciju graditi na dobrom odnosu s tim bolesnikom. Stoga je preporuka prakticirati biopsihosocijalni model u svakodnevnom radu s bolesnicima, jer ćemo objedinjavanjem bioloških, psiholoških i socijalnih podataka u medicinskom radu dobiti širi pogled na bolesnika i bolest, koji će biti dobra početna baza za sveobuhvatnjiju i u konačnici učinkovitiju skrb.

7. ZAHVALE

Veliku zahvalnost, u prvom redu, dugujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Goranki Petriček na velikoj pomoći i svim savjetima koje mi je pružala tijekom izrade ovog diplomskog rada i što je uvijek imala strpljenja i vremena za moje brojne upite.

Također, zahvaljujem se svim svojim prijateljima i prijateljicama, koji su uvijek bili uz mene i bez kojih cijeli ovaj tijek mog studiranja ne bi prošao tako lako i zabavno.

Posebnu zahvalnost iskazujem cijeloj svojoj obitelji koja me je uvijek podržavala i upućivala na pravi put.

I na kraju, najveća zahvala ide mojim roditeljima i mojem bratu, koji su mi velikim odricanjima omogućili studiranje i koji su uvijek bili TU, uz mene, bez obzira da li se radilo o teškim ili sretnim trenucima i bez kojih sve ovo što sam dosad postigao ne bi bilo moguće, stoga je ova diploma velikim dijelom i njihova.

Velika HVALA svima!

Allen

8. LITERATURA

Adam, Philippe i Herzlich, Claudine. 2002. Sociologija bolezni in medicine. Ljubljana: Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije

Al Hamarneh YN, Agus A, Campbell D, et al. *British medical journey Open* 2012;2:e001560

Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling, 53*(2), 239-244.

Annandale, E. (1998). *The sociology of health and medicine: a critical introduction*. Malden, MA: Polity Press

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002b). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *Journal of the American Medical Association, 288*(15), 1909-1914.

Bujas, Ž. (2005) *Veliki englesko - hrvatski riječnik = English - Croatian dictionary.* 4. izdanje, Zagreb: Nakladni zavod Globus, str. 1192.

Charmaz, Kathy. 2003. Experiencing Chronic Illness. V The Handbook of Social Studies in Health and Medicine, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick i Susan C. Scrimshaw, 277-293. London; Thousand Oaks (Calif.); New Delhi: Sage Publications.

Chen S-L., Lee W-L., Liang T i Liao I-C. (2014) Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 70(9), 2031-2040.

Chen S-L., Tsai J-C., Lee W-L. (2009) The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patienc with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing,* 18, 2234-2244.

Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. Arch Intern Med 2006;166(22):2437-45.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136.

Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544.

Garay–Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, de Leon JD, Mena A et al. Adherence to Treatment and Social Support in Patients With Non–Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *J Diabetes Complications 1995; 9:* 81–86.

Green AR, Carrillo JE, Betancourt JR. Why the disease based model of medicine fails our patiens. West J Med 2002; 176(2):141-3.

Havelka M. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada „Slap“; 2002.

Health for all database, WHO/EURO, January 2013., prema Kralj, V. HZJZ, Rockefellerova 7, Zagreb.

Holman, H., & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *British Medical Journal, 320*(7234), 526-527.

Horne R, Weinman J. Patients' Beliefs about prescribed Medicines and their Role in Adherence to Treatment in Chronic Physical Illness. *J Psychosom Res 1999; 47:* 555–567.

Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis 2014. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2015.

Kestenbaum V. Humanity of the Ill: phenomenological perpectives. Knoxwille: University of Tennessee Press;1982.

Kleinman A. Prologue. In J Borkan et al.(eds) Patients and Doctors. Life-changing stories for primary care. Madison WI: University of Wisconsin Press, 1999.

Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. Arch Fam Med 2000;9(3):222-7.

Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physicians responsen in primary care and surgical settings. JAMA 2000;284(8):1021-7.

Marcum, J. A. (2008). *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine*. New York: Springer.

Mathers CD, Stein C, Fat DM, Rao C, Inoue M, Tomijima N, Bernard, C, Lopez AD, Murray, CJL. Global Burden of Disease 2000: Version 2 method and results. Global programme on Evidence for Health Policy discussion Paper No.50. World Health Organization, October 2002.

Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *The Journal of the American Medical Association* 1998; 280: 2001-7.

Petriček G. Bolesnikov doživljaj bolesti. Peti kongres Društva nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM) 2014; Zagreb, Hrvatska. Zagreb: Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine; 2014,str.35-47.

Petriček G. Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika (doktorska disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu;2012.

Petricek G, Vrcic-Keglevic M, Vuletic G, Cerovecki V et al. Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study. *Croatian Medical Journal.* 2009 Dec;50(6):583-93.

Primary and secondary prevention of cardiovascular diseases: a practical evidence-based approach. Mayo Clin Proc 2009;84(8):741-57.

Radley, Alan. 1995. Making sense of illness. London: Sage.

Rajpura, J., Nayak, R. (2014) Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of managed care pharmacy*.2014;20(1):58-65.

Reiser D i Schroder AK. Patient Interviewing: the human dimension. Baltimore: Williams and Wilkins;1980.

Sabate E (editor). Adherence to long-term therapies. Geneve, World Health Organization, 2003.

Smith SC Jr, Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. Circulation 2006;113(19):2363-72.

Sorta-Bilajac, I. i Sorta, J. (2013). Primjena teorije Paula Watzlawicka na praksu komuniciranja u medicini i zdravstvu. *JAHR – European Journal of Bioethics*, 4 (7), str. 588.

Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2003.

Thornsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient perspective – theoretical aspects. Fam Pract. 2001;18(6):638-43.

Ule, Mirjana. 2003. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor. Aristej.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther 2001; 26:* 331–342.

Vuletic S, Kern J. Hrvatska zdravstvena anketa 2003. HCJZ 2003.

Waeber B, Burnier M, Brunner HS. How to Improve Adherence with Prescribed Treatment in Hypertensive Patients? *J Cardiovasc Pharmacol 2000; 35*: S23-S26.

WHO. Gaining Health, The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO- Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.

WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva 2011.

World Health Organisation. Prevention of Cardiovaskular Disease Programme. Geneva: World health Organisation; 2006.

9. ŽIVOTOPIS

Rođen sam 16. studenog 1988. u Zagrebu, SFRJ. Živim u Gornjem Maclju. Prvih 4 razreda osnovne škole završio sam u područnoj OŠ Macelj, a daljnje sam osnovno školovanje nastavio u Đurmancu. Godine 2007. sam završio srednju školu, gimnaziju u Srednjoj školi Krapina, opći smjer. U akademskoj godini 2007./2008. upisao sam Medicinski fakultet u Zagrebu na kojem sam apsolvirao 2015. godine.