

Suradljivost pacijenata na terapiji antidepresivima

Mušura Pavlić, Maja

Professional thesis / Završni specijalistički

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:240295>

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

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



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet

Maja Mušura Pavlić

**SURADLJIVOST PACIJENATA NA
TERAPIJI ANTIDEPRESIVIMA**

Završni specijalistički rad

Zagreb, rujan, 2016. godine

Poslijediplomski sveučilišni studij Management u zdravstvu

Voditelj rada: Prof. dr. sc. Miroslav Mastilica

Redni broj rada: _____

SADRŽAJ

1. POPIS KRATICA	4
2. UVOD.....	5
2.1. DEPRESIJA.....	5
2.2. TERAPIJA ANTIDEPRESIVIMA.....	6
2.3. SURADLJIVOST.....	6
2.4. SURADLJIVOST I DEPRESIJA.....	7
2.5. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA SURADLJIVOST	7
3. CILJ	10
4. SVRHA	11
5. METODE I MATERIJALI	12
5.1. PRETRAGA LITERATURE.....	12
5.2. UPITNIK	12
5.3. ISPITANICI.....	12
5.4. STATISTIČKA ANALIZA	13
6. REZULTATI	14
6.1. ISPITANICI	14
6.2. SURADLJIVOST.....	15
6.3. SURADLJIVOST U ODNOSU NA SOCIO-DEMOGRAFSKE VARIJABLE	16
7. RASPRAVA	19
8. ZAKLJUČAK	21
9. SAŽETAK	22
10. ABSTRACT.....	23
11. LITERATURA	24
12. ŽIVOTOPIS	26
13. POPIS PRILOGA.....	27

1. POPIS KRATICA

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

MMAS – Morinski medication adherence scale

ZU– Zdravstvena ustanova

SES – socio-ekonomski status

2. UVOD

2.1 DEPRESIJA

Depresivni poremećaji pripadaju skupini psihičkih poremećaja u kojima se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, a prate ga promjene u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama.

Depresiju karakterizira dugoročno sniženo raspoloženje pod utjecajem čega osoba mijenja razmišljanje, ponašanje, tjelesno stanje i socijalno funkcioniranje. Karakteristični simptomi po kojima se može prepoznati osoba u depresivnom stanju su nemir, razdražljivost, oslabljena koncentracija i pažnja, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, gubitak snage i energije, anksioznost, osjećaj krivnje, gubitak volje za životom, suicidalne misli, poremećaj sna i gubitak apetita .

Depresivni poremećaj javlja se epizodično. U 50 do 80% osoba nakon prve depresivne epizode javlja se nova depresivna epizoda. Kada se kod osoba ponavljaju depresivne epizode, govori se o ponavljajućem depresivnom poremećaju. Neliječena depresivna epizoda prosječno traje 6 do 13 mjeseci, a većina liječenih dva do tri mjeseca. ¹

Depresija je jedan od najučestalijih psihičkih poremećaja u medicinskoj praksi. Po učestalosti zdravstvenih problema u ukupnoj populaciji depresija se nalazi na četvrtom mjestu, ujedno predstavljajući drugi najčešći zdravstveni problem ženske populacije. Svjetska zdravstvena organizacija procijenila je da će do 2020. godine, depresija biti drugi najveći uzrok invaliditeta u svijetu. ²

Broj oboljelih od depresivnog poremećaja od početka prošlog stoljeća u stalnom je porastu. Prevalencija depresije u svijetu iznosi 12-20% u ženskoj i 5-12% u muškoj populaciji. ³ Žene obolijevaju gotovo dva puta češće od muškaraca, a pretpostavlja se da tome doprinose česte promjene razina hormona na mjesečnoj razini (menstruacija), tijekom i nakon trudnoća, u menopauzi kao i podređeni položaj žena u patrijarhalnom društvu, uvjerenja o ulozi žene u društvu i sl. ⁴

Unatoč visokoj učestalosti, depresija često zbog neupućenosti pojedinaca nije prepoznata ni od osoba koje od nje boluju kao ni od njihove okoline. Zbog neznanja i predrasuda više od polovice depresivnih bolesnika ne traži medicinsku pomoć. ⁵

Depresivni poremećaj povezan je sa smanjenjem zdravstvenog statusa i posljedično, smanjenom kvalitetom života. ⁶ Depresija uzrokuje teška ograničenja u svakodnevnom funkcioniranju stvarajući bračne, obiteljske, profesionalne i socijalne poteškoće oboljelima, radnu i socijalnu nesposobnost, te predstavlja financijsko opterećenje za društvo jer se povezuje sa visokim stopama korištenja zdravstvene zaštite. ⁷

Podaci iz bolničkih statistika pokazuju da se u stacionarnim psihijatrijskim ustanovama Republike Hrvatske 2002. godine liječilo 3755 osoba oboljelih od depresivnog poremećaja, od čega je 65% pacijenata bilo ženskog spola. ⁸

Depresija je bolest s visokom smrtnošću. 15% depresivnih bolesnika sa težim oblikom depresije počini samoubojstvo, a među neliječenim depresivnim bolesnicima taj postotak je vjerojatno i veći. ⁹ Opasnost od pokušaja samoubojstva povećava se ako u obitelji oboljelih osoba postoji povijest suicida. Broj pokušaja suicida dvadeset je puta veći od broja počinjenih. Žene češće pokušavaju, a muškarci češće uspijevaju počinuti samoubojstvo. ¹⁰

2.2 TERAPIJA ANTIDEPRESIVIMA

Najmanje polovica ljudi kojima je dijagnosticirana depresija doživjeti će relaps i /ili pogoršanje bolesti. Bolesnici oboljeli od depresije zahtijevaju multidisciplinarni pristup u liječenju. Važno je rano prepoznavanje, učinkovito i vremenski dovoljno dugo liječenje kako bi se izbjegle posljedice i kronični tijek bolesti.

Depresivne se epizode mogu liječiti u 70 do 80% slučajeva.¹¹ Liječenje depresije provodi se antidepresivima, psihoterapijom i edukacijom oboljelih i članova njihovih obitelji. Mnogi klinički liječnici tvrde kako bi pacijenti trebali uzimati lijekove duže vrijeme, ponekad i doživotno, kako bi spriječili povratak bolesti.¹²

Iako su dokazano učinkoviti psihološki tretmani dostupni, osnovu liječenja depresivnih poremećaja predstavljaju antidepresivi. Ipak, treba naglasiti kako se najbolji rezultati liječenja postižu kombinacijom farmakoterapijskih i psihoterapijskih mjera.¹³

Bolesnicima sa uspostavljenom dijagnozom depresije, farmakoterapijske smjernice nalažu kako se liječenje treba nastaviti najmanje 6 mjeseci nakon izostanka simptoma.¹⁴ Bolesnici, kod kojih se depresivne epizode ponavljaju, terapiju održavanja trebali bi uzimati minimalno pet godina, a određeni broj bolesnika i doživotno.¹⁵ Klinička učinkovitost terapije antidepresivima ograničena je zbog dvije grupe čimbenika: pacijentove suradljivosti u preporučenoj terapiji i optimalne koncentracije lijekova.

2.3. SURADLJIVOST

Suradljivost (engl. *compliance*) označava razinu pridržavanja bolesnika stručnim liječničkim preporukama. Terapijska suradljivost podrazumijeva redovito uzimanje lijeka, uzimanje pravilne doze, pridržavanje preporučenog vremenskog perioda trajanja terapije te odlaske na redovite preglede kod liječnika jer propisana terapija može biti učinkovita samo kada se uzima prema preporukama stručnjaka.¹⁶

Kada govorimo o suradljivosti, valja spomenuti još dva pojma koja su prisutna u stručnim literaturama, a koja su usko povezana sa suradljivosti. Pojam adherencija (engl. *adherence*) podrazumijeva stupanj u kojem se bolesnik, koji je dobro informiran o svojoj bolesti, ponaša u skladu sa stručnim preporukama o uzimanju terapije, dijeti, vježbanju i promjeni stila života. Pojam podudarnost (engl. *concordance*) predstavlja razinu adherencije gdje je bolesnik dovoljno educiran o vlastitoj bolesti i stanju da može ravnopravno sudjelovati u izboru terapije koja se definira kao dogovor između njega i zdravstvenog stručnjaka.¹⁷

Suradljivost pacijenata preduvjet je uspješnog liječenja i racionalne uporabe lijekova. Pacijent treba imati aktivnu ulogu u provođenju svoje terapije, prikladnu educiranost kako bi razumio sve aspekte liječenja i u dogovoru s liječnikom postavio ciljeve liječenja i način uzimanja lijekova. Pravovremeno podizanje lijekova te redovita i ispravna uporaba lijekova u smislu doze, intervala doziranja i trajanja liječenja rezultat su dobre suradljivosti pacijenta. Istraživanja su pokazala kako je suradljivost manja kada je liječenje dugotrajno, kada terapija uključuje više od samog uzimanja lijekova (promjena životnih navika), kada terapija uključuje veći broj lijekova, kada se bolest slabije tjelesno manifestira, te kada liječenje financijski opterećuje pacijenta.¹⁸

Nesuradljivost podrazumijeva izostanak podizanja propisanih lijekova, neredovito i neispravno uzimanje lijekova, mijenjanje preporučene doze ili prekid terapije, samoinicijativno uzimanje drugog nepreporučenog lijeka, zaboravljanje ili odbijanje provođenja preporučene dijeta, odbijanje vježbanja te ustrajanje u načinu života koji ugrožava zdravlje. Nesuradljivost može dovesti do pogoršanja bolesti,

netočnih dijagnoza, smanjene kvalitete života, nepotrebnih hospitalizacija, povećanih troškova za zdravstvenu zaštitu te uzrok frustracija za pacijenta i liječnika.¹⁹

2.4 SURADLJIVOST I DEPRESIJA

Slaba suradljivost i slabiji terapijski ishodi u liječenju depresivnih poremećaja dobro su poznati problem u skrbi o depresiji.

Istraživanja su pokazala da 50% depresivnih bolesnika prekida s liječenjem prerano odnosno ne pridržava se liječničkih preporuka.^{20,21} Pretpostavlja se da depresija narušava kognitivni fokus, energiju i motivaciju pacijenata pa samim time utječe na sposobnost i spremnost bolesnika da prati liječenje.

