

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FARMACEUTSKO-BIOKEMIJSKI FAKULTET

DIPLOMSKI RAD

MIHAELA VULETIĆ

Zagreb, 2017.

Mihaela Vuletić

**VALIDACIJA OKVIRA ZA TERAPIJSKU
KONZULTACIJU I PROCJENA
KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA
STUDENATA FARMACIJE**

DIPLOMSKI RAD

Predan Sveučilištu u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu

Zagreb, 2017 .

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

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc. dr. sc. Maji Ortner Hadžiabdić na nesebičnom zalaganju, stručnom vodstvu, razumijevanju, brojnim savjetima i pruženoj prilici za izradu ovog diplomskog rada.

Najveće hvala želim izraziti svojim prekrasnim roditeljima. Znajte da sam, nošena krilima vaše neizmjerne ljubavi i podrške, uspjela. Bili ste moj oslonac u trenucima slabosti i moja hrabrost u trenucima nesigurnosti.

Hvala mojoj seki koja me molitvom bodrila i osnaživala, mojoj baki Milici za sve što je učinila da mi olakša ovaj put i cijeloj mojoj obitelji koja je vjerovala u mene.

Hvala mom Kreši na ljubavi i potpori kojom me pratio tijekom svih ovih godina, bio si moj glas razuma i najveći poticaj.

Hvala mojim dragim prijateljima i kolegama koji su dijelili sa mnom suze i smijeh, uljepšali ste moj život i uz vas je sve bilo lakše.

Diko,

iako nisi među nama, tvoja ruka vodi me kroz život. Jednom davno zaželio si jednu želju, i evo sad, nakon toliko godina trnovitog puta, ona je ostvarena. Zato s ponosom u srcu, dižem pogled prema nebu, da ti kažem da ovu pobjedu posvećujem tebi, samo tebi voljeni moj!

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. ZNAČAJ KONZULTACIJE U LJEKARNIČKOJ SKRBI.....	2
1.2. UTJECAJ KOMUNIKACIJSKIH I KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA NA ISHODE TERAPIJE.....	6
1.3. ADHERENCIJA.....	8
1.3.1. DEFINICIJA ADHERENCIJE.....	8
1.3.2. ČIMBENICI ADHERENCIJE.....	10
1.3.3. NEADHERENCIJA.....	10
1.4. OKVIR ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU.....	14
1.4.1. SVRHA I PRIMJENA OKVIRA ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU.....	14
2. OBRAZLOŽENJE TEME.....	16
3. MATERIJALI I METODE.....	17
3.1. INSTRUMENT.....	17
3.1.1. OKVIR ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU.....	17
3.1.2. STRUKTURA OKVIRA ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU.....	18
3.1.3. SKALE VREDNOVANJA UNUTAR OKVIRA ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU.....	20
3.2. PRILAGODBA INSTRUMENTA.....	20
3.2.1. POVRATNI PRIJEVOD.....	20
3.2.2. PROCES VALIDACIJE.....	21
3.3. PROCJENA STUDENTSKE KONZULTACIJE.....	21
3.3.1. ISPITANICI.....	21
3.3.2. POSTUPAK.....	22
3.3.3. METODA STANDARDIZIRANOG PACIJENTA.....	23
3.3.4. ZAVRŠNA PROCJENA KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA STUDENATA.....	23
3.4. STATISTIČKA ANALIZA.....	23
4. REZULTATI I RASPRAVA.....	25
4.1. POUZDANOST MEĐU PROCJENITELJIMA.....	26
4.2. UNUTARNJA POUZDANOST (KONZISTENTNOST).....	27
4.3. DISKRIMINACIJSKA VALJANOST.....	28
4.4. ZAVRŠNA PROCJENA KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA.....	29

4.5. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA.....	33
5. ZAKLJUČAK.....	34
6. LITERATURA.....	35
7. SAŽETAK/SUMMARY.....	41
8. PRILOZI.....	43
TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA/BASIC DOCUMENTATION CARD	

1. UVOD

Javno komuniciranje predstavlja „najvažniju i najkorisniju vještinu u životu čovjeka“ (Pejić Bach i Muragić, 2013). Sedamdesetih godina 20. stoljeća prepoznato je da kvalitetna komunikacija između zdravstvenih djelatnika (ponajviše liječnika i ljekarnika) i pacijenata uvelike pridonosi boljoj i uspješnijoj provedbi zdravstvene skrbi te krajnjem ishodu liječenja. S obzirom na tu činjenicu, prilikom edukacije zdravstvenih djelatnika, naglasak se stavlja na unapređenje njihovih komunikacijskih vještina (Đorđević i sur., 2011). Komunikacijske vještine pripadaju skupini temeljnih interpersonalnih vještina i njihova posebnost leži u tome što uključuju direktnu povezanost između dvoje ili više ljudi, kao i njihovu međusobnu uključenost (Priest, 2014). Provedena su brojna istraživanja o komunikacijskim vještinama koja su dovela do značajnih promjena kako u teorijskim tako i konceptualnim pristupima komunikaciji u zdravstvu. Razvijeni su mnogobrojni edukacijski programi s ciljem procjenjivanja komunikacijskih vještina koji su postali nezaobilazan dio nastavnog programa tijekom studija medicine. Uključuju različite pristupe izvođenja nastave u vidu predavanja, seminarskih radova, rada u manjim skupinama ili pak uvježbavanja vještina konzultiranjem stvarnog ili simuliranog pacijenta (Benbassat i Baumal, 2002). Gotovo svi pristupi učenju obuhvaćaju kognitivne, emocionalne i bihevioralne komponente, s ciljem isticanja samosvijesti prilikom pružanja zdravstvene skrbi. Idealni vremenski period trajanja programa još uvijek nije definiran, ali se smatra da je on učinkovitiji ukoliko je za svladavanje komunikacijskih vještina predviđen dulji vremenski period (Moore i sur., 2013).

U središtu interesa konačno se nalazi pacijent, odnosno osoba (eng. *person-centered medicine*), a ne bolest. Pacijent je u prilici s liječnikom razmijeniti informacije o sebi, pružajući mu mogućnost da ga upozna kao osobu, a ne kao terapijski problem (Braš i Đorđević, 2011).

Takav pristup promiče partnerstvo između pacijenta i zdravstvenog djelatnika te polučuje vrlo zadovoljavajuće rezultate, jer pacijent aktivno sudjeluje u vlastitom liječenju. Zbog toga se od zdravstvenog djelatnika očekuje posjedovanje određenih komunikacijskih i konzultacijskih vještina koje mu omogućuju prikupljanje podataka za točnu dijagnozu bolesti, provedbu terapije i uspostavu odgovarajuće skrbi za svakog pacijenta. To su ključne kliničke vještine na području medicine i farmacije, u svrhu postizanja najboljih rezultata za pacijenta i ujedno su neophodne za pružanje zdravstvene skrbi (Ha i Longnecker, 2010). Stoga je kvalitetna komunikacija i dijalog s obje strane ključan čimbenik stvaranja uzajamnog povjerenja (Pavličević i Simi, 2014).

1.1. ZNAČAJ KONZULTACIJE U LJEKARNIČKOJ SKRBI

Uloga ljekarnika tijekom posljednjeg desetljeća znatno se mijenja zbog promjena u zdravstvenom sustavu koje za cilj imaju unaprijediti međusobnu suradnju zdravstvenih stručnjaka u sustavu zdravstvene skrbi te postizanje boljeg, učinkovitijeg i jeftinijeg liječenja. Ljekarnik prestaje biti isključivo dobavljač i izdavač lijekova te se spektar njegovih zadaća širi i one se temelje na rezoluciji Svjetske zdravstvene organizacije „Uloga ljekarnika u promijenjenoj strategiji o lijekovima“ (WHA 47.12), koja obvezuje ljekarnika na pružanje utemeljenih i objektivnih savjeta o lijekovima i načinu njihove upotrebe, kao i pružanje ljekarničke skrbi u svrhu racionalnije primjene lijekova te aktivno sudjelovanje u prevenciji bolesti i očuvanju zdravlja (WHA, 1994). Hepler i Strand su 1990. godine definirali ljekarničku skrb kao praksu prilikom koje je ljekarnik nositelj odgovornosti za pacijentove terapijske potrebe kao i ishode liječenja (Strand i sur., 2004). U hrvatskom je Zakonu o ljekarništvu definirana kao temeljna ljekarnička djelatnost i obuhvaća:

- racionalizaciju troškova za određene terapijske protokole,
- unapređivanje farmakoterapijskih postupaka i postizanje terapijskih ciljeva,
- praćenje, izbjegavanje ili smanjivanje nuspojava lijekova,
- izbjegavanje interakcija, terapijskog dupliciranja ili pojave alergija,
- skrb nad pridržavanjem terapijskom protokolu od strane pacijenta,
- poboljšanje učinka kliničkog liječenja i
- provođenje preventivnih mjera očuvanja i zaštite zdravlja (Zakon o ljekarništvu, NN 121/03, 142/06, 35/08, 117/08).

Vodeći se tim vidimo da koncept ljekarničke skrbi nije statičan, on se ugrađuje u ljekarničku praksu i zahtijeva dodatno osposobljavanje ljekarnika i unapređivanje njihovih vještina, naročito konzultacijskih (Jakševac Mikša, 2002).

Konzultacija je direktna suradnja i interakcija između ljekarnika koji je provodi i pacijenta kojemu je potreban takav pregled. Svrha jedne takve terapijske konzultacije je uvid u pacijentove terapijske poteškoće, kako bi ljekarnik ustanovio potencijalne ili aktualne probleme te u suradnji s pacijentom, zajednički pronašli adekvatno rješenje. Naglasak je na aktivnoj suradnji i usredotočenosti pacijenta, zajedno s ljekarnikom (Abdel-Tawab i sur., 2011). Da bismo postigli kompetentnost u konzultacijama, ljekarnik bi se trebao pridržavati određene strukture i postupaka savjetovanja za koje je potrebno sveobuhvatno znanje o

lijekovima i njihovoj primjeni te posjedovanje dobro razvijenih komunikacijskih vještina. Od njega se očekuje korištenje jednostavnog i jasnog rječnika kako bi ga pacijent mogao lakše razumjeti, ali i sposobnost doziranja količine informacija, odnosno isticanje najvažnijih (WHO, 1998). Svaka situacija, kao i svaki pacijent, ima različite informacijske potrebe, stoga je zadaća ljekarnika znati ih ispravno procijeniti. Posebna pozornost pridaje se pacijentima s politerapijom jer je dokazano da suradljivost i ispravna primjena lijekova opada s porastom broja propisanih lijekova. Također, kod lijekova uske terapijske širine, bitno je naglasiti važnost pridržavanja propisane doze, kao i kod lijekova sklonih ulasku u interakcije s drugim lijekovima (Jakševac Mikša, 2002). Razina savjetovanja i tip pruženih informacija ovisi o nizu čimbenika, kao i o samom pacijentu- kolika je razina njegovog prethodnog znanja, kakva mu je sposobnost shvaćanja, treba li određenu razine potpore i ima li neka posebna ograničenja kao primjerice poteškoće s vidom ili sluhom (Braun i Schulz, 1999).

Mišljenje pacijenata od velike je važnosti sagledavajući činjenicu da su pacijenti ti koji imaju puno pravo na svoje zdravlje, stoga je pacijentu nužno omogućiti pristup informacijama koje su sadržajno točne, relevantne i sveobuhvatne. Često su pacijenti zanemareni te imaju ulogu pasivnog sudionika vlastitog liječenja što u većini slučajeva izaziva nezadovoljstvo pa je ravnopravni partnerski odnos između zdravstvenih radnika i pacijenata ključ uspješnog liječenja (Pavličević i Simi, 2014).

Poboljšanje adherentnosti pacijenata, a samim time i ishoda liječenja, jedna je od najvažnijih uloga ljekarnika u okvirima savjetovanja tijekom terapijske konzultacije, a postiže se:

1. Pružanjem informacija

Ljekarnici su odgovorni za pružanje informacija vezanih za lijekove, medicinske proizvode i moguće nuspojave istih. Nadalje, ljekarnici provjeravaju potencijalne interakcije lijekova te daju upute o uzimanju lijekova.

2. Nadziranjem terapije

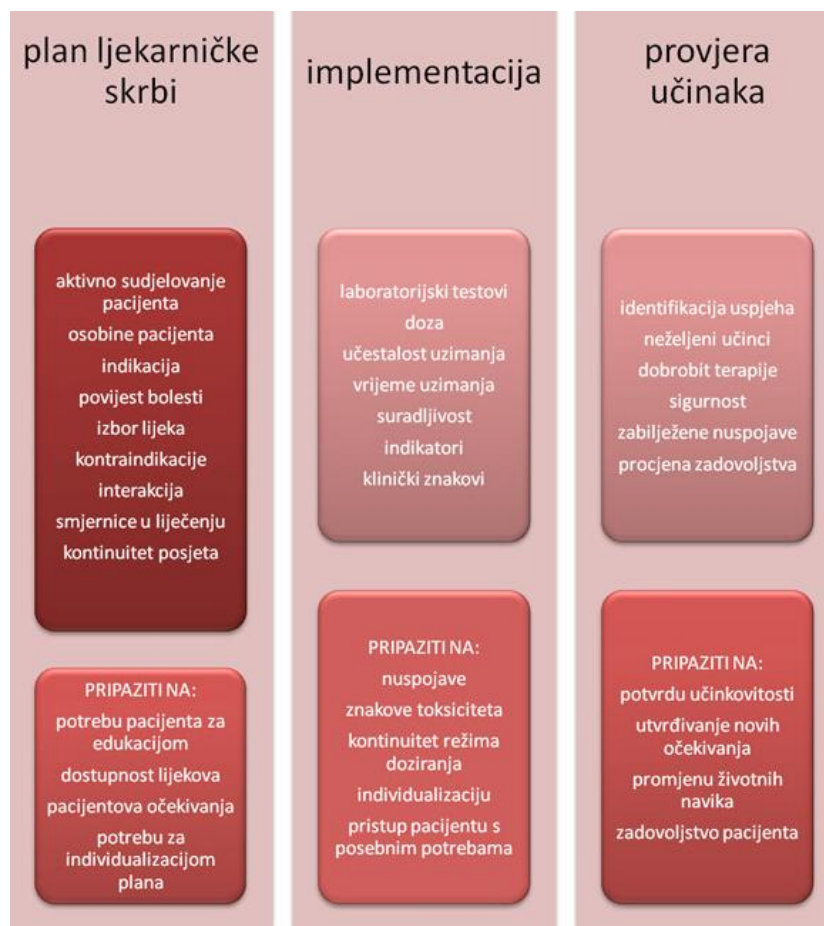
Ljekarnici posjeduju znanja za prepoznavanje medikacijskih pogrešaka te imaju ovlasti odbiti izdavanje lijeka ukoliko procijene da bi lijek mogao imati štetan učinak. "Pregled terapije lijekova" jedna je od najuspješnijih ljekarničkih usluga s ciljem poboljšanja ishoda liječenja tijekom koje ljekarnik i pacijent utvrđuju sve lijekove uključene u terapiju i diskutiraju o eventualnim nejasnoćama kako bi pacijent dobio potrebna znanja o terapiji (precizne upute

kako i u koje doba uzimati lijek, ukazati na moguće interakcije i nuspojave) te se izbjeglo nepravilno korištenje lijekova.

