

# Značajke bolesnika koje utječu na suradljivost tijekom kroničnog liječenja

---

**Vidošević, Dijana**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2015**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Split / Sveučilište u Splitu**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:846143>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-19**

*Repository / Repozitorij:*



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

**Dijana Vidošević**

**ZNAČAJKE BOLESNIKA KOJE UTJEČU NA  
SURADLJIVOST TIJEKOM KRONIČNOG LIJEČENJA**

**Diplomski rad**

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

**Dijana Vidošević**

**ZNAČAJKE BOLESNIKA KOJE UTJEČU NA  
SURADLJIVOST TIJEKOM KRONIČNOG LIJEČENJA**

**FACTORS AFFECTING PATIENT'S COMPLIANCE  
DURING CHRONIC THERAPY**

**Diplomski rad / Master's Thesis**

Mentor:

**prof.dr.sc. Damir Fabijanić, dr.med.**

Split, 2015.

*Zahvaljujem prof. dr.sc. Damiru Fabijaniću, dr. med. i svima*

*koji su pomagali u nastanku ovog rada.*

*Posebna zahvalnost mojoj obitelji, na bezuvjetnoj potpori i neizmjernoj vjeri u moj  
uspjeh.*

*Hvala Karli i Ivanu, na beskrajnom strpljenju.*

# SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. SURADLJIVOST I ADHERENCIJA .....	2
1.1.1. ZNAČAJKE SURADLJIVOSTI/ADHERENCIJE .....	3
1.2. NESURADLJIVOST.....	5
1.3. KAKO POBOLJŠATI SURADLJIVOST .....	8
1.4. KOMUNIKACIJA I SURADLJIVOST .....	9
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	14
3. ISPITANICI I METODE.....	15
3.1. Ispitanici.....	15
3.2. Metode prikupljanja podataka .....	15
3.3. Statistička obrada.....	16
4. REZULTATI .....	17
5. RASPRAVA.....	33
6. ZAKLJUČCI .....	37
7. SAŽETAK.....	38
8. SUMMARY .....	39
9. LITERATURA .....	41
10. ŽIVOTOPIS .....	44

# 1. UVOD

Uspjeh liječenja ne ovisi samo o lijeku nego i o bolesniku, poglavito njegovom pridržavanju uputa o liječenju (1). Šezdesetih godina prošlog stoljeća u medicinu je uveden pojam suradljivost bolesnika (ustrajnost, poslušnost, pridržavanje uputa liječnika, prema engl. *compliance*) (2). Nepridržavanje liječnikovih uputa je vrlo rašireno, čak i u uvjetima koji mogu ugroziti život, a odnose se i na kratkotrajno (primjerice, antibiotici) i dugotrajno liječenje (primjerice, antihipertenzivi, antidiabetici) (3).

U kliničkim ispitivanjima u kojima je mjerena suradljivost bolesnika prema propisanom liječenju, objavljenim u razdoblju od 1967. do 2001. godine, uočeno je da se manje od 50% bolesnika pridržava liječnikovih uputa o uzimanju propisane terapije (4).

Nepoštivanje pravilnog uzimanja lijeka jako je važno jer može dovesti do napredovanja bolesti, povećane učestalosti komplikacija, smanjenja kvalitete života, povećanja broja posjeta liječniku, produženja hospitalizacije te u konačnici do porasta troškova liječenja(5).

Danas se ulažu veliki naponi da bi se poboljšala bolesnikova suradljivost jer se na taj način može poboljšati uspjeh liječenja i unaprijediti zdravstvena skrb.

Potrebno je napomenuti da je medicinska sestra, kao nezaobilazan član tima svojim znanjem i vještinama, ključna karika u poticanju bolesnika na suradljivost. Većinu vremena provode uz bolesnika, potičući ga na komunikaciju uviđaju njegovo neshvaćanje ili strah pri razmatranju uputa o primjeni lijeka, uočavaju jesu li oni sposobni sami uzimati lijek ili im je za to potrebna druga osoba.

## 1.1. SURADLJIVOST I ADHERENCIJA

Suradljivost možemo definirati stupnjem do kojega se bolesnik pridržava preporuka i provodi upute o uzimanju lijekova onako kako mu je propisao liječnik (6).

Adherenciju (engl. *adherence*) možemo kratko definirati kao proces u kojem bolesnik uzima lijekove onako kako mu ih je propisao liječnik (6).

Pojmovi suradljivosti i adherencije u uzimanju lijekova rabe se kao međusobno zamjenjivi izrazi da bi se negdje nakon 2000. godine počeo učestalije rabiti pojam adherencije (6).

Definicija oba pojma preklapa se u mnogim elementima, a Svjetska zdravstvena organizacija navodi da je adherencija/suradljivost stupanj do koje mjere ponašanje osobe u uzimanju lijekova, provođenju dijetalnih mjera i/ili promjeni u načinu života odgovara dogovorenim preporukama zdravstvenog radnika (6).

Suradljivost/adherencija za lijekove sastoji se od triju sastavnica:

- inicijacije
- implementacije
- prestanka uzimanja lijeka.

Proces započinje inicijacijom liječenja, početkom primjene lijeka, tj. trenutkom uzimanja prve doze lijeka. Nastavlja se implementacijom režima doziranja, koji je definiran kao stupanj do kojeg stvarno uzimanje lijeka odgovara propisanom režimu doziranja (od inicijacije do posljednje uzete doze lijeka). Prestanak uzimanja lijeka označuje kraj liječenja, tj. kad je izostavljena sljedeća doza te nakon toga bolesnik više nije uzimao lijek. Upornost ili perzistencija jest razdoblje između inicijacije i posljednje doze koja prethodi prestanku uzimanja lijeka, tijekom kojeg je bolesnik uzimao lijek u skladu s preporukom (6).

Nasuprot tomu, pomanjkanje adherencije ili nesuradljivost, jest propust u uzimanju lijekova na vrijeme u propisanim dozama te je opasna i skupa poput mnogih bolesti (6).

Suradljivost/adherencija može biti potpuna, djelomična, povremena ili izostaje, kao i da je bolesnik presuradljiv (engl., *overcompliance*).

Presuradljivost možemo definirati uzimanjem veće doze lijeka nego li je to liječnik propisao.

Suradljivost/adherencija stoga može varirati od raspona 0-100%, a u slučaju presuradljivosti prelazi 100%!.

Treba istaknuti da je prepoznavanje pomanjkanja suradljivosti/adherencije bolesnika iznimno teško, a problem je veoma važan. Prema nekim procjenama, oko 50% propisanih lijekova u SAD-u ne uzima se na ispravan način (oko trećine bolesnika uopće ne uzima propisane lijekove). Negativni učinci u slučaju izostanka suradljivosti/adherencije iskazuju se letalnim ishodima, pogoršanjem bolesti s više od 30% prijama u bolnice i druge ustanove medicinske skrbi (prema nekim autorima do 69%), što donosi znatne financijske troškove koji se mjere s čak oko 300 milijardi USD. U Velikoj Britaniji se oko 5% recepata nikad ne realizira, a u osoba starije životne dobi to iznosi do 20%. Razlog nije financijske naravi (ne plaćaju participaciju za izdane recepte), već manjak motivacije za liječenje. Suradljivost/adherencija stoga je jedan od temeljnih preduvjeta za uspješno liječenje (6).

### **1.1.1. ZNAČAJKE SURADLJIVOSTI/ADHERENCIJE**

Suradljivost/adherencija ovisi o mnogim značajkama, a od važnijih treba spomenuti:

- stav bolesnika prema liječenju/lijekovima
- složenost načina primjene lijekova
- dob bolesnika
- uspješnost liječenja
- nuspojave liječenja.

Pozitivan stav o liječenju jedan je od nužnih elemenata suradljivosti/adherencije bolesnika. U oblikovanju stava bolesnika prema liječenju važna je uloga liječnika koji



lijek predlaže ili propisuje. Bolesniku treba dati cjelovitu i objektivnu informaciju o lijeku, cilju terapije, parametrima praćenja uspjeha liječenja, nuspojavama, interakcijama s hranom ili drugim lijekovima. Usmene upute najčešće nisu dovoljne, jer je utvrđeno da jedna trećina bolesnika ne može ponoviti dobivenu uputu odmah nakon napuštanja ordinacije. Valja imati na umu da bolesnik (kao i svi ljudi ) najbolje pamti ono što mu je prvo rečeno. Tako i treba komparirati davanje uputa. Uz usmene upute bilo bi poželjno dati i pisane upute. Odnos između bolesnika i liječnika ima veliki utjecaj na suradljivost/adherenciju bolesnika. Zadovoljstvo bolesnika obavljenim pregledom značajno će utjecati na suradljivost/adherenciju (6).

Što je jednostavniji način primjene lijeka, veća je vjerojatnost da će bolesnik provoditi liječenje u skladu sa savjetima liječnika. Tako je suradljivost/adherencija dobra ako se lijek uzima jedanput (idealno uzimanje ) ili dvaput na dan, a ako se uzima tri ili više puta na dan ona opada. Analiza velikoga broja studija, u kojima je elektroničko nadgledanje korišteno za praćenje suradljivosti/adherencije, potvrđuje njezin pad koji je obrnuto proporcionalan s učestalosti primjene doza, tj. bolesnici koji su trebali uzimati lijek četiri puta na dan imali su prosječnu razinu suradljivosti/adherencije od 50% (7).

Polifarmacija, odnosno istodobno uzimanje triju ili više lijekova, također smanjuje suradljivost/adherenciju u bolesnika (7).

S obzirom na dob bolesnika, suradljivost/adherencija u velikom broju slučajeva ovisi o okolini. Pokazalo se da okolina (obitelj ili prijatelji) i njezino uključivanje u sve praktične aspekte primjene lijekova, označuju najučinkovitiji pristup za poticanje suradljivosti/adherencije za lijekove. U dječjoj dobi roditelji ili starija braća mogu imati važnu ulogu u poticanju suradljivosti/adherencije. U bolesnika starije životne dobi suradljivost/adherencija ovisi o ukućanima, koji ga trebaju stalno poticati i podsjećati na potrebu pridržavanja uputa liječnika o uzimanju lijeka (8).

Suradljivost/adherencija bolesnika, ovisi i o uspješnosti liječenja. Povoljan učinak propisanog liječenja na kliničke simptome visoka su motivacija za dobru suradljivost/adherenciju.

Nuspojave lijekova u početku liječenja mogu prouzrokovati poteškoće u motivaciji. Za ispravan stav bolesnika važno je upozoriti ga na moguće nuspojave liječenja. Povjerenje

bolesnika koje je stečeno tim načinom omogućuje da zamjenski lijek bude odmah prihvaćen i bolesnik dalje surađuje u nastavku terapije s punim povjerenjem jer je upozoren i na negativne aspekte liječenja. Najbolji način koji će pridonijeti razvoju dobre suradljivosti/adherencije je kvalitetan partnerski odnos između bolesnika i zdravstvenog radnika.

## **1.2. NESURADLJIVOST**

Nesuradljivost ili pomanjkanje adherencije, jest propust u uzimanju lijekova na vrijeme u propisanim dozama (6,9).

Za bolesnika ćemo reći da je nesuradljiv, ako je učinio nešto od sljedećeg: nije podigao lijek iz ljekarne, neredovito je uzimao lijek, svojevolumeno je mijenjao dozu lijeka, uzimao je druge lijekove koje nije propisao liječnik, uzimao je lijekove s namirnicama s kojima nije smio, uzimao je lijek kojem je prošao rok trajanja, skratio ili produžio trajanje terapije bez savjetovanja sa zdravstvenim djelatnikom. Bolesnik može biti nesuradljiv namjerno ili nenamjerno (10).

Namjerno nesuradljivi bolesnici imaju za svoju nesuradljivost logičan razlog.

