

Usporedba efikasnosti liječenja shizofrenih bolesnika depo preparatima I oralnom terapijom

Zelić, Sandra

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:905335>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Studij sestrinstva

Sandra Zelić

**USPOREDBA EFIKASNOSTI
LIJEČENJA SHIZOFRENIJE DEPOT
PREPARATIMA I ORALNOM
TERAPIJOM**

Završni rad

Osijek, 2017.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

Studij sestrinstva

Sandra Zelić

**USPOREDBA EFIKASNOSTI
LIJEČENJA SHIZOFRENIJE DEPOT
PREPARATIMA I ORALNOM
TERAPIJOM**

Završni rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren na Klinici za psihijatriju, Kliničkoga bolničkog centra Osijek.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Ivan Požgain

Rad ima 24 lista i 6 tablica.

Zahvala

Zahvaljujem mentoru izv. prof. dr. sc. Ivanu Požgainu na prihvaćanju mentorstva, stručnim savjetima i na neizmjernom strpljenju prilikom izrade rada.

Zahvaljujem svima koji su me podržavali tijekom školovanja i koji su bili uz mene. Posebna hvala Ani, Danijelu, Dragani i Ivani koji su bili uz mene i bodrili me tijekom cijeloga razdoblja nastanka ovoga rada. Svoj uspjeh dijelim s njima.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Epidemiologija.....	1
1.2. Etiologija shizofrenije.....	2
1.3. Klinička slika	2
1.4. Dijagnoza.....	3
1.5. Liječenje	3
2. CILJ.....	5
3. ISPITANICI I METODE	6
3.1. Ustroj studije.....	6
3.2. Ispitanici	6
3.3. Metode	6
3.4. Statističke metode.....	6
4. REZULTATI.....	7
5. RASPRAVA	10
6. ZAKLJUČAK	12
7. SAŽETAK	13
8. SUMMARY.....	14
9. LITERATURA	15
10. ŽIVOTOPIS	18

1. UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem osoba ostvaruje svoje potencijale, može se nositi sa stresom normalnoga života te je produktivno i plodno sposobna pridonositi zajednici, a ne samo odsutnost mentalne bolesti (1). Shizofrenija je kronična duševna bolest u kojem je mentalno zdravlje narušeno, što se odražava na mogućnost djelovanja u društvu pojedinca. S vrlo čestom stopom oboljenja od čak 1 % populacije, predstavlja veliki problem. U Republici Hrvatskoj shizofrenija zauzima prvo mjesto po broju hospitalizacija psihičkih bolesti kod žena, a drugo mjesto kod muškaraca (2). Najčešće nastaje u adolescenciji i dvadesetim godinama života, ali može nastati i u kasnijoj dobi. Kao jedna od najčešćih kroničnih duševnih bolesti predstavlja izazov u liječenju zbog nepoznate etiologije i jedinstvenosti ispoljavanja simptoma. Prognoza bolesti uvelike ovisi o vremenu prepoznavanja simptoma, ranom dijagnosticiranju i početku liječenja. Značajan problem proizlazi iz jedinstvenosti bolesti kod svih osoba koja zahtijeva različiti pristup liječenju, a samim time i različitosti psihofarmaka kojima se osoba liječi (3).

1.1. Epidemiologija

Shizofrenija najčešće nastaje između dvadesete i tridesete godine života, ali može nastati i kasnije tijekom života, a nešto rjeđe tijekom rane adolescencije. Prema podacima Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo od 1965. do 1990. godine, hospitalna incidencija shizofrenije prosječno je iznosila 0,21 na 1.000 stanovnika, podjednako kod muškaraca i žena (4). Stopa hospitalizacije zbog shizofrenije 1995. godine iznosila je 144,2/100.000 (6.901 hospitalizacija), 2000. godine bila je 184,2/100.000 (8.175 hospitalizacija), 2001. godine 169,2/100.000 (7.511 hospitalizacija), dok je 2002. godine iznosila 180,7 (8.017 hospitalizacija). U Republici Hrvatskoj ima oko 18.000 oboljelih osoba od shizofrenije. Tijekom godina uočen je porast ukupnoga broja hospitalizacija osoba koje su učestalije i kraće hospitalizirane (2).