3. Skrb o kroničnim bolesnicima

Osobe koje boluju od kroničnih bolesti kao što su astma, šećerna bolest te kardiovaskularne bolesti, češće posjećuju svoje ljekarnike zbog prirode terapije i na taj način omogućavaju ljekarniku praćenje zdravstvenog stanja te nadzor nad terapijom (www.pgeu.eu).

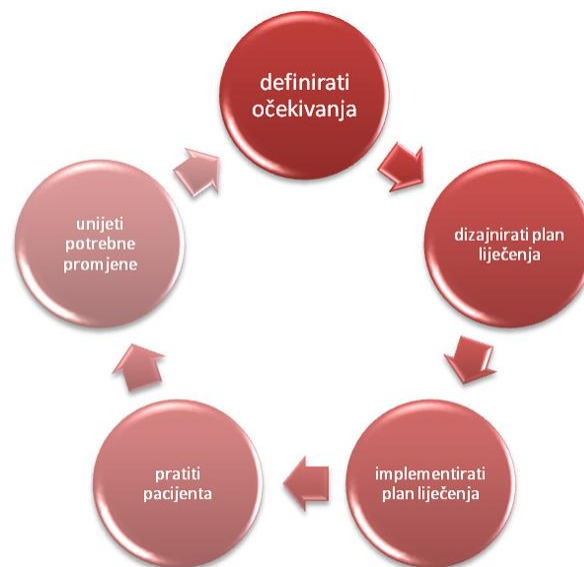
Ljekarnik je posljednji i nezaobilazni član zdravstvenog tima s kojim se pacijent susreće prije primjene farmakoterapije, stoga je njegova dužnost osigurati maksimalnu terapijsku djelotvornost i sigurnost primjene lijekova (Jakševac Mikša, 2002).



Slika 1. Plan ljekarničke skrbi (preuzeto s www.inpharma.hr)

Istraživanja pokazuju da pacijenti s nepovjerenjem gledaju na kompetencije zdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u procesu njihovog liječenja (Strauman, 2001) te očekuju znatno veću uključenost pri donošenju odluka (Romano, 2005). Upravo ljekarnička skrb postavlja pacijenta u središte zdravstvenog interesa, podrazumijeva povjerljiv odnos, kvalitetnu

razmjenu informacija kao i zajedničko donošenje odluka (Epstain i Street, 2007). Kompetencija ljekarnika predstavlja njegovu sposobnost da pri izvršavanju svojih dužnosti donosi ispravne odluke te na osnovu svog znanja i iskustva rješava probleme u ljekarničkoj praksi (Council on Credentialing in Pharmacy, 2001). Posljednjih godina Svjetska federacija farmaceuta (eng. *Internacional Pharmaceutical Federation – FIP*) razvija programe za evaluaciju i razvoj kompetencija u ljekarništvu, kao i edukacijske modele koji su zaslužni za porast kompetencija. Jedan od njih je model razvijen 2005. godine pod nazivom Okvir opće razine (eng. *General Level Framework, GLF*) (Mills i sur., 2005). Evaluacijski je i edukacijski instrument koji služi ljekarnicima za mjerenje i razvijanje stručno-znanstvenih kompetencija pružanja ljekarničke skrbi (Competency Development Evaluation Group, 2007). GLF program za evaluaciju ljekarničkih kompetencija, bio je primijenjivan i u nekim ljekarnama Farmacia u kojima se 2009. godine kao odgovor na program uvodi nova ljekarnička usluga pod nazivom Osobni ljekarnik, kako bi se povećala ustrajnost pacijenata na terapiju. Usluga se zasniva na individualnom pristupu liječenja koje uključuje i liječnika, a namijenjena je pacijentima s poteškoćama vezanim uz terapiju. Pristankom pacijenta, vode se strukturirani razgovori uz prikupljanje medikacijske povijesti koja ljekarniku pruža uvid u cjelokupnu pacijentovu terapiju koju trenutno uzima, uključujući i sve lijekove te dodatke prehrani koje pacijent nabavlja bez recepta. Temeljem prikupljenih podataka kreira se individualan plan liječenja, a takav način suradnje ljekarnika-pacijenta-liječnika pokazao se vrlo svrsishodnim u pogledu povećanja suradljivosti i smanjenja nuspojava (Meštrović, 2012).



Slika 2. Dijagram koji prikazuje tijek ljekarničke skrbi (preuzeto s www.inpharma.hr)

1.2. UTJECAJ KOMUNIKACIJSKIH I KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA NA KRAJNJI ISHOD TERAPIJE

U posljednje vrijeme jača svijest o važnosti učinkovite komunikacije, u cilju postizanja željenih terapijskih ishoda. Postoje mnogobrojne studije, provedene na pacijentima oboljelim od različitih kroničnih bolesti, koje su se bavile upravo tim pitanjem i proučavale utjecaj ljekarničke konzultacije na ishode njihove terapije.

Tzaneva i Iacob, proučavali su pacijente oboljele od virusa humane imunodeficijencije, te učinak konzultacije na adherentnost takvih pacijenata. Iako se uvođenjem antiretrovirusne terapije drastično poboljšala kvaliteta života HIV pozitivnih pacijenata, i dalje veliki dio njih pokazuje slabo pridržavanje terapiji. Nekoliko je čimbenika povezano s nepridržavanjem, a to su depresija, zlostavljanje, slaba socijalna podrška, složenost režima, štetni učinci droga te jedan od najvažnijih je komunikacijski jaz između pacijenata i liječnika, što je uzrok nedostatnog povjerenja u liječnike. Istraživanja su pokazala da dobar odnos liječnika i pacijenta te kvalitetna komunikacija doprinose boljoj adherentnosti pacijenata te ishodu liječenja HIV-a. U medicinskim konzultacijama, potrebno je informirati pacijenta o načinu prijenosa, progresiji, prognozama i prevenciji bolesti, a poželjan je multidisciplinarni pristup zdravstvenih djelatnika (liječnici, ljekarnici i medicinske sestre) (Tzaneva i Iacob, 2013).

Motivacijski intervju je pacijentu usmjeren stil komuniciranja koji se koristi za povećavanje unutarnje motivacije, koja bi rezultirala boljim odgovorom na terapiju. Kod bolesnika sa šećernom bolesti i komorbidnom hipertenzijom povećan je rizik od mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija, ukoliko se pacijenti ne pridržavaju propisane terapije. Kako bi se ispitao učinak motivacijskog intervjua na povećanje adherentnosti takvih pacijenata, provedeno je istraživanje u Teksasu. Istraživanje su provodili studenti u ljekarnama koji su prethodno bili osposobljeni za takvu vrstu komunikacije, a ostvarivali su je putem telefonskih poziva. Dokazano je da pacijenti koji su primili dva ili više poziva u periodu od 6 mjeseci od početnog poziva, pokazuju znatno bolji pristup i manje prekida tijekom primjene terapije, od pacijenata koji nisu primili pozive. Upravo to saznanje ukazuje da telefonske motivacijske intervencije, koje provode ljekarnici, mogu poslužiti kao jedan od alata u borbi protiv neadherentnog ponašanja pacijenata (Abughosh i sur., 2017).

Periasamy i suradnici ispitivali su dobrobiti savjetovanja onkoloških pacijenata o kemoterapiji, utjecaj na kvalitetu života te psihološki profil pacijenta, koje pruža ljekarnik. Budući da je karcinom drugi vodeći uzrok smrti, kemoterapija je tretman od neophodne

važnosti za takve pacijente (WHO, 2017). Randomizirano kontrolirano ispitivanje provedeno je na 162 onkološka bolesnika državne bolnice u Maleziji, u periodu od srpnja 2013. godine do veljače 2014. godine. U svrhe savjetovanja korišten je modul „Managing Patients on Chemoteraphy“ te je dokazano da ljekarnici svojom intervencijom doprinose boljoj kvaliteti života, smanjenju anksioznih i depresivnih stanja onkoloških pacijenata, podvrgnutih tretmanu kemoterapije (Periasamy i sur., 2017). Također, studija koja je proučavala doprinos ljekarničkih intervencija, u vidu savjetovanja, na povećanje stupanja adherentnosti kod pacijenata s depresijskim poremećajem te utjecaj na kliničke simptome depresije, obuhvatila je dvanaest randomiziranih i nerandomiziranih studija, koji su zadovoljili kriterije uključivanja. Proveden je sustavni pregled i meta analiza, čiji rezultati ukazuju da ljekarničke intervencije mogu poboljšati adherentnost pacijenta na terapiju, ali pregled nije pokazao pozitivan učinak tih intervencija na kliničke simptome bolesti (Readdean i sur., 2017).

Starije osobe koje koriste nesteroidne protupalne lijekove (NSAIL) često su nesvjesne potencijalnih rizika po njihovo zdravlje pa je zadaća ljekarnika savjetovanjem povećati svijest o opasnosti i smanjiti potencijalno neodgovarajuću upotrebu tih lijekova. U istraživanju, u kojem su sudjelovale 83 osobe u dobi starijoj od 60 godina, kod njih 39 (47,6%) je zabilježena upotreba NSAIL-a. Nepravilna upotreba otkrivena je u 28 (71,8%) korisnika NSAIL-a, koji su praćeni kroz period od tri mjeseca. Nakon savjetovanja, broj prikladnih korisnika povećan je na 20 (51,3%), uz istodobno smanjenje broja neprikladnih korisnika na 19 (48,7%), što ukazuje na važnost savjetodavne uloge ljekarnika (Bear i sur., 2017).

Hospitalizacija te naknadno otpuštanje pacijenata uzrokuje diskontinuitet pružanja zdravstvene skrbi, višestruke promjene u režimu primjene lijekova, ali i neodgovarajuće obrazovanje pacijenta o načinu upotrebe lijekova, korištenja respiratornih sredstava, kao i nedostatak informacija o bolesti, nuspojavama lijekova koje mogu dovest do neadherentnosti na terapiju i smanjenog zadovoljstva liječenjem. Sanii i sur. u svom su istraživanju upravo proučavali učinak konzultacije s pacijentom koju provodi ljekarnik prilikom otpuštanja iz bolnice, a u istraživanju je sudjelovalo 154 bolesnika u dobi od 18 do 65 godina. Pacijenti su bili podijeljeni u dvije skupine, intervencijsku skupinu u kojoj su pacijenti primili potrebna znanja o propisanoj terapiji prilikom otpuštanja te kontrolnu skupinu u kojoj pacijenti nisu savjetovani. Ispostavilo se, da je adherentnost na terapiju za 42.9% veća kod pacijenata iz intervencijske skupine, u odnosu na kontrolnu skupinu. Zatim je utvrđeno da nitko iz intervencijske skupine nije ponovno zaprimljen u bolnicu, dok osam pacijenata iz kontrolne

skupine je. Dakle, konzultiranje pacijenata znatno doprinosi poboljšanju pacijentovog liječenja, zadovoljstva, a samim tim i kliničkih ishoda (Sanii i sur., 2016).

Slično ispitivanje provelo se i na uzorku pacijenata u dobi iznad 80 godina, koji su bili zaprimljeni u bolnicu, a pratio se utjecaj ljekarničkih intervencija na smanjenje morbiditeta starijih pacijenata. Ljekarnička intervencija uključivala je sveobuhvatni pregled trenutnih lijekova u terapiji, suradnju s liječnicima prilikom uvođenja novih lijekova u terapiju, individualno konzultiranje pacijenata za vrijeme boravka u bolnici, kako bi ih upoznali s ciljevima terapije. Između ostalog, zadaća ljekarnika podrazumijevala je i konzultiranje pacijenata telefonskim putem, dva mjeseca nakon bolničkog otpusta. Ukupan broj praćenih pacijenata bio je 368, od kojih je 182 pacijenata pripadalo intervencijskoj skupini, a 186 kontrolnoj skupini. Kod pacijenata iz intervencijske skupine zabilježeno je smanjenje svih posjeta bolnici za 16% te nepoželjne reakcije lijekova smanjene su za 80%, što navodi na zaključak da ljekarničke intervencije imaju pozitivan učinak na smanjenje morbiditeta starije populacije (Gillespie i sur., 2009). Međutim, sustavni pregled i meta analiza koja je uključivala 32 studije na temu utjecaja ljekarničkih intervencija na hospitalizaciju i mortalitet pacijenata starije životne dobi, nije uspjela dokazati pozitivan učinak na smanjenje hospitalizacije i mortaliteta, ali se pokazao utjecaj na povećanje adherencije i pozitivan utjecaj na poboljšanje pacijentovog znanja o lijekovima (Holland i sur., 2008).

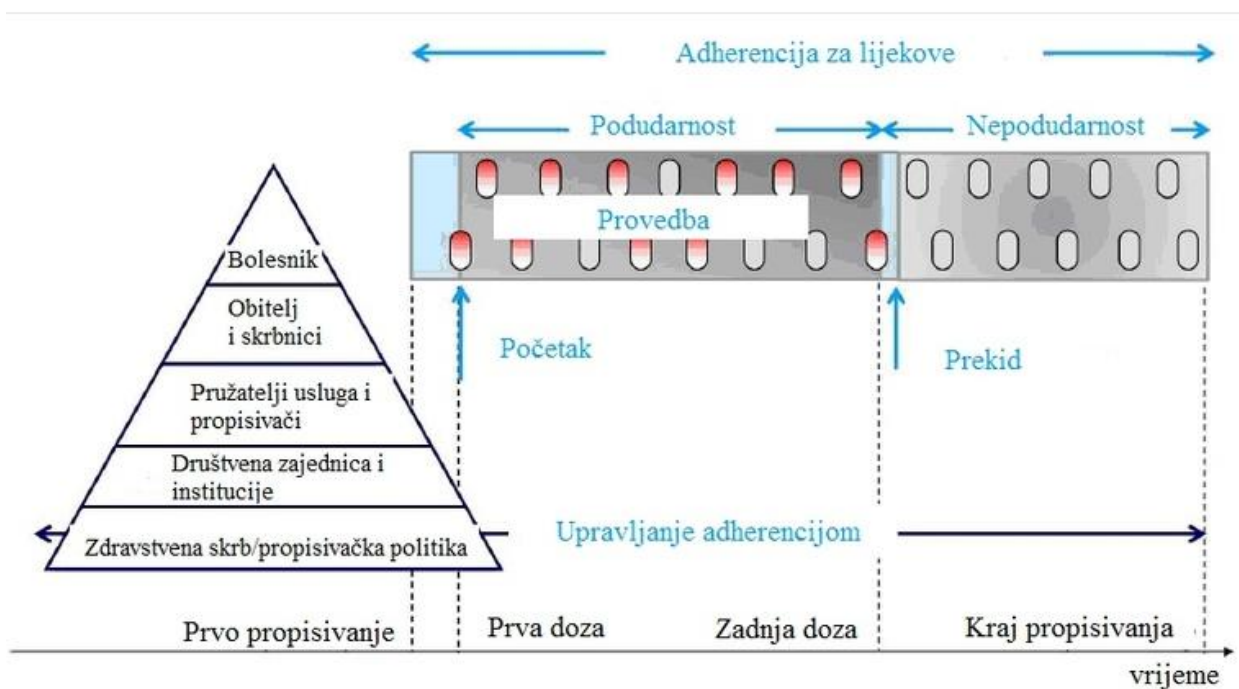
1.3. ADHERENCIJA

1.3.1. DEFINICIJA ADHERENCIJE

„Bolja adherencija prema propisanoj terapiji može pacijentima više koristiti nego novi lijek“ (Haynes)