Razlozi namjerne nesuradljivosti mogu biti:

- preskupi lijek - bolesnik ne može nadoplatiti lijek na dopunskoj listi, nema novca za sudjelovanje ili kupnju lijeka koji nije na listi lijekova. Bolesnik može biti i sumnjičav u vrijednost lijeka zbog informacija koje je dobio od obitelji ili prijatelja.
- izražene nuspojave - bolesnik nije upozoren na moguće nuspojave terapije koju primjenjuje (vrsta, intenzitet, trajanje i što učiniti u slučaju nuspojave) može ih se uplašiti i prestati uzimati lijek bez liječnikova znanja.
- stavovi bolesnika prema bolesti- prije razgovora sa zdravstvenim djelatnikom, svaki bolesnik ima određene stavove prema svojoj bolesti koje je izgradio na temelju informacija iz medija ili na saznanjima iskustava članova obitelji i

prijatelja. Ako je bolesnik uvjeren da nije bolestan ili da njegova bolest nije dovoljno ozbiljna, neće trošiti vrijeme i novac na podizanje lijeka, ili će lijek skladištiti u kućnoj ljekarni. Neki bolesnici sami mijenjaju dozu lijeka.

- stavovi bolesnika prema lijekovima- kao i prema bolesti, i prema lijekovima koje koriste bolesnici izgrađuju stavove i prije odlaska zdravstvenom djelatniku. Ako je bolesnik uvjeren da će mu lijek kojeg upotrebljava osigurati bolju kvalitetu života, zaustavljanje napredovanja bolesti ili ozdravljenje, bit će suradljiviji. Također, bolesnik može biti uvjeren da mu lijek nije djelotvoran, da može postati imun ili da će mu uzimanje lijeka promijeniti dosadašnji način života pa će radije izbjeći primjenu propisane terapije.
- osjećaj da terapija ne daje rezultate- neki lijekovi, kao npr. oni s odgođenim učinkom (preparati željeza ili varfarin ), ili lijekovi koji služe za profilaksu neće dati rezultate koje će bolesnik primijetiti na početku terapije. Duže razdoblje do vidljivih znakova djelovanja može obeshrabriti bolesnika i stvoriti nepovjerenje prema učinkovitosti terapije.
- odnos sa zdravstvenim djelatnikom - ako bolesnik sumnja u stručnost svoga liječnika i nema povjerenje u njegovo znanje, pokazuje nesuradljivost. Ako bolesnik nema povjerenja u zdravstvenog djelatnika neće s njim razgovarati o svojim strahovima vezanim uz terapiju. Isto se može dogoditi ako bolesnik zdravstvenog djelatnika percipira kao prezaposlenog ili nezainteresiranog.
- terapija neprilagođena životnom stilu bolesnika- brz ritam života, česta putovanja i slične obveze zahtijevaju jednostavniju terapiju koju bolesnik neće zaboraviti ili preskočiti dozu zbog obveza. Nuspojave lijeka mogu interferirati s bolesnikovim snom ili radnom sposobnošću i bolesnik će ponekad radije izostaviti lijek nego kompromitirati posao.
- okus/veličina/oblik lijeka- okus lijeka, osobito u djece, može utjecati na prestanak uzimanja lijeka. Velike tablete ili kapsule je teško progutati te će neki pacijenti ili odustati od terapije ili tablete usitniti a kapsule otvoriti, što može promijeniti njihova farmakodinamička svojstva.
- prestanak uzimanja lijeka da bi bolesnik provjerio izlječenje - kod nekih bolesti (npr. shizofrenija, epilepsija) bolesnik može prestati uzimati lijek da bi provjerio hoće li mu se simptomi vratiti, odnosno je li izliječen.

- utjecaj medija- zbog reklama, članaka u novinama ili na internetu, ili uvjeravanja poznanika da bi mu bolje odgovarali čudotvorni preparat bolesnik može zaključiti da postoji terapija koja će mu više pomoći i odustati od lijeka koji mu je propisao liječnik.

Ponekad su bolesnici nenamjerno nesuradljivi, odnosno nisu u mogućnosti slijediti režim terapije ili nisu svjesni da su nesuradljivi. Po nekim istraživanjima demografske i socioekonomske značajke kao što su dob, spol, mjesto stanovanja, bračni status, mjesečna primanja utječu na nesuradljivost. Na te značajke ne možemo utjecati ali se mogu prepoznati rizične skupine bolesnika i edukacijom ih navesti na bolju suradljivost.

Zbog nedostatka vremena, nezainteresiranosti zdravstvenog djelatnika bolesnik može dobiti nepotpunu ili nedovoljnu informaciju o načinu uzimanja lijeka. Nikada se ne smije pretpostaviti da bolesnik zna kako se uzima lijek.

Dosadašnja su istraživanja pokazala da je zaboravljivost najčešći razlog nesuradljivosti. Na zaboravljivost, između ostalog, utječu brz ritam života, veliki broj dnevnih doza, starija životna dob bolesnika.

Prekomplicirana terapija, pogotovo u starijih bolesnika, može dovesti do pogrešnog načina uzimanja. Ponekad broj različitih lijekova koje kombiniraju u terapiji prelazi 5 pripravaka lijekova. Neki se od njih rabe jednom, neki tri ili četiri puta, neki uzimaju poslije jela a neki na prazan želudac, neki se moraju uzimati svakodnevno a neki prema potrebi. Ne čudi što toliko informacija može zbuniti bolesnika.

Velik broj dnevnih doza teže je prilagoditi bolesnikovu načinu života i dnevnim navikama. Nerazumijevanje dobivenih uputa, uporaba medicinske terminologije često dovodi do nenamjerne nesuradljivosti te nije prihvatljiva u razgovoru s bolesnicima. Pogrešno je misliti da bolesnik zna što znači lijek uzimati dva puta na dan ili što je to antihipertenziv.

Također, i tjelesni nedostaci mogu utjecati na ne uzimanje lijeka i na nesuradljivost. Primjerice, problemi s ukapavanjem kapi zbog drhtanja ruku ili nemoć u rukama zbog koje se ne može otvoriti bočica s lijekom (10).

### 1.3. KAKO POBOLJŠATI SURADLJIVOST

Uspješno liječenje traži dosljednu primjenu lijekova propisanu od liječnika. Nepridržavanje uputa o pravilnom uzimanju lijekova predstavlja veliki zdravstveni problem zbog produženog liječenja, loših rezultata liječenja i visokih troškova zdravstvene skrbi.

Da bi poboljšali suradljivost, za početak, treba prepoznati nesuradljivog bolesnika. Nesuradljivost se može procijeniti u razgovoru s bolesnikom koji će, najčešće u slučaju nuspojava, priznati da je prekinuo terapiju, njegovim redovitim dolaskom na kontrolne preglede, kliničkom neuspjehu liječenja ili brojanjem tableta. Jedna od mogućnosti kontrole uzimanja lijeka je mjerenje koncentracije lijeka u krvi ili u drugim tjelesnim tekućinama što bi moglo pomoći u procjeni bolesnikove suradljivosti. Međutim i to mjerenje ovisi o vremenu uzimanja doze i na žalost nije moguće za sve lijekove (3).

Razlozi nesuradljivosti razlikuju se od bolesnika do bolesnika i stoga je u svakog bolesnika potrebno različito intervenirati. Bolesnikova osobnost, njegovo obrazovanje i psihološki stav konstante su koje se ne mogu mijenjati. Međutim, odnos zdravstvenih djelatnika prema bolesniku može se poboljšati jer bolesnici trebaju više znanja o lijekovima i njihovom ispravnom uzimanju (11,12). Taj odnos treba temeljiti na umijeću kvalitetne komunikacije jer je ona temelj uspješnog liječenja.

Kada se uvjerimo u lošu suradljivost postoji nekoliko načina kako je poboljšati. Utvrditi cilj liječenja i bolesnika upoznati s postavljenim ciljem. Poučiti bolesnika o bolesti ili o onome što zabrinjava bolesnika pružanjem iscrpnih informacija i odgovoriti bolesniku na pitanja koja ga zabrinjavaju. Davanje pisanih uputa ne mogu zamijeniti razgovor bolesnika s liječnikom ili drugim zdravstvenim djelatnikom. Upoznati bolesnika s osobitostima lijeka, što učiniti ako propusti dozu, koliko dugo će morati uzimati lijek, predvidjeti moguće nuspojave lijeka, bolesnika upozoriti na njih i kako ih prepoznati, upozoriti na moguće interakcije s drugim lijekovima i alkoholom. Upoznati bolesnika s rasporedom uzimanja lijekova, uzimanje lijeka povezati sa svakodnevnom rutinom, pri ustajanju, prije spavanja, prednost treba dati fiksnim kombinacijama jer se na taj način smanjuje broj tableta (6).

U svakom slučaju potrebno je moderne terapijske mogućnost učiniti još boljim, učinkovitijim i jednostavnijim za uporabu kako bi i suradljivost bila još bolja. Kombinacija jednostavnijeg doziranja, jasnih uputa, razgovor s bolesnikom, značajan su pomak za mnoge bolesnike koji moraju redovito uzimati terapiju. Postoje razni načini podsjećanja bolesnika na uzimanje lijeka. Jedan od načina je posebno pakiranje lijeka (npr. oralni kontraceptivi), tekstualne telefonske poruke (SMS, prema engl. *short message service*) kada bolesnicima na mobilni telefon dolaze poruke kada moraju uzeti lijek (2). Vođenje dnevne liste uzetih lijekova može promicati bolesnikovu urednost u pridržavanju terapije. Uključivanje ostalih članova obitelji u brigu za oboljelog može pridonijeti boljoj suradnji.

Polovica ukupnog broja bolesnika zaboravi informacije dobivene usmeno od svog liječnika već jedan sat nakon napuštanja ambulante i nisu u stanju ponoviti što im je savjetovano činiti.

Devet pitanja bolesnik bi trebao postaviti liječniku prije nego napusti ambulantu (13):

1. Koja je moja dijagnoza?
2. Kako će mi lijek pomoći da se osjećam bolje?
3. Kada moram početi uzimati lijek?
4. Kako često uzimati lijek?
5. U koje vrijeme uzimati lijek?
6. Koliko će dugo trajati terapija?
7. Koje nuspojave lijeka mogu očekivati?
8. Kada se moram obratiti liječniku u vezi s nuspojavama?
9. Kada moram doći na slijedeću redovnu kontrolu?

## **1.4. KOMUNIKACIJA I SURADLJIVOST**

Svjetska zdravstvena organizacija kvalitetnu komunikaciju definira kao jednu od pet vještina neophodnih za zdrav i sretan život (14).

Kvalitetna komunikacija zdravstvenih djelatnika i bolesnika je najvažnija vještina u medicinskoj praksi na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom. Istraživanja ukazuju da su komunikacija i odnos liječnika i bolesnika izrazito važni u skrbi o bolesniku i imaju brojne utjecaje na ishode liječenja, kao i na zadovoljstvo liječenjem, suradljivost, klinički ishod i kvalitetu života, sigurnost bolesnika i smanjen broj pritužbi na liječnički rad (15,16). Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s bolesnikom i njegovom obitelji, a ključ je uspjeha zdravstvenog tima jer se ostvaruje odnos povjerenja i stvara osjećaj sigurnosti za bolesnika (15).

Zbog broja konzultacija tijekom radnog vijeka komunikacija je najčešća vještina kojom se liječnik koristi u svakodnevnom radu. Smatra se da u četrdesetogodišnjem radnom vijeku liječnik prosječno ima oko 200 tisuća konzultacija, što komunikaciju stavlja na prvo mjesto svih vještina kojima se koristi u svakodnevnom radu. Osobno iskustvo ili talent nisu dovoljni za osiguranje uspješne komunikacije između liječnika, bolesnika i obitelji. Postoje oni koji su više ili manje talentirani, odnosno vještiji u komunikaciji ali je dokazano da se učenjem može unaprijediti komunikacija (17).