Mnoga istraživanja su pokušala ustanoviti postotak suradljivosti depresivnih bolesnika uporabom različitih metoda. Istraživanjima se pokazalo teško razdvojiti nesuradljivost pacijenata od nepridržavanja liječnika primarne zdravstvene zaštite smjernicama za liječenje depresije.²² Pacijenti otpušteni iz ustanova, u koje su bili primljeni zbog depresije, u 18 mjeseci nakon izlaska pokazuju suradljivost od 70%, iako problem u suradljivosti često predstavljaju liječnici koji ne propisuju točnu dozu lijeka u skladu sa smjernicama.²³ Telefonskom anketom provedenoj u općoj populaciji Francuske zabilježeno je kako je 15% ispitanika priznalo prijevremeni prestanak liječenja, a 22% je priznalo svojevremeno smanjenje doze lijeka.²⁴

2.5 ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA SURADLJIVOST

Pacijenti mogu biti nesuradljivi iz mnogo razloga; nevjerovanja u učinkovitost terapije, neugodne nuspojave, financijskih ograničenja, te nedostatka pomoći i podrške obiteljskih članova i drugih.²⁵

Čimbenici koji utječu na suradljivost mogu se grupirati u socio-demografske čimbenike, čimbenike vezane uz zdravstveno stanje pacijenta, uz zdravstveni sustav, uz samog pacijenta te čimbenike vezane uz terapiju.

Socio-demografski čimbenici

Utjecaj spola na suradljivost pacijenata ispitivan je u mnogo studija. Rezultati istraživanja pokazali su se kontradiktornim. Dok je jedan dio studija pokazivao bolju suradljivost kod pacijenata ženskog spola, druga su istraživanja rezultirala boljom suradljivošću kod pacijenata muškog spola. Također, neke studije nisu pokazale povezanost spola sa suradljivošću ispitanika.²⁶ Nedosljedni rezultati provedenih istraživanja dovode do zaključka kako spolom ne možemo predvidjeti razinu suradljivosti ispitanika.

Dob je također jedan od čimbenika koji utječe na suradljivost. Suradljivost djece i adolescenata u razvijenim zemljama iznosi 58%. Studije pokazuju da su adolescenti manje suradljivi nego mlađa djeca jer je suradljivost male djece određena suradljivošću njihovih roditelja ili skrbnika, dok na adolescente značajno veći utjecaj imaju vršnjaci.²⁷ Starije osobe predstavljaju 6,4% populacije.²⁸ Većina starijih osoba boluje od više kroničnih bolesti koje zahtijevaju složeno i dugotrajno liječenje. Starija dob povezana je sa pojavom kognitivnih i funkcionalnih poteškoća, stoga se pretpostavlja da na suradljivost starijih osoba veliki utjecaj ima oslabljena sposobnost praćenja složenih terapijskih režima. Izostanak terapijskog uspjeha kod starijih osoba dovodi do komplikacija bolesti, hospitalizacija, većih troškova zdravstvene skrbi, invalidnosti i ranije smrti.²⁹ Nekoliko istraživanja provedeno je u cilju ispitivanja slabije suradljivosti pacijenata starije životne dobi. Pretpostavljalo se kako stariji pacijenti imaju probleme s vidom, sluhom i pamćenjem, te da, zbog otežanog gutanja tableta, otvaranja blistera, rukovanja malim tabletama, mogu imati poteškoća u pridržavanju propisane terapije. Rezultatima istraživanja pokazalo se kako, naprotiv, starije osobe vode brigu o svom zdravlju više nego mlađi pacijenti. Nesuradljivost starijih pacijenata najčešće se pokazala nenamjernom. Zaključeno je da, ukoliko su stariji pacijenti u mogućnosti primiti

potrebnu pomoć zdravstvenih osoba ili članova obitelji, oni vjerojatno više neće biti nesuradljivi u korištenju propisane terapije. Veliki broj istraživanja pokazao je da su osobe starije životne dobi suradljivije nego osobe mlađe životne dobi. Istraživanja provedena na pacijentima koji su bili na terapiji antidepresivima pokazala su čak pozitivnu korelaciju suradljivosti sa starenjem u osoba starijih od 60 godina. Istraživanja provedena na osobama srednje životne dobi pokazala su kako je ova skupina pacijenata manje suradljiva u odnosu na osobe starije životne dobi. Pretpostavlja se da ova skupina pacijenata, uz obitelj i posao, uvijek ima druge prioritete u svom svakodnevnom životu.²⁶

Utjecaj razine obrazovanja pacijenata na suradljivost ispitivan je u nekoliko provedenih istraživanja. Pacijenti su prema različitim kriterijima bili raspoređeni u dvije skupine: pacijenti višeg i nižeg obrazovanja. Nekoliko provedenih studija pokazalo je da su pacijenti s višim stupnjem obrazovanja suradljiviji, dok neka istraživanja ne pokazuju povezanost razine obrazovanja i suradljivosti. S druge strane, neka istraživanja pokazala su da bolesnici s nižom razinom obrazovanja pokazuju veću suradljivost nego pacijenti višeg obrazovanja. Može se pretpostaviti da pacijenti s višom razinom obrazovanja imaju više saznanja o bolesti i terapiji te su zbog toga suradljiviji. Međutim isto tako mogli bi pretpostaviti kako pacijenti s nižom razinom obrazovanja imaju više povjerenja u liječnike i propisanu terapiju. S obzirom na sve navedeno, čini se da na temelju razine obrazovanja ne možemo predvidjeti razinu suradljivosti ispitanika.²⁶

Utjecaj socio-demografskih čimbenika na suradljivost pacijenata najbolje je vidljiv u siromašnim i nerazvijenim zemljama. Veliki broj pacijenata je, zbog niskog socio-ekonomskog statusa, uskraćen za medicinsku pomoć i lijekove. Niskom socio-ekonomskom statusu pridonose nedostatak obrazovanja i nezaposlenost. Posljedično bolesnici imaju nestabilne životne uvjete, udaljeni su od centra pružanja zdravstvene zaštite, troškovi prijevoza su visoki, troškovi liječenja preskupi, a važni su i kultura, uvjerenja o bolesti i terapiji te obiteljski problemi.³⁰

Čimbenici vezani uz zdravstveno stanje

Zdravstveno stanje može utjecati na percepciju i uviđanje važnosti suradljivosti pacijenta. Simptomi bolesti, invalidnost bilo kojeg tipa, nedostupnost učinkovitog liječenja kao i stupanj bolesti imaju ulogu u razini pacijentove suradljivosti.³¹

Čimbenici vezani uz zdravstveni sustav

Odnos liječnika i pacijenta može utjecati na suradljivost. S jedne strane, dobar odnos može poboljšati suradljivost, dok s druge strane loša komunikacija s liječnikom, izostanak edukacije pacijenta, slab nadzor nad pacijentom, neznanje o važnosti suradljivosti pacijenta u terapiji i nepoznavanje načina na koji se suradljivost može poboljšati mogu doprinijeti lošim razinama suradljivosti.³²

Čimbenici vezani uz pacijenta

Edukacija pacijenta, stav, motiviranost za provođenje terapije, uvjerenja i očekivanja, nedovoljno shvaćanje važnosti liječenja, negativni stavovi prema uspješnosti terapije, nerazumijevanje bolesti i nerazumijevanje uputa za provođenje terapije utječu na suradljivost pacijenta u provođenju terapije.³³

³⁴

Provedena studija važnosti edukacije bolesnika na terapiji antidepresivima pokazala je kako je vjerojatnije da će pacijenti nastaviti uzimati svoje lijekove za vrijeme prvog mjeseca od propisivanja terapije ako su informirani o liječenju; nužnost svakodnevnog uzimanja lijekova, izostanak rezultata prvih 2-4 tjedna, važnost nastavka sa terapijom unatoč boljem osjećanju, izbjegavanje prestanka uzimanja terapije bez savjetovanja sa svojim liječnikom.³⁵

Čimbenici vezani uz terapiju

Razina suradljivosti pacijenta može biti niža ukoliko se radi o terapiji sa većim brojem lijekova , ako se liječenje treba provoditi kroz dulji period, ako su česte promjene terapije i ukoliko dolazi do nuspojava.

Mnogo je zanimanja za pitanje da li su određeni tipovi antidepresiva odgovorni za bolju ili lošiju suradljivost pacijenata na terapiji. Istraživanja na uzorku od 2000 pacijenata sugeriralo je da suradljivost pacijenata može biti lošija u bolesnika liječenih tricikličkim antidepresivima, ali i da podrška obitelji, grupe ili individualna psihoterapija može poboljšati suradljivost.³⁶ Istraživanje na 67 pacijenata koji su prekinuli liječenje zbog nuspojava pokazalo je kako je prekid liječenja 5% niži u bolesnika liječenih selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina (SSRI) nego bolesnika liječenih tricikličkim antidepresivima.³⁷ U istraživanju provedenim u psihijatrijskim ambulancama u Velikoj Britaniji, pacijenti su bili podijeljeni u tri skupine; one koji su uzimali lijekove jednom dnevno, one koje su uzimali tri puta dnevno i trećoj se grupi pacijenata dao izbor da odaberu jednu od prve dvije skupine. Suradljivost se procjenjivala brojanjem tableta i razgovorom. Između prve dvije skupine pacijenata nije bilo veće razlike u suradljivosti dok je kod grupe koja je birala doziranje suradljivost bila bolja. To sugerira da je element osobne kontrole nad izborom doze od većeg značaja od frekvencije uzimanja lijekova.³⁸

3. CILJ

Redovita primjena lijekova važna je za učinkovito liječenje depresivnih bolesnika. Da bi terapija bila uspješna, učinkovita i sigurna, pacijenti se trebaju pridržavati preporučenog vremenskog perioda trajanja terapije, uzimati pravilne doze lijekova te odlaziti na redovite preglede kod liječnika.¹⁶

Nažalost, loša suradljivost pacijenata vrlo je uobičajeni problem u terapiji depresije. Nesuradljivost u pridržavanju terapije može dovesti do pogoršanja bolesti, netočnih dijagnoza, smanjene kvalitete života, nepotrebnih hospitalizacija, povećanih troškova za zdravstvenu zaštitu te frustriranosti pacijenta i liječnika.¹⁹

Cilj ovog rada je provjeriti suradljivost pacijenata koji su na terapiji antidepresivima. Obzirom na podatke navedene iz literature, postavili smo hipotezu prema kojoj očekujemo da će pacijenti na terapiji antidepresivima biti nesuradljivi.