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira adherenciju (*eng. adherence*) kao mjeru u kojoj se ponašanje bolesnika, bilo da se radi o uzimanju terapije, mijenjanju životnih navika ili pridržavanje dijete, odgovara onome što je unaprijed dogovorio s liječnikom. Temelji se na pacijentovom razumijevanju ozbiljnosti bolesti i uvjerenju o učinkovitosti odabrane terapije. Bitno je razlikovati pojam adherencije od pojma suradljivosti (*eng. compliance*) koji se definira kao stupanj bolesnikova ponašanja u pridržavanju uputa o uzimanju lijekova (Haynes i sur, 1979). Najviše se odnosi na slijepo slijeđenje uputa dobivenih od liječnika dok pojam adherencije u sebi sadrži ideju suradnje između liječnika i pacijenta u kojoj pacijent ima ulogu aktivnog sudionika u tom dogovoru (WHO, 2001). Uz pojam adherencije uvodi se 1995. god i

pojam podudarnosti (*eng. concordance*) od strane radne skupine Kraljevskog farmaceutskog društva (*eng. Royal Pharmaceutical Society*) u Velikoj Britaniji, s kojim se stavlja naglasak na važnost međusobne suradnje pacijenta i pružatelja zdravstvene usluge pri definiranju plana liječenja uzimajući u obzir da obje strane imaju različita gledišta (Royal Pharmaceutical Society, 1997). Zadnjih godina uvriježen je pojam ustrajnosti (*eng. persistence*), kojeg također razlikujemo od pojma adherencije. Mjera je kontinuiranog provođenja terapije u određenom vremenskom periodu, od početka uzimanja terapije do kraja. Ne postoji zajednički termin koji bi objedinio ta dva pojam, svaki je jedinstven i mogu biti međusobno oprečni (Cramer i sur., 2008). "Suradljivost s terapijskim režimom" (*Ascertaining Barriers to Compliance, ABC*) europski je istraživački projekt koji također ima za cilj otkrivanje i širenje metoda promicanja adherencije i u svom radu adherenciju predstavljaju kao proces koji se sastoji od četiri dijela: a) početak (*eng. initiation*) koji označava uzimanje prve doze lijeka, b) prekid (*eng. discontinuation*) koji označava prekid terapije iz nekog razloga, c) provedba (*eng. implemetatation*) koja predstavlja stupanj pridržavanja dogovorenog plana od prve do zadnje doze lijeka i d) ustrajnost (*eng. presistence*) koja definira vremenski raspon između početka terapije i uzimanje posljednje doze lijeka prije prekida uzimanja (www.plivamed.hr).



Slika 3. Procesi adherencije i upravljanje adherencijom (preuzeto s www.plivamed.hr)

1.3.2. ČIMBENICI ADHERENCIJE

Čimbenici koji utječu na adherenciju su:

- **socioekonomski čimbenici** (npr. dob, spol zatim socijalne, kulturološke i vjerske razlike, ekonomski status),
- **čimbenici povezani s bolesnikom** (npr. informiranost bolesnika, motiviranost, povjerenje u zdravstveni sustav, psihofizičko stanje pacijenta, ovisnost o alkoholu, fizička ovisnost),
- **čimbenici povezani s osobitostima bolesti** (npr. težina bolesti, utjecaj bolesti na kvalitetu života, progresija bolesti),
- **čimbenici povezani sa svojstvima lijeka, odnosno terapije** (npr. broj propisanih lijekova, složenost sheme doziranja, neželjena djelovanja lijeka),
- **funkcioniranje zdravstvenog sustava** (npr. stupanj educiranosti zdravstvenih radnika, cijena lijeka i status na zdravstvenoj listi).

(www.adultmedication.com)



Slika 4. Pet dimenzija adhezencije (prilagođeno prema WHO, 2003)

1.3.3. NEADHERENCIJA

Primjena lijekova u terapiji značajno je utjecala na boljitak kontrole i sprječavanja bolesti, produljivanje očekivane životne dobi te na poboljšanje kvalitete života bolesnika. Međutim,

valja biti oprezan s lijekovima zbog njihovog štetnog djelovanja uslijed neadekvatne primjene, krivog propisivanja i prirode ulaska u interakcije unutar ljudskog organizma, dok pak s druge strane pravilno korištenje lijekova u terapiji ima povoljan učinak na ishod bolesti i stanje bolesnika. Na području Europske unije umre oko 194.500 tisuća ljudi godišnje zbog neuzimanja ili nepravilnog uzimanja terapije lijekovima, a godišnji troškovi Europske unije zbog tog razloga su oko 125 milijardi eura. U različitim istraživanjima dobiveni su podaci da 30 % do 70% pacijenata koji boluju od astme ne pridržavaju se liječničkih/ljekarničkih uputa o liječenju, a samo 28% oboljelih od šećerne bolesti tipa II imaju potpunu kontrolu nad svojom bolesti (Čulig, 2009).

Loša suradnja bolesnika, odnosno njegovo neodgovorno ponašanje prema terapiji rezultira slabim učincima liječenja, dužim trajanjem bolesti i visokim troškovima liječenja.

Najčešći razlozi nesuradljivosti su:

- **podnošljivost i sigurnost lijeka** što podrazumijeva prisustvo ozbiljnih nuspojava koje ometaju izvršavanje svakodnevnih obaveza, loš utjecaj na spolne funkcije te nemogućnost konzumiranja s drugim lijekovima, hranom i pićem,
- **izostanak željenog terapijskog učinka** lijeka ili posljedično pogoršanje zdravstvenog stanja zbog primjene propisanog lijeka,
- **nedostupnost lijeka na tržištu**
- **cijena lijeka** (www.ordinacija.hr).

Postoje dva tipa neadherentnog ponašanja:

1. **„Nenamjerna neadherentnost“** javlja se najčešće zbog zaboravljivosti pacijenata pa kao posljedica toga dolazi do preskakanja doze. Takvi pacijenti shvaćaju režim primjene terapije, ali nenamjerna odstupanja događaju se zbog svakodnevnih obaveza. U druga skupinu pacijenata kod kojih je zabilježena nenamjerna neadherentnost spadaju oni koji zapravo nisu u potpunosti shvatili režim doziranja lijekova i važnost primjene lijekova zbog postojeće dijagnoze i to je razlog njihove neadherentnosti.
2. **“Namjerna neadherentnost“** javlja se kod pacijenata koji su samovoljno odlučili ne uzimati propisane lijekove zbog opravdanih ili neopravdanih razloga vezanih uz učinke i nuspojave lijekova (Wroe, 2002).

Iako najveća odgovornost za neadherenciju pripada pacijentu, ne smijemo zanemariti ulogu liječnika i ljekarnika. Liječnik može utjecati na bolesnikovu percepciju o bolesti s kojom se nosi i pozitivno utjecati na njegovu motiviranost te ukazati koliko pridržavanje terapiji može

biti od značaja za tijek njegove bolesti i krajnji ishod. Nedvojbeno je dokazano da niska motiviranost doprinosi nepovjerenju u dijagnozu, sumnji u dobar odabir terapije, strahu od nepoželjnih učinaka, nerazumijevanju dugoročnih rizika za zdravlje ali i neshvaćanju uputa o terapijskom planu liječnika. Otvoren pristup i adekvatna informiranost liječnika te organizacija zdravstvene skrbi povećavaju stupanj adherencije prema propisanim lijekovima. Od iznimne je važnosti prepoznati bolesnikovu zabrinutost i strahove u svezi lijekova kao što je uvjerenje o lošem utjecaju na zdravlje i poremećaj važnih funkcija unutar organizma te izazivanje ovisnosti. Također, loša promidžba lijekova i farmaceutske industrije u javnosti negativno djeluje na formiranje stavova o terapiji naročito kod pacijenata koji su dugoročno vezani uz terapiju zbog prirode bolesti (Čulig, 2016).

Organizacija zdravstvenog sustava bitno utječe na stupanj ustrajnosti. Slabo razvijeni zdravstveni sustavi s neodgovarajućim naknadama za zdravstvene usluge, loša distribucija lijekova, nedovoljna educiranost zdravstvenog osoblja o praćenju kroničnih bolesti, nedostatak povratnih informacija o terapiji, prekratko vrijeme savjetovanja, izostanak programa za bolju edukaciju pacijenata te nedovoljno znanje o važnosti ustrajnosti prilikom uzimanja terapije, uveliko smanjuje uspješnost liječenja (Rose i sur., 2000). Budući da je ljekarnik taj koji ima završni dodir s pacijentom prije uzimanja lijeka, svojim znanjem i sposobnostima igra važnu ulogu u podizanju svijesti pacijentu o višestrukoj koristi pravilnog uzimanja lijekova po njegovo zdravlje (Čulig, 2016).

Referentni centar za farmakoepidemiologiju Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, tijekom 2008. godine provodi istraživanje o ponašanju pacijenata u dugotrajnoj terapiji na uzorku kroničnih bolesnika u Zagrebu. Iste bolesnike testirali su na prisutnost različitih simptoma koji su karakteristični za određenu bolest i došli do rezultata da pacijenti ustrajni u terapiji imaju znatno manje zdravstvenih tegoba od neustrajnih pacijenata. Umor, bol, nesаница, tjeskoba i problemi s pamćenjem češće se javljaju u kroničnih bolesnika koji su neustrajni u terapiji lijekovima. Između ostalog pacijentima su ponudili 16 tipičnih razloga izostavljanja lijeka ili pojedinih doza iz propisane sheme liječenja te kao rezultat dobili da su zaboravljivost, odsutnost od kuće (pacijenti ne nose lijekove sa sobom) i nedostatak lijeka (neobnavljanje recepta na vrijeme) glavni razlozi neadherentnosti u većine bolesnika bez obzira na dob, obrazovanje, spol ili vrstu bolesti od koje se liječe. Donesen je zaključak da veliki broj bolesnika zapravo ima pozitivan stav prema medikaciji ali zbog kompliciranih i neusklađenih shema doziranja s dnevnim obavezama bolesnika, velikog broja lijekova, nedovoljne informiranosti, kroz duži period, vodi prema neustrajnosti.

Rizik od smanjene adherencije je veći kod starijih osoba zbog povišene prevalencije kognitivnih i funkcionalnih poremećaja. Nadalje, starenjem se mijenjaju farmakokinetički i farmakodinamski parametri čime se povećava postotak pojavnosti interakcija i neželjenih učinaka lijekova što zahtjeva posebni pristup liječenja odnosno eventualnu potrebu za prilagodbom terapije (Čulig, 2009). Starije osobe predstavljaju 6.4 % svjetske populacije i njihov broj se povećava za 800 000 svaki mjesec što ih čini najbržim rastućim segmentom populacije (Coutts i sur., 1992). Najveći su potrošači lijekova na recept. U zemljama u razvoju, osobe starije od 60 godina potroše oko 50 % svih lijekova izdanih na recept, što iznosi oko 60 % svih troškova zdravstvene zaštite. Većina starijih osoba boluje od više kroničnih bolesti istovremeno pa zahtijevaju složeno i dugotrajno liječenje kako bi se spriječilo pogoršanje bolesti i invalidnost. Neadekvatno praćenje terapijskog režima starijih osoba povećava vjerojatnost neuspjeha u liječenju i komplikacija bolesti što rezultira povećanjem troškova zdravstvene skrbi i ranijom smrću (Johnson i sur., 1999).

Arterijska hipertenzija jedan je od najvećih javnozdravstvenih problema današnjice. Oko 13 % umrlih osoba diljem svijeta umire od posljedica arterijske hipertenzije, a naročito je porasla prevalencija arterijske hipertenzije u nerazvijenim zemljama svijeta, ne samo zbog manjka lijekova već zbog nedostatne zdravstvene zaštite (Lawes i sur., 2008). 1948. godine, Framinghamska studija, ukazala je na problem arterijske hipertenzije i dovela je u direktnu vezu s povećanjem rizika od kardiovaskularnih bolesti, a do tada se u medicinskim krugovima liječnika percipirala kao normalna pojava povezana sa starenjem (Frochlich, 2005). Unatoč činjenici da liječenje hipertenzije dokazano smanjuje rizik od komplikacija te unatoč raspolaganju lijekovima koji imaju vrlo dobru kontrolu bolesti (beta blokatori, blokatori kalcijevih kanala, diuretici, ACE inhibitori i antagonisti angiotenzinskih receptora) željeni rezultati su daleko od očekivanih (Wand i sur., 2007; Ong i sur., 2007). Problem adherentnosti hipertenzivnih bolesnika je što ne osjećaju nikakve simptome pa samim time ne shvaćaju ozbiljnost bolesti, a uz to mnogi lijekovi imaju brojne nuspojave kao što su npr. kašalj uzrokovan ACE inhibitorima ili glavobolja, mučnina, erektilna disfunkcija, i kao takvi odbijaju pacijente od terapije (Philips i sur., 2001).

Bloom i suradnici proveli su ispitivanja na više od 21. 000 bolesnika. Nakon godinu dana, 64% bolesnika nastavilo je s terapijom blokatorima AT1 receptora, 58% ACE inhibitorima, 50% liječenih blokatorima kalcijevih kanala, 43% liječenih beta blokatorima i samo 38% bolesnika na tiazidnim diureticima, je bilo ustrajno u terapiji.

Osim pacijenata, liječnici također mogu utjecati na lošu kontrolu arterijske hipertenzije, ta pojava naziva se klinička inercija. Postoje istraživanja koja su dokazala kako liječnici često mijenjaju terapiju, precjenjuju postignut terapijski uspjeh ili donose vlastite zaključke i pretpostavke o tome žele li pacijenti usitinu uzimati dodatne lijekove. Edukacija liječnika u vidu stručnih radionica, predavanja, seminara i konciznih smjernica ima pozitivne ishode u poboljšanju kliničke inercije (Pavlović i sur., 2007).

Sagledavajući sve navedene činjenice možemo zaključiti da ključ rješavanja problema neadherentnosti pacijenata leži u multidisciplinarnom pristupu što uključuje koordiniranu akciju svih zdravstvenih stručnjaka, od proizvođača lijekova, liječnika do ljekarnika (WHO, 2001).