Ključna je komunikacija koja počinje intervjuom i uspostavljanjem pozitivnog odnosa s bolesnikom. Informacije i savjeti trebaju biti jednostavni, jasni i razumljivi tako da bolesnik treba znati kako koristiti lijek.

Mora se stvoriti takva komunikacija koja će motivirati bolesnika za stalni nadzor vlastitog zdravlja i redovito obraćanje zdravstvenoj službi. Tu se u prvom redu misli na kronične bolesnike (povišeni arterijski tlak, šećerna bolest, reumatizam), u kojih je od izuzetne važnosti kontrola zdravlja.

U kontaktu s bolesnicima, medicinska sestra služi kao spona između liječnika i bolesnika. Bolesnici se slobodnije ponašaju prema medicinskim sestrama, skloniji su im izreći svoje probleme, pitati ih za dodatno objašnjenje prilikom uzimanja dodatne terapije. Ujedno medicinska sestra pomaže u prilagodbi na bolest, kada su u pitanju obiteljski, socijalni ili neki drugi čimbenici.

Suvremeni pristup nalaže zdravstvenim djelatnicima da što više razgovaraju s bolesnikom o liječenju i održavanju zdravlja. Prilikom davanja uputa bitno je da se

zdravstveni djelatnici međusobno nadopunjuju i stvore zajedničku strategiju motiviranja bolesnika tijekom provođenja terapijskih postupaka.

Osnovna svrha komunikacije s bolesnicima je njihov bolji nadzor nad vlastitim zdravljem vezano za preventivu i liječenje te postizanje zadovoljstva bolesnika zdravstvenim djelatnicima. U komunikaciji s bolesnom osobom moramo:

- osigurati privatnost bez nazočnosti drugih ljudi, oslovljavati ih imenom čime se ukazuje važnost kao osobe
- riječima i pokretima tijela ohrabriti bolesnika
- pažljivo slušati što nam bolesnik govori o svojoj bolesti, a u razgovoru koristiti što jednostavniji jezik kako bi nas što bolje razumjeli i smanjili strah od kompliciranih izraza koje često ne razumiju
- pokazati interes za bolesnikove tegobe te ga obavještavati koji će se pregledi obavljati, na koji način i čemu služe
- poticati bolesnika na razgovor u svrhu dobivanja što više informacija i informirati bolesnika o njegovu stanju i nalazima. Uvijek je nužno bolesniku reći istinu o njegovom stanju
- promatrati bolesnika, njegove verbalne i neverbalne znakove (14,18).

Bolesna osoba, vrlo često, dok se nalazi u liječnika, obeća da će se pridržavati preporučenih uputa i savjeta, ali kad dođe kući, zaboravi sve obećano. U takvim situacijama organizacija i dobra komunikacija medicinskih sestara motivirat će pacijenta i poticat ga na redovitu brigu o zdravlju. Time će se smanjiti mogućnost daljnjeg razvoja bolesti i ubrzati liječenje. Jedan od najozbiljnijih problema u liječenju i skrbi za zdravlje, prema stručnim procjenama je nesuradnja i loša komunikacija između zdravstvenih djelatnika i bolesnika.

Uzrok odbijanja i nepridržavanja preporučenih savjeta u bolesnika može biti njegova osobnost, kao i psihičke smetnje poput potištenosti i tjeskobe. Jedan od uspjeha u liječenju je dobra komunikacija s liječnikom i medicinskom sestrom, kao i dobro obiteljsko funkcioniranje. Obiteljska spremnost za pružanje potpore pozitivno utječe na bolesnikovo liječenje i rehabilitaciju.



U brizi za zdravlje bolestan i zdrav čovjek ovisan je o motivaciji, koja potiče poželjno ponašanje, a to će steći socijalnom potporom i interakcijom sa zdravstvenim djelatnikom. Da bi tijek komunikacije bio što uspješniji, potrebno je i zdravstveno osoblje usavršavati i educirati u komunikacijskim vještinama: educirati na koji način biti strpljiv i razumljiv za rješavanje bolesnikovih problema i teškoća.

Da bi upute bolesnicima bile što jasnije, moramo raditi na razumljivosti komunikacije i porastu broja obavijesti. Zdravstveni djelatnici u većini slučajeva smatraju da su rutinske pretrage koje se vrše oko bolesnika važnije od razgovora. Ta predrasuda ima uzroke u obrazovanju i takvom načinu liječenja gdje zdravstveni djelatnik ne može i ne mora puno sudjelovati.

Nadalje, smatra se da je bolje da se vrijeme iskoristi za liječenje nego za razgovor s bolesnikom. Komunikacija je manjkava ako su zdravstveni djelatnici usmjereni na dijagnostičko-terapijske i medicinske postupke, smatrajući kako je suvremena tehnologija dostatna za liječenje. Naravno da bolesniku treba objasniti kakva će se pretraga učiniti i na koji način. Kakav se način komunikacije vodi, ovisi o oboljeloj osobi, posebno ako je u pitanju kronični ili neizlječivi bolesnik. To predstavlja dodatno opterećenje zdravstvenim djelatnicima, koji bi razgovor najradije izbjegli zbog tuđih i osobnih emocionalnih stanja.

Ponekad se izbjegava razgovor s bolesnikom jer se smatra da nije dovoljno educiran za razgovor o bolesti te je na njega bespotrebno trošiti vrijeme. Zbog loših međuljudskih odnosa i uvjerenja da je već netko drugi objasnio sve o bolesti i liječenju, zaboravlja se bolesniku reći sve o postupcima koji će se činiti oko njega. Možemo zamisliti kako se čovjek osjeća, o čemu razmišlja u takvim situacijama.

Ponekad zdravstveni djelatnik zbog suosjećajnosti ne želi objašnjavanjem postupka uplašiti bolesnika, što bolesnik može shvatiti kao lošu brigu o njemu ili zanemarivanje. Zbog bojazni o tome kakva će se pretraga raditi, bolesnik može odgoditi ili odbiti izvršenje ponekad neophodne pretrage. Kod takvih slučajeva potreban je pažljiv pristup u komunikaciji pa, ako zdravstveni djelatnik smatra da ne zna ili ne može na takav način pristupiti, može to učiniti liječnik ili medicinska sestra koja je vještija u načinu obavještavanja.

Do grešaka u komunikaciji između bolesnika i medicinskog osoblja dolazi kada je razgovor nerazumljiv, kada djelatnici upotrebljavaju stručne riječi i riječi koje bolesnik ne može zapamtiti. Bolesnici su često plahi, ustručavaju se tražiti objašnjenje o nejasnim uputama o liječenju njihove bolesti, pa se savjeti za daljnje liječenje zaboravljaju ili uopće ne pamte. Kako bi se izbjegle takve ili slične situacije, razgovor između osoba trebao bi biti jasniji i razumljiviji. Trebalo bi koristiti jednostavne izraze, kako bi bolesnik mogao razumjeti savjete i preporuke vezane za liječenje, ponoviti bolesniku više puta važne podatke o liječenju, poticati bolesnika da ponovi savjete i upute kako bi se provjerilo je li bolesnik shvatio i zapamtio preporuke o liječenju te čitko napisati preporučene savjete i upute.

Uspješna komunikacija djeluje na bolesnika tako da ga potiče na skrb o zdravlju, na redovito uzimanje preporučene terapije, odbacivanje loših životnih navika, kao što su pušenje i alkohol. Prihvatljiva komunikacija djeluje na promicanje i prihvaćanje zdravih stilova života. Po tome možemo zaključiti da je od velike važnosti stvaranje pozitivnih odnosa između bolesnika i zdravstvenog djelatnika, kao i sadržaj komunikacije.

Boravak u bolnici djeluje na bolesnika deprimirajuće i tjeskobno, što može produžiti tijek liječenja i oporavka. Može se smanjiti otpornost organizma i pridonijeti razvoju bolesti, a ono što bi djelovalo pozitivno jest dobra komunikacija. Ona ima učinak stvaranja većeg zadovoljstva i motivacije za pridržavanje zdravstvenih uputa, što je naročito bitno kod kroničnih bolesnika (18).

Važno je istaknuti da je komunikacija u zdravstvu od iznimne važnosti. Kvalitetna komunikacija između zdravstvenih djelatnika i bolesnika, kao i kvalitetna komunikacija članova tima, pridonosi boljoj skrbi o bolesniku te povećava zadovoljstvo, suradljivost i kvalitetu života bolesnika.

Komunikacija je vještina i kao takva može se usvajati i razvijati. Dobra komunikacija je učinkovita i ostvaruje ciljeve, izgrađuje odnose, povjerenje, utječe na druge, uvjerava i nagovara.

## **2. CILJ ISTRAŽIVANJA**

Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi značajke loše suradljivosti u primjeni propisanog liječenja te, na temelju rezultata dati smjernice za njihovo poboljšanje.

Hipoteze istraživanja su bile:

1. žene bolje surađuju u uzimanju propisanih lijekova od muškaraca
2. mlađe osobe bolje surađuju u uzimanju propisanih lijekova od starijih
3. s povećanjem broja propisanih lijekova smanjuje se suradljivost bolesnika
4. višekratno hospitalizirani bolesnici bolje surađuju u uzimanju lijekova.

## **3. ISPITANICI I METODE**

### **3.1. Ispitanici**

Provedeno je presječno istraživanje u koje su uključeni bolesnici oba spola, stariji od 18 godina, hospitalizirani u Zavodu za bolesti srca i krvnih žila, Kliničkog bolničkog centra Split u razdoblju od 1. travnja 2014. do 31. siječnja 2015. godine.

Uvjet uključivanja u istraživanje, uz dragovoljan pristanak za ispunjavanje upitnika (privitak 1), bilo je propisivanje kronične terapije koja je uključivala uzimanje najmanje jednog lijeka.

Bolesnici s kvalitativnim i kvantitativnim poremećajima svijesti te oni s oduzetom radnom sposobnošću nisu uključeni u istraživanje.

### **3.2. Metode prikupljanja podataka**

Podatci su prikupljeni samostalnim ispunjavanjem anonimnog upitnika (prilog 1) koji je sadržavao pitanja o:

- dobi
- spolu
- obrazovanju (stručnoj/školskoj spremi)
- visini primanja
- broju dosadašnjih hospitalizacija
- trajanju liječenja prije prijama u bolnicu

- poznavanju naziva (imena) primjenjivanih lijekova
- vremenu najjednostavnijeg uzimanja lijeka
- broju lijekova koje primjenjuju
- uzimanju lijekove na propisan način
- prekidu uzimanja lijekova u slučaju da im se, tijekom uzimanja istih, stanje poboljša ili pogorša
- uputama dobivenih od strane liječnika i razgovoru s liječnikom o osobitostima i nuspojavama lijeka
- samoinicijativnom mijenjanju doze lijeka ovisno o prehranbenim navikama (primjerice, konzumiranju alkohola, vrsti hrane) ili vrijednostima ciljnih pokazatelja (primjerice, vrijednostima arterijskog tlaka ili masnoća u krvi).

### **3.3.Statistička obrada**

U analizi podataka korišteni su ne parametrijski testovi ( $\chi^2$  test, Mann-Whitney U test) i parametrijski testovi (ANOVA, Studentov t-test).

