Pacijentova percepcija lijeka i problem adherencije

Lugonjić, Irena

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Pharmacy and Biochemistry / Sveučilište u Zagrebu, Farmaceutsko-biokemijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:163:650838

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of Faculty of Pharmacy and Biochemistry University of Zagreb

zir.nsk.hr

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Irena Lugonjić

Pacijentova percepcija lijeka i problem adherencije

DIPLOMSKI RAD

Predan Sveučilištu u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu

Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad je prijavljen na kolegiju Sociologija i zdravstvo Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko–biokemijskog fakulteta i izrađen pod stručnim vodstvom prof.dr.sc. Živke Juričić.

Zahvaljujem se prof.dr.sc. Živki Juričić na nesebičnom zalaganju i stručnoj pomoći tijekom istraživanja i pisanja ovog rada.

Hvala mojim roditeljima, sestri te ostalim članovima obitelji na bezuvjetnoj podršci koju su mi pružali tijekom studiranja.

Hvala dragim prijateljima i kolegama koji su mi olakšali teške trenutke i uljepšali studentske dane.

SADRŽAJ

1.UVOD 1
1.1.Definicija lijeka 1
2.OBRAZLOŽENJE TEME 2
2.1.Predmet i cilj rada 2
2.2.Izvori podataka i metode prikupljanja 2
2.3.Percepcija pacijenata o lijekovima 3
2.3.1.Kolektivna percepcija lijekova 3
2.3.2.Vjerovanje u potrebu za lijekom 4
2.3.3.Zabrinutosti o neželjenim učincima lijeka 5
2.3.4.Utjecaj percepcije o lijeku na adherenciju 5
2.3.5.Model zdravstvenog uvjerenja 7
2.3.6.Teorija planiranog ponašanja 7
2.3.7.Teorija mjesta kontrole 8
2.3.8.Model samoučinkovitosti 9
2.3.9.Transteorijski model promjene ponašanja 9
2.4.Adherencija 10
2.4.1.Mjerenje adherencije 11
2.4.2.Uzroci neadherencije 12
2.4.3.Posljedice neadherencije 13
2.5.Uloga ljekarnika u poboljšanju adherencije 15
3. MATERIJALI I METODE 17
3.1. Definiranje problema i ciljeva istraživanja 17
3.2. Metodologija istraživanja 17
4.REZULTATI I RASPRAVA 18
5.ZAKLJUČCI 30
6.LITERATURA 32
7.SAŽETAK 35
8.SUMMARY 36
9.PRILOZI 37
10.TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA/BASIC DOCUMENTATION CARD

1.UVOD

1.1.Definicija lijeka

Lijek je svaka tvar ili kombinacija tvari koja se može upotrijebiti ili primijeniti na ljudima u svrhu obnavljanja, ispravljanja ili prilagodbe fizioloških funkcija farmakološkim, imunološkim ili metaboličkim djelovanjem ili za postavljanje medicinske dijagnoze (Zakon o lijekovima).

Uspješnost terapije uvelike ovisi o mjeri u kojoj se pacijenti pridržavaju terapijskih uputa. I najučinkovitiji lijek neučinkovit je ukoliko se pacijent ne pridržava terapijskih uputa. Različiti su uzroci takvog ponašanja, a jedan od njih je loša motivacija koja nastaje kao posljedica negativnih vjerovanja o lijekovima. Iz navedenih razloga dalje u radu bit će objašnjena percepcija pacijenata o lijekovima i njezin utjecaj na adherenciju te ostali uzroci i posljedice neadherencije.

2.OBRAZLOŽENJE TEME

2.1.Predmet i cilj rada

U radu se prikazuje i kritički analizira percepcija pacijenata o lijekovima te njezin utjecaj na adherenciju. U prvom dijelu analizira se dostupna literatura i interpretiraju rezultati istraživanja provedenih u Velikoj Britaniji i Sjedinjenim Američkim Državama. Vlastito istraživanje dizajnirali smo na temeljima već provedenih istraživanja. Ciljevi rada su analizirati dostupnu literaturu iz područja predmeta rada te provesti istraživanje kako bi se ispitala percepcija pacijenata o lijekovima i njezin utjecaj na adherenciju. Polazimo od hipoteze da postoji značajna povezanost između percepcije o lijekovima i adherencije te da će negativna vjerovanja o lijekovima biti jedan od čimbenika utjecaja na lošu adherenciju. Druga hipoteza je da pacijenti biljne lijekove smatraju sigurnima te su skloni njihovom korištenju bez konzultacije s liječnikom ili ljekarnikom.

2.2.Izvori podataka i metode prikupljanja

Pri izradi rada korišteni su primarni i sekundarni podaci te je provedeno primarno i sekundarno istraživanje. Primarni podaci prikupljeni su anketnim upitnikom kao instrumentom istraživanja, pri čemu je obuhvaćen uzorak od 50 ispitanika. Upitnik smo osobno distribuirali svakom ispitaniku. Prikupljanje sekundarnih podataka obuhvaća analizu dostupne znanstvene i stručne literature, koja služi kao podloga za izradu teorijskog dijela rada. U teorijskom dijelu rada navedena je definicija lijeka, percepcija pacijenata o lijekovima i njezin utjecaj na adherenciju te različiti psihološki modeli i teorije koji objašnjavaju ponašanje pacijenata, objašnjen je pojam adherencije, njezino mjerenje te uzroci i posljedice neadherencije. Naposljetku je analizirana važnost uloge ljekarnika u poboljšanju adherencije.

2.3.Percepcija pacijenata o lijekovima

Pravilno uzimanje lijeka u osnovi ovisi o dva faktora: praktičnim barijerama (sposobnosti i informiranosti pacijenta) i motivaciji. Različiti čimbenici, poput nerazumijevanja uputa, poteškoće uklapanja režima doziranja u dnevni raspored i zaboravljanja, mogu smanjiti pacijentovu sposobnost pridržavanja terapijskih uputa. Ovi su čimbenici nesumnjivo važni te su bili glavni fokus prijašnjih istraživanja adherencije. Dosadašnje intervencije za poboljšanje adherencije isključivo su bile usmjerene na svladavanje praktičnih barijera, a ne na vjerovanja i iskustva koja utječu na motivaciju. Njihova slaba uspješnost upućuje na to da će bolje razumijevanje pacijentove percepcije lijekova pridonijeti uspješnijem objašnjenju varijacija u adherenciji u sukladno tome razvoju intervencija koje će omogućiti bolje korištenje zdravstvenih resursa.

Uzevši u obzir važnost lijekova u zdravstvenoj skrbi i raširen problem neadherencije, do sada se iznenađujuće malo pozornosti pridavalo tome kako pacijenti percipiraju lijekove i donose odluke o njima. Zabrinjavajuće je da su određena razmišljanja o lijekovima (primjerice da izazivaju ovisnost te da se akumuliraju u tijelu kako bi proizveli dugoročne učinke) raširena u različitim kulturama. Iako su ta razmišljanja često kompleksna i različita, mogu se svrstati u dvije kategorije, razmišljanja o potrebi, tj. nužnosti terapije i zabrinutosti zbog negativnih učinaka. Važno je razumjeti kako ova razmišljanja utječu na uzimanje lijekova i adherenciju.

2.3.1.Kolektivna percepcija lijekova

Mnogi ljudi sumnjičavi su oko lijekova smatrajući ih fundamentalno štetnim supstancijama koje se pretjerano propisuju. Ovo mišljenje povezano je sa zabrinutošću oko lijekova, manjkom povjerenja u liječnike i rastućim interesom za alternativnu zdravstvenu skrb. Vjerovanja o lijekovima utječu na pacijentova očekivanja od propisanog lijeka, bilo da su pozitivna („Mislim da će pomoći i to je baš ono što trebam.“) ili negativna („Vjerojatno ću dobiti nuspojave od ovog lijeka.“). Ova inicijalna očekivanja utječu na to kako se interpretiraju slijedeći događaji, odnosno pripisuju li se simptomi bolesti ili terapiji. Također mogu utjecati na ishod terapije.

O faktorima koji oblikuju percepciju možemo samo nagađati. Zasigurno jedan od faktora u modernom društvu su masovni mediji. Masovni mediji ujedno kreiraju mišljenje i stavove o

lijekovima i prenose predodžbu o lijekovima, što može utjecati na mišljenje laika i pružiti kritički okvir unutar kojeg se interpretiraju i razumijevaju sami lijekovi i zdravstveni rizici (Gabe i Bury,1996). Jedna od mogućnosti jest da se informacija o specifičnom lijeku (npr. spekulacija u novinama da antidepresivi uzrokuju ovisnost) može uklopiti u generalnu shemu i biti ekstrapolirana do značenja da većina lijekova izaziva ovisnost (Horne,2003).

Na percepciju utječu i negativna iskustva s lijekovima u prošlosti, vlastita ili bliskih osoba. Pacijentova vjerovanja o lijekovima pod utjecajima su prevladavajućih kulturnih obrazaca te njihovih vlastitih iskustava i iskustava bližnjih.

Negativna mišljenja o lijekovima mogu imati utjecaj na pojedinčev otpor prema propisanoj terapiji prije početka same terapije. Također je moguće i suprotno, tj. da pretjerano pozitivna mišljenja o lijekovima mogu dovesti do neprikladnih zahtjeva za propisivanjem.

2.3.2.Vjerovanje u potrebu za lijekom

Pacijenti kojima su propisani isti lijekovi za isto medicinsko stanje razlikuju se u percepciji vlastite potrebe za terapijom (Horne i sur.,1999).

Primjeri izjava kojima pacijenti izražavaju svoju potrebu za terapijom:

„Moje zdravlje ovisi o ovome lijeku.“

„Ovi lijekovi sprječavaju pogoršanje mog stanja.“

„Bez ovih lijekova bio bih jako bolestan.“

Važno je istaknuti da vjerovanje u nužnost terapije ne podrazumijeva vjerovanje u njezinu učinkovitost. Pacijent može lijek smatrati učinkovitim te istovremeno ne uviđati vlastitu potrebu za tim lijekom. S druge strane, može smatrati lijek potrebnim, ali ga procijeniti kao srednje učinkovitog.

2.3.3.Zabrinutosti o neželjenim učincima lijeka

Često se čini da pacijenti uzimaju dobrobiti lijekova zdravo za gotovo te izražavaju nekoliko vjerovanja o opasnosti propisanih lijekova. Ova vjerovanja mogu se svesti pod zajednički nazivnik zabrinutosti o neželjenim učincima lijekova (Horne i sur.,1999).

Primjerice, ukoliko pacijenti vjeruju da bi lijek mogao uzrokovati ovisnost, također se brinu o dugoročnim učincima i sposobnosti lijekova da ometaju njihove živote. Jedan od izvora takve zabrinutosti je iskustvo simptoma koji nastaju kao nuspojava lijeka,no zabrinutosti se ne odnose samo na nuspojave, već su česte čak i kada se lijek dobro podnosi.Mnogi pacijenti koji redovito uzimaju propisanu dozu lijekova i još nisu iskusili nuspojave zabrinuti su o mogućim problemima u budućnosti. Ove su zabrinutosti općenite (lijekovi su percipirani kao štetni i previše propisivani) i relevantne za različite kulture i države te su potvrđene u više od trećine pacijenata (Horne i sur., 1999a; Horne i Weinman, 1999b). Ostale zabrinutosti vezane su uz specifične grupe lijekova. Primjerice, zabrinutost da će inhalacijski kortikosteroidi propisani za terapiju astme dovesti do povećanja tjelesne težine (Hand i Bradley,1996) ili da će redovita upotreba analgetika smanjiti njihovu učinkovitost u budućnosti (Gill i Williams,2001).

Najčešće zabrinutosti koje izražavaju pacijenti su strah od štetnih učinaka propisanih lijekova, razvijanja ovisnosti i tolerancije, dugotrajnih neželjenih učinaka i akumulacije u tijelu te maskiranja simptoma ozbiljnijih stanja.