1.2. Etiologija shizofrenije

Etiologija shizofrenije nije u potpunosti razjašnjena, no postoje određeni čimbenici koji pridonose njenom nastanku. Biološkim se faktorima pridodaje važnost, ali psihološki i socijalni faktori nisu zanemarivi. Stoga možemo reći da je shizofrenija multifaktorski determinirana bolest. U prilog biološkom faktoru govore činjenice češćega oboljenja osoba iz jedne obitelji ili krvnih srodnika, podjednako oboljenje muškaraca i žena, a incidencija u određenoj populaciji je jednaka (5). Provedena su istraživanja u svrhu pronalaženja rizičnih čimbenika, ali nijedan od njih ne može biti identificiran kao uzročnik, već samo predisponirajući čimbenik koji može potpomoći nastanku bolesti. U istraživanjima prikazani čimbenici poput konzumiranja marihuane, etničke skupine, autoimune bolesti, bolesti majke tijekom trudnoće mogu povećati rizik od nastanka shizofrenije (6).

1.3. Klinička slika

Bolest se najčešće razvija u kasnoj adolescenciji, dvadesetim i tridesetim godinama života, dok njezin razvoji ni u kasnijoj životnoj dobi nije isključen (7). Podjednako se javlja kod muškaraca i žena, ali se tijekom bolesti razlikuje. Žene doživljavaju manje epizoda i rehospitalizacija od muškaraca u razdoblju od 5 i 10 godina nakon prve epizode (5). Iako ne postoji točno definirana klinička slika za osobe oboljele od shizofrenije, postoji široki spektar simptoma karakterističnih za tu bolesti koji uključuju poremećaje mišljenja, percepcije, motoričke abnormalnosti, kognitivne i govorne poteškoće (8). Osnovni simptomi shizofrenije, a tako i psihoza su depersonalizacija i derealizacija. Prema vremenu nastanka i njihovom intenzitetu simptomi se mogu klasificirati kao pozitivni i negativni. Pozitivni simptomi vrlo su uočljivi i najčešće nastaju naglo. Formalni i sadržajni poremećaji govora, poremećaji mišljenja, vidne, slušne tjelesne i olfaktorne halucinacije najčešće su prepoznati dok negativni simptomi mogu nastati postepeno i ostati nezamijećeni dugi niz godina (9). Socijalno povlačenje, izolacija, demotivacija i ahedonija zbog svoje nekarakterističnosti mogu biti pripisani adolescentskom ponašanju i zanemareni. Kognitivna funkcija je narušena u smislu smanjenoga vremena pažnje, smanjene mogućnosti učenja, memoriranja i poremećaji psihomotorike koji mogu biti u obliku hiperkinezije i hipokinezije (10).

1.4. Dijagnoza

U Republici Hrvatskoj za dijagnostiku bolesti koristi se Međunarodna klasifikacija bolesti – MKB-10. Prema MKB-10 klasifikaciji dijagnoza shizofrenije postavlja se na temelju jednoga vrlo jasnoga karakterističnog simptoma ili više, manje jasnih simptoma u razdoblju od najmanje mjesec dana (3). Shizofreni su poremećaji okarakterizirani karakterističnim poremećajima mišljenja i percepcije, a afekt je neskladan ili otupljen. Svijest i intelektualna sposobnost obično su očuvane, iako se s vremenom mogu pojaviti i kognitivni deficiti. Najvažnija psihopatološka obilježja uključuju jeku misli, nametanje i oduzimanje misli, širenje misli, sumanuta opažanja i sumanutosti kontrole, utjecaja ili pasivnosti, slušne halucinacije kod kojih glasovi komentiraju ili raspravljaju o bolesniku u trećem licu te poremećaje mišljenja i negativne simptome (11).