1.4. OKVIR ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU

Iako je važnost razvoja komunikacijskih vještina godinama zanemarivana, danas se komunikacija smatra jednom od temeljnih vještina zdravstvenih djelatnika, a kvalitetna komunikacija tijekom konzultacije s pacijentom, dokazano utječe i na ishod liječenja i na pacijentovo zadovoljstvo liječenjem. Stoga su u svrhu poboljšanja komunikacijskih vještina, na području medicine i ljekarništva, osmišljeni mnogobrojni programi edukacije, kao i instrumenti za procjenu vještina komuniciranja. Primjerice SEGUE okvir, najčešće korišten okvir u Sjevernoj Americi, predstavlja spektar komunikacijskih vještina važnih tijekom konzultacije liječnika i pacijenta. S istim ciljem osmišljeni su i mnogi drugi instrumenti, među kojima se ističe Calagary-Cambrige Observation Guid (Makoul, 2001), na čijim se konceptu temelji i instrument za razvoj i vrednovanje konzultacijskih vještina u području ljekarništva, pod nazivom Okvir za terapijsku konzultaciju (*eng. Medication-Related Consultation Framework, MRCF*) (Abdel-Tawab i sur., 2011). Razvili su ga Abdel-Tawab i sur., a temelji se na koceptu ljekarničke skrbi (Hepler i Strand, 1990), strukturiranom pristupu prema modelu konzultacija Calagary-Cambrige (Kurtz, 2003) te uzima u obzir načela i metode za pacijentovu adherentnost, koristeći model percepcije i praktičnosti (Horne, 1999).

1.4.1. PRIMJENA I SVRHA OKVIRA ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU

Okvir za terapijsku konzultaciju je namijenjen studentima farmacije i ljekarnicima u svrhu poučavanja i procjene konzultacijskih vještina. Okvir pruža strukturirani pristup konzultaciji, te omogućava identifikaciju terapijskih problema uključujući i problem pacijentove adherencije. Postoje mnoge formalne i neformalne prilike u kojima konzultacijski Okvir može biti koristan instrument u savjetovanju pacijenata, primjerice tijekom i nakon njihovog

boravka u bolnici, u ambulantomama, specijaliziranim klinikama (specijalizirane klinike za bolesnike sa zatajenjem srca ili hipertenzijom), ljekarnama itd. Između ostalog, Okvir može poslužiti u osvještavanju vlastitih prednosti i ograničenja u procesu konzultacije pri samoprocjeni ili procjeni od strane pacijenta koji također može pružiti korisne povratne informacije o usvojenim vještinama u svrhu stručnog razvoja (Abdel-Tawab i sur., 2011).

Ciljevi okvira su:

- Osigurati jasnu strukturu u procesu savjetovanja s pacijentom
- Približiti vježbeniku svrhu svladavanja konzultacijskih vještina
- Omogućiti sustavno praćenje i vrednovanje vježbenikovih vještina savjetovanja
- Omogućiti promatraču da na adekvatan način uputi povratnu informaciju vježbeniku
- Definirati osnovnu strukturu nastavnih programa s ciljem razvoja specifične strategije i vještina savjetovanja

Struktura Okvira ukazuje na logičan slijed konzultacijskog procesa koji teče od uvoda do zaključka, te ukazuje na važnost prikupljanja svih relevantnih podataka o pacijentu s ciljem utvrđivanja terapijskih problema.

2. OBRAZLOŽENJE TEME

Komunikacija između ljekarnika i pacijenta kompleksan je verbalni i neverbalni proces tijekom kojeg se razvija partnerski odnos među njima. Kvalitetna komunikacija pozitivno utječe na pacijentovo shvaćanje bolesti i suradnju te smanjuje osjećaj straha i nesigurnosti vezanih uz terapiju. Znanje i vještina komuniciranja preduvjet su uspješne konzultacije pa su u svrhu poboljšanja vještina komuniciranja osmišljeni brojni edukacijski programi (Braš i Đorđević, 2011). U Hrvatskoj, prema pregledu dostupne literature, do sada ne postoji istraživanje koje je procjenjivalo ljekarničke konzultacijske vještine, niti je do sada bio validiran instrument za procjenu konzultacijskih vještina ljekarnika.

Svrha ovog rada bila je procijeniti usvojene konzultacijske vještine studenata pete godine studija farmacije na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu te validirati Okvir za terapijske konzultacije, tj. u hrvatskom kulturološkom okruženju procijeniti valjanost i pouzdanost Okvira. Postavljena je hipoteza da će Okvir za terapijske konzultacije pokazati dobra metrijska svojstva i tako biti primjenjiv u populaciji studenata farmacije.

3. MATERIJALI I METODE

3.1. INSTRUMENT

3.1.1. OKVIR ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU

Okvir za terapijsku konzultaciju (*eng. Medication-Related Consultation Framework, MRCF*) namijenjen je za poučavanje i procjenu ljekarničkih konzultacija, a razvili i validirali su ga znanstvenici sa Sveučilišta u Brightonu, u Velikoj Britaniji (Abdel-Tawab i sur., 2011), prema ustaljenim kriterijima za evaluacijske instrumente (Kraan, 1995; McKinley, 2004; Evans, 2004). Okvir je podijeljen u pet odjeljaka (A-E), a svaki odjeljak ima jasno definirana postupanja. Prva četiri odjeljaka (A-D) temelje se na sadržaju konzultacije dok se u završnom petom odjeljku (E) pozornost pridaje konzultacijskom ponašanju odnosno komunikacijskim vještinama.

Tablica 1. Prikaz osnovne strukture okvira

ODJELJAK	BROJ POSTUPANJA (31)	CILJEVI ODJELJKA
(A) Uvod u konzultaciju	5	Izgraditi terapijski odnos s pacijentom
(B) Prikupljanje podataka i identifikacija problema	8	Identificirati terapijske potrebe pacijenata
(C) Postupci i rješenja	6	Uspostaviti prihvatljiv terapijski plan s pacijentom
(D) Zatvaranje konzultacije/ Završetak	3	Uspostaviti osjećaj sigurnosti kod pacijenta te ga prikladno uputiti drugim zdravstvenim djelatnicima
(E) Konzultacijska ponašanja	9	Niz osnovnih komunikacijskih vještina: Način postavljanja pitanja, slušanje, strukturirani pristup, kontrola nad konzultacijom itd.

3.1.2. STRUKTURA OKVIRA ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU

A. UVOD

Cilj ovog poglavlja je uspostaviti terapijski odnos s pacijentom. Odnos se zasniva na povjerenju i međusobnoj suradnji te je jedan od najvažnijih koraka u procesu ljekarničke skrbi jer pridonosi kvaliteti prikupljanja informacija vezanih uz primijenjenu terapiju pacijenta te prepoznavanja eventualnih problema i rješavanja istih.

- A1. Predstaviti se
- A2. Potvrditi pacijentov identitet
- A3. Objasniti pacijentu svrhu i strukturu konzultacije
- A4. Potaknuti pacijenta na razgovor o terapiji
- A5. Dogovoriti zajednički plan

B. PRIKUPLJANJE PODATAKA I IDENTIFIKACIJA PROBLEMA

Cilj ovog poglavlja je identifikacija potreba ljekarničke skrbi pacijenta. U ovoj fazi terapijske konzultacije ljekarnik ima za cilj prikupiti sve važne informacije koje su potrebne za temeljitu procjenu radi boljeg razumijevanja pacijentove percepcije bolesti i terapije te utvrđivanja stvarnih ili potencijalnih terapijskih problema.

- B1. Dokumentirati potpunu medikacijsku povijest
- B2. Procijeniti pacijentovo razumijevanje svrhe propisane terapije
- B3. Otkriti/shvatiti pacijentovo (laičko) shvaćanje bolesti
- B4. Otkriti razmjere pacijentove zabrinutosti u vezi terapije
- B5. Ispitati društvene navike odnosno aspekte pacijentovog (ne)zdravog životnog stila
- B6. Utvrditi razmjere pacijentove neadherencije
- B7. Utvrditi razloge nepravilnog uzimanja terapije (namjerni, nenamjerni)
- B8. Identificirati pacijentove terapijske probleme te ih rangirati po važnosti

C. POSTUPCI I RJEŠENJA

Cilj ovog poglavlja je da ljekarnik u suradnji s pacijentom dogovori plan rješavanja svih problema i nejasnoća vezanih uz propisanu terapiju, na najprihvatljiviji način za pacijenta.

- C1. Pružiti pacijentu informaciju u skladu s njegovim razumijevanjem bolesti i terapije (objašnjenje rizika i dobrobiti terapije)

- C2. Uključiti pacijenta u kreiranje plana liječenja
- C3. Savjetovati pacijenta kako i kada uzimati lijekove, o trajanju liječenja te dogovoriti sljedeći susret
- C4. Provjeriti pacijentovu sposobnost pridržavanja liječenja
- C5. Provjeriti pacijentovo razumijevanje
- C6. Prikladno uputiti drugim zdravstvenim djelatnicima

D. ZATVARANJE KONZULTACIJE/ZAKLJUČAK

Cilj ovog odjeljka je odrediti strategiju djelovanja u slučaju nepredviđenih situacija kako bi pacijentu ostavio mogućnost lakšeg rješavanja problema, ukoliko dođe do njega.

- D1. Objasniti što učiniti i koga kontaktirati ako pacijent ima poteškoće s pridržavanjem plana
- D2. Dogovoriti sljedeću konzultaciju ili ostaviti kontakt
- D3. Ponuditi mogućnost postavljanja dodatnih pitanja

E. KONZULTACIJSKA PONAŠANJA

Cilj ovog odjeljka je utvrditi uspješnost ljekarnikovih komunikacijskih vještina važnih za davanje jasne poruke pacijentu, pokazivanja empatije i razumijevanja te učinkovito provedenog vremena konzultiranja.

- E1. Pozorno slušati i dozvoliti pacijentu da dovrši rečenicu bez prekidanja
- E2. Prikladno koristiti otvorena i zatvorena pitanja
- E3. Pokazati empatiju i pružati podršku pacijentu
- E4. Izbjegavati ili objasniti stručne izraze („žargon“)
- E5. Prihvatiti pacijenta (poštivati ga, ne odnositi se prema njemu pokroviteljski niti ga osuđivati)
- E6. Primijeniti logičan i strukturiran pristup konzultacijama
- E7. Prema potrebi sažeti potrebne informacije
- E8. Učinkovito koristiti vrijeme (provesti konzultaciju unutar raspoloživog vremena)
- E9. „Upravlјati“ konzultacijom ili ponovno zadobiti „kontrolu“ ukoliko je potrebno

3.1.3. SKALE VREDNOVANJA UNUTAR OKVIRA ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU

U svrhu vrednovanja konzultacije koriste se skale na dvije razine:

1) SKALA VREDNOVANJA NA RAZINI ODJELJKA

Skala vrednovanja odnosi se na pojedini odjeljak (A-D), a temelji se na Likertovoj skali vrednovanja koja se sastoji od pet kategorija, u rasponu od 0-4. Svrha joj je procijeniti ostvarene ciljeve u svakom pojedinom odjeljku.

- 0- potpuno se slažem
- 1- uglavnom se slažem
- 2- ne mogu se odlučiti
- 3- uglavnom se ne slažem
- 4- uopće se ne slažem

2) KONAČNA SKALA VREDNOVANJA

Pomoću konačne skale vrednovanja ocjenjivač daje ukupnu procjenu uspješnosti izvedene konzultacije uzimajući u obzir procjenu svakog pojedinog odjeljka. Sveukupne ljekarničke konzultacijske vještine ocjenjuju se pomoću skale koja sadrži 5 kategorija, a to su „loše“, „granične“, „zadovoljavajuće“, „dobre“ i „jako dobre“ konzultacijske vještine.

Također, na samom kraju konzultacijskog okvira nalazi se prostor za komentar, gdje ocjenjivač može iznijeti svoje mišljenje o prednostima i nedostacima konzultacije te obrazložiti pojedinu ocjenu.

3.2. PRILAGODBA INSTRUMENTA

3.2.1. POV RATNI PRIJEVOD

Okvir za terapijsku konzultaciju, za potrebe ovog istraživanja, prvi je put preveden s engleskog na hrvatski jezik, pri čemu je korištena metoda po Brislinu R.W. Okvir su prevele dvije stručne osobe u području ljekarničke skrbi, čije se znanje engleskog jezika procjenjuje vrlo visokim, dok je u procesu povratnog prijevoda s hrvatskog na engleski jezik prevoditelj bio slijep na izvornu verziju Okvira, koristeći isključivo verziju na hrvatskom jeziku. Konsenzusom tri stručne osobe dogovoren je konačni izgled Okvira za terapijsku konzultaciju. Svrha ovog koraka je potvrditi nepromijenjeno značenje hrvatskog prijevoda u usporedbi s izvornom engleskom verzijom Okvira, odnosno zadržati semantičko i konotativno značenje istog, što je i potvrđeno budući da je povratni prijevod odgovarao izvornom.

3.2.2. PROCES VALIDACIJE

Mjerni instrument, kao i postupak mjerenja, od velike su važnosti jer o njima ovisi preciznost i valjanost istraživanja, a da bi mjerenje bilo uspješno i dobiveni podaci upotrebljivi, svaki mjerni instrument treba posjedovati zadovoljavajuće metrijske karakteristike. Kako bi se procijenila osnovna metrijska svojstva hrvatske verzije Okvira, testirane su:

1. Diskriminacijska valjanost (*eng. discriminant validity*)

Za svaki mjerni instrument, kojim možemo razlikovati ispitanike prema znanjima koje ispituje, kažemo da je diskriminantan instrument, odnosno osjetljiv. Dakle, osjetljivost je metrijska karakteristika mjernog instrumenta, u čijoj se osnovi nalazi sposobnost razlikovanja ispitanika s obzirom na ono što se mjeri tim instrumentom. Diskriminacijska analiza valjanosti provedena je Mann-Whitneyevim testom.

2. Pouzdanost (*eng. reliability*)

a) Pouzdanost među procjeniteljima (*eng. inter-assessor reliability*)

Pouzdanost među procjeniteljima, odnosno objektivnost, jedno je od najvažnijih metrijskih svojstava svakog mjernog instrumenta, kojim se određuje nezavisnost rezultata mjerenja. Što je veće slaganje između rezultata dobivenih od različitih procjenjivača, to je objektivnost mjerenja veća. Mjerne instrumente potrebno je tako koristiti, da se isključi svaka subjektivnost onih koji vrše mjerenje. Pouzdanost među procjeniteljima mjerena je Kendall's W testom.

b) Unutarnja pouzdanost (konzistentnost) (*eng. internal consistency*)

Određivanjem pouzdanosti mjernog instrumenta metodom unutarnje konzistencije, testira se korelacija među stavkama te ispituje u kojoj mjeri stavke unutar testirane domene mjere isti koncept. Unutarnja pouzdanost određena je pomoću Chronbachova alfa koeficijenta pouzdanosti.

3.3. PROCJENA STUDENTSKE KONZULTACIJE

3.3.1. ISPITANICI

Istraživanje je provedeno na uzorku od 128 studenata (113 djevojaka, 15 mladića) diplomskog studija farmacije na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu. Ispitani su studenti pete godine studija u sklopu obveznog kolegija „Konzultacijske vještine“ pod vodstvom prof. dr. sc. Živke Juričić, u periodu od tri mjeseca. Medijan dobi iznosio je 24

godine (raspon od 23-25). Istraživanje je provedeno u razdoblju od rujna do prosinca 2016 godine. Studenti koji nisu na adekvatan način ispunili obrazac Okvira za terapijsku konzultaciju, bili su isključeni iz daljnje obrade podataka. U analizu određivanja pouzdanosti među procjeniteljima bilo je uključeno 57 studenata, dok je analiza unutarnje pouzdanosti obuhvaćala 81 studenta, a završna procjena konzultacijskih vještina analizirana je na uzorku od 49 studenata. Prilikom analize diskriminacijske valjanosti Okvira, obrađeno je ukupno 200 studentskih procjena.

