

# Stavovi i uvjerenja pacijenata na terapiji antidepresivima, inhalacijskim kortikosteroidima i statinima

---

Jarak, Andrea

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:163:994248>

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

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



Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of Pharmacy and Biochemistry University of Zagreb](#)



**Andrea Jarak**

**Stavovi i uvjerenja pacijenata na terapiji  
antidepresivima, inhalacijskim kortikosteroidima  
i statinima**

**DIPLOMSKI RAD**

Predan Sveučilištu u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad prijavljen je na kolegiju Ljekarnička skrb, Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta i izrađen u Centru za primijenjenu farmaciju pod stručnim vodstvom doc. dr. sc. Maje Ortner Hadžiabdić.

*Zahvaljujem se mentorici Maji Ortner Hadžiabdić i komentorici Danijeli Jonjić na stručnom vodstvu, savjetima, uloženom vremenu i pomoći prilikom izrade ovog diplomskog rada.*

*Veliko hvala mojim roditeljima, bratu i šogorici na bezuvjetnoj ljubavi, podršci i razumijevanju tijekom studiranja te što su uvijek bili tu uz mene. Također veliko hvala prijateljima, posebice Lauri koji su ovo razdoblje života ispunili radošću i nesebičnom potporom. Bez vas ovo sve nebi imalo smisla.*

*Za kraj, najveće hvala Bogu koji mi je uvijek davao snage da idem dalje.*

# SADRŽAJ

1.	UVOD .....	1
1.1.	Adherencija i pacijentova uvjerenja o lijekovima .....	1
1.2.	Depresija i uvjerenja pacijenata o antidepresivima .....	3
1.2.1.	Prediktori adherencije pacijenata na antidepresivima .....	5
1.3.	Astma i adherencija .....	6
1.3.1.	Uvjerenja o inhalacijskim kortikosteroidima u terapiji astme .....	8
1.4.	Statini i adherencija pacijenata na terapiji statina .....	9
1.4.1.	Uvjerenja o statinima .....	9
2.	OBRAZLOŽENJE TEME .....	11
3.	MATERIJALI I METODE .....	12
3.1.	Ispitanici .....	12
3.2.	Protokol .....	12
3.3.	Prikupljanje podataka .....	13
3.3.1.	Upitnik uvjerenja o lijekovima (eng. <i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i> , BMQ) 13	
3.3.2.	Moriskyjeva ljestvica za mjerenje adherencije .....	15
3.3.3.	Socio-demografski podaci i medikacijska povijest.....	16
3.3.4.	Pacijentovo razumijevanje indikacije, učinkovitosti i sigurnosti.....	16
3.4.	Statistička analiza .....	17
4.	REZULTATI I RASPRAVA .....	18
4.1.	Socio-demografske karakteristike ispitanika.....	18
4.2.	Analiza BMQ upitnika.....	21
4.3.	Povezanost uvjerenja o lijekovima sa socio-demografskim karakteristikama pacijenata	26

4.4.	Adherencija i njena povezanost s BMQ upitnikom.....	34
4.5.	Pacijentovo razumijevanje indikacije, učinkovitosti i sigurnosti terapije .....	39
5.	ZAKLJUČCI.....	46
6.	LITERATURA.....	48
7.	SAŽETAK/SUMMARY.....	52
8.	PRILOZI.....	54
8.1.	Informirani pristanak za pacijente na terapiji antidepresivima .....	54
8.2.	BMQ-hrvatska verzija .....	58
8.3.	Moriskyjeva ljestvica sa četiri pitanja za mjerenje adherencije .....	62
8.4.	Obrazac za prikupljanje demografskih podataka.....	63
8.5.	Obrazac za prikupljanje medikacijske povijesti .....	64
8.6.	Obrazac za provjeru indikacije, učinkovitosti i sigurnosti .....	66
9.	TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA/BASIC DOCUMENTATION CARD	

# 1. UVOD

## 1.1. Adherencija i pacijentova uvjerenja o lijekovima

Adherencija dolazi od latinske riječi „adhaerere“ što znači: držati se čega, prijanjati (Rječnik stranih riječi, Bratoljub Klaić). Ponašanje pacijenata koje je povezano sa uzimanjem lijekova ima značajan utjecaj na ishod farmakoterapije. Smatra se da bi pacijenti trebali biti aktivni partneri sa zdravstvenim djelatnicima u svojem liječenju i njezi te da je dobra međusobna komunikacija nužna u učinkovitoj kliničkoj praksi. Adherencija je primarna determinanta učinkovitosti liječenja jer loša adherencija onemogućuje optimalnu kliničku korist. Odgovornost za poboljšanje adherencije je na zdravstvenim djelatnicima, zdravstvenom sustavu, zajednici i pacijentima. (World Health Organization, 2003)

Adherencija je određena međusobnim djelovanjem mnogih faktora, od kojih su neki povezani s pacijentom i uključuju vlastite resurse, znanja, stavove, uvjerenja, percepcije i očekivanja prema lijekovima. Čini se da pridržavanje režima terapije ovisi prvenstveno o uvjerenjima pacijenata o prednostima liječenja, a u manjoj mjeri i o sociodemografskim i kliničkim čimbenicima. Smatra se da je namjerno nepridržavanje režima terapije povezano s uvjerenjima pacijenata i njihovom motivacijom za uzimanje propisanih lijekova, dok se nenamjerna neadherencija odnosi na vještine ili sposobnost pacijenata da uzimaju taj lijek (npr. zaborav ili ručna spretnost). (Salgado i sur., 2017)

Brojna istraživanja su otkrila da u razvijenim zemljama lošu adherenciju pokazuje 50% populacije koja pati od kroničnih bolesti. Pretpostavlja se da je u zemljama koje su još uvijek u razvoju taj postotak i veći s obzirom na nedostatak zdravstvenih resursa i nejednakosti u pristupu zdravstvenoj skrbi. (World Health Organization, 2003)

Postoje opsežni dokazi da mnogi pacijenti s kroničnim bolestima, uključujući astmu, hipertenziju, šećernu bolest i AIDS, imaju poteškoća prilikom pridržavanja svoje preporučene terapije. To rezultira suboptimalnim upravljanjem i smanjenom kontrolom bolesti. Loša adherencija uzrokuje medikacijske i psihosocijalne komplikacije bolesti, smanjuje kvalitetu života pacijenata i troši

resurse zdravstvenog sustava. Sagledavši sve, ove izravne posljedice narušavaju sposobnost zdravstvenih sustava diljem svijeta u postizanju boljih zdravstvenih ciljeva. (World Health Organization, 2003)

Čimbenici koji utječu na adherenciju pacijenata na kroničnoj terapiji su:

- **Vrsta, opseg i trajanje bolesti:** Interes pacijenata zbog konstantne bolesti se smanji tijekom dugotrajne terapije.
- **Trošak lijekova:** Ukoliko si pacijent ne može priuštiti lijek i zdravstvene usluge, prestaje s korištenjem istih, što onda ima veliki utjecaj na adherenciju.
- **Psihosocijalno stanje pojedinca:** Bolest i kvaliteta života pacijenta mogu izazvati mentalne poremećaje, koji mogu utjecati na njegovu suradljivost.
- **Odnos pacijent-liječnik:** Liječnici moraju informirati pacijenta i pružiti mu potrebno znanje o bolesti čime stvara uspješan odnos pacijent-liječnik.
- **Uvjerenja o lijekovima:** Možda i najvažniji čimbenik koji utječe na suradljivost pacijenta je njegovo općenito mišljenje o lijekovima. Uglavnom su pacijenti uvjereni kako lijekovi mogu štetiti njihovom zdravlju jer uzrokuju određene nuspojave. (Zulkepli i sur., 2016)

Predloženo je nekoliko strategija za poboljšanje medikacijske adherencije. U praksi, uobičajeni pristupi poboljšavanja adherencije uključuju podsjetnike za uzimanje primjerenih doza, specifične kutije za tablete ili pojednostavljivanje doziranja. Međutim, ovi pristupi rješavaju slučajeve u kojima je loša adherencija uzrok nehotičnog preskakanja doze lijekova, a ne bave se drugim čimbenicima (npr. loše mišljenje o lijekovima). Važno je da pacijent zna sve faze vlastite bolesti kako bi prepoznao simptome i znakove te uvidio značajnost lijekova. Ponekad strah od nuspojava, kao i strah od same bolesti, otežavaju pacijentima da uvide pozitivne učinke lijekova. Edukacijom o lijekovima i njihovim učincima pacijentova se pažnja može usmjeriti s nuspojava na dobre, korisne učinke lijekova. Prilikom izbora plana liječenja vrlo je važno uzeti u obzir fizičko i emocionalno stanje pacijenta te njegove mane i vrline, kako bi samom pacijentu plan liječenja bio što prihvatljiviji, a time i pacijent suradljiviji. (Zulkepli i sur., 2016)

Kako bi se bolje razumjela neadherentnost i njezini uzroci, razvijen je velik broj upitnika koji uglavnom prate uvjerenja i sklonosti pacijenata. Svaki upitnik pokušava izmjeriti ili procijeniti adherenciju pacijenta s druge točke gledišta. Većina njih se usredotočuje na specifičnu bolest uzimajući u obzir njezine simptome, lijekove, psihološke učinke, kvalitetu života pacijenta i znanje pacijenta o istoj. (Zulkepli i sur., 2016)

## **1.2. Depresija i uvjerenja pacijenata o antidepresivima**

Kod tipičnih blagih, srednjih ili teških depresivnih epizoda bolesnik ima sniženo raspoloženje, manje energije i smanjenu aktivnost. Smanjeni su sposobnost osjećanja zadovoljstva, interes i koncentracija, a često je izražen umor i nakon najmanjih napora. Spavanje je obično poremećeno i apetit smanjen. Samopoštovanje i samopouzdanje gotovo su uvijek smanjeni, a čak i u blažem obliku često su prisutne neke ideje krivnje i bezvrijednosti. Sniženo se raspoloženje mijenja pomalo iz dana u dan, okolnosti na njega ne utječu, a može biti udruženo s tzv. somatskim simptomima, kao što su gubitak interesa i osjećaja zadovoljstva, buđenje ujutro nekoliko sati prije uobičajenog vremena, depresija je teža ujutro, izraženi su psihomotorna usporenost, agitacija, gubitak apetita, gubitak tjelesne težine i gubitak libida. Ovisno o broju i težini simptoma, depresivna epizoda može se označiti kao blaga, srednja ili teška. (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012)

Veliki depresivni poremećaj je veoma stigmatizirano stanje koje je, unatoč prevalenciji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uglavnom nepriznato stanje i često loše tretirano. Epidemiološke studije otkrivaju zabrinjavajući nedostatak razumijevanja o depresiji unutar opće populacije, a to znatno utječe na stavove pacijenata prema liječenju. Ispitivanja javnog mnijenja otkrila su široko rasprostranjeno nepovjerenje prema antidepresivnim lijekovima i većina bi ljudi radije odabrala psihosocijalni ili alternativni pristup liječenju prema farmakološkom. Inicijative za podizanje javne svijesti, kao što je UK Defeat Depression Campaign, pomogle su pozitivno promijeniti stavove javnosti prema depresiji i njenom liječenju iako se zablude o antidepresivnim lijekovima pojavljuju posebno ukorijenjene. Studija DEPRES pokazala je da se više od 40% pacijenata nije savjetovalo s liječnicima zbog depresije, a samo 30% ispitanika primilo je antidepresiv. Razumijevanjem



stavova pacijenata o depresiji i njenom upravljanju, moguće je poboljšati pristup prema pacijentima i prevladati averziju prema liječenju antidepresivima. Samo postizanjem ovih ciljeva moguće je napredovati prema optimalnom upravljanju liječenja kliničke depresije. (Leon Faculty included Richard Keefe i sur., 2012)

Prema suvremenim podacima (tijekom proteklih 10 godina), otprilike 50% psihijatrijskih pacijenata i 50% pacijenata primarne zdravstvene zaštite prijevremeno prekida terapiju antidepresivima (tj. nisu adherentni šest mjeseci nakon početka liječenja). Razlozi za prekidanje terapije antidepresivima su različiti i uključuju stavove pacijenata (npr. zabrinutost zbog nuspojava, strah od ovisnosti, uvjerenje da ti lijekovi u stvarnosti neće riješiti njihove probleme), kao i kliničke čimbenike (npr. nedostatak obrazovanja pacijenata, loše praćenje terapije od strane zdravstvenih djelatnika). (Leon Faculty included Richard Keefe i sur., 2012)

Unatoč dostupnosti učinkovitih antidepresiva, učestalost relapsa depresije je visoka (do 80%), neuspjesi liječenja su česti (40% do 60%) i čak 20% bolesnika ostaje neadekvatno liječeno. Smjernice za liječenje depresije se često ne poštuju, a stope neadherencije liječenja su visoke, s 28% pacijenata koji su prekinuli liječenje antidepresivima u prvom mjesecu i 44% onih koji su prekinuli u roku od 3 mjeseca od početka liječenja. (P.S., 2003)

Fortney i suradnici utvrdili su da su nuspojave često prijavljeni razlog za prekid uzimanja antidepresiva. Kennedy i suradnici otkrili su da je niža adherencija povezana s višim troškovima lijekova jer mnogi lijekovi nisu pokriveni osiguranjem, mišljenjem da lijek nije potreban i strahovima od nuspojava. Smanjenje adherencije može uzrokovati i seksualna disfunkcija izazvana lijekovima, strahovi da će prekid terapije nakon dugotrajnog uzimanja biti nemoguć i zabrinutost da antidepresivi imaju mogućnost mijenjanja osobnosti. Također tome mogu pridonijeti i uvjerenja da antidepresivi zapravo ne rješavaju osobne probleme, neodgovarajući početak djelovanja lijeka, loše upute kliničara o antidepresivu, specifične osobine pacijenta kao što su ekstraverzija i / ili klaster B ili drugi simptomi poremećaja osobnosti, zlouporaba lijekova, strah od ovisnosti, ozbiljnost depresije bolesnika, komplicirana titracija ili raspored doziranja lijeka, nedostatak naknadne skrbi od strane kliničara i niska motivacija pacijenta. Važno je reći da postoje brojni razlozi zbog kojih pacijenti prijevremeno prekidaju terapiju antidepresivima. (Leon Faculty included Richard Keefe i sur., 2012)

### **1.2.1. Prediktori adherencije pacijenata na antidepresivima**

- **UČESTALOST DOZIRANJA**

U jednoj studiji u psihijatrijskoj ambulanti u Velikoj Britaniji, Myers i Branthwaite randomizirali su pacijente u skupine u kojima su pacijenti primali terapiju jednom dnevno, tri puta dnevno ili su mogli izabrati jedan od dva rasporeda. Adherencija je procijenjena brojanjem tableta i intervjuom. Nije bilo pretjerane razlike u prijavljenoj adherenciji između bolesnika koji su primali jednom dnevno ili tri puta dnevno, ali oni koji su odabrali uzimati lijekove tri puta dnevno su imali bolju adherenciju od ostalih. To sugerira da je element osobne kontrole nad izborom doze bio utjecajni od učestalosti samog doziranja. (Myers i Branthwaite, 1992).

Nedavna studija pokazala je da propisivanje fluoksetina jednom tjedno može dovesti do bolje adherencije od propisivanja jednom dnevno; stoga značajne koristi u praktičnosti također mogu poboljšati adherenciju. (Claxton i sur., 2000).

- **EDUKACIJA**

Lin i suradnici su zaključili da će pacijenti vjerojatnije nastaviti s uzimanjem lijekova tijekom prvog mjeseca liječenja ako su primili određene edukacijske poruke. U njihovoj studiji pacijenti su savjetovani da trebaju svakodnevno uzimati lijekove, da neće primijetiti nikakve koristi tijekom prva dva do četiri tjedna liječenja, da trebaju nastaviti čak i ako se osjećaju bolje i da ne smiju prestati uzimati lijekove bez savjetovanja liječnika. Također su dobili savjet o tome kako tražiti odgovore na pitanja o lijekovima. (Lin i sur., 1995.)

- **VRSTA LIJEKA**

Prirodoslovno proučavanje podataka o zahtjevima 2000 pacijenata sugeriralo je da adherencija može biti slabija u bolesnika liječenih tricikličkim antidepresivima, te da pružanje obiteljske, grupne ili individualne psihoterapije može poboljšati adherenciju. (Tai-Seale i sur., 2000)

Montgomery i Kasper su pregledali 67 ispitivanja i izvijestili da je broj pacijenata koji su prekinuli liječenje zbog nuspojava bio 5% niži kod bolesnika liječenih selektivnim inhibitorima ponovne

pohrane serotonina (SSRI), nego kod bolesnika liječenih tricikličkim antidepresivima. (Montgomery i Kasper, 1995.)

- **DODATNA MEDIKACIJA**

Furukawa i suradnici su proveli meta-analizu pokusa koji su uspoređivali kombinacije antidepresiva i benzodiazepina s antidepresivima koji su propisivani sami u razdoblju od 8 tjedana i izvijestili su o marginalnoj koristi ko-propisivanja benzodiazepina. Svaka potencijalna korist mora uzeti u obzir moguće kliničke nedostatke kao što je razvoj ovisnosti o benzodiazepinima. (Furukawa i sur., 2001)

- **PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITETI I OSOBINE LIČNOSTI**

Keeley i suradnici su tijekom male studije u obiteljskoj medicini zaključili da je za pacijente sa češćim somatoformnim poremećajima veća vjerojatnost neadherencije prilikom liječenja lijekovima. (Keeley i sur., 2000).