2.3.4.Utjecaj percepcije o lijeku na adherenciju

Nekoliko studija potvrdilo je hipotezu da je adherencija u pozitivnoj korelaciji s vjerovanjem u potrebu za lijekom i negativnoj korelaciji sa zabrinutošću oko neželjenih učinaka lijeka (Horne i sur.,1999a; Horne i Weiman.,1999b; Chambers i sur.,1999). Percepcije o lijeku snažniji su prediktor adherencije nego kliničke ili demografske varijable (Horne i Weinman,1999).

Lijek se može promatrati kao mač s dvije oštrice gdje je potencijalna korist kompromitirana tendencijom lijeka da našteti. Neki pacijenti smatraju da uspješnost terapije i toksičnost idu ruku pod ruku te da učinkovitiji lijekovi implicitno imaju ozbiljnije nuspojave (Gabe i Lipshitz Phillips,1982). U odlučivanju hoće li uzimati lijek sukladno terapijskim uputama snažno vjerovanje u potrebu za lijekom može nadmašiti zabrinutost oko neželjenih učinaka. S druge

strane, srednja razina zabrinutosti može potaknuti nekorištenje lijeka ako su vjerovanja u potrebu za istim niska. Način na koji pacijenti prosuđuju svoju potrebu za lijekom u odnosu na zabrinutost oko neželjenih učinaka ima veći utjecaj na adherenciju nego vjerovanja u potrebu i zabrinutosti kada se razmatraju odvojeno.

Loša adherencija vezana je uz sumnje u osobnu potrebu za lijekom i zabrinutosti oko potencijalnih neželjenih učinaka. Mnogi pacijenti „zdravorazumski" koriste lijekove, što uključuje smanjivanje doze ili učestalosti doziranja, privremeni ili potpuni prestanak uzimanja lijeka. Ovi načini prilagodbe (generalno smanjenja) lijeka racionalan su i razumljiv postupak u kontekstu pacijentovih vlastitih vjerovanja i iskustava, dostupnih informacija i šireg društvenog konteksta iako se često ne slažu s tehničkim i biološkim spoznajama.

Iz svega navedenog proizlazi da zdravstveni profesionalci ne bi smjeli promatrati pacijenta kao pasivnog pojedinca koji treba slijepo slijediti naredbe. Pacijent je osoba koja, kada je u dodiru s medicinskim svijetom, privremeno preuzima društvenu ulogu bolesnika. On ili ona, bez obzira na to, i dalje je cjelovita osoba sa stavovima, vjerovanjima i životnim stilom – jedinstveni pojedinac. Ideje i misli ovog pojedinca, njegove osobne motivacije, razmišljanja i vjerovanja o bolesti i lijeku značajno utječu na njegovo ponašanje i posljedično na adherenciju. Iz navedenih razloga istraživači su se okrenuli psihološkim teorijama kako bi objasnili prepreke adherenciji vezane uz motivaciju. Nekoliko modela korišteno je kako bi se objasnio način na koji pacijenti interpretiraju svoje simptome i informacije koje su im dane o njihovom zdravlju. Oni pokazuju kako osobne karakteristike mogu biti u interakciji sa čimbenicima okoliša i društvenim čimbenicima da bi se postiglo željeno ponašanje. Najvažniji modeli koji objašnjavaju adherenciju su model zdravstvenog uvjerenja, teorija planiranog ponašanja, teorija samoučinkovitosti i teorija mjesta kontrole. Ovi modeli dijele uvjerenje da su stavovi i vjerovanja pojedinca ključne determinante u promjenama. Također je važan model koji pokušava objasniti kako pojedinac napreduje prema željenoj promjeni ponašanja, transteorijski model promjene ponašanja. Prethodno navedeni modeli ključni su za razumijevanje ponašanja pacijenata te su važni u kreiranju intervencija za poboljšanje adherencije, stoga ćemo se u sljedećim poglavljima ukratko osvrnuti na njih.

2.3.5.Model zdravstvenog uvjerenja

Model zdravstvenog uvjerenja vjerojatno je najpoznatiji model koji pokušava objasniti zdravstveno ponašanje. Prema ovom modelu pojedinci će usvojiti određeno ponašanje ovisno o tome koliko vrednuju cilj i vjeruju da će im to ponašanje omogućiti postizanje tog cilja. Drugim riječima, da bismo razumjeli ponašanje pacijenta ključno je identificirati njegove percepcije i vjerovanja o zdravlju i lijekovima. Motivacija pojedinca da djeluje ovisi o percipiranoj prijetnji zdravlju i vjerovanju da će određeno djelovanje ukloniti prijetnju. Pacijenti će biti suradljiviji ukoliko vjeruju da su osjetljivi na bolest koju smatraju ozbiljnom te da će terapija biti učinkovita, odnosno koristi veće od troškova.

Pet vjerovanja nužnih za adherenciju prema modelu zdravstvenog uvjerenja:

1) Vjerovanje u vrijednost života i smrti
2) Percipirana osjetljivost na bolest
3) Vjerovanje da bolest može imati ozbiljne posljedice
4) Vjerovanje u učinkovitost terapije
5) Vjerovanje da koristi terapije nadmašuju troškove.

Ovaj model ne može nepogrešivo predvidjeti adherenciju jer u obzir trebaju biti uzete i svakodnevne poteškoće uključene u dugoročno ponašanje, no unatoč tome dobar je za procjenu pacijentove motivacije da bude suradljiv.

2.3.6.Teorija planiranog ponašanja

Teorija planiranog ponašanja razvijena je iz istraživanja koja su proučavala vezu između stavova i ponašanja (Ajzen,1991). Temeljna načela teorije su da namjere prethode ponašanju te da su one određene stavovima prema ponašanju, subjektivnim normama i percipiranoj kontroli ponašanja.

Stav prema ponašanju stupanj je do kojeg je ponašanje pozitivno ili negativno percipirano. Primjerice, ukoliko pacijent vjeruje da će uzimanje lijeka donijeti više štete nego koristi, tada će njegov stav prema ponašanju (u ovom slučaju adherenciji terapiji) biti negativan.

Subjektivna norma osobe uključuje vjerovanja o tome kako drugi vide to ponašanje te predstavlja svojevrstan društveni pritisak. Primjerice ukoliko pacijent vjeruje da se njegova supruga neće slagati s odlukom da uzima antidepresive, on može pokazati namjeru da ih ne uzima i pokuša se nositi sa svojim stanjem bez lijeka.

Percipirana kontrola ponašanja jest pojedinčeva percepcija vlastite sposobnosti da izvede određeno ponašanje. Što pacijent ima veće povjerenje u svoju sposobnost da uspije, ova determinanta snažnija je u postizanju željenog ponašanja.

Namjera da se surađuje s terapijskim režimom dobar je prediktor adherencije . Ta namjera značajno korelira s pozitivnim stavom prema uzimanju lijeka, percipiranim pritiskom od bliskih osoba i percipiranom kontrolom ponašanja.

2.3.7.Teorija mjesta kontrole

Temeljno načelo teorije mjesta kontrole jest da se pojedinci razlikuju u načinu percepcije kontrole koju imaju nad događajima u vlastitom životu.

Proučavana su dva glavna tipa mjesta kontrole, unutarnji i vanjski. Osobe s unutarnjim mjestom kontrole vjeruju da njihova djela određuju ono što im se događa. Drugim riječima, oni sami su odgovorni za vlastite uspjehe i neuspjehe. S druge strane, osobe s vanjskim mjestom kontrole vjeruju da je ono što im se događa u potpunosti neovisno o onome što čine te se može pripisati okolnostima, sreći ili sudbini.

Primijenjeno na područje zdravstva, pacijent s unutarnjim mjestom kontrole vjeruje da njegova djela mogu utjecati na tijek bolesti i terapijske rezultate. Primjerice dijabetičar koji vjeruje da će postupci koje poduzima umanjiti dugoročne komplikacije bolesti, bit će skloniji redovito pratiti glukozu u krvi. Pacijent s vanjskim mjestom kontrole vjeruje da ima malu kontrolu nad tijekom događaja te da je njegovo zdravlje određeno naslijeđem ili srećom. Dijebetičar koji vjeruje „bit će što bude“ vjerojatno će biti manje motiviran da preuzme brigu o svojoj bolesti.

Iz svega navedenog proizlazi da će pacijenti s unutarnjim mjestom kontrole vjerojatnije slijediti terapijske upute jer vjeruju da njihovo ponašanje do neke mjere utječe na terapijski ishod. Studije pokazuju da su predviđanja adherencije točnija kada se zajedno upotrijebe

teorija mjesta kontrole i teorija samoučinkovitosti. Velika je stopa adherencije u slučajevima snažnog unutarnjeg mjesta kontrole i jake percipirane samoučinkovitosti.

2.3.8.Model samoučinkovitosti

Samoučinkovitost je pojedinčeva vjera u vlastitu sposobnost da usvoji odgovarajuće ponašanje. Pod utjecajem je različitih čimbenika poput osobnog iskustva i iskustva drugih (uspjesi ili neuspjesi) te emocionalnih i tjelesnih stanja uzrokovanih bolešću. Pacijent će vjerojatnije biti adherentan ukoliko mu je to eksplicitno preporučio liječnik, vidio je druge u svom društvenom okruženju koji su adherentni te vjeruje da ima sredstva i sposobnost kako bi slijedio terapijske upute.

Istraživanja pokazuju porast stope adherencije nakon edukativne inicijative s pacijentima koji boluju od artritisa, koja je dizajnirana kako bi se promovirala samoučinkovitost i uzela u obzir emocionalna stanja uzrokovana bolešću.

2.3.9.Transteorijski model promjene ponašanja

Transteorijski model promjene ponašanja opisuje promjenu ponašanja kao proces napredovanja kroz pet faza. Navedene faze su razmišljanje, motrenje, priprema, djelovanje i održavanje djelovanja.

Tijekom prve faze pacijent još nije ni svjestan potrebe za promjenom ponašanja te ga još nema namjeru promijeniti.

Tijekom druge i treće faze, pacijent odvaguje prednosti i nedostatke promjene ponašanja.

U posljednje dvije faze pacijent ispunjava plan promjene ponašanja te se drži tog novog ponašanja.

Prijelaz iz jedne faze u drugu općenito je spor i postepen. Pacijentova odluka da prijeđe iz jedne faze u drugu temelji se na njegovoj relativnoj odvazi prednosti i nedostataka. Na jednoj strani su prednosti usvajanja novog ponašanja i nedostaci ako stvari ostanu kakve jesu. Na drugoj strani su nedostaci promjene i prednosti statusa quo.

Uloga zdravstvenog profesionalca jest praćenje pacijentovog napretka kroz ove faze promjene te poticanje prelaska iz jedne faze u drugu i konačnog održavanja ponašanja.

2.4.Adherencija

U opisu pacijentova pridržavanja terapiji koriste se različiti termini: suradljivost (engl. compliance), adherencija (engl. adherence), suglasnost (engl.concordance) i ustrajnost (engl.persistance).

Suradljivost se definira kao mjera pacijentova pridržavanja savjeta davatelja terapije (Haynes i Sackett,1979). Ovaj termin često je korišten u stručnoj literaturi, no kritiziran je jer ima negativne konotacije u kontekstu odnosa davatelja terapije i pacijenta. Označava odnos u kojem je uloga liječnika donošenje odluke o odgovarajućoj terapiji dok je uloga pacijenta pasivno slijeđenje liječnikovih naredbi. Na ovaj način nesuradljivost bi se mogla interpretirati kao pacijentova nesposobnost da slijedi upute ili, još gore, kao devijantno ponašanje.