1.5. Liječenje

Liječenje shizofrenije specifično je po tome što ne postoji određeni lijek već skupina lijekova koji djeluju na simptome bolesti. Antipsihotski lijekovi najčešće se dijele na klasične i atipične antipsihotike (12). Prvi lijek koji je korišten za liječenje shizofrenije bio je klorpromazin. Uglavnom nije dovodio do trajnoga poboljšanja, ali je otklanjao simptome te tako poboljšavao kvalitetu života. Svi antipsihotici prve generacije djeluju kao antagonisti dopaminskih receptora i time mogu uzrokovati ekstrapiramidne nuspojave (13). Klorpromazin je u pacijenata uzrokovao stanje sedacije uz očuvanu svijest te nezainteresiranost i odcjepljivanje od vanjskih podražaja. Takvo ponašanje pacijenata nazvano je neuroleptičkim sindromom (12). S ciljem poboljšanja učinkovitosti liječenja razvijeni su novi lijekovi koji su bolje djelovali na simptome s manje nuspojava. Klozapin, koji je sintetiziran šezdesetih godina prošloga stoljeća, bio je prvi antipsihotik koji nije imao ekstrapiramidne nuspojave i tako je klasificiran kao atipični antipsihotik. Antipsihotici druge generacije, odnosno atipični antipsihotici su oni koji ne uzrokuju ekstrapiramidne nuspojave (14). Zbog nepridržavanja terapijskoga tijeka razvijeni su depot lijekovi 60-ih godina prošloga stoljeća, ali zbog straha od mogućnosti povećanih nuspojava i manjega učinka na simptome nisu uvelike podržani sve do razvoja antipsihotika druge generacije u depot obliku (15). Adekvatno odabran antipsihotik je onaj koji u određenoj dozi kontrolira psihotične simptome, a pri tome ne uzrokuje ili uzrokuje minimalan broj nuspojava (16). Zbog uzrokovanja ekstrapiramidnih nuspojava uz antipsihotsku terapiju često se upotrebljavaju antikolinergici (17). Antikolinergična popratna terapija

smanjuje ekstrapiramidne nuspojave, ali i utječe na kognitivne sposobnosti. Na temelju provedenih istraživanja zapažen je pad u kognitivnim sposobnostima kod osoba koje dugotrajno koriste antikolinergičnu popratnu terapiju (18). Terapija se određuje na temelju kliničke slike, ovisno koja vrsta simptoma bolesti prevladava. Duljina trajanja terapije ovisi o broju pojava psihoza. Dugotrajna (najmanje 5 godina) ili doživotna terapija može se očekivati kod bolesnika koji su imali više epizoda bolesti i postojanjem trajnih simptoma. Većina bolesnika koji moraju doživotno uzimati lijekove, zbog određenih nuspojava i stigmatizacije te nekritičnosti prema bolesti, prekidaju liječenje, što dovodi do recidiva bolesti (19). Studija pokazuje kako se gotovo 75 % bolesnika ne pridržava terapijskoga tijeka u razdoblju od dvije godine nakon otpusta iz bolnice (20). Smatra se da je depot antipsihotski terapijski tijek učinkovitiji u odnosu na oralnu primjenu lijekova kod osoba koje su sklone nepridržavanju terapije iako se procjenjuje da samo 20% osoba oboljelih od shizofrenije prima ovakav oblik terapije (21). U istraživanjima su dokazane statistički značajne razlike u korist depot terapiji, što se očitovalo manjim brojem rehospitalizacija (22)

2. CILJ

Glavni cilj ovoga istraživanja je:

- utvrditi postojanje razlika u ishodima liječenja i održanju remisije kod bolesnika koji primaju depot preparate antipsihotika i onih koji uzimaju oralne preparate.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Presječna studija (23).

3.2. Ispitanici

U istraživanje su uključeni bolesnici liječeni u Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek u od 2012. do 2015. godine s primarnom dijagnozom shizofrenije –F20 prema MKB klasifikaciji. U uzorak je uključeno 60 ispitanika oboljelih od shizofrenije, 28 ispitanika s depot antipsihotskom terapijom i 32 ispitanika s oralnom antipsihotskom terapijom. Uključene su osobe starije od 18 godina, obje spolne skupine s kriterijom trajanja terapijskog postupka najmanje tri godine u kontinuitetu u periodu između 2012. do 2015. godine.