Ekselius i suradnici izvijestili su da ljudi koji teže senzacijama imaju nižu razinu antidepresiva u krvi, iako ne i nižu samoprijavljenu neadherenciju pacijenata koji sudjeluju u randomiziranom pokusu. (Ekselius i sur., 2000)

### **1.3. Astma i adherencija**

Astma je kronična bolest koju karakterizira rasprostranjeno, reverzibilno suženje bronha i značajno povećana osjetljivost bronha na razne inhalirane podražaje. U blagoj astmi simptomi se pojavljuju samo povremeno, npr. nakon izlaganja alergenima ili određenim onečišćenjima, nakon fizičkog napora ili infekcije gornjih dišnih puteva. Teži oblici astme praćeni su čestim napadajima zviždanja i dispneje, posebno noću, ili kroničnim suženjem dišnih puteva, što uzrokuje kronično respiracijsko onečišćenje. (Katzung i sur., 2011.)

Kratkotrajno olakšanje najučinkovitije se postiže lijekovima koji opuštaju glatke mišiće dišnog puta, od kojih su stimulatori  $\beta$ -adrenergičkih receptora najučinkovitiji i najčešće se primjenjuju.

Dugotrajna se kontrola najučinkovitije postiže protuupalnim lijekovima, kakvi su inhalacijski kortikosteroidi. (Katzung i sur., 2011.)

Globalni teret astme je znatan. Njezine posljedice uključuju smanjenu kvalitetu života, izgubljenu produktivnost, propuštene školske sate, povećane troškove zdravstvene skrbi, rizik od hospitalizacije pa čak i smrt. Iako se pokazala dostupna i učinkovita terapija koja dramatično smanjuje morbiditet astme, ona je učinkovita samo kada se pacijenti drže smjernica. Budući da je ljudsko ponašanje ključan faktor prilikom dobre terapije i terapijske učinkovitosti, klinički istraživači i kliničari trebaju razumjeti čimbenike povezane s adherencijom pacijenta. (World Health Organization, 2003)

Opsežna istraživanja provedena u Australiji, Kanadi, Velikoj Britaniji, Sjedinjenim Američkim Državama i drugim zemljama pokazala su da je nepridržavanje terapije astmatičara široko rasprostranjeno i da predstavlja značajan čimbenik rizika. Određene procjene ukazuju na to da gotovo polovica antiastmatskih lijekova koji se izdaju na recept godišnje se ne uzima kao što je propisano. (World Health Organization, 2003)

Najčešći oblik nepridržavanja terapije je kronična nedovoljna upotreba, tj. pacijent stalno koristi manje lijekova nego što je propisano. Kronično nedovoljno liječenje astme može dovesti do loše kontrole simptoma i većeg oslanjanja na pro re nata (PRN) tretmane za ublažavanje simptoma akutne astme. Pacijenti također mogu imati nepravilan uzorak adherencije. Oni nekad lijekove koriste kada je potrebno (obično kada je simptomatsko), nekad nedovoljno koriste, a nekad uopće ne koriste (kada je asimptomatska). Oni bolesnici koji se oslanjaju isključivo na inhalacijske beta-agoniste za ublažavanje simptoma mogu biti skloni prekomjernoj uporabi lijekova tijekom akutnog bronhospazma. To može uzrokovati zakašnjeli odlazak liječniku ili dovesti do komplikacija povezanih s prekomjernom uporabom beta-agonista. (World Health Organization, 2003)

### **1.3.1. Uvjerenja o inhalacijskim kortikosteroidima u terapiji astme**

Roditelji i pacijenti koji su zabrinuti za primjenu kortikosteroida mogu smanjiti dozu ili prekinuti dugoročno liječenje kortikosteroidima u nastojanju da se "štedi steroid". Boulet je proveo telefonsku anketu od preko 600 odraslih astmatičara u Kanadi kako bi se saznalo o percepcijama pacijenata o ulozi inhalacijskih kortikosteroida u liječenju astme i potencijalnih nuspojava ove terapije. Istražitelji su otkrili da su pacijenti često imali pogrešne predodžbe o ulozi inhalacijskih kortikosteroida, čak i ako su ih nedavno koristili. Primjerice, više od 40% pacijenata vjeruje da inhalacijski kortikosteroidi otvaraju dišne puteve za ublažavanje bronhokonstrikcije, dok manje od četvrtine pacijenata smatra da smanjuju upalu dišnih puteva. Ovo temeljno nerazumijevanje mehanizma djelovanja inhalacijskih kortikosteroida ukazuje na to da ovi pacijenti nisu uspjeli razumjeti pozadinsku kroničnu upalu koja karakterizira astmu i potrebu za preventivnom terapijom. (Boulet, 1998)

Zablude o nuspojavama i dugoročnim posljedicama uzimanja inhalacijskih kortikosteroida su bile česte. Boulet je zaključio da informacije o sigurnosti i korisnosti inhalacijskih kortikosteroida nisu razuvjerile mnoge bolesnike s astmom. Ova studija također sugerira da bi pružatelji zdravstvenih usluga trebali razgovarati s pacijentima o svim mogućim nedoumicama u vezi terapije koje bi mogle ometati adherenciju. (Boulet, 1998)

U pedijatrijskim istraživanjima, nekoliko studija je pokazalo da roditelji koji smatraju da je zdravlje njihove djece krhko ili ranjivo (bez obzira jesu li utemeljeni na stvarnim događajima ili ne) će biti oprezniji i pridržavat će se preporuka zdravstvene skrbi. Spurrier i suradnici su ispitali odnos između strategija liječenja astme od strane 101 roditelja djeteta koji boluje od astme i percepcije tih roditelja o osjetljivosti njihove djece na bolesti. Studija je pokazala da tijekom liječenja kronične astme, roditelji koji smatraju da njihovo dijete ima veću osjetljivost na bolest, vjerojatnije je da će koristiti redovite preventivne lijekove, odvesti dijete liječniku i izvući ga iz škole. Autori su sugerirali da je jedno od mogućih objašnjenja ovog zaključka to da "roditelji koji ne vide svoje dijete kao medicinski ranjivo, mogu prekinuti primjenu redovitih lijekova...". (Spurrier i sur., 2000)

## **1.4. Statini i adherencija pacijenata na terapiji statina**

Statini su učinkovita terapija za primarnu i sekundarnu prevenciju kardiovaskularnih bolesti. U isto vrijeme, liječnici i farmaceuti su suočeni s izazovom nepoštivanja terapije statinima. Osim značajnosti same neadherencije, koja se kreće od 30% -60% u 6 do 12 mjeseci nakon početka uzimanja terapije, njezina uzročna struktura je također vjerojatno multifaktorijalna s različitim prediktorima koji su važni za različite pacijente. Intervencije za poboljšanje adherencije bi stoga trebale biti prilagođene potrebama i okolnostima pojedinih pacijenata i trebale bi zahtijevati sveobuhvatan uvid u različite potencijalne prepreke odgovarajućoj uporabi statina. Međutim, vrijeme i druga ograničenja u kliničkoj praksi predstavljaju prepreke liječnicima i farmaceutima prilikom razumijevanja problematike pojedinih pacijenata. (Wouters i sur., 2016)

U jednoj studiji u Nizozemskoj pokazalo se da se znatan broj pacijenata suočio sa širokim spektrom specifičnih problema prilikom primjene statina. Mnogi su pacijenti sumnjali u potrebu za statinima i nedostajali su im podaci o učinkovitosti statina. Često su postojale zabrinutosti i iskustva nuspojava, osobito poznatih nuspojava kao što su bol u mišićima i zglobovima, ali i manje poznatih kao što su smanjena erekcija (kod muškaraca), suha usta i bolovi u leđima. Pokazalo se da je zabrinutost zbog nuspojava povezana s povećanom namjernom neadherencijom. Određeni pacijenti su naišli na praktične probleme u vezi s informacijama o statinima, unosu tableta, pakiranju ili blisteru. Praktični problemi su bili povezani s povećanom nenamjernom neadherencijom. (Wouters i sur., 2016)

### **1.4.1. Uvjerenja o statinima**

U jednoj studiji provedenoj u Škotskoj pogrešne predodžbe o značaju hiperlipidemija, potencijalnom riziku od koronarne srčane bolesti i preporučenoj terapiji, bile su česte i pojavljivale su se u svim fazama interakcija između pacijenata i zdravstvenih djelatnika. Većina ispitanika nije prepoznala, ili razumjela povezanost između hiperlipidemije i postojećih simptoma kao što su angina ili klaudikacija. Također nisu razumjeli potrebu za dugotrajnim liječenjem. (Tolmie i sur., 2003)

Ako im nije izričito rečeno drugačije, neki pacijenti su započinjali terapiju pretpostavljajući da će u nekom trenutku liječenje biti prekinuto ili bi moglo postati povremeno. Također, percepcija pacijenata o terapiji statinima kao beznačajnoj (u usporedbi s drugim lijekovima) također je nesvjesno potvrđena ili ustanovljena. (Tolmie i sur., 2003)

Zaključeno je da pacijenti moraju biti informirani o promjenama uzimanja lijekova u cilju poboljšane adherencije. Teško je očekivati da će pacijenti slijepo nastaviti s uzimanjem lijekova do kraja života jer je lijek propisan, posebice ako nisu sigurni što uzimaju. (Tolmie i sur., 2003)

Ispitanici koji su redovito uzimali lijekove imali su veliko poštovanje prema svom liječniku kao i prema napretku u dijagnosticiranju i liječenju bolesti. Vjerovali su da lijekovi neće biti nepotrebno propisani i uzimali su lijekove jer im je liječnik rekao da ih uzimaju. Uvažavanje koje pacijent pridaje liječniku opće prakse sugerira da je pacijent sretan što će liječnik donijeti pravu odluku. Kao takvo, preporučeno liječenje nije bilo preispitivano. Također oni koji su redovito i bez pitanja uzimali lijekove često su bili liječeni statinima i nakon iznenadne i neočekivane zdravstvene krize ili nakon što su imali vidljive simptome kao što je ksantelazma (naslage plaka na površini kože, većinom na unutarnjem kapku). (Tolmie i sur., 2003)

Neki su smatrali da im uzimanje statina dopušta određenu količinu slobode prilikom izabiranja prehrambenih navika. (Tolmie i sur., 2003)

## 2. OBRAZLOŽENJE TEME

Pacijenti (i roditelji pedijatrijskih bolesnika) stvaraju vlastite osobne kognitivne reprezentacije bolesti, uključujući vlastita uvjerenja o tome što je uzrokovalo bolest, posljedice koje će bolest imati na njihove živote, koliko dugo će bolest trajati i može li se kontrolirati ili izliječiti. Kognitivne i emocionalne reprezentacije simptoma i bolesti nazivaju se percepcijama bolesti. Slično tome, percepcije o lijekovima obuhvaćaju pacijentove (ili roditeljske) kognitivne i emocionalne reprezentacije propisanog lijeka; uključujući mehanizam djelovanja, željene učinke i nuspojave. Studije kod odraslih pokazale su da su percepcije o bolesti i lijekovima važni pokretači adherencije. (Klok i sur., 2012)

Cilj ovog diplomskog rada bio je istražiti stavove i uvjerenja pacijenata o njihovoj terapiji antidepressivima, statinima, inhalacijskim kortikosteroidima u terapiji astme i terapiji lijekovima općenito. Sekundarni cilj bio je istražiti povezanost pacijentovih uvjerenja o terapiji s adherencijom i pacijentovim karakteristikama.



## **3. MATERIJALI I METODE**

### **3.1. Ispitanici**

U istraživanje su uključeni punoljetni pacijenti koji troše lijekove iz skupine antidepresiva, statina i inhalacijskih kortikosteroida u terapiji astme u kroničnoj terapiji (duže od 3 mjeseca) te koji razumiju hrvatski jezik. Iz istraživanja se isključuju pacijenti koji nisu na kroničnoj terapiji, minimalno 3 mjeseca. Ovo istraživanje je presječno, opažajno (opservacijsko). U tom smislu istraživanje podrazumijeva da se prikupljanje podataka radi u jednoj vremenskoj točki – u sadašnjosti, tj. da se ispitanike ne prati nakon prikupljanja podataka. Također istraživač ne odlučuje tko će biti izložen nekome utjecaju, nego prikuplja podatke o postojećem stanju. Svi ispitanici su bili dužni potpisati informirani pristanak. U slučaju da bolesnik nije poslovno sposoban, informirani pristanak potpisuje i skrbnik. Rezultati ovog istraživanja su čuvani u tajnosti. Pristup prikupljenim podacima imaju samo provodioci istraživanja. Pri prikupljanju i čuvanju podataka, te provođenju istraživanja poštuju se etičke smjernice i zakoni: Osnove dobre kliničke prakse, Helsinška deklaracija, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske te Zakon o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka.

### **3.2. Protokol**

Ispitivanje se provodilo u Gradskim ljekarnama Zagreb, zagrebačkim ljekarnama Pablo, Farmacia i Mandis Pharm te u Centralnoj ljekarni u Poreču (Glavaš, 2018), a uključivalo je pacijente koji bi, uz dobivenu suglasnost, bili voljni sudjelovati u istraživanju. Zainteresirani pacijenti bi uz pomoć ispitivača ispunjavali validirani tzv. BMQ upitnik u trajanju od oko 30 minuta u odvojenom prostoru ljekarne odnosno prostoru koji osigurava privatnost. Pacijenti bi bili upoznati s ciljem i procesom istraživanja kroz sadržaj Informiranog pristanka. Osim u ljekarni, istraživanje se također provodilo unutar bolnice Vrapče te u Poliklinici za bolesti dišnog sustava na području grada Zagreba (Ivančić, 2019). Pronalazak pacijenata te provođenje istraživanja odvijao bi se u tim zdravstvenim ustanovama u dogovoru s dežurnim liječnikom. U dogovoru sa istraživačem, liječnik bi prilikom svakog izdavanja lijeka koji sadrži antidepresiv (u bolnici Vrapče) ili inhalacijski kortikosteroid (u Poliklinici za bolesti dišnog sustava) postavio upit pacijentu želi li sudjelovati u studiji. Pacijentima koji bi pristali, na licu mjesta bi se omogućilo ispunjavanje upitnika u prostoru

bolnice, uz osiguranu privatnost. Pacijentima bi bila ponuđena mogućnost da sami ispunjavaju upitnik ili uz pomoć istraživača. Svi pacijenti pozvani u istraživanje bili bi upoznati sa svrhom istraživanja putem Informiranog pristanka koji bi im bio uručen i predan. Pacijenti koji su potpisali Informirani pristanak bili bi uključeni u istraživanje. BMQ upitnik, te Informirani pristanak je također odobrilo i Etičko povjerenstvo bolnice Vrapče.

### **3.3. Prikupljanje podataka**

#### **3.3.1. Upitnik uvjerenja o lijekovima (eng. *Beliefs about Medicines Questionnaire*, BMQ)**

Upitnik uvjerenja o lijekovima (eng. *Beliefs about Medicines Questionnaire*, BMQ) je upitnik za samostalno ispunjavanje, koji se izravno usredotočuje na uvjerenja i brige pacijenata o uporabi i učinkovitosti lijekova. Može se koristiti u svrhu različitih bolesti za koje je potreban propisani lijek. Nekoliko studija je već predstavljeno u literaturi koje koriste BMQ za procjenu uvjerenja pacijenata. Većina tih studija koristi mješovite podatke u smislu bolesti. U početnim studijama Horne i sur. (Horne i ostali, 1999) su koristili podatke pacijenata koji su patili od nekoliko kroničnih bolesti, kao što su astma, dijabetes, psihijatrijska stanja iz bolničkih klinika i kardiološke, opće medicinske i renalne (primatelji hemodijalize) bolesti. Stavovi tih pacijenata odabrani su u odražavanju različitih karakteristika bolesti i liječenja. (Zulkepli i sur., 2016)

Cilj BMQ-a je procjena širokog raspona uvjerenja o specifičnim i općim lijekovima. Stoga je upitnik podijeljen u dvije skupine, pri čemu je svaka od njih podijeljena u dvije podskupine. Prva skupina se odnosi na uvjerenja pacijenata o njihovim propisanim lijekovima, dok se druga odnosi na njihova mišljenja o lijekovima općenito i o njihovoj uporabi. Točnije, dvije skupine BMQ-a su:

- BMQ -Specifični dio

BMQ- specifični dio procjenjuje mišljenja pacijenata o njihovim specifičnim lijekovima. Sastoji se od 11 stavki, koje su dalje kategorizirane kao Specifični dio- nužnost lijeka (Specific-Necessity) i Specifični dio- zabrinutost zbog lijeka (Specific-Concerns). Specifični dio- nužnost (Specific-Necessity) uključuje 5 stavki (N1-N5), kao što su: “Moje zdravlje, ovisi o mom lijeku” ili “Život bi mi bio nemoguć bez mog lijeka”. U podskupini Specifični dio- zabrinutost zbog lijeka (Specific-Concerns) postoji 6 stavki (C1-C6). One se usredotočuju na uvjerenja pacijenta o

učinkovitosti vlastitih lijekova. Te stavke procjenjuju strahove pacijenta prema mogućim nepovoljnim ishodima ili nuspojavama doživotnih lijekova. Primjerice, "Moji lijekovi su mi zagonetni" ili "Ponekad brinem o dugoročnim učincima svog lijeka" su fraze koje pacijent proučava. Stupanj slaganja za svaku stavku označava se pomoću Likert skale. Likertova skala je skala psihometrijskog odgovora koja je primarno korištena u upitnicima za procjenu nečije percepcije. Najčešće se promatra kao skala od 5 točaka (ordinalni podatci), a svakoj razini na skali dodijeljena je numerička vrijednost, pri čemu "1" odgovara maksimalnom neslaganju, a "5" maksimalnom slaganju. (Wadgave i Khairnar, 2016; Zulkepli i sur., 2016).