Specifični cilj istraživanja je ispitati postoji li veza između suradljivosti pacijenata i određenih socio-demografskih čimbenika.

U skladu s ciljem istraživanja postavili smo sljedeće hipoteze u svrhu ispitivanja njihovih točnosti:

1. Ispitati postoji li razlika suradljivosti pacijenata koji su na terapiji antidepresivima s obzirom na dob. Obzirom na podatke navedene iz literature, postavili smo hipotezu prema kojoj očekujemo da će osobe starije od 60 godina biti suradljivije nego osobe mlađe od 60 godina.
2. Ispitati postoji li razlika suradljivosti pacijenata koji su na terapiji antidepresivima s obzirom na spol. Obzirom na podatke navedene iz literature, postavili smo hipotezu prema kojoj očekujemo da spol pacijenata neće imati utjecaj na suradljivost.
3. Ispitati postoji li razlika suradljivosti pacijenata koji su na terapiji antidepresivima s obzirom na stupanj obrazovanja. Obzirom na podatke navedene iz literature, postavili smo hipotezu prema kojoj očekujemo da stupanj obrazovanja pacijenata neće imati utjecaj na suradljivost.
4. Ispitati postoji li razlika suradljivosti pacijenata koji su na terapiji antidepresivima s obzirom na radni položaj. Obzirom na podatke navedene iz literature, postavili smo hipotezu prema kojoj očekujemo da će pacijenti koji su zaposleni biti suradljiviji od nezaposlenih i umirovljenika.
5. Ispitati postoji li razlika suradljivosti pacijenata koji su na terapiji antidepresivima s obzirom na socio-ekonomski status. Obzirom na podatke navedene iz literature, postavili smo hipotezu prema kojoj očekujemo da će osobe lošeg i vrlo lošeg socio-ekonomskog statusa biti manje suradljive nego osobe boljeg socio-ekonomskog statusa.

4. SVRHA

Slaba suradljivost pacijenata sa dijagnosticiranim poremećajem depresije poznati je problem u njihovoj skrbi. Rezultati ovog istraživanja mogli bi potvrditi problem slabe suradljivosti pacijenata na antidepresivnoj terapiji i ukazati na veću potrebu posvećivanja pažnje zdravstvenog tima ovoj skupini bolesnika kako bi redovito uzimali propisanu terapiju. Ovim se istraživanjem želi provjeriti i točnost postavljenih hipoteza o utjecaju socio-demografskih varijabli poput spola, dobi, stupnja obrazovanja, radnog položaja i/ili subjektivne procjene socio-ekonomskog statusa na suradljivost depresivnih bolesnika te na taj način donijeti neka saznanja o utjecaju socio-demografskih čimbenika na suradljivost ove kritične skupine pacijenata.

5. METODE I MATERIJALI

5.1. PRETRAGA LITERATURE

U bazama podataka (Google Scholar, PMC, PubMed, Science Direct, EMBASE,) te na stranicama WHO.int i halmed.hr pretraženi su stručni znanstveni radovi i izvješća prema ključnim riječima: "depression", "compliance", "compliance and depression", "depressive disorder", "antidepressants", "depression therapy", "risk factor compliance", "depression treatment compliance", "depression Croatia", "depresija", "antidepresivi", "MMAS". Pretraga u bazama podataka bila je ograničena na besplatne članke na engleskom jeziku.

5.2. UPITNIK

Za dobivanje podataka koristio se anonimni upitnik, napravljen u suradnji s mentorom. Osnova upitnika za pacijente je prijevod upitnika MMAS-8 za ispitivanje suradljivosti.

Morinski Medication Adherence Scale (MMAS) je najčešće korišten upitnik za pacijente prilikom ispitivanja suradljivosti. Prva verzija upitnika sadržavala je 4 pitanja (MMAS-4)³⁹ i validirana je za pacijente na antihipertenzivima, ali danas se koristi za ispitivanje suradljivosti i ostalih kroničnih bolesti. Prednost ovog upitnika su jednostavna pitanja i jednostavno bodovanje. Omogućuje identificiranje nesuradljivih pacijenata kao i otkrivanje uzroka nesuradljivosti. Nova verzija MMAS-8⁴⁰ (Prilog 13.1) proširena je za još 4 pitanja kako bi se utvrdile okolnosti vezane za uzimanje lijekova.

Pitanja su oblikovana na način da se izbjegne sklonost automatskog ponavljanja istog odgovora. Odgovori na pitanja od 1 do 7 su DA/NE, a u 8. pitanju treba izabrati jedan od ponuđenih odgovora na ljestvici. Svaki odgovor NE boduje se jednim bodom, a svaki DA s 0 bodova. Bodovanje je obrnuto za 5. pitanje. Ukupni zbroj bodova može biti od 0 do 8, pri čemu rezultate manje od 6 smatramo niskom suradljivošću, 6 i 7 srednjom, a 8 visokom suradljivošću.

Za ovo istraživanje originalni MMAS-8 upitnik je preveden i prilagođen za pacijente na antidepresivima (Prilog 13.2). Anonimni upitnik korišten u istraživanju sastoji se od dvije skupine pitanja. Prva skupina pitanja jest MMAS-8 upitnik kojim se ispituje suradljivost pacijenata. Druga skupina pitanja su dodatna pitanja kojima ćemo pokušati procijeniti postoji li povezanost između demografskih i socio-ekonomskih skupina sa suradljivošću (Prilog 13.3). Faktori koji će se uzeti u obzir su: spol, dob, stupanj obrazovanja, radni položaj te subjektivna procjena socio-ekonomskog statusa. Konačna verzija upitnika za ispitanike nalazi se u prilogu 13.4.

U ovom istraživanju suradljivima se smatraju pacijenti s vrijednostima MMAS-8 upitnika 6 i više, dok se nesuradljivima smatraju pacijenti s vrijednostima MMAS-8 upitnika manjim od 6.

5.3. ISPITANICI

Anketa je provedena na prigodnom uzorku od 200 ispitanika. Na upitnik je odgovorilo njih 154, a 46 su odbili anketiranje (stopa odaziva bila je 77%). Istraživanje je provedeno na pacijentima u ZU Ljekarne Pavlič koja se sastoji od 3 ljekarničke jedinice: dvije ljekarničke jedinice u Sisku i jedna podružnica u Martinskoj Vesi. Upitniku su pristupili pacijenti sa propisanom terapijom antidepresiva koji su u razdoblju od siječnja do kraja ožujka 2016. godine ušli u bilo koju od tri ljekarničke jedinice zdravstvene ustanove podići propisane lijekove.

5.4. STATISTIČKA ANALIZA

Suradljivost je izračunata prema MMAS-8 metodi, a za obradu dobivenih rezultata korišten je SPSS statistički program. Statistička analiza uključuje deskriptivnu analizu i χ^2 test. ⁴¹ Rezultati χ^2 testa interpretirani su na 5%-tnoj razini značajnosti.

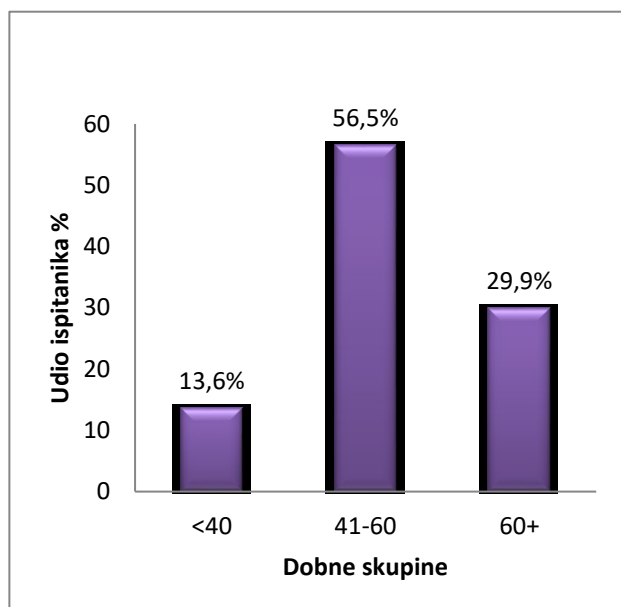
6. REZULTATI

6.1. ISPITANICI

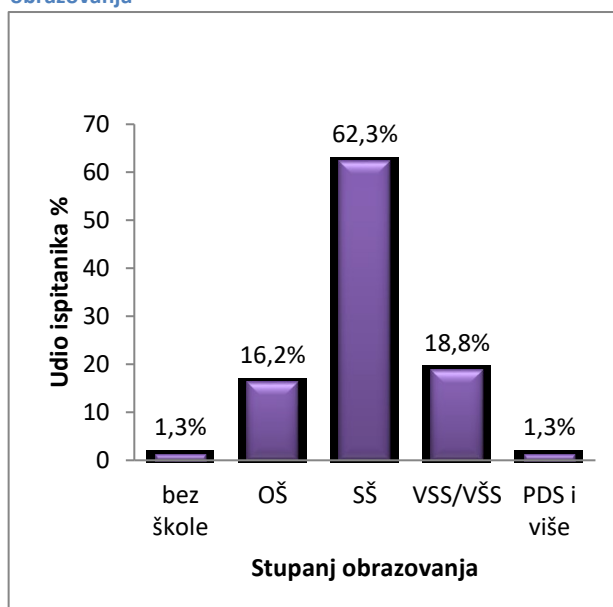
Među ispitanicima bilo je više žena (63%). Najviše ispitanika bilo je iz dobne skupine od 41 do 60 godina (56,5%), slijede ispitanici stariji od 60 godina (29,9 %), dok su mlađi od 40 najmanje zastupljeni (13,6%) (Slika 1).

S obzirom na stupanj obrazovanja najviše je ispitanika bilo sa završenom srednjom školom (62,3 %), slijede ih oni sa završenim fakultetom ili višom školom (18,8%), zatim sa završenom osnovnom školom (16,2%) dok su ispitanici bez završene škole i oni sa završenim poslijediplomskim studijem najmanje zastupljeni (1,3%) (Slika 2).