Adherencija je prihvatljiviji termin od suradljivosti budući da ističe pacijentovu slobodu da odluči hoće li slijediti upute davatelja terapije (propisivača). Svjetska zdravstvena organizacija definira adherenciju kao mjeru u kojoj se pacijentovo pridržavanje terapiji podudara s preporukama dogovorenim s propisivačem. Ova definicija u sebi sadrži ideju suradnje pacijenta i propisivača, a ne odnosi se samo na jednostavno slijeđenje uputa propisivača. Dakle, prepoznaje važnost slobodnog izbora te naglasak stavlja na razumijevanje pacijentove perspektive terapije i pomoć pacijentima da dobiju najbolje od terapije.

Suglasnost se odnosi na stupanj do kojeg se pacijent i davatelj terapije slažu oko terapije. To je termin koji priznaje da je za mnoge pacijente nesuradljivost racionalan odgovor na njihove osobne percepcije bolesti i terapije. Nesuradljivost je često ishod onih procesa propisivanja terapije koji nisu uspjeli u obzir uzeti pacijentova vjerovanja, očekivanja i preferencije.

Ustrajnost predstavlja vremensku odrednicu između početka terapije i uzimanja zadnje doze koja prethodi prekidu.

Istraživanja pokazuju da se preko trećine propisanih lijekova ne uzima u skladu s uputama (Horne,1997). Posljedice su loši terapijski ishodi (propuštene prilike za terapijsku korist, moguće povećanje morbiditeta i mortaliteta) te potrošnja zdravstvenih resursa. Poboljšanje

terapijske adherencije ključno je za poboljšanje terapijskih ishoda i smanjenje rastućih troškova u zdravstvu.

2.4.1.Mjerenje adherencije

Mjerenje adherencije važan je postupak koji omogućava učinkovito planiranje liječenja. Ukoliko su dosadašnji terapijski ishodi bili nezadovoljavajući, prije promjene terapije treba utvrditi je li to posljedica pacijentove neadherencije. Metode mjerenja dijele se na direktne i indirektne.

Direktne metode uključuju mjerenje koncentracije lijeka ili metabolita u krvi i urinu. Ove su metode najtočnije, no često su teško izvedive i skupe budući da zahtijevaju posebne laboratorije, specijalizirane testove i educirano osoblje. Problem predstavljaju i genetičke razlike među pojedincima u apsorpciji, metabolizmu i ekskreciji lijeka (Gordis,1979). Također postoji mogućnost da pacijenti namjerno dan ili dva prije samog mjerenja uzimaju lijek prema uputama, što može biti pogrešan indikator njihove adherencije.

Indirektne metode mjerenja jednostavnije su za provođenje i jeftinije, ali bitno ovise o pacijentovoj suradnji. U indirektne metode ubrajaju se pacijentova samoprocjena adherencije putem različitih upitnika, mjerenje ponovne realizacije recepta, mjerenje terapijskih ishoda, brojanje preostalih tableta te elektronski monitori.

Upitnik za pacijenta jednostavna je metoda, no problem predstavlja činjenica da pacijenti često precjenjuju vlastitu adherenciju, odnosno umanjuju neadherenciju. To može biti iz različitih razloga: pacijenti osjećaju pritisak da prijave željeno ponašanje ili ne razumiju režim te ne shvaćaju da su neadherentni. Međutim, pacijenti mogu biti vrlo precizni u prijavljivanju vjerojatnosti da će biti adherentni ako ih se pita jednostavno i direktno. Morisky i sur. (1986) objavili su ljestvicu sa četiri pitanja za pacijentovu samoprocjenu adherencije:

Zaboravite li nekada uzeti svoju terapiju?

Jeste li kad imali problema s pamćenjem imena, doze i vremena uzimanja svoje terapije?

Prestajete li uzimati terapiju ako se osjećate bolje nakon uzimanja lijekova?

Prestajete li uzimati terapiju ako se osjećate lošije nakon uzimanja lijekova?

Na svako pitanje pacijenti daju odgovor DA (1 bod) ili NE (0 bodova), a konačni zbroj bodova upućuje na visoku (0 bodova), umjerenu (1-2 boda) ili nisku adherenciju (3-4 boda). Iz ove ljestvice razvila se ljestvica s osam pitanja koja su formulirana tako da daju mogućnost nastavka razgovora na svako od pitanja te je moguće doznati i uzrok neadherencije (Morisky, 2008).

Mjerenje ponovne realizacije recepta objektivna je metoda; istraživanja pokazuju da 25-30% ponovljenih recepata nije realizirano. Međutim ova metoda ne može sa sigurnošću utvrditi je li pacijent nakon realizacije recepta i podizanja lijeka, lijek uzeo.

Prilikom mjerenja kliničkih ishoda problem predstavlja pretpostavka da će pacijentov odgovor na terapiju biti bolji ukoliko je on adherentan. Najveća poteškoća je razjasniti vezu između adherencije i ishoda terapije. Promjene u ishodu ne moraju nužno odgovarati promjenama u adherenciji. Prijavljeno je da približno 60% pacijenata koji su bili adherentni nisu postigli optimalne vrijednosti krvnog tlaka dok je između 16% i 28% onih koji nisu bili adherentni postiglo svoje optimalne vrijednosti (Sackett,1979). Ova metoda može biti pomoć u određivanju stupnja adherencije potrebnog da bi se osigurali optimalni terapijski benefiti.

Brojanje preostalih tableta omogućuje bolju procjenu adherencije od upitnika, no ostaje nepoznato je li pacijent stvarno uzeo lijek ili je lijek bačen. To za posljedicu može imati procjenu adherencije većom nego što ona jest.

Elektronski monitori vrlo su precizni, no skupi. Mjere je li jedinica lijeka izbačena iz spremnika, no ne upućuju na to je li lijek stvarno uzet.

Sve prethodno navedene metode mjerenja adherencije imaju svoje prednosti i nedostatke, a njihov odabir ovisi o situaciji i raspoloživim sredstvima.

2.4.2.Uzroci neadherencije

Uzroci neadherencije mnogi su i variraju ovisno o pojedincu i njegovoj trenutnoj situaciji. Budući da mnogi različiti čimbenici mogu biti uključeni u neadherenciju, njihova identifikacija i bolje razumijevanje olakšava pronalaženje odgovarajućih korektivnih mjera. Česti uzroci neadherencije mogu se svrstati u tri kategorije: oni koji se odnose na sposobnost (engl.ability), informaciju (engl.information) i motivaciju (engl.motivation).

Ključni uvjet adherencije je da pacijent razumije svoju terapiju, odnosno da ima potrebne i odgovarajuće informacije. U nekim slučajevima neadherencija proizlazi iz pacijentovog neznanja o prirodi njegovog zdravstvenog stanja ili propisanog lijeka. Nužno je da pacijent razumije svoju bolest i njezine komplikacije, da zna kako primijeniti lijek i koliko dugo ga treba uzimati, da shvati doziranje i kako se nositi s neželjenim učincima. Međutim, manjak znanja i nerazumijevanje ne može u potpunosti objasniti neadherenciju.

Pacijentova vjerovanja i stavovi ključni su čimbenici koji utječu na njegovu motivaciju da slijedi terapijske upute. Naime, sama informacija nije dovoljna da motivira pacijente. Najčešće prepreke adherenciji koje se odnose na motivaciju: pacijent ne vjeruje da je bolestan, ne vjeruje liječniku ili ljekarniku, boji se da ne postane ovisan o lijeku, ne vidi dobrobiti terapije, vjeruje da je lijek opasan.

Praktične prepreke adherenciji odnose se na pacijentovu sposobnost da slijedi terapijske upute. Ove prepreke mogu biti razne: kompliciran režim doziranja, lijek nije prikladan za pacijentov životni stil, pacijent je zaboravljiv, iskusio je ozbiljne neželjene učinke, ima poteškoće s vađenjem lijeka iz pakiranja, ima previše tableta koje treba uzimati svaki dan.

Iz svega navedenog proizlazi da neadherencija može biti namjerna i nenamjerna. Do nenamjerne neadherencije dolazi kada pacijent ima namjeru uzimati lijek, ali ne može jer zaboravlja, ne razumije terapiju,ima poteškoće u otvaranju pakiranja ili neku drugu od prepreka koje se odnose na njegovu sposobnost da slijedi terapijske upute. U slučaju namjerne adherencije pacijent svjesno donosi odluku da ne uzima lijek ili uzme više ili manje od preporučenog. Namjerna adherencija uključuje vjerovanja i očekivanja koja utječu na motivaciju. Pacijenti imaju svoju vlastitu unutarnju logiku, što utječe na način interpretiranja informacija i ponašanje sukladno tim informacijama (Horne i Weinman,2002).

2.4.3.Posljedice neadherencije

Niska adherencija propisanoj terapiji raširen je i kompleksan problem, koji ima negativne posljedice za pacijente (narušavanje zdravlja, smanjenje radne sposobnosti i posljedično smanjenje prihoda), pružatelje zdravstvene skrbi (troškovi liječenja morbiditeta) i društvo u cjelini (smanjenje prihoda i rastući zdravstveni troškovi). Posljedice neadherencije su pogoršanje bolesti, smrt i rastući zdravstveni troškovi (Osterberg i Blaschke,2005).

Neadherencija je identificirana kao veliki javnozdravstveni problem koji nameće značajno financijsko opterećenje modernim zdravstvenim sustavima. Troškovi koji nastaju kao posljedica neadherencije u SAD-u procijenjeni su na 100 milijardi američkih dolara godišnje uključujući 10% hospitalizacija (Vermeire i sur.,2002) i 125 000 smrtnih slučajeva (Peterson i sur.,2003).

Kronični bolesnici obično su manje adherentni od pacijenata s akutnim stanjima budući da kronične bolesti zahtijevaju dugotrajno predanje terapijskom režimu (Jimmy i Jose,2011). Studije pokazuju da je u razvijenim zemljama pridržavanje dugotrajnoj terapiji pozitivno među 50% bolesnika, što je zabrinjavajuća činjenica budući da neadherencija značajno kompromitira uspješnost terapije. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije oko 43% pacijenata u razvijenim zemljama uzima terapiju astme kako je propisano, a 40-70% bolesnika adherentno je terapiji depresije. Nakon 5 godina terapije statinima samo 25% pacijenata je adherentno (Benner i sur.,2002).

Propisivanje lijekova glavna je medicinska intervencija i važan element kada se razmatra ekonomija zdravstvene skrbi. Zdravstveni resursi ograničeni su te bi njihovo korištenje trebalo biti racionalno. Uzimajući u obzir starenje populacije te sve veću prevalenciju kroničnih bolesti i lošu adherenciju pacijenata, zdravstvene bi se inicijative trebale usredotočiti na poboljšanje kvalitete propisivanja lijekova i optimiziranje adherencije.

Poznavanje uzroka neadherencije ključno je za razvoj odgovarajućih strategija za poboljšanje adherencije. Ukoliko je prepreka adherenciji pacijentovo nerazumijevanje i manjak informacija, tada intervencije trebaju biti usredotočene na edukaciju pacijenta, pružanje informacija o bolesti i lijeku. Pacijenti često krivo shvate upute za uzimanje lijekova, a posebno su ugrožene starije osobe te osobe slabijeg obrazovanja i prihoda. Za nadvladavanje praktičnih barijera adherenciji najučinkovitijima su se pokazali pojednostavljenje režima doziranja i korištenje raznih podsjetnika za uzimanje lijeka ukoliko je pacijent zaboravljiv. Režim doziranja treba biti integriran u pacijentove postojeće navike i životni stil. Što je rjeđe doziranje lijeka, adherencija je veća. Intervencije koje trebaju povećati pacijentovu motivaciju dugotrajnije su od onih koje su usmjerene na rješavanje problema sposobnosti i nedostatka informacije te zahtijevaju izgradnju odnosa povjerenja između zdravstvenog profesionalca i pacijenta. Potonje će biti objašnjene u sljedećem poglavlju.