Bodovi dodijeljeni za pojedinu izjavu su zbrajani. Za Specifični dio-*Nužnost lijeka* (pet izjava, Prilog 8.2. BMQ-hrvatska verzija, izjave N1-N5) najmanji je mogući zbroj bodova mogao biti 5 (1x5), a najveći mogući zbroj 25 (5x5), a za Specifični dio-*Zabrinutost zbog lijeka* (šest izjava, Prilog 8.2. BMQ-hrvatska verzija, C1-C6) najmanji mogući zbroj bodova mogao je biti 6, a najveći 16. Niži zbroj bodova ukazuje na snažnije uvjerenje u koncept koji zastupa pojedini dio upitnika.

- BMQ-Opći dio

BMQ-General procjenjuje opća uvjerenja pacijenata o učinkovitosti, opasnosti i uporabi lijekova. 8 stavki na ovoj ljestvici dalje su podijeljene na: Opći dio- štetnost lijekova (General-Harm) i Opći dio- prekomjerno korištenje lijekova (General-Overuse). Opći dio- štetnost lijekova (General-Harm) uključuje 5 stavki (BG2- BG6), kao što su: „Lijekovi čine više zla nego dobra“ ili „Lijekovi su otrovi“, dok preostale 3 (BG1, BG7, BG8) stavke, kao što su: „Liječnici propisuju previše lijekova“ ili „kada bi liječnici provodili više vremena s pacijentom, propisivali bi manje“, obuhvaćaju podskupinu dijela Opće prekomjerno korištenje lijekova (General-Overuse). (Zulkepli i sur., 2016)

Za Opći dio-*Štetnost lijekova* koji se sastoji od pet izjava (Prilog 8.2. BMQ-hrvatska verzija, izjave BG2- BG6) najmanji mogući zbroj bodova je mogao biti 5 (1x5), a najveći mogući zbroj 25 (5x5). Za Opći dio-*Prekomjerna uporaba lijekova* koji sadrži tri izjave (Prilog 8.2. BMQ-hrvatska verzija, izjave BG1, BG7, BG8) zbroj bodova je mogao varirati od 3 do 15.

Također u općem dijelu nalazimo još dvije skupine, a to su Dobrobit lijekova i Osjetljivost na lijekove. Dobrobit lijekova se sastoji od 4 stavke (BG9-BG12), kao što su: „Lijekovi pomažu mnogim ljudima da žive bolje“ ili „U budućnosti lijekovi će biti takvi da će liječiti većinu bolesti“. Osjetljivost na lijekove se sastoji od 5 stavki (PSM1-PSM5), kao što su: „Moje tijelo je vrlo osjetljivo na lijekove“ ili „Moje tijelo pretjerano reagira na lijekove“.

Za skupinu Dobrobit lijekova koja sadrži četiri izjave (Prilog 8.2. BMQ-hrvatska verzija, izjave BG9-BG12) zbroj bodova je mogao varirati od 4 do 20, a za skupinu Osjetljivost na lijekove (Prilog 8.2. BMQ-hrvatska verzija, izjave PSM1-PSM5) od 5 do 25.

Pacijenti koji su uzimali statine kao glavne lijekove nisu odgovarali na skupine pitanja Dobrobit lijekova i Osjetljivost na lijekove.

### **3.3.2. Moriskyjeva ljestvica za mjerenje adherencije**

Nakon BMQ upitnika pacijenti su ispunjavali dio s Moriskyjevom ljestvicom koja sadrži četiri pitanja te ima cilj procijeniti adherenciju.

1986. godine, dr. Morisky i njegovi suradnici objavili su Moriskyjevu ljestvicu za procjenu adherencije lijekova (MMAS) koja je prvi put bila validirana na antihipertenzivnim lijekovima. Izvorna Moriskyjeva ljestvica se sastoji od četiri pitanja koja imaju kategorije dihotomnog odgovora (da ili ne). Razlog za ova četiri pitanja bila je pretpostavka da se pogreške uzimanja lijekova mogu pojaviti na ove četiri razine: zaborav, nepažnja, prestanak uzimanja lijeka ukoliko se stanje poboljša ili prestanak uzimanja lijeka ukoliko se osoba osjeća lošije. (Tan i sur., 2018)

### **3.3.3. Socio-demografski podaci i medikacijska povijest**

Pacijenti su također morali ispuniti dio vezan za njihove sociodemografske podatke, kao što su: dob, spol, bračno stanje, status zaposlenosti i stručna sprema. Osim toga morali su navesti točan naziv zanimanja i mjesto stanovanja.

Ispitivač je zatim zajedno s pacijentom prikupio cijelu njegovu medikacijsku povijest i životne navike glede konzumacije alkohola i cigareta. Medikacijska povijest je obuhvatila sve trenutno i nedavno propisane lijekove, sve bezreceptne lijekove, uključujući biljne pripravke i dodatke prehrani, te prethodne nuspojave i reakcije preosjetljivosti.

### **3.3.4. Pacijentovo razumijevanje indikacije, učinkovitosti i sigurnosti**

Na kraju su pacijenti morali odgovoriti na 3 pitanja otvorenog tipa kojima se procjenjivalo njihovo razumijevanje razloga zbog kojeg im je propisan lijek (indikacija), učinkovitosti i sigurnosti terapije.

Pitanja su osmišljena na temelju klasifikacije terapijskih problema (Cipolle i sur.,2012), te im je cilj bio istražiti pacijentovo viđenje potencijalnih terapijskih problema.

U literaturi je predloženo i opisano nekoliko klasifikacija terapijskih problema. Uz manje iznimke, sve one podupiru procjenu indikacije, učinkovitosti, sigurnosti i adherencije, što su prvi opisali Strand i suradnici. (Cipolle i sur.,2012)

Kategorizacija problema s terapijom lijekovima najprije je definirana, opisana i razvijena 1990. godine od strane istraživačke skupine na Institutu za farmaceutsku skrb Peters na Sveučilištu u Minnesoti. Sedam kategorija terapijskih problema se ispitalo, kritiziralo i primjenjivalo u različitim okruženjima, kulturama i govornim područjima. (Cipolle i sur.,2012)

Znajući da postoji samo sedam osnovnih kategorija terapijskih problema, predstavilo je to snažan koncept za studente i praktičare. Ove kategorije definiraju skup problema koji mogu biti uzrokovani lijekovima i / ili koji se mogu riješiti terapijom lijekovima, a time opisuju i veliki opseg odgovornosti farmaceuta. (Cipolle i sur.,2012)

Tablica 1. 7 kategorija terapijskih problema (preuzeto i prilagođeno iz: Cipolle i sur.,2012)

<b>TERAPIJSKE ZNAČAJKE</b>	<b>KATEGORIJE TERAPIJSKIH PROBLEMA</b>
INDIKACIJA	1. Nepotrebna terapija 2. Potreba za uvođenjem dodatne terapije
UČINKOVITOST	3. Neučinkovit lijek 4. Preniska doza lijeka
SIGURNOST	5. Nuspojava lijeka 6. Previsoka doza lijeka
ADHERENCIJA	7. Suradljivost

Ovaj poredak terapijskih problema (indikacija, djelotvornost, sigurnost i adherencija) je značajan po tome što opisuje racionalan proces donošenja odluka u farmakoterapiji (Cipolle i sur.,2012).

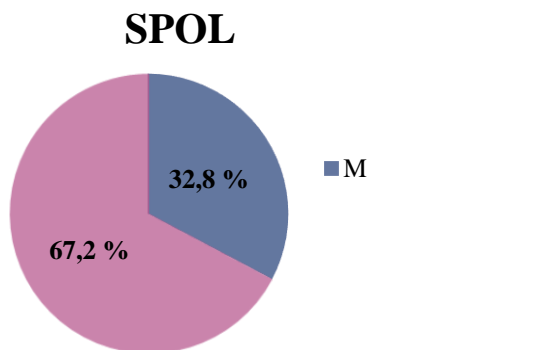
### **3.4. Statistička analiza**

U svrhu analize podataka korišten je program IBM SPSS, verzija 22.0. (Armonk, NY: IBM Corp.). Prilikom određivanja osnovnih statističkih pokazatelja korištena je opisna statistika, a kao mjere središnje tendencije i varijabilnosti korišteni su prosjek i standardna devijacija ili medijan i interkvartilni raspon. Studentov T-test je korišten za testiranje razlika između dviju skupina, a za usporedbu više skupina je korištena ANOVA te Levens test za post-hoc analizu. Za utvrđivanje korelacije između različitih skupina računat je Pearsonov koeficijent korelacije. Vrijednost  $p < 0,05$  smatrana je statistički značajnom.

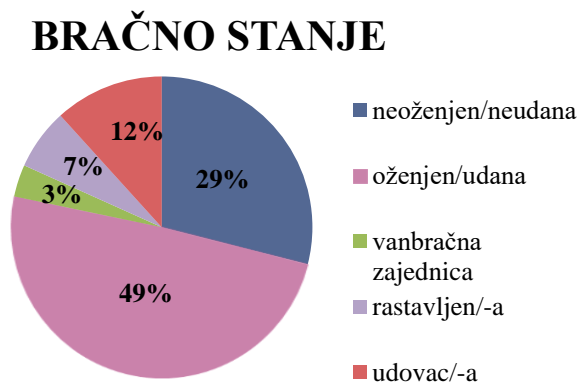
## 4. REZULTATI I RASPRAVA

### 4.1. Socio-demografske karakteristike ispitanika

U ispitivanju je sudjelovalo 290 pacijenata. Prosječna dob svih pacijenata iznosila je  $50,12 \pm 20,96$ . Od toga, 93 ispitanika je uzimalo antidepresive, 97 ih je koristilo inhalacijske kortikosteroide, a 100 pacijenata lijekove iz skupine statina. Prosječna dob ispitanika koji su uzimali antidepresive bila je  $38,04 \pm 1,71$ . Za pacijente koji su koristili inhalacijske kortikosteroide prosječna dob je bila  $42,05 \pm 1,97$ , a za pacijente na statinima ona je iznosila  $69,19 \pm 0,99$ .

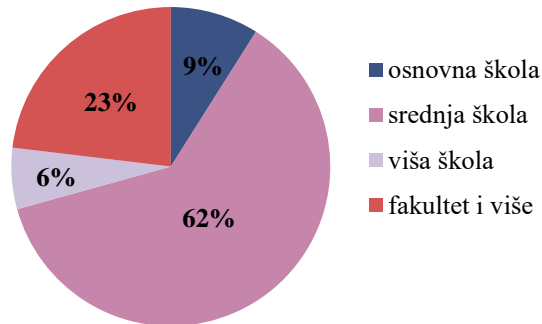


Slika 1. Dijagram zastupljenosti ispitanika obzirom na spol



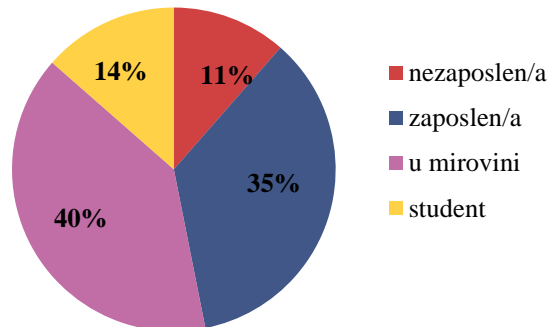
Slika 2. Dijagram zastupljenosti ispitanika obzirom na bračno stanje

## STRUČNA SPREMA



Slika 3. Dijagram zastupljenosti ispitanika obzirom na stručnu spremu

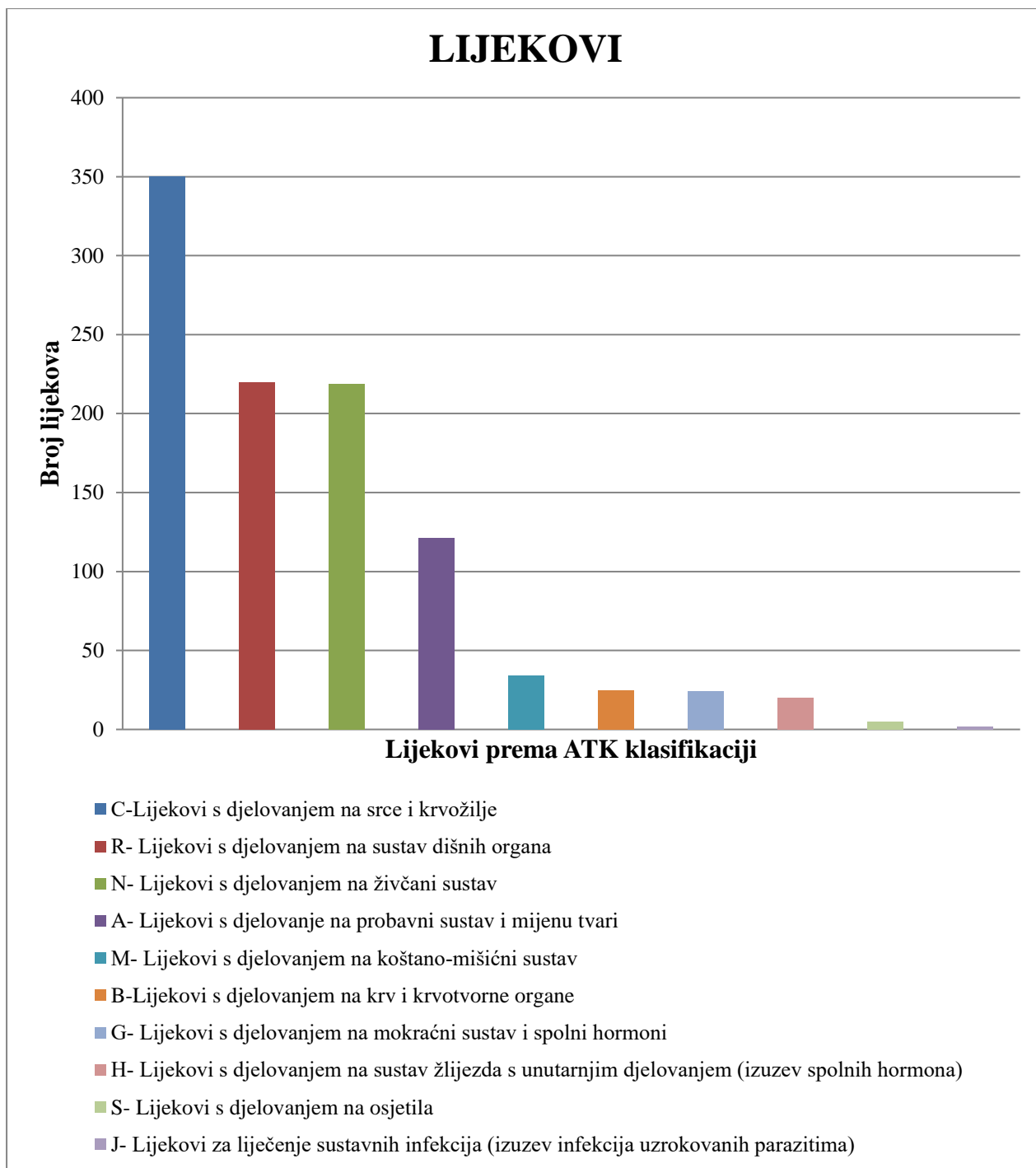
## STATUS ZAPOSLENOSTI



Slika 4. Dijagram zastupljenosti ispitanika obzirom na status zaposlenosti

Prosječan broj lijekova koje su koristili pacijenti bio je  $3,51 \pm 2,38$  po pacijentu. Najzastupljeniji među njima bili su lijekovi koji djeluju na srce i krvožilje (34,31%). (Slika 5.)

