

# Utjecaj koncepta zdravstvene pismenosti na pridržavanje zdravstvenih preporuka (suradljivost)

---

**Buturac, Mihaela**

**Master's thesis / Diplomski 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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:223865>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-29**



*Repository / Repozitorij:*

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



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK  
Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo**

**Mihaela Buturac**

**UTJECAJ KONCEPTA ZDRAVSTVENE  
PISMENOSTI NA PRIDRŽAVANJE  
ZDRAVSTVENIH PREPORUKA  
(SURADLJIVOST)**

**Diplomski rad**

**Osijek, 2017.**

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU**  
**MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**  
**Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo**

**Mihaela Buturac**

**UTJECAJ KONCEPTA ZDRAVSTVENE**  
**PISMENOSTI NA PRIDRŽAVANJE**  
**ZDRAVSTVENIH PREPORUKA**  
**(SURADLJIVOST)**

**Diplomski rad**

**Osijek, 2017.**

Rad je ostvaren u: Domu zdravlja Osijek, Park kralja Petra Krešmira IV 6, Osijek

Mentor rada: Majda Pajnkihar, izr. prof. dr. (Združeno kraljevstvo Velike Britanije i Sjeverne Irske)

Rad ima 37 stranica, 9 tablica i 2 slike.

Zahvaljujem svojoj mentorici, Majdi Pajnkihar koja je uvijek bila dostupna i spremna pomoći sugestijama i savjetima. Ona je velikim dijelom odgovorna za izbor ove teme, jer je svojim primjerom i zanimljivim predavanjima snažno utjecala na mene. Također, zahvaljujem Dominiki Vrbnjak na strpljenju koje je pokazala, s kojom sam dijelila teškoće pri izradi ovoga rada i koja mi je znatno pomogla pri realizaciji istog. Veliku zahvalnost dugujem kolegicama iz Patronažne službe Doma zdravlja Osijek, koje su mi pomogle pri prikupljanju anketnih upitnika. Jedno veliko hvala ide i doc. dr. sc. Nadi Prlić na motivacijskim predavanjima i vedrom primjeru koji te uvijek tjera naprijed.

Najveća hvala ide mojim roditeljima na podršci, razumijevanju i pomoći tijekom čitavog školovanja. Bez njih ionako ne bi bilo ničega.

## Sadržaj

1. UVOD .....	1
1.1. Zdravstvena pismenost i potreba za analizom koncepta .....	2
1.2. Zdravstvena pismenost i identifikacija upotrebe koncepta.....	3
1.3. Zdravstvena pismenost i identifikacija prethodnika i posljedica.....	6
1.4. O zdravstvenoj pismenosti i istraživanjima.....	6
1.5. Pridržavanje preporuka.....	7
3. CILJ.....	10
4. METODE I ISPITANICI .....	11
4.1. Ustroj studije.....	11
4.2. Ispitanici .....	11
4.3. Metode .....	11
4.4. Statističke metode.....	12
5. REZULTATI.....	13
5.1. Osnovna obilježja ispitanika.....	13
5.2. Zdravstvena pismenost .....	14
5.3. Suradljivost.....	18
5.4. Povezanost zdravstvene pismenosti i suradljivosti.....	23
7. ZAKLJUČAK .....	29
8. SAŽETAK.....	30
9. SUMMARY .....	31
10. LITERATURA.....	32
11. ŽIVOTOPIS .....	35
12. PRILOZI.....	36

## 1. UVOD

Koncept zdravstvene pismenosti nastao je u posljednjem desetljeću 20. stoljeća, a prvi se put koristio 1974. godine kao minimalna zdravstvena edukacija (1). Zdravstvena pismenost je relativno novi koncept u istraživanju promocije zdravlja. Samo u posljednjem desetljeću, znanstvenici su identificirali probleme vezane uz zdravstvenu pismenost, te ulogu koju ona ima u sposobnosti pojedinca. Sposobnost shvatiti zdravlje i informacije o vlastitoj brizi za zdravlje, te njihov odnos prema ishodima u vezi s naporom koji se tiče komunikacije i zdravstvene edukacije (2). Zdravstvena pismenost obuhvaća znanja i sposobnosti osoba da zadovolje složene zahtjeve zdravlja u suvremenom društvu, a njihova se važnost sve više priznaje (3).