2.5.Uloga ljekarnika u poboljšanju adherencije

Adherencija prema propisanim lijekovima čimbenik je koji bitno utječe na ishod terapije, odnosno zdravstveno stanje pacijenta te je njezino poboljšanje ključna komponenta za poboljšanje terapijskih ishoda i smanjenje rastućih troškova u zdravstvu (Pringle i sur., 2014). Ljekarnici imaju važnu ulogu u promociji adherencije budući da su pacijentu najdostupniji visoko obrazovani zdravstveni profesionalci te su u čestom i izravnom doticaju i s liječnicima koji propisuju lijekove i s pacijentima. Ljekarna predstavlja neiskorišten resurs za poboljšanje terapijske adherencije na populacijskoj razini.

Intervencija ljekarnika nije lagan i jednostavan zadatak. Uz dobro znanje o lijekovima ljekarniku je potrebno i dobro poznavanje i razumijevanje biopsihosocijalnog ponašanja pojedinca, njegovih vjerovanja i stavova, kako bi mogao motivirati pacijenta da bude adherentan. U prethodnom poglavlju obrađeni psihološki modeli objašnjavaju kako pacijenti interpretiraju svoje simptome i informacije koje su im dane te su ključni za nadilaženje prepreka adherenciji vezanih uz motivaciju. Na tim modelima trebaju se bazirati i ljekarničke intervencije za poboljšanje adherencije.

Ljekarnik nedvojbeno treba pružiti informaciju o lijeku, njegova primarna uloga je edukacija pacijenta. Treba mu objasniti bolest i njezine dugoročne posljedice, djelovanje lijeka u tijelu, režim doziranja i upute kako se lijek uzima, što učiniti ako propusti dozu i ako se pojave nuspojave, upozoriti na potencijalne interakcije s ostalim lijekovima i hranom te naposljetku ohrabriti pacijenta da ponovi dane informacije kako bi bio siguran da je pacijent shvatio upute. Također je bitno istaknuti da u većini slučajeva sama informacija neće motivirati pacijenta ili promijeniti njegove stavove. Ljekarnik treba pacijentu pružiti informaciju na način koji pokušava promijeniti zdravstvena uvjerenja koja mogu imati negativan utjecaj na pacijentov stav; treba istaknuti prednosti terapije i realno prikazati moguće negativne utjecaje. Pozorno slušanje pacijenta i ispravak netočnih informacija može biti ključno za poboljšanje pacijentove percepcije troška i dobiti terapije te posljedično za poboljšanje adherencije.

Kako bi mogli utjecati na pacijentovu odluku da uzima ili ne uzima lijek, ljekarnici prvo moraju izgraditi odnos povjerenja s pacijentom. U tradicionalnom modelu komunikacije između pacijenta i ljekarnika uloga ljekarnika je ohrabriti pasivnog pacijenta da slijedi liječnikove upute. Učinkovitiji je model uzeti u obzir pacijenta kao kompleksnog pojedinca koji aktivno sudjeluje u odlučivanju o vlastitom zdravlju. Uloga ljekarnika je slušati

pacijentove zabrinutosti te pokušati nadići psihosocijalne probleme kao što su zdravstvena uvjerenja, strahovi i stavovi.

Motivacijski intervju direktna je metoda komunikacije usmjerena prema pacijentu. To je suradljivi pristup koji ohrabruje pacijente da se izraze te poštuje njihovu autonomiju i slobodu izbora. Usredotočen je na istraživanje i razrješivanje pacijentove ambivalencije oko terapije te pažnju stavlja na motivacijske procese unutar pojedinca koji olakšavaju promjenu. Pristupi bazirani samo na edukaciji, suočavanju i autoritetu u suprotnosti su s motivacijskim intervjuem. Ove motivacijske intervencije ne moraju nužno biti dulje od intervencija usmjerenih na pružanje informacije. Čak i kratke pet do desetminutne intervencije pokazale su se učinkovitima (Pringle i sur., 2014). U motivacijskom intervjuu ljekarnik treba izraziti empatiju i prihvaćanje, slušati suosjećajno pacijentove zabrinutosti, kako bi shvatio koje su to motivacijske prepreke adherenciji, i ne osuđivati. Potrebno je osvrnuti se na rečeno, reformulirati i sumirati kako bi se osiguralo da je pacijent dobro shvaćen. Važno je pomoći pacijentu da uvidi raskorak između sadašnjeg ponašanja i budućih ciljeva. Ljekarnik treba ohrabriti pacijenta da sudjeluje na ostvarenju cilja (uzimanja lijeka), a ne ga nagovarati, što često izaziva suprotan učinak. Ukoliko naiđe na otpor kod pacijenta (pacijent izražava neslaganje, ignorira ljekarnikove savjete, podiže svoj glas), treba ga prihvatiti te se oduprijeti nagovaranju i suočavanju. Također treba raditi na poboljšanju pacijentove samoučinkovitosti, uključiti ga u odabir malih, realističnih terapijskih ciljeva te osigurati praćenje i konstruktivnu povratnu informaciju. Uzimanje u obzir pacijentove percepcije o nužnosti terapije i zabrinutosti oko iste esencijalno je u poticanju informiranog izbora i optimalne adherencije.

Iz svega navedenog može se zaključiti da bi se trebala dati veća važnost ulozi ljekarnika u terapiji koji, kao najdostupniji zdravstveni profesionalci, imaju mogućnost uključiti pacijente u terapijski proces (Ehret i Wang,2013). Jedan od osnovnih preduvjeta za pružanje ljekarničke skrbi i preuzimanje odgovornosti za pacijentov terapijski ishod kontinuirana je edukacija i razvoj ljekarničkih sposobnosti, kako praktičnih znanja, tako i komunikacijskih vještina (McRobbie i sur.,2001).

3. MATERIJALI I METODE

3.1. Definiranje problema i ciljeva istraživanja

Predmet ovog istraživanja je utvrditi povezanost pacijentove percepcije lijeka i adherencije.

Ciljevi istraživanja su:

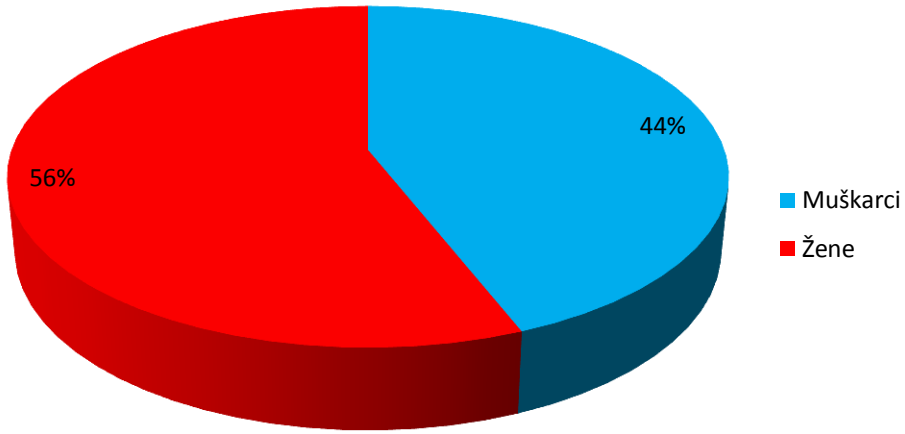
1. Ispitati percepciju pacijenata o lijekovima, njihova vjerovanja u potrebu za lijekom i zabrinutosti oko neželjenih učinaka lijekova.
2. Ispitati stajališta pacijenata o biljnim lijekovima i njihovu sklonost korištenju biljnih lijekova.
3. Utvrditi stavove pacijenata o liječnicima i ulozi ljekarnika.
4. Ispitati adherenciju pacijenata.
5. Utvrditi povezanost percepcije o lijekovima i adherencije.

3.2. Metodologija istraživanja

Provedeno istraživanje je jednokratno deskriptivno. Vrsta uzorka je namjerni, a podvrsta prigodni uzorak. Anketni upitnik korišten je kao instrument istraživanja za prikupljanje primarnih podataka. Ispitanici su na pitanja odgovarali samostalno u privatnosti svog doma. Svi prikupljeni podaci obrađeni su programom za statističku obradu.

4.REZULTATI I RASPRAVA

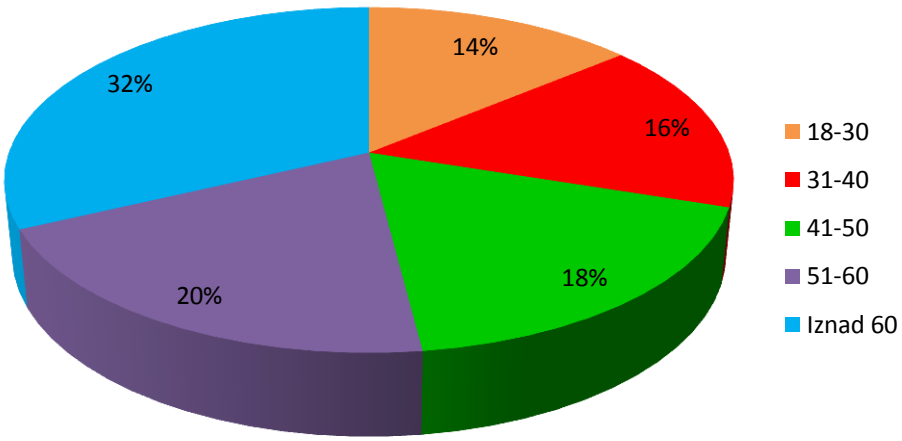
1.Spol



Slika 1.

Uzorak bi trebao sadržavati podjednak broj ispitanika muškog i ženskog spola, no ustanovljen je veći odaziv ženskih ispitanika za ovo istraživanje. To se može objasniti većim zanimanjem žena za razumijevanjem zdravstvenih pitanja i problema.

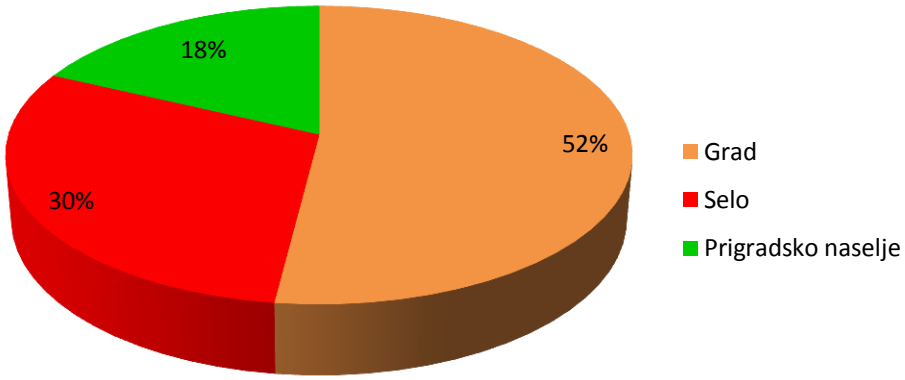
2.Dob



Slika 2.

Istraživanje je obuhvatilo sve dobne skupine. Najveći udio ispitanika bio je u dobnoj skupini iznad 60 godina (32%), a najmanji u dobnoj skupini 18-30 godina (14%), što odgovara podacima o strukturi stanovništva Republike Hrvatske.

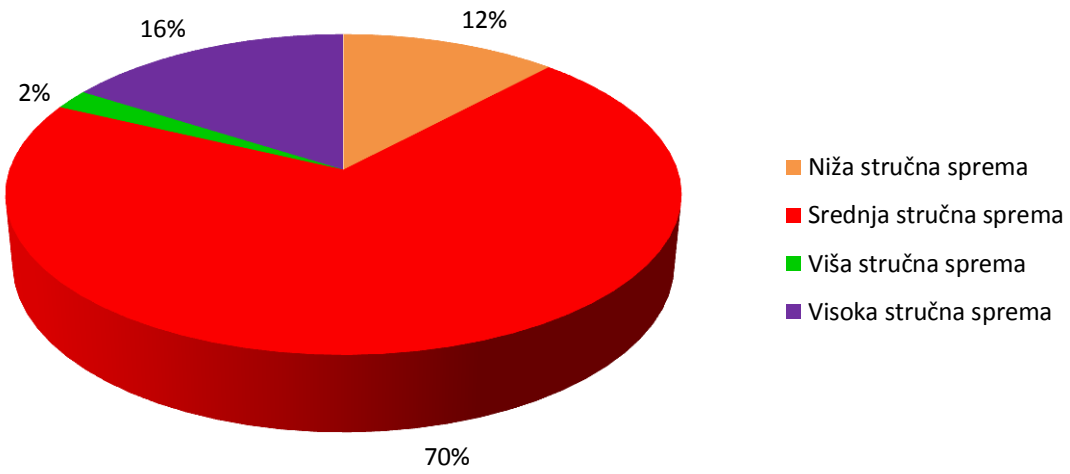
3.Mjesto stanovanja



Slika 3.