3.3. Metode

Prikupljeni su podaci iz medicinske dokumentacije i povijesti bolesti. Također su prikupljeni podaci o broju: hospitalizacije svake osobe, pogoršanja, promjena terapija, dolazaka na kontrolu, propisanih lijekova uz glavnu antipsihotsku terapiju i podatak o postojanju, odnosno nepostojanju antikolinergika u popratnoj terapiji.

3.4. Statističke metode

Kategorijski podaci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju normalne raspodjele, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnoga raspona. Razlike kategorijskih varijabli bile su testirane χ^2 -testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitney U testom. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu primijenjen je statistički program SPSS (inačica 16.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD)

4. REZULTATI

U istraživanju zabilježeno je ukupno 123 hospitalizacije od 2012. do 2015. godine, gdje su 72 (59 %) hospitalizacije zabilježene kod ispitanika s oralnom terapijom dok je 51 (41 %) hospitalizacija zabilježena kod osoba s depot terapijom (Tablica 1).

Tablica 1. Ukupan broj hospitalizacija

	Broj (%) hospitalizacija
Depot terapija	51 (41)
Oralna terapija	72 (59)
Ukupno	123 (100)

Zabilježen je raspon hospitalizacija od minimalno jedne do maksimalno četiri hospitalizacije u objema skupinama. Jednu hospitalizaciju imalo je najviše (57 %) ispitanika s depot terapijom, a nešto manje od trećine (28 %) ispitanika s oralnom terapijom te ukupno najveći broj ispitanika 42 %. Ispitanici s oralnom terapijom najčešće su hospitalizirani dva puta (31 %) dok je dva puta hospitalizirano 11 % ispitanika s depot terapijom, što zajedno čini 21 % ukupnih hospitalizacija. Od ukupnoga broja ispitanika, 27 % ih je hospitalizirano tri puta s gotovo podjednakim brojem ispitanika iz obje skupina, 28 % iz skupine s oralnom terapijom i 25 % iz skupine ispitanika s depot terapijom. Četiri hospitalizacije ima ukupno 10 % ispitanika, od toga 13 % ispitanika iz skupine s oralnom terapijom, a 7 % iz skupine s depot terapijom. Nema značajne razlike u broju hospitalizacija prema vrsti terapije (Tablica 2).

Tablica 2. Raspodjela ispitanika po broju hospitalizacija prema vrsti terapije

Broj hospitalizacija	Broj (%) ispitanika s oralnom terapijom	Broj (%) ispitanika s depot terapijom	Ukupno (%)	P*
1	9 (28)	16 (57)	25 (42)	0,10
2	10 (31)	3 (11)	13 (21)	
3	9 (28)	7 (25)	16 (27)	
4	4 (13)	2 (7)	6 (10)	
Ukupno	32 (100)	28 (100)	60 (100)	

*Fisherov egzaktni test

U istraživanju zabilježene su 63 promjene terapije, odnosno promjene lijeka, od kojih su ispitanici s oralnom terapijom imali veći broj promjena, ukupno 44 (70 %) promjene terapije od ispitanika s depot terapijom koji su imali 19 (30 %) promjena (Tablica 3).

Tablica 3. Ukupan broj izmjena terapije ispitanika s depot i oralnom terapijom

	Broj (%) promjena terapije
Depot terapija	19 (30)
Oralna terapija	44 (70)
Ukupno	63 (100)

Od ukupno 60 ispitanika 18 (30 %) ih nije imalo nijednu promjenu terapije, od toga 10 (36 %) osoba primalo je depot terapiju, a osam (25 %) oralnu terapiju. Najveći broj ispitanika s depot terapijom, njih 17 (61 %), imalo je jednu promjenu terapije dok je jednu promjenu terapije imalo osam (25 %) ispitanika s oralnom terapijom. Dvije promjene terapije imala su dva (6%) ispitanika s oralnom terapijom i jedan (3%) s depot terapijom. Tri i četiri promjene terapije nije imao nijedan ispitanik s depot terapijom dok su dva (6 %) ispitanika s oralnom terapijom imala tri promjene i jedan (3 %) ispitanik četiri promjene. Ispitanici s depot terapijom značajno su manje imali promjene lijeka u terapiji (Fisherov egzakti test, $P = 0,001$) (Tablica 4).