Slika 1. Distribucija ispitanika po dobnim skupinama



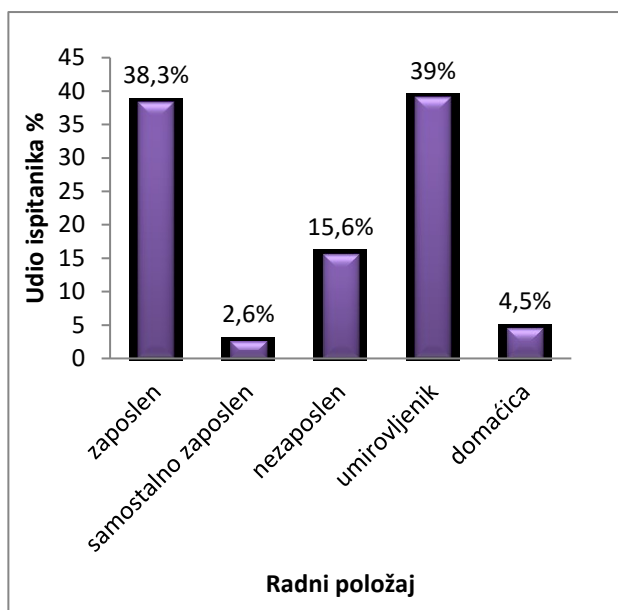
Slika 2. Distribucija ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja



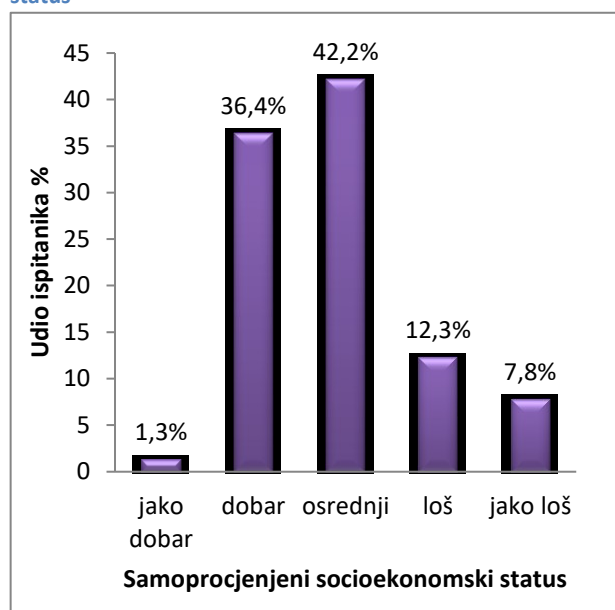
Gledajući radni položaj, gotovo je podjednako bilo umirovljenika (39 %) i zaposlenih osoba (38,3%). Treći po zastupljenosti bili su nezaposleni (15,6%), slijedile su ih domaćice (4,5%) dok je najmanje bilo samostalno zaposlenih (2,6%) (Slika 3).

Najveći broj ispitanika ocijenilo je svoj socio-ekonomski status kao prosječan (42,2%), slijede ih oni koji smatraju da je njihov status dobar (36,4%), zatim oni koji su ga procijenili kao loš (12,3%). Na posljednjim mjestima našli su se oni koji smatraju da je njihov socio-ekonomski status jako loš (7,8%) i jako dobar (1,3%)(Slika 4).

Slika 3. Distribucija ispitanika s obzirom na radni položaj



Slika 4. Distribucija ispitanika s obzirom na socio-ekonomski status

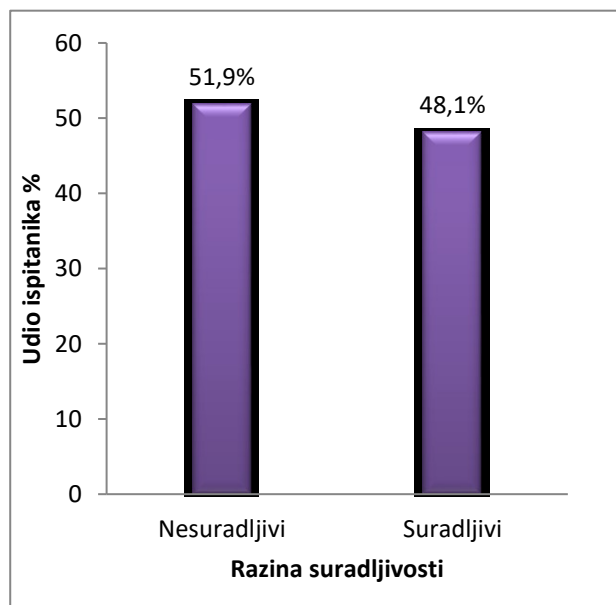
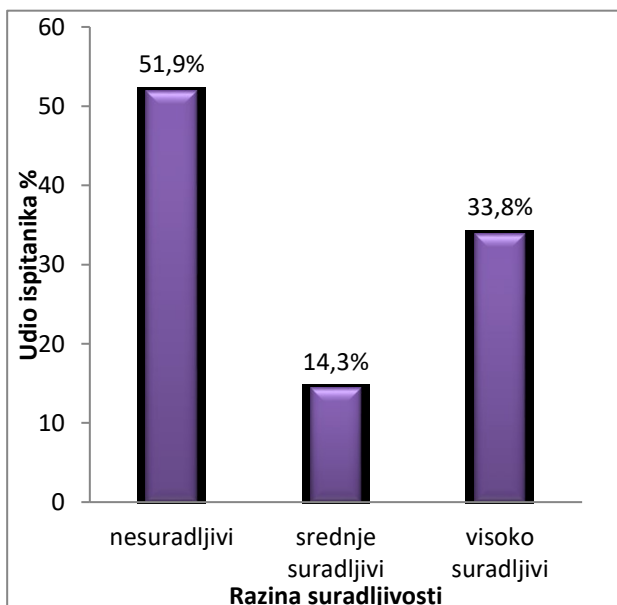


6.2. SURADLIVOST

Srednja vrijednost razine suradljivosti prema MMAS-8 upitniku je 5,794 ($\pm 1,98$). U skupini visoko suradljivih (vrijednost MMAS-8 testa je 8) bilo je 52 ispitanika (33,8 %), srednje suradljivih (vrijednost MMAS-8 testa je 6 ili 7) je bilo 22 (14,3 %), a prevladavaju nesuradljivi (vrijednost na MMAS-8 <6) sa 51,9 % (80 ispitanika) (Slika 5a).

Zbog jednostavnije interpretacije upitnika, pacijenti su prema rezultatu MMAS-8 upitnika raspoređeni u dvije skupine: suradljivi (suradljivost prema MMAS-8 testu ≥ 6) i nesuradljivi (suradljivost prema MMAS-8 testu < 6). Prema tome bilo je 51,9 % nesuradljivih i 48,1 % suradljivih ispitanika (Slika 5b).

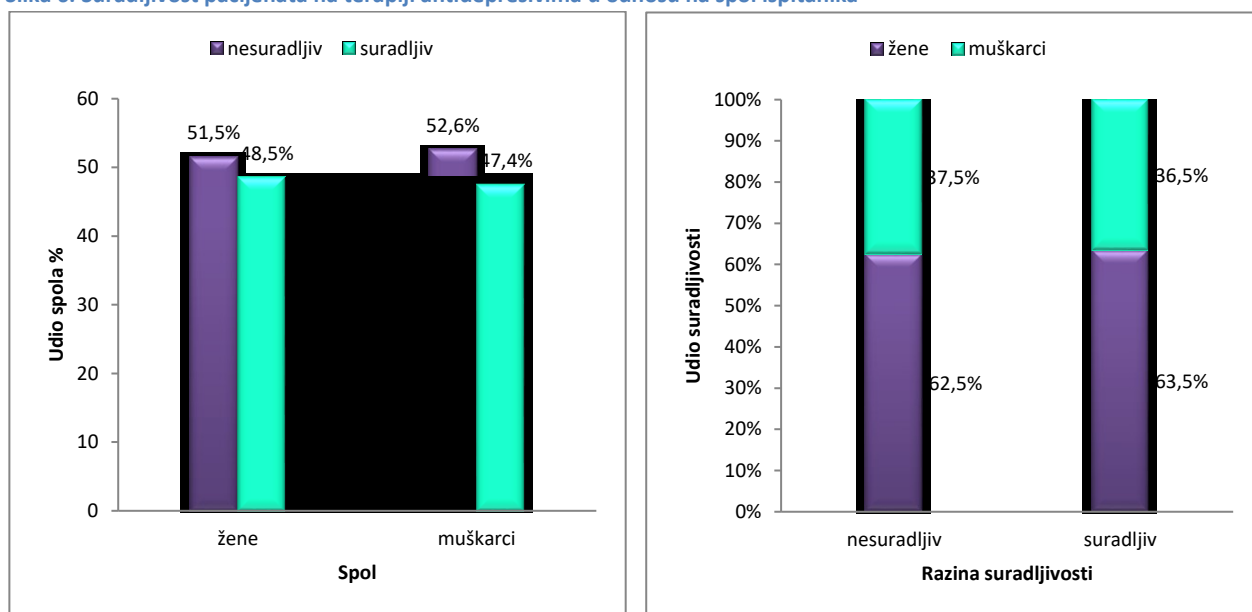
Slika 5. Distribucija ispitanika s obzirom stupanj suradljivosti prema MMAS-8 upitniku (a) i pojednostavljeni stupanj suradljivosti (b)