Najveći broj ispitanika kao mjesto stanovanja naznačio je grad (52%) dok 30% ispitanika živi na selu. U prigradskom naselju živi 18% ispitanika. Ova raspodjela približno odgovara podacima o strukturi stanovništva Republike Hrvatske.

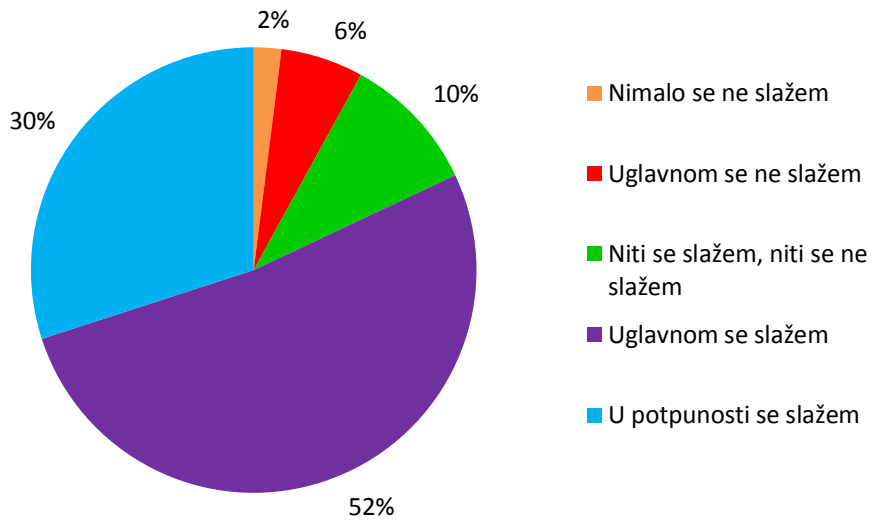
4.Stupanj obrazovanja



Slika 4.

Većina ispitanika ima srednju stručnu spremu (70%) te potom visoku stručnu spremu (16%). Nižu stručnu spremu ima 12% ispitanika.

5.Lijekovi preveniraju i liječe bolesti te doprinose održavanju zdravlja.



Slika 5.

Ova tvrdnja postavljena je kako bi se saznalo koliko ispitanici vjeruju u potrebu za lijekom. Najveći broj ispitanika, njih čak 52%, u potpunosti se slaže s navedenom tvrdnjom dok ih se 30% uglavnom slaže. Neznatan broj ispitanika (8%) ne slaže se s navedenom tvrdnjom. Rezultati odgovaraju rezultatima prethodnih istraživanja navedenim u literaturi; pacijenti uglavnom vjeruju u potrebu za lijekom, odnosno lijekove percipiraju nužnima. Vjerovanje u potrebu za lijekom u pozitivnoj je korelaciji s adherencijom.

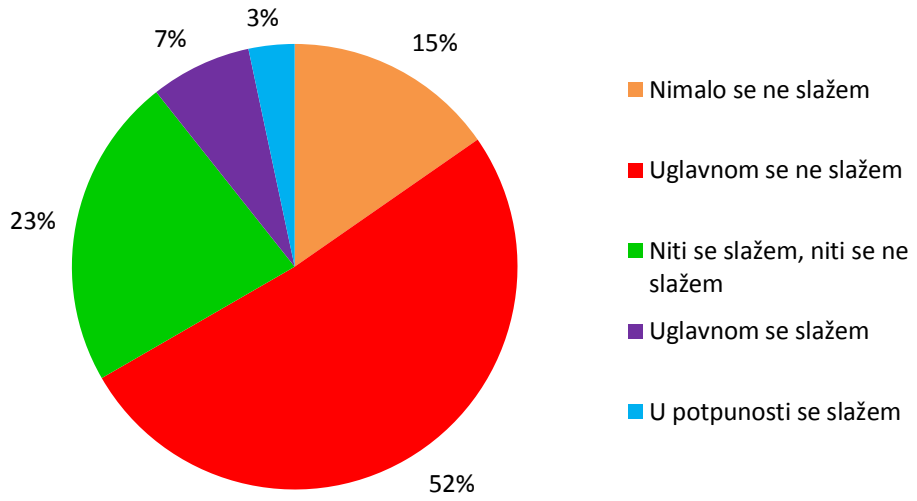
6. Sljedeće tri tvrdnje postavljene su kako bi se ispitala zabrinutost pacijenata oko štetnih učinaka lijekova.

Navedene tvrdnje su:

Lijekovi čine više štete nego koristi.

Svi lijekovi su otrovni.

Većina lijekova izaziva ovisnost.



Slika 6.

Najveći broj ispitanika, njih 52%, uglavnom se ne slaže s navedenim tvrdnjama. 10% ispitanika slaže se, a njih 23% izrazilo je neutralan stav. Trećina ispitanika izrazila je ili neutralan ili negativan stav prema lijekovima, što se tiče njihove zabrinutosti oko štetnih učinaka lijekova. Treba naglasiti da su percepcije o lijeku snažniji prediktor adherencije nego kliničke ili demografske varijable (Horne i Weinman, 1999). Nekoliko studija potvrdilo je da je adherencija u negativnoj korelaciji sa zabrinutošću oko negativnih učinaka lijeka(Horne i

Weinman, 1999; Horne i sur., 1999; Chambers i sur., 1999). Međutim, kako je već prethodno u radu navedeno način na koji pacijenti prosuđuju svoju potrebu za lijekom u odnosu na zabrinutost oko neželjenih učinaka ima veći utjecaj na adherenciju nego vjerovanja u potrebu i zabrinutosti kada se razmatraju odvojeno.

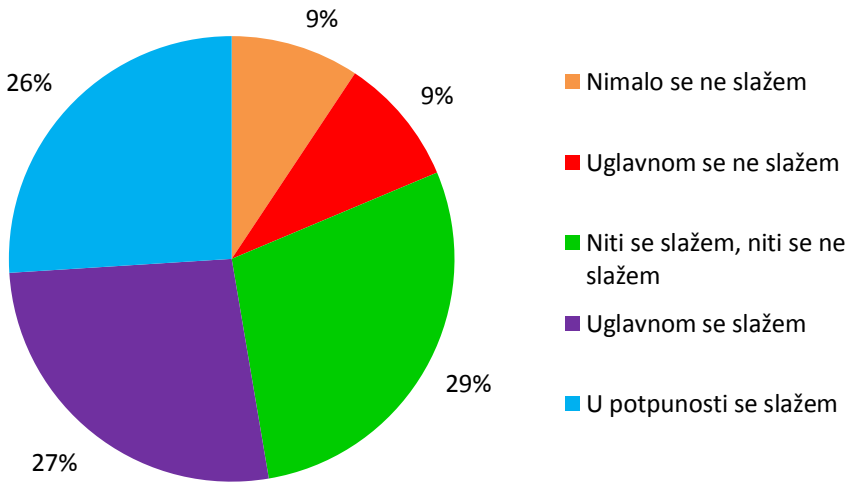
7.Sljedeće tri tvrdnje postavljene su kako bi se saznali stavovi pacijenata o biljnim lijekovima.

Navedene tvrdnje su:

Biljni lijekovi sigurniji su od sintetskih.

Biljni lijekovi nisu štetni za zdravlje.

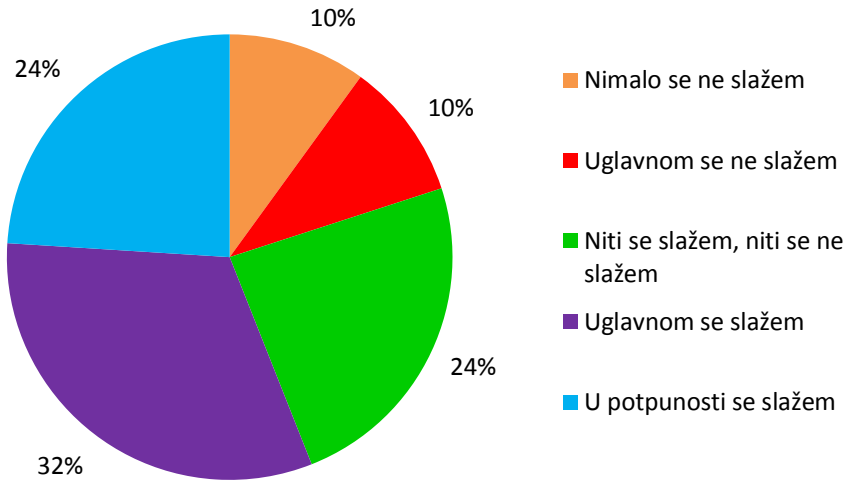
Biljni lijekovi nemaju nuspojave.



Slika 7.

Većina ispitanika (53%) uglavnom se i u potpunosti slaže s navedenim tvrdnjama dok je 29% ispitanika izrazilo neutralan stav. Dobiveni rezultati odgovaraju literaturnim podacima, većina pacijenata biljne lijekove smatra prirodnima, sigurnima i bez nuspojava

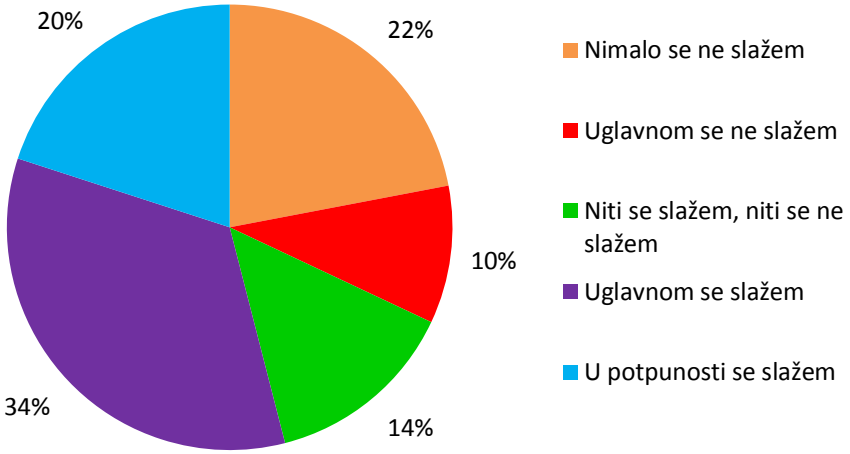
8.Radije uzimam biljne lijekove.



Slika 8.

Većina ispitanika (56%) uglavnom se i u potpunosti slaže s navedenom tvrdnjom. 30% ispitanika ima neutralan stav dok ih se samo 20% izjasnilo da radije ne uzimaju biljne lijekove. Ranije ispitana percepcija biljnih lijekova kao sigurnih i prirodnih značajno utječe na ponašanje pacijenata koji su skloniji uzimanju biljnih lijekova za terapijske i preventivne svrhe, umjesto propisanih ili OTC lijekova, a ponekad i uz njih (Bennett i Brown, 2000.)

9.Pri korištenju biljnih lijekova savjetujem se s liječnikom/ljekarnikom.