### 1.1. Zdravstvena pismenost i potreba za analizom koncepta

Iako je došlo do znatnog širenja interesa u vezi koncepta zdravstvene pismenosti u svijetu, također je kritizirano kako je ovaj koncept loše definiran, da promiče ideju *pismenosti* u određenoj mjeri i da se premalo osvrće na postojeće probleme i intervencije pristupa u bolje utvrđene discipline promocije zdravlja (4).

Sposobnost ljudi da čitaju i shvate upute na lijekovima, zdravstvene upute ili njihova razina zdravstvene pismenosti, mogu biti znatno gori nego njihova opća pismenost. Osoba može biti pismena u kontekstu poznatih pojmova i sadržaja, ali funkcionalno nepismena kada je potrebno shvatiti nepoznati vokabular i pojmove, kao što je slučaj u zdravstvenoj njezi (2).

Istraživanja pokazuju da je zdravstvena pismenost jači prediktor zdravstvenog stanja nego socioekonomski status, dob ili etničko podrijetlo. To se pojavilo u posljednjem desetljeću kada su znanstvenici identificirali probleme vezane uz zdravstvenu pismenost, ulogu koju ona ima u sposobnostima shvaćanja zdravstvenih informacija, te odnos prema zdravstvenim ishodima. S obzirom da je zdravstvena pismenost relativno nov koncept, imperativ je da bude jasno definirana kao zdravstvena njega i druge discipline, te da se počne promatrati kao fenomen i pridonese istraživanju i bazi znanja povezanih s njom (2).

Nedovoljna zdravstvena pismenost najviše je rasprostranjena među ljudima starije životne dobi, te onima lošijeg cjelokupnog zdravlja, sugerirajući da oni s najvećim potrebama za zdravstvenom skrbi imaju najmanju sposobnost čitanja i razumijevanja informacija potrebnih kako bi funkcionirali na odgovarajući način, u ulozi potrošača zdravstvene zaštite (2,1).

Zdravstvena je pismenost koncept u nastajanju, koji okuplja ljude iz oba polja; zdravstva i pismenosti. Zdravstvena se pismenost temelji na ideji da su zdravlje i pismenost kritična sredstva svakodnevnog života. Naša pismenost izravno utječe na našu sposobnost, ne da djeluje na zdravstvene informacije, nego da preuzme veću kontrolu nad našim zdravljem, kao pojedinca, u obitelji i zajednicama (5).

## **1.2. Zdravstvena pismenost i identifikacija upotrebe koncepta**

Zdravstvena pismenost je koncept u nastajanju, koji okuplja ljude iz oba polja; zdravstva i pismenosti, a temelji se na ideji da su zdravlje i pismenost kritična sredstva svakodnevnog života. Naša pismenost izravno utječe na našu sposobnost, ne na način da djeluje na zdravstvene informacije, nego da preuzme veću kontrolu nad našim zdravljem kao pojedinca, u obitelji i zajednicama (5).

Zdravstvena pismenost stekla je zamak u zapadnom svijetu, a u Europi je još uvijek koncept zdravstvene pismenosti samo marginalno integriran u istraživanje, u politiku i u praksu. Neke zemlje dosljedne su u prijevodima zdravstvene pismenosti, a druge se zemlje razilaze; razlog tomu je što zdravstvena pismenost još nije usuglašena i prijevodi su prvenstveno vođeni latentnim, polariziranim, uobičajenim pojmom pismenosti (6).

Prema Sorensu, zdravstvena je pismenost usko povezana s pismenosti i podrazumijeva znanje, motivaciju i nadležnosti pristupanja, razumijevanja, vrednovanja i primjenjivanja zdravstvenih pojmova u prosuđivanju i donošenju odluka u području zdravstvene njege, prevencije bolesti i promicanja zdravlja u smislu održavanja i promicanja kvalitete života tijekom cijelog životnog vijeka. Prema Institutu medicine 2004.; zdravstvena pismenost proizlazi iz konvergencije obrazovanja, zdravstvenih usluga, društvenih i kulturnih čimbenika i okuplja istraživanja i prakse iz različitih područja. Kao takva, zdravstvena je pismenost zajednička funkcija društvenih i individualnih faktora, a odnosi se na kontekst svakodnevnog života- kod kuće, u zajednici, na radnom mjestu, u zdravstvenoj skrbi, te u političkom području (6).