3.3.2. POSTUPAK

Istraživanje se odvijalo tijekom redovne nastave kolegija “Konzultacijske vještine,, koji je imao za cilj upoznati studente s temeljnim načelima ljekarničke konzultacije. Studenti su bili podijeljeni u četiri seminarske skupine od otprilike trideset studenata. Seminari su osmišljeni na način da student dobrovoljac izvodi konzultaciju s pacijentom dok preostali studenti samostalno procjenjuju njegove konzultacijske vještine putem Okvira za terapijsku konzultaciju, uz prethodni pristanak studenta kojeg se procjenjuje. Svaka konzultacija popraćena je videozapisom. Prije izvođenja konzultacija svi studenti su upoznati s konceptom Okvira za terapijsku konzultaciju, njegovom namjenom i postupkom ispunjavanja u svrhu procjene, kako bi dobiveni podaci bili relevantni. Također, zatražena je suglasnost studenata za korištenje rezultata istraživanja isključivo u znanstvene svrhe. Svaki slučaj unaprijed je osmišljen za potrebe konzultacije, a uloga pacijenta dodijeljena je pacijentu glumcu koji je dobio detaljne upute o tome što reći i kako se ponašati za vrijeme konzultacije. U istraživanje su uključena tri slučaja, prvi slučaj oslikava moguće terapijske probleme pacijenata oboljelih od kronične bolesti respiratornog sustava kao što je astma, drugi slučaj je vezan uz terapiju kardiovaskularnih bolesti te treći slučaj sa stvarnim pacijentom. I prvi i drugi slučaj studenti su procjenjivali za vrijeme nastave na temelju prezentirane konzultacije od strane studenta dobrovoljca i pacijenta glumca, dok su treći slučaj procjenjivali na temelju provedene konzultacije sa stvarnim pacijentom koja im je postavljena u obliku video zapisa na mrežnim stranicama kolegija te ispunjeni Okvir, s vlastitom procjenom konzultacijske vještine za zadani slučaj, bili su dužni donijeti u Centar za primijenjenu farmaciju. Nakon prikupljenih podataka uslijedila je statistička obrada.



Slika 5. Prikaz terapijske konzultacije u simuliranim uvjetima

3.3.3. METODA STANDARDIZIRANOG PACIJENTA U PROCESU EDUKACIJE

Za vrijeme kolegija "Konzultacijske vještine", u svrhu poučavanja vještina konzultiranja, korištena je simulirana metoda standardiziranog pacijenta. Standardizirani pacijent je definiran kao osoba koja je osposobljena za prikazivanje terapijskih problema pacijenta, vodeći se uputama u scenariju. Zadaća mu je na što vjerodostojniji način, uz određenu razinu vlastite improvizacije, odigrati dogovorenu ulogu kako bi autentičnost priče i ozračje ostalo sačuvano. Metoda simulacija prilagodljiva je metoda poučavanja, korištena za razvijanje niza vještina i znanja u području ljekarništva, ali i za detekciju potencijalnih nedostataka u konzultacijskom procesu. Jedna od najvećih prednosti ove metoda je upravo prilika koja je pružena studentu kako bi svladavao i unapređivao vještine konzultiranja, odnosno provođenja ljekarničke skrbi, u sigurnim i kontroliranim uvjetima, bez rizika za stvarnog pacijenta (Smithson i sur., 2015).

3.3.4. ZAVRŠNA PROCJENA KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA STUDENATA

Nakon odslušanog kolegija „Konzultacijske vještine“, uzorak od 49 studenata bio je procijenjen od strane troje iskusnih procjenjivača kako bi se na temelju njihove procjene utvrdilo kojim konzultacijskim ponašanjima su studenti najviše, a kojim najmanje ovladali. U svrhu procjene korištena su tri scenarija iz različitih terapijskih područja (vidi u „Prilozi“).

3.4. STATISTIČKA ANALIZA

Podaci prikupljeni u ovom istraživanju obrađeni su pomoću statističkog programa SPSS, verzije 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistic for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp). Koristila se temeljna deskriptivna statistika (aritmetička sredina,

standardna devijacija) za sve varijable unutar Okvira. Za provjeru objektivnosti Okvira odnosno stupnja slaganja procjena od strane različitih procjenjivača korišten je Kendall's W test, dok je pouzdanost Okvira mjerena metodom unutarne konzistencije koja uključuje određivanje vrijednosti Chronbachova koeficijenta pouzdanosti. Mann-Whitneyev test upotrijebljen je za provjeru diskriminacijske valjanosti Okvira, budući da se radi o nepravilnoj raspodjeli podataka. Razina statističke značajnosti određena je s obzirom na kriterijsku vrijednost $P < 0,05$.

4. REZULTATI I RASPRAVA

Komunikacijske vještine su temelj na kojem se gradi uspješna i kvalitetna konzultacija. Dobra komunikacija važna je i za ljekarnika i za pacijenta te se smatra pokazateljem kvalitete pružanja ljekarničke skrbi. Da bi se postigla kompetentnost u konzultacijama nužno je pridržavanje strukturiranog procesa konzultiranja koji je usmjeren prema pacijentu. U tom obostranom odnosu, ljekarnik bi trebao uzeti u obzir kulturološku, govornu i socijalnu pozadinu pacijenta prilikom procjenjivanja njegovih zdravstvenih potreba jer ona u velikoj mjeri utječe i na njegova uvjerenja o zdravlju i na stil usvojene komunikacije. Na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu, prepoznata je potreba za implementacijom kontinuirane izobrazbe na području usvajanja komunikacijskih vještina, stoga se od 2006/07 akademske godine uvodi kolegij pod nazivom „Konzultacijske vještine“, kao obavezni predmet za sve studente farmacije. Program nastave je dizajniran kako bi se studenti upoznali s modelima i načinima komunikacije između ljekarnika i pacijenta te usvojili osnovne konzultacijske vještine neophodne u provođenju učinkovite ljekarničke skrbi. Tijekom izvođenja nastave, Okvir za terapijsku konzultaciju, korišten je također u svrhu upoznavanja studenata sa strukturom konzultacije i svih potrebnih vještina konzultiranja te vrednovanje provedene konzultacije. Okvir je osmišljen da bi olakšao proces konzultiranja pacijenta i omogućio ljekarniku procijeniti pacijentovo shvaćanje bolesti i terapije te na temelju toga mogao pružiti adekvatnu skrbi. U svojoj strukturi sadrži ključne postulate ljekarničke skrbi i model za otkrivanje razloga pacijentove neadherencije.

Ovaj rad imao je za cilj adaptaciju i validaciju Okvira za terapijsku konzultaciju, kojim se mjeri kvaliteta provedene konzultacije. Usporedit ćemo rezultate našeg istraživanja s rezultatima Abdel-Tawaba i sur. te s dosad objavljenim rezultatima drugih istraživanja. Radi se o novom Okviru, čija je teorijska osnova vrlo mlada i nedovoljno potkrijepljena znanstvenim istraživanjima na području ljekarništva, stoga je ovo istraživanje ujedno i pivot istraživanje na populaciji studenata farmacije u Hrvatskoj. Originalna verzija Okvira adekvatno je jezično adaptirana na našem jezičnom području, a nakon toga bilo je potrebno metrijski ocijeniti Okvir u novoj kulturnoj sredini. Stoga, da bi se Okvir za terapijsku konzultaciju mogao primijeniti u Hrvatskoj, napravljeno je metrijsko vrednovanje hrvatske verzije upitnika, odnosno testirana je valjanost i pouzdanost Okvira.

4.1. POUZDANOST MEĐU PROCJENITELJIMA

Kao što smo već spomenuli, objektivnost je jedna od najvažnijih metrijskih svojstava svakog mjernog instrumenta pa Okvir može biti upotrebljiv samo u slučaju kada različiti procjenjivači ispitujući istim okvirom iste ispitanike, dolaze do jednakih ili vrlo sličnih rezultata. Stoga smo prilikom procesa validacije, pouzdanost između procjenitelja, mjerili Kendall's W testom. Statistička analiza izvršena je na uzorku od 57 studenata koji su procijenili sve tri konzultacije.

Tablica 2. Međusobno slaganje u procjenama na razini konačne i skale pojedinog odjeljka (A-D).

	Kendall's W	Chi-square	df	P
Skala pojedinog odjeljka				
(A) Uvod u konzultaciju	0,55	64,46	2	< 0,001
(B) Prikupljanje podataka i identifikacija problema	0,36	41,43	2	< 0,001
(C) Postupci i rješenja	0,50	56,79	2	< 0,001
(D) Zatvaranje konzultacije/Zaključak	0,42	47,46	2	< 0,001
Konačna skala	0,69	78,04	2	< 0,001

Iz Tablice 2, vidimo da je najveće slaganje među procjeniteljima bilo na razini sveukupnog dojma o konzultaciji, odnosno na konačnoj skali vrednovanja gdje je Kendall's W iznosio 0,69 ($df = 2$; $p < 0,001$). Kada dobivene rezultate usporedimo s rezultatima istraživanja Abdel-Tawaba i sur., dobivamo gotovo pa istu Kendall's W vrijednost koja iznosi 0,67. Kendall's W vrijednosti dobivene na temelju skale pojedinog odjeljka bile su nešto manje, u rasponu od 0,36 do 0,50 ($df = 2$; $p < 0,001$), ali i dalje značajno dobro. Najveće slaganje u procjenama bilo je u uvodnom dijelu, a najmanje u segmentu prikupljanja podataka i identifikacije problema. I ovi rezultati su slični rezultatima iz spomenutog istraživanja gdje je Kendall's W vrijednost bila u rasponu od 0,48 do 0,56, dok je najmanje zadovoljavajuće slaganje među procjeniteljima zabilježeno na razini pojedinačne skale vrednovanja, u rasponu od 0,28 do 0,67. Abdel-Tawab i sur. ističu stavku „Istražiti pacijentove stavove prema uzimanju lijekova“ kod koje je razilaženje u procjenama, odnosno viši stupanj subjektivne

prosudbe bio značajniji. Povezuju to s osobnim vještinama procjenitelja po kojima se međusobno razlikuju, što je u konačnici i rezultiralo neslaganjima u procjeni, iako su svi prošli opsežnu obuku prije samog ocjenjivanja simuliranih konzultacija (Abdel-Tawab i sur., 2011). Stupanj slaganja u procjenama od strane procjenjivača, na razini pojedinačne skale vrednovanja, u ovom istraživanju, nije bilo moguće izračunati, obzirom da uzorak ispravno ispunjenih obrazaca Okvira, nije bio reprezentativan. U konačnici stupanj suglasnosti između procjenjivača ostao je značajan ($p < 0,05$) te na osnovu rezultata zaključujemo, da je objektivnost Okvira zadovoljavajuća.

4.2. UNUTARNJA POUZDANOST (KONZISTENTNOST)

Sljedeći korak u procesu validacije je određivanje unutarnje pouzdanosti Okvira, pomoću Cronbachova alfa koeficijenta pouzdanosti. U svrhu statističke analize uzeta je u obzir konzultacija br. 3 iz razloga što je procijenjena od strane najvećeg broja studenata ($N = 81$). Procjenu su studenti izvršili nakon odslušanog kolegija, kada su postali vještiji u procjenjivanju kompetencija.

Tablica 3. Sumarni Cronbachov alfa koeficijent za sva postupanja u pojedinom odjeljku

Pojedinačne procjene postupanja		Cronbach alfa (α)
(A) Uvod u konzultaciju	(5 postupanja)	0,48
(B) Prikupljanje podataka i identifikacija problema	(8 postupanja)	0,51
(C) Postupci i rješenja	(6 postupanja)	0,47
(D) Završetak konzultacije/Zaključak	(3 postupanja)	0,39
(E) Konzultacijska ponašanja	(8 postupanja)	0,63

Iz Tablice 3, vidimo da se Cronbachova alfa koeficijent pokazao najvišim u odjeljku E „Konzultacijska ponašanja“ ($\alpha = 0,63$), u kojem je postupanje E1 „Ljekarnik je pažljivo slušao pacijenta ne prekidajući ga“ bilo isključena iz daljnje obrade budući da su ga svi studenti jednoglasno procijenili pa nije postojalo varijance. Najmanja unutarnja dosljednost postupanja pokazala se u odjeljku D „Zaključak konzultacije“ ($\alpha = 0,39$), unutar kojeg se isticalo postupanje D2 „Dogovoriti sljedeću konzultaciju ili ostaviti kontakt“ s najvišim Cronbach alfa,

ako bi se izbrisalo to postupanje ($\alpha = 0,440$). Slično odstupanje zabilježeno je u odjeljku A „Uvod“ kod postupanja A2 „Predstaviti se“ i A4 „Potaknuti pacijenta na razgovor o terapiji“ gdje bi raspon Cronbachova alfa koeficijenta, ako bi se izbrisala navedena postupanja, iznosio između 0,524 i 0,529. U ovom slučaju, odstupanje triju navedenih stavki nije značajno, stoga one nisu isključene iz postojećeg Okvira. Koristeći se ovom statističkom metodom, možemo donositi odluke koja postupanja ima smisla ostavljati u Okviru, a koja ne. Ipak, kod odlučivanja o izbacivanju postupanja, moramo voditi računa o njihovom sadržaju, jer neke postupanja ne moraju biti visoko konzistentna s drugima, mogu biti takva da ih rijetki rješavaju ili zaokružuju, a da im je i dalje mjesto u Okviru.

Uspoređujući dobivene rezultate s onima iz navedenog istraživanja, zamjećujemo postojanje veće razine unutarnje konzistencije među postupanjima, u odnosu na rezultate ovog istraživanja. Cronbachov alfa koeficijent je viši od 0,80 za postupanja unutar odjeljaka B „Prikupljanje podataka i identifikacija problema“, C „Postupci i rješenja“ i E „Konzultacijska ponašanja“, dok se za odjeljke A „Uvod“ i D „Zaključak konzultacije“ kreće između 0,58 i 0,60. Nekoliko postupanja je isključeno iz analize zbog toga što nisu bile primjenjive u uvjetima simuliranih konzultacija, a to su postupanje A6 „Obratiti pažnju na udobnost i privatnost“, B8 „Poduzeti odgovarajuće procjene“, E9 „Koristiti rezultate iz dobivenih rezultata kako bi objasnili donesene odluke i mogućnosti liječenja“, E10 „Koristiti potvrđene činjenice (medicine temeljene na dokazima) kako bi objasnili donesene odluke i mogućnosti liječenja“ te postupanje E14 „Osigurati logičnu i ispravnu dokumentaciju“. Stoga su Abdel-Tawab i sur., zaključili da rezultati ukazuju na međusobnu povezanost pojedinih postupanja unutar odjeljaka i da te postupanja mjere opisani koncept (Abdel-Tawab i sur., 2011).