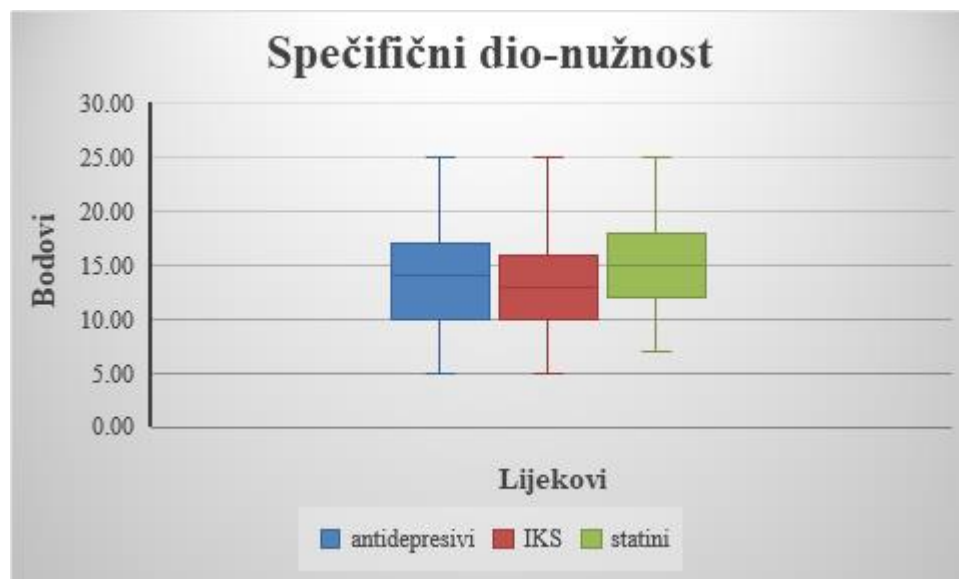




Slika 5. Dijagram zastupljenosti lijekova prema ATK klasifikaciji

## 4.2. Analiza BMQ upitnika

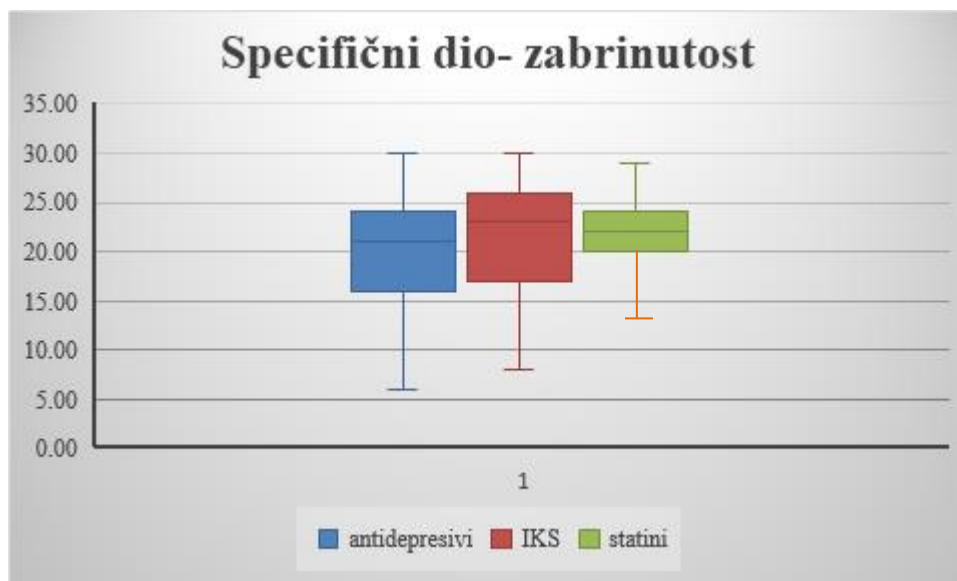
BMQ upitnik se sastoji od dva dijela: specifični i opći dio. Za pojedinu skupinu je određen medijan i interkvartilni raspon.



Slika 6. Kutijasti dijagram bodova ostvarenih za „Specifični dio- nužnost“

Vidimo da su medijani, te donji i gornji kvartili za pacijente na antidepresivima (14 [10-17]) i inhalacijskim kortikosteroidima (13 [10-16]) bili poprilično slični, te nije bilo statistički značajne razlike među njima ( $p = 0,626$ ). Kod pacijenata koji su uzimali statine vidimo da su te vrijednosti nešto više (15 [12-18]). Rezultati ukazuju da su pacijenti na inhalacijskim kortikosteroidima smatrali svoju terapiju nužnijom od pacijenata koji su uzimali statine ( $p = 0,021$ ), a između onih koji su uzimali antidepresive i statine nije bilo statistički značajne razlike ( $p = 0,073$ ).

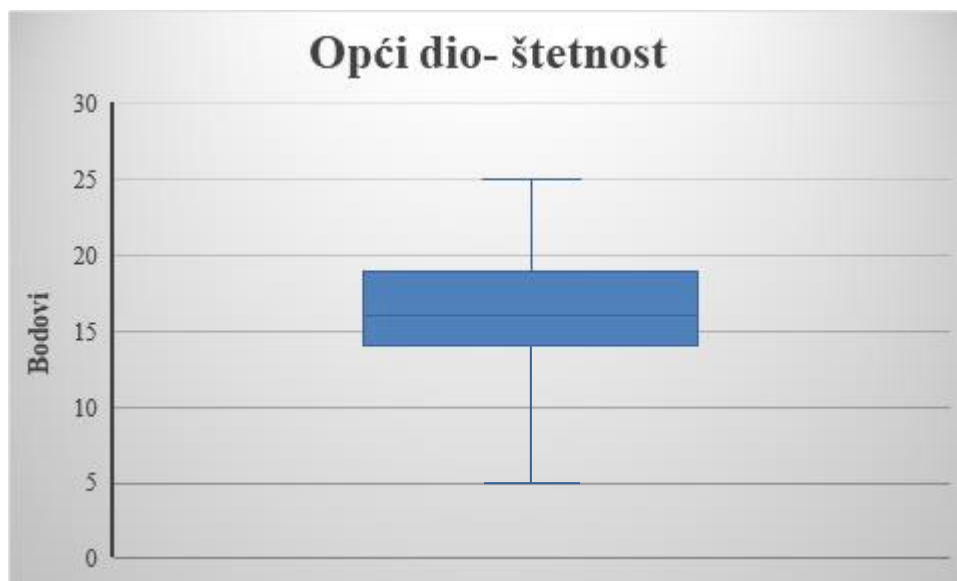
U istraživanju Gatt i suradnika, u kojem je sudjelovalo 400 pacijenata s područja Malte, koji su bolovali od raznih kroničnih bolesti, kao što su: depresija, astma, dijabetes i kardiovaskularne bolesti, srednja vrijednost bodova ostvarenih za skupinu pitanja „Specifična nužnost lijekova“ bila je  $14,65 \pm 3,76$ , dok je u ovom istraživanju ona iznosila  $14,06 \pm 4,69$ . Možemo vidjeti kako u oba istraživanja većinom nisu zastupljena snažna uvjerenja ali ipak ih većina smatra kako im je propisana terapija nužna. (Gatt i sur., 2017)



Slika 7. Kutijasti dijagram bodova ostvarenih za „Specifični dio- zabrinutost zbog lijeka“

Vidimo da većina pacijenata na antidepresivima, inhalacijskim kortikosteroidima i statinima nije bila zabrinuta oko svoje terapije jer su medijani za sve tri skupine bili veći od teorijske srednje vrijednosti ostvarenih bodova (18), no možemo zaključiti da su pacijenti na antidepresivima (21 [16-24]) ipak bili nešto zabrinutiji oko tvoje terapije od pacijenata na inhalacijskim kortikosteroidima (23 [17-26],  $p = 0,009$ ) i statinima (22 [20-24],  $p = 0,010$ ).

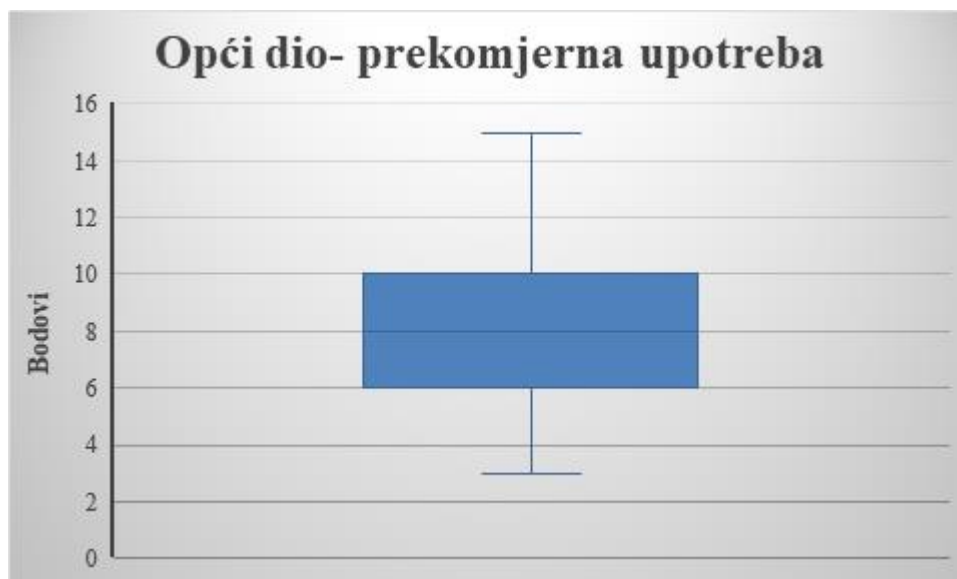
Srednja vrijednost bodova ukupnog broja pacijenata ostvarenih za skupinu pitanja „Specifični dio- zabrinutost zbog lijeka“ je iznosila  $21,18 \pm 4,95$ , dok je za istraživanje u Malti ona bila  $19,21 \pm 2,89$ . Možemo vidjeti kako ni u istraživanju Gatt i suradnika pacijenti nisu bili pretjerano zabrinuti oko svoje terapije, no ipak su bili zabrinutiji od pacijenata koji su prisustvovali ovom istraživanju. (Gatt i sur., 2017)



Slika 8. Kutijasti dijagram bodova ostvarenih za „Opći dio- štetnost lijekova“

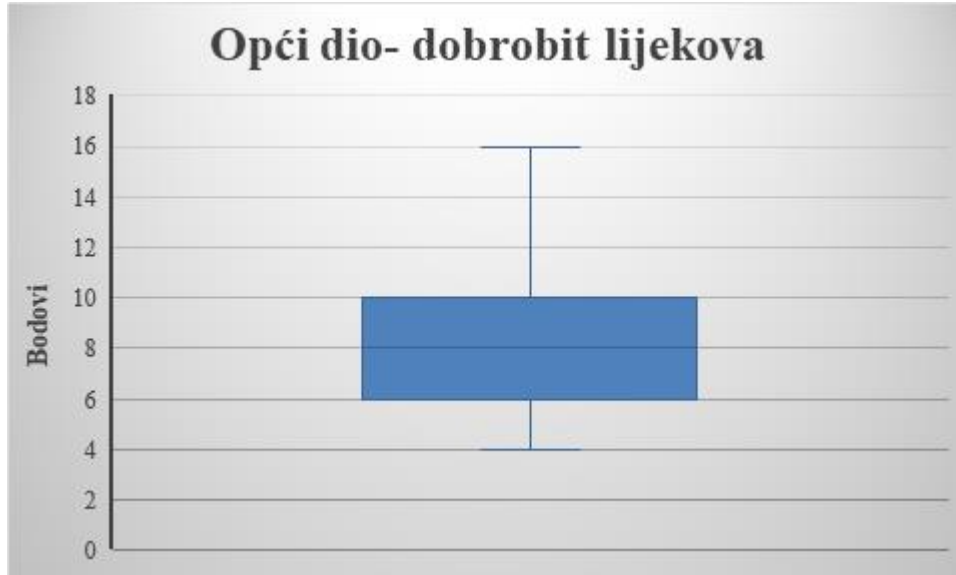
Od ukupnog broja ispitanika vidimo da većina njih nije mislila da su lijekovi štetni (16 [14-19]).

U istraživanju Komninosa i suradnika, koje je provedeno na pacijentima u Grčkoj, dobivena srednja vrijednost bodova ostvarenih za skupinu pitanja „Opća štetnost“ bila je  $13,6 \pm 3,8$ , dok je u ovom istraživanju ona iznosila  $16,07 \pm 3,98$ . Također u istraživanju Gatt i suradnika, u kojem je sudjelovalo 400 pacijenata sa područja Malte, koji su bolovali od raznih kroničnih bolesti, kao što su: depresija, astma, dijabetes i kardiovaskularne bolesti, srednja vrijednost bodova ostvarenih za skupinu pitanja „Opća štetnost“ bila je  $11,23 \pm 2,51$ . Možemo zaključiti da je većina pacijenata s područja Malte smatrala kako su lijekovi štetni, kao i pacijenti iz Grčke, dok oni koji su sudjelovali u ovom istraživanju većinom to nisu mislili. (Komninis i sur., 2013; Gatt i sur., 2017)



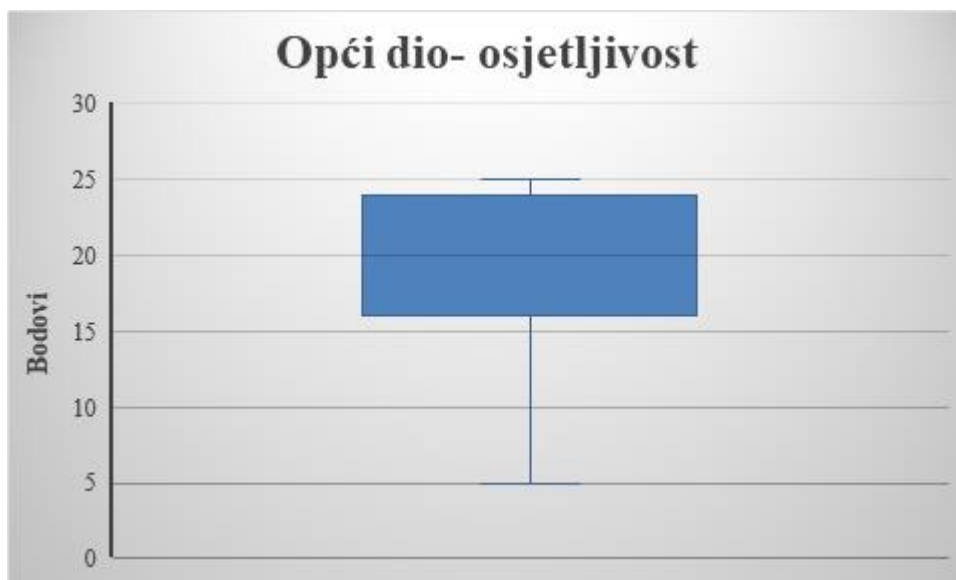
Slika 9. Kutijasti dijagram bodova ostvarenih za „Opći dio- prekomjerna upotreba lijekova“

Od ukupnog broja ispitanika možemo vidjeti da većina njih smatra kako liječnici prekomjerno propisuju lijekove, previše se na njih oslanjaju i kada bi imali više vremena, propisivali bi manje lijekova (8 [6-10]). U istraživanju Komninosa i suradnika, srednja vrijednost za skupinu pitanja „Opća prekomjerna upotreba“ iznosila je  $10,1 \pm 2,4$ , dok je u ovom istraživanju bila  $8,13 \pm 2,84$ . U istraživanju Gatt i suradnika srednja vrijednost bodova je bila  $13,85 \pm 2,24$ . Možemo zaključiti da na području Malte i u Grčkoj ispitanici nisu smatrali da se lijekovi prekomjerno upotrebljavaju, dok ispitanici u ovom istraživanju jesu. (Komninis i sur., 2013; Gatt i sur., 2017).



Slika 10. Kutijasti dijagram bodova ostvarenih za „Dobrobit lijekova“

Skupinu pitanja „Dobrobit lijekova“ ispunjavali su pacijenti koji uzimaju antidepresive i pacijenti na inhalacijskim kortikosteroidima, to jest ukupno 190 ispitanika. Možemo zaključiti kako je većina ispitanika bila uvjeren u dobrobit lijekova (8 [6-10]).



Slika 11. Dijagram bodova ostvarenih za „Osjetljivost na lijekove“

Skupinu pitanja „Osjetljivost na lijekove“ također je ispunjavalo 190 ispitanika koji su uzimali antidepresive i inhalacijske kortikosteroide. Budući da je vrijednost medijana (20 [16-24]) značajno veća od teorijske srednje vrijednosti, možemo zaključiti da velika većina smatra kako nije pretjerano osjetljiva na lijekove.

### 4.3. Povezanost uvjerenja o lijekovima sa socio-demografskim karakteristikama pacijenata

U tablici 2. prikazana je povezanost ispitanikovih socio-demografskih karakteristika i njihovih odgovora na skupine pitanja „Specifični dio- nužnost“ i „Specifični dio- zabrinutost“. Statistički značajna razlika na skalama Specifični dio-nužnost i Specifični dio- zabrinutost nađena je između ispitanika različitog statusa zaposlenosti koji uzimaju inhalacijske kortikosteroide Također statistički značajna razlika na skali „Specifični dio- zabrinutost“ pokazala se između ispitanika različitih statusa zaposlenosti koji uzimaju antidepresive.