Tablica 4. Podjela ispitanika prema broju promjena i vrsti terapije

Broj promjena terapije	Broj (%) ispitanika s oralnom terapijom	Broj (%) ispitanika s depot terapijom	Ukupno (%)	P*
0	8 (25)	10 (36)	18 (30)	0,001
1	8 (25)	17 (61)	25 (42)	
2	13 (41)	1 (3)	14 (23)	
3	2 (6)	0	2 (3)	
4	1 (3)	0	1 (2)	
Ukupno	32 (100)	28 (100)	60 (100)	

*Fisherov egzakti test

Značajno je veći broj dolazaka na kontrole ispitanika s depot terapijom medijana 14 kontrola (interkvartilnoga raspona 10 – 16) u rasponu 5 – 19 kontrola, od dolazaka na kontrole ispitanika s oralnom terapijom s medijanom dolazaka 11 puta (interkvartilnoga raspona 4 – 12) s rasponom 0 – 18 dolazaka (Mann Whitney U test, $P = 0,001$). U skupini ispitanika s depot terapijom značajno je veći broj pogoršanja medijana 3 (interkvartilnoga raspona 3 – 5), u

odnosu na ispitanike s oralnom terapijom s medijanom od 3 pogoršanja (interkvartilnoga raspona 2 – 3). Ispitanici s oralnom terapijom imali su rang 1 – 5 pogoršanja dok su ispitanici s depot terapijom imali 2 – 8 pogoršanja (Mann Whitney U test, $P = 0,002$). Broj pratećih lijekova bez značajne je razlike u objema skupinama (Tablica 5).

Tablica 5. Raspodjela ispitanika oralne i depot terapije prema središnjoj vrijednosti dolazaka na kontrole, pogoršanja i pratećih lijekova

	Oralna terapija		Depot terapija		P*
	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum	
Dolasci na kontrole	11 (4 – 12)	0 – 18	14 (10 – 16)	5 – 19	0,001
Pogoršanja	3 (2 – 3)	1 – 5	3 (3 – 5)	2 – 8	0,002
Prateći lijekovi	4 (3 – 5)	2 – 6	4 (3 – 5)	2 – 7	0,35

*Mann Whitney U test

Ukupno 28 (47 %) ispitanika u popratnoj terapiji nije imalo antikolinergik, od toga 10 (36 %) ispitanika s depot terapijom i 18 (56 %) ispitanika s oralnom terapijom. Više od polovice, 32 (53 %) ispitanika u popratnoj terapiji imalo je antikolinergik, od toga 18 (64 %) ispitanika s depot terapijom i 14 (44 %) ispitanika s oralnom terapijom. Rezultat u skupinama je bez značajne razlike (Tablica 6).

Tablica 6. Antikolinergik u popratnoj terapiji prema vrsti terapije

	Broj (%) ispitanika s depot terapijom	Broj (%) ispitanika s oralnom terapijom	Ukupno	P*
Nema antikolinergik	10 (36)	18 (56)	28 (47)	0,13
Ima antikolinergik	18 (64)	14 (44)	32 (53)	
Ukupno	28 (100)	32 (100)	60 (100)	

*Hi-kvadrat test

5. RASPRAVA

U istraživanju obuhvaćeno je 6 varijabli: ukupan broj hospitalizacija, broj dolazaka na liječničke kontrole, broj izmjena terapije, broj pogoršanja, postojanje antikolinergika u popratnoj terapiji te broj popratnih lijekova.

S obzirom na broj ukupnih hospitalizacija, ispitanici s oralnom terapijom bili su hospitalizirani više puta od ispitanika s depot terapijom iako zabilježena razlika statistički nije dovoljno značajna. U sličnim istraživanjima dokazano je kako su skupine s depot terapijom imale značajno manji broj hospitalizacija u odnosu na oralnu terapiju (24). Nadalje, u drugom istraživanju provedenom na 1.700 osoba, nije zabilježena statistički značajna razlika u broju hospitalizacija. (25). Razlika između tih istraživanja bila je veličina uzorka i vrsta studija. Skupine koje su obuhvaćene randomiziranim uzorkovanjem prikazivale su realniju sliku o stanju bolesnika dok bi studije koje su postavljale limitatore, poput isključivanja osoba koje nisu u terapijskom kontinuitetu kroz određeni period, isključivale takve ispitanike te postoji mogućnost biasa rezultata (26).