Kako je rastao interes u području zdravstvene pismenosti, i definicije su se proširile. Iako su o zdravstvenoj pismenosti bile brojne rasprave, koncept je ostvario znatnu raspravu i postigao brzu valutu u kreiranju politike. Velik dio rasprave usredotočen je na razgraničenje pojma. Domene koje mogu uključivati kako se koncept manifestira i mjeri, te hoće li i kako, pojam koncepta utjecati na zdravstvene ishode i zdravstvene nejednakosti (7).



Martensson, Hensing, te Sorensen i suradnici ističu dva pristupa zdravstvenoj pismenosti, što predstavlja povijesni razvoj razumijevanja koncepta zdravstvene pismenosti kao javnozdravstvenog problema. Prvi pristup je pretežno individualistički i proizlazi iz razumijevanja koncepta funkcionalne pismenosti, zdravstvenu pismenost tumači kao sposobnost pojedinca da razumjeti i upotrebljavati informacije vezane za zdravlje i bolest. Drugi pristup nadopunjuje individualističko tumačenje koncepta zdravstvene pismenosti koje uključuje interakciju pojedinca u kontekstu njegovog djelovanja. Uz to, naglašava interakciju, bilo između zdravstvenog sustava i pojedinca, kao odrednice zdravstvene pismenosti, prema Martenssonu i Hensingu, ili poboljšanje interakcije između pojedinca i okoline, kao posljedice zdravstvene pismenosti, prema Sorensonu (8).

Iako se, kao što je prethodno navedeno, koncept zdravstvene pismenosti prvi puta pojavio 1974. godine, prvu definiciju daje Svjetska zdravstvena organizacija 1998. godine.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji zdravstvena je pismenost skup kognitivnih i socijalnih vještina koje određuju motivaciju pojedinca za pristupom informacijama, kako bi razumjeli i kritički koristili iste, na način da se promiče i održava zdravlje (8).

Istaknuta definicija uključuje tri ključne komponente zdravstvene pismenosti:

- poznavanje i razumijevanje simptoma bolesti i sastavnice zdravog življenja
- učinkovita orijentacija i djelovanje u zdravstvenom sustavu
- razumijevanje zdravstvenih uputa i uzimanje u obzir važnosti istih (8).

Tri su definicije koje se danas najčešće pojavljuju u literaturi:

Definicija Američke medicinske asocijacije koja definira zdravstvenu pismenost kao korelaciju vještina, uključujući i sposobnost obavljanja osnovnog čitanja i numeričkih zadataka potrebnih za funkcioniranje u zdravstvenom okruženju. Ova definicija implicira da zdravstvena pismenost znači, biti u stanju primijeniti osnovne vještine čitanja, pisanja i računanja vezanih uz zdravstvene materijale i aktivnosti u okruženju zdravstvenog i medicinskog konteksta. Ona naime ne rješava odnos koncepta prema verbalnoj komunikaciji, društvenoj interakciji i sposobnostima. Opseg pojma proširen je u drugoj najčešće korištenoj definiciji Zdravih ljudi 2010. godine; kao stupanj do kojeg pojedinci imaju sposobnost dobiti, postupati i razumjeti osnovne informacije i usluge koje su potrebne da bi se donijele

odgovarajuće zdravstvene odluke zdravlja. Zdravstvena pismenost u ovom kontekstu sugerira kako pojedinac koristi složeniju razinu razmišljanja ili *razumijevanja* donošenja odluka o zdravlju. Ova definicija ograničava problem pismenosti u nadležnosti i sposobnosti pojedinca. Treća je najčešće korištena definicija zdravstvene pismenosti već spomenuta definicija *Svjetske zdravstvene organizacije* (2).