6.3 SURADLJIVOST U ODNOSU NA SOCIO-DEMOGRAFSKE VARIJABLE

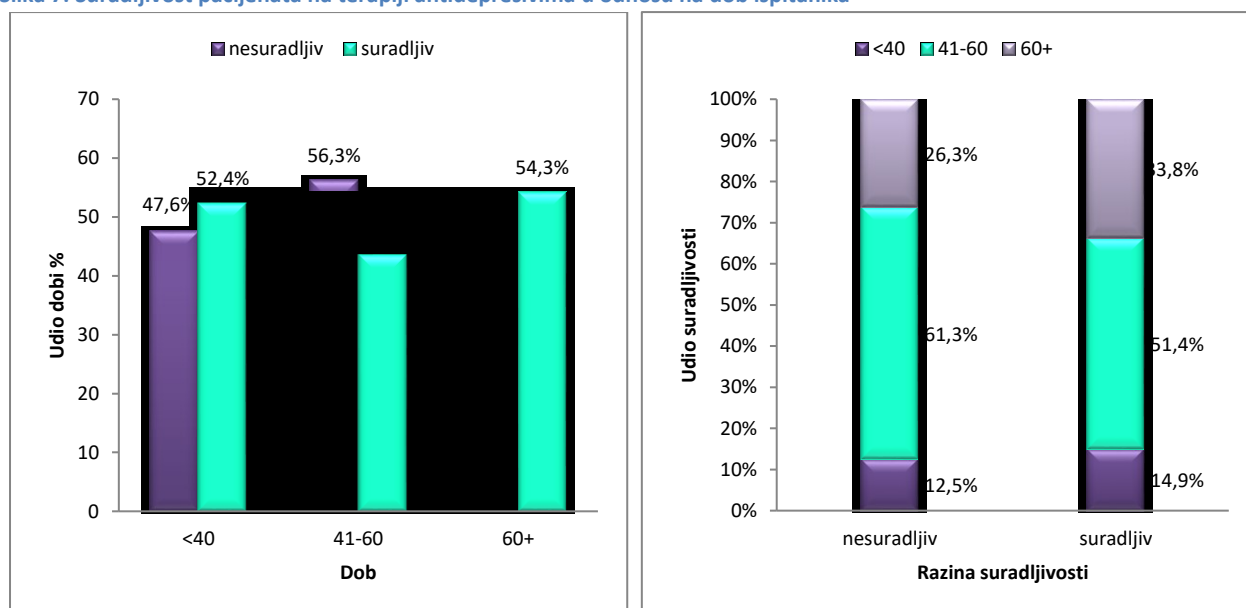
U odnosu prema spolu nisu nađene statistički značajne razlike prema suradljivosti ($\chi^2 = 0,17$; $p = 0,896$), premda se može uočiti da je bilo nešto više žena u skupini nesuradljivih (50) u odnosu na skupinu suradljivih (47) odnosno u skupini nesuradljivih bilo je više žena (62,5%), u odnosu a muškarce koji su u manjem postotku bili nesuradljivi (37,5%), ali gotovo iste razlike postoje u skupini onih suradljivih ispitanika (Slika 6).

Slika 6. Suradljivost pacijenata na terapiji antidepresivima u odnosu na spol ispitanika



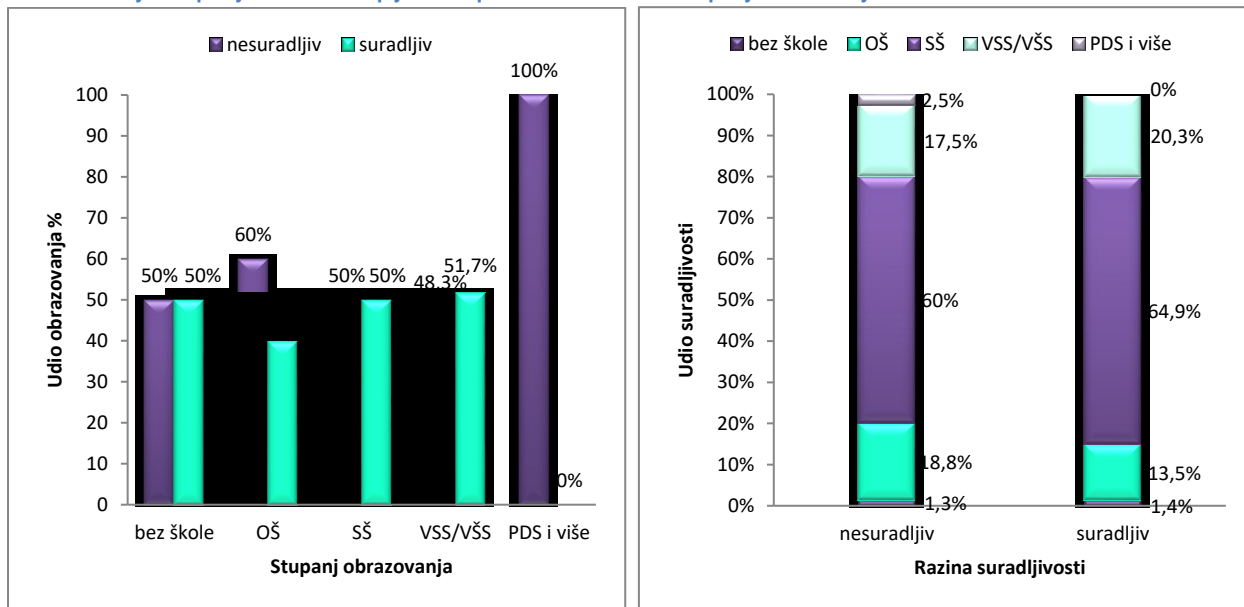
Iako ni u odnosu na dobne skupine nisu utvrđene statističke značajne razlike ($\chi^2 = 1,555$; $p = 0,460$), može se primijetiti da među suradljivim ispitanicima prevladavaju u nešto većem broju ispitanici mlađi od 60 godina (njih 49 ili 66,3%) u odnosu na skupinu iznad 60 godina starosti (25 ili 33,8%). Međutim slične razlike vidljive su i u skupini nesuradljivih (59 ili 73,8%) u mlađim dobnim skupinama u odnosu na (21 ili 26,3%) u skupini iznad 60 godina starosti (Slika 7).

Slika 7. Suradljivost pacijenata na terapiji antidepresivima u odnosu na dob ispitanika



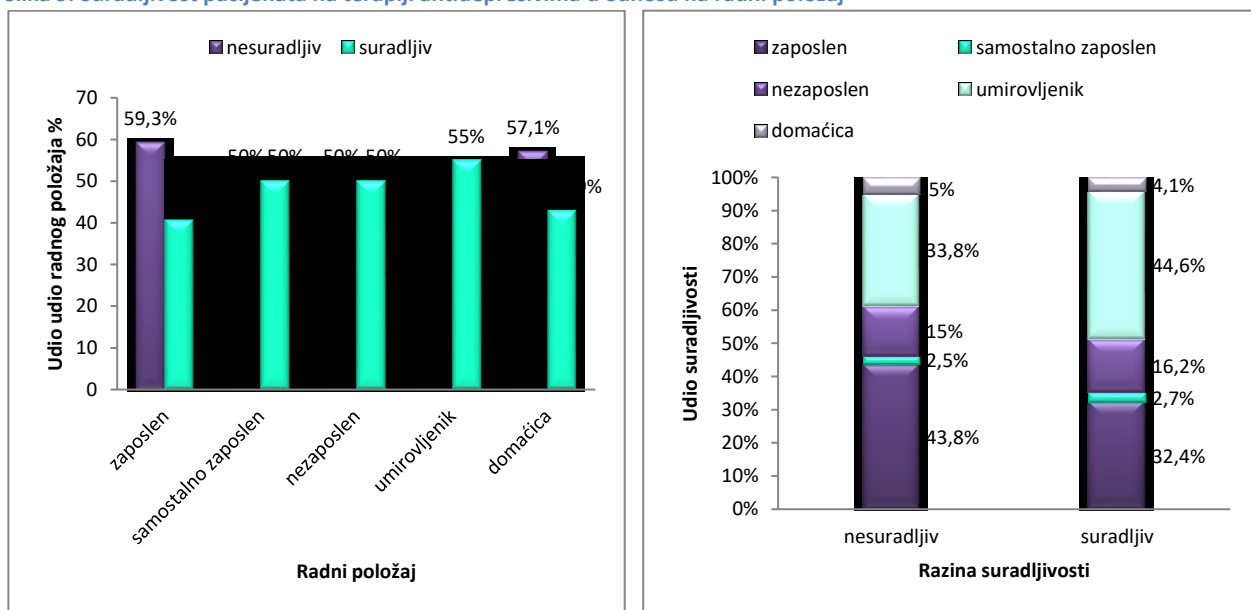
Statističkim testiranjem razlika među skupinama suradljivih i nesuradljivih ispitanika prema obrazovnom stupnju nisu otkrivene značajne razlike ($\chi^2 = 2,805$; $p = 0,591$), može se međutim primijetiti da je među ispitanicima sa završenom osnovnom školom je bilo nešto više nesuradljivih, nego suradljivih ispitanika (60% u odnosu na 40%).

Slika 8. Suradljivost pacijenata na terapiji antidepresivima u odnosu na stupanj obrazovanja



Statistička analiza nije dokazala postojanje statistički značajnih razlika između skupina suradljivih i nesuradljivih ispitanika u odnosu na njihov radni položaj ($\chi^2 = 2,564$; $p = 0,633$), može se međutim primijetiti da su zaposleni ispitanici u ovom istraživanju bili češće nesuradljivi (59,3%) nego suradljivi (40,7%), dok su suprotno umirovljenici više bili suradljivi (55,0%) nego nesuradljivi (45%) (Slika 9).

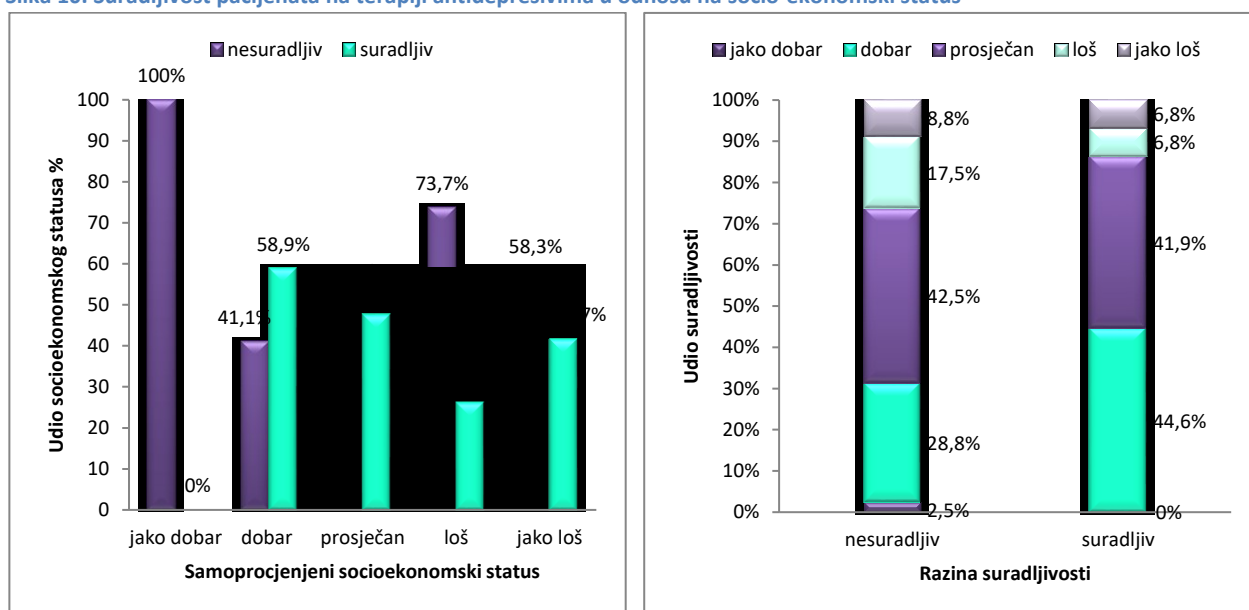
Slika 9. Suradljivost pacijenata na terapiji antidepresivima u odnosu na radni položaj



Testiranje razlika između suradljivih i nesuradljivih ispitanika koji su bili na terapiji antidepresivima u odnosu na subjektivnu procjenu socio-ekonomskog statusa nije otkrila statistički značajne razlike ($\chi^2 = 8,299$; $p = 0,81$), ali se može uočiti da ispitanici koji procjenjuju svoj socio-ekonomski status od prosječnog, lošeg do jako lošeg imaju ponešto veći stupanj nesuradljivosti nego suradljivosti. Prosječan SES pokazuje

52,3% nesuradljivih u odnosu na 47,7% suradljivih, loš SES 73,7% nesuradljivi u odnosu na 26,3% suradljivih i jako loš SES 58,3% nesuradljivih u odnosu na 41,7% suradljivih (Slika 10).