Tablica 2. Povezanost specifičnog dijela BMQ upitnika sa socio-demografskim karakteristikama pacijenata

	Specifični dio- Nužnost				Specifični dio- Zabrinutost		
	N	x	sd	p	x	Sd	p
<b>ANTIDEPRESIVI</b>							
<b>SPOL</b>							
M	16	15,16	4,27	0,258	21,91	4,44	0,628
Ž	77	13,52	4,8		20,82	5,15	
<b>BRAČNO STANJE</b>							
neoženjeni/neudane	42	14,36	4,77	0,078	20,62	5,58	0,065
oženjeni/udane	27	11,85	5,54		17,74	6,36	
ostali	24	14,83	5,47		21,17	5,25	
<b>STATUS ZAPOSLENOSTI</b>							
zaposleni	37	12,70	4,71	0,061	20,41	6,22	0,006

nezaposleni	19	14,32	6,21		16,00	5,03	
u mirovini	14	12,07	5,28		20,50	5,36	
studenti	23	16,00	4,78		22,04	4,84	
<b>STRUČNA SPREMA</b>							
osnovna i srednja škola	57	13,83	5,75	0,862	19,65	5,96	0,968
viša škola i fakultet	36	13,64	4,50		20,37	5,75	
<b>INHALACIJSKI KORTIKOSTEROIDI</b>							
<b>SPOL</b>							
M	30	15,04	4,89	0,951	22,27	5,53	0,341
Ž	67	12,71	4,40		21,59	5,13	
<b>BRAČNO STANJE</b>							
neoženjeni/neudane	36	14,72	5,375	0,104	22,58	5,582	0,457
oženjeni/udane	50	12,72	4,086		21,16	4,950	
ostali	11	12,36	3,906		22,09	5,431	
<b>STATUS ZAPOSLENOSTI</b>							
zaposleni	46	12,87	4,42	0,023	20,02	4,35	0,012
nezaposleni	10	13,90	3,87		23,80	5,18	
u mirovini	23	11,96	3,89		22,65	5,28	
studenti	18	16,19	5,71		23,56	6,23	
<b>STRUČNA SPREMA</b>							
osnovna i srednja škola	66	13,79	4,63	0,966	22,57	5,06	0,586
viša škola i fakultet	31	12,65	4,71		20,17	5,32	
<b>STATINI</b>							
<b>SPOL</b>							
M	49	15,37	3,87	0,176	21,82	3,12	0,359
Ž	51	14,57	4,14		21,67	3,5	
<b>BRAČNO STANJE</b>							
neoženjeni/neudane	6	15,33	4,08	0,514	20,67	2,80	0,716
oženjeni/udane	66	15,24	4,24		21,82	3,50	
ostali	28	14,21	3,41		21,79	2,92	
<b>STATUS ZAPOSLENOSTI</b>							
zaposleni	19	15,16	4,00	0,919	21,37	3,77	0,240
nezaposleni	4	14,25	2,63		19,25	3,77	
u mirovini	77	14,95	4,10		21,96	3,13	



studenti	0	0,00	0,00		0,00	0,000	
<b>STRUČNA SPREMA</b>							
osnovna i srednja škola	82	14,5	4,01	0,522	21,54	3,4	0,333
viša škola i fakultet	18	17,06	3,41		22,67	2,68	

$x$  – srednja vrijednost;  $sd$  – standardna devijacija;  $p$  – vrijednost

Post-hoc analizom (Tablica 3.) je utvrđena statistički značajna razlika između nezaposlenih i svih ostalih ispitanika koji su uzimali antidepresive prilikom odgovaranja na skupinu pitanja „Specifični dio- zabrinutost“ ( $p = 0,006$ ). Može se zaključiti kako su nezaposleni ispitanici bili više zabrinuti zbog svoje antidepresivne terapije nego nezaposleni, oni u mirovini ili studenti. Moguće je povezati nezaposlenost s učestalim razmišljanjem pri kojem pacijenti razvijaju velike strahove, one iracionalne i racionalne.

Tablica 3. Post-hoc analiza za ispitanike koji su uzimali antidepresive različitih statusa zaposlenosti za skupine pitanja „Specifični dio- nužnost“ i „Specifični dio- zabrinutost“

			p
specifični dio-nužnost	zaposleni	nezaposleni	0,270
		u mirovini	0,697
		student	0,018
	nezaposleni	zaposleni	0,270
		u mirovini	0,219
		student	0,294
	u mirovini	zaposleni	0,697
		nezaposleni	0,219
		student	0,027
	student	zaposleni	0,018
		nezaposleni	0,294
		u mirovini	0,027

specifični dio-zabrinutost	zaposleni	nezaposleni	0,006
		u mirovini	0,957
		student	0,269
	nezaposleni	zaposleni	0,006
		u mirovini	0,024
		student	0,001
	u mirovini	zaposleni	0,957
		nezaposleni	0,024
		student	0,414
	student	zaposleni	0,269
		nezaposleni	0,001
		u mirovini	0,414

p – vrijednost

Post-hoc analiza (Tablica 4.) je pokazala statistički značajnu razliku između zaposlenih i svih ostalih ispitanika koji su uzimali inhalacijske kortikosteroide prilikom odgovaranja na skupinu pitanja „Specifična zabrinutost“. Ispitanici većinom nisu bili zabrinuti zbog svoje terapije, no možemo zaključiti kako su zaposleni ispitanici bili zabrinutiji od ostalih. Također se pokazalo statistički značajno kako umirovljenici koji uzimaju inhalacijske kortikosteroide smatraju svoju terapiju nužnijom od studenata.

Tablica 4. Post-hoc analiza za ispitanike koji su uzimali inhalacijske kortikosteroide različitih statusa zaposlenosti za skupine pitanja „Specifični dio- nužnost“ i „Specifični dio- zabrinutost“

			p
specifični dio-nužnost	zaposleni	nezaposleni	0,512
		u mirovini	0,428
		student	0,013
	nezaposleni	zaposleni	0,512
		u mirovini	0,256
		student	0,210
	u mirovini	zaposleni	0,428
		nezaposleni	0,256
		student	0,005

	student	zaposleni	0,013
		nezaposleni	0,210
		u mirovini	0,005
specifični dio- zabrinutost	zaposleni	nezaposleni	0,033
		u mirovini	0,043
		student	0,017
	nezaposleni	zaposleni	0,033
		u mirovini	0,547
		student	0,907
	u mirovini	zaposleni	0,043
		nezaposleni	0,547
		student	0,578
	student	zaposleni	0,017
		nezaposleni	0,907
		u mirovini	0,578

p – vrijednost

U tablici 5. je prikazana statistički značajna razlika u uvjerenjima o štetnosti lijekova između pacijenata različitog bračnog stanja ( $p = 0,003$ ), statusa zaposlenosti ( $p < 0,001$ ) i stručne spreme ( $p < 0,001$ ). Može se zaključiti kako ispitanici s višim stupnjem obrazovanja smatraju lijekove manje štetnima od onih s nižim stupnjem obrazovanja. Moguće je povezati ovaj rezultat s brojnim zabudama o lijekovima i njihovoj sigurnosti koje se pojavljuju na internetu, a nemaju nikakvu znanstvenu podlogu.

Tablica 5. Povezanost općeg dijela BMQ upitnika sa socio-demografskim karakteristikama ispitanika

	N	Opći dio-štetnost			Opći dio- prekomjerna upotreba		
		x	sd	p	x	sd	p
<b>SPOL</b>							
M	95	16,40	3,77	0,319	7,92	2,66	0,377
Ž	195	15,90	4,08		8,23	2,93	
<b>BRAČNO STANJE</b>							
neoženjeni/neudane	84	17,25	4,55	0,003	8,21	3,18	0,182
oženjeni/udane	143	15,38	3,66		7,85	2,60	

ostali	63	16,03	3,54		8,63	2,86	
<b>STATUS ZAPOSLENOSTI</b>							
zaposleni	102	16,69	4,09	<0,001	8,35	3,00	0,194
nezaposleni	33	14,67	4,66		7,12	3,19	
u mirovini	114	15,26	3,03		8,21	2,38	
studenti	41	18,10	4,58		8,26	3,23	
<b>STRUČNA SPREMA</b>							
osnovna i srednja škola	205	15,40	3,84	<0,001	7,94	2,77	0,076
viša škola i fakultet	85	17,67	3,87		8,59	2,99	

$\bar{x}$  – srednja vrijednost; sd – standardna devijacija; p – vrijednost

Također, može se zaključiti kako je statistički značajna razlika bila između oženjenih/udanih i neoženjenih/neudanih ispitanika i njihovih odgovora na pitanja o općoj štetnosti lijekova (tablica 6). Oženjeni ispitanici lijekove smatraju štetnijima od neoženjenih ispitanika.

Tablica 6. Post-hoc analiza za ispitanike različitih bračnih stanja i njihovih odgovora na skupinu pitanja „Opći dio- štetnost“

opći dio- štetnost	BRAČNO STANJE		P
	neoženjeni/neudane	oženjeni/udane	0,001
		ostali	0,063
	oženjeni/udane	neoženjeni/neudane	0,001
		ostali	0,275
	ostali	neoženjeni/neudane	0,063
oženjeni/udane		0,275	

p – vrijednost

Rezultati pokazuju kako su nezaposleni pacijenti imali najjača uvjerenja o štetnosti svojih lijekova, zatim umirovljenici i oni zaposleni, dok studenti većinom nisu vjerovali u štetnost lijekova (Tablica 7.).

Tablica 7. Post-hoc analiza za ispitanike različitih statusa zaposlenosti i njihovih odgovora na skupinu pitanja „Opći dio-štetnost“

	STATUS ZAPOSLENOSTI		p
	opći dio-štetnost	zaposleni	nezaposleni
u mirovini			0,007
studenti			0,096
nezaposleni		zaposleni	0,009
		u mirovini	0,435
		studenti	<0,001
u mirovini		zaposleni	0,007
		nezaposleni	0,435
		studenti	<0,001
studenti		zaposleni	0,096
		nezaposleni	<0,001
		u mirovini	<0,001

p – vrijednost

Iz tablice 8. može se zaključiti kako statistički značajna razlika postoji između ispitanika različitih statusa zaposlenosti i njihovih odgovora na skupine pitanja „Dobrobit lijekova“ (p = 0,022) i „Osjetljivost na lijekove“ (p = 0,008).

Tablica 8. Povezanost skupina pitanja „Dobrobit lijekova“ i „Osjetljivost na lijekove“ sa socio-demografskim karakteristikama ispitanika

	N	Dobrobit lijekova			Osjetljivost na lijekove		
		x	sd	p	X	sd	p
<b>SPOL</b>							
M	46	7,91	2,47	0,671	20,61	5,11	0,876
Ž	144	8,06	2,66		19,11	4,73	
<b>BRAČNO STANJE</b>							
neoženjeni/neudane	78	7,91	2,59	0,715	19,87	4,93	0,486
oženjeni/udane	77	8,00	2,68		19,43	4,73	
ostali	35	8,34	2,55		18,69	4,99	
<b>STATUS ZAPOSLENOSTI</b>							
zaposleni	83	7,94	2,62	0,022	19,57	4,26	0,008
nezaposleni	29	9,21	2,92		17,24	6,38	
u mirovini	37	8,14	2,37		19,11	5,05	

studenti	41	7,27	2,35		21,20	3,98	
<b>STRUČNA SPREMA</b>							
osnovna i srednja škola	123	8,21	2,71	0,293	19,40	4,97	0,222
viša škola i fakultet	67	7,69	2,39		19,61	4,67	

$x$  – srednja vrijednost;  $sd$  – standardna devijacija;  $p$  – vrijednost

Iz Tablice 9. možemo zaključiti kako nezaposleni ispitanici najmanje vjeruju u dobrobit lijekova, dok studenti najviše smatraju kako lijekovi pomažu ljudima, kako imaju veću korist od rizika i da će u budućnosti lijekovi biti takvi da će liječiti većinu bolesti.

Tablica 9. Post-hoc analiza za ispitanike različitih statusa zaposlenosti i njihovih odgovora na skupine pitanja „Dobrobit lijekova“ i „Osjetljivost na lijekove“

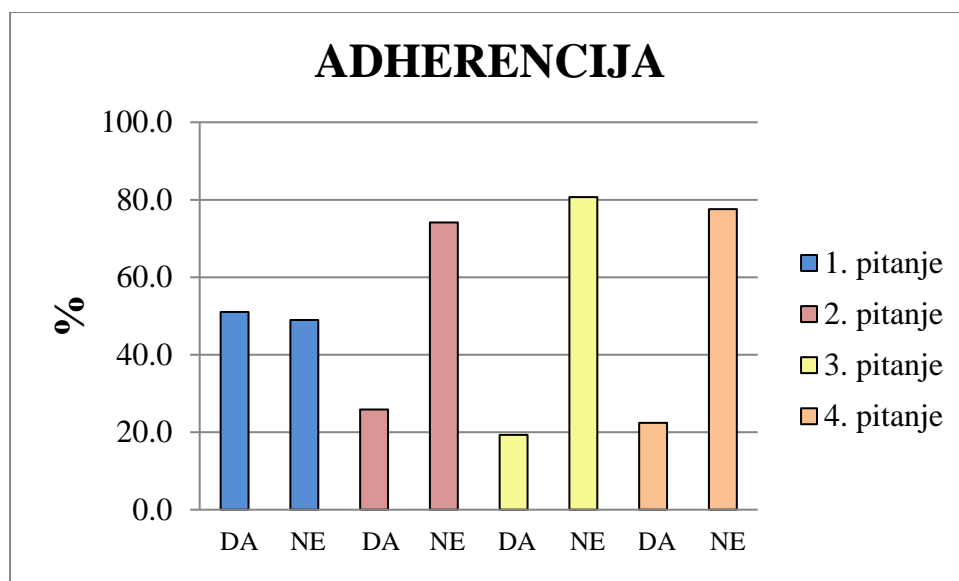
		STATUS ZAPOSLENOSTI		P
Dobrobit lijekova	zaposleni	nezaposleni		0,023
		u mirovini		0,700
		studenti		0,172
	nezaposleni	zaposleni		0,023
		u mirovini		0,094
		studenti		0,002
	u mirovini	zaposleni		0,700
		nezaposleni		0,094
		studenti		0,138
	studenti	zaposleni		0,172
		nezaposleni		0,002
		u mirovini		0,138
Osjetljivost na lijekove	zaposleni	nezaposleni		0,024
		u mirovini		0,625
		studenti		0,073
	nezaposleni	zaposleni		0,024
		u mirovini		0,114
		studenti		0,001
	u mirovini	zaposleni		0,625
		nezaposleni		0,114
		studenti		0,054
	studenti	zaposleni		0,073
		nezaposleni		0,001
		u mirovini		0,054

$p$  – vrijednost

#### 4.4. Adherencija i njena povezanost s BMQ upitnikom

Srednja vrijednost bodova ostvarenih za skupinu pitanja „adherencija“ koja se mjerila Moriskyjevom skalom iznosila je  $2,81 \pm 1,03$ . Minimalan broj ostvarenih bodova bio je 0, a maksimalan 4.

Iz dijagrama (Slika 12.) se vidi kako većina nema problema s pamćenjem imena, doze i vremena uzimanja svoje terapije (74,1 %), ne prestaje uzimati terapiju ako se osjeća bolje (80,7 %) te ne prestaje uzimati ako se osjeća lošije (77,6 %). Također se vidi kako 51 % ispitanika zaboravi nekada uzeti svoju terapiju, a 49 % ih ne zaboravi.



Slika 12. Dijagram učestalosti odgovora na pojedino pitanje mjereno Moriskyjevom skalom

Iz tablice 10. može se vidjeti kako postoji statistički značajna razlika kod pacijenata koji su na terapiji inhalacijskim kortikosteroidima s obzirom na njihovo bračno stanje ( $p < 0,001$ ) i status zaposlenosti ( $p < 0,001$ ) i adherencije.

Tablica 10. Povezanost MMAS sa socio-demografskim karakteristikama za pojedinu skupinu ispitanika ovisno o terapiji

		ADHERENCIJA			
		N	x	Sd	p
ANTIDEPRESIVI	SPOL				
	M	16	2,31	1,25	0,222
	Ž	77	2,64	1,06	
	BRAČNO STANJE				
	neoženjeni/neudane	42	2,74	1,06	0,451
	oženjeni/udane	27	2,48	1,22	
	ostali	24	2,42	1,02	
	STATUS ZAPOSLENOSTI				
	zaposleni	37	2,30	1,02	0,114
	nezaposleni	19	2,53	1,31	
	u mirovini	14	2,71	1,07	
	studenti	23	3,00	0,95	
STRUČNA SPREMA					
osnovna i srednja škola	57	2,72	1,03	0,124	
viša škola i fakultet	36	2,36	1,17		
IKS	SPOL				
	M	30	2,27	1,05	0,939
	Ž	67	2,63	1,04	
	BRAČNO STANJE				
	neoženjeni/neudane	36	1,94	0,98	<0,001
	oženjeni/udane	50	2,92	0,92	
	ostali	11	2,55	1,04	
	STATUS ZAPOSLENOSTI				
	zaposleni	46	2,78	0,96	<0,001
	nezaposleni	10	2,10	0,57	
	u mirovini	23	2,96	0,93	
	studenti	18	1,50	0,92	
STRUČNA SPREMA					
osnovna i srednja škola	66	2,35	1,07	0,134	
viša škola i fakultet	31	2,87	0,92		



STATINI	SPOL				
	M	49	3,27	0,78	0,132
	Ž	51	3,37	0,66	
	BRAČNO STANJE				
	neoženjeni/neudane	6	3,67	0,52	0,171
	oženjeni/udane	66	3,23	0,76	
	ostali	28	3,46	0,64	
	STATUS ZAPOSLENOSTI				
	zaposleni	19	3,05	0,71	0,191
	nezaposleni	4	3,25	0,96	
	u mirovini	77	3,39	0,71	
	studenti	0	0,00	0,00	
	STRUČNA SPREMA				
	osnovna i srednja škola	82	3,29	0,75	0,253
	viša škola i fakultet	18	3,44	0,62	

$\bar{x}$  – srednja vrijednost; sd – standardna devijacija; p – vrijednost

Iz tablice 11. se može zaključiti kako su oženjeni/udani pacijenti adherentniji od neoženjenih/neudanih. Naime, neoženjeni/neudani pacijenti su iskazali da češće zaboravljaju uzeti terapiju, imaju problema s pamćenjem imena, doze i vremena uzimanja te češće prestaju uzimati terapiju ukoliko se osjećaju bolje, odnosno lošije. Također se može vidjeti kako su umirovljenici koji uzimaju inhalacijske kortikosteroide adherentniji od studenata i onih nezaposlenih.

Tablica 11. Post-hoc analiza za ispitanike koji su uzimali inhalacijske kortikosteroide različitih statusa zaposlenosti i bračnog stanja te njihove adherencije

	ADHERENCIJA		P
	INHALACIJSKI KORTIKOSTEROIDI	zaposleni	nezaposleni
u mirovini			0,460
studenti			<0,001
nezaposleni		zaposleni	0,035
		u mirovini	0,015
		studenti	0,100
u mirovini		zaposleni	0,460
		nezaposleni	0,015
		studenti	<0,001
studenti		zaposleni	<0,001
		nezaposleni	0,100
		u mirovini	<0,001
neoženjeni/neudane		oženjeni/udane	<0,001
		ostali	0,072
oženjeni/udane		neoženjeni/neudane	<0,001
		ostali	0,243
ostali	neoženjeni	0,072	
	oženjeni/udane	0,243	

p – vrijednost

Iz tablice 12. se može vidjeti kako postoji statistički značajna razlika u adherenciji pacijenata na terapiji antidepresivima, inhalacijskim kortikosteroidima i statinima ( $p < 0,001$ ).