Broj pogoršanja i broj hospitalizacija trebao bi biti proporcionalan iako u provedenom istraživanju broj hospitalizacija se neznajno razlikuje dok je broj pogoršanja veći kod osoba s depot terapijom. Treba prići tom rezultatu kritički zbog mogućnosti postojanja biasa rezultata. Ispitanici kojima je propisana depot terapija najčešće su osobe s kroničnim oblikom recidivirajuće shizofrenije.

Ispitanici s depot terapijom na liječničke kontrole dolazili su češće od ispitanika s oralnom terapijom što je očekivano uzevši u obzir način primjene lijeka. Ispitanicima kojima je propisana depot terapija, moraju znatno češće posjećivati liječnika u svrhu administracije lijeka i time su konstantno pod nekom vrstom kontrole dok ispitanici s prepisanom oralnom terapijom ovise o svom kritičkom razmišljanju i osoba koji skrbe za njih.

Nadalje, ispitanici s depot terapijom imali su značajno manji broj promjena terapije. Ovaj podatak također može prikazivati iskrivljenu sliku jer se nakon pojave prve epizode shizofrenije preferira oralna terapija te je potrebno određeno vrijeme prije nego što se terapija prilagodi bolesniku, odnosno da se pronade odgovarajuća dok se depot terapija propisuje najčešće kod kroničnih oblika bolesti i bolesnicima koji se ne pridržavaju terapijskih uputa. Uz promjene terapije, popratna terapija propisana uz antipsihotsku ne razlikuje se značajno. Poteškoće koji

se pojavljuju nezavisno od primarne dijagnoze shizofrenije, uglavnom su slični kao što su nesanica i strah, ali uz njih mogu se javiti poteškoće povezane s nuspojavama koje izazivaju antipsihotici kao što su ekstrapiramidne nuspojave. Unatoč napretku i novijim generacijama antipsihotika koji imaju manje nuspojave, u obje skupine prisutne su ekstrapiramidne nuspojave što potkrepljuje studija u kojoj je uspoređivan broj propisanih antikolinergika kod ispitanika s oralnom i depot terapijom u kojima je bio gotovo jednak postotak ispitanika s propisanim antikolinergikom (27). Ta studija potkrepljuje rezultate dobivene u istraživanju. Antikolinergici su propisani podjednako u objema skupinama a pronađena razlika nije statistički značajna.

Provedeno je istraživanje u kojemu su se analizirali dobiveni podatci od 2000. do 2011. godine u kojem su uspoređivani učinci depot i oralne terapije. Istraživanje je pokazalo da u randomiziranom istraživanju nema statistički značajne razlike, ali u istraživanjima u kojima su postavljeni limitatori i parametri, depot terapija pokazala se statistički značajno superiornija od oralne (26). Postavljanjem limitatora, isključuje se dio ispitanika te se time ne dobiva realna slika o oboljeloj populaciji.

Rezultati ovog istraživanja prikazuju razlike u djelovanju oralne i depot terapije. Dobiveni rezultati mogli bi pomoći u budućim istraživanjima. Bilo bi dobro napomenuti da bi nekoliko činjenica moglo utjecati na ishod istraživanja kao što je veličina uzorka i različitost antipsihotika koji su korišteni u antipsihotskoj terapiji. U istraživanju rađenom u Finskoj zabilježene su skupine ispitanika s depot i oralnom terapijom iste vrste lijeka te su uspoređivani ishodi liječenja i rehospitalizacije. Ispitanici koji su primali depot oblik istog lijeka imali su manji broj rehospitalizacija, iako je ta razlika zabilježena samo za određene antipsihotike. Generalno sagledavajući različitosti u hospitalizacijama i pogoršanjima oralnih antipsihotika i depot antipsihotika nije uočena značajna razlika (28).

6. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenoga istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- ispitanicima s depot terapijom rjeđe se izmjenjuje terapija
- ispitanici s depot terapijom češće dolaze na liječničke kontrole
- broj pogoršanja manji je kod ispitanika s oralnom terapijom

7. SAŽETAK

CILJ ISTRAŽIVANJA:

Glavni cilj ovoga istraživanja je utvrditi postoje li razlike u ishodima liječenja i održanju remisije kod bolesnika koji primaju depot preparate antipsihotika i onih koji uzimaju oralne preparate.

USTROJ STUDIJE: Presječna studija

ISPITANICI I METODE:

U istraživanje su uključeni bolesnici liječeni u Klinici za psihijatriju KBC-a Osijek od 2012. do 2015. godine s primarnom dijagnozom shizofrenije –F20 prema MKB klasifikaciji. U uzorak je uključeno 60 ispitanika oboljelih od shizofrenije s terapijskim tijekom od 2012. do 2015. godine, 28 ispitanika s depot antipsihotskom terapijom i 32 ispitanika s oralnom antipsihotskom terapijom neovisno o spolu, starije od 18 godina. Prikupljeni su podaci iz medicinske dokumentacije i povijesti bolesti o broju: hospitalizacije svake osobe, pogoršanja, promjena terapija, dolazaka na kontrolu, propisanih lijekova uz glavnu antipsihotsku terapiju i podatak o postojanju, odnosno nepostojanju antikolinergika u popratnoj terapiji.

REZULTATI:

Rezultati su pokazali manji broj hospitalizacija i veći broj dolazaka na kontrole ispitanika s depot terapijom. Ispitanici s oralnom terapijom značajno su manje imali pogoršanja. Broj propisanih lijekova uz antipsihotsku terapiju, antikolinergici u popratnoj terapiji i broj promjena terapija podjednak je u objema skupinama.

ZAKLJUČAK:

Depot terapija značajno je superiornija u dvjema varijablama dok je oralna terapija značajno superiornija u jednoj varijabli

KLJUČNE RIJEČI: antipsihotici, depot terapija, efikasnost, liječenje, oralna terapija, shizofrenija, terapija, usporedba.

8. SUMMARY

TITLE: Effectiveness comparison of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia treatment

OBJECTIVE: To determine whether there is a difference in outcome of treatment and remission in patients with depot treatment of antipsychotics and those with oral treatment.

STUDY DESIGN: Cross-sectional study

PARTICIPANTS AND METHODS:

Participants in this study are patients treated in the psychiatric clinic of the Clinical hospital center in Osijek in the period of 2012-2015 with schizophrenia as their primary diagnosis -F20 according to MKB classification. Sixty participants were sampled, 28 of them with depot antipsychotic treatment and 32 participants with oral antipsychotic treatment, regardless of gender and had more than 18 years. Data collected included: hospitalisation of each person, deterioration, treatment changes, check-ups, prescribed medications alongside antipsychotic treatment and existence of anticholinergic treatment.

RESULTS:

The results have shown that participants with depot treatment had a significantly lower number of hospitalisations and more check-ups. Participants with oral treatment had significantly less deterioration. The number of prescribed medications alongside antipsychotic treatment, the existence of anticholinergic treatment and number of treatment changes are the same in both groups.

CONCLUSION: Depot treatment is statistically and significantly superior in two variables. Oral treatment is superior in one variable

KEY WORDS: antipsychotics, comparison, depot treatment, efficiency, oral treatment, schizophrenia, treatment, therapy.