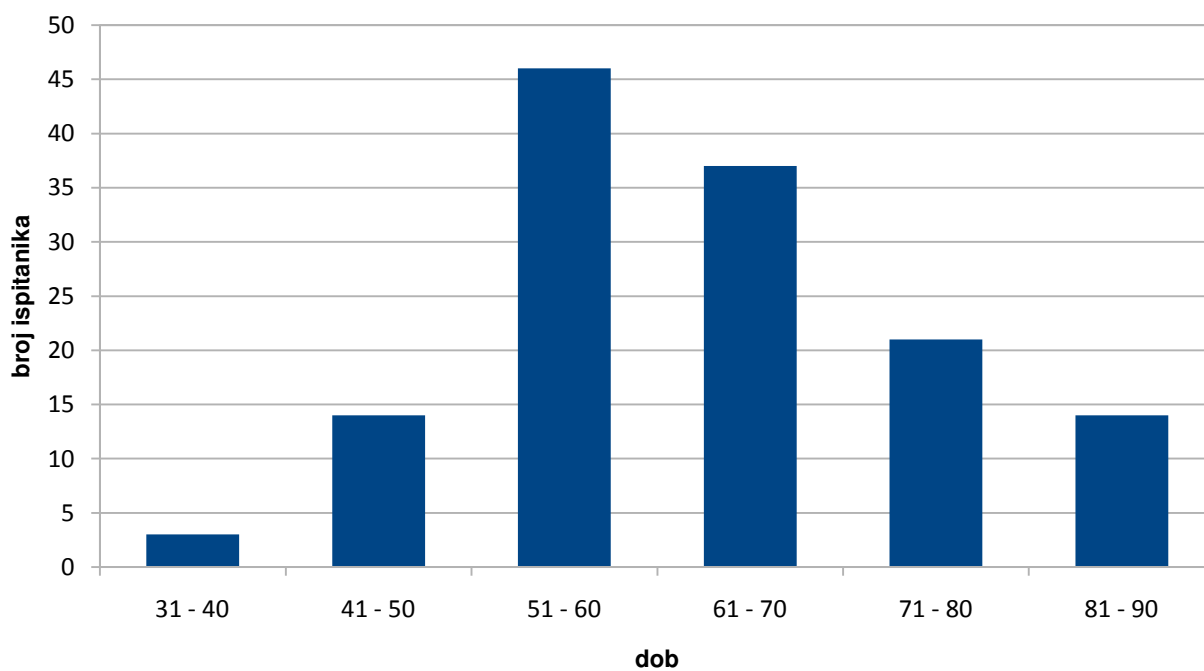
Korištenim parametrijskim testovima testirana je razlika u prosječnim vrijednostima kvantitativnih varijabla s obzirom na kategorijsku varijablu, koja se pojavljuje u dva ili više modaliteta. U slučaju da se kategorijska varijabla javlja u dva modaliteta korišten je t-test, dok u slučaju postojanja varijable  $\geq 3$  modaliteta korištena je ANOVA.

Analiza podataka rađena je u statističkom programu STATISTICA10.

## 4. REZULTATI

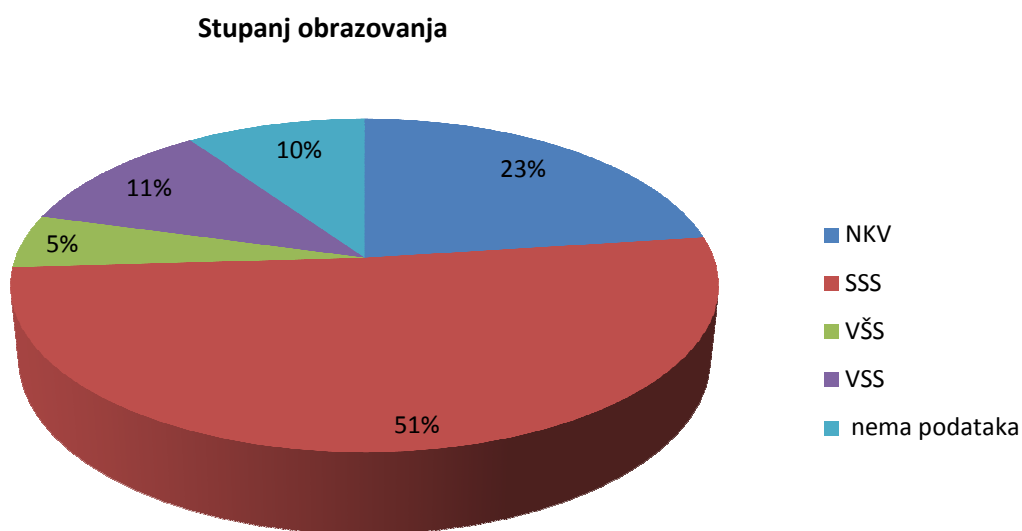
U istraživanje je uključeno 135 bolesnika, od kojih su 64 bile žene (47%) a 72 muškarca (53%).

Najveći broj ispitanika, njih 46 (34%) je dobi u rasponu 51-60 godine, dok je samo tri (2%) ispitanika raspona dobi 31-40 godina (slika 1).



**Slika 1.** *Raspodjela bolesnika s obzirom na dob.*

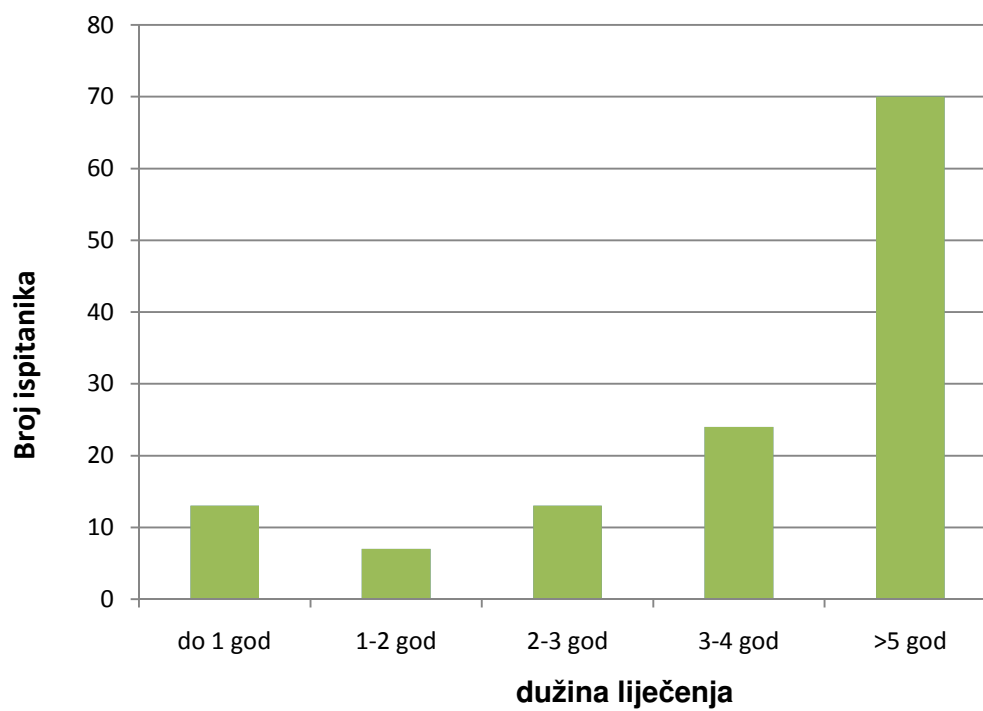
Najveći broj ispitanika imao je srednju stručnu spremu 43 (51%), a najmanje je bilo ispitanika više stručne spreme 5 (5%) (slika 2).



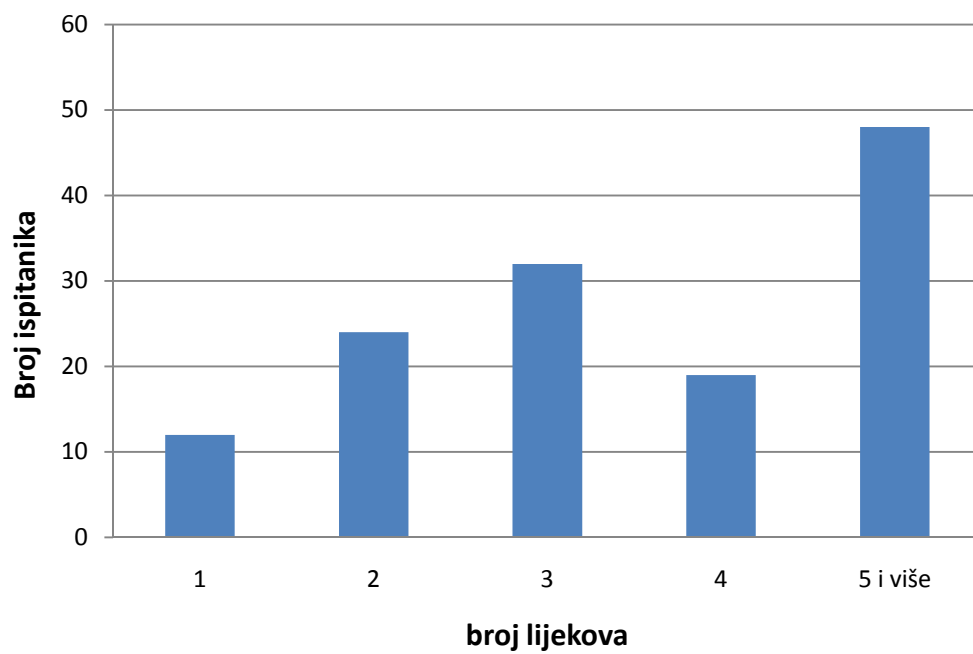
**Slika 2.** Stupanj obrazovanja ispitanika.

Većina ispitanika, 127 (94%) je i prije hospitalizacije provodila farmakološko liječenje. Njih 70 (52%) je provodilo liječenje u trajanju i/ili više od pet godina 70/135 (52%), a najmanji broj, njih 7 (5%) između jedne i dvije godine (slika 3).

Najviše ispitanika, njih 48 (36%) je primjenjivalo >5 lijekova, dok ih je najmanje (12, 9%) primjenjivao jedan lijek (slika 4). Njih 92 (70%) znalo je u cijelosti navesti lijekove koje koristi.



**Slika 3.** *Vremenski period liječenja bolesnika.*



**Slika 4.** *Broj lijekova*



Većina ispitanika, njih 59 (45%) preferira uzimanje lijeka pri ustajanju, napose osobe ženskog spola (48% vs. 43%) (tablica 1). Ipak, nije zabilježena statistički značajna razlika u preferiranom vremenu uzimanja lijeka s obzirom na spol ( $\chi^2=1,44$ ;  $p=0,696$ ).

**Tablica 1.** *Vrijeme uzimanja lijeka*

	<b>PRI USTAJANJU</b>	<b>NEMA RAZLIKE</b>	<b>POSLIJE RUČKA</b>	<b>PRIJE SPAVANJA</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>MUŠKARCI</b>	30 (43%)	18 (26%)	13(19%)	8 (12%)	69 (53%)
<b>ŽENE</b>	29 (48%)	19(31%)	8(13%)	5(8%)	61 (47%)
<b>UKUPNO</b>	59 (46%)	37 (28%)	21 (16%)	13 (10%)	130

Najveći broj ispitanika (87; 64%) razgovara s liječnikom o osobitostima i nuspojavama uzimanja lijeka, i to pretežito žene (69% vs. 61%) (tablica 2). Unatoč tome ne postoji statistički značajna razlika u razgovoru s liječnikom o osobitostima i nuspojavama lijeka s obzirom na spol ( $\chi^2=0,99$ ;  $p=0,318$ ). Prosječna dob ispitanika koji su se izjasnili da ne razgovaraju s liječnikom o osobitostima i nuspojavama je 67,7 godina, dok je prosječan dob ispitanika koji se konzultiraju s liječnikom o osobitostima i nuspojavama je 60,7 ( $t=-3,391$ ;  $p<0001$ ).

**Tablica 2.** *Komunikacija s liječnikom o osobitostima i nuspojavama liječenja*

	<b>DA</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>MUŠKARCI</b>	44(61%)	28(39%)	72 (54%)
<b>ŽENE</b>	43(69%)	19(31%)	62 (46%)
<b>UKUPNO</b>	87( 65%)	47 (35%)	134

Najveći broj ispitanika izjasnilo se da na uzimanje lijeka ne utječu podatci o nuspojavama iz upute o lijeku, (tablica 3). Ne postoji statistički značajna razlika u utjecaju podataka o nuspojavama lijeka s obzirom na spol ( $\chi^2 = 1,41$ ;  $p = 0,492$ ). Ne postoji statistička razlika o uzimanju lijekova i dobi bolesnika s obzirom na obavijesti o nuspojavama lijekova ( $F=0,406$ ;  $p=0,67$ ).