4.3. DISKRIMINACIJSKA VALJANOST

Kao što je u uvodnom dijelu rečeno, glavna primjena Okvira za terapijsku konzultaciju, je procjena kvalitete konzultacije, a da bismo potvrdili je li Okvir odgovara svrsi, provedena je diskriminacijska analiza valjanosti, koristeći se Mann-Whitneyevim testom. U analizu je bilo uključeno pet konzultacija, od kojih su tri unaprijed okarakterizirane kao dobre konzultacije, a dvije kao loše konzultacije, od strane kompetentnih osoba.

Tablica 4. Mann-Whitney test diskriminacijske valjanosti Okvira

Konzultacija	N	Srednja vrijednost	Standardna devijacija	p
Dobra	138	3,28	± 0,6	< 0,001
Loša	62	2	± 0,678	< 0,001

Nakon statističke obrade koja je obuhvatila ukupno 200 procjena različitih procjenjivača, 138 konzultacija prepoznato je kao dobre kvalitete sa srednjom ocjenom 3,28 (± 0.6) na skali od 0-4, a 62 konzultacije prepoznate su kao loše sa srednjom ocjenom 2 ($\pm 0,678$) (Tablica 4). Evidentno je da su studenti primjenom Okvira, uspješno prepoznali i razlučiti dobre konzultacije od loših pa je Mann-Whitneyevom analizom potvrđena diskriminacijska valjanost konzultacijskog Okvira, odnosno mogućnost razlučivanja konzultacija prema njihovoj kvaliteti, budući da je procjenama prema okviru dobivena statistički značajna razlika ($p < 0,001$).

Za razliku od ovog istraživanja, Abdel-Tawab i sur., u svom su radu konzultacije kategorizirali na „dobre“, „loše“ i „zadovoljavajuće“. Za statističku obradu podataka koristili su Kruskal-Wallis test ($\text{Chi-square} = 12,5$; $\text{df} = 2$; $p < 0,001$), nakon čega je uslijedila Mann-Whitneyeva post hoc analiza kojom je dokazana značajna razlika između pojedinih kategorija ($z = 2.61$, $p < 0,001$). Došli su do istog zaključka, a to je diskriminacijska valjanost Okvira koji je pouzdan instrument vrednovanja ukupne kvalitete provedene konzultacije (Abdel-Tawab i sur., 2011).

4.4. ZAVRŠNA PROCJENA KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA

Osim validacije Okvira, drugi cilj ovog istraživanja bio je odrediti u kojim su segmentima konzultacijskog procesa studenti pokazali najbolje rezultate. Ispitivanje je provedeno nakon završetka kolegija „Konzultacijske vještine“, a procjenu su vršili suradnici na kolegiju.

Tablica 5. Prikaz završne procjene studentskih konzultacija

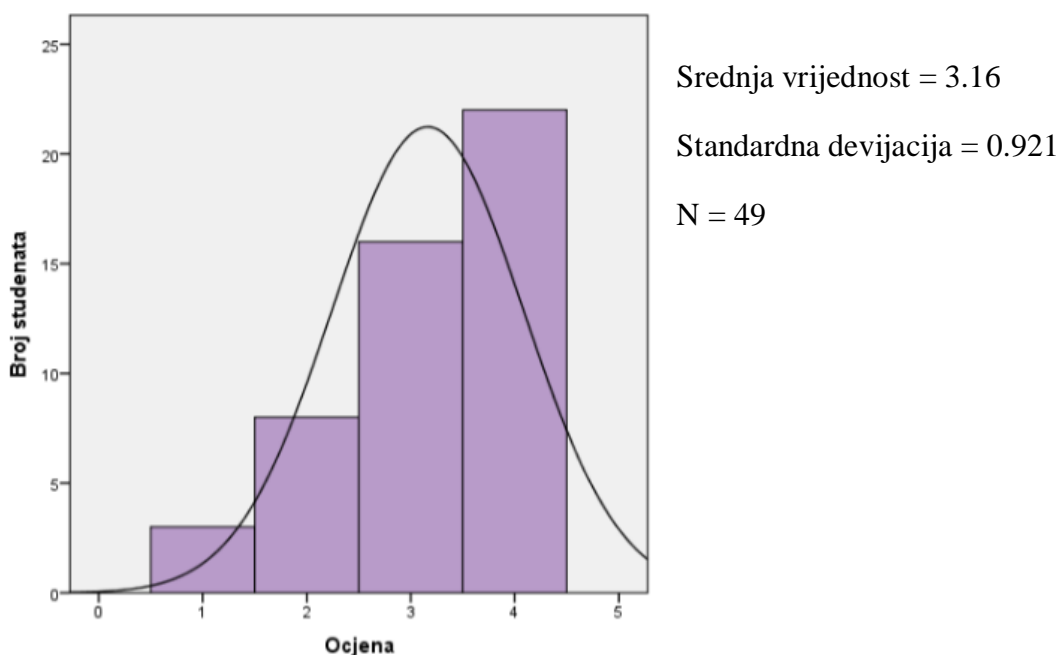
	SV	SD	Varijanca	%
Ocjena na skali pojedinog odjeljka				
(A) Uvod u konzultaciju	3,27	0,908	0,824	49,0
(B) Prikupljanje podataka i identifikacija problema	3,43	0,913	0,833	63,3
(C) Postupci i rješenja	3,22	0,823	0,678	44,9
(D) Završetak konzultacije/Zaključak	3,29	0,842	0,708	51,0
(E) Konzultacijska ponašanja	3,41	0,762	0,580	55,1
Ocjena na konačnoj skali	3,16	0,921	0,848	44,9

SV- Srednja vrijednost, SD-standardna devijacija, %- postotak studenata s najvišom ocjenom

Analizom rezultata, dobivenih nakon završne procjene studentskih konzultacija, u kojoj je sudjelovalo 49 studenata, vidljivo je da su studenti gotovo podjednako dobri bili na svim razinama konzultiranja te je srednja vrijednost ocjena za pojedini odjeljak varirala u rasponu od 3,22 do 3,43, što je vrlo visoko budući da je maksimalna ocjena 4. Iz postotka studenata s najvišom ocjenom, vidimo da je u segmentu prikupljanja podataka i identifikacije terapijskih problema bilo najviše studenata s ocjenom 4, čak njih 63,3% (vidi Tablicu 5). Takav rezultat je očekivan, s obzirom da je u nastavnom programu kolegija najveći naglasak stavljen upravo na taj dio konzultacije, koji je temelj za uspješnu provedbu ljekarničke skrbi. Znamo da je prilikom pružanja ljekarničke skrbi za pacijenta najvažnije da ljekarnik utvrdi što je u pozadini njegovog zdravstvenog stanja jer bez toga teško se može otkriti postojanje i mogućnost razvoja problema vezanih uz terapiju. Ukoliko se pregled propisane terapije obavlja bez ovih podataka, velika je vjerojatnost da se pogrešno procjeni je li neka terapija odgovarajuća za tog pacijenta ili ne. Osim u tom segmentu, 55,1% studenta s najvišom ocjenom pokazalo je jako dobre vještine u načinu komuniciranja i pristupu prema pacijentu. Odnos s pacijentom gradi se tijekom cijele konzultacije pa je pacijentu osim stručnog savjeta potrebno razumijevanje i potpora. Dobar uzajamni odnos ljekarnika i pacijenta izgrađuje pacijentovo povjerenje, koji onda osjeća slobodu u izlaganju poteškoća zbog kojih je došao. Najbitnije komunikacijske vještine su prihvaćanje, priznavanje, odobravanje, potpora i empatija koja podrazumijeva elemente kao što su topli prijem pacijenta, otvorena pitanja, pokazivanje interesa za pacijentov problem te razumijevanje verbalnih i neverbalnih poruka. Ono u čemu su se studenti pokazali najslabiji je rješavanje terapijskih problem, što ne

iznenađuje, obzirom da te vještine zahtijevaju opsežno znanje o lijekovima, interakcijama i nuspojavama lijekova te ih je potrebno razvijati dugoročno. Za taj segment konzultacije 44.9% studenata procijenjeno s najvišom ocjenom. Odabir lijeka bazira se na načelima medicine temeljene na dokazima, kliničkoj učinkovitosti i racionalnosti u odabiru najprikladnijeg lijeka, doze i oblika za pojedinog pacijenta. Od ljekarnika se očekuje da je sposoban identificirati ili procijeniti, stvarne ili potencijalne interakcije od kliničkog značaja te omogućiti njihovo rješavanje. Isto tako, trebao bi moći prepoznati pacijente kojima je potreban kontinuiran nadzor terapije i adekvatno praćenje parametara bolesti kako bi se osiguralo uspješno liječenje i izbjegli neželjeni učinci terapije. Nadalje, kada govorimo o početnom i završnom segmentu konzultacije, studenti su podjednako uspješno odradili i jedan i drugi dio. Za uvodni dio 49% studenata je procijenjeno s najvišom ocjenom, a za završetak konzultacije njih 51%. U uvodnom dijelu ljekarnik bi trebao upoznati pacijenta, utvrditi razlog njegove posjete i uspostaviti početni odnos da bi potakao pacijenta na daljnju suradnju. Završni dio konzultacije, ali ne i manje važan odnosi se na sljedeće zadaće ljekarnika: potvrda dogovorenog plana liječenja, ukazivanje na važnost i dobrobit pridržavanja terapiji te uputa pacijentu kada i kako tražiti pomoć, ukoliko dođe do pojave komplikacija vezanih uz terapiju.

Iz Grafa 1, vidimo da najveći broj studenata posjeduje vrlo dobre konzultacijske vještine (ocjena 4), nešto manje studenata pokazuje dobre (3), a dok zadovoljavajuće (2) i granične (1) vještine konzultiranja ima manje od 10 studenata.



Graf.1 Procjena konzultacije na konačnoj skali vrednovanja

Analizirajući ukupni uzorak od 49 studenata farmacije, dolazimo do zaključka da su studenti suvereno ovladali vještinama konzultiranja što i dokazuje činjenica da je najveći broj studenata posjedovao vrlo dobre konzultacijske vještine, njih više od 20. Rezultat direktno upućuje na kvalitetu nastavnog programa koji je obuhvatio sve segmente u procesu konzultiranja. Studenti su uspjeli sva znanja i vještine podučene na kolegiju primijeniti tijekom simuliranih konzultacija, a usvojene vještine bi im uvelike trebale olakšati komunikaciju s pacijentima u budućem profesionalnom radu.

U zapadnim zemljama, već duži niz godina, provodi se sličan sustav opsežnog i dobro isplaniranog sustava poučavanja komunikacijskih vještina u medicini, još od samih početaka studija. Cilj je provoditi kontinuirano usavršavanje liječnika tijekom njihovog cijelog radnog vijeka. Primjerice, na jednom belgijskom medicinskom fakultetu, obrazovanje studenata započinje već od prve godine studija. Naime, studenti se od samog početka školovanja pripremaju za buduće kontakte s pacijentima i rade na razvoju komunikacijskim vještina, pri čemu se prvo svladava teorijski okvir, zatim učenje modela konzultacije i na kraju vježbe na primjerima stvarnih situacija. Nakon svake godine procjenjuje se stupanj usvojenosti novih znanja i vještina od strane dva ispitivača, objektivno strukturiranim kliničkim ispitom- OSKI (Deveguele i sur., 2005). Ispit obuhvaća nekoliko zadataka, a ispitivač promatra i ocjenjuje uspješnost u svakom pojedinom elementu zadatka, čime se nastoji na što objektivniji način procijeniti usvojene vještine (Harden i sur., 1975). Vrlo sličan sustav uvodi se 2011. godine i na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, u sklopu kolegija „Temelji liječničkog umijeća“. Nastava se izvodi longitudinalno, tijekom cijelog trajanja studija, a svrha je omogućiti stjecanje komunikacijskih i kliničkih vještina (www.mef.unizg.hr).

Wouda i sur., također su proveli ispitivanje doprinosa nastavnog programa, tijekom studija medicine, na unapređivanje komunikacijskih vještina. U ispitivanju su sudjelovale četiri skupine studenata (studenti koji su tek upisali studij medicine te studenti prve, treće i pete godine studija), specijalizanti te konzultati koji imaju dugogodišnje iskustvo u konzultiranju, ali nisu tijekom studija poučavani komunikacijskim vještinama. Procjena je vršena pomoću CELI instrumenta, a zadatak je bio saopćiti lošu vijest simuliranom pacijentu. Došli su do zaključka da studenti zaista tijekom studija stječu zadovoljavajuću razinu vještina komuniciranja, ali ta razina znanja najvećim se dijelom stječe već u ranim fazama nastavnog programa te se ne mijenja znatno u kasnijim godinama. Nadalje, konzultanti mogu ostvariti podjednako dobre rezultate kao i specijalizanti te studenti viših godina, bez obzira na nedostatak obuke tijekom školovanja (Wouda, 2012).

4.5. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Potrebno je istaknuti nekoliko ograničenja provedenog istraživanja. Prvo je, relativno mali uzorak studenata u pojedinim dijelovima istraživanja, kao što je analiza objektivnosti mjernog instrumenta na razini pojedinačne skale vrednovanja. Kao drugo, problem generalizacije rezultata zbog prigodnog uzorka, stoga bi se buduća istraživanja trebala provesti na različitim uzorcima, što podrazumijeva ljekarnike kako bi se dobila dodatna validacija ovih nalaza. Također, rezultati ovog rada se temelje na procjeni simuliranih konzultacija i ne mogu se generalizirati na ljekarničke konzultacije u praksi. I Treće, u ovome radu nije analizirana test-retest pouzdanost budući da uvjeti izvođenja nastave, odnosno plan i program kolegija te vremenska ograničenja to nisu dozvoljavali.

5. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je validirati Okvir za terapijsku konzultaciju na uzorku studenata farmacije Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta, Sveučilišta u Zagrebu, i nakon završne procjene utvrditi koje vještine konzultiranja su studenti najbolje usvojili te se u njima pokazali najuspješnijima, prilikom vođenja konzultacije u simuliranim uvjetima. Istraživanje o ljekarničkim konzultacijskim vještinama, prvo je istraživanje ove vrste provedeno u Hrvatskoj. Na osnovu statističke obrade prikupljenih podataka i dobivenih rezultata, možemo zaključiti sljedeće:

- Hrvatska verzija Okvira za terapijsku konzultaciju pokazala je dobra metrijska svojstva u izučavanoj populaciji studenata farmacije. Okvir za terapijsku konzultaciju je valjan, pouzdan i osjetljiv instrument za poučavanje i vrednovanje konzultacijskih vještina koji pruža korisne informacije o razini usvojenih konzultacijskih vještina.
- Studenti uključeni u ovo istraživanje pokazali su da posjeduju visoku razinu konzultacijskih vještina te su imali podjednako dobre vještine konzultiranja u svim segmentima konzultacijskog procesa što se smatra rezultatom poučavanja tijekom kolegija Konzultacijske vještine.
- Najveći broj studenata imao je najvišu ocjenu u odjeljku „Prikupljanje podataka i identifikacija problema“ što pripisujemo činjenici da je tijekom izvođenja nastave iz Konzultacijskih vještina upravo na taj dio stavljen najveći naglasak.
- Validirana hrvatska verzija Okvira za terapijske konzultacije može biti koristan alat u procjeni i poučavanju konzultacijskih vještina ljekarnika te bi njena dodatna validacija u realnom okruženju mogla doprinijeti jasnijim preporukama o uporabi Okvira u ljekarničkoj praksi

6. LITERATURA

- Abdel-Tawab R, Higman James D, Fichtnger A, Clatworthy J, Horne R, Davides G. Development and validation of the Medication-Related Consultation Framework (MRCF). *Patient Educ Couns*, 2011, 83, 451-457.
- Abughosh B, Wang X, Serna O, Esse T, Mann A, Masilamani S, McDonnell Holstad M, Essien EJ, Fleming M. A Motivational Interviewing Intervention by Pharmacy Students to Improve Medication Adherence. *J Mang Care Spec Pharm*, 2017, 23, 549-560.
- Adherencija za lijekove, 2012., <http://www.plivamed.hr>, pristupljeno 23. 4. 2017.
- Ascertaining barriers for compliance: policies for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe, 2012., <http://abcproject.eu/img/ABC%20Final.pdf>, pristupljeno 23. 04. 2017.
- Bear MD, Barlett D, Evans P. Pharmacist Counseling and the use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs by Older Adults. *Consult pharm*, 32, 161-168.
- Benbassat J, Baumal R. A step-wise playing approach for teaching patient counseling skills to medical students. *Patient Educ Couns*, 2002, 46, 147-152.
- Braš M, Đorđević V, Čikeš N, Brajković L, Davor M. Komunikacija liječnika i bolesnika. *Medix*, 2011, 92, 38-43.
- Braun R, Schulz M. Selbstbehandlung – Beratung in der Apotheke 4. Erg.-Lfg., Frankfurt am Main: Govi-Verlag, 1999, 1-17.
- Competency Development Evaluation Group. GLF-General Level Framework - A Framework for Pharmacist Development in General Pharmacy Practice, 2. izd., London: CoDEG, 2007.
- Council on Credentialing in Pharmacy. Credentialing in Pharmacy. *Am J Health Syst Pharm* 2001, 58, 69-76.
- Coutts JA, Gibson NA, Paton JY. Measuring compliance with inhaled medication in asthma. *Arch Dis Child*, 1992, 67, 332-333.
- Cramer J, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 2008, 44-47

Čulig J, Bošković J, Huml D, Leppe M. Patient Medication Adherence in Chronic Diseases in Zagreb (Croatia). *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, Edinburgh, 2009, 94-94.

Čulig J. Farmakoterapija u starijih bolesnika. *Medicus*, 2005, 257-260.

Čulig J. Adherencija prema propisanoj terapiji. *Pharmabiz*, 2016, 22, 44-47.

Deveguele M, Derese A, De Maesschalck S, Willems S, Van Driel M, De Maeseneer J. Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? *Patient Educ Couns*, 2005, 58, 265-70.

Đorđević V, Braš M, Čikeš N, Brajković L, Miličić D. Suvremeni pristup edukacijskim vještina. *Medix*, 2011, 92, 19-26.

Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering, NIH Publication No. 07-6225, Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2007.

European community pharmacy, 2012., <http://www.pgue.eu>, pristupljeno 14. 05. 2017.

Evans R, Elwyn G, Edwards A. Review of instruments for peer assessment of physicians. *BMJ*, 2004, 328(7450), 1240.

Frohlich ED. Recent advances in hypertension, stroke, and cardiorenal disease. *Curr Opin Cardiol*, 2005, 20, 258-63.

Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D. A Comprehensive Pharmacist Intervention to Reduce Morbidity in Patients 80 Years or Older: A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*, 2009, 169, 894-900.

Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J*, 2010, 38-43.

Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ*, 1975, 1, 447-451.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 1990, 47, 533-543.

Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke JK. Does pharmacist-led education review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*, 2008, 65, 303-316.

Horne R. Patient's beliefs about treatment: The hidden determinant of treatment outcome? *J Psychosom Res*, 1999, 47, 491-495.

Hynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in Health Care. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979, str. 1205-1207.

Improving medication adherence in older adults, 2006., <http://www.adultmedication.com>, 5. 5. 2017.

Jakševac-Mikša M. Uloga ljekarnika u savjetovanju o farmakoterapiji. *Medicus*, 2002, 11, 13-18.

Johnson MJ, Williams M, Marshall ES. Adherent and nonadherent medication taking in elderly hypertensive patients. *Clin Nurs Res*, 1999, 318-335.

Kraan HF, Crijnen AAM, M. Van der Vleuten AP, Imbos T. Evaluation Instruments for Medical Interviewing Skills. U: The Medical Interview. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, Carroll JG, Frankel RM, New York, Springer, 1995, str. 460-472.

Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calagary-Cambridge guides. *Acad Med*, 2003, 78, 802-809.

Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 2008, 371, 1513-1518.

Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*, 2001, 45, 23-34.

Meštrović A. Razvoj i evaluacija stručno-znanstvenih kompetencija u pružanju ljekarničke skrbi. Doktorski rad. Sveučilište u Zagrebu, Farmaceutsko-biokemijski fakultet, 2012, 50.

Mills E, Farmer D, Bates I, Davies G, Webb DG. The General Level Framework: use in primary care and community pharmacy to support professional development. *Int J Pharm Prac* 2008, 16, 325-331.

Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane database Syst Rev*, 2013, 3, CD003751.

Norcini JJ, McKinley DW. Assessment methods in medical education. *Teaching and Teacher Education*, 2007, 23, 239–250.

Ong LK, Cheung BMY, Man BY, Lau CHP, Lam KSL. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. *Hypertension*, 2007, 49, 69-75.

Pavlović D, Bačeković A, Pavlović N. Kako poboljšati uspješnost liječenja hipertenzije? *Medicus*, 2007, 201-204.

Pavličević I, Simi S. Mišljenje pacijenata je važno: pacijenti trebaju odlučivati o svojem liječenju zajedno s liječnicima. *Medix*, 2014, 109/110, 116-119.

Pejić Bach M, Murgić J. Poslovne komunikacije 2. Zagreb, Alka script, 2013.

Periasamy U, Mohd Sidik S, Rampal L, Fadhilah SI, Akhtari-Zavare M, Mahmud R. Effect of chemotherapy counseling by pharmacists on quality of life and psychological outcomes of oncology patients in Malaysia: a randomized control trial. *Health Qual Life Outcomes*, 2017, 15, 104.

Priest H. Uvod u psihološku njegu u sestriinstvu i drugim zdravstvenim strukama. Jastrebarsko, Naklada Slap, 2014.

Philips LS, Branch WT, Cook BC i sur. Clinical Inertia. *Ann Intern Med*, 2001, 135, 825-834.

Readdean KC, Heuer AJ, Scott Parrott J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*, 2017, S1551-7411, 30372-2.

Resolution WHA 47.12 Role of the Pharmacist in support of the WHO Revised Drug Strategy. 47th World Health Assembly, Geneva, 1994.

Romano M. Perception is everything. *Mod Health* 2005, 35, 13.

Rose LE et al. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure.

J Adv Nurs, 2000, 32, 587-594.

Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. From compliance to concordance; achieving shared goals in medicine taking. London, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and Merck Sharp & Dohme, 1997.

Sabate E. WHO Adherence Meeting Report. World Health Organization, Geneva, 2001.

Sanii Y, Torkamandi H, Gholami K, Hadavand N, Javadi M. Role of pharmacist counseling in pharmacotherapy quality improvement. *J Res Pharm Pract*, 2016, 5, 132-137.

Smithson J, Bellingan M, Glass B, Mills J. Standardized patients in pharmacy education: An integrative literature review. *Curr Pharm Teach Learn*, 2015, 7, 851-863.

Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. *Curr Pharm Des*, 2004, 10, 3987-4001.

Strauman EC. M.D.(eity) no more: challenging physician credibility and encouraging patient autonomy in health advice columns. *Fla Commun J*, 2001, 29, 28-41.

Temelj liječničkog umijeća, 2011., <http://www.mef.unizg.hr>, pristupljeno 30.06.2017.

The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication, 1998., <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>, pristupljeno 07.04.2017.

Tzaneva V, Iacob T. A better communication with the patients improves the management of HIV disease: a nonsystematic review. *Clujul Med*, 2013, 86, 181-184.

Važnost suradnje bolesnika i liječnika, 2011., <http://www.ordinacija.hr>, pristupljeno 15. 03. 2017.

Zakon o ljekarništvu, <http://www.zakon.hr>, pristupljeno 04. 04. 2017.

Wand RY, Alexander GC, Stafford RS. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification and control in Western Europe and United States. *Arch Intern Med*, 2007, 167, 141-147.

World Health Organisation. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organisation, Geneva, 2003.

World Health Organization. Cancer, 2017.,

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, pristupljeno 21. 05. 2017.

Wouda JC, B.M. van der Wiel H. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Patient Educ Couns*, 2012, 86, 57-62.

Wroe AL. Intentional and unintentional nonadherence: a study of decision making. *J Behav Med* , 2002, 25, 355-372.

7. SAŽETAK/SUMMARY

Validacija Okvira za terapijsku konzultaciju i procjena konzultacijskih vještina studenata farmacije

Sposobnost kvalitetne komunikacije od iznimne je važnosti u kontekstu terapijske konzultacije te pridonosi boljoj i uspješnijoj provedbi ljekarničke skrbi. Svrha konzultacije je uvid u pacijentove terapijske probleme kako bi ljekarnik u zajedničkoj suradnji s pacijentom, pronašao adekvatno rješenje. Dobra komunikacija, ravnopravni i partnerski odnos ljekarnika i pacijenta, pozitivno utječu na pacijentovo shvaćanje bolesti, suradnju i ishode liječenja. Dakle, znanje i vještine komuniciranja preduvjet su uspješne konzultacije pa se posljednjih godina velika pažnja pridaje implementaciji kontinuirane izobrazbe na tom području. Svrha ovog istraživanja je bila pomoću, Okvira za terapijsku konzultaciju, provesti procjenu usvojenih konzultacijskih vještina u pojedinom segmentu konzultacijskog procesa te validirati spomenuti instrument. U istraživanju su sudjelovali studenti završne godine studija farmacije, Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, koji su pohađali nastavu kolegija „Konzultacijske vještine“. Kako bi se procijenila metrijska svojstva hrvatske verzije instrumenta, testirana je diskriminacijska valjanost, unutarnja pouzdanost, te pouzdanost među procjeniteljima. Statističkom analizom prikupljenih podataka dobiveni su rezultati, koji potvrđuju da je Okvir za terapijsku konzultaciju, valjan i pouzdan instrument za poučavanje i vrednovanje vještina konzultiranja, pomoću kojeg dobivamo povratnu informaciju o kvaliteti konzultacije. Nadalje, studenti su pokazali da posjeduju visoku razinu konzultacijskih vještina te su imali podjednako dobre vještine konzultiranja u svim segmentima konzultacijskog procesa što se smatra rezultatom poučavanja tijekom kolegija Konzultacijske vještine.

Ključne riječi: komunikacija, terapijska konzultacija, ljekarnička skrb, adherencija

Validation of the Medication-Related Consultation Framework and assessment of consultancy skills of pharmacy students

Good communication is of utmost importance in the context of medication related consultation and contributes to the better and more successful implementation of pharmacy care. The purpose of such a consultation is to get insight into the patient's therapeutic difficulties so that the pharmacist can identify potential or current problems, and in collaboration with the patient find an appropriate solution. Good communication, equal and trustful based partnership between the pharmacist and the patient, positively affect the patient's understanding of the disease, the co-operation and the outcomes of the treatment. Thus, communication skills are a prerequisite for successful consultations, so in recent years, great attention has been paid to the implementation of continuing education in this area. The aim of this study was to validate Croatian version of the Medication-related Consultation Framework and to assess the consultation skills in the group of pharmacy students. Students in the final year at the Faculty of Pharmacy and Medical Biochemistry, University of Zagreb, who attended the course "Consultation Skills", participated in this study. In order to estimate the metric characteristics of the Croatian version of the instrument, discriminant validity, internal consistency, and inter-assessor reliability were tested. The results confirmed that the Medication-related Consultation Framework is a valid, reliable and sensitive instrument for teaching and evaluating consultation skills, and can be used for assessment of the pharmacists' consultations. Furthermore, the students' performance was very high in all segments of assessed consultations implying good quality of Consultation skills course.

Key words: communication, medication related consultation, pharmacy care, adherence

8. PRILOZI

Prilog 1. Okvir za terapijsku konzultaciju

OKVIR ZA TERAPIJSKE KONZULTACIJE

(A) Uvod u konzultaciju							
A.1	Predstaviti se					<input type="checkbox"/>	
A.2	Potvrditi pacijentov identitet					<input type="checkbox"/>	
A.3	Objasniti pacijentu svrhu i strukturu konzultacije					<input type="checkbox"/>	
A.4	Potaknuti pacijenta na razgovor					<input type="checkbox"/>	
A.5	Dogovoriti zajednički plan					<input type="checkbox"/>	
Ljekarnik nije uspio izgraditi terapijski odnos s pacijentom		0	1	2	3	4	Ljekarnik je u potpunosti uspio izgraditi terapijski odnos s pacijentom
(B) Prikupljanje podataka i utvrđivanje problema							
B.1	Dokumentirati potpunu medikacijsku povijest						<input type="checkbox"/>
B.2	Procijeniti pacijentovo razumijevanje svrhe propisane terapije						<input type="checkbox"/>
B.3	Shvatiti pacijentovo (laičko) razumijevanje njegove/njezine bolesti						<input type="checkbox"/>
B.4	Utvrđiti razmjere pacijentove zabrinutosti u vezi terapije						<input type="checkbox"/>
B.5	Istražiti aspekte (ne)zdravog pacijentovog životnog stila						<input type="checkbox"/>
B.6	Utvrđiti razmjere pacijentove neadherencije						<input type="checkbox"/>
B.7	Utvrđiti razloge nepravilnog načina uzimanja terapije (<i>nenamjerni</i> ili <i>namjerni</i>)						<input type="checkbox"/>
B.8	Identificirati pacijentove terapijske probleme te ih rangirati po važnosti						<input type="checkbox"/>
Ljekarnik nije uspio identificirati pacijentove terapijske potrebe		0	1	2	3	4	Ljekarnik je u potpunosti uspio identificirati pacijentove terapijske potrebe
(C) Postupci i rješenja							
C.1	Pružiti pacijentu informacije u skladu s njegovim razumijevanjem bolesti i terapije (objašnjenje rizika i dobrobiti terapije)						<input type="checkbox"/>
C.2	Uključiti pacijenta u kreiranje plana liječenja						<input type="checkbox"/>
C.3	Savjetovati pacijenta kako i kada uzimati lijekove, o trajanju liječenja te dogovoriti sljedeći susret						<input type="checkbox"/>
C.4	Provjeriti pacijentovu sposobnost pridržavanja liječenja (očekuju li se kakvi problemi?)						<input type="checkbox"/>
C.5	Provjeriti pacijentovo razumijevanje						<input type="checkbox"/>
C.6	Prikladno uputiti drugim zdravstvenim djelatnicima						<input type="checkbox"/>
Ljekarnik nije uspio izraditi pacijentu prihvatljiv plan liječenja		0	1	2	3	4	Ljekarnik je u potpunosti uspio izraditi pacijentu prihvatljiv plan liječenja