9. LITERATURA

1. World Health Organization. The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Dostupno na adresi: <http://www.who.int/whr/2001/en/>. Datum pristupa: 20. ožujka 2017.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj. Dostupno na adresi: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf. Datum pristupa: 20. ožujka 2017.
3. Sadoc BJ, Sadoc VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7 izd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2000.
4. Folnegović Šmalc V, Folnegović Z. Epidemiologija duševnih bolesti. Medicus, 1998;7:15–9.
5. Goldstein JM. Gender differences in the course of schizophrenia. Am J Psychiatry 1988;145:684–9.
6. Chen CY, Messias E, Eaton WW. Epidemiology of Schizophrenia: Review of Findings and Myths, Psychiatr Clin North Am. 2007;30:323–38.
7. Barry SJ, Gaughan TM, Hunter R. Schizophrenia. BMJ Clin Evid. 2012;28:1-4.
8. Tandron R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia: just the facts. Clinical features and conceptualization. 2009;110:1–23.
9. Prlić N, Muk B, Rogina V. Zdravstvena njega 4 – zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. 2 izd. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
10. Jakovljević M. Psihijatrija za studente stručnih zdravstvenih studija, 12. izd, Sombor: A.G. Matoš;1995.
11. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. 10 Izd. Ženeva: WHO;1992.
12. Varda R, Imširagić SA. Atipični antipsihotici u kliničkoj praksi. Medicus. 2008;17:107–12.
13. Ogino S, Miyamoto S, Miyake N, Yamaguchi N. Benefits and limits of anticholinergic use in schizophrenia: focusing on its effect on cognitive function. Psychiatry Clin Neurosci. 2014;68:37–49.
14. Hotujac Lj, Rušinović M, Subotičanec S. Novi antipsihotici. Medicus 2002;11:207-16.

15. Brissos S, Veguilla MR, Taylor D, Balanzá-Martinez V. The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2014;4:198–219.
16. Sartorius N, Fleischhacker WW, Gjerris A. The usefulness and uses of second generation antipsychotic medications. *Curr Opin Psychiat* 2002;15:1–51.
17. Crow TJ. Positive and negative symptoms of schizophrenia and the role of dopamine. *Br J Psychiatry.* 1981;139:251–4.
18. Ogino S, Miyamoto S, Miyake N, Yamaguchi N. Benefits and limits of anticholinergic use in schizophrenia: focusing on its effect on cognitive function. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2014;68:37–49.
19. Mužinić L, Vrdoljak M, Ivezić ŠS. Psihoedukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja. *JAHS.* 2015;1:25–34.
20. Weiden P, Rapkin B, Zygmunt A, Mott T, Goldman D, Frances A. Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr Serv.* 1995;46:1049–54.
21. Kane JM, Aguglia E, Altamura AC, Ayuso Gutierrez JL, Brunello N, Fleischhacker WW, i sur. Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. Elsevier B.V. 1998;8:55–66.
22. Wang SM, Han C, Lee SJ, Patkar AA, Masand PS, Pae CU. Schizophrenia relapse and the clinical usefulness of once-monthly aripiprazole depot injection. *Neuropsychiatry Dis Treat.* 2014;30:1605–11.
23. Marušić M. Uvod u znanstveni rad u medicini. 5. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
24. Olivares JM, Pinal B, Cinos C. Comparison of long-acting antipsychotic injection and oral antipsychotics in schizophrenia. *Neuropsychiatry.* 2011; 1:275-89
25. Leucht C, Heres S, Kane JM, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia – a critical systematic review and meta-analysis of randomised long term trials. *Schizophr. Res.* 2011; 127: 83–92.
26. Kirson NY, Weiden PJ, Yermakov S, Huang W, Samuelson T. Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. *J Clin Psychiatry.* 2013;74:568–75.
27. Haddad PM, Taylor M, Niaz OS. First-generation antipsychotics0 long-acting injections v. oral antipsychotics in schizophrenia: systematic review of randomised controller trials and observational studies. *BJPsych.* 2009;195:20-8.

28. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalisation for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(6):603-9.

10. ŽIVOTOPIS

Sandra Zelić, studentica 3. godine

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Medicinski fakultet Osijek

Preddiplomski studij sestrinstva

Cara Hadrijana 10 E

Datum i mjesto rođenja:

14. lipnja 1994., Našice

Kućna adresa:

Alojzija Stepinca 19, 32 236 Ilok

Boravište: Brestovačka 29, Garešnički
Brestovac 43 280, Garešnica

E-mail: szelic94@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2000. – 2008. – Osnovna škola Ilok, Ilok – Osnovna škola Julija Benešića, Ilok

2008. – 2012. – Zdravstvena i veterinarska škola dr. Andrije Štampara u Vinkovcima,
Vinkovci

2012. – 2017. – Medicinski fakultet Osijek, Studij sestrinstva