**Tablica 3.** *Utjecaj podataka o nuspojavama na uzimanje lijeka s obzirom na spol*

	<b>DA</b>	<b>DJELOMIČNO</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>MUŠKARCI</b>	47(65%)	11(15%)	14(20%)	72 (54%)
<b>ŽENE</b>	35(56%)	14(23%)	13(21%)	62 (46%)
<b>UKUPNO</b>	82 (61%)	25 (19%)	27 (20%)	134

Iz tablice 4. vidljivo je da većina ispitanika (92%) ne mijenja samoinicijativno dozu lijeka. Ne postoji statistički značajna razlika u promjenama doze lijeka s obzirom na spol ( $\chi^2 = 0,51$ ;  $p=0,474$ ). Ne postoji statistička razlika u dobi bolesnika s obzirom na samoinicijativnu promjenu dozu lijeka ( $t=-1,17$ ;  $p=0,09$ ).

**Tablica 4.** *Samoinicijativna promjena doze lijeka*

	<b>NE</b>	<b>DA</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>MUŠKARCI</b>	65 (90%)	7 (10%)	72 (53%)
<b>ŽENE</b>	59 (94%)	4 (6%)	63 (47%)
<b>UKUPNO</b>	124 (92%)	11 (8%)	135

Na postavljeno pitanje mijenjaju li propisan način uzimanja lijeka u ovisnosti konzumiranja alkohola, neke vrste hrane i vrijednostima ciljnih pokazatelja (npr. vrijednost arterijskog tlaka) najveći broj ispitanika (69%) odgovorilo je da mijenja propisan način s obzirom na vrijednosti pokazatelja tlaka (tablica 5). Osobe ženskog spola ne mijenjaju propisan način uzimanja lijeka s obzirom na konzumaciju alkohola, dok su sklonije promjenama s obzirom na konzumaciju hrane (19; 37%). Kod osoba muškog spola vidljivo je da postoji udio osoba koje mijenjaju način uzimanja lijeka s obzirom na konzumaciju alkohola (9; 16%). Postoji statistički značajna razlika u promjeni propisana načina uzimanja lijeka s obzirom na spol. ( $\chi^2 = 16,82$ ;  $p<0,001$ ). Ne postoji statistička razlika u dobi ispitanika s obzirom na praksu pridržavanja higijensko-dijetetskih mjera na promjenu doze lijeka ( $F=0,64$ ;  $p=0,52$ ).

**Tablica 5.** Čimbenici koji utječu na uzimanja lijeka

	<b>VRIJEDNOSTI</b>	<b>KONZUMACIJA</b>	<b>KONZUMIRANJE</b>	<b>UKUPNO</b>
	<b>TLAKA</b>	<b>HRANE</b>	<b>ALKOHOLA</b>	
<b>MUŠKARCI</b>	42(74%)	6(11%)	9(16%)	57 (53%)
<b>ŽENE</b>	32(63%)	19(37%)	0	51 (47%)
<b>UKUPNO</b>	74 (69%)	25 (23%)	9 (8%)	108

Iz tablice 6. vidljivo je da većina pripadnika oba spola (94; 70%) ne koristi prirodne lijekove. Postoji statistički značajna razlika u primjeni prirodnih lijekova s obzirom na spol i u tome prednjače muškarci (42%vs. 16%;  $\chi^2=10,37$ ;  $p=0,001$ ). Ne postoji statistička razlika u dobi bolesnika s obzirom na uzimanje lijekova na biljnoj bazi ( $t=1,23$ ;  $p=0,22$ ).

**Tablica 6.** Korištenje prirodnih lijekova prema spolu

	<b>NE</b>	<b>DA</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>MUŠKARCI</b>	42(58%)	30(42%)	72 (54%)
<b>ŽENE</b>	52(84%)	10(16%)	62 (46%)
<b>UKUPNO</b>	94 (70%)	40 (30%)	134

Većina ispitanika oba spola (90%) smatra da na liječenje utječe pridržavanje dijetetskih mjera (tablica 7). Ne postoji statistički značajna razlika u stavu o važnosti pridržavanja

dijetetskih mjera s obzirom na spol ( $\chi^2 = 3,21$ ;  $p = 0,07$ ). Ne postoji statistička razlika u dobi bolesnika s obzirom na pridržavanje dijetetskih mjera ( $t=-0,944$ ;  $p=0,35$ ).

**Tablica 7.** Utjecaj pridržavanja dijetetskih mjera na liječenje

	<b>DA</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>MUŠKARCI</b>	62(86%)	10(14%)	72 (53%)
<b>ŽENE</b>	60(95%)	3(5%)	63 (47%)
<b>UKUPNO</b>	122 (90%)	13 (10%)	135

Većina pripadnika oba spola (72%) smatra da bez obzira na pridržavanje preporuka liječnika svi bolesnici bi trebali imati jednaka prava na liječenje (tablica 8). Ne postoji statistički značajna razlika o pridržavanju i pravu na liječenje s obzirom na spol ( $\chi^2=0,23$ ;  $p = 0,62$ ).

Bez obzira na dob ovi stavovi su isti u svim skupinama ispitanika ( $t=-1,56$ ;  $p=0,12$ ).

**Tablica 8.** Stavovi o pravu na liječenje s obzirom na pridržavanje preporuka liječnika

	<b>DA</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>MUŠKARCI</b>	53(74%)	19(26%)	72 (53%)
<b>ŽENE</b>	44(70%)	19(30%)	63 (47%)
<b>UKUPNO</b>	97 (72%)	38 (28%)	135

Većina ispitanika, bez obzira na dugotrajnost liječenja uzima lijekove na propisani način (tablica 9), što je statistički značajno ( $\chi^2=18,38;p= 0,018$ ). Najveći broj ispitanika koji se striktno drži pravila konzumacije lijeka uzima lijekove do godine dana, dok je najlošija proporcija ispitanika koji uzima lijek sukladno pravilima iz vremenske grupe od 1-2 godine.

**Tablica 9.** *Povezanost pravilnog uzimanja lijekova s dugotrajnosti liječenja*

	<b>DA</b>	<b>UGLAVNOM DA</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>&gt;5 GODINA</b>	49(70%)	21(30%)	0	70 (52%)
<b>3-4 GODINE</b>	17(71%)	7 (29%)	0	24 (18%)
<b>2-3 GODINE</b>	11(85%)	1(8%)	1(8%)	13 (10%)
<b>1-2 GODINE</b>	4(57%)	2(29%)	1(14%)	7 (5%)
<b>&lt;1 GODINA</b>	18(90%)	2(10%)	0	20 (15%)
<b>UKUPNO</b>	99 (74%)	33 (24%)	2 (2%)	134

Također, ispitanici bez obzira na duljinu trajanja liječenja preferiraju uzimanje lijeka pri ustajanju (tablica 10;  $\chi^2=21,53$ ;  $p=0.043$ ).

**Tablica 10.** *Duljina trajanja liječenja i vrijeme uzimanja lijeka*

	<b>NEMA RAZLIKE</b>	<b>PRIJE SPAVANJA</b>	<b>POSLIJE RUČKA</b>	<b>PRI USTAJANJU</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>≥5 GOD</b>	25(38%)	3(5%)	12(18%)	26(39%)	66 (52%)
<b>3-4 GOD</b>	3(13%)	5(21%)	3(12%)	13(54%)	24 (18%)
<b>2-3 GOD</b>	1(8%)	4(31%)	1(8%)	7(54%)	13 (10%)
<b>1-2 GOD</b>	1(14%)	0(0%)	2(29%)	4(57%)	7 (5%)
<b>&lt;1 GOD</b>	7(35%)	1(5%)	3(15%)	9(45%)	20 (15%)
<b>UKUPNO</b>	37 (29%)	13 (19%)	21 (16%)	59 (45%)	130

Većina ispitanika ne prekida liječenje, bez obzira na bolje osjećanje izuzev ispitanika kojima liječenje traje u razdoblju 1-2 godine ( $\chi^2=21,91$ ;  $p<0,001$ ), kao što većina ispitanika ne prekida liječenje kada se lošije osjeća ( $\chi^2=12,83$ ;  $p=0,12$ ).

Ispitanici u najvećem broju slučajeva uzimaju lijekove na propisan način (tablica 11), prema tome ne postoji statistički značajna razlika u slijedenju propisanog načina uzimanja lijekova s obzirom na spol ( $\chi^2=3,9$ ;  $p=0,318$ ).

**Tablica 11.** *Uzimanje lijekova na propisan način*

	<b>DA</b>	<b>UGLAVNOM DA</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>ŽENE</b>	49(78%)	12(19%)	2(3%)	63(47%)
<b>MUŠKARCI</b>	51(71%)	21(29%)	0	72 (53%)
<b>UKUPNO</b>	100 (74%)	33 (25%)	2 (1%)	135

Većina ispitanika ne prestaje s terapijom bez obzira na subjektivno osjećanje o poboljšanju stanja (tablica 12;  $\chi^2=0,05$ ;  $p=0,806$ ), kao i što ne prekidaju uzimanje lijekova ukoliko se osjećaju lošije s obzirom na spol (tablica 13;  $\chi^2=4,98$ ;  $p=0,082$ ).

**Tablica 12.** *Prestanak uzimanja terapije u slučaju boljeg osjećanja*

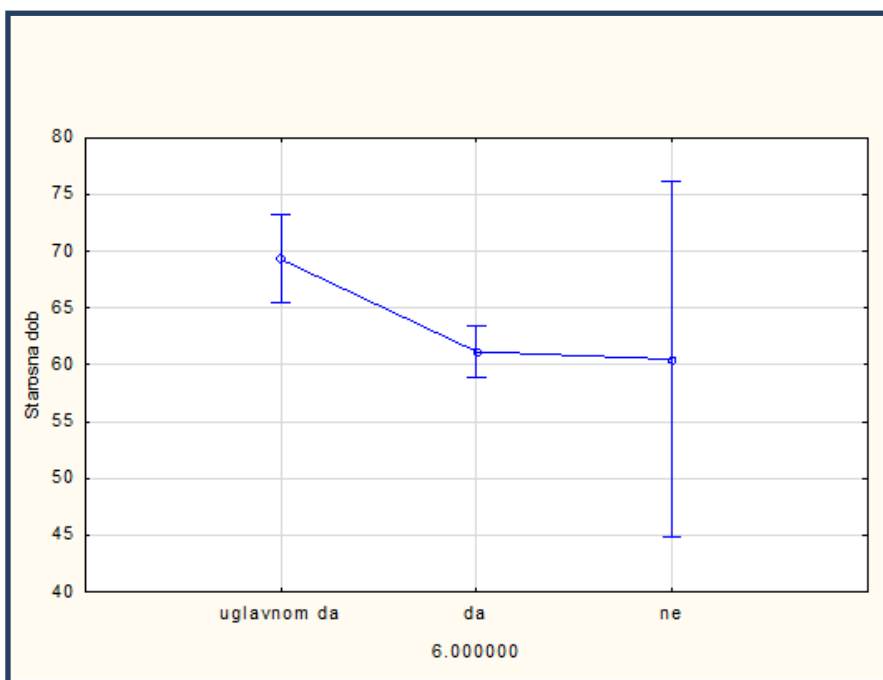
	<b>NE</b>	<b>DA</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>ŽENE</b>	48(77%)	14(23%)	62 (46%)
<b>MUŠKARCI</b>	57(79%)	15(21%)	72 (54%)
<b>UKUPNO</b>	105 (78%)	29 (22%)	134