Slika 10. Suradljivost pacijenata na terapiji antidepresivima u odnosu na socio-ekonomski status



7. RASPRAVA

Depresija je vrlo raširena bolest i najčešći psihički poremećaj današnjice. Prevalencija depresije u svijetu pokazuje da žene obolijevaju gotovo dva puta češće od muškaraca. Uzevši navedeno u obzir, ne iznenađuje što je među ispitanicima bio veći broj pacijenata ženskog spola (63%).

Istraživanjima se pokazalo da se najmanje polovica depresivnih bolesnika ne pridržava liječničkih preporuka. Studije napravljene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Velikoj Britaniji pokazale su da dvije trećine depresivnih bolesnika prestane uzimati antidepresive unutar mjesec dana od propisivanja.⁴² 32 do 42% pacijenata prestane podizati lijekove u ljekarnama 6-8 tjedana nakon početka propisivanja antidepresiva.⁴³ Pretpostavlja se da depresija narušava koncentraciju i motivaciju pacijenata te time utječe na sposobnost i spremnost bolesnika da prati liječenje. Također mnoge nuspojave antidepresiva i dugotrajno liječenje utječu na slabu suradljivost. Rezultati dobiveni u ovom istraživanju također pokazuju veći broj nesuradljivih ispitanika (51,9 %) nego suradljivih (48,1 %) na temelju čega se može utvrditi da su pacijenti na terapiji antidepresivima češće nesuradljivi nego suradljivi.

Mnogim istraživanjima pokušao se ispitati utjecaj spola ispitanika na njihovu suradljivost. Rezultatima istraživanja nije se pokazalo kako jedan spol pokazuje veću suradljivost naspram drugog i/ili se nije uspjela dokazati veza između spola i suradljivosti pacijenata. Rezultati koje smo dobili ovim istraživanjem pokazali su da je u skupini nesuradljivih pacijenata na antidepresivima bilo više žena (62,5%) u odnosu na muškarce (37,5%), ali gotovo iste razlike postoje u skupini suradljivih ispitanika. Ovakav rezultat najvjerojatnije je posljedica premalog uzorka. U odnosu prema spolu nisu nađene statistički značajne razlike prema suradljivosti pa možemo reći da nije dokazana povezanost spola ispitanika sa suradljivošću pacijenata na antidepresivima.

Prema provedenim istraživanjima može se zaključiti kako je dob ispitanika jedan od čimbenika koji utječe na suradljivost. Istraživanja su pokazala kako je suradljivost adolescenata manja nego suradljivost male djece jer je suradljivost male djece određena suradljivošću njihovih roditelja ili skrbnika. Starije osobe predstavljaju 6,4% populacije i većina starijih osoba boluje od više kroničnih bolesti koje zahtijevaju složeno i dugotrajno liječenje te kako stariji imaju oslabljenu sposobnost praćenja složenih terapijskih režima. Unatoč tome, rezultatima istraživanja pokazalo se kako starije osobe vode brigu o svom zdravlju znatno više nego mlađi pacijenti. Nesuradljivost starijih pacijenata najčešće je nenamjerna te da će stariji pacijenti, uz potrebnu pomoć zdravstvenih osoba ili članova obitelji, biti suradljivi u korištenju propisane terapije. S druge strane, osobe srednje životne dobi pokazale su se manje suradljive u odnosu na osobe starije životne dobi jer ova skupina pacijenata, uz obitelj i posao, uvijek ima druge prioritete u svom svakodnevnom životu. U analiziranoj skupini pacijenata ispitanici mlađi od 60 godina (73,8%) pokazali su se manje suradljiviji nego ispitanici iznad 60 godina starosti (26,3%). Međutim, slične razlike vidljive su i u skupini suradljivih; 66,3% u mlađim dobnim skupinama u odnosu na 33,8% u skupini iznad 60 godina starosti. Pošto statističkim testiranjem suradljivosti u odnosu na dobne skupine ispitanika nisu utvrđene značajne razlike, nije dokazana povezanost dobi sa suradljivošću pacijenata na antidepresivima. Razlog je vjerojatno mali uzorak pacijenata.

Utjecaj razine obrazovanja pacijenata na suradljivost bio je tema nekoliko provedenih ispitivanja. Rezultati istraživanja nisu se podudarali, te se nije se uspjela pronaći povezanost nižeg i višeg obrazovanja sa suradljivošću ispitanika. Ukoliko se pokazalo da su ispitanici višeg obrazovanja bili suradljivi pretpostavljalo se da je ova skupina pacijenata ima više saznanja o bolesti i terapiji te su zbog toga suradljiviji. Međutim ukoliko su se ispitanici niže razine obrazovanja pokazali suradljivijim može se pretpostaviti kako potonji imaju više povjerenja u liječnike i propisanu terapiju. S obzirom na oprečne rezultate, na temelju razine obrazovanja ne možemo predvidjeti razinu suradljivosti ispitanika.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je sa završenom osnovnom školom bilo više nesuradljivih ispitanika (60%), no ova razlika mora uzeti s rezervom zbog malog broja ispitanika u toj skupini. Statističkim testiranjem suradljivosti u odnosu na razinu obrazovanja ispitanika nismo utvrdili značajne razlike pa možemo reći da stupanj obrazovanja pacijenata nema utjecaj na suradljivost pacijenata na antidepresivima. Valja naglasiti da, bez obzira na razinu obrazovanja, edukacija pacijenta te posjedovanje znanja o bolesti i liječenju utječu na suradljivost pacijenta u provođenju terapije.

Veliki broj pacijenata je, zbog niskog socio-ekonomskog statusa, uskraćen za medicinsku pomoć i lijekove. Socio-ekonomski status povezan je i sa radnim položajem ispitanika. Nižim razinama socio-ekonomskog statusa pridonosi nezaposlenost i prestanak radne aktivnosti. Posljedično ova skupina bolesnika ima nestabilne životne uvjete i troškovi liječenja su im preskupi. Može se primijetiti da su zaposleni ispitanici u ovom istraživanju bili češće nesuradljivi (59,3%) dok su umirovljenici više bili suradljivi (55,0%) nego nesuradljivi (45%). Nezaposleni i samostalno zaposleni pokazali su se podjednako suradljivim i nesuradljivim. Statistička analiza nije dokazala postojanje statistički značajnih razlika između skupina suradljivih i nesuradljivih ispitanika u odnosu na njihov radni položaj. Na temelju ovakvih rezultata nismo uspjeli dokazati povezanost radnog položaja ispitanika sa suradljivošću pacijenata na antidepresivima.

Ispitanici koji su procijenili svoj socio-ekonomski status prosječnim, lošim i jako lošim imaju ponešto veći stupanj nesuradljivosti nego suradljivosti. Prosječan SES pokazuje više nesuradljivih u odnosu na suradljive. Ispitanici koji su svoj socio-ekonomski status procijenili kao dobar bili su češće suradljivi. Samo je jedan ispitanik ocijenio svoj socio-ekonomski status kao vrlo dobar ali je ujedno bio i nesuradljiv. Zbog premalog broja ispitanika u ovoj kategoriji, ovaj bi se rezultat trebao odbaciti.

Ponovo, statističkim testiranjem suradljivosti u odnosu na socio-ekonomski status ispitanika nisu utvrđene značajne razlike odnosno nismo dokazali povezanost socio-ekonomskog statusa ispitanika sa suradljivošću pacijenata na antidepresivima.

Rezultati ovog istraživanja nisu reprezentativne već informativne prirode s obzirom na način uzorkovanja: mali uzorak pacijenata i lokalno provođenje ispitivanja. Ispitanici su pristupili ispunjavanju upitnika u ZU Ljekarne Pavlić koja se nalazi u gradu Sisku i okolici, a mi pretpostavljamo da se rezultat može generalizirati i za ostale dijelove Hrvatske. Metoda nije validirana jer se za ispitivanje suradljivosti koristio samo MMAS-8 test. Također, moguće je da su na ispitivanje pristali samo pacijenti koji su i inače suradljivi te pacijenti koji ne uzimaju lijekove u odgovarajuće vrijeme ili u preporučenoj dozi.

8. ZAKLJUČAK

Terapijska suradljivost podrazumijeva redovito uzimanje lijeka, uzimanje pravilne doze, pridržavanje preporučenog vremenskog perioda trajanja terapije te odlaske na redovite preglede kod liječnika. Ukoliko pacijent nije suradljiv, može doći do pogoršanja bolesti, netočnih dijagnoza, smanjene kvalitete života, nepotrebnih hospitalizacija te povećanih troškova za zdravstvenu zaštitu.

Ispitivanje provedeno na pacijentima sa propisanom terapijom antidepresiva u ZU Ljekarne Pavlič pokazalo je kako 33,8 % ispitanika na terapiji antidepresivima visoko suradljivo, dok je 51,9 % pacijenata nesuradljivo.

Istraživanjem nije utvrđena statistički značajna razlika između suradljivih i nesuradljivih pacijenata prema socio-demografskim varijablama kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, radni položaj i samoprocijenjeni socio-ekonomski status. Ovakav rezultat najvjerojatnije je posljedica ograničenja metode odnosno premalog uzorka.