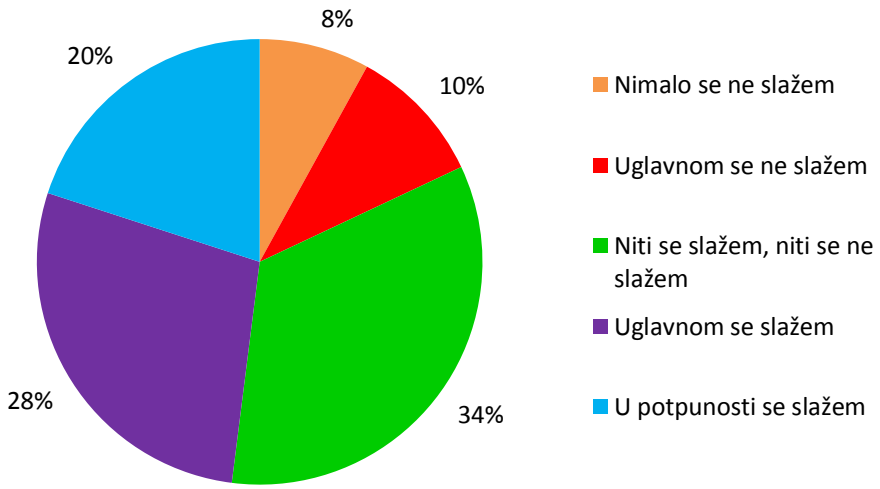


Slika 9.

Većina ispitanika slaže se s navedenom tvrdnjom, no njih čak 32% ne savjetuje se s liječnikom/ljekarnikom prilikom uzimanja biljnih lijekova dok ih je 14% izrazilo neutralan stav. Pacijenti biljne lijekove smatraju prirodnim proizvodom, hranom, a ne lijekom koji može imati nuspojave, zbog čega često o njihovoj primjeni ne obavještavaju liječnike ili ljekarnike. To sve povećava rizik korištenja biljnih lijekova za neprikladne indikacije, u prekomjernim dozama te kroz duži period. Na taj način povećan je rizik od neželjenih učinaka biljnih lijekova.

Sljedeće četiri tvrdnje postavljene su kako bi se saznala pacijentova percepcija liječnika.

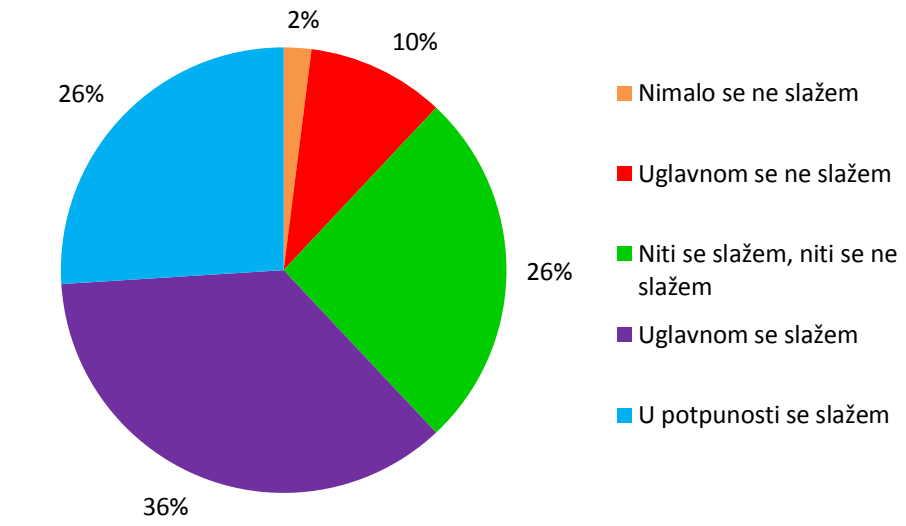
10.Liječnici propisuju previše lijekova.



Slika 10.

Velik dio ispitanika (48%) uglavnom se i u potpunosti slaže s navedenom tvrdnjom dok ih je 34% izrazilo neutralan stav. Samo 18% ispitanika ne slaže se s navedenom tvrdnjom.

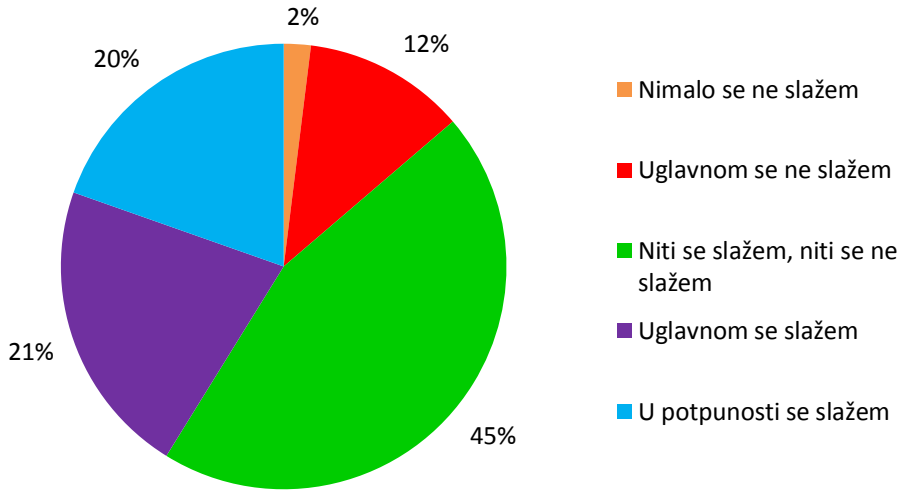
11.Kada bi liječnici imali više vremena s pacijentima, propisivali bi manje lijekova.



Slika 11.

Najveći dio ispitanika (62%) slaže se s navedenom tvrdnjom dok ih je 26% izrazilo neutralan stav.

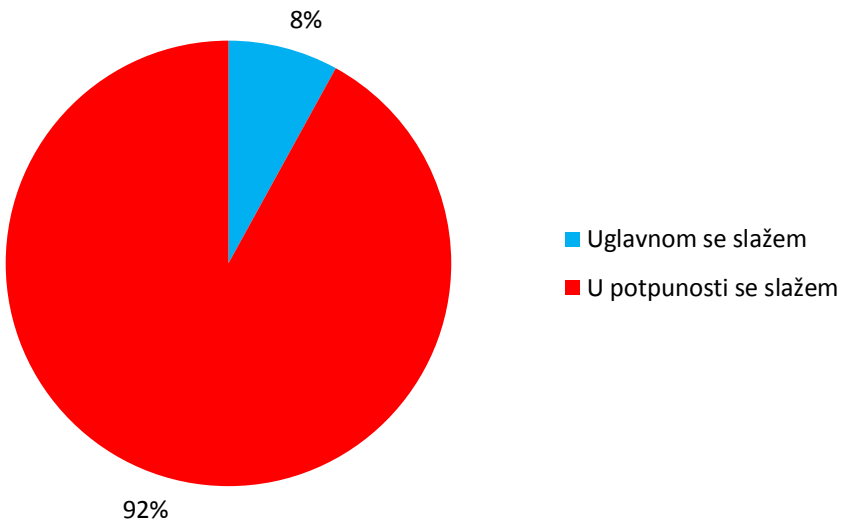
12.Liječnici polažu previše nade u lijekove.



Slika 12.

Velik dio ispitanika (45%) izrazio je neutralan stav dok se njih 41% uglavnom i u potpunosti slaže s navedenom tvrdnjom. Ovakav rezultat izražava negativan stav pacijenata prema liječniku kao propisivaču terapije, što utječe na povjerenje pacijenta u liječnika i propisanu terapiju te posljedično na njegovu adherenciju.

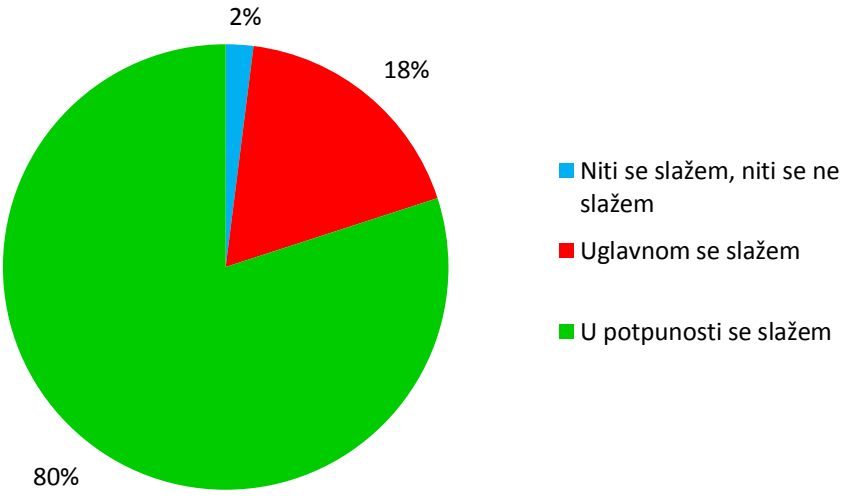
13.Prilikom propisivanja lijekova liječnicima bi na prvom mjestu trebalo biti pacijentovo zdravlje.



Slika 13.

Većina ispitanika (92%) u potpunosti se slaže s navedenom tvrdnjom dok se njih 8% uglavnom slaže.

14.Ljekarnici bi trebali voditi računa o tome da lijekovi koje izdaju imaju optimalan terapijski učinak.

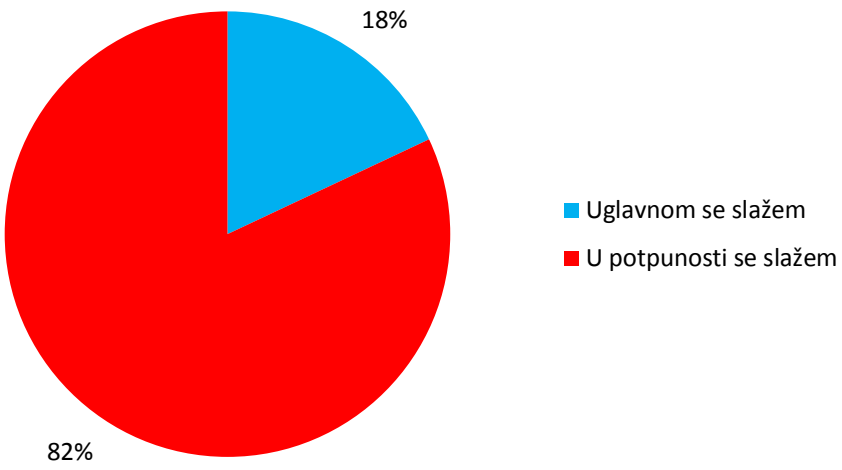


Slika 14.

Ova tvrdnja postavljena je u svrhu doznavanja stavova pacijenata o ljekarnikovoj ulozi. Najveći dio ispitanika (80%) u potpunosti se slaže s navedenom tvrdnjom, što znači da

pacijenti prepoznaju važnost ljekarnikove uloge u terapiji. Ljekarnikova intervencija može značajno utjecati na pacijentovu adherenciju.

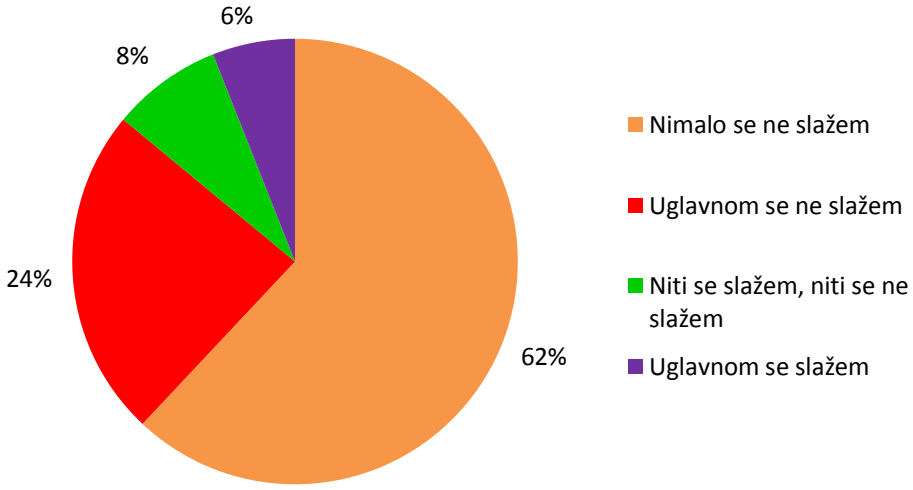
15.Uzimam terapiju u skladu s uputama koje mi je dao liječnik/ljekarnik.



Slika 15.

Navedena tvrdnja postavljena je kako bi se doznalo pridržavaju li se pacijenti uputa koje im je dao liječnik/ljekarnik. Svi su se ispitanici složili s ovom tvrdnjom.

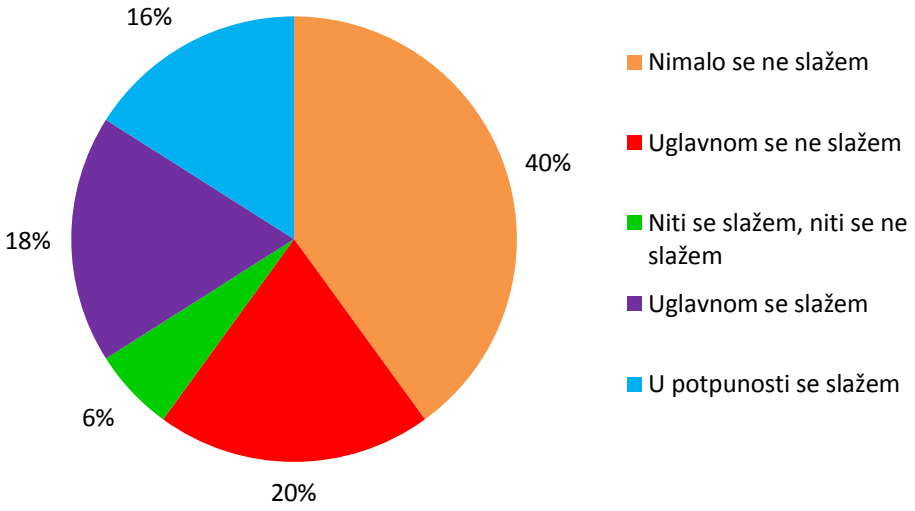
16.Uzimam lijek prema vlastitom nahođenju.



Slika 16.

Većina ispitanika (86%) ne slaže se s navedenom tvrdnjom. 6% ispitanika uglavnom se slaže dok ih je 8% izjasnilo neutralan stav.

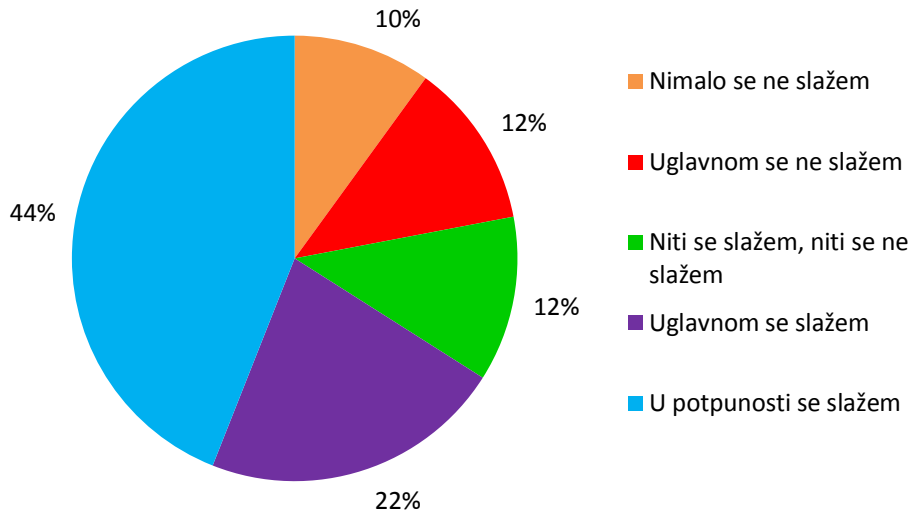
17.Prestajem uzimati propisanu dozu lijekova čim simptomi nestanu.



Slika 17.

34% ispitanika uglavnom se i u potpunosti slaže s navedenom tvrdnjom. Kada su upitani uzimaju li lijek prema uputama koje im je dao liječnik/ljekarnik, svi su se ispitanici složili s tvrdnjom, no njih čak 34% prestaje uzimati propisanu dozu lijekova čim simptomi nestanu. Namjerni prestanak uzimanja propisane doze lijekova ponašanje je koje nije u skladu s uputama liječnika/ljekarnika. Istraživanja pokazuju da se preko trećine propisanih lijekova ne uzima u skladu s uputama (Horne, 1997).

18.Ako primijetim nuspojave, samoinicijativno prestanem uzimati propisanu dozu lijekova bez konzultacije s liječnikom/ljekarnikom.



Slika 18.

Najveći udio ispitanika (66%) samoinicijativno, bez konzultacije s liječnikom/ljekarnikom, prestaje uzimati propisanu dozu lijekova ako primijete nuspojave. Prekid uzimanja terapije bez savjetovanja sa zdravstvenim profesionalcem jedan je od načina na koji se očituje neadherencija pacijenata.

5.ZAKLJUČCI

1. Pacijenti vjeruju u potrebu za lijekom, odnosno lijekove percipiraju nužnima, no istovremeno su zabrinuti oko neželjenih učinaka lijekova (lijekovi su otrovni, izazivaju ovisnost, čine više štete nego koristi). Način na koji pacijenti prosuđuju svoju potrebu za lijekom u odnosu na zabrinutosti oko neželjenih učinaka lijekova ima veći utjecaj na adherenciju nego kada se ova dva čimbenika razmatraju odvojeno.

2. Pacijenti vjeruju da liječnici previše propisuju lijekove, no smatraju da bi ih liječnici manje propisivali kada bi imali više vremena za konzultacije. Ovo mišljenje povezano je sa zabrinutošću oko lijekova te manjkom povjerenja u liječnike. Istovremeno, naše istraživanje pokazalo je da pacijenti prepoznaju ulogu ljekarnika u terapiji.

3. Pacijenti biljne lijekove percipiraju prirodnima i sigurnima te su skloni njihovom korištenju bez savjetovanja s liječnikom/ljekarnikom, što povećava rizik neprikladnog korištenja biljnih lijekova i njihovih potencijalnih neželjenih učinaka. Ljekarnici bi trebali biti svjesni ovog problema te ispitati pacijente o primjeni biljnih lijekova i pružiti im odgovarajuće i zdravstveno provjerene informacije kako bi minimalizirali rizik primjene biljnih lijekova.

4. Provedeno istraživanje pokazalo je da velik dio pacijenata prilikom uzimanja terapije ne slijedi upute liječnika/ljekarnika (trećina prekida uzimanje terapije kada simptomi nestanu, a 66% pacijenata prekida uzimanje propisane doze lijekova ukoliko primijete nuspojave). To se može povezati sa zabrinutošću oko neželjenih učinaka i percepcije lijekova kao previše propisivanih.

5. Adherencija propisanoj terapiji značajno utječe na uspješnost terapije, a rezultati na ovom polju su poražavajući jer istraživanja pokazuju da se preko trećine propisanih lijekova ne uzima u skladu s uputama. Poboljšanje terapijske adherencije jedan je od

načina poboljšanja uspješnosti terapije i smanjenja ukupnih zdravstvenih troškova. U kreiranju intervencija za poboljšanje adherencije veći naglasak trebao bi se staviti na nadilaženje prepreka vezanih uz motivaciju pacijenata na koju utječu njihova vjerovanja i stavovi. Također je važan multidisciplinaran pristup svih djelatnika zdravstvenog sustava. Veća važnost trebala bi se dati ulozi ljekarnika koji su pacijentu najdostupniji visoko obrazovani zdravstveni profesionalci.

6.LITERATURA

1. Adherencija za lijekove, 2012., www.plivamed.net/aktualno/clanak/7290/Adherencija-za-lijekove.html, pristupljeno 25.10.2018.

2. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991, 179-211

3. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H. Long-term Persistence in Use of Statin Therapy in Elderly Patients. *JAMA*, 2002, 455-461

4. Bennett J, Brown CM. Use of herbal remedies by patients in a health maintenance organization. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 2000, 353-358

5. Boskovic J, Mestrovic A, Leppee M, Bago M, Sostar Z, Naletilic D. Pharmacist Competences and Impact of Pharmacist Intervention on Medication Adherence: an Observational Study. *Psychiatr Danub*, 2016, 420-427

6. Bosworth HB, Voils CI. Theoretical Models to Understand Treatment Adherence. U: . Patient Treatment Adherence: Concepts, Interventions and Measurement. Bosworth HB, Oddone EZ, Weinberger M, London, Lawrence Erlbaum Associates, 2006, str. 13-49.

7. Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Respiratory Medicine*, 1999, 88-94

8. Čulig J. Adherencija prema propisanoj farmakoterapiji. *Pharmabiz*, 2016, 44-47

9. Ehret MJ, Wang M. How to increase medication adherence: What works? *Mental Health Clinician*, 2013, 230-232

10. Gabe J, Bury M. A Sociological Account of a Medical Controversy. *Sociology*, 1996, 447-469

11. Gabe J, Lipshitz-Phillips S. Evil necessity? The meaning of benzodiazepine use for women patients from one general practice. *Sociology of Health and Illness*, 1982, 201-209

12. Gill A, Williams AC. Preliminary study of chronic pain patients` concerns about cannabinoids as analgesics. *Clin J Pain*, 2001, 245-248

13. Gordis L. Assuring the quality of questionnaire data in epidemiologic research. *Am J Epidemiol*, 1979, 21-24

14. Hand CH, Bradley C. Health beliefs of adults with asthma: toward an understanding of the difference between symptomatic and preventive use of inhaler treatment. *J Asthma*, 1996, 331-338

15. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in Health Care. *John Hopkins University Press*, 1979, 1205-1207

16. Horne R. Representation of medication and treatment: Advances in theory and measurement. U: Perception of health and illness: Current research and applications. Petrie KJ, Weinman JA, Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers, 1997, str.155-188

17. Horne R. Treatment perceptions and self-regulation. U: The Self-regulation of Health and Illness Behaviour. Cameron L, Levethal H, New York, NY, US: Routledge, 2003, str.138-153

18. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patients adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta analysis review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS One*, 2013

19. Horne R, Weinman J. Patients`s beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res*, 1999, 555-567

20. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 2002, 17-32

21. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assesing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 1999, 1-24

22. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Med J*, 2011, 155-159

23. McRobbie D, Webb DG, Bares I, Wright J, Davies JG. Assesment of Clinical Competence: Designing a Competence Grid for Junior Pharmacists. *Pharmacy Education*, 2001, 67-76

24. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*, 2008, 348-354

25. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*, 1986, 67-74

26. Non-adherence to treatment: A psychological and communications perspective, 2007., www.canadianhealthcarenetwork.ca, pristupljeno 15.10.2018.

27. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Eng J Med*, 2005, 487-497

28. Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *Am J Health Syst Pharm*, 2003, 657-665

29. Pringle JL, Boyer A, Conklin MH, McCullough JW, Aldridge A. The Pennsylvania Project: pharmacist intervention improved medication adherence and reduced health care costs. *Health Aff (Millwood)*, 2014, 1444-1452

30. Sackett DL. The hypertensive patient: Compliance with therapy. *Can Med Assoc J*, 1979, 259-261

31. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2002, 331-342

32. World Health Organization. Adherence to long-term therapies evidence for action. World Health Organization. 2003.

33. Zakon o lijekovima, 2018., https://www.zakon.hr/z/399/Zakon-o-lijekovima, pristupljeno 13.11.2018.

7.SAŽETAK

Adherencija prema propisanoj terapiji čimbenik je koji bitno utječe na ishod terapije, odnosno zdravstveno stanje pacijenta. U razvijenim zemljama samo oko 50% bolesnika pridržava se dugotrajne terapije. Loša adherencija raširen je problem koji značajno kompromitira uspješnost terapije, što za posljedice ima pogoršanje bolesti, smrt i rastuće zdravstvene troškove. Percepcije koje pacijenti imaju o lijeku, odnosno njihova vjerovanja i stavovi o nužnosti terapije i zabrinutostima oko neželjenih učinaka, važan su čimbenik adherencije budući da utječu na pacijentovu motivaciju da slijedi terapijske upute.

U radu je provedeno primarno istraživanje ispitanika o utjecaju percepcije lijekova na adherenciju. Istraživanje je provedeno s ciljem ispitivanja percepcije pacijenata o lijekovima, njihovih vjerovanja u potrebu za lijekom i zabrinutosti oko neželjenih učinaka lijekova, s posebnim naglaskom na utvrđivanja stajališta pacijenata o biljnim lijekovima i njihove sklonosti korištenju biljnih lijekova, stavova pacijenata o liječnicima i ulozi ljekarnika, ispitivanja adherencije pacijenata te utvrđivanja povezanosti percepcije o lijekovima i adherencije. Istraživanje je pokazalo da pacijenti lijekove percipiraju nužnima, no zabrinuti su oko njihovih neželjenih učinaka. S druge strane, biljne lijekove percipiraju prirodnima i sigurnima te su skloni njihovom korištenju bez konzultacije s liječnikom/ljekarnikom. Trećina pacijenata prekida uzimanje terapije kada simptomi nestanu, a 66% prekida terapiju ukoliko primijete nuspojave.

Poboljšanje adherencije intervencija je koja zahtijeva suradnju svih zdravstvenih profesionalaca te je ključna komponenta za poboljšanje terapijskih ishoda. U kreiranju i provođenju ovih intervencija važnu ulogu imaju ljekarnici kao pacijentu najdostupniji zdravstveni profesionalci koji imaju najveći korpus znanja o načinima na koji lijekovi djeluju.

8.SUMMARY

Adherence to the prescribed therapy is a factor that significantly affects the outcome of the therapy, ie the health of the patient. In developed countries only about 50% of patients are adherent to long-term therapy. Poor adherence is a widespread problem that significantly compromises the success of therapy and results in worsening of disease, death and increased health costs. Patients` perceptions of medicines, their beliefs and attitudes about the necessity of therapy and concerns about unwanted effects are an important adherence factor as they affect patient's motivation to follow therapy instructions.

Primary research was conducted in this paper, on the influence of patients`s perceptions of medicines on adherence. The study was conducted to investigate patients` perceptions of medicines, their necessity beliefs and concerns about potential adverse effects, with a special emphasis on determining patients` views about herbal remedies and their preferences in using herbal remedies, to determine patients` attitudes about physicians and the role of pharmacists, to investigate patients` adherence and determine connection between perceptions of medicines and adherence. The research showed that patients perceive medicines as necessary but are concerned about their unwanted effects. On the other side, herbal remedies are perceived as natural and safe and patients often use them without consultation with a physician/pharmacist. One third of patients stops taking prescribed medicines when symptoms disappear and 66% if they notice side effects.

Improving adherence is an intervention that requires cooperation of all healthcare professionals and it is a key component for improving therapy outcomes. Pharmacists play an important role in creating and conducting these interventions as they are most accesible healthcare professionals and have the largest corpus of knowledge about medicines.

9.PRILOZI

ANONIMNA ANKETA

Cilj ovog anketnog upitnika je ispitati pacijentovu percepciju o lijekovima i njezin utjecaj na adherenciju. Anketa je anonimna te će se svi prikupljeni podaci koristiti za izradu diplomskog rada na Farmaceutsko – biokemijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Spol:

- Muški
- Ženski

Dob:

- 18- 30
- 31- 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- iznad 60 godina

Mjesto stanovanja:

- grad
- selo
- prigradsko naselje

Stručna sprema:

- **niža stručna sprema**
- **srednja stručna sprema**
- **viša stručna sprema**
- **visoka stručna sprema**

Molimo Vas da iznesete svoje stavove o sljedećim tvrdnjama zaokruživanjem samo jednog od ponuđenih odgovora, pri čemu je:

1 – nimalo se ne slažem

2 – uglavnom se ne slažem

3 – niti se slažem, niti se ne slažem

4 – uglavnom se slažem

5 – u potpunosti se slažem

Tvrdnja	Nimalo se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem, niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1.Lijekovi preveniraju i liječe bolesti te doprinose održavanju zdravlja.	1	2	3	4	5
2. Lijekovi čine više štete nego koristi.	1	2	3	4	5
3. Svi lijekovi su otrovni.	1	2	3	4	5
4. Većina lijekova izaziva ovisnost.	1	2	3	4	5
5. Biljni lijekovi sigurniji su od sintetskih.	1	2	3	4	5
6. Biljni lijekovi nisu štetni za zdravlje.	1	2	3	4	5
7. Biljni lijekovi nemaju nuspojave.	1	2	3	4	5
8. Radije uzimam biljne lijekove.	1	2	3	4	5
9. Pri korištenju biljnih lijekova savjetujem se s liječnikom/ ljekarnikom.	1	2	3	4	5
10. Liječnici propisuju previše lijekova.	1	2	3	4	5
11. Kada bi liječnici imali više vremena s pacijentima, propisivali bi manje lijekova.	1	2	3	4	5
12. Liječnici polažu previše nade u lijekove.	1	2	3	4	5
13. Prilikom propisivanja lijekova liječnicima bi na prvom mjestu trebalo biti pacijentovo zdravlje.	1	2	3	4	5

14. Ljekarnici bi trebali voditi računa o tome da lijekovi koje izdaju imaju optimalan terapijski učinak.	1	2	3	4	5
15. Uzimam terapiju u skladu s uputama koje mi je dao liječnik/ ljekarnik.	1	2	3	4	5
16. Uzimam lijek prema vlastitom nahođenju.	1	2	3	4	5
17. Prestajem uzimati propisanu dozu lijekova čim simptomi nestanu.	1	2	3	4	5
18. Ako primijetim nuspojave, samoinicijativno prestanem uzimati propisanu dozu lijekova bez konzultacije s liječnikom/ljekarnikom.	1	2	3	4	5

Tablica 1. Anketni upitnik

Temeljna dokumentacijska kartica

Sveučilište u Zagrebu
Farmaceutsko-biokemijski fakultet
Studij: Farmacija
Samostalni kolegij Sociologija i zdravstvo
A. Kovačića 1, 10000 Zagreb, Hrvatska

Diplomski rad

PACIJENTOVA PERCEPCIJA LIJEKA I PROBLEM ADHERENCIJE

Irena Lugonjić

SAŽETAK

Adherencija prema propisanoj terapiji čimbenik je koji bitno utječe na ishod terapije, odnosno zdravstveno stanje pacijenta. U razvijenim zemljama samo oko 50% bolesnika pridržava se dugotrajne terapije. Loša adherencija raširen je problem koji značajno kompromitira uspješnost terapije, što za posljedice ima pogoršanje bolesti, smrt i rastuće zdravstvene troškove. Percepcije koje pacijenti imaju o lijeku, odnosno njihova vjerovanja i stavovi o nužnosti terapije i zabrinutostima oko neželjenih učinaka, važan su čimbenik adherencije budući da utječu na pacijentovu motivaciju da slijedi terapijske upute.

U radu je provedeno primarno istraživanje ispitanika o utjecaju percepcije lijekova na adherenciju. Istraživanje je provedeno s ciljem ispitivanja percepcije pacijenata o lijekovima, njihovih vjerovanja u potrebu za lijekom i zabrinutosti oko neželjenih učinaka lijekova, s posebnim naglaskom na utvrđivanja stajališta pacijenata o biljnim lijekovima i njihove sklonosti korištenju biljnih lijekova, stavova pacijenata o liječnicima i ulozi ljekarnika, ispitivanja adherencije pacijenata te utvrđivanja povezanosti percepcije o lijekovima i adherencije. Istraživanje je pokazalo da pacijenti lijekove percipiraju nužnima, no zabrinuti su oko njihovih neželjenih učinaka. S druge strane, biljne lijekove percipiraju prirodnima i sigurnima te su skloni njihovom korištenju bez konzultacije s liječnikom/ljekarnikom. Trećina pacijenata prekida uzimanje terapije kada simptomi nestanu, a 66% prekida terapiju ukoliko primijete nuspojave.

Poboljšanje adherencije intervencija je koja zahtijeva suradnju svih zdravstvenih profesionalaca te je ključna komponenta za poboljšanje terapijskih ishoda. U kreiranju i provođenju ovih intervencija važnu ulogu imaju ljekarnici kao pacijentu najdostupniji zdravstveni profesionalci koji imaju najveći korpus znanja o lijekovima.

Rad je pohranjen u Središnjoj knjižnici Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.

Rad sadrži: 40 stranica, 18 grafičkih prikaza, 1 tablicu i 33 literaturna navoda. Izvornik je na hrvatskom jeziku.

Ključne riječi: percepcija, (ne)adherencija, uloga ljekarnika

Mentor: **Dr. sc. Živka Juričić**, *redovita profesorica Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Ocjenjivači: **Dr. sc. Živka Juričić**, *redovita profesorica Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*
Dr. sc. Renata Jurišić Grubešić,*redovita profesorica Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*
Dr. sc. Ivan Pepić,*docent Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Rad prihvaćen: prosinac 2018.

Basic documentation card

University of Zagreb
Faculty of Pharmacy and Biochemistry
Study: Pharmacy
Independent course Sociology and healthcare
A. Kovačića 1, 10000 Zagreb, Croatia

Diploma thesis

PATIENT`S PERCEPTION OF MEDICINE AND THE ADHERENCE PROBLEM

Irena Lugonjić

SUMMARY

Adherence to the prescribed therapy is a factor that significantly affects the outcome of the therapy, ie the health of the patient. In developed countries only about 50% of patients are adherent to long-term therapy. Poor adherence is a widespread problem that significantly compromises the success of therapy and results in worsening of disease, death and increased health costs. Patients` perceptions of medicines, their beliefs and attitudes about the necessity of therapy and concerns about unwanted effects are an important adherence factor as they affect patient's motivation to follow therapy instructions.

Primary research was conducted in this paper, on the influence of patients`s perceptions of medicines on adherence. The study was conducted to investigate patients` perceptions of medicines, their necessity beliefs and concerns about potential adverse effects, with a special emphasis on determining patients` views about herbal remedies and their preferences in using herbal remedies, to determine patients` attitudes about physicians and the role of pharmacists, to investigate patients` adherence and determine connection between perceptions of medicines and adherence. The research showed that patients perceive medicines as necessary but are concerned about their unwanted effects. On the other side, herbal remedies are perceived as natural and safe and patients often use them without consultation with a physician/pharmacist. One third of patients stops taking prescribed medicines when symptoms disappear and 66% if they notice side effects.

Improving adherence is an intervention that requires cooperation of all healthcare professionals and it is a key component for improving therapy outcomes. Pharmacists play an important role in creating and conducting these interventions as they are most accesible healthcare professionals and have the largest corpus of knowledge about medicines

The thesis is deposited in the Central Library of the University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry.

Thesis includes: 40 pages, 18 figures, 1 table and 33 references. Original is in Croatian language.

Keywords: perception, (non)adherence, pharmacist`s role

Mentor: **Živka Juričić**, **Ph.D.** *Full Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Reviewers: **Živka Juričić**, **Ph.D.** *Full Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Renata Jurišić Grubešić, **Ph.D.** *Full Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Ivan Pepić, **Ph.D.** *Assistant Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

The thesis was accepted: December 2018.