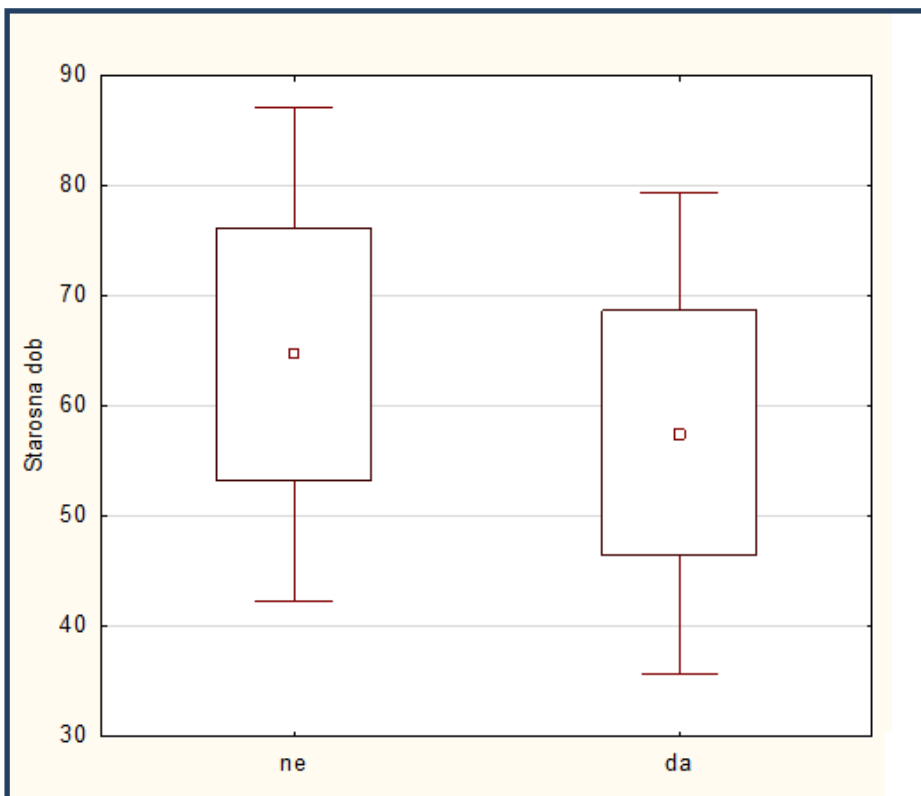
**Tablica 13.** *Prestanak uzimanja terapije u slučaju lošijeg osjećanja*

	<b>DA</b>	<b>DJELOMIČNO</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>ŽENE</b>	1(2%)	4(6%)	58(92%)	63 (47%)
<b>MUŠKARCI</b>	8(11%)	5(7%)	59(82%)	72 (53%)
<b>UKUPNO</b>	9 (7%)	9 (7%)	117 (86%)	135

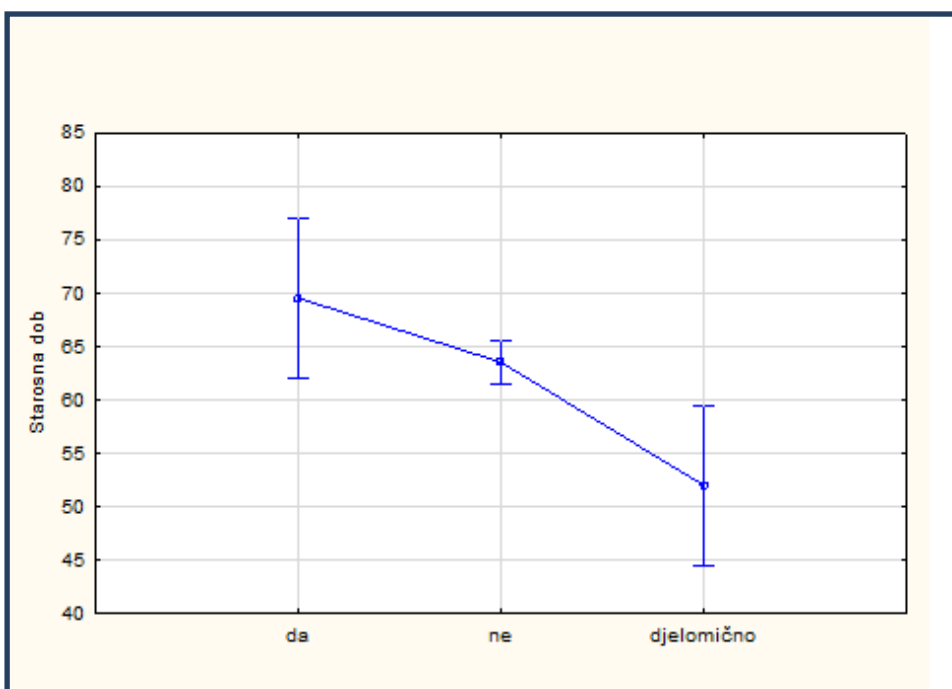
S obzirom na uzimanje lijekova na propisan način, postoji značajna razlika u prosječnoj dobi ispitanika (slika 5;  $F=6,534$ ;  $p=0,002$ ). U prosjeku, osobe mlađe životne dobi (36-79 godina) prestaju uzimati lijekove u odnosu na starije (42-88 godine) ako se osjećaju bolje (slika 6;  $t=2,98$ ;  $p=0,003$ ), kao što prestaju uzimati lijekove ako se osjećaju lošije (slika 7;  $F=5,911$ ;  $p=0,003$ ).



**Slika 5.** *Povezanost dobi s uzimanjem lijekova na propisan nači*



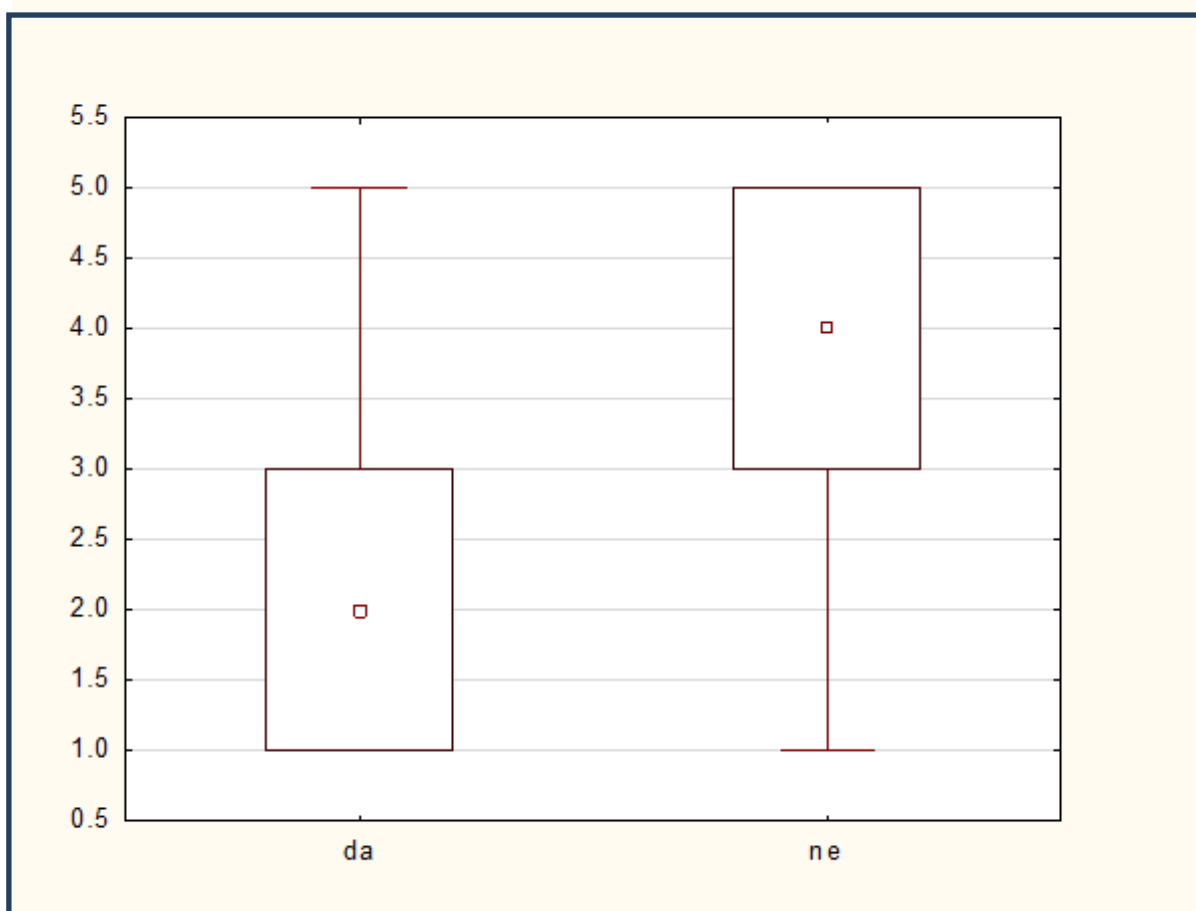
**Slika 6.** *Prestanak uzimanja lijekova u slučaju boljeg osjećanja*



**Slika 7.** *Prestanak uzimanja lijekova u slučaju lošijeg osjećanja*

Uz izračunati medijan broja lijekova koji iznosi 3, ne postoji značajnost u odnosu na broj lijekova i njihovog uzimanja na propisani način ( $\chi^2=3,95$ ;  $p=0,14$ ).

Ispitanici koje ne prekidaju liječenje ukoliko se osjećaju bolje, najčešće konzumiraju veći broj lijekova od ispitanika koji prekidaju liječenje ( $p < 0.001$ ).



**Slika 8.** Broj lijekova u odnosu na prestanak uzimanja lijekova u slučaju boljeg osjećanja

Također, ne postoji statistički značajna razlika u broju konzumiranih lijekova s obzirom na praksu prestanka uzimanja lijeka ukoliko se bolesnik osjeća lošije ( $\chi^2=0,907$ ;  $p=0,64$ ).

Porastom broja hospitalizacija opada udio ispitanika koji se striktno pridržavaju propisanog načina uzimanja lijekova, dok raste udio ispitanika koji se uglavnom pridržavaju propisanog načina uzimanja lijekova (tablica 14). Povećanjem broja hospitalizacija opada striktnost slijeđenja propisa u uzimanju lijekova ( $\chi^2=10,76$ ;  $p=0,029$ ).

**Tablica 14.** Broj hospitalizacija i uzimanje lijekova na propisan način

	<b>DA</b>	<b>UGLAVNOM DA</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>1</b>	21 (91%)	2(9%)	0	23 (17%)
<b>2</b>	22(71%)	7(23%)	2(6%)	31 (23%)
<b>≥3</b>	56(71%)	23(29%)	0	79 (59%)
<b>UKUPNO</b>	99 (74%)	32 (24%)	2 (2%)	133

S porastom broja hospitalizacija raste broj ispitanika koji prestaju uzimati lijek ukoliko se osjećaju bolje (tablica 15;  $\chi^2=9,67$ ;  $p=0,007$ ), a ukoliko se osjećaju lošije takve značajnosti nema (tablica 16;  $\chi^2=4,86$ ;  $p=0,3$ ).

**Tablica 15.** Povezanost broja hospitalizacije i prestanka uzimanja lijekova u slučaju

*boljeg osjećanja*

	<b>DA</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>1</b>	9 (39%)	14 (61%)	23 (17%)
<b>2</b>	10 (32%)	21 (68%)	31 (23%)
<b>≥3</b>	10 (13%)	68 (87%)	78 (60%)
<b>UKUPNO</b>	29 (22%)	103 (78%)	132

**Tablica 16.** Povezanost broja hospitalizacije i prestanka uzimanja lijekova u slučaju

*lošijeg osjećanja*

	<b>DA</b>	<b>DJELOMIČNO</b>	<b>NE</b>	<b>UKUPNO</b>
<b>1</b>	0	3 (13%)	20 (87%)	23 (17%)
<b>2</b>	2 (6%)	3 (10%)	26 (84%)	31 (23%)
<b>≥ 3</b>	7 (9%)	3 (4%)	69 (87%)	79 (59%)
<b>UKUPNO</b>	9 (7%)	9 (7%)	115 (86%)	133

Visina primanja nema nikakvog utjecaja na potrošnju lijekova ili dodatke prehrani (F=0,47; p=0,62).