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju problem slabe suradljivosti pacijenata na antidepresivnoj terapiji i ukazuju na potrebu poboljšanja suradljivosti kako bi se postigli bolji ishodi liječenja. Intervencije zdravstvenog tima mogle bi biti jedno od rješenja na način da se ovoj skupini bolesnika kroz bolju komunikaciju s liječnikom, veći nadzor, edukaciju pacijenta o bolesti i važnosti suradljivosti poboljša zdravstveno stanje i spriječe nepotrebne komplikacije.

9. SAŽETAK

Depresija je jedan od najučestalijih psihičkih poremećaja u medicinskoj praksi. Po učestalosti u ukupnoj populaciji depresija se nalazi na četvrtom mjestu; prevalencija depresije iznosi 12-20% u ženskoj, i 5-12% u muškoj populaciji. Žene obolijevaju gotovo dva puta češće od muškaraca, a depresija ujedno predstavlja i drugi najčešći zdravstveni problem ženske populacije. Depresivni poremećaj povezan je sa smanjenjem zdravstvenog statusa i posljedično, smanjenom kvalitetom života. Iako su dokazano učinkoviti psihološki tretmani dostupni, osnovu liječenja depresivnih poremećaja predstavljaju antidepresivi. Bolesnicima sa uspostavljenom dijagnozom depresije, ovisno o obliku depresije, liječenje treba provoditi 6 mjeseci do 5 godina, dok je određenom broju bolesnika potrebno doživotno liječenje.

Bez odgovarajuće suradljivosti pacijenta, liječenje neće imati zadovoljavajuće terapijske ishode. Suradljivost podrazumijeva redovito uzimanje lijeka, uzimanje pravilne doze, pridržavanje preporučenog vremenskog perioda trajanja terapije te odlaske na redovite preglede kod liječnika.

Slaba suradljivost dobro je poznati problem u skrbi o depresiji. 50% depresivnih bolesnika prekida s liječenjem prerano. Pretpostavlja se da depresija narušava kognitivni fokus, energiju i motivaciju pacijenata pa samim time utječe na sposobnost i spremnost bolesnika da prati liječenje. Nesuradljivost može dovesti do pogoršanja bolesti, netočnih dijagnoza, smanjene kvalitete života, nepotrebnih hospitalizacija, povećanih troškova za zdravstvenu zaštitu i uzrok je frustracija za pacijenta i liječnika.

Prema rezultatima ovog istraživanja, provedenog pomoću upitnika na pacijentima u ZU Ljekarne Pavlič, suradljivost pacijenata sa propisanom terapijom antidepresiva iznosi samo 48,1%. Istraživanjem nije utvrđena statistički značajna razlika između suradljivih i nesuradljivih pacijenata prema socio-demografskim varijablama kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, radni položaj i samo-procijenjeni socio-ekonomski status. Ovakav rezultat najvjerojatnije je posljedica ograničenja metode odnosno premalog uzorka ispitanika.

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju problem slabe suradljivosti pacijenata na antidepresivnoj terapiji i ukazuju na potrebu poboljšanja suradljivosti kako bi se postigli bolji ishodi liječenja. Intervencije zdravstvenog tima mogle bi biti jedno od rješenja na način da se ovoj skupini bolesnika poboljša zdravstveno stanje i spriječe nepotrebne komplikacije.

10. ABSTRACT

Depression is one of the most common mental disorders in medical practice. In total population incidence of depression is in fourth place; the prevalence of depression is 12-20% in women, and 5-12% in the male population. Women suffer nearly twice as often as men, and depression also represents the second most common health problem of the female population. Depressive disorder is associated with poorer health status and consequently, reduced quality of life. Although psychological treatments are proven to be effective and are available, treatment basis in depressive disorders are antidepressants. Patients with an established diagnosis of depression, depending on the form of depression, should receive treatment from 6 months to 5 years, while a number of patients needs lifelong treatment.

Without proper patient compliance, treatment will not have a satisfactory therapeutic outcome. Compliance means taking the medication regularly, taking the correct dose, adherence to the recommended duration of treatment and regular visits to the doctor.

Poor compliance is a well known problem in the care of depression. 50% of depressed patients stop treatment prematurely. It is assumed that depression impairs cognitive focus, energy and motivation of patients and thus affects the ability and willingness of patients to follow the treatment. Noncompliance can lead to worsening of the disease, incorrect diagnosis, reduced quality of life, unnecessary hospitalization, increased costs for health care and can cause frustration for patients and doctors.

According to this study, conducted by a questionnaire on patients in Health institution Pharmacies Pavlic, patient compliance with the prescribed therapy of antidepressants is only 48.1%. The study did not show any statistically significant difference between compliant and noncompliant patients according to sociodemographic variables such as gender, age, education, employment status and self-perceived socioeconomic status. This result is most likely due to limitation of used method and small sample of respondents.

The results of this study confirm the problem of poor compliance in patients on antidepressant therapy and suggest the need to improve compliance in order to achieve better treatment outcomes . Intervention of the healthcare team could be one of the solutions in a way that this group of patients improve health and prevent unnecessary complications .

11. LITERATURA

1. Hotujac, Lj.; Muačević, V. i sur. Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji). *Medicinska naklada, Zagreb* **1995**, 349-370.
2. WHO. World Health Organization ICD 10 Chapter V (F) Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. *WHO* **1992**.
3. Sadock, B.J.; Sadock, V.A. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. *Lippincott Williams & Wilkins* **2003**.
4. Van de Velde, S.; Bracke, P.; Levecque, K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc. Sci. Med.* **2010**, *71*, 305-13.
5. Hotujac, Lj.; Filipčić, I.; Grubišić, J.; Marčinko, D. Živjeti s depresijom. *PLIVA* **2003**.
6. Sherbourne, C.D.; Wells, K.B.; Meredith, L.S.; Jackson, C.A.; Camp, P. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch. Gen. Psychiat.* **1996**, *53*, 889-895.
7. Simon, G.; Ormel, J.; Von Korff, M. et al. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am. J. Psychiat.* **1995**, *152*, 352-357.
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj. *Zagreb* **2004**.
9. Bostwick, J.M.; Pankratz, V.S. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am. J. Psychiat.* **2000**, *157*, 1925-32.
10. Bertolote, J.M.; Fleischmann, A.; De Leo, D.; Wasserman, D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* **2004**, *25*, 147-55.
11. Rockville, M.D. Depression in primary care Vol. 2: Treatment of major depression, Clinical practice guideline. *Agency for Health Care Policy and Research* **1999**.
12. Štrkalj Ivezić, S. Dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritam): Anksiozni poremećaji. *Hrvatski liječnički zbor* **2003**.
13. Sotsky, S.M.; Glass, D.R.; Shea, M.T.; Pilonis, P.A.; Collins, J.F.; Elkin, I.; Watkins, J.T.; Imber, S.D.; Leber, W.R.; Moyer, J. Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am. J. Psychiat.* **1991**, *148*, 997-1008.
14. WHO. W. H. O. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. *Geneva (Switzerland)* **2003**.
15. Geddes, J.R.; Carney, S.M.; Davies, C. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* **2003**, *361*, 653-61.
16. Cushing, A.; Metcalfe, R. Optimizing Medicines Management: From Compliance to Concordance. *Ther. Clin. Risk Manag.* **2007**, *3*, 1047-1058
17. Osterberg, L.; Blaschke, T. Adherence to Medication. *N. Engl. J. Med.* **2005**, *353*, 487-497.
18. DiMatteo, M. R. Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. *Med. Care* **2004**, *42*, 200-209.
19. Grdinić, V.; Grundler Bencarić, A. Ljekarnička Praksa: Terapijske Doze i Promjena Lijekova. *Zagreb*, **2013**, 85-117.
20. Katon, W.; Robinson, P.; Von Korff, M. et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch. Gen. Psychiat.* **1996**, *53*, 924-932.
21. DiMatteo, M.R.; Hays, R.D.; Gritz, E.R. et al. Patient adherence to cancer control regimens: scale development and initial validation. *Psychol. Assess.* **1993**, *5*, 102-112.
22. McCombs, J.S. et al. The cost of antidepressant drug therapy failure: a study of antidepressant use patterns in a Medicaid population. *J. Clin. Psychiat.* **1990**, *51*, 60-69.
23. Ramana, R. et al. Medication received by patients with depression following the acute episode: adequacy and relation to outcome. *Brit. J. Psychiat.* **1999**, *174*, 128-134.
24. Gasquet, I. et al. Determinants of compliance with antidepressive drugs. *Encephale* **2001**, *27*, 83-91.
25. Dolgin, M.J.; Katz, E.R.; Doctors, S.R.; Siegel, S.E. Caregivers' perceptions of medical compliance in adolescents with cancer. *J. Adolesc. Health Care* **1986**, *7*, 22-27.
26. Jin, J.; Sklar, G.E.; Min Sen Oh, V.; Chuen Li, S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* **2008**, *4*(1): 269-286.
27. Burkhart, P.V.; Dunbar-Jacob, J.M.; Rohay, J.M. Accuracy of children's self-reported adherence to treatment. *J. Nurs. Scholarship* **2001**, *33*, 27-32.

28. Coutts, J.A.; Gibson, N.A.; Paton, J.Y..Measuring compliance with inhaled medication in asthma. *Arch. Dis. Child.* **1992**, *67*, 332-333.
29. Johnson, M.J.; Williams, M.; Marshall, E.S. Adherent and nonadherent medication-taking in elderly hypertensive patients. *Clin. Nurs. Res.* **1999**, *8*, 318-335.
30. Belgrave, L.L. Race and compliance with hypertension treatment, Sociological Abstracts no. 45. ASA **1997**.
31. Ciechanowski, P.S.; Katon, W.J.; Russo, J.E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch. Intern. Med.* **2000**, *27*, 3278-3285.
32. Rose, L.E. et al. The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *J. Adv. Nurs.* **2000**, *32*, 587-594.
33. Demyttenaere, K. Compliance and acceptance in antidepressant treatment. *Int. J. Psychiat. Clin. Pract.* **2001**, *5*, 29-35.
34. Horne, R. Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *J. Psychosom. Res.* **1999**, *47*, 491-495.
35. Lin, E.H. et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med. Care* **1995**, *33*, 67-74.
36. Tai-Seale, M.; Croghan, T.W.; Obenchain, R. Determinants of antidepressant treatment compliance: implications for policy. *Med. Care Res. Re.* **2000**, *57*, 491-512.
37. Montgomery, S.A.; Kasper, S. Comparison of compliance between serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *Int. Clin. Psychoph.* **1995**, *9*, 33-40.
38. Myers, E.D.; Branthwaite, A. Out-patient compliance with antidepressant medication. *Brit. J. Psychiat.* **1992**, *160*, 83-86 .
39. Morisky, D.; Green, L.; Levine, D. Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Med. Care* **1986**, *24*, 67-74.
40. Morisky, D.; Ang, A.; Krousel-Wood, M.; Ward, H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J. Clin. Hypertens.* **2008**, *10*, 348-354.
41. [Http://www.spsstools.net/spss.htm](http://www.spsstools.net/spss.htm).
42. Johnson, D.A. Treatment of depression in general practice. *Brit. Med. J.* **1973**, *266*, 18-20.
43. Lin, E.H. et al. Low-intensity treatment of depression in primary care: is it problematic? *Gen. Hosp. Psychiat.* **2000**, *22*, 78-83.