Opseg zdravstvene pismenosti ima tri različite razine:

- Funkcionalna pismenost: odnosi se na vještine koje omogućuju pojedincu pročitati obrasce, medicinske oznake i informacije zdravstvene zaštite, te razumijevanje pisanih i usmenih informacija koje daju liječnici, medicinske sestre, farmaceuti ili drugi zdravstveni djelatnici, a odnose se na pravilno uzimanje lijekova, pridržavanje samokontrole kod kuće, te vođenja dnevnog rasporeda.
- Konceptualna pismenosti: obuhvaća širok raspon vještina i sposobnosti koje ljudi razvijaju s ciljem da traže, shvate, vrednuju i koriste zdravstvene podatke i pojmove kako bi donijeli informirane odluke, smanjili zdravstvene rizike, te povećali kvalitetu života.
- Zdravstvena pismenost kao osnaživanje: odnosi se na jačanje aktivnog građanstva za zdravlje, obvezuje ih na promicanje zdravlja, prevenciju i nastojanja koja uključuju pojedinca, te razumijevanje njegovih prava kao pacijenta, sposobnost kretanja kroz zdravstveni sustav djelujući kao informirani potrošač (5).

Postoje četiri karakteristike povezane sa zdravstvenom pismenosti:

- Čitalačke sposobnosti: uključuju usredotočenost, prepoznavanje riječi i ispitivanje načina na koji je rečenica postavljena u svrhu usvajanja novih informacija
- Razumijevanje: potrebno je tako da čitatelj može razumijeti što čita i koje smislene informacije može izvući iz toga
- Prepoznavanje brojeva (računanje): potrebno je radi praćenja uputa sa recepata za lijekove, za pripremu odgovarajuće doze lijekova i razumijevanje razine krvnoga tlaka i kolesterola u krvi
- Komunikacija: odnosi se na čitanje, pisanje i slušanje, te obuhvaća komunikacijske vještine koje su vrijedan i potreban alat u razumijevanju informacija (6).

### **1.3. Zdravstvena pismenost i identifikacija prethodnika i posljedica**

Walker i Avant opisuju prethodnike kao događaje ili incidente koji moraju prethoditi pojavi nekog pojma. Uz faktore zdravstvene pismenosti ubrajamo pismenost i zdravstveno iskustvo. Pojedinci s adekvatnom zdravstvenom pismenosti moraju imati i kognitivni okvir koji informacije zdravstvene zaštite čini logičnim (2). Kao prethodnike možemo navesti i sposobnosti razumijevanja napisanih, izgovorenih i brojčanih informacija u svrhu donošenja boljih odluka koje se tiču poboljšanja zdravstvene njege pojedinca. Vještine zdravstvene pismenosti uključuju; pretraživanje interneta, čitanje zdravstveno preventivnih brošura, mjerenje doza lijekova, razumijevanje i poštivanje verbalnih i pismenih uputa zdravstvene njege (6).

Visoka razina zdravstvene pismenosti povezana je s poboljšanom mogućnošću brige o sebi, nadzorom kroničnih bolesti, većom dostupnosti korištenja adekvatne zdravstvene usluge po nižoj cijeni, te bolje zdravstvene ishode. Razlike u razini zdravstvene pismenosti jedan su od glavnih uzroka nejednakosti u zdravlju. Razlike između pacijenata koje su prisutne unatoč poštivanju i vođenju računa o potrebama i željama pacijenata, te dostupnosti zdravstvene skrbi (8). Pojedinci koji imaju neadekvatnu zdravstvenu pismenost imaju višu razinu zdravstvenih troškova, manju mogućnost brige u kroničnim stanjima, više pogrešaka liječenja, nedostatak vještina u zdravstvenom sustavu, što u konačnici dovodi do manjeg pristupa zdravstvenoj zaštiti (1,5).

### **1.4. O zdravstvenoj pismenosti i istraživanjima**

Zdravstvena je pismenost relacijski koncept i ima vrlo specifičan kontekst. Također, ima vrlo velike implikacije za istraživanje. Tijekom posljednjih 20 godina razvijeni su mnogi pristupi poboljšanja zdravstvene pismenosti u različitim mogućnostima i za različite skupine stanovništva. To bi se trebalo odvijati u mnogim sektorima; zdravstveni stručnjaci pozivaju obrazovni sektor, kako bi se poboljšale vještine cijele populacije, ali zdravstveni sektor samostalno mora poduzeti mjere za uklanjanje zapreka povezanih sa zdravstvenom pismenošću, a odnose se na zapreke prijenosa informacija, usluga i skrbi. Zdravlje je bitno za obrazovanje, isto tako, obrazovanje je bitno za zdravlje. Temelje zdravstvene pismenosti treba graditi u ranom razvoju djeteta. Mogućnost da mala djeca mogu učiti „zdravstvenu pismenost“ opada s godinama. Dijete uči u interakciji s roditeljima i drugim članovima obitelji (9). Zdravstveno osoblje nije i ne može biti samo pasivni promatrač promjena,

promatrač koji prihvaća ono što mu netko nudi. Zdravstveno se osoblje mora aktivirati stjecanjem odgovarajućih novih znanja i sudjelovanjem s vlastitim idejama o razvoju (10).