Tablica 12. Povezanost adherencije pacijenata obzirom na lijekove koje uzimaju

	ADHERENCIJA			
	N	x	sd	p
antidepresivi	93	2,58	1,10	<0,001
IKS	97	2,52	1,05	
statini	100	3,32	0,72	

x – srednja vrijednost; sd – standardna devijacija; p – vrijednost

Post-hoc analizom (Tablica 13.) je utvrđeno kako su pacijenti na terapiji statinima adherentniji od pacijenata na terapiji antidepresivima i inhalacijskim kortikosteroidima. Najlošija adherencija se pokazala kod pacijenata na inhalacijskim kortikosteroidima.

Tablica 13. Post-hoc analiza za ispitanike koji su uzimali inhalacijske kortikosteroide, antidepresive i statine te njihove adherencije

ADHERENCIJA		p
antidepresivi	IKS	0,643
	statini	<0,001
IKS	antidepresivi	0,643
	statini	<0,001
statini	antidepresivi	<0,001
	IKS	<0,001

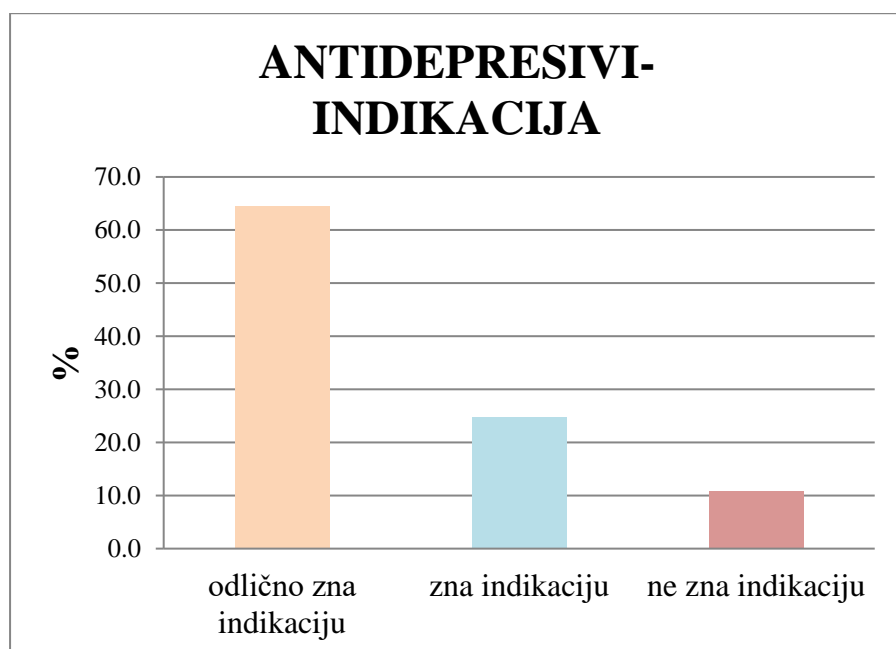
p – vrijednost

Loša adherencija primijećena je i u drugim istraživanjima. Primjerice presječno istraživanje Chambersa i suradnika koje je provedeno u Philadelphiji pokazalo je kako je samo 38 % pacijenata prijavilo kako uzimaju inhalacijske kortikosteroide najmanje dva puta dnevno svaki dan. Najčešće navođeni razlozi neuporabe inhalacijskih kortikosteroida bili su povezani s uvjerenjem da su ti lijekovi nepotrebni tijekom asimptomatskih razdoblja i opće zabrinutosti zbog nuspojava. (Chambers i sur., 1999)

Slični rezultati za adherenciju pacijenata na antidepresivima su dobiveni u istraživanju Myersa i Branthwaitea. 20% ukupnog uzorka ispitanika nije uzimalo terapiju onako kako im je bila propisana, 18% nije uspjelo uzeti terapiju za sva tri tjedna u razdoblju od tri tjedna, a 6% bolesnika pokazivalo je varijacije u broju tableta uzetih po dozi. (Myers i Branthwaite, 1992)

#### 4.5. Pacijentovo razumijevanje indikacije, učinkovitosti i sigurnosti terapije

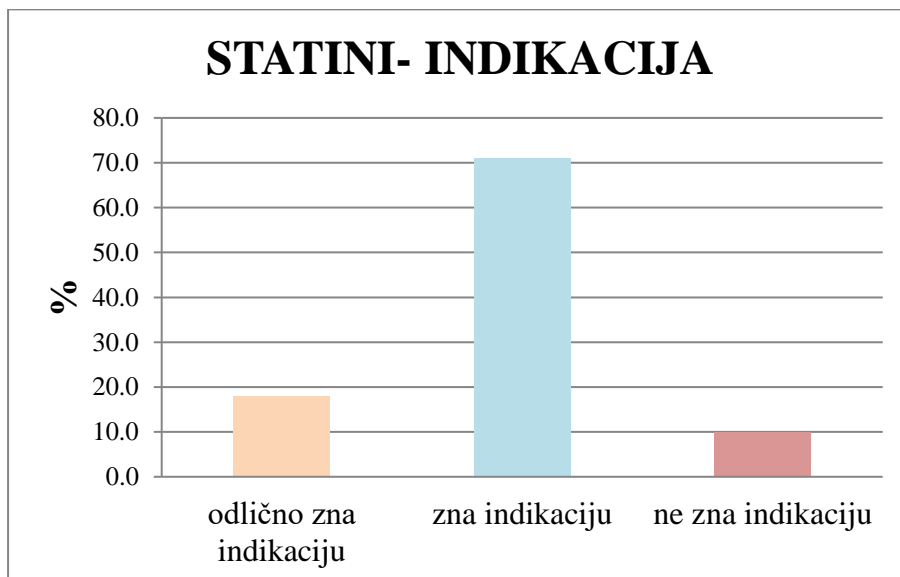
Prema histogramima (Slika 13., Slika 14. i Slika 15.) se može zaključiti kako 60 % pacijenata na antidepresivima odlično zna svoju indikaciju, dok za pacijente na statinima (6,2 %) i inhalacijskim kortikosteroidima (18%) to nije slučaj. Većinom pacijenti mogu pretpostaviti svoju indikaciju, dok 10,8 % pacijenata na antidepresivima, 4,1 % pacijenata na inhalacijskim kortikosteroidima i 10 % pacijenata na statinima uopće ne zna zašto koriste te lijekove.



Slika 13. Histogram procjene indikacije pacijenata na antidepresivima

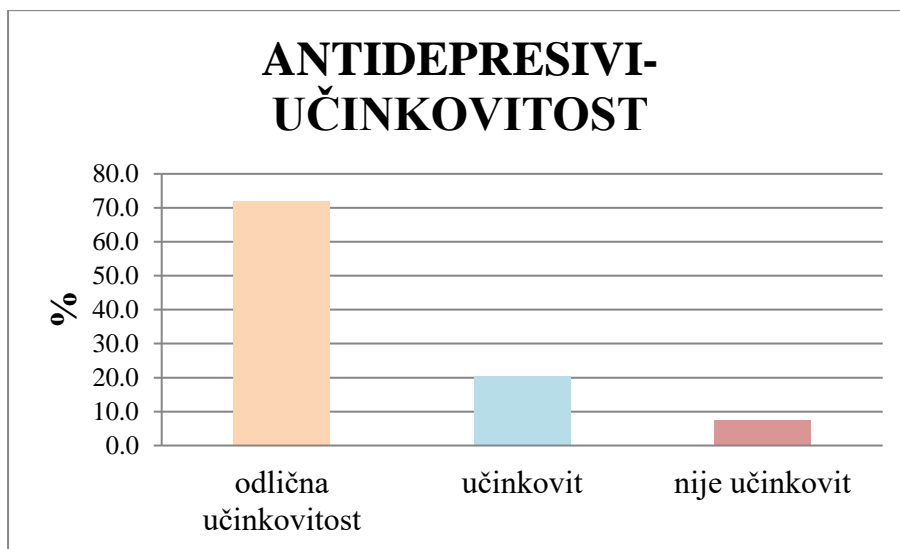


Slika 14. Histogram procjene indikacije pacijenata na inhalacijskim kortikosteroidima



Slika 15. Histogram procjene indikacije pacijenata na statinima

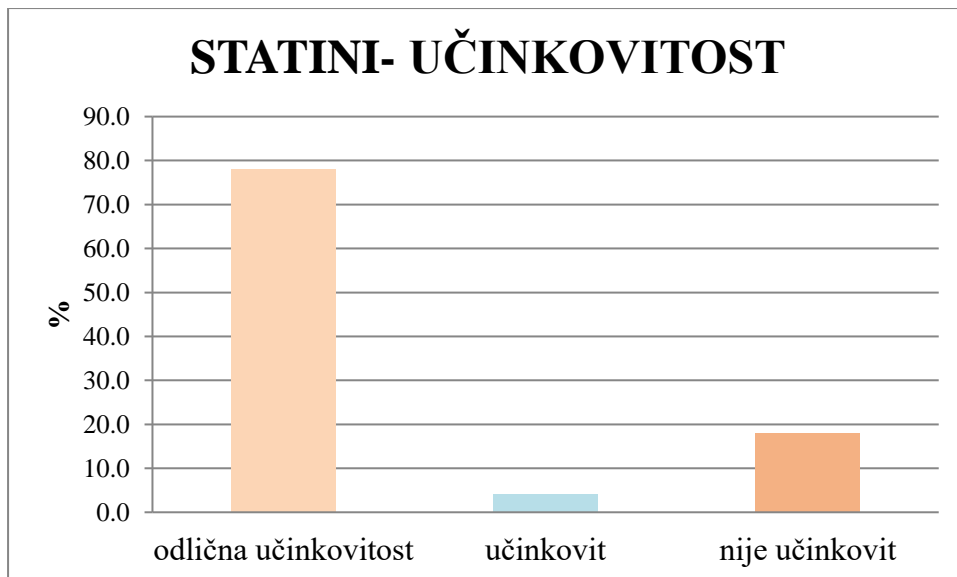
Iz histograma (Slika 16., Slika 17. i Slika 18.) se može zaključiti kako pacijenti na antidepressivima (67%), inhalacijskim kortikosteroidima (87%) i statinima (78%) većinom smatraju kako njihova terapija pokazuje odličnu učinkovitost.



Slika 16. Histogram procjene učinkovitosti terapije pacijenata na antidepresivima



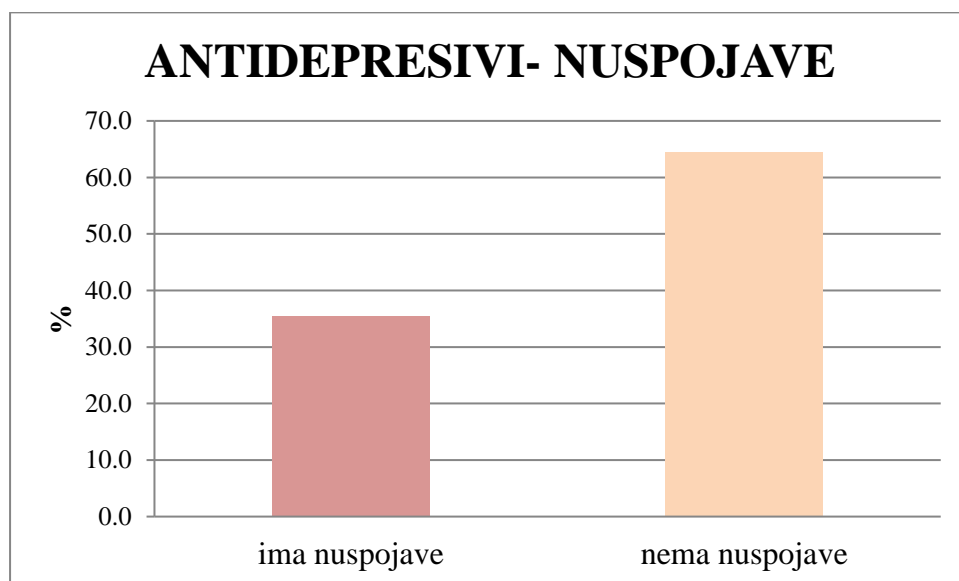
Slika 17. Histogram procjene učinkovitosti terapije pacijenata na inhalacijskim kortikosteroidima



Slika 18. Histogram procjene učinkovitosti terapije pacijenata na statinima

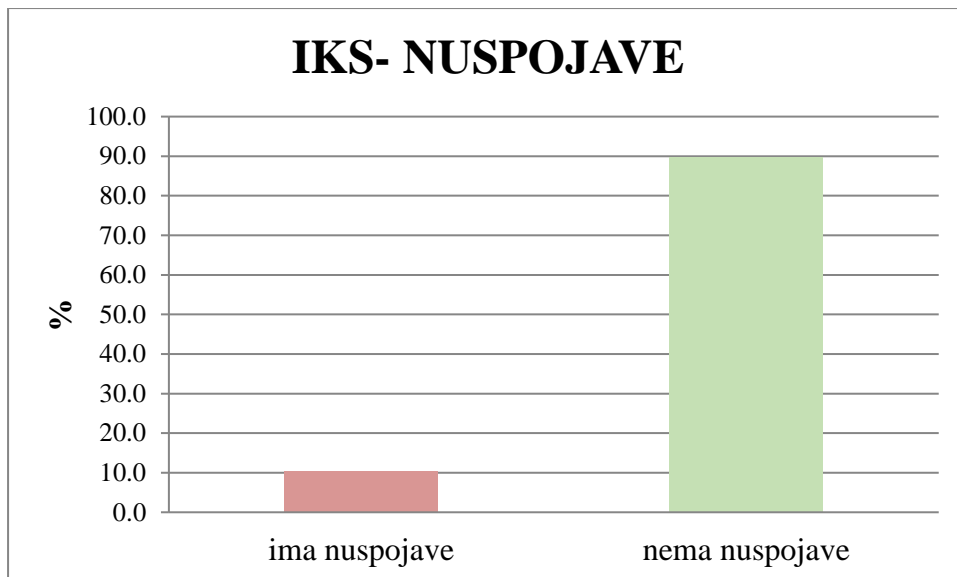
Veliki udio ispitanika našeg istraživanja koji svoju terapiju antidepresivima smatraju učinkovitom nije u skladu s dostupnom meta analizom Woutersa i suradnika koja je uključila 225 pacijenata u Nizozemskoj i pokazala kako je više od 10% pacijenata sumnjalo u učinkovitost, a trećina nije bila uvjerena u učinkovitost, nije vjerovala da je upotreba antidepresiva neophodna ili je smatrala da je učinkovitost ograničena. Četiri od deset pacijenata nije vjerovalo kako preporučeno trajanje terapije antidepresivima može spriječiti relaps simptoma i trećina nije očekivala nikakvu pomoć od antidepresiva. Jedan od deset pacijenata nije znao zašto mora koristiti antidepresive. Trećina nije primila informacije o učinkovitosti i / ili nije znala kako antidepresivi djeluju. Četvrtina pacijenata se nije osjećala mentalno bolje, polovica se nije osjećala fizički bolje, gotovo dvije trećine nisu osjetili povrat energije, a više od polovice nije bolje spavalo. Dvije trećine pacijenata nije smatralo kako antidepresivi mogu riješiti njihove probleme, a jedna trećina je smatrala kako je trebalo mnogo vremena prije nego što antidepresivi počnu djelovati. (Wouters i sur., 2014)

Iz Slika 19., 20. i 21. može se zaključiti kako su pacijenti na antidepresivima najčešće smatrali da im je navedena terapija uzrokovala nuspojave (35,5 %). 2,5 % pacijenata je povezano smanjeni libido s terapijom antidepresivom, dok ih je 9,7 % smatralo da su antidepresivi doveli do povećanja tjelesne mase.