## 5. RASPRAVA

U današnje vrijeme ulažu se veliki naponi da bi se poboljšala bolesnikova suradljivost jer se na taj način može poboljšati uspjeh liječenja, unaprijediti zdravstvena skrb i smanjiti troškovi zdravstvene skrbi.

U Zavodu za bolesti srca i krvnih žila susrećemo se s čestim ponavljajućim hospitalizacijama uzrokovanim nepridržavanjem uputa o uzimanju lijekova. Potaknuti ovim problemom odlučili smo utvrditi značajke loše suradljivosti u uzimanju lijekova i na temelju dobivenih rezultata dati smjernice za njihovo poboljšanje.

Značajno smanjenje smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti koje je zabilježeno tijekom posljednjih desetljeća, rezultat je bolje primjene farmakoloških metoda liječenja. Primjena beta-blokatora, inhibitora enzima konvertazeangiotenzina I (ACE-I), blokatora angiotenzinskih receptora (ARB), hipolipemika (napose statina), spironolaktona, antiagregacijskih sredstava (acetilsalicilna kiselina, tienopiridini), magnezija i omega-3-masnih kiselina, prekidanjem ili usporavanjem nepoželjnog procesa remodeliranja doprinosi poboljšanju funkcije kardiovaskularnog sustava te u konačnici smanjenju pobola i smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti. Dodatne pozitivne učinke na smanjenje kardiovaskularnog pobola i smrtnosti ima i liječenje pridruženih bolesti/čimbenika rizika poput šećerne bolesti, primjenom peroralnih hipoglikemizantnih lijekova i/ili inzulina.

Razvidno je da se primjenom lijekova za liječenje kardiovaskularnih bolesti može smanjiti smrtnost, produžiti život i poboljšati kvaliteta života bolesnika. U tom slijedu, kako je pokazano i u našem istraživanju, ti bolesnici svakodnevno primjenjuju više različitih lijekova, nerijetko u nekoliko dnevnih doza.

Što se više lijekova istodobno upotrebljava to je teže pridržavati se svih uputa o njihovom uzimanju. Vrlo često dolazi do toga da bolesnik zaboravi uzeti lijek ili ga uzima u pogrešno vrijeme, na pogrešan način. Također, ranija su istraživanja pokazala da uspjeh liječenja ne ovisi samo o izboru pravog lijeka već i o psihološkim,

kulturološkim i obrazovnim karakteristikama bolesnika, njegovoj motiviranosti za liječenje, poznavanju lijekova koje primjenjuje te, posljedično navedenom, pridržavanju uputa o liječenju.

Šezdesetih godina 20. stoljeća u medicinu je uveden pojam "compliance" - suradljivost (suradnja; poslušnost; pridržavanje uputa liječnika). Pojam suradljivost u farmakoterapiji podrazumijeva da se propisani lijek uzima kako je propisan prema količini, intervalu doziranja i trajanju liječenja.

Izgledno je da je suradljivost jedan od ključnih čimbenika uspješnosti liječenja, zbog čega se tijekom posljednjih desetljeća ulažu značajni napor u cilju poboljšanja suradljivosti bolesnika. Naime, očita posljedica nesuradljivosti je nedjelotvornost propisanog lijeka. Smatra se da je u SAD-u za 125.000 smrti godišnje odgovorno nepoštivanje uputa o primjeni propisanih lijekova. Kad bi bolesnici uzimali lijekove kako su im propisani, moglo bi se izbjeći do 23% prijema u izvanbolničke stacionare, 10% hospitalizacija te nebrojeno liječničkih posjeta, dijagnostičkih pretraga i nepotrebnih terapija.

Farmaceuti i medicinske sestre mogu otkriti i pomoći u rješavanju ovih problema. Tako farmaceut može primijetiti da bolesnik nije došao s novim receptom ili da prečesto dolazi s istim. Pri razmatranju uputa o primjeni lijeka, farmaceut ili sestra mogu u pacijenta otkriti neshvaćanje ili strah i takve probleme riješiti odmah ili bolesnika uputiti po savjet liječniku. Liječnik može promijeniti složeno i učestalo doziranje ili jedan lijek zamijeniti drugim, koji je jednostavniji za primjenu.

Jedan od najznačajnijih čimbenika slabije suradljivosti je broj propisanih lijekova i doza u kojima se primjenjuju. Naime, suradljivost je obrnuto proporcionalna tom broju. I u našem istraživanju zabilježili smo slabije uzimanje lijekova ako su propisani u više dnevnih doza. Dodavanjem samo jedne dnevne doze lijeka suradljivost bolesnika se smanjuje za 8,6%. U tom slijedu su i rezultati našeg istraživanja koje je pokazalo da je najveći broj bolesnika primjenjivao više od pet lijekova, u prosječno 2 dnevne doze, a ustrajnost u pravilnoj primjeni bila je obrnuto proporcionalna tom broju.

Posljednjih godina vidljiv je napredak uvođenja lijekova s produljenim djelovanjem (depo-preparati, oblici s postupnim otpuštanjem aktivne tvari). Većina ovih preparata razvijena je pod pretpostavkom da će manje učestalo uzimanje lijeka dovesti do veće suradljivosti, a samim tim i do poboljšanja učinkovitosti farmakoterapije (19).

U našem istraživanju smo zabilježili da najveći broj bolesnika bez obzira na spol, dob i dužinu uzimanja terapije najradije uzima lijek pri ustajanju. Ovi podatci u skladu su s podacima iz literature, gdje je uočeno da jutarnju dozu zaboravi najmanji broj ispitanika (20). Svakako je važna komunikacija bolesnika s liječnikom o osobitostima i nuspojavama liječenja. Zadovoljstvo bolesnika obavljenim pregledom značajno će utjecati na suradljivost. Komunikacija i suradljivost su u pozitivnoj korelaciji gdje je prema jednoj studiji iskazano da čak 53% zadovoljnih bolesnika poštuje upute liječnika, dok je samo 17% nezadovoljnih činilo to isto. Neinformiranost o učincima i nuspojavama lijeka može dovesti do toga da bolesnik prestane uzimati lijek a da o tome nije obavijestio liječnika.

Drugi značajan čimbenik smanjene suradljivosti je dob bolesnika veća od 65 godina. Ovaj je čimbenik posredno povezan s brojem propisanih lijekova. Naime, i ranijim istraživanjima je pokazano da više od 40% populacije starije od 65 godina primjenjuje više od pet lijekova, 12% dobiva deset pa i više lijekova. U tom je slučaju, osim polifarmacije ili polipragmazije, uzrok slabije terapijske suradljivosti starijih osoba, slabljenje kognitivnih funkcija i osjeta vida, što su uzroci čestih pogrešaka u uzimanju lijekova i ponavljanih hospitalizacija zbog intoksikacija primijenjenim lijekom (npr. varfarin), osobito u starijih osoba koje ih samostalno primjenjuju. Stoga je, ukoliko uočimo da bolesnik sam ne može uzimati lijek iz bilo kojeg razloga značajno u liječenje i edukaciju uključiti obitelj ili skrbnika koji će na pravilan i ispravan način primjenjivati propisane lijekove. Također, pacijentima i članovima obitelji treba pružiti podršku i dati im do znanja da nam se mogu obratiti ukoliko imaju pitanje ili problem povezan s provođenjem liječenja.

Što se tiče utjecaja spola na suradljivost nismo došli do statistički značajne razlike da, poput opažanja u ranijim istraživanjima, žene bolje surađuju u primjeni terapije od



muškaraca. Dakle, ovo se opažanje našeg istraživanja ne podudara s podacima iz literature (20).

Osnovni problem predstavlja loša suradljivost bolesnika u pridržavanju nefarmakoloških mjera liječenja. Iako većina bolesnika smatra da na liječenje utječe pridržavanje dijetetskih mjera tih istih mjera se ne pridržavaju, nego mijenjaju dozu lijeka u zavisnosti o konzumaciji hrane i/ili alkohola. Znajući da pridržavanje nefarmakoloških mjera pridonosi većoj učinkovitosti farmakološke terapije treba ustrajati na motivaciji bolesnika o promjeni životnih navika.

Može se zaključiti je za povećanje suradljivosti potrebno aktivno uključiti bolesnika u liječenje. Također, treba težiti što jednostavnijem načinu doziranja lijeka jer bolesnici priželjkuju lijekove koji se uzimaju jednom na dan i ne sputavaju ih u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti/obveza.

## 6. ZAKLJUČCI

- nije zabilježena statistički značajna razlika u primjeni propisanog liječenja između žena i muškaraca
- starije osobe bolje surađuju u uzimanju propisanih lijekova od mlađih
- broja propisanih lijekova nije utjecao na suradljivost bolesnika u provođenju preporučenog liječenja
- višekratno hospitalizirani bolesnici slabije surađuju u uzimanju lijekova.

## 7. SAŽETAK

Uspjeh liječenja ne ovisi samo o lijeku nego i bolesniku, poglavito njegovom pridržavanju uputa o liječenju. Uspješno liječenje traži dosljednu primjenu propisanih lijekova. U dosadašnjim kliničkim ispitivanjima uočeno je da se manje od 50% bolesnika pridržava uputa o liječenju. Značajke bolesnika koje utječu na uzimanje lijekova su: dob, spol, društveno-ekonomski čimbenici, cijena lijekova, krivo shvaćene upute od zdravstvenog osoblja, zaboravljivost, duljina liječenja, broj lijekova. Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi značajke loše suradljivosti u primjeni propisanog liječenja te, na temelju rezultata dati smjernice za njihovo poboljšanje. Provedeno je presječno istraživanje u koje je uključeno 135 bolesnika oba spola starijih od 18 godina, hospitaliziranih u Zavodu za bolesti srca i krvnih žila Kliničkog bolničkog centra Split. Uvjet uključivanja u istraživanje bila je propisana kronična medikamentozna terapija koja je uključivala uzimanje  $\geq 1$  lijeka. Podatci su prikupljeni samostalnim ispunjavanjem anonimnog upitnika. Analizom rezultata nismo dokazali statistički značajnu spolnu razliku u suradljivosti pri uzimanju medikamentozne terapije ( $p=0,318$ ). Osobe mlađe životne dobi češće prestaju uzimati lijekove u odnosu na starije u slučaju poboljšanja ( $p=0,003$ ) ili pogoršanja ( $p=0,003$ ) kliničkog stanja. Ispitanici bez obzira na duljinu liječenja preferiraju uzimanje lijeka pri ustajanju ( $p=0,043$ ). Broj lijekova i njihovih dnevnih doza nije utjecao na provođenje liječenja ( $p=0,14$ ). Najveći broj ispitanika koji se striktno drži uputa o uzimanju lijekova, uzimao je lijekove do godine dana, dok su se uputa najlošije pridržavali ispitanici koji su lijekove primjenjivali 1-2 godine. Povećanjem broja hospitalizacija smanjuje se točnost primjenjivanja lijekova ( $p=0,029$ ). Bolesnici su skloniji samoinicijativnoj promjeni doze lijeka, nego provođenju preporučenih higijensko-dijetetskih mjera; čak 69% ispitanika samostalno usklađuje propisano liječenje s vrijednostima arterijskog tlaka. Najveći broj ispitanika (64%) razgovara s liječnikom o osobitostima i nuspojavama uzimanja lijeka. Rezultati istraživanja upućuju da se pridržavanje uputa o liječenju može poboljšati jednostavnijom primjenom lijekova, po mogućnosti u jednoj jutarnjoj dozi te aktivnom suradnjom bolesnika koja podrazumijeva dobru komunikaciju sa zdravstvenim djelatnicima s ciljem upoznavanja s učincima lijekova i značenju popratnih nefarmakoloških postupaka.