### **1. 5. Pridržavanje preporuka**

Svjetska zdravstvena organizacija naglašava 5 dimenzija prilagodbe pacijentu što se tiče olakšavanja pridržavanja preporuka, to su: zdravstveni sustav, socioekonomski status, stanje vezano uz terapiju, stanje vezano uz bolest i čimbenike vezane uz pacijente (11).

Česti čimbenici vezani uz pacijente i njihovu neučinkovitost u liječenju su nedostatak informacija i vještina koje se odnose na samoupravljanje, te poteškoće s motivacijom i djelotvornošću. Također, i nedostatak podrške pri promjenama ponašanja pokazao se kao veliki faktor. Svjetska zdravstvena organizacija potiče zdravstvene djelatnike da promoviraju optimizam, pružaju entuzijazam i potaknu populaciju na održavanje zdravstvenog ponašanja. Općenito, dokle god se radi na povećavanju pacijentovog pridržavanja terapije, poboljšava se i sigurnost pacijenata, te njihovo zadovoljstvo, a sve je u konačnici povezano s boljim zdravstvenim ishodima (11).

*Suradljivost* se može definirati kao opseg u kojem pacijentovo ponašanje odgovara preporukama medicinskog osoblja. Međutim, upotreba pojma *suradljivosti* se više smanjuje jer podrazumijeva nedostatak pacijentove uključenosti. *Pridržavanje* se može definirati kao opseg u kojem pacijentovo ponašanje odgovara dogovorenim preporukama. Mnogi su pojam pridržavanja preporuka usvojili kao alternativu suradljivosti. Taj pojam naglašava da je pacijent slobodan odlučiti hoće li se pridržavati liječnikovih preporuka i da neuspjeh za to ne bi trebao stavljati krivnju na pacijenta. U literaturi se spominje i pojam *suglasnosti*. *Suglasnost* je relativno noviji termin, koji se pretežno koristi u Velikoj Britaniji. Njegova je definicija promijenjena s vremenom od one koja se usredotočila na proces savjetovanja, u kojem liječnik i pacijent donose terapijske odluke, koje uključuju razmjenu mišljenja, te širi koncept komunikacije pacijenta i zdravstvenog djelatnika. Može se vidjeti da su navedeni termini povezani, ali različiti. Prvo, hoće li pacijent uzeti svoje lijekove i pridržavati se dobivenih preporuka ili ne, ovisi i o tome je li propisivanje lijekova prikladno. Krivnja se za takvo što ne želi staviti na pacijenta. U literaturi se sva tri pojma koriste međusobno, te i autor navodi da bi to moglo izazvati pomutnju. Ističe se i važnost pacijentovih uvjerenja o njegovoj bolesti i liječenju. Unutrašnji faktori, kao što su motivacija i

kapacitet mogu se modelirati vanjskim čimbenicima poput kvalitetne komunikacije između pacijenta i pružatelja zdravstvenih usluga (12).

*Nesuradljivost* ili *nepoštivanje preporuka* su pojmovi kojima se naziva niz ponašanja koja se odnose na neozbiljnost pri shvaćanju stanja i bolesti, a odnosi se na trivijalna ponašanja i ona katastrofalna. Nekoliko članaka u literaturi bavi se pružanjem pomoći kliničaru u radu s nesuradljivim pacijentom; uključuje rad s pacijentom pri propisivanju lijekova, pružanje nagrada i priznanja pacijentu, te socijalnu podršku. U suvremenom kliničkom dobu došlo je do promjene u načinu interakcije zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Tradicionalni autoritarni pristup transformiran je u suradnju između pacijenta i zdravstvenih djelatnika, koja se temelji na međusobnoj suradnji, pojašnjavanju ciljeva i zajedničkom rješavanju problema. Ovdje se poseban naglasak stavlja na povjerenje između pacijenta i zdