

SURADLJIVOST ADOLESCENATA U PSIHIJATRIJSKOM LIJEČENJU

Franjić, Kristina

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:384220>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-19**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Kristina Franjić

SURADLJIVOST ADOLESCENATA U PSIHIJATRIJSKOM LIJEČENJU

Diplomski rad

Rijeka, 2018.

Mentor rada: Doc.dr.sc. Ana Kaštelan, dr. med.

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Izv.prof.dr.sc. Mirjana Graovac, dr.med.
2. Doc.dr.sc. Jasna Grković, dr.med.
3. Prof.dr.sc. Marija Kaštelan, dr.med.

Rad sadrži: 44 stranice, 1 tablicu i 75 literaturnih navoda.

ZAHVALA

Željela bih se iskreno zahvaliti svojoj mentorici, doc. dr. sc. Ani Kaštelan, bez koje ovaj rad ne bi postojao. Hvala Vam na vodstvu i pomoći uz koje je ovaj rad napisan.

Također želim zahvaliti svojoj obitelji i svima bližnjima koji su bili uz mene, podupirali me i gurali naprijed, bez njih ne bih uspjela dospjeti tu gdje sam danas.

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Suradljivost	2
1.1.1. Metode ispitivanja suradljivosti	4
1.1.2. Strategije za poboljšanje suradljivosti bolesnika	6
1.2. Suradljivost psihijatrijskih pacijenata	8
1.2.1. Čimbenici koji utječu na suradljivost psihijatrijskih pacijenata u liječenju	10
1.3. Suradljivost adolescenata	13
1.3.1. Psihološke značajke adolescencije	13
1.3.2. Suradljivost adolescenata u liječenju tjelesnih bolesti	14
2. Svrha rada	16
3. Pregled literature	17
3.1. Suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju	17
3.1.1. Suradljivost adolescenata ovisno o psihijatrijskom poremećaju i psihofarmacima	17
3.1.2. Suradljivost adolescenata ovisno o psihološkim čimbenicima	20
3.1.3. Suradljivost adolescenata ovisno o utjecajima iz obitelji	21
3.1.4. Suradljivost adolescenata ovisno o obilježjima liječnika i liječenja	23
3.1.5. Suradljivost adolescenata ovisno o ostalim čimbenicima	23
3.2. Strategije za poboljšanje suradljivosti psihijatrijski liječenih adolescenata	24
4. Rasprava	26
5. Zaključak	33
6. Sažetak	34
7. Summary	35
8. Literatura	36
9. Životopis	44

1. Uvod

Suradljivost ili poštivanje odredbi liječnika (engl. *compliance*) je pojam koji označava u kojoj mjeri pacijent provodi upute o liječenju dobivene od liječnika (1). Suradljivost je primarna odrednica uspjeha liječenja. Loša suradljivost smanjuje kliničku korist i time sveukupan uspjeh zdravstvenog sustava (2). Intervencije za poboljšanje suradljivosti imaju mnogo veći utjecaj na zdravlje populacije nego bilo koje druge intervencije u liječenju (2,3). Prema nekim procjenama, oko 50% propisanih lijekova u SAD-u ne uzima se na ispravan način, a oko trećine bolesnika uopće ne uzima propisane lijekove (4). Negativni učinci loše suradnje iskazuju se letalnim ishodom i pogoršanjem bolesti s preko 30% više hospitalizacija (4).

Suradljivost bolesnika pri liječenju može se ispitivati raznim metodama koje mogu biti subjektivne ili objektivne, a svaka od njih ima svoje prednosti i nedostatke. Velik problem istraživanja suradljivosti predstavlja neujednačenost metodologije i nedostatak zlatnog standarda u mjerenju suradljivosti (5).

Loša suradljivost pri liječenju u psihijatrijskih pacijenata je česta i sa sobom nosi ozbiljne posljedice po pitanju učinkovitosti, sigurnosti i ekonomije (6). Pri razmatranju problema suradljivosti psihijatrijskog bolesnika moraju se uzeti u obzir dodatni faktori poput vrste psihičkog poremećaja, specifičnosti kategorija bolesnika, faze bolesti, strukture ličnosti i mogućnosti bolesnika da spoznaju potrebu za liječenjem. Vrlo veliku ulogu imaju liječnici koji propisuju lijek i način na koji objašnjavaju liječenje, članovi terapijskog tima te mišljenje i stavovi ostalih bolesnika (7).

Suradljivost u adolescentskoj populaciji varira od 10% do 89% za kronične bolesti. Brojne varijable utječu na suradljivost: ozbiljnost poremećaja i učinkovitost predložene terapije, stavovi prema vrsti terapije, način na koji roditelji i druge značajne osobe percipiraju liječenje (8). Uzroci loše suradljivosti u liječenju adolescenata mogu biti psihološki fenomeni tipični za

tu fazu razvoja. Potreba za testiranjem granica u ponašanju i adolescentov osjećaj neranjivosti mogu značajno narušiti suradljivost (8). U znanstvenoj i stručnoj literaturi ističe se da problematika suradljivosti adolescenata u psihijatrijskom liječenju još nije dovoljno istražena (9).

1.1.Suradljivost

Prije gotovo dva i pol tisućljeća, Hipokrat je bio svjestan činjenice da bolesnici ne govore istinu o uzimanju lijekova (10,11). David Sackett je 1970-ih godina postao zainteresiran za suradljivost zbog liječenja hipertenzije i zaključio je da nepredvidivost uspjeha u liječenju vjerojatno proizlazi iz loše suradnje pacijenata (12). Do kraja 1970-ih postalo je jasno da su čimbenici suradljivosti složeni u svom djelovanju, no usprkos tome od 1980-ih malo je otkrića na ovu temu (10,13).

Suradljivost (engl. *compliance*) je u engleskom jeziku riječ s negativnim konotacijama. Ona implicira popustljivost, obveznost i pokoravanje. Suradljiv pacijent se podčinjava nalogima liječnika i uzima lijekove ili poslušno slijedi savjete (14). Nesuradljivost je neuspjeh ili odbijanje suradnje i može implicirati neposlušnost. Postupno se diferenciraju specifični pojmovi vezani uz probleme nesuradljivosti: adherencija, podudarnost i ustrajnost.

Svjetska zdravstvena organizacija je u svom izvješću iz 2003. godine definirala adherenciju kao „stupanj do kojeg se pacijentovo ponašanje u obliku uzimanja lijekova, slijeđenja dijeta ili izvršenja promjena životnog stila slaže s preporukama zdravstvenog djelatnika“ (2). Adherencija označuje pridržavanje, prijanjanje, privrženost, odanost, vjernost i shvaća pacijenta kao aktivnog sudionika u svom liječenju. Označava da pacijent i liječnik surađuju kako bi poboljšali pacijentovo zdravlje integracijom liječnikovog medicinskog mišljenja i pacijentovog životnog stila, vrijednosti i želje za medicinskom brigom (15).

U novijoj literaturi se uvodi pojam podudarnosti (engl. *concordance*). Kraljevsko farmaceutsko društvo Velike Britanije je iznijelo izvješće u kojem predlaže da se pojmovi suradljivosti i adherencije potpuno zamijene pojmom podudarnosti. Smatraju da suradljivost s pasivnim pokoravanjem i adherencija s aktivnim pridržavanjem ne stavljaju dovoljan naglasak na bolesnikovu suglasnost u liječenju i ulogu ravnopravnog sudionika (16).

U istraživanjima se najčešće mjeri adherencija u uzimanju lijekova. Adherencija se danas promatra kao proces koji se sastoji od inicijacije, implementacije i prestanka uzimanja lijeka. Proces započinje inicijacijom liječenja, tj. trenutkom uzimanja prve doze lijeka. Implementacija režima doziranja je definirana kao stupanj do kojeg stvarno uzimanje lijeka odgovara propisanom režimu doziranja (od inicijacije do posljednje uzete doze lijeka). Prestanak uzimanja lijeka označuje kraj liječenja, tj. kad je izostavljena sljedeća doza te nakon toga bolesnik više nije uzimao lijek. Upornost ili perzistencija jest razdoblje između inicijacije i posljednje doze koja prethodi prestanku uzimanja lijeka, tijekom kojeg je bolesnik uzimao lijek u skladu s preporukom (4).

Suradljivost se može istraživati promatrajući ishod liječenja i broj doza koji se ne uzme ili se uzme neadekvatno. Dracup i Meleis su istraživanjem iz 1982. godine pokazali da je 80%-tna suradljivost pri uzimanju lijekova za hipertenziju dovoljna za snižavanje krvnog tlaka na normalnu razinu, ali 50%-tna suradljivost je u tome bila neučinkovita (17).

Pomanjkanje adherencije ili nesuradljivost možemo definirati i kao propust u uzimanju lijekova na vrijeme u propisanim dozama. Razlikujemo potpunu, djelomičnu, povremenu suradljivost, izostanak suradljivosti ili pretjeranu suradljivost (engl. *overcompliance*). Pretjerana suradljivost je uzimanje veće doze lijeka od one koju je liječnik propisao pa adherencija i suradljivost mogu varirati od 0% do više od 100% (4).

U svom preglednom radu iz 1982. godine, D.O. Fedder procjenjuje da „trećina pacijenata uvijek surađuje, trećina nikad ne surađuje i trećina ponekad surađuje“ (18). Prema Svjetskoj

zdravstvenoj organizaciji, u razvijenim zemljama je prosječna suradljivost među pacijentima koji pate od kroničnih bolesti samo 50% (2). Procjenjuje se da nesuradljivost pacijenata godišnje košta oko 125 mlrd. €, uključujući liječenje komplikacija nastalih zbog neuzimanja lijekova (19).

1.1.1. Metode ispitivanja suradljivosti

Svjetska zdravstvena organizacija kategorizirala je metode mjerenja adherencije na subjektivne i objektivne. Subjektivne metode podrazumijevaju evaluaciju zdravstvenog radnika ili pacijenta u formi izvješća. Nedostatak ove metode je što pacijenti ponekad svoje uzimanje lijeka prikazuju boljim nego što ono jest. Objektivne metode uključuju brojanje tableta, elektronski monitoring, analizu sekundarnih baza i biokemijske mjere. Objektivne metode bi se trebale koristiti za potvrdu i usporedbu sa subjektivnima (20).

Metode mjerenja suradljivosti možemo podijeliti na direktne i indirektne. Direktne metode su uzimanje lijeka pod nadzorom, mjerenje koncentracije lijeka ili metabolita u krvi, urinu ili slini te mjerenje bioloških markera u krvi. Metoda uzimanja lijeka pod nadzorom prikladna je samo za provođenje u zdravstvenim ustanovama. Mjerenje koncentracije lijeka ili metabolita u krvi, urinu ili slini je objektivna metoda, ali su potrebne specijalne laboratorijske pretrage i vješto osoblje, što značajno poskupljuje metodu. Mjerenje bioloških markera u krvi (kao što je glukoza u krvi) je također objektivno, ali na razinu biološkog markera mogu utjecati i drugi čimbenici (na primjer dijeta), metoda je komplicirana i ponekad skupa zbog posebnih testova i invazivnosti (21). Iako se direktne mjere smatraju najtočnijima, one daju samo pozitivan ili negativan rezultat, bez otkrivanja uzroka i vrste nesuradljivosti. Testovi mogu biti invazivni što može u pacijenta izazvati anksioznost. Metabolizam lijeka također mora biti uzet u obzir. Na primjer, tragovi psihijatrijskih lijekova se mogu detektirati u krvi i dugo nakon što se lijek

prestao koristiti. Osobe se međusobno razlikuju u fiziologiji i brzini metabolizma, stoga se i razine lijeka u plazmi također razlikuju, iako je doza ista. Interakcije među lijekovima i interakcije lijekova s hranom također mogu smanjiti točnost ovih metoda. Stoga su direktne metode uglavnom neprikladne za psihijatrijske pacijente i one koji uzimaju više lijekova. Nadalje, ove su metode skupe i teže za provođenje jer zahtijevaju dodatan rad i vještinu zdravstvenog osoblja. Pogreška može nastati i ako pacijent uzima lijekove samo prije nadolazećeg testiranja što se naziva adherencija bijele kute. Taj fenomen se definira kao „poboljšanje u adherenciji pacijenata u vremenu oko kliničkih posjeta“. Modi i suradnici su otkrili da je prosječna adherencija prije i nakon posjeta 86% do 88%, a mjesec dana nakon posjeta ona pada na 67% (20). Indirektne metode su pacijentov dnevnik, upitnici za pacijenta, mjerenje ponovne realizacije recepta, klinički odgovor na učinak terapije, brojanje preostalih tableta te elektronski monitori. Pacijentov dnevnik je koristan izvor informacije za doktora, ujedno podsjetnik za pacijenta, ali nije pouzdan (21). Pacijenti često precjenjuju svoju suradljivost te se u prosjeku pronalazi 30% veća adherencija u usporedbi sa rezultatima elektronskog monitoriranja uzimanja lijeka (20).

Upitnici za pacijente su jednostavni za primjenu, ali ih je potrebno potvrditi drugim metodama, subjektivnim i objektivnim (21). Upitnici mogu evaluirati ponašanje u vezi uzimanja lijekova, probleme u pridržavanju uputa o liječenju i uvjerenja povezana s adherencijom. Oni se koriste pretežno u kliničkoj praksi, a pogreške su česte. Do njih mogu dovesti pitanja koja sugeriraju krivnju pacijenta zbog nepridržavanja. Pacijentovo psihološko stanje također može imati utjecaj na odgovore (20). Mjerenje ponovne realizacije recepta je objektivna metoda i dobar pokazatelj, no ne postoji dokaz o korelaciji sa stvarnim uzimanjem lijeka. Klinički odgovor na učinak terapije se radi na svakom kontrolnom pregledu, ali kliničke promjene ne ovise isključivo o lijekovima. Brojanje preostalih tableta je objektivna metoda, ali ostaje nepoznato je li pacijent zaista uzeo lijekove. Elektronski monitori su vrlo precizni, ali su

skupi i prikladni samo za određena pakiranja, te se koriste pretežno u kliničkim istraživanjima. Obično sadrže neke ili sve od sljedećih značajki: bilježenje vremena doziranja i spremanje bilješki o adherenciji, audiovizualni podsjetnici za sljedeću dozu, digitalni ekrani, kontroliranje u pravom vremenu i povratne informacije o adherenciji (21). Budući da nema idealne metode, savjetuje se pristup s više metoda istovremeno (20).

1.1.2. Strategije za poboljšanje suradljivosti bolesnika

Kako bi se moglo učinkovito djelovati na povećanje suradljivosti bolesnika, važno je razumjeti osnovne teorijske modele suradljivosti. Iako oni nisu standardizirani i nema jednog koji bi se mogao primijeniti na svakog pacijenta, korisno ih je poznavati (22,23). Prema Fisheru, teorije adherencije se mogu svesti na pet modela. Prvi model je biomedicinski koji identificira čimbenike koji mogu poboljšati adherenciju i djeluje u smislu primjene istih. Drugi je model bihevioralno-socijalnog učenja, koji adherenciju shvaća kao ponašanje koje treba naučiti. Treći, komunikacijski model, lošu adherenciju povezuje s problemima u komunikaciji između liječnika i bolesnika. Četvrti je model vjerovanja o zdravlju koji tvrdi da se na adherenciju može utjecati racionalnim razmišljanjima. Peti model je sustav samokontrole koji se oslanja na bolesnikove kognitivne čimbenike i planiranje. Bolesnike se shvaća kao osobe koje rješavaju probleme i koji će razviti suradljivo ponašanje (22,23).

Same strategije za poboljšavanje suradljivosti pri liječenju se mogu podijeliti na edukacijske, bihevioralne te kombinaciju edukacijskih i bihevioralnih (10).

Upotreba edukacijskih strategija za poboljšanje suradljivosti se temelji na informacijskom modelu suradljivosti koji tvrdi da bolesnici ne surađuju zato što ne znaju dovoljno o rizicima bolesti, korisnosti liječenja i o detaljima samog liječenja (10).

Mnoga istraživanja su pokazala da edukacijske strategije poput komunikacije i savjetovanja poboljšavaju suradljivost pacijenata (10). Pisane upute liječnika ili ljekarnika su se pokazale učinkovitima u poboljšanju suradljivosti za lijekove koji se trebaju uzimati kratkotrajno, ali za lijekove koji se koriste u kroničnoj terapiji pisane upute same nisu dovoljne (24). Za tvorničke informacije o lijekovima se pokazalo da nemaju gotovo nikakav utjecaj na bolesnikovo znanje o lijeku i pogreške pri uzimanju lijekova (25). Informativni letci, s druge strane, povećavaju znanje pacijenata o lijeku, ali ne i njihovu suradljivost (26). U meta-analizi kombinacija strategija intervencija, individualno savjetovanje, grupna edukacija i pisane ili audiovizualne intervencije su povećali znanje i smanjili pogreške pri primjeni lijekova (25). Dokazano je da je suradljivost značajno veća kada se pruži pisana informacija u kombinaciji s verbalnim objašnjenjem, nego u slučaju pisane informacije same (27). No postoje i istraživanja koja su za rezultate dobila da upute nemaju utjecaja na samu suradljivost, već samo povećavaju znanje o lijekovima (28). Same informacije su najkorisnije u kratkotrajnim terapijskim režimima. Što se tiče kroničnih liječenja, čim se odstrani intervencija, utjecaj informacije se smanjuje (10).

Bihevioralne strategije, poput podsjetnika i posebnih kutija za lijekove, također poboljšavaju suradljivost (10). Pacijenti koji koriste tablice koje ih podsjećaju na uzimanje lijekova rjeđe zaboravljaju uzeti lijek i manje odstupaju od predviđenog rasporeda uzimanja lijekova. Druga vrsta podsjetnika je podsjetnik na ponovno podizanje lijeka koje obično šalju ljekarne za koje se pokazalo da povećavaju suradljivost pri podizanju lijekova. Posebna pakiranja lijekova pomažu bolesniku da se organizira i da sam prati uzimanje lijekova (10).

Mnoga su se istraživanja bavila učinkom primjene edukacijskih i bihevioralnih strategija u kombinaciji. Ovo podupire model aktivne suradljivosti koji prepoznaje odnose između bihevioralnih, kognitivnih i društvenih čimbenika u utjecaju na suradljivost (10). U istraživanju provedenom nad pacijentima s epilepsijom, suradljivost je bila značajno povećana u skupini koja je primala savjetovanje, pratila svoje uzimanje lijekova i učestalost napada te dobila

posebne kutije za lijekove i podsjetnike iz ljekarne poslane poštom (29). Haynes je proveo istraživanje intervencija za poboljšanje suradljivosti u kojima su kombinirane strategije dosljedno davale najbolje rezultate (30), a meta-analiza koju su proveli Mullen i suradnici potvrđuje isto, da kombiniranje edukacijskih i bihevioralnih strategija daje najbolje rezultate (25).

1.2. Suradljivost psihijatrijskih pacijenata

Loša adherencija pri liječenju u psihijatrijskih bolesnika je česta pojava i sa sobom nosi ozbiljne posljedice (6). Prve su one koje se odnose na efikasnost i sigurnost, a zatim i ekonomske posljedice koje se odražavaju kao direktni i indirektni troškovi povezani s relapsima, ponovnim hospitalizacijama, kroničnošću ili smanjenom produktivnošću (6). Prema Blondiaux, nesuradljivost zahvaća 15-25% hospitaliziranih i 50% ambulantno liječenih bolesnika. Dvadeset posto psihijatrijskih bolesnika ne podigne svoje lijekove u mjesecima nakon pisanja recepta, a 30-50% podignutih lijekova ne bude konzumirano (31). Da bi se poboljšala suradljivost bolesnika, pridaje im se aktivna uloga i veća odgovornost u liječenju. Pri tome treba uzeti u obzir vrstu psihičkog poremećaja, specifičnost kategorija bolesnika, fazu bolesti, strukturu ličnosti i mogućnosti bolesnika da spoznaju potrebu za terapijom. Vrlo veliku ulogu u suradljivosti imaju liječnici koji propisuju lijek, članovi terapijskog tima i ostali bolesnici (7).

U psihijatrijskom liječenju potrebno je razlikovati pojmove suradljivost (engl. *compliance*) i pridržavanje (engl. *adherence*). Tjelesni bolesnici većinom imaju uvid u svoju bolest, svjesni su potrebe za liječenjem, a psihički bolesnici često nemaju uvida u svoju bolest, nisu svjesni da su bolesni i zato ne vide potrebu za liječenjem (7).

Proces uspostave suradljivosti dobro se može opisati na primjeru bolesnika koji boluje od akutne psihotične epizode. Takav bolesnik često ima sumanute ideje s ili bez halucinacija, a stvarnost doživljava drugačije, pod utjecajem vlastitih osjećaja i uvjerenja. Psihotičnog bolesnika razgovorom ne možemo uvjeriti u nestvarnost njegovih percepcija i uvjerenja. On treba razviti povjerenje u liječnika, a liječnik treba jasno prikazati potrebu za uzimanjem lijeka. Bolesnik isprva uzima lijek "pokoravajući se" liječnikovoj želji ili molbi. Sljedeća faza je faza popustljivosti. Uz smirujuće djelovanje lijeka i izostanak nuspojava, bolesnik počinje pasivno prihvaćati liječenje. Treća faza je faza pristajanja kada bolesnik dijelom pristaje na liječenje i njegov aktivan odnos prema liječenju postaje sve izraženiji (7). Razdoblje suradljivosti (engl. *compliance*) za psihijatrijskog bolesnika završava nakon te faze i tada počinje razdoblje pridržavanja ili adherencije. U ovoj fazi potrebno je više razgovora s bolesnikom i razvijanje terapijskog odnosa. Bolesnik pokazuje privrženost ili naklonost prema lijeku i tako postaje "adherent" - aktivni sudionik liječenja (7).

Pri izboru lijeka važno je uzeti u obzir stupanj bolesnikovog obrazovanja, svjetonazor, vjerovanja, osobine, odnose s članovima obitelji, njegovoj kupovnoj moći, dobi, spolu, bračnom stanju, njegovim željama i interesima (7).

Bitno je bolesniku reći kada će lijek početi djelovati, kako i kada ga treba uzimati. Za suradljivost je ponekad važan i oblik lijeka, broj dnevnih doza, boja i okus lijeka. Treba izabrati lijek koji će biti učinkovit i čiju formu će bolesnik najlakše uzimati. Većina bolesnika će bolje surađivati ako dnevno uzimaju manje doza (7).

Bolesnikovu suradljivost, uz učinkovitost lijeka, najviše određuju njegova podnošljivost i sigurnost. Svaka nuspojava može dovesti do prekidanja uzimanja lijeka. Bolesnici se razlikuju po tome kako podnose nuspojave. Vera Folnegović Šmalc u svom stručnom članku navodi da muškarci često prestaju uzimati lijek zbog jatrogene impotencije ili galaktoreje, a žene zbog debljanja (7). Dostupnost lijeka važna je za svakog bolesnika, a kod psihičkih bolesnika tome

treba posvetiti posebnu pozornost jer će mnogi od njih lako odustati od liječenja ukoliko ne dobiju lijek u prvoj ljekarni (7) . Folnegović Šmalc nadalje navodi da najbolju suradljivost možemo očekivati od depresivnih i anksioznih bolesnika, te kod oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja. Psihotični pacijenti i ovisnici su najmanje suradljivi stoga je nužno u njihovo liječenje uključiti i obitelj (7).

Procjena vlastite suradljivosti pacijenata i procjena njihovih psihijatara se razlikuje u preko 40% slučajeva. Procjene se više slažu što je liječenje dugotrajnije i kada pacijent ima pozitivno mišljenje o lijekovima. Kada pacijenti lijekove smatraju štetnima, tada ih psihijatri procjenjuju manje suradljivima nego što oni uistinu jesu. Također, procjene suradljivosti manje odstupaju ako pacijenti boluju od blaže depresije (32).

1.2.1. Čimbenici koji utječu na suradljivost psihijatrijskih pacijenata u liječenju

Čimbenici suradljivosti se mogu podijeliti u pet skupina: socijalno-ekonomski, organizacija zdravstvene skrbi, čimbenici povezani s bolesnikom, čimbenici povezani s osobitostima bolesti te čimbenici povezani sa svojstvima lijeka (Tabl. 1).

Bolesnikove osobine koje se povezuju s lošom suradljivošću su iznimno mlada i iznimno stara životna dob, muški spol, nizak socioekonomski status, niska razina kulture i psihosocijalna izolacija te određeni tipovi osobnosti poput hipohondara i paranoidnih osoba (6).

Kohortno istraživanje iz 2014. godine pokazuje da je suradljivost bolesnika pri liječenju antidepressivima jače povezana s bolesnikovim stavovima i uvjerenjima nego sa sociodemografskim varijablama. Težina depresivnog poremećaja je također utjecala na suradljivost, no nije odgovoreno na pitanje utječe li izravno na suradljivost ili u međudjelovanju. Nuspojave su također negativno korelirale sa suradljivošću, a često su bile posljedica uzimanja više različitih lijekova (polifarmacija) (32).

Tablica 1.: Čimbenici koji utječu na suradljivost bolesnika pri uzimanju lijekova (21)

Socijalno-ekonomski čimbenici	Socijalne razlike, ekonomski prioriteti, kulturološke i vjerske razlike, društveni prioriteti
Organizacija zdravstvene skrbi	Sustav zdravstvene zaštite (javno-privatno), zdravstveno osiguranje, raspoloživost zdravstvenih radnika, profesionalna znanja
Čimbenici povezani s bolesnikom	Informiranost bolesnika, dob, znanje i obrazovanje, percepcija, motiviranost, povjerenje u zdravstvenu profesiju, svjesnost o zdravstvenim rizicima
Čimbenici povezani s osobitostima bolesti	Težina bolesti, utjecaj bolesti na kvalitetu života, progresija bolesti, komorbiditeti, mentalne bolesti i kognitivne smetnje
Čimbenici povezani sa svojstvima lijeka, odnosno terapije	Broj propisanih lijekova, složenost sheme doziranja, neželjena djelovanja lijekova i mijenjanje propisanih lijekova

Istraživanje provedeno 2016.g. je pokazalo da bolesnici s depresivnim i iritabilnim temperamentom imaju lošiju adherenciju i zahtijevaju više edukacije. Isto istraživanje je također pokazalo da su pacijenti s ciklotimičnim, iritabilnim i anksioznim temperamentom osjetljiviji na nuspojave i da im treba pružiti više pomoći i savjeta (6).

Istraživanje Hakim El Alama i suradnika iz 2015. godine u kojem su 34 psihijatra ispunila upitnike, dalo je sljedeće rezultate: prema dobi stariji bolesnici imali su najbolju, a adolescenti najlošiju suradljivost, prema bračnom statusu vjenčani su najsuradljiviji, a udovci najmanje suradljivi bolesnici. Također, istraživanje je potvrdilo da su oni koji uzimaju monoterapiju jednom na dan u periodu jednog mjeseca najsuradljiviji i da suradljivost pada s

brojem lijekova, brojem doza i trajanjem liječenja. Od čimbenika povezanih s ljekarnikom kao uzrok nesuradljivosti na prvom je mjestu nedostupnost lijeka i preuzimanje lijeka pred drugim ljudima u ljekarni (33).

Čimbenici povezani s liječnikom koji pozitivno utječu na suradljivost su liječnik kod kojeg se pacijent osjeća ugodno i uvjerenje liječnika u efikasnost tretmana. Djeca preferiraju starije liječnike različitog spola od svog, a adolescenti i mladi do 30 godina života mlađe liječnike drugog spola. Pacijenti dobne skupine 30-50 godina preferiraju starije liječnike, dok je pacijentima starijima od 60 godina dob liječnika nevažna. Čimbenici iz odnosa liječnik-bolesnik koji potiču nesuradljivost su ispitivanje pacijenta u tijeku cijelog razgovora bez njegove povratne informacije, liječnik kod kojeg se pacijent ne osjeća ugodno, zajedničke čekaonice i općenito nezadovoljstvo pacijenta konzultacijom (33).

Postoji i skupina čimbenika povezanih s bolesnikovom obitelji i bliskim osobama što također ima velik utjecaj na njihovu suradljivost. Na suradljivost negativno utječe stav obitelji da psihijatrijske smetnje nisu bolest kao što su to tjelesne bolesti. Negativno djeluju članovi obitelji koji ne pružaju podršku i razumijevanje i koji nisu prihvatili nužnost promjene svojih života kako bi se prilagodili bolesti. Veći obiteljski sukobi također djeluju negativno na suradnju pacijenta (33). Isto istraživanje je utvrdilo da najviše pacijenata prestaje s liječenjem u tijeku prvog tjedna (41%) (33). Nuspojave su također mogući razlog za prestanak uzimanja lijeka. Najčešće će do prekida liječenja dovesti nuspojave koje utječu na reproduktivni sustav i dojke (41%), psihičke nuspojave (32%), neurološke nuspojave (18%) i poremećaji metabolizma i prehrane (9%) (33).

1.3. Suradljivost adolescenata

1.3.1. Psihološke značajke adolescencije

Adolescencija obuhvaća sve psihičke promjene do kojih dolazi između djetinjstva i zrelosti, ima najveću moć organiziranja i dezorganiziranja ličnosti od svih razvojnih etapa. Dijelimo ju na predadolescenciju (10./11.-12./13.g.), ranu adolescenciju (13.-16.g.) i kasnu adolescenciju (17.-21./22.g.) (34).

Za razdoblje predadolescencije tipična je egocentričnost, konkretno mišljenje, pravila se slijede zbog straha od kazne, a mladi nisu još u mogućnosti pojmiti dugoročne ishode sadašnjih odluka. Povećana je potreba za istospolnim društvom, razvija se interes za spolnom anatomijom, raste tjeskoba vezana za pubertetske promjene (35).

U ranoj adolescenciji se razvija apstraktno mišljenje, adolescenti mogu shvatiti dugoročne implikacije svojih ponašanja, ali to ne znači da će ih uzeti u obzir pri odlučivanju. Imaju osjećaj neranjivosti. Raste sposobnost prepoznavanja perspektive drugih osoba. Ovu fazu karakterizira zabrinutost oko vlastite privlačnosti. U obitelji se sve češće sukobljavaju oko pitanja kontrole i neovisnosti, bore se za veću autonomiju i separaciju od roditelja. Pojačava se uloga vršnjačkih skupina uz okupiranost vršnjačkom kulturom. Testiraju svoje mogućnosti privlačenja partnera, počinju prve ljubavne veze i spolna aktivnost, postavljaju sebi pitanja o spolnoj orijentiranosti (35).

Kasnu adolescenciju karakterizira idealizam i orijentiranost prema budućnosti s perspektivom. Kontrola impulsa, kao i procjena rizika i nagrade je sve bolja, razlikuju zakon od morala. Imaju stabilniju sliku vlastitog tijeka i identiteta. Od obitelji se mogu emocionalno i fizički odvojiti, povećana je autonomija, a odnos s roditeljima se postupno uspostavlja kao odnos odraslih. Vršnjačke skupine gube na utjecaju, fokus je na intimnosti i formiranju stabilnih bliskih odnosa i planiranju budućnosti (35).

Kod zdravog psihičkog razvoja u adolescenciji dolazi do nekoliko razvojnih promjena: stvara se seksualni identitet, dolazi do separacije od roditelja, smanjuje se ovisnost od skupine vršnjaka te učvršćuje struktura ličnosti putem identifikacije i konsolidacije (34).

1.3.2. Suradljivost adolescenata u liječenju tjelesnih bolesti

Mnoge su posljedice loše suradljivosti u adolescenata, s očitim posljedicama na njih same, njihove obitelji i zdravstveni sustav. Za kronična stanja, loša adherencija povećava morbiditet i medicinske komplikacije (hospitalizaciju), dodaje lošijoj kvaliteti života (umor i izostanak iz škole) i pretjerano korištenje zdravstvenog sustava. U slučajevima transplantacije organa, nesuradljivost je glavni uzrok odbijanja transplantanta i može dovesti do smrti (8).

Suradljivost u adolescentskoj populaciji varira od 10% do 89% za kronične bolesti (8). U istraživanju djece s astmom se pokazalo da samo 50-60% njih uzima propisane doze inhalacijskih lijekova (36). Drugo istraživanje provedeno na 161 adolescentu s HIV-om otkrilo je da 83% njih uzima neke od svojih lijekova, a samo 50% je uzimalo sve svoje lijekove (37). U djece i adolescenata nakon transplantacije jetre nađena je adherencija od 51,9% do 70,4%, ovisno o metodi ispitivanja (38). Po Johnsonu, 25% adolescenata sa šećernom bolesti tipa I zanemaruju svoje inzulinske injekcije, 81% ne slijede dijetu, a 29% ne mjeri svoje razine glukoze i svoj dnevnik ispunjavaju izmišljenim vrijednostima (39). Ovi rezultati sugeriraju da adolescenti, kao i odrasli, bolje surađuju pri liječenju ako nesuradljivost ima neposrednije i potencijalno ozbiljne posljedice, a lošije ako se radi o preporukama koje imaju manje očitu korist ili ometaju životni stil (8). Pozitivan učinak na suradljivost u adolescenata imaju dobro funkcioniranje obitelji, bliski prijatelji, lijekovi koji brzo djeluju, uvjerenje roditelja u ozbiljnost bolesti i efikasnost liječenja te empatija liječnika (8). Negativan učinak na suradljivost imaju starija dob adolescenta, problemi mentalnog zdravlja skrbnika, obiteljski sukobi, složenost

terapije, nuspojave lijekova i negacija bolesti. Adolescenti koji proživljavaju emocionalne, socijalne, obiteljske ili probleme mentalnog zdravlja teže surađuju pri liječenju. Loša angažiranost u plan liječenja može biti znak depresije ili drugih psihosocijalnih problema u adolescenciji (8).

Adolescentova uvjerenja i stavovi su među najviše istraživanim prediktorima suradljivosti. Mnoge su osobne varijable koje utječu na suradljivost: ozbiljnost bolesti i efikasnost predložene terapije, percepcije prepreka suradljivosti, stavovi prema vrsti terapije, način na koji roditelji i druge značajne osobe percipiraju terapijski režim i stupanj utjecaja koje ove osobe imaju na adolescenta. Drugi kritični faktor suradljivosti adolescenta je njegova razvojna faza. Od adolescenta se očekuje da za svoje zdravlje preuzimaju sve veću odgovornost i za većinu je ovo postupan i progresivan proces (8).

Loša suradljivost u liječenju kod adolescenata može biti povezana sa psihološkim obilježjima razvojne faze koju prolaze. Nesuradljivost tako možemo shvatiti kao posljedicu osjećaja neranjivosti, pa će pacijent negirati da je bolestan i da treba liječenje. Nesuradljivost može biti način testiranja granica, što je uobičajeno za ovu dob. Adolescenti teže nego odrasli provode preventivne mjere poput dijeta, vježbanja i kontracepcije, zato što još nemaju potpuno razvijene vještine procjene rizika, kontrolu impulsa i organizacijske sposobnosti. Odbijanje terapije i nedolazak na kontrole mogu biti pokušaji uspostavljanja kontrole nad svojim životom jer se zbog bolesti osjećaju bespomoćno. Adolescenti također imaju za razvojnu dob jedinstven zadatak inkorporiranja bolesti u ličnost koja se razvija. U ovoj dobi je prihvaćanje od strane vršnjaka izrazito važno, a kronične bolesti mogu otežati socijalizaciju, tako da su loši odnosi s vršnjacima također povezani s nesuradljivošću (8).

2. Svrha rada

Svrha ovog diplomskog rada je dati pregled dostupne znanstvene i stručne literature koja se bavi problematikom suradljivosti adolescenata u psihijatrijskom liječenju. U radu će se opisati čimbenici koji utječu na suradljivost psihijatrijski liječenih adolescenata, kao i metode za poboljšanje njihove suradljivosti u liječenju.

3. Pregled literature

3.1. Suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju

Nesuradljivost je uobičajen problem u psihijatrijskom liječenju i zato postoji potreba da se istraži suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju i čimbenici koji na nju utječu (40). Najčešće roditelji, skrbnici ili liječnici nagovaraju ili primoravaju adolescenta da uzima lijekove (9). Kao maloljetnike, adolescente se traži da daju svoju suglasnost, ali nemaju pravo pristanka što znači da ne mogu sami prihvatiti ili odbiti liječenje. To za njih čine njihovi roditelji ili skrbnici. Zato se Moses u svom istraživačkom radu iz 2011. godine bavi pitanjem predanosti liječenju (engl. *commitment*) koju definira kao pacijentovu namjeru nastavljanja liječenja kada ne bi bilo utjecaja ili pritiska od okoline (9).

Istraživanja koja se bave suradljivošću adolescenata uglavnom govore o adherenciji u farmakološkom liječenju, a rijetka istražuju suradnju u psihoterapijskom liječenju (41). Izmjerene stope adherencije se dosta razlikuju, što ovisi o vrsti lijeka, poremećaja, metodama ispitivanja i samim definicijama adherencije (9).

Smatra se da mnogi individualni i sistemski čimbenici određuju adherenciju, ali istraživanja su pronašla tek nekoliko dosljednih i čvrstih povezanosti (9). Nesuradljivost u pedijatrijskoj psihijatriji je ili nepovezana ili nedosljedno povezana s određenim dijagnozama, težinom simptoma i fizičkim nuspojavama (9).

3.1.1. Suradljivost adolescenata ovisno o psihijatrijskom poremećaju i psihofarmacima

Ghaziuddin i suradnici su u jednom od prvih istraživanja o suradljivosti adolescenata pri liječenju psihofarmacima dobili da je 66,2% bolesnika surađivalo. Kao metodu su koristili telefonski intervju na uzorku od 71 pacijenta ili njihovih skrbnika, a anketiranje je provedeno

šest do osam mjeseci nakon hospitalizacije. Većina ispitanih adolescenata je patilo od depresivnih poremećaja (77,5%), a oko polovice od hiperkinetskog poremećaja ponašanja (56,3%) ili tjeskobnog poremećaja (45,7%). Autori zaključuju da je mali i relativno homogeni uzorak vjerojatni razlog zbog kojeg nisu pronašli razlike u adherenciji ovisno o dijagnozi (42).

Pregledom dvanaest istraživanja adherencije mladih s hiperkinetskim poremećajima pri uzimanju psihostimulansa dobiven je raspon adherencije od 35% do 100% (43). Istraživanja stopa adherencije mladih s bipolarnim afektivnim poremećajem pokazuju raspon od 33% do 84% (44-47). Prema Sleator, predadolescenti i adolescenti s poremećajem hiperaktivnosti i deficitom pažnje (engl. *attention deficit and hyperactivity disorder*, ADHD) su suradljivi u samo 40% slučajeva (48).

DelBello u svom istraživanju iz 2007. godine, nakon dvanaestomjesečnog praćenja 71 adolescenta koji pate od bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP), bilježi punu suradljivost pri liječenju u samo 35%. Isto istraživanje navodi da značajno niži stupanj suradljivosti imaju pacijenti koji uz BAP kao komorbiditet imaju i ADHD ili zloupotrebu alkohola (46).

Gearing je 2009. godine u svom istraživanju adolescenata 18 mjeseci nakon hospitalizacije zbog prve psihotične epizode zabilježio suradljivost od 75%. Liječeni su novim (tzv. atipičnim) antipsihoticima i ova stopa suradljivosti je bolja od one dobivene u sličnim istraživanjima na odrasloj populaciji. Adolescenti koji su dobivali dodatnu farmakoterapiju za afektivne simptome (antidepresiv ili stabilizator raspoloženja) su pokazali deset puta veću adherenciju od onih koji su liječeni samo antipsihoticima. Ovako dobre rezultate može objasniti činjenica da je istraživanje provedeno čak dvije godine nakon prve hospitalizacije i da je od ukupnog broja hospitaliziranih adolescenata samo 38% pristalo sudjelovati u istraživanju (49).

King i suradnici su 1997. godine proveli istraživanje na 66 suicidalnih adolescenata. Šest mjeseci nakon hospitalizacije utvrđeno je da njih 66,7% slijedi preporučenu farmakološku terapiju, 50,8% individualnu psihoterapiju, a samo 33,3% je bilo suradljivo u grupnoj

psihoterapiji s obitelji (50). Neka istraživanja navode da mladi s eksternaliziranim problemima ponašanja (agresivno ponašanje i delikvencija) surađuju lošije nego njihovi vršnjaci koji internaliziraju svoje probleme (povlačenje iz društva, tjeskobnost i depresivno raspoloženje) (9,51).

Komorbiditeti psihijatrijskih poremećaja smanjuju adherenciju i povećavaju broj ponovnih hospitalizacija. Najznačajniji od njih je zloupotreba lijekova i droga, a ostali značajni su problemi s ponašanjem i dvostruka depresija. Ozbiljnost simptoma (na primjer sumanutosti i sumnjičavost), simptomi koji se teže liječe i ustrajnost simptoma će također povećati rizik nesuradljivosti. Na suradljivost loše utječu i genetički čimbenici te lošija prognoza bolesti (23).

Fontanella je sa suradnicima ispitivao pridržavanje liječenju antidepresivima i utvrdio je da 49,5% mladih surađuje tijekom akutne faze bolesti, a samo 21% surađuje i tijekom faze održavanja (52). Faza održavanja u liječenju depresivnih bolesnika označuje nastavak liječenja istim antidepresivom u punoj dozi kroz četiri do devet mjeseci nakon postizanja remisije s ciljem sprječavanja relapsa bolesti (53).

Bolesnici koji primaju lijekove novijih generacija (selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina ili nove tzv. „atipične“ antipsihotike), surađuju bolje od onih koji primaju lijekove starijih generacija. Zadnji čimbenik povezan sa samim lijekom je raspored uzimanja – što je jednostavniji, adherencija je veća (23). Fontanella je pokazao da upotreba drugih psihotropnih lijekova uz antidepresive poboljšava adherenciju pri liječenju (52).

Najuobičajeniji biomedicinski čimbenik nesuradljivosti je razvoj nuspojava na propisani lijek. Subdoziranje lijeka povećava rizik nesuradljivosti. Ovo je posebno izraženo u pacijenata s poremećajima raspoloženja. Sljedeći čimbenik je sam oblik lijeka: bolesnici koji primaju lijekove *per os* imaju manji stupanj suradljivosti od onih koji primaju depo pripravke (23).

3.1.2. Suradljivost adolescenata ovisno o psihološkim čimbenicima

Adolescencija je period brzog fizičkog, psihološkog i društvenog razvoja. Sve te promjene mogu dovesti do širokog spektra neobičnih simptoma i uzoraka bolesti te sa sobom donose posebne izazove za komunikaciju i vođenje liječenja adolescenta sa psihijatrijskim problemima. Odrastanjem, adolescenti postaju sve manje ovisni o svojim roditeljima i izražavaju veću želju za donošenjem vlastitih odluka, nego djeca. Zbog toga može biti teško postići njihovu suradnju pri liječenju (40).

Malobrojna su istraživanja koja ispituju subjektivne reakcije mladih na psihofarmakološko liječenje. Djeca i adolescenti često govore da im lijekovi pomažu, ali istovremeno izražavaju nenaklonost lijekovima i želju da ih izbjegnu (9). Pozitivni učinci psihofarmaka koje adolescenti navode su bolja koncentracija, bolji školski ili akademski uspjeh, bolja samokontrola i više dobrih odnosa s drugim osobama. Razlozi zbog kojih ne vole uzimati lijekove su sram ili strah društvene stigme, viđenje da za lijekovima nema potrebe, osjećaj da su „drugačiji“ ili da nisu nalik sebi, nuspojave i zabrinutost oko dugotrajnih učinaka lijekova (9).

Osjećaj stigmatiziranosti povezan sa psihijatrijskim liječenjem može biti posebno izražen u adolescenciji koju karakterizira naglašena samosvijest i jaka želja za uklapanjem u društvo (9). Scott i suradnici su u istraživanju adolescenata s poremećajima raspoloženja (afektivni poremećaji) ili psihotičnim poremećajima pronašli da 56% ispitanika osjeća potrebu za skrivanjem svog stanja i liječenja od prijatelja (54). Bowen i suradnici su pronašli da 27% adolescenata osjeća sram zbog uzimanja psihotropnih lijekova, i taj sram je bio značajno povezan s lošom adherencijom (55). S druge strane, Moses je istraživanjem iz 2011. godine pokazala da se 78% adolescenata ne osjeća stigmatizirano zbog uzimanja lijekova. Ovaj rezultat

bi mogao biti uvjetovan činjenicom da je većina njenih ispitanika bila u sustavu socijalne zaštite, a u tim skupinama mladih uzimanje psihofarmaka je uobičajeno (9).

Dugotrajno liječenje može otežati razvoj autonomije u adolescenata. Neki adolescenti opisuju neugodu zbog činjenice da ih se kontrolira u uzimanju lijekova (9). U nekih je prisutno oklijevanje ili strah da će postati „ovisni“ o lijeku, čak i onda kad lijek umanjuje simptome bolesti. Adolescentima mogu smetati nametnuti medicinski pregledi i pretjerana zaštita od strane obitelji. Ovaj osjećaj adolescenata da ih se ograničava nije specifičan za psihijatrijsko liječenje, nego je primijećen i tijekom liječenja kroničnih tjelesnih bolesti (npr. astma, dijabetes, epilepsija) (9).

Adolescentova pozitivna uvjerenja i njegova želja da se podvrgne liječenju najčešće su povezana sa dobrom suradnjom (9,40,56). Važan čimbenik je prihvaćanje samog liječenja (9,40,47,56). Manjak uvida u stvarnost i bolest je psihološki čimbenik koji najjače korelira s nesuradljivošću i najviše je istražen. Loš uvid se može nastaviti čak i ako se druge kliničke značajke psihičke bolesti poboljšaju. Bolesnikova internalizacija vlastite kulture ili religije može dovesti do nesuradljivosti. Loše pamćenje povećava rizik od nesuradljivosti, ali Verdoux i suradnici su pokazali da kognitivne funkcije imaju malo utjecaja ili nikakav utjecaj na suradljivost. Osjećaji bespomoćnosti i beznadnosti te smanjeno samopoštovanje negativno utječu na suradljivost. Isti utjecaj ima i povišeni stres, bio on samo percipiran ili stvaran (23).

3.1.3. Suradljivost adolescenata ovisno o utjecajima iz obitelji

Jedan od najznačajnijih čimbenika koji utječu na adherenciju adolescenata koji pate od psihijatrijskih poremećaja je obitelj. Obiteljska bliskost, potpora članova obitelji i zajedničke vrijednosti su od izrazite važnosti. Dobra komunikacija, toplina i potpora obitelji će vjerojatno povećati povjerenje mlade osobe u roditeljeve ili skrbnikove odluke oko njegovog liječenja i

izabranog lijeka, a također će i smanjiti sukobe i otpor koji se može javiti zbog želje za autonomijom (9). Adherencija pri liječenju je veća ako su oba roditelja mlađeg bolesnika uključena u liječenje (23).

Munson i suradnici su u istraživanju iz 2010. godine pokazali da viši prihodi roditelja pozitivno utječu na suradljivost adolescenta pri farmakološkom i nefarmakološkom liječenju (57). Isto istraživanje je pokazalo i statistički značajnu pozitivnu povezanost s višim stupnjem obrazovanja roditelja i adolescenta što je potvrdila i Moses u svom istraživanju 2011.godine (9,57). Mladi smješteni u udomiteljskim obiteljima obično pokazuju veću adherenciju nego oni u vlastitim obiteljima (52).

Loša povezanost obitelji i neprilagodljivost su povezane s nižim stupnjem suradljivosti adolescenta (9). Gau i suradnici pronašli su da je loša suradljivost u mladima s ADHD-om povezana s nemarnim odgojem, većom žalosti roditelja, majčinim zaštitničkim ponašanjem ili pretjeranom kontrolom, lošom potporom obitelji i manjkom razgovora s roditeljima (43). Nekoliko istraživanja pokazalo je značajnu povezanost mentalne bolesti majke i loše adherencije adolescenta (50).

U istraživanju Kinga i suradnika, najznačajniji utjecaj na adherenciju pri obiteljskoj psihoterapiji pokazala je disfunkcionalnost obitelji, neuključenost oca i loš odnos oca i adolescenta, a majčini depresivni i paranoidni simptomi su povezani s lošijom adherencijom u obiteljskoj psihoterapiji, ali i u individualnoj psihoterapiji adolescenta. Majčino protivljenje je povezano s lošijom suradljivošću pri farmakoterapiji (50).

Negativni stavovi rodbine, odbijanje od strane obitelji ili visoka razina kriticizma su jaki čimbenici rizika za nesuradljivost i relaps bolesti. Protivljenje obitelji ili prijatelja liječenju također ima negativan utjecaj na adherenciju adolescenata. U istraživanju iz 1997. godine kojeg je proveo Favre i suradnici, samo 20% rodbine bolesnika s prvom epizodom shizofrenije smatra

lijekove potrebnima. Bolesnici također imaju nižu adhezenciju ako članovi obitelji ne žele biti uključeni u liječenje ili brigu (23).

3.1.4. Suradljivost adolescenata ovisno o obilježjima liječnika i liječenja

Velik utjecaj na suradnju ima odnos s liječnikom. Pozitivan i čvrsto utvrđen terapijski savez povećava stupanj adhezencije. Bolesnici koji imaju osjećaj da ih liječnici ili terapeuti ne slušaju ili se ne slažu sa svojim liječnikom, imaju veći rizik od nesuradljivosti (23). Bolesnici koji nakon otpusta imaju prikladne i dostupne kontrolne preglede te na njih dolaze, imaju veći stupanj adhezencije od onih koji ih propuštaju (23). Negativna reakcija na hospitalizaciju je negativan prediktor za suradnju, a prošla hospitalizacija je čvrst čimbenik rizika za buduću hospitalizaciju (23). Financijska ograničenja liječenja ili trošak neke pacijente stavljaju u veći rizik za nesuradljivost (23)

3.1.5. Suradljivost adolescenata ovisno o ostalim čimbenicima

Moses u svom članku navodi da su starija dob, muški spol i pripadnost etničkoj manjini relativno dosljedno povezani s lošijom adhezencijom (9). Međutim, Timlin u meta-analizi iz 2015.g., kojom je obuhvatila 17 istraživanja objavljenih od 1990. do 2014.g., to opovrgava. Pronađeno je da mlađa dob, rasa, spol, struktura obitelji, potpora prijatelja, socioekonomski status, vrsta i vrijeme početka liječenja, simptomi i vlastiti osjećaji u vezi simptoma te povijest psihičkih simptoma ili bolesti ne utječu značajno na suradljivost adolescenata u psihijatrijskom liječenju (40).

Opća društvena potpora je drugi dobro izučeni čimbenik, koja svojim porastom pozitivno korelira s boljom adherencijom, dok loša društvena potpora može predskazivati lošu adherenciju (23).

3.2. Strategije za poboljšanje suradljivosti psihijatrijski liječenih adolescenata

Uspješno vođenje adherencije adolescenata pri liječenju ima četiri glavne komponente: ustanovu učinkovitih terapijskih saveza, pružanje učinkovite edukacije pacijentu i roditelju ili skrbniku, pružanje učinkovitog liječenja te primjećivanje i bavljenje drugim bitnim čimbenicima povezanim s adherencijom pri liječenju (58).

Za poboljšanje suradljivosti adolescenta mogu se koristiti i strategije kognitivne terapije poput razmatranja vlastitih izjava, Sokratskog dijaloga i rješavanje problema. Neposredno nadziranje koristi liječenja i nuspojava pomoću vrednujućih ljestvica ili drugih vidljivih metoda može adolescentima dati konkretne podsjetnike na ciljeve liječenja i dati im osjećaj da je liječenje u njihovu korist (9).

Kognitivno-bihevioralna psihoterapija je najučinkovitiji oblik individualne psihoterapije u depresivnih adolescenata jer oni svoje probleme češće pripisuju vanjskim faktorima poput disfunkcije obitelji, no učinak koji se njome može postići je značajno smanjen ako se radi o umjereno teškom ili teškom depresivnom poremećaju i komorbiditetima. Kognitivno-bihevioralna terapija kao jedina vrsta liječenja depresivnog poremećaja, bez psihofarmaka, ima jednak učinak kao i placebo. Problem kod depresivnih adolescenata i ove vrste terapije je to što ona zahtjeva adolescentov pristanak i kapacitet za potpunu suradnju pri intenzivnim jednosatnim terapijama na tjednoj bazi barem četiri mjeseca, što je za mnoge od njih problematično. U TADS (engl. *The Treatment for Adolescents with Depression Study*) istraživanju iz 2007. g., 72% adolescenata je nastavilo psihoterapiju do 12. tjedna, a samo

49,5% do 36. tjedna (59). U istraživanju Lamberta i suradnika iz 2005. g., pokazalo se da 35-40% adolescenata nije imalo nikakvu korist od izolirane psihoterapije, a stanje se pogoršalo u 5-10% njih (60).

Postoji i metoda podsjećanja adolescenata tekstnim porukama, no istraživanje Bjørnholta i suradnika iz 2016. godine je pokazalo da nema razlike u suradljivosti između adolescenata koji primaju poruke i onih koji ih ne primaju (61).

4. Rasprava

Ghaziuddinovo istraživanje iz 1999. godine je pokazalo da je suradljivost psihijatrijski liječenih adolescenata pri liječenju psihofarmacima 66,2%, neovisno o postavljenoj dijagnozi (42). Suradljivost u adolescentskoj populaciji pri liječenju tjelesnih bolesti varira od 10% do 96%, a većina istraživanja pokazala je suradljivost od oko 50% (62). Prema tome, očekivan udio suradljivih pacijenata među psihijatrijski ili tjelesno liječenim adolescentima bitno se ne razlikuje. Očekivan udio suradljivih pacijenata od oko 50% nađen je i u odraslih kroničnih tjelesnih bolesnika (2). Suradljivost odraslih psihijatrijskih pacijenata znatno varira ovisno o dijagnozi i režimu liječenja i ne postoje procjene suradljivosti općenito za sve psihijatrijske odrasle pacijente.

Rezultati istraživanja adherencije mladih s hiperkinetskim poremećajima pri uzimanju psihostimulansa pokazala su raspon adherencije od 35% do 100% (43). Meta-analiza Aldera i Nierenberga iz 2010. godine pokazala da je stupanj suradljivosti u dječjoj i adolescentnoj populaciji s ADHD-om između 36% i 86,8%, a iste rezultate su dobili i za odraslu populaciju (63). Autori zaključuju da je suradljivost odraslih s ADHD-om vrlo malo istraživana i da je to mogući razlog što nisu utvrđene razlike u suradljivosti između adolescenata i odraslih.

Adolescenti s bipolarnim afektivnim poremećajem bilježe raspon suradljivosti između 33% i 84% (44-47). U odraslih pacijenata s BAP-om, Manwani i suradnici su u istraživanju iz 2007. godine dobili suradljivost od 82,5%, a u skupini bolesnika koji su uz BAP imali i zloupotrebu lijekova ili droga, zabilježeni stupanj suradljivosti bio je 65,5% (64). Istraživanje de Souze i suradnika iz 2013. godine kao rezultat je dobilo dobru suradljivost u samo 22,2% odraslih bolesnika s BAP-om (65). Rezultati ovih istraživanja su vrlo širokih raspona, vjerojatno uzrokovanih metodološkim razlikama, stoga ne možemo utvrditi postoji li razlika u suradljivosti adolescenata i odraslih oboljelih od BAP-a.

Suradljivost adolescenata od čak 75% bilježi se nakon hospitalizacije zbog prve psihotične epizode (49). U odraslih je suradljivost nakon prve psihotične epizode malo lošija i kreće se između 56% i 67% (66,67). Ovu bismo razliku u suradljivosti između odraslih i adolescentnih psihotičnih pacijenata mogli objasniti činjenicom da adolescente najčešće roditelji ili skrbnici primoravaju na uzimanje lijekova i nadziru medikaciju. Tako se djelomično zaobilazi problem manjka uvida u bolest prisutan kod odraslog psihotičnog bolesnika, a što otežava postizanje dobre suradnje.

DelBello navodi zloupotrebu alkohola i droga kao čimbenik rizika za lošiju suradljivost psihijatrijski liječenih adolescenata (46), a druga istraživanja potvrđuju isto za adolescente koji se liječe od tjelesnih bolesti (62) i odrasle psihijatrijske pacijente (64,68). Ovi nalazi su očekivani jer je ovisniku predmet njegove ovisnosti uvijek na prvom mjestu i ne ostavlja mjesta za brigu o drugim odgovornostima. Ovdje se ponašanje adolescenata i odraslih ovisnika bitno ne razlikuje.

Prema Kingu, suicidalni adolescenti pri uzimanju farmakoterapije surađuju u 66,7% slučajeva, a u provođenju individualne psihoterapije u 50,8% (50). Fontanella tvrdi da adolescenti u akutnoj fazi liječenja antidepresivima surađuju u 49,5%, a u fazi održavanja tek u 21% slučajeva (52). Peveler i suradnici su istraživanjem na velikoj populaciji odraslih bolesnika liječenih antidepresivima otkrili da je njih 40% prestalo uzimati lijekove do 12. tjedna liječenja, što znači da je preostalih 60% nadalje surađivalo (69). Prema ovim rezultatima adolescenti liječeni antidepresivima se po suradljivosti ne razlikuju bitno od odraslih bolesnika.

Istraživanje Gearinga sa psihotičnim adolescentima utvrdilo je deset puta bolju suradljivost u onih adolescenata koji su uz psihotropne primali dodatne lijekove za terapiju afektivnih simptoma (49), a Fontanella u istraživanju suradljivosti adolescenata pri uzimanju antidepresivnih lijekova nalazi da dodatni psihotropni lijekovi poboljšavaju suradljivost u depresivnih adolescenata (52). Prema ovim rezultatima, u psihijatrijski liječenih adolescenata

monoterapija, koja se navodi kao čimbenik koji poboljšava suradljivost u svih drugih skupina bolesnika (21), ovdje nije optimalna. Ovo upućuje na važnost prepoznavanja i liječenja psihijatrijskog komorbiditeta u adolescenata, što utječe na bolju suradljivost. U stručnim člancima se ističe da dobro i brzo djelovanje na simptome pozitivno utječe na suradnju, dok negativan učinak imaju niske doze lijeka kojima se ne simptomi ne zaliječe u potpunosti (subdoziranost) (23). Ovi rezultati ističu važnost dobro i individualno skrojene farmakoterapije za postizanje dobre suradnje. Nisam pronašla sličnih istraživanja na populaciji odraslih psihijatrijskih pacijenata.

Hakim El Alama navodi nuspojave kao rizični čimbenik za nesuradljivost u odraslih psihijatrijskih pacijenata. U njih do prekida liječenja redom po učestalosti dovode nuspojave koje utječu na reproduktivni sustav i dojke, psihičke i neurološke nuspojave te poremećaji metabolizma i prehrane (33). Adolescenti od nuspojava kao razlog prekida terapije najčešće navode psihičke nuspojave poput osjećaja da su „drugačiji“ ili da nisu nalik sebi kada uzimaju lijekove te osjećaj da ih lijekovi „otupljuju“ (9). Od tjelesnih nuspojava naglašavaju one koje utječu na njihov izgled (52), što se može pripisati težnji adolescenta za postizanjem slike idealnog tijela (62). U stručnoj literaturi prepoznat je negativan utjecaj nuspojava na suradnju u liječenju no nedovoljno je istraživanja kojima bi se kvantificirao taj utjecaj. Do sada je nepoznato utječu li nuspojave u većoj ili manjoj mjeri na suradljivost adolescenata i odraslih bolesnika te postoje li razlike ovisno o dobi.

Taddeo u svom istraživanju suradljivosti adolescenata pri liječenju tjelesnih bolesti navodi da pozitivan učinak imaju adolescentova uvjerenja i stavovi prema bolesti, stavovi i uvjerenja njegovih roditelja, dobro funkcioniranje obitelji, bliski prijatelji te brzodjelujući lijekovi (8). Svi ovi čimbenici jednako utječu pri psihijatrijskom liječenju adolescenata, osim potpore bliskih prijatelja, za koju je Timlin u svom preglednom radu iz 2015. godine pokazala da nema značajan utjecaj na suradljivost u ovoj skupini bolesnika (40). Scott i suradnici su pokazali da

adolescenti s poremećajima raspoloženja ili psihotičnim poremećajima u 56% slučajeva osjećaju potrebu za skrivanjem svog stanja i liječenja od prijatelja, a Bowen je pokazao da je sram zbog uzimanja psihotropnih lijekova značajno povezan s lošijom adherencijom (54,55). Skrivanje bolesti od prijatelja i nedostatak utjecaja potpore bliskih prijatelja na suradljivost pri psihijatrijskom liječenju adolescenata se može objasniti upravo ovim problemom bolesnikovog straha od stigmatizacije (40,54). Jedno istraživanje s adolescentima koji boluju od astme pokazalo je da se ne osjećaju ugodno zbog uzimanja lijekova pred vršnjacima u školi (70), a drugi su rekli da bi, kada bi morali birati između uklapanja u društvo i uzimanja svojih lijekova, odabrali uklapanje u društvo (71), što ide u prilog njihovoj razvojnoj fazi. U odraslih psihijatrijskih bolesnika se stigma rjeđe istražuje kao čimbenik koji utječe na suradljivost. Hakim el Alama je u svom istraživanju iz 2015. godine pokazao da odrasli psihijatrijski pacijenti pokazuju lošiju suradljivost ako lijekove moraju preuzimati u ljekarni pred drugim ljudima te ako preglede čekaju u zajedničkim čekaonicama i kroz te čimbenike pokazao da osjećaj stigmatiziranosti utječe i na njih (33).

U svim skupinama bolesnih adolescenata suradljivost pri liječenju smanjuje zbog bolesti otežan razvoja autonomije, nelagoda zbog kontroliranja oko uzimanja terapije, osjećaj da su im medicinski pregledi nametnuti, navode i da im smeta pretjerana zaštita obitelji (62), a u odraslih psihijatrijskih bolesnika se ovi problemi ne spominju i ne istražuju.

Značajno pozitivan utjecaj na suradljivost adolescenata pri psihijatrijskom liječenju imaju njihova pozitivna uvjerenja i želja da se podvrgnu liječenju te prihvaćanje samog liječenja (9,40,47,56). Ovo odgovara rezultatima istraživanja koje je provela Bahrini na odrasloj psihijatrijski liječenoj populaciji (6) te istraživanja s depresivnim odraslim bolesnicima kojeg su proveli Bollini i suradnici (72), kao i rezultatima istraživanja s adolescentima koji se liječe od tjelesnih bolesti (62). Dosljednost ovih rezultata u svim skupinama bolesnika je vrlo razumljiva i očekivana, ali svejedno ih je dobro naglasiti kako bismo se podsjetili na to da treba

liječnik treba primijetiti bolesnikov nedostatak želje za liječenjem i motivirati ga u svrhu poboljšanja suradljivosti i ishoda.

Manjak uvida u bolest i u stvarnost je psihološki čimbenik koji najjače korelira s nesuradljivošću u psihijatrijski liječenog adolescenta (23). U tjelesno liječenih adolescenata nađeno je da nijekanje postojanja bolesti i njeno nerazumijevanje smanjuju suradljivost (63). Istraživanje provedeno nad odraslim pacijentima koji boluju od shizofrenije pokazalo je da oni koji imaju uvid u svoju bolest i stvarnost imaju i statistički značajno bolju suradljivost od onih koji takav uvid nemaju (73).