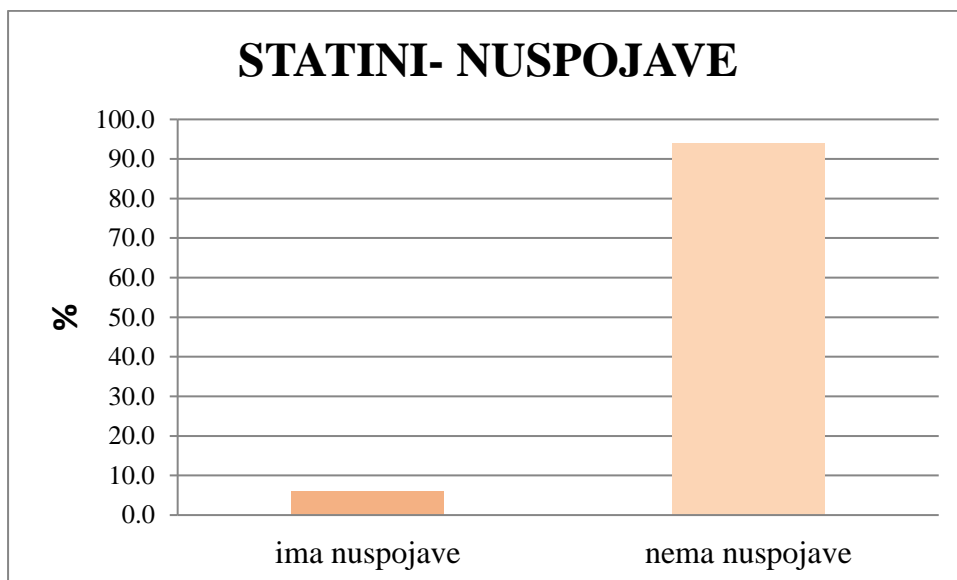


Slika 19. Histogram učestalosti nuspojava kod pacijenata na antidepresivima





Slika 20. Histogram učestalosti nuspojave kod pacijenata na inhalacijskim kortikosteroidima



Slika 21. Histogram učestalosti nuspojave kod pacijenata na statinima

U istraživanju Nierenberga i suradnika pokazalo se da su pacijenti na venlafaksinu koji su prijavili nuspojavu seksualnu disfunkciju, njih 12 % imalo abnormalnu ejakulaciju, 6 % impotenciju, a 2 % anorgazmiju. (Nierenberg i sur., 2008)

Povećanje tjelesne mase tijekom liječenja antidepresivima može biti znak poboljšanja kod pacijenata koji imaju gubitak težine kao simptom depresije ili rezidualni simptom kod pacijenata koji se prejedaju kada su depresivni. Međutim, značajan porast tjelesne mase tijekom akutne faze liječenja ili povećanje mase koje se nastavlja unatoč postizanju potpune remisije simptoma depresije najvjerojatnije je nuspojava liječenja antidepresivima. Povećanje tjelesne mase je relativno čest problem tijekom akutnog i dugotrajnog liječenja antidepresivima i važan je čimbenik koji pridonosi neadherenciji. Triciklički antidepresivi (TCA) i inhibitori monoamin oksidaze (MAOI) vjerojatnije će uzrokovati povećanje tjelesne težine od selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) ili novijih antidepresiva, s izuzetkom mirtazapina, koji se može postaviti između SSRI i TCA u smislu relativnog rizika za dobivanje na težini. (Fava, 2000)

## 5. ZAKLJUČCI

Cilj ovog diplomskog rada bio je istražiti stavove i uvjerenja pacijenata o njihovoj terapiji antidepresivima, statinima, inhalacijskim kortikosteroidima u terapiji astme i terapiji lijekovima općenito te ispitati povezanost stavova s općim karakteristikama pacijenata i adherencijom.

- Pacijenti na antidepresivima i inhalacijskim kortikosteroidima su smatrali svoju terapiju nešto nužnijom od pacijenata koji su uzimali statine. Nadalje, većina pacijenata na antidepresivima, inhalacijskim kortikosteroidima i statinima nije bila zabrinuta zbog svoje terapije, no može se zaključiti da su pacijenti na antidepresivima ipak bili nešto zabrinutiji zbog svoje terapije od pacijenata na inhalacijskim kortikosteroidima i statinima. Većina ispitanika nije smatrala svoje lijekove štetnima, ali su smatrali da ih prekomjerno koriste. Također su ispitanici većinom vjerovali u dobrobit lijekova i nisu smatrali da su pretjerano osjetljivi na lijekove.
- Zabrinutost za svoju terapiju u najvećoj mjeri su izrazili nezaposleni ispitanici na antidepresivnoj terapiji, te zaposleni ispitanici koji su koristili inhalacijske kortikosteroide.
- Umirovljenici koji uzimaju inhalacijske kortikosteroide smatrali su svoju terapiju nužnijom studenata.
- Uvjerenja o štetnosti lijekova razlikovala su se među skupinama ispitanika ovisno o njihovom stupnju obrazovanja, bračnom statusu i statusu zaposlenja. Jača uvjerenja o štetnosti lijekova imali su ispitanici s nižim stupnjem obrazovanja, oženjeni te nezaposleni.
- Nezaposleni ispitanici najmanje vjeruju u dobrobit lijekova, dok studenti najviše smatraju kako lijekovi pomažu ljudima, kako imaju veću korist od rizika i da će u budućnosti lijekovi biti takvi da će liječiti većinu bolesti.
- Većina pacijenata je bila adherentna prilikom uzimanja svoje terapije
- Pacijenti na terapiji statinima su bili adherentniji od pacijenata na terapiji antidepresivima i inhalacijskim kortikosteroidima.
- Oženjeni/udani pacijenti na inhalacijskim kortikosteroidima su pokazali veću adherenciju od neoženjenih/neudanih, a umirovljenici veću od studenata i onih nezaposlenih.
- Kvalitativni dio upitnika pokazao je da pacijenti koji uzimaju inhalacijske kortikosteroide i statine većinom ne percipiraju postojanje terapijskih problema: terapiju smatraju učinkovitom, ne vide problem sigurnosti terapije, ali ne razumiju u potpunosti indikaciju

za koju im je lijek propisan. Pacijenti koji uzimaju antidepresive, iako su u najvećem broju slučajeva smatrali da imaju problem sigurnosti lijeka (35,5 %), većinom su razumjeli indikaciju i smatrali terapiju učinkovitom.

## 6. LITERATURA

Boulet LP. Perception of the role and potential side effects of inhaled corticosteroids among asthmatic patients. *Chest*, 1998, 113, 587–592.

Chambers C V., Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Respir Med*, 1999, 93, 88–94.

Cipolle RJ, Strand LM, Morey PC. *Pharmaceutical Care Practice: The Patient-centered Approach to Medication Management Services*, 3rd edition, The McGraw-Hill Companies, Inc., 2012, 146–148.

Claxton A et al. Patient compliance to a new enteric-coated weekly formulation of fluoxetine during continuation treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 2000, 61:928–932.

Ekselius L, Bengtsson F, von Knorring L. Non-compliance with pharmacotherapy of depression is associated with a sensation seeking personality. *Int Clin Psychopharmacol*, 2000, 15:273–278.

FitzGerald RJ. Medication errors: the importance of an accurate drug history. *Br J Clin Pharmacol*, 2009, 67, 671–675.

Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Is antidepressant-benzodiazepine combination therapy clinically more useful? A meta-analytic study. *J Affect Disord*, 2001, 65, 173–177.

Gatt I, West LM, Calleja N, Briffa C, Cordina M. Psychometric properties of the belief about medicines questionnaire (BMQ) in the Maltese language. *Pharm Pract (Granada)*, 2017, 15, 1–9.

Glavaš R. Stavovi i uvjerenja pacijenata na terapiji statinima. Zagreb, Farmaceutsko- biokemijski fakultet, 2018, str. 14.

Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Heal*, 1999, 14, 1–24.

Ivančić L. Stavovi i uvjerenja pacijenata na terapiji inhalacijskim kortikosteroidima. Zagreb, Farmaceutsko- biokemijski fakultet, 2019, str. 13.

Katzung BG, Master SB, Trevor AJ. Basic & Clinical Pharmacology, 11th edition, The McGraw-Hill Companies, Inc., 2011, str. 339.

Keeley R, Smith M, Miller J. Somatoform symptoms and treatment nonadherence in depressed family medicine outpatients. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:46–54.

Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, Brand PL. High inhaled corticosteroids adherence in childhood asthma: The role of medication beliefs. *Eur Respir J*, 2012, 40, 1149–1155.

Komninis ID, Micheli K, Roumeliotaki T, Horne R. Adaptation and validation of the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) in primary care patients in Greece. *Eur J Pers Centered Healthc*, 2013, 1, 224.

Leon Faculty included Richard Keefe A, McNulty J, Epstein RS, Reed SD, Sanchez J, Haynes G, Leon AC, Chmura Kraemer H, Frank E, Davis KL. *Innov Clin Neurosci*, 2012, 9, 41–46.

Lin EH et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med. Care*, 1995, 33:67–74.

Maurizio Fava, MD. Weight Gain and Antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000;61:37-41

Moncrieff J, Kirsch I. Efficacy of antidepressants in adults. *Bmj*, 2005, 331, 155–157.

Myers ED, Branthwaite A. Out-patient compliance with antidepressant medication. *Br J Psychiatry*, 1992, 160, 83–86.

Montgomery SA, Kasper S. Comparison of compliance between serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*, 1995, 9 (Suppl 4):33–40

Nierenberg AA, Ostacher MJ, Huffman JC, Ametrano RM, Fava M, Perlis RH. A brief review of antidepressant efficacy, effectiveness, indications, and usage for major depressive disorder. *J Occup Environ Med*, 2008, 50, 428–436.

P.S. M. Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy. *Clin Ther*, 2003, 25, 2289–2304.

Salgado T, Marques A, Geraldés L, Benrimoj S, Horne R, Fernández-Llimos F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. *Sao Paulo Med J*, 2017, 131, 88–94.

Spurrier NJ, Sawyer MG, Staugas R, Martin AJ, Kennedy D, Streiner DL. Association between parental perception of children's vulnerability to illness and management of children's asthma. *Pediatr Pulmonol*, 2000, 29, 88–93.

Svjetska zdravstvena organizacija. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija, MKB-10, 2012, str. 289.

Tai-Seale M, Croghan TW, Obenchain R. Determinants of antidepressant treatment compliance: Implications for policy. *Med Care Res Rev*, 2000, 57, 491–512.

Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). *Inov Pharm*, 2018, 5.

Tolmie EP, Lindsay GM, Kerr SM, Brown MR, Ford I, Gaw A. Patients' perspectives on statin therapy for treatment of hypercholesterolaemia: A qualitative study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2003,

2, 141–149.

Wadgave U, Khairnar MR. Parametric tests for Likert scale: For and against. *Asian J Psychiatr*, 2016, 24, 67–68.

World Health Organization. ADHERENCE TO LONG - TERM THERAPIES evidence for action. *World Heal Organ*, 2003, 211.

Wouters H, Bouvy ML, Van Geffen ECG, Gardarsdottir H, Stiggelbout AM, Van Dijk L. Antidepressants in primary care: Patients' experiences, perceptions, self-efficacy beliefs, and nonadherence. *Patient Prefer Adherence*, 2014, 8, 179–190.

Wouters H, Van Dijk L, Geers HCJ, Winters NA, Van Geffen ECG, Stiggelbout AM, Bouvy ML. Understanding Statin Non-Adherence: Knowing Which Perceptions and Experiences Matter to Different Patients. *PLoS One*, 2016, 11, e0146272.

Zulkepli NN, Shah AM, Majid A. Sci Forschen Journal of Drug Research and Development with Phytochemical Screening, 2016,



## 7. SAŽETAK/SUMMARY

Cilj ovog diplomskog rada bio je istražiti stavove i uvjerenja pacijenata o njihovoj terapiji antidepresivima, statinima, inhalacijskim kortikosteroidima u terapiji astme i terapiji lijekovima općenito. U tu svrhu korišteni su BMQ upitnik, MMAS-4 skala, obrazac za prikupljanje medikacijske povijesti te obrazac za provjeru pacijentovog razumijevanja indikacije, učinkovitosti i sigurnosti terapije. Također su prikupljeni opći i demografski podaci ispitanika. U istraživanje su bili uključeni punoljetni pacijenti koji troše lijekove iz skupine antidepresiva, statina i inhalacijskih kortikosteroida u kroničnoj terapiji (duže od 3 mjeseca). Ovo istraživanje je provedeno kao presječno, opažajno (opservacijsko). Ispitivanje se provodilo u javnim ljekarnama, u Klinici za psihijatriju Vrapče te u Poliklinici za bolesti dišnog sustava na području grada Zagreba. U ispitivanju je sudjelovalo 290 pacijenata; 93 ispitanika je uzimalo antidepresive, 97 ih je koristilo inhalacijske kortikosteroide, a 100 pacijenata lijekove iz skupine statina.

Rezultati su pokazali da ispitanici s višim stupnjem obrazovanja smatraju lijekove manje štetnima od onih s nižim stupnjem obrazovanja. Ispitanici koji žive u bračnoj zajednici su lijekove smatrali štetnijima od ispitanika koji nisu u braku. Nezaposleni pacijenti su najviše smatrali kako su lijekovi štetni, zatim slijede umirovljenici i oni zaposleni, dok studenti većinom nisu vjerovali u štetnost lijekova. Nezaposleni ispitanici najmanje vjeruju u dobrobit lijekova, dok studenti najviše. Za razliku od ostalih, nezaposleni ispitanici značajnije su bili zabrinuti za svoju antidepresivnu terapiju. Oženjeni/udani pacijenti na inhalacijskim kortikosteroidima su pokazali veću adherenciju od neoženjenih/neudanih, a umirovljenici veću od studenata i onih nezaposlenih. Većina ispitanika je pokazala dobru adherenciju, no zaključeno je kako su pacijenti na terapiji statinima adherentniji od pacijenata na terapiji antidepresivima i inhalacijskim kortikosteroidima. Kvalitativni dio upitnika pokazao je da pacijenti koji uzimaju inhalacijske kortikosteroide i statine većinom ne percipiraju postojanje terapijskih problema. Pacijenti koji uzimaju antidepresive usprkos činjenici da su iskusili najveći broj nuspojava (35,5 %) većinom razumiju razlog njihovog uzimanja i smatraju ih učinkovitima.

The aim of this graduate thesis was to explore the attitudes and beliefs of patients on their therapy with antidepressants, statins, inhaled corticosteroids in asthma therapy and drug therapy in general. We used BMQ questionnaire, Morisky Medication-Taking Adherence Scale-MMAS (4-item), Patient Medication History Form and form for checking the indication, efficacy and safety. We also gathered general and demographic patient data. The study included adult patients who used antidepressant drugs, statins and inhaled corticosteroids during chronic therapy (longer than 3 months) and who understood the Croatian language. This research was conducted as a cross-section, observational research. The trial was conducted in community pharmacies, within the Vrapče hospital and at the Polyclinic for respiratory diseases in Zagreb. 290 patients participated in the study; 93 patients were taking antidepressants, 97 were using inhaled corticosteroids and 100 patients were taking statin drugs.

The results have shown that respondents with higher education considered drugs less harmful than those with a lower level of education. Married patients considered the drugs to be more harmful than unmarried ones. Unemployed patients had stronger beliefs that the drugs were harmful, followed by the retired and the employed ones, while the students mostly didn't share the belief on drugs being harmful. Furthermore, unemployed respondents least believe in the benefits of medication, while students the most. Unemployed respondents were mostly worried about their antidepressant therapy. Married patients who took inhaled corticosteroids showed greater adherence than unmarried ones and retirees showed greater adherence than students and those unemployed. Most patients showed good adherence, but it was concluded that patients with statin therapy are more adherent than patients with antidepressant and inhaled corticosteroid therapy. The qualitative part of the questionnaire showed that patients taking inhaled corticosteroids and statins mostly do not perceive the existence of therapeutic problems. Patients taking antidepressants although experienced the highest percentage of side effects (35.5%) mostly know why they are taking their medication and they consider them to be effective.

## 8. PRILOZI

### 8.1. Informirani pristanak za pacijente na terapiji antidepresivima

#### INFORMIRANI PRISTANAK

##### STAVOVI I UVJERENJA PACIJENATA NA TERAPIJI ANTIDEPRESIVIMA

**Glavni istraživači:** Doc. dr.sc. Maja Ortner Hadžiabdić, mag. pharm, Danijela Jonjić, mag.pharm., univ. mag. sanit. publ.

**Ostali istraživači:** Andrea Jarak, studentica Farmaceutsko-biokemijskog fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, sudjeluje u istraživanju u svrhu izrade diplomskog rada na kolegiju Ljekarnička skrb

Prije pristanka na sudjelovanje u ovom istraživanju važno je da pažljivo pročitate informirani pristanak koji sadrži sve informacije bitne za Vašu odluku o sudjelovanju u ovom istraživanju. Nakon što pročitate informirani pristanak sva pitanja možete postaviti istraživačima.

#### 1. SVRHA ISTRAŽIVANJA

Svrha ovog istraživanja je procijeniti znanje i razumijevanje pacijenata o vlastitoj terapiji antidepresivima, dobiti uvid u njihovo ponašanje, te u skladu s time procijeniti njihovu adherenciju.

#### 2. OPIS ISTRAŽIVANJA

##### 2.1. Tip istraživanja

Ovo istraživanje je presječno, opažajno (opservacijsko). Presječno istraživanje podrazumijeva da se prikupljanje podataka radi u jednoj vremenskoj točki – u sadašnjosti, tj. da se ispitanike ne prati nakon prikupljanja podataka. Opažajno istraživanje je ono u kojem istraživač ne odlučuje tko će biti izložen nekome utjecaju, nego prikuplja podatke o postojećem stanju.

##### 2.2. Tijek istraživanja

U svrhu izrade rada predviđen je razgovor s pacijentima s ciljem boljeg razumijevanja ponašanja pacijenata na terapiji antidepresivima, procjene njihovog znanja i razumijevanja terapije antidepresivima, te sukladno tome procijeniti njihovu adherenciju. S jednim upitnikom istražiti ćemo uvjerenja i brige pacijenata o uzimanju antidepresiva za njihovu bolest.

Ukoliko pristanete na sudjelovanje u istraživanju, inicijalno ćemo prikupiti podatke o Vašoj dobi, spolu, bolestima i lijekovima koje uzimate.

### **2.3. Kriteriji uključivanja**

U istraživanje se uključuju punoljetni pacijenti koji troše lijekove iz skupine antidepresiva u kroničnoj terapiji (duže od 3 mjeseca) te koji razumiju hrvatski jezik.

### **2.4. Kriteriji isključivanja**

Iz istraživanja se isključuju pacijenti koji nisu na kroničnoj terapiji antidepresivima, minimalno 3 mjeseca.

## **3. MOGUĆE NEGATIVNE POSLJEDICE ISTRAŽIVANJA**

Ne očekuju se negativne posljedice ovog istraživanja.