(D) Zatvaranje konzultacije/ Zaključak							
D.1	Objasniti što učiniti i koga kontaktirati ako pacijent ima poteškoća s pridržavanjem plana				<input type="checkbox"/>		
D.2	Dogovoriti sljedeću konzultaciju ili ostaviti kontakt				<input type="checkbox"/>		
D.3	Ponuditi mogućnost postavljanja dodatnih pitanja				<input type="checkbox"/>		
Ljekarnik nije uspio dogovoriti sigurnosne strategije s pacijentom		0	1	2	3	4	Ljekarnik je u potpunosti uspio dogovoriti sigurnosne strategije s pacijentom
Konzultacijska ponašanja - Je li ljekarnik tijekom konzultacije demonstrirao sljedeća ponašanja?							
(E)							
E.1	Pozorno slušati i dozvoliti pacijentu da dovrši rečenice bez prekidanja						<input type="checkbox"/>
E.2	Prikladno koristiti otvorena i zatvorena pitanja						<input type="checkbox"/>
E.3	Pokazivati empatiju i pružati podršku pacijentu						<input type="checkbox"/>
E.4	Izbjegavati ili objasniti stručne izraze („žargon“)						<input type="checkbox"/>
E.5	Prihvatiti pacijenta (poštivati ga, ne odnositi se prema njenu pokroviteljski niti ga osuđivati)						<input type="checkbox"/>
E.6	Primijeniti logičan i strukturiran pristup konzultacijama						<input type="checkbox"/>
E.7	U prikladnom trenutku sažeti sve informacije						<input type="checkbox"/>
E.8	Učinkovito koristiti vrijeme (provesti kvalitetnu konzultaciju unutar raspoloživog vremena)						<input type="checkbox"/>
E.9	„Upravlјati“ konzultacijom ili ponovno zadobiti „kontrolu“ ukoliko je potrebno						<input type="checkbox"/>
Ljekarnik nije uspio demonstrirati niti jednu od spomenutih vještina		0	1	2	3	4	Ljekarnik je u potpunosti uspio demonstrirati spomenute vještine
Ukupni dojam							
Sveukupno ljekarnikove konzultacijske vještine su:	Nekompetentan Loše <input type="checkbox"/>	Nekompetentan Granične <input type="checkbox"/>	Kompetentan Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/>	Kompetentan Dobre <input type="checkbox"/>	Kompetentan Jako dobre <input type="checkbox"/>		
Opći komentari							

Prilog 2. Scenarij ASTMA 1

Student/ ljekarnik

38-godišnji gospodin boluje od astme te vam u ljekarnu donosi recept za sljedeće lijekove:

klaritromicin 250 mg 2 x dnevno

Qvar (beklometazon) 2 udisaja 2 x dnevno

Zanima ga zašto mu je zamijenjen Flixotide 250 µg te zbog čega sada uzima puno manju dozu lijeka.

Standardizirani pacijent (38-godišnji muškarac)

Jučer ste otišli liječniku opće prakse koji vam je zbog upale grla propisao klaritromicin.

Također, vam je umjesto Flixotide 250 µg propisao Qvar.

Zanima vas zašto vam je zamijenjen Flixotide 250 µg te zbog čega sada uzimate puno manju dozu lijeka?

SAMO NA UPIT!!!

Prije deset godina vam je dijagnosticirana astma te ste u spomenutom razdoblju živjeli bez većih poteškoća. Od Ventolina osjećate trenutno olakšanje, i premda vam je i Flixotide 250 µg bio propisan prije nekoliko godina, niste ga uzimali već neko vrijeme jer vam je od njega grlo bilo upaljeno i bolno. Također, bilo vam je teško primjenjivati Flixotide; smatrate da nije baš jednostavno istodobno pritisnuti inhaler kako bi se oslobodila doza lijeka te pravilno udahnuti.

Ako Vas pitaju jesu li Vam prosipani još neki lijekovi na recept, recite NE:

Ako Vas pitaju imate li propisan još neki inhaler, recite:

Ventolin (salbutamol) - propisan po potrebi (max 2 udisaja 4 x dnevno)

Dodatno koristite (samo ako vas pitaju za bezreceptne lijekove):

Ibuprofen tablete – koristite ih po potrebi za bolove u leđima ili ponekad za glavobolju (jednom mjesečno ili rjeđe).

Ukoliko Vas pitaju jeste li primijetili da Vam se astma pogorša kada koristite ibuprofen, recite da niste nikada to povezivali, ali da sada kada razmišljate o tome, čini Vam se da možda i da.

Puшите 10-15 cigareta dnevno.

Razmišljanja o bolesti i terapiji (sljedeće spomenite SAMO ako vas pitaju)

Nitko vam još nije objasnio kakva je astma bolest tako da mislite da je to stanje potaknuto različitim okidačima koje “dođe i prođe”. Ponekad ste pod stresom i žena vam je rekla da je stres okidač za astmu, a da vam aromaterapija može pomoći u opuštanju, tako da ste pokušali s uljem lavande. Primjećujete da vam je potrebno sve više Ventolina za kontrolu simptoma (koristite ga 2-3 x tjedno, ponekad do 10 udisaja dnevno). Dali su vam spravu za praćenje astme (mjerač vršnog protoka zraka) ali ju nikad niste koristili.

Prilog 3. Scenarij ASTMA 2

Student/ ljekarnik

35-godišnja gospođa koja boluje od astme donosi vam u ljekarnu recept za sljedeće lijekove:

Ventolin (salbutamol) 2 udisaja 4 x dnevno pp

Qvar (beklometazon) 2 udisaja 2 x dnevno

Umjesto beklometazon inhalatora htjela bi dodatni salbutamol inhalator.

Standardizirani pacijent (35-godišnja žena)

Prije četiri godine dijagnosticirana vam je astma te ste u spomenutom razdoblju živjeli relativno normalno bez većih poteškoća. Od Ventolina osjećate trenutno olakšanje, i premda vam je i Qvar bio propisan prije nekoliko godina, niste ga uzimali već neko vrijeme jer vam je od njega grlo bilo upaljeno i bolno. Ne koristite ga (Qvar) kada osjećate da ćete se prehladiti te ste ga baš prestali uzimati nakon što ste preboljeli gadnu prehladu. Trenutno vas boli grlo i imate poteškoća s gutanjem.

Od ostale terapije propisani su vam dodatno (uz prethodna 2 inhalatora):

Teotard (teofilin) 350 mg dvaput na dan

Ne uzimate teofilin jer vam je od njega bilo mučno. Bio vam je propisan zadnji puta kada ste bili hospitalizirani što je bilo prije dva mjeseca,.

Belosept (heksetidin) – ostalo vam je nešto nakon vađenja zuba prije 6 mjeseci

Upravo prestajete pušiti i ovo vam je već 5. dan bez cigareta.

Nitko vam još nije objasnio kakva je astma bolest tako da mislite da je to stanje potaknuto različitim okidačima. Primjećujete da vam je potrebno sve više salbutamola za kontrolu simptoma (ponekad do 12 udisaja dnevno).

Prilog 4. Scenarij VARFARIN

Student/ljekarnik

Zaposleni ste u javnoj ljekarni te vam prilazi pacijentica zabrinuta oko svoje antikoagulacijske terapije i traži od vas savjet.

Imate sljedeće podatke o pacijentici:

55-godišnja gđa je nakon preboljene plućne embolije prije 4 dana otpuštena iz bolnice. U bolnici joj je započeta terapija varfarinom (10 mg prva 3 dana) te joj je pri otpuštanju doza iznosila 3 mg dnevno.

Standardizirani pacijent (55-godišnja žena)

Vi ste 55-ogodišnja gospođa koja je nedavno otpuštena iz bolnice zbog „ugruška na plućima“. U prsima ste osjećali oštru bol, jako teško disali i osjećali izniman umor. Također, disanje vam je bilo vrlo ubrzano, bili ste zabrinuti i nemirni. Svjesni ste ozbiljnosti bolesti, da ste skoro umrli i nipošto ne želite kroz to ponovno proći. Pri otpustu iz bolnice ste dobili novo propisani lijek- varfarin. Trebali biste ga uzimati 3 mg dnevno, no od kada ste se vratili kući lijek ste uzeli samo 2 puta. Naime, pročitavši upute ste vidjeli da je lijek dosta opasan. Dodatno ste potražili informacije na internetu i uvidjeli da lijek zaista dovodi do krvarenja opasnog po život te ste jako preplašeni i zabrinuti oko uzimanja tog lijeka.

Ako vas pitaju koje još lijekove na recept uzimate:

simvastatin 40 mg navečer – zbog povišenih masti

Amlodipin 5 mg- jedna tableta ujutro. To Vam je za povišeni tlak, uzimate redovito.

Aspirin 100 mg – jedna tableta ujutro. Mislite da je to za srce. Uzimate ju 2-3 puta tjedno, jer znate da je Aspirin loš za želudac pa ne bi htjeli imati problema i sa želucem.

Ako Vas pitaju da li još nešto koristite (inhaler/ sprej/ kremu/ kapi), sjetite se:

GTN sprej- propisan Vam je prema potrebi zbog angine. Uzimate ga kada Vas steže u prsima (to se dogodi svaka 2-3 mjeseca). Primjećujete da je zaista djelotvoran za stezanje i nedostatak daha koji osjećate. Ako Vas pitaju kako ga primjenjujete recite da špricnete sprej pod jezik i pričekate (nekada pri tome sjedite, a nekada stojite)

Ako vas pitaju koje još bezreceptne lijekove (OTC) uzimate:

Nikakve

Ako vas pitaju koje biljne pripravke/lijekove uzimate:

Gospinu travu - kada ste neraspoloženi

Ginko - jer su Vam rekli da je dobar za pamćenje

Ako vas pitaju za navike:

Do prije 2 tjedna pušili ste 20 cigareta dnevno, u bolnici ste prestali, ali ne znate kako ćete sada dalje.

Povremeno pijete s društvom- volite podijeliti butelju vina s mužem uz ručak (1-2 tjedno).

Imate svoj vrt u kojem uzgajate razno povrće; posebno volite svoj špinat i zelenu salatu.

Temeljna dokumentacijska kartica

Sveučilište u Zagrebu
Farmaceutsko-biokemijski fakultet
Studij: Farmacija
Centar za primijenjenu farmaciju
Domagojeva 2, 10000 Zagreb, Hrvatska

Diplomski rad

VALIDACIJA OKVIRA ZA TERAPIJSKU KONZULTACIJU I PROCJENA KONZULTACIJSKIH VJEŠTINA STUDENATA FARMACIJE

Mihaela Vuletić

SAŽETAK

Sposobnost kvalitetne komunikacije od iznimne je važnosti u kontekstu terapijske konzultacije te pridonosi boljoj i uspješnijoj provedbi ljekarničke skrbi. Svrha konzultacije je uvid u pacijentove terapijske probleme kako bi ljekarnik u zajedničkoj suradnji s pacijentom, pronašao adekvatno rješenje. Dobra komunikacija, ravnopravni i partnerski odnos ljekarnika i pacijenta, pozitivno utječu na pacijentovo shvaćanje bolesti, suradnju i ishode liječenja. Dakle, znanje i vještine komuniciranja preduvjet su uspješne konzultacije pa se posljednjih godina velika pažnja pridaje implementaciji kontinuirane izobrazbe na tom području. Svrha ovog istraživanja je bila pomoću Okvira za terapijsku konzultaciju, provesti procjenu usvojenih konzultacijskih vještina u pojedinom segmentu konzultacijskog procesa te validirati spomenuti instrument. U istraživanju su sudjelovali studenti završne godine studija farmacije, Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, koji su pohađali nastavu kolegija „Konzultacijske vještine“. Kako bi se procijenila metrijska svojstva hrvatske verzije instrumenta, testirana je diskriminacijska valjanost, unutarnja pouzdanost, te pouzdanost među procjeniteljima. Statističkom analizom prikupljenih podataka dobiveni su rezultati, koji potvrđuju da je Okvir za terapijsku konzultaciju, valjan i pouzdan instrument za poučavanje i vrednovanje vještina konzultiranja, pomoću kojeg dobivamo povratnu informaciju o kvaliteti konzultacije. Nadalje, studenti su pokazali da posjeduju visoku razinu konzultacijskih vještina te su imali podjednako dobre vještine konzultiranja u svim segmentima konzultacijskog procesa što se smatra rezultatom poučavanja tijekom kolegija Konzultacijske vještine.

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

Rad sadrži: 47 stranica, 7 grafičkih prikaza, 4 tablice i 66 literaturnih navoda. Izvornik je na hrvatskom jeziku.

Ključne riječi: Komunikacija, terapijska konzultacija, ljekarnička skrb, adherencija

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. Kroata Hazler Pilepić, *izvanredna profesorica Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Dr. sc. Ivan Pepić, *docent Sveučilišta u Zagrebu Farmaceutsko-biokemijskog fakulteta.*

Rad prihvaćen: srpanj 2017.

Basic documentation card

University of Zagreb
Faculty of Pharmacy and Biochemistry
Study: Pharmacy
Centre for Applied Pharmacy
Domagojeva 2, 10000 Zagreb, Croatia

Diploma thesis

VALIDATION OF THE MEDICATION-RELATED CONSULTATION FRAMEWORK AND ASSESSMENT OF CONSULTANCY SKILLS OF PHARMACY STUDENTS

Mihaela Vuletić

SUMMARY

Good communication is of utmost importance in the context of medication related consultation and contributes to the better and more successful implementation of pharmacy care. The purpose of such a consultation is to get insight into the patient's therapeutic difficulties so that the pharmacist can identify potential or current problems, and in collaboration with the patient find an appropriate solution. Good communication, equal and trustful based partnership between the pharmacist and the patient, positively affect the patient's understanding of the disease, the co-operation and the outcomes of the treatment. Thus, communication skills are a prerequisite for successful consultations, so in recent years, great attention has been paid to the implementation of continuing education in this area. The aim of this study was to validate Croatian version of the Medication-related Consultation Framework and to assess the consultation skills in the group of pharmacy students. Students in the final year at the Faculty of Pharmacy and Madical Biochemistry , University of Zagreb, who attended the course "Consultation Skills", participated in this study. In order to estimate the metric characteristics of the Croatian version of the instrument, discriminant validity, internal consistency, and inter-assessor reliabilty were tested. The results confirmed that the Medication-related Consultation Framework is a valid, reliable and sensitive instrument for teaching and evaluating consultation skills, and can be used for assesment of the pharmacists' consultations. Furthermore, the students' performans was very high in all segments of assessed consultations implying good quality of Consultation skills course.

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

Thesis includes: 47 pages, 7 figures, 4 tables and 66 references. Original is in Croatian language.

Keywords: communication, medication related consultation, pharmacy care, adherence

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

The thesis was accepted: July 2017.