Osjećaj bespomoćnosti i beznadnosti, te smanjeno samopoštovanje negativno utječu na suradljivost adolescenata pri psihijatrijskom liječenju (23), čemu odgovara istraživanjima potvrđena činjenica da tjelesno liječeni adolescenti koji imaju iste osjećaje ili dijagnosticiranu depresiju značajno lošije surađuju (62), a Bahrini nam potvrđuje da u skupini odraslih psihijatrijskih bolesnika lošije surađuju depresivni (6). Ovakva dosljednost negativnog utjecaja ovog čimbenika na suradljivost se može objasniti time da bolesnicima koji se osjećaju bespomoćno i beznadno ujedno nedostaje i motivacija za liječenjem jer ne vjeruju da će im ono pomoći pa prema tome adherencija nema svrhe.

Mnoga istraživanja potvrđuju veliku važnost obiteljske bliskosti i potpore članova obitelji za suradljivost adolescenata pri psihijatrijskom liječenju, kao i liječenju adolescenata od tjelesnih bolesti (9,23,62). Dobra komunikacija će vjerojatno povećati povjerenje adolescenta u roditeljeve odluke oko liječenja te će smanjiti sukobe i otpor koji se može javiti zbog ranije spomenute želje za autonomijom (9). U skupini odraslih psihijatrijskih pacijenata oni koji su u braku pokazuju bolju suradljivost od samaca, rastavljenih i udovaca (33).

Nekoliko je istraživanja pokazalo značajnu povezanost psihičke bolesti majke te majčinog protivljenja liječenju s lošom adherencijom adolescenta u psihijatrijskom liječenju (9,50), a u adolescenata liječenih od tjelesnih bolesti konflikti između adolescenata i roditelja se također

navode kao čimbenik koji negativno utječe na suradljivost (62). Svi ovi rezultati još jednom potvrđuju veliku važnost obiteljske bliskosti, potpore i komunikacije u suradljivosti.

Po pitanju odnosa s liječnikom, sve skupine bolesnika pokazuju pozitivan odnos između dobre suradljivosti i pozitivnog te čvrsto utvrđenog terapijskog saveza, uvjerenja liječnika u učinkovitost tretmana te prikladnih i dostupnih kontrolnih pregleda nakon otpusta (21,23,33,62). Ovi čimbenici su toliko dosljedno ponavljani u istraživanjima da gotovo i ne možemo očekivati suradljivost od bolesnika ukoliko on ne vjeruje svom liječniku.

U adolescenata se za poboljšanje suradljivosti mogu koristiti strategije kognitivne terapije poput razmatranja vlastitih izjava i rješavanje problema. Također se spominje neposredno nadziranje koristi liječenja i nuspojava pomoću vrednujućih ljestvica (9). Za odrasle psihijatrijske pacijente slične bihevioralne metode su se također pokazale učinkovitima u poboljšanju suradljivosti (74).

Kao strategija za poboljšanje suradljivosti adolescenata u psihijatrijskom liječenju, pokušalo se i s metodom podsjećanja adolescenta tekstnim porukama na uzimanje lijekova, no pokazalo se da nema razlike u suradljivosti između adolescenata koji primaju poruke i onih koji ih ne primaju (61). U adolescenata koji se liječe od tjelesnih bolesti, istraživanja pokazuju značajno bolju suradljivost onih koji primaju podsjetnike tekstnim porukama od onih koji iste ne primaju (75). Ova razlika se može objasniti činjenici da oboljeli od tjelesnih bolesti češće nenamjerno loše surađuju, zbog zaboravljanja uzimanja lijekova, a oboljeli od psihičkih bolesti češće s namjerom ne uzimaju lijekove.

Gotovo sve razlike nađene između suradljivosti adolescenata pri psihijatrijskom liječenju i suradljivosti drugih skupina bolesnika proizlaze iz specifičnosti njihove razvojne faze (40). One stvaraju posebnosti u liječenju kako psihijatrijskih, tako i tjelesnih bolesti u adolescenata. Dolazi do otežanog razvoja autonomije, nelagode zbog kontroliranja oko uzimanja terapije i

straha da će postati ovisni o lijeku, koji je više naglašen u psihijatrijski liječenih adolescenata (9).

Mjerenje suradljivosti je zahtjevno u svim populacijama i rezultati ovise o odabranoj metodi procjene i to je jedan od razloga što se rezultati dobiveni istraživanjima toliko razlikuju (8). Široki rasponi rezultata izmjerenih stupnjeva suradljivosti te velika nedosljednost u značajnosti čimbenika koji na nju utječu vjerojatno proizlaze iz razlika u karakteristikama istraživanja, njihovoj metodologiji i tipu propisane terapije adolescenta (40). Također, ovih istraživanja nije mnogo i često autori sami naglašavaju utjecaj malenog broja ispitanika na statističku značajnost rezultata (42).

5. Zaključak

Uspoređujući nalaze istraživanja o suradljivosti u psihijatrijski liječenih adolescenata, adolescenata liječenih od tjelesnih bolesti te odraslih psihijatrijskih pacijenata, možemo zaključiti da rezultati u sve tri populacije široko variraju. Okvirno se može očekivati zadovoljavajuća suradnja u oko polovice oboljelih. Dosadašnja istraživanja ne ukazuju na postojanje bitne razlike između navedenih skupina.

Prema pregledanim podacima, nema naznaka za postojanje značajne razlike u rasponima suradljivosti između adolescenata i odraslih ovisno o psihijatrijskoj dijagnozi. Izuzetak su rezultati koji upućuju da je u skupini adolescenata liječenih od prve psihotične epizode suradljivost nešto bolja u odnosu na istu skupinu odraslih. Zloupotreba psihoaktivnih tvari je komorbidno stanje koje negativno utječe na suradljivost adolescenata, kao i odraslih.

Na suradljivost psihijatrijski liječenih adolescenata negativno utječu osjećaj stigmatiziranosti, osjećaj da ih se kontrolira, manjak uvida u stvarnost i bolest te bespomoćnost i beznađe. Pozitivno utječu pozitivna uvjerenja adolescenta, želja da se liječi i prihvaćanje liječenja, potpora roditelja i obitelji, dobar odnos i komunikacija adolescenta i liječnika. Rezultati istraživanja utjecaja različitih demografskih čimbenika su nedosljedni i potrebna su daljnja istraživanja. Strategije temeljene na kognitivno-bihevioralnoj metodi pokazuju djelotvornost na poboljšanje suradljivosti, no potrebna su daljnja istraživanja.

Problematika nesuradljivosti adolescenata u psihijatrijskom liječenju je još uvijek nedovoljno istražena. Zbog niza negativnih posljedica nesuradljivosti na život adolescenta, kao i na cjelokupni zdravstveni sustav, nužno je nastaviti istraživanja.

6. Sažetak

Suradljivost (engl. compliance) je pojam koji označava u kojoj mjeri pacijent provodi upute o liječenju dobivene od liječnika. Loša suradljivost smanjuje kliničku korist i time sveukupan uspjeh zdravstvenog sustava. Nesuradljivost u psihijatrijskom liječenju ima posebno loše posljedice po adolescente. Svrha ovog rada je dati pregled dostupne znanstvene i stručne literature koja se bavi problematikom suradljivosti adolescenata u psihijatrijskom liječenju.

Uspoređujući nalaze istraživanja o suradljivosti u psihijatrijski liječenih adolescenata, adolescenata liječenih od tjelesnih bolesti te odraslih psihijatrijskih pacijenata, možemo zaključiti da rezultati u sve tri populacije široko variraju a dobru suradnju očekujemo u oko polovice pacijenata. Nema naznaka za postojanje bitne razlike u rasponima suradljivosti između adolescenata i odraslih ovisno o psihijatrijskoj dijagnozi, uz izuzetak adolescenata liječenih od prve psihotične epizode koji imaju nešto bolju suradljivost u odnosu na odrasle. Zloupotreba psihoaktivnih tvari je komorbidno stanje koje negativno utječe na suradljivost.

Na suradljivost psihijatrijski liječenih adolescenata negativno utječu osjećaj stigmatiziranosti, osjećaj da ih se kontrolira, manjak uvida, bespomoćnost i beznade. Pozitivno utječu pozitivna uvjerenja adolescenta, želja da se liječi i prihvaćanje liječenja, potpora roditelja i obitelji, dobar odnos sa liječnikom. Rezultati dosadašnjih istraživanja utjecaja različitih demografskih čimbenika su nedosljedni. Strategije temeljene na kognitivno-bihevioralnoj metodi pokazuju pozitivan utjecaj na suradljivost. Problematika nesuradljivosti adolescenata u psihijatrijskom liječenju je još uvijek nedovoljno istražena stoga je nužno nastaviti istraživanja.

Ključne riječi: adherencija, adolescencija, psihijatrija, suradljivost.

7. Summary

Compliance is a term that tells us to what extent the patient follows the doctor's instructions for his treatment. Noncompliance reduces the clinical use and with it the effectiveness of the health system. Noncompliance in psychiatric treatment has especially great consequences on adolescents. The purpose of this work is to review the available scientific and expert literature on the topic of adolescents' compliance in psychiatric treatment.

By comparing the research about compliance in adolescent psychiatric patients, adolescents treated for physical diseases and adult psychiatric patients, we can conclude that results in all three populations vary greatly, and good compliance can be expected in about half of the patients. There are no signs of significant differences in compliance ranges between adolescents and adults depending on the psychiatric diagnosis, with the exception of adolescents treated for first episode of psychosis who showed a somewhat better compliance than adults.

Negative predictive factors for compliance of adolescent psychiatric patients are feeling stigmatized, feeling that they're being controlled, lack of insight, feelings of helplessness and hopelessness. Positive predictive factors are adolescent's positive beliefs, their willingness to be treated and the acceptance of the treatment regiment, the support from parents and family and a good relationship with their physician. The results of current research on the effects of various demographic factors are inconsistent. The strategies based on cognitive-behavioral methods show a positive effect on compliance. More research is needed on the problem of noncompliance in adolescents' psychiatric treatment.

Key words: adherence, adolescent, compliance, psychiatry.

8. Literatura

1. Ivančević Ž. MSD priručnik dijagnostike i terapije. 18. izdanje. Split: Placebo d.o.o, 2010.
2. Sabate E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. 1st ed. Geneva: World Health Organization, 2003.
3. Haynes RB, McDonald H, Garg A, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD000011.
4. Francetić I, Vitezić D. Klinička farmakologija. 2. izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
5. Stockwell Morris L, Schulz RM. Patient compliance – an overview. J Clin Pharm Ther. 1992; 17:283-95.
6. Bahrini L, Damak R, Cheour M. The role of the affective temperament in the treatment adherence in psychiatry. Pan Afr Med J. 2016; 25:2.
7. Folnegović Šmalc V. Važnost suradljivosti psihičkih bolesnika u uzimanju lijekova. 2015. Cybermed. Dostupno na URL: http://www.cybermed.hr/clanci/vaznost_suradljivosti_psihickih_bolesnika_u_uzimanju_lijekova Pristupljeno 14.04.2018.
8. Taddeo D, Egedy M, Frappier JY. Adherence to treatment in adolescents. Paediatr Child Health. 2008;31(1):19-24.
9. Moses T. Adolescents' commitment to continuing psychotropic medication: a preliminary investigation of considerations, contradictions, and correlates. Child Psychiatry Hum Dev. 2011; 42:93-117.