## **4. MOGUĆA KORIST ISTRAŽIVANJA**

Bolje razumijevanje pacijenata i njihovog pogleda na vlastitu terapiju (terapiju antidepresivima), te posljedično bolja adherencija istih.

## **5. TAJNOST PODATAKA**

Rezultati ovog istraživanja bit će čuvani u tajnosti. Pristup prikupljenim podacima imat će samo provodioci istraživanja. Pri prikupljanju i čuvanju podataka, te provođenju istraživanja poštovat ćemo etičke smjernice i zakone: Osnove dobre kliničke prakse, Helsinšku deklaraciju, Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/2008, 155/2009, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 154/2011, 12/2012, 35/2012, 70/2012, 144/2012, 82/2013, 159/2013, 22/2014, 154/2014, 70/2016, 131/2017), Zakon o zaštiti prava pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/2008) te Zakonu o provedbi opće uredbe o zaštiti podataka (NN 42/2018).

## **6. NAKNADE**

Za sudjelovanje u istraživanju nećete dobiti nikakvu naknadu.

## **7. PUBLICIRANJE REZULTATA**

Rezultati istraživanja prvenstveno služe izradi diplomskog rada na kolegiju Ljekarnička skrb. Rezultati istraživanja prezentirat će se i na javnim skupovima, kongresima i seminarima, te mogu

biti publicirani u stručnim ili znanstvenim časopisima. U svakom slučaju, Vaš identitet bit će zadržan u tajnosti.

## **8. SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU I IZLAZAK**

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno. U bilo kojem trenutku možete prestati sudjelovati u istraživanju bez ikakvih štetnih posljedica.

## **9. OSOBA ZA KONTAKT**

Kao sudionik istraživanja imate pravo na informacije o istraživanju. Možete pitati u vezi istraživanja bilo kada tijekom sudjelovanja u istraživanju.

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja slobodno nazovite istraživače koji sudjeluju u ovom istraživanju, Andreu Jarak na mobitel 091/ 897 8876, ili se možete obratiti doc. dr. sc. Maji Ortner Hadžiabdić, tel. 01/6394411 i mag. pharm Danijeli Jonjić univ. mag. sanit. publ., tel. 01/6461-802

## **INFORMIRANI PRISTANAK**

Potvrđujem da sam imao/la dovoljno vremena da pročitam i razumijem protokol istraživanja, te da sam dobio/la zadovoljavajuće odgovore na sva postavljena pitanja.

Potvrđujem da sam u potpunosti informiran/a o:

- (1) Svrsi istraživanja;
- (2) Opisu istraživanja;
- (3) Mogućim negativnim posljedicama;
- (4) Mogućim koristima istraživanja;
- (5) Tajnosti podataka;
- (6) Naknadama;
- (7) Publiciranju rezultata;
- (8) Sudjelovanju u istraživanju i izlasku;
- (9) Osobama za kontakt.

Pristankom na sudjelovanje u istraživanju također potvrđujem da razumijem da time nisam zaknut/a za svoja prava u sustavu osnovnoga zdravstvenog osiguranja.

Vlastoručnim potpisom potvrđujem dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju.

---

(ime i prezime bolesnika)

---

(datum)

---

(potpis bolesnika)

---

(ime i prezime osobe koja vodi razgovor u vezi Inform. pristanka)

---

(datum)

---

(potpis osobe koja vodi razgovor u vezi Inform. pristanka)

## 8.2. BMQ-hrvatska verzija

PACIJENT BR. \_\_\_\_\_

### UPITNIK O STAVOVIMA I UVJERENJIMA O LIJEKOVIMA

#### A. VAŠI STAVOVI O PROPISANOM LIJEKU - \_\_\_\_\_

Htjeli bi Vas pitati o Vašim osobnim stavovima vezanim za propisani lijek \_\_\_\_\_

U nastavku su izjave drugih ljudi o lijekovima koje uzimaju.

Molimo da **označite križićem** u odgovarajućoj kućici izjavu s kojom se najviše slažete.

---

**Nema točnih i netočnih odgovora. Zanimaju nas Vaši osobni stavovi o liječenju lijekovima.**

---

N1. MOJE ZDRAVLJE SADA OVISI O OVOM LIJEKU.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

C2. BRINE ME TO ŠTO MORAM UZIMATI OVAJ LIJEK.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

N2. ŽIVOT BI MI BIO NEMOGUĆ BEZ OVOG LIJEKA.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

C2. PONEKAD ME BRINU MOGUĆI DUGOROČNI UČINCI OVOG LIJEKA.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

N3. BEZ OVOG LIJEKA, BIO/-LA BIH JAKO BOLESTAN/A.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

C3. OVAJ LIJEK JE ZA MENE NEPOZNANICA.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

N4. ZDRAVLJE MI U BUDUĆNOSTI OVISI O OVOM LIJEKU.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

C4. OVAJ LIJEK MI REMETI SVAKODNEVNI ŽIVOT.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

C5. PONEKAD SE BRINEM DA ĆU POSTATI PREVIŠE OVISAN/A O OVOM LIJEKU.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

N5. BEZ OVOG LIJEKA MOJE STANJE BI BILO LOŠIJE.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

C6. OD OVOG LIJEKA IMAM NUSPOJAVE.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

## **B. VAŠI STAVOVI O LIJEKOVIMA OPĆENITO**

U nastavku su izjave drugih ljudi o lijekovima koje uzimaju.

Molimo da **označite križićem** u odgovarajućoj kućici izjavu s kojom se najviše slažete.

---

**Nema točnih i netočnih odgovora. Zanimaju nas Vaši osobni stavovi o liječenju lijekovima.**

---

BG1. LIJEČNICI PREVIŠE PROPISUJU LIJEKOVE.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG2. LJUDI KOJI UZIMAJU LIJEKOVE TREBALI BI NA NEKO VRIJEME PREKINUTI S NJIHOVIM KORIŠTENJEM.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG9. LIJEKOVI POMAŽU MNOGIM LJUDIMA DA ŽIVE BOLJE.



*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG3. VEĆINA LIJEKOVA IZAZIVA OVISNOST.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG4. PRIRODNI PRIPRAVCI SU SIGURNIJI OD LIJEKOVA.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG11. U VEĆINI SLUČAJEVA KORIST OD LIJEKOVA JE VEĆA OD RIZIKA.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG10. U BUDUĆNOSTI LIJEKOVI ĆE BITI TAKVI DA ĆE LIJEČITI VEĆINU BOLESTI.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG6. VEĆINA LIJEKOVA SU OTROVI.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG5. LIJEKOVI ČINE VIŠE ZLA NEGO DOBRA.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG12. LIJEKOVI POMAŽU MNOGIM LJUDIMA DA DULJE ŽIVE.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG7. LIJEČNICI SE PREVIŠE OSLANJANJU NA LIJEKOVE.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*  
           

BG8. KADA BI LIJEČNICI IMALI VIŠE VREMENA ZA PACIJENTE, PROPISIVALI BI MANJE LIJEKOVA.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*

PSM1. MOJE TIJELO JE VRLO OSJETLJIVO NA LIJEKOVE.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*

PSM2. MOJE TIJELO PRETJERANO REAGIRA NA LIJEKOVE.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*

PSM3. OBIČNO IMAM SNAŽNIJE REAKCIJE NA LIJEKOVE OD DRUGIH LJUDI.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*

PSM4. IMAO/LA SAM TEŠKU REAKCIJU NA LIJEKOVE U PROŠLOSTI.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*

PSM5. ČAK I NAJMANJE KOLIČINE LIJEKOVA MOGU UZNEMIRITI MOJE TIJELO.

*U potpunosti se slažem*   *Slažem se*   *Nisam siguran-a*   *Ne slažem se*   *Uopće se ne slažem*

### **8.3. Moriskyjeva ljestvica sa četiri pitanja za mjerenje adherencije**

#### **C. Ovaj dio upitnika odnosi se na Vaše svakodnevno uzimanje lijekova.**

1. Zaboravite li nekada uzeti svoju terapiju?

DA  NE

2. Jeste li ikada imali problema s pamćenjem imena, doze i vremena uzimanja svoje terapije?

DA  NE

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

DA  NE

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

DA  NE

## 8.4. Obrazac za prikupljanje demografskih podataka

### OPĆI PODACI

PACIJENT BR. \_\_\_\_\_

1. SPOL:  M  Ž

2. DOB: \_\_\_\_\_

3. BRAČNO STANJE:

- NEOŽENJEN/NEUDANA
- OŽENJEN/UDANA
- VANBRAČNA ZAJEDNICA
- RASTAVLJEN/A
- UDOVAC/UDOVICA

4. STATUS ZAPOSLENOSTI:

- DA  NE  U MIROVINI  STUDENT

5. STRUČNA SPREMA:

- BEZ ŠKOLE
- OSNOVNA ŠKOLA
- SREDNJA ŠKOLA
- VIŠA ŠKOLA
- FAKULTET I VIŠE

6. TOČAN NAZIV ZANIMANJA \_\_\_\_\_

7. MJESTO STANOVANJA \_\_\_\_\_

## 8.5. Obrazac za prikupljanje medikacijske povijesti

### MEDIKACIJSKA POVIJEST

PACIJENT BR. \_\_\_\_\_

#### 1. PROPISANI LIJEKOVI U TERAPIJI

<b>LIJEK</b>	<b>DOZIRANJE</b>	<b>DATUM POČETKA UZIMANJA</b>	<b>INDIKACIJA</b>	<b>NUSPOJAVE/PROBLEMI PRI UZIMANJU LIJEKA</b>

#### 2. BEZRECEPTNI LIJEKOVI

<b>LIJEK</b>	<b>DOZIRANJE</b>	<b>INDIKACIJA</b>	<b>NUSPOJAVE/PROBLEMI PRI UZIMANJU LIJEKA</b>

--	--	--	--

### 3. DODACI PREHRANI

<b>PRIPRAVAK</b>	<b>DOZIRANJE</b>	<b>INDIKACIJA</b>	<b>NUSPOJAVE/PROBLEMI PRI UZIMANJU LIJEKA</b>

### 3. ŽIVOTNE NAVIKE:

- ❖ Količina alkohola dnevno \_\_\_\_\_
- ❖ Broj cigareta dnevno \_\_\_\_\_
- ❖ Povremeno uživanje droga \_\_\_\_\_

### 4. DODATNI KOMENTARI

---



---



---

### 5. POPIS SVIH DIJAGNOZA

---



---

## 8.6. Obrazac za provjeru indikacije, učinkovitosti i sigurnosti

### PROVJERA INDIKACIJE, UČINKOVITOSTI, SIGURNOSTI

1. Zašto uzimate ovaj lijek? Postoji li možda još neki razlog da znate zašto Vam je liječnik to propisao?

2. Smatrate li da Vam pomaže i kako?

3. Imate li bilo kakve nuspojave ili bilo kakve probleme zbog ovoga lijeka?

4. MKB ŠIFRA NAVEDENA NA RECEPTU \_\_\_\_\_  
OSTALE DIJAGNOZE \_\_\_\_\_

# Temeljna dokumentacijska kartica

Sveučilište u Zagrebu  
Farmaceutsko-biokemijski fakultet  
Centar za primijenjenu farmaciju  
A. Kovačića 1, 10000 Zagreb, Hrvatska

Diplomski rad

## STAVOVI I UVJERENJA PACIJENATA NA TERAPIJI ANTIDEPRESIVIMA, INHALACIJSKIM KORTIKOSTEROIDIMA I STATINIMA

**Andrea Jarak**

### SAŽETAK

Cilj ovog diplomskog rada bio je istražiti stavove i uvjerenja pacijenata o njihovoj terapiji antidepresivima, statinima, inhalacijskim kortikosteroidima u terapiji astme i terapiji lijekovima općenito. U tu svrhu korišteni su BMQ upitnik, MMAS-4 skala, obrazac za prikupljanje medikacijske povijesti te obrazac za provjeru pacijentovog razumijevanja indikacije, učinkovitosti i sigurnosti terapije. Također su prikupljeni opći i demografski podaci ispitanika. U istraživanje su bili uključeni punoljetni pacijenti koji troše lijekove iz skupine antidepresiva, statina i inhalacijskih kortikosteroida u kroničnoj terapiji (duže od 3 mjeseca). Ovo istraživanje je provedeno kao presječno, opažajno (opservacijsko). Ispitivanje se provodilo u javnim ljekarnama, u Klinici za psihijatriju Vrapče te u Poliklinici za bolesti dišnog sustava na području grada Zagreba. U ispitivanju je sudjelovalo 290 pacijenata; 93 ispitanika je uzimalo antidepresive, 97 ih je koristilo inhalacijske kortikosteroide, a 100 pacijenata lijekove iz skupine statina.

Rezultati su pokazali da ispitanici s višim stupnjem obrazovanja smatraju lijekove manje štetnima od onih s nižim stupnjem obrazovanja. Ispitanici koji žive u bračnoj zajednici su lijekove smatrali štetnijima od ispitanika koji nisu u braku. Nezaposleni pacijenti su najviše smatrali kako su lijekovi štetni, zatim slijede umirovljenici i oni zaposleni, dok studenti većinom nisu vjerovali u štetnost lijekova. Nezaposleni ispitanici najmanje vjeruju u dobrobit lijekova, dok studenti najviše. Za razliku od ostalih, nezaposleni ispitanici značajnije su bili zabrinuti za svoju antidepresivnu terapiju. Oženjeni/udani pacijenti na inhalacijskim kortikosteroidima su pokazali veću adherenciju od neoženjenih/neudanih, a umirovljenici veću od studenata i onih nezaposlenih. Većina ispitanika je pokazala dobru adherenciju, no zaključeno je kako su pacijenti na terapiji statinima adherentniji od pacijenata na terapiji antidepresivima i inhalacijskim kortikosteroidima. Kvalitativni dio upitnika pokazao je da pacijenti koji uzimaju inhalacijske kortikosteroide i statine većinom ne percipiraju postojanje terapijskih problema. Pacijenti koji uzimaju antidepresive usprkos činjenici da su iskusili najveći broj nuspojava (35,5 %) većinom razumiju razlog njihovog uzimanja i smatraju ih učinkovitim.

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

Rad sadrži: 66 stranica, 21 grafički prikaz, 13 tablica i 33 literaturna navoda. Izvornik je na hrvatskom jeziku.

Ključne riječi: antidepresivi, inhalacijski kortikosteroidi, statini, adherencija, BMQ, uvjerenja

Mentor: **Dr. sc. Maja Ortner Hadžiabdić**, *docentica Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Ocjenjivači: **Dr. sc. Maja Ortner Hadžiabdić**, *docentica Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

**Dr. sc. Lidija Bach-Rojecky**, *izvanredni profesor Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

**Dr. sc. Miranda Sertić**, *docentica Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Rad prihvaćen: srpanj 2019.



## Basic documentation card

University of Zagreb  
Faculty of Pharmacy and Biochemistry  
Centre for Applied Pharmacy  
A. Kovačića 1, 10000 Zagreb, Croatia

Diploma thesis

### ATTITUDES AND BELIEFS OF PATIENTS ON THEIR THERAPY WITH ANTIDEPRESSANTS, INHALED CORTICOSTEROIDS AND STATINS

**Andrea Jarak**

#### SUMMARY

The aim of this graduate thesis was to explore the attitudes and beliefs of patients on their therapy with antidepressants, statins, inhaled corticosteroids in asthma therapy and drug therapy in general. We used BMQ questionnaire, Morisky Medication-Taking Adherence Scale-MMAS (4-item), Patient Medication History Form and form for checking the indication, efficacy and safety. We also gathered general and demographic patient data. The study included adult patients who used antidepressant drugs, statins and inhaled corticosteroids during chronic therapy (longer than 3 months) and who understood the Croatian language. This research was conducted as a cross-section, observational research. The trial was conducted in community pharmacies, within the Vrapče hospital and at the Polyclinic for respiratory diseases in Zagreb. 290 patients participated in the study; 93 patients were taking antidepressants, 97 were using inhaled corticosteroids and 100 patients were taking statin drugs.

The results have shown that respondents with higher education considered drugs less harmful than those with a lower level of education. Married patients considered the drugs to be more harmful than unmarried ones. Unemployed patients had stronger beliefs that the drugs were harmful, followed by the retired and the employed ones, while the students mostly didn't share the belief on drugs being harmful. Furthermore, unemployed respondents least believe in the benefits of medication, while students the most. Unemployed respondents were mostly worried about their antidepressant therapy. Married patients who took inhaled corticosteroids showed greater adherence than unmarried ones and retirees showed greater adherence than students and those unemployed. Most patients showed good adherence, but it was concluded that patients with statin therapy are more adherent than patients with antidepressant and inhaled corticosteroid therapy. The qualitative part of the questionnaire showed that patients taking inhaled corticosteroids and statins mostly do not perceive the existence of therapeutic problems. Patients taking antidepressants although experienced the highest percentage of side effects (35.5%) mostly know why they are taking their medication and they consider them to be effective.

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

Thesis includes: 66 pages, 21 figures, 13 tables and 33 references. Original is in Croatian language.

Keywords: antidepressants, inhaled corticosteroids, statins, adherence, BMQ, beliefs

Mentor: **Maja Ortner Hadžiabdić, Ph.D.** *Assistant Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

Reviewers: **Maja Ortner Hadžiabdić, Ph.D.** *Assistant Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry  
**Lidija Bach-Rojecky, Ph.D.** *Associate Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry  
**Miranda Sertić, Ph.D.** *Assistant Professor*, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry

The thesis was accepted: July, 2019.