## 8. SUMMARY

The success of treatment depends not only on the medicine prescribed but also on the patient, especially his or hers adherence to the treatment instructions. Successful treatment requires the consistent administration of prescribed drugs. In previous clinical trials, it was observed that less than 50% of patients comply with the given instructions for the treatment. Factors that affect patients taking medications are: age, gender, socio-economic status, the price of drugs, misunderstood instructions given by health care professionals, forgetfulness, length of treatment and the number of medications. The aim of this study was to determine the characteristics of poor compliance in applying the appropriate treatment, and based on the results provide guidance for their improvement. A cross-sectional study was carried out involving 135 patients of both sexes aged over 18 years old, hospitalized in the Department of heart disease and blood vessels, University Hospital Split. The criteria for inclusion in this study was prescribed chronic therapy which included taking more than one drug. Data was collected by anonymous questionnaire filled by patients. Analyzing the results we demonstrated a statistically significant gender difference in compliance when taking medical therapy ( $p = 0.318$ ). Younger patients often stop taking medication compared to older ones in the event of an improvement ( $p = 0.003$ ) or worsening ( $p = 0.003$ ) of their clinical condition. Patients favour taking prescribed medication in the morning hours, regardless of duration of treatment ( $p = 0.043$ ). The number of drugs and the daily dose did not affect compliance ( $p = 0.14$ ). The largest number of patients have taken their medication regularly in a period of the first year, while the worst compliance was in a period of one to two years. Study also showed that number of days of hospital stay reduce the patient's compliance ( $p = 0.029$ ). Furthermore, patients are inclined to change the prescribed dosage of drugs rather than implement the life-style changes they were previously advised by their physician. Sixty-nine percent of patients change the prescribed antihypertensive drug dosage according to values of blood pressure by themselves.

The largest number of subjects (64%) talk to their physician about the characteristics and adverse effects of the drug. Research results indicate that patient's compliance can be improved by simpler drug administration, preferably in a single morning dose, and by active participation of patient in his treatment which implies a good communication

with the health professionals in order to comprehend the effects of different medication and the meaning of non-pharmacological interventions.

## 9. LITERATURA

1. de Klerk E, van der Heijde D, Landewé R, van der Tempel H, Urquhart J, van der Linden S. Patient compliance in rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatica, and gout. *J Rheumatol.* 2003;30:44-54.
2. Čulig J. Bolesnikova poslušnost, Patient compliance. *LiječVjesn.* 1983;105:162-4
3. Haynes RB, McDonald HP, Garq AX. Helping patient sfollow prescribed treatments: clinical applications. *JAMA.* 2002;288:2880-3.
4. McDonald HP, Garq AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA.* 2002;288:2868-79.
5. Jakševac-Mikša M. Nastavak projekta EuroPharm Foruma „Pitajte o svojim lijekovima“ i osvrt na rezultate kampanje provedene 2001.godine. *Farmaceutski glasnik.* 2002;58:262-7.
6. Francetić I, Vincetić D. ur. Lijekovi i društvo. U: *Osnove kliničke farmakologije.* Zagreb: medicinska naklada; 2014. str. 137-140.
7. Claxton AJ, Crame J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *ClinThera.* 2001;23:1296-310.
8. Scherurer D, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association between differnt types of social support and medication adherence. *Am J Manag Care.* 2012;18:461-7.
9. Ostosterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med.* 2005;353:487-97.
10. Coner Pleško I. Nesuradljivi pacijenti – što ljekarnik može učiniti [Internet]. *Plivamed.net.* 2015 [cited 5 September 2015]. Available from:

<http://www.plivamed.net/?plivamed%5Bsection%5D=documentmanager&plivamed%5Baction%5D=download&plivamed%5Bid%5D=1807&>

11. Jakševac-Mikša, M. Nastavak projekta Europharm Foruma „Pitajte o svojim lijekovima“ i osvrt na rezultate kampanje provedene 2001. godine. Farm. glasnik. 2002;58:262-7.
12. Klinar I, Marušić M, Ljubić M, Balažin A, Kurilić T. SMS lijeka - kako poboljšati bolesnikovu suradljivost. Farm Glas. 2006; 62:10-5.
13. Plivamed.net. PLIVAMed.net - Bolesnik - partner u liječenju i donošenju odluka [Internet]. 2015 [cited 5 September 2015]. Available from: <http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/8551>
14. Istraži me. [Internet]. 2015 [citirano 5. Rujna 2015]. Available from: <http://www.istrazime-com/zdravstvena>
15. Stewart MA. Effective physician patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995;152:1423-33.
16. Detmar SB; Mupper MJ, Schornagel JM, Wever LD, Aaronson NK. Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. JAMA. 2002;288:3027-34.
17. Hozo I. Internistička propedeutika s vještinama komuniciranja u kliničkoj medicini. Split: Slobodna Dalmacija d.d. - Split; 2013. str. 1-12.
18. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, NARODNI ZDRAVSTVENI LIST [Internet]. 2015 [citirano 5. Rujna 2015]. Available from: <http://www.zjzpgz.hr/nzl/77/komunikacija.htm>
19. Alfredsson S, Norell S. Spacing between doses on a thrice-daily regimen. Br Med J. 1981;282:1036.
20. Weber E, Gundert-Remy U: Patient compliance. HansHuberPublishers, Bern, Švicarska; 1980.

21. Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J i sur. A telecommunication system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure control. *Am J Hypertens.* 1996;9:285-92.
22. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
23. Gossec L, Tubach F, Dougados M, Ravaud P. Reporting of adherence to medication in recent randomized controlled trials of 6 chronic diseases: a systematic literature review. *Am J Med Sci.* 2007;334:248-54.
24. Grant RW1, Singer DE, Meigs JB. Medication adherence before an increase in antihypertensive therapy: a cohort study using pharmacy claims data. *Clin Ther.* 2005;27:773.
25. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD000011.



## 10. ŽIVOTOPIS

### OSOBNI PODATCI:

IME I PREZIME: **Dijana Vidošević**

ADRESA: Starčevićeva 21, 21000 Split

TELEFON: 021/ 317-952

MOBITEL: 091 592 4897

E-MAIL: ividosev@inet.hr

MJESTO I DATUM ROĐENJA: Split, 27. ožujak 1974.

STATUS ZAPOSLENOSTI: zaposlena

POSLODAVAC: KBC Split

UKUPNI RADNI STAŽ: 23 godine

BRAČNI STATUS: udata, jedno dijete

### OBRAZOVANJE:

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Sveučilište u Splitu, smjer: diplomski studij sestrinstva (2011.- 2015.g.)

Medicinski fakultet, Sveučilišta u Splitu, smjer: stručni studij sestrinstva (2002.- 2005.g), stručna prvostupnica sestrinstva.

Zdravstveni obrazovni centar u Splitu, smjer: medicinska sestra-tehničar (1988.- 1992.g).

### RADNO ISKUSTVO:

Od 2010.g. do danas zaposlena u Zavodu za bolesti srca i krvnih žila, 2015. g. glavna sestra Odjela kliničke kardiologije

Od 2006.- 2010.g. zaposlena u Jedinici intenzivnog liječenja-koronarna na radnom mjestu više medicinske sestre, te obavljanja djelatnosti sukladnih stručnoj spremi.

Zaposlena u KBC Split, na Klinici za unutarnje bolesti, na radnom mjestu medicinske sestre (1993.-2006.g)

Pripravnički staž u KBC Split (1992.-1993.g)

#### NASTAVNA AKTIVNOST:

Od 2010.g. sudjelujem u nastavi na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu

#### ISTRAŽIVANJA:

Aktivno sudjelovanje u kliničkoj studiji SIGNIFY (2009.-2014.g)

#### PROGRAMI IZOBRAZBE I SPECIJALISTIČKI SEMINARI:

Lipanj 2015.Euro Heart Care-međunarodni kongres HUKMS- Dubrovnik

Svibanj 2014.Tečaj “Kronična neinvazivna ventilacija (NIV)”-Split

Listopad 2012. 3. Kongres HUKMS-Opatija

Lipanj 2010.Sekcija internističkih sestara- Marija Bistrica

Listopad 1999.Sekcija internističkih sestara- Vukovar

#### ČLANSTVO U PROFESIONALNIM/STRUKOVNIM ORGANIZACIJAMA:

Hrvatska komora medicinskih sestara HKMS

Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara HUKMS

Hrvatska udruga medicinskih sestara HUMS

Prilog 1.

**UPITNIK**

**SPOL** \_\_\_\_\_

**DOB** \_\_\_\_\_

**GODINE**

**ŽIVOTA** \_\_\_\_\_

**STRUČNA SPREMA** \_\_\_\_\_ **ŽIVI S** \_\_\_\_\_ **VISINA PRIMANJA,**  
**DO** \_\_\_\_\_ **kn**

**1. Broj hospitalizacija:**

- prva
- druga
- treća ili više

**2. Jeste li do sada uzimali lijekove?**

- da
- ne

**3. Koliko dugo uzimate lijekove?**

- Do 1 godine
- Od 1 -2 godine
- Od 2 – 3 godine
- Od 3 – 4 godine
- Više od 5 godina

**4. Znete li koje lijekove uzimate?**

- da
- većinom da
- ne

**5. Koliko lijekova uzimate?**

- 1 lijek
- 2 lijeka
- 3 lijeka
- 4 lijeka
- 5 ili više lijekova

**6. Uzimate li lijekove na propisan način?**

- da
- uglavnom da
- ne

**7. Kad Vam je najjednostavnije uzimati lijek?**

- pri ustajanju
- prije spavanja
- poslije ručka
- nema razlike

**8. Prestajete li uzimati lijek ako se osjećate bolje?**

- da
- ne

**9. Prestajete li uzimati lijek ako se osjećate lošije?**

- da
- ne
- samo djelomično

**10. Razgovarate li s Vašim liječnikom o osobitostima i nuspojavama lijeka?**

- da
- ne

**11. Utječe li na uzimanje lijeka podatci o nuspojavama iz upute o lijeku?**

- da
- ne
- samo djelomično

**12. Razgovarate li s vašim liječnikom o osobitostima i nuspojavama lijeka?**

- da
- ne

**13. Mijenjate li dozu samoinicijativno?**

- da
- ne

**14. Mijenjate li propisan način uzimanja lijeka u ovisnosti o:**

- Konzumiranju alkohola
- Konzumiranju neke vrste hrane
- Vrijednostima ciljnih pokazatelja (npr. vrijednost arterijskog tlaka ili masnoća u krvi)

**15. Primjenjujete li radije prirodne lijekove (lijekove na biljnoj bazi)?**

- da
- ne

**16. Mijenjate li propisane lijekove s prirodnim lijekovima – dodacima prehrani?**

- da
- ne
- samo u dogovoru s liječnikom

**17. Koliko mjesečno potrošite na lijekove ili dodatke prehrani (vitamine, minerale, lijekove za poboljšanje cirkulacije) koji se ne izdaju na liječnički recept?**

- do 50 kn
- 51-100 kn
- više od 100 kn

**18. Smatrate li da na liječenje utječe pridržavanje dijetetskih mjera (smanjenje uzimanja soli, smanjenje uzimanja alkohola, prestanak pušenja, smanjenje težine)**

- da
- ne

**19. Ako je odgovor na prethodno pitanje da, pridržavate li se tih uputa:**

- da, strogo se pridržavam
- da, samo povremeno
- da, samo u početku, nakon pogoršanja kliničkog stanja

**20. Smatrate li da bi bolesnici koji se ne pridržavaju preporuka-smanjenje tjelesne mase, prestanak pušenja, prestanak trošenja alkoholnih pića-trebali imati ista prava na liječenje kao oni koj se preporuka pridržavaju?**

- da
- ne