10. Vermiere E, Hearnshaw H, Van Rojen P. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26:331-42.
11. Haynes B, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in Health Care.* Baltimore: The John Hopkins University Press, 1979.
12. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet.* 1975; 1:1205-7.
13. Dunbar-Jacob J, Dwyer EJ. Compliance with antihypertensive regimen: a review of the research in the 1980s. *Ann Behav Med.* 1991; 12:31-9.
14. Anon. Compliance – a broken concept. *BMJ.* 1997; 314(7082):1–1.
15. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. *Oman Med J.* 2011; 26(3):155-9.
16. Mullen PD. Compliance becomes concordance. *BMJ.* 1997; 314:691–2.
17. Dracup KA, Meleis AI. Compliance: an interactionist approach. *Nurs Res.* 1982;31(1):31-6.
18. Fedder DO. Managing medication and compliance: physician-pharmacist-patient interaction. *J Am Geriatr Soc.* 1982; 30:113-7.
19. Čulig J. Ponašanje kroničnih bolesnika prema propisanoj terapiji: priručnik za bolesnike i njihove obitelji. Zagreb: Koalicija udruga u zdravstvu, 2011.
20. Lam WY, Fresco P. Medication adherence measures: an overview. *Biomed Res Int.* 2015; 2015:217047.
21. Čulig J. Adherencija prema propisnoj farmakoterapiji. *Pharmabiz.* 2016; 22:44-7.
22. Fisher R. Patient education and compliance: a pharmacist's perspective. *Patient Educ Couns.* 1992; 19:261-71.

23. Gearing RE, Mian IA. An approach to maximizing treatment adherence of children and adolescents with psychotic disorders and major mood disorders. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2005; 14(4):106–13.
24. Morris LA, Halperin JA. Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: a literature review. *Am J Public Health.* 1979; 69:47-52.
25. Mullen PD, Green LW, Persinger GS. Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis of intervention types. *Prev Med.* 1985; 14:753-81.
26. Gibbs S, Waters WE, George CF. The benefits of prescription information leaflets. *Br J Clin Pharmacol.* 1989; 27:723-39.
27. Robinson GL, Gilbertson AD, Litwack L. The effects of a psychiatric patient education to medication program on post-discharge compliance. *Psychiatr Q.* 1986; 58:113-8.
28. Brown CS, Wright RG, Christensen DB. Association between type of medication instruction and patients' knowledge, side effects, and compliance. *Hosp Community Psychiatry.* 1987; 38:55-60.
29. Peterson GM, McLean S, Millingen KS. A randomised trial of strategies to improve patient compliance with anticonvulsant therapy. *Epilepsia.* 1984; 25:412-7.
30. Haynes RB. A critical review of interventions to improve compliance with special reference to the role of physicians In: *Improving Medication Compliance: Proceedings of a symposium*; 1985 Nov 1; Washington, D.C. Reston, Virginia: National Pharmaceutical Council, 1985.
31. Blondiaux I, Alagille M, Ginestet D. Adhésion aux traitements biologiques en psychiatrie. *Encycl Méd Chir.* 1994:1–3.

32. De las Cuevas C, Penate W, Sanz EJ. Psychiatric outpatients' self-reported adherence versus psychiatrist's impressions on adherence in affective disorders. *Hum Psychopharmacol*. 2013; 28(2):142-50.
33. El Alama H, Benmoussa A, Said AAH. Assessment of therapeutic adherence among patients in psychiatry. *Int J Phytopharmacol*. 2015; 5(3):27-32.
34. Pernar M, Frančišković T. *Psihološki razvoj čovjeka*. Rijeka: Medicinski fakultet – Sveučilište u Rijeci, 2008.
35. Kliegman RM. Adolescent Development. In: *Nelson Textbook of pediatrics*. 20th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016.
36. Bender B, Wamboldt FS, O'Connor S. Measurement of children's asthma adherence by self-report, mother report, canister weight, and Doser CT. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2000; 85:416-21.
37. Murphy DA, Wilson CM, Durako SJ, Muenz LR, Belzer M. Adolescent medicine HIV/AIDS research network. Antiretroviral medication adherence among the REACH HIV-infected adolescent cohort in the USA. *AIDS Care*. 2001; 13:27-40.
38. Shemesh E, Shneider BL, Savitzky JK. Medication adherence in pediatric and adolescent liver transplant recipients. *Pediatrics*. 2004; 113:825-32.
39. Johnson SB, Kelly M, Henretta JC, Cunningham WR, Tomer A, Silverstein JH. A longitudinal analysis of adherence and health status in childhood diabetes. *J Pediatr Psychol* 1992; 17:537-53.
40. Timlin U, Hakko H, Heino R, Kyngas H. Factors that affect adolescent adherence to mental health and psychiatric treatment: a systematic integrative review of the literature. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2015; 3(2):99-107.
41. Timlin U, Hakko H, Riala K, Rasanen P, Kyngas H. Adherence of 13-17 year old adolescents to medical and non-pharmacological treatment in psychiatric inpatient care:

- special focus on relative clinical and family factors. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015; 46:725-35.
42. Ghaziuddin N, King CA, Hovey JD, Zaccagnini J, Ghaziuddin M. Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1999; 30(2):103-10.
43. Gau SSF. Determinants of adherence to methylphenidate and the impact of poor adherence on maternal and family measures. *J Child Adol Psychop.* 2006; 16:286-97
44. Drodar D. Adherence to pharmacological treatment for juvenile bipolar disorder. *J Am Acad Child Psychiatry.* 2007; 46:831–839.
45. Coletti DJ, Leigh E, Gallelli KA, Kafantaris V. Patterns of adherence to treatment in adolescents with bipolar disorder. *J Child Adol Psychop.* 2005; 15(6):913-7.
46. DelBello MP, Hanseman D, Adler CM. Twelve-month outcome of adolescents with bipolar disorder following first hospitalization for a manic or mixed episode. *Am J Psychiatry.* 2007; 164:582-90.
47. Patel NC, DelBello MB, Keck PE, Strakowski SM. Ethnic differences in maintenance antipsychotic prescription among adolescents with bipolar disorder. *J Child Adol Psychop.* 2005; 15:938–946.
48. Sleator EK, Ullmann RK, von Neumann A. How do hyperactive children feel about taking stimulants and will they tell the doctor? *Clinical Pediatrics.* 1982; 21:474-9.
49. Gearing RE, Charach A. Medication adherence for children and adolescents with first-episode psychosis following hospitalization. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 18:587-95.
50. King CA, Hovey JD, Brand E, Wilson R, Ghaziuddin N. Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(1):85-93.

51. Nunes, SAN Faraco AMX, Vieira ML, Rubin KH. Externalizing and internalizing problems: contributions of attachment and parental practices. *Psicologia: Reflexao e Critica*. 2013; 26(3):617-25.
52. Fontanella CA, Bridge JA, Marcus SC, Campo JV. Factors associated with antidepressant adherence for Medicaid-enrolled children and adolescents. *Ann Pharmacoth*. 2011; 45:898-908.
53. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JE. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. American Psychiatric Association, 2010. Dostupno na URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/md_d.pdf Pristupljeno 15.05.2018.
54. Scott C, Lore C, Owen R. Increasing medication compliance and peer support among psychiatrically diagnosed students. *J Sch Health* 1992; 62:478-80.
55. Bowen J, Fenton T, Rappaport L (1991) Stimulant medication and attention deficit–hyperactivity disorder. *J Dis Child* 1991; 145:291-5.
56. Pogge DL, Singer MB, Harvey PD. Rates and predictors of adherence with atypical antipsychotic medication: A follow-up study of adolescent inpatients. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005; 15(6):901-12
57. Munson MR, Floerch JE, Townsend L. Are health beliefs related to adherence among adolescents with mood disorders? *Adm Policy Ment Health*. 2010; 37:408-16.
58. Staton D. Achieving adolescent adherence to treatment of major depression. *Adolesc Health Med Ther*. 2010; 1:73-85.
59. The TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(10):1132-44.

60. Lambert MJ, Harmon C, Slade K, Whipple JL, Hawkins EJ. Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol.* 2005;61(2): 165-74.
61. Bjornholt K, Christiansen E, Stokholm KA, Hvolby A. The effect of daily small text message reminders for medicine compliance amongst young people connected with the outpatient department for child and adolescent psychiatry. A controlled and randomized investigation. *Nord J Psychiatry.* 2016; 70(4):285-9.
62. Staples B, Bravender T. Drug compliance in adolescents: assessing and managing modifiable risk factors. *Pediatr Drugs.* 2002; 4(8):503-13.
63. Adler LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgrad Med J.* 2010; 122(1):184-91.
64. Manwani SG, Szilagyi KA, Zabottsky B, Hennen J, Griffin ML, Weiss RD. Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorders. *J Clin Psychiatry.* 2007; 68:1172-6.
65. De Souza C, Vedana KGG, Mercedes BPC, Miasso AI. Bipolar disorder and medication adherence, patients' knowledge and serum monitoring of lithium carbonate. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2013; 21(2):624-31.
66. Verdoux H, Lengronne J, Liraud F. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102(3):203-10.
67. Verdoux H, Liraud F, Assens F, Abalan F, van Os J. Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: a two-year follow-up study of first-admitted patients. *SchizophrRes.* 2002; 56(1–2):149-59.

68. Jonsdottir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 127:23–33.
69. Peveler R. Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial. *BMJ.* 1999; 319:612-5.
70. Slack MK, Brooks AJ. Medication management issues for adolescents with asthma. *Am J Health Syst Pharm.* 1995; 52(13):1417-21.
71. Kyngas HA, Kroll T, Duffy ME. Compliance in adolescents with chronic disease: a review. *J Adolesc Health.* 2000; 26(6):379-88.
72. Bollini P, Tibaldi G, Testa C, Munizza C. Understanding treatment adherence in affective disorders: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 45:668-74.
73. Na E, Yim SJ, Lee JN, Kim JM, Hong K. Relationship among medication adherence, insight, and neurocognition in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015; 69:298-304.
74. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry.* 2009; 70 Suppl 4:1–46.
75. Branson CE, Clemmey P, Mukherjee P. Message reminders to improve outpatient therapy: attendance among adolescents: a pilot study. *Psychol Serv.* 2013; 10(3):298-303.

9. Životopis

Rođena sam 5. ožujka 1994. u Livnu, Bosna i Hercegovina. Završavam I. osnovnu školu u Bjelovaru 2008. godine. Po završetku osnovne škole upisujem Prirodoslovno-matematičku gimnaziju u Bjelovaru koju završavam 2012. godine. Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Medicina na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci upisujem 2012. godine.