12. ŽIVOTOPIS

Maja Mušura Pavlić rođena je 05. veljače 1983. u Zagrebu. Pohađala je osnovnu školu A.G. Matoš i III. Gimnaziju u Zagrebu. Godine 2009. diplomirala je na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Pripravnički staž završila je u Zdravstvenoj ustanovi Ljekarne Pavlić gdje od 2010. radi kao ljekarnik.

13. POPIS PRILOGA

- 13.1. Originalni upitnik MMAS-8
- 13.2. Prijevod originalnog upitnika MMAS-8
- 13.3. Dodatna pitanja u ovom istraživanju
- 13.4. Upitnik za pacijente u ovom istraživanju
- 13.5. Distribucija ispitanika prema spolu
- 13.6. Distribucija ispitanika prema dobi
- 13.7. Distribucija ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja
- 13.8. Distribucija ispitanika s obzirom na radni položaj
- 13.9. Distribucija ispitanika s obzirom samoprocijenjeni socio-ekonomski status
- 13.10. Distribucija ispitanika s obzirom stupanj suradljivosti
- 13.11. Distribucija ispitanika s obzirom stupanj suradljivosti (nesuradljivi, srednje suradljivi, visoko suradljivi)
- 13.12. Distribucija ispitanika s obzirom stupanj suradljivosti (nesuradljivi -suradljivi)
- 13.13. Stupanj suradljivosti u odnosu na spol, dob, stupanj obrazovanja, radni položaj i procjenu socio-ekonomskog statusa

Prilog 13.1. Originalni upitnik MMAS-8

1. Do you sometimes forget to take your high blood pressure pills?				
YES		NO		
2. Over the past two weeks, were there any days when you did not take your high blood pressure medicine?				
YES		NO		
3. Have you ever cut back or stopped taking your medication without telling your doctor because you felt worse when you took it?				
YES		NO		
4. When you travel or leave home, do you sometimes forget to bring along your medications?				
YES		NO		
5. Did you take your high blood pressure medicine yesterday?				
YES		NO		
6. When you feel like your blood pressure is under control, do you sometimes stop taking your medicine?				
YES		NO		
7. Do you ever feel hassled about sticking to your blood pressure treatment plan?				
YES		NO		
8. How often do you have difficulty remembering to take all your medicine?				
A. NEVER / RARELY	B. ONCE IN A WHILE	C. SOMETIMES	D. USUALLY	E. ALL THE TIME

A = 0; B-E = 1

Total score: > 2 = low adherence
 1 or 2 = medium adherence
 0 = high adherence

Prilog 13.2. Prijevod originalnog upitnika MMAS-8

1. Zaboravite li ponekad uzeti lijekove protiv depresije?				
DA		NE		
2. Prisjetite se jeste li u posljednja dva tjedna koji put zaboravili popiti lijekove protiv depresije?				
DA		NE		
3. Jeste li ikada sami smanjili dozu ili prestali uzimati lijekove zbog nuspojava?				
DA		NE		
4. Kada putujete ili odete od kuće zaboravite li ponekad uzeti sa sobom lijekove?				
DA		NE		
5. Jeste li jučer popili sve svoje lijekove protiv depresije?				
DA		NE		
6. Kada se osjećate dobro, izostavite li koji put lijekove protiv depresije?				
DA		NE		
7. Ometa li vas pridržavanje terapije u vašim svakodnevnim aktivnostima?				
DA		NE		
8. Koliko često zaboravite uzeti lijekove?				
A. NIKAD	B. PONEKAD	C. ČESTO	D. VRLO ČESTO	E. UVIJEK

Prilog 13.3. Dodatna pitanja u ovom istraživanju

9. Spol					
Ž			M		
10. Dob (otvoreno pitanje)					
11. Koji najviši stupanj obrazovanja imate?					
NEZAVRŠENA OSNOVNA ŠKOLA	OSNOVNA ŠKOLA	SREDNJA ŠKOLA	FAKULTET ILI VIŠA ŠKOLA	POSTDIPLOMSKI STUDIJ	
12. Kakav je Vaš radni položaj?					
ZAPOSLEN	SAMOSTALNO ZAPOSLEN	NEZAPOSLEN	UMIROVLJENIK	DOMAĆICA	DRUGO
13. Kako procjenjujete svoj socio-ekonomski status?					
JAKO DOBRO	DOBRO	OSREDNJE	LOŠE	JAKO LOŠE	

Prilog 13.4. Upitnik za pacijente u ovom istraživanju

Upitnik za pacijente na terapiji antidepresivima

Ovaj upitnik je sastavni dio istraživanja za izradu diplomskog rada. Upitnik je anonimn te svi podaci koje nam pružite biti će potpuno povjerljivi.

1. Zaboravite li ponekad uzeti lijekove protiv depresije?

DA

NE

2. Prisjetite se jeste li u posljednja dva tjedna koji put zaboravili popiti lijekove protiv depresije?

DA

NE

3. Jeste li ikada sami smanjili dozu ili prestali uzimati lijekove zbog nuspojava?

DA

NE

4. Kada putujete ili odete od kuće zaboravite li ponekad uzeti sa sobom lijekove?

DA

NE

5. Jeste li jučer popili sve svoje lijekove protiv depresije?

DA

NE

6. Kada se osjećate dobro, izostavite li koji put lijekove protiv depresije?

DA

NE

7. Ometa li vas pridržavanje terapije u vašim svakodnevnim aktivnostima?

DA

NE

8. Koliko često zaboravite uzeti lijekove?

NIKAD

PONEKAD

ČESTO

VRLO ČESTO

UVIJEK

DODATNA PITANJA

9. Spol

Ž

M

10. Dob

11. Koji najviši stupanj obrazovanja imate?

NEZAVRŠENA
OSNOVNA ŠKOLA

OSNOVNA ŠKOLA

SREDNJA ŠKOLA

FAKULTET ILI VIŠA
ŠKOLA

POSTDIPLOMSKI
STUDIJ

12. Kakav je Vaš radni položaj?

ZAPOSLEN SAMOSTALNO NEZAPOSLEN UMIROVLJENIK DOMAĆICA DRUGO
ZAPOSLEN

13. Kako procjenjujete svoj socio-ekonomski status?

JAKO DOBRO DOBRO OSREDNJE LOŠE JAKO LOŠE

Prilog 13.5. Distribucija ispitanika prema spolu

	N	%
žene	97	63,0
muškarci	57	37,0
ukupno	154	100,0

Prilog 13.6. Distribucija ispitanika prema dobi

	N	%
<40	21	13,6
41-60	87	56,5
60+	46	29,9
ukupno	154	100,0

Prilog 13.7. Distribucija ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja

	N	%
bez škole	2	1,3
osnovna škola	25	16,2
srednja škola	96	62,3
fakultet/viša škola	29	18,8
postdiplomski studij	2	1,3
ukupno	154	100,0

Prilog 13.8. Distribucija ispitanika s obzirom na radni položaj

	N	%
zaposlen	59	38,3
samostalno zaposlen	4	2,6
nezaposlen	24	15,6
umirovljenik	60	39,0
domaćica	7	4,5
ukupno	154	100,0

Prilog 13.9. Distribucija ispitanika s obzirom samoprocijenjeni socio-ekonomski status

SES	N	%
jako dobar	2	1,3
dobar	56	36,4
prosječan	65	42,2
loš	19	12,3
jako loš	12	7,8
ukupno	154	100,0

Prilog 13.10. Distribucija ispitanika s obzirom stupanj suradljivosti (1-8)

MMAS	N	%
1,00	2	1,3
2,00	5	3,2
3,00	18	11,7
4,00	16	10,4
5,00	14	9,1
6,00	25	16,2
7,00	22	14,3
8,00	52	33,8
ukupno	154	100,0

Prilog 13.11. Distribucija ispitanika s obzirom stupanj suradljivosti (nesuradljivi, srednje suradljivi, visoko suradljivi)

	N	%
<6 nesuradljivi	80	51,9
6-7 srednje suradljivi	22	14,3
8 visoko suradljivi	52	33,8
ukupno	154	100,0

Prilog 13.12. Distribucija ispitanika s obzirom stupanj suradljivosti (nesuradljivi -suradljivi)

	N	%
nesuradljivi ≥ 6	80	51,9
suradljivi <6	74	48,1
ukupno	154	100,0

Prilog 13.13. Stupanj suradljivosti u odnosu na spol, dob, stupanj obrazovanja, radni položaj i procjenu socio-ekonomskog statusa

varijabla	nije suradljiv		suradljiv	
	N	%	N	%
spol				
spol M	30	52,6%	27	47,4%
spol Ž	50	51,5%	47	48,5%
dob				
< 40	10	47,6%	11	52,4%
41-60	49	56,3%	38	43,7%
60+	21	45,7%	25	54,3%
stupanj obrazovanja				
bez škole	1	50%	1	50%
OŠ	15	60%	10	40%
SŠ	48	50%	48	50%
VSS/VŠS	14	48,3%	15	51,7%
PDS i više	2	100%	0	0%
radni položaj				
zaposlen	35	59,3%	24	40,7%
samostalno zaposlen	2	50,0%	2	50,0%
nezaposlen	12	50,0%	12	50,0%
umirovljenik	27	45,0%	33	55,0%
domaćica	4	57,1%	3	42,9%
samoprocijenjeni socio-ekonomski status				
jako dobar	2	100%	0	0%
dobar	23	41,1%	33	58,9%
prosječan	34	52,3%	31	47,7%
loš	14	73,7%	5	26,3%
jako loš	7	58,3%	5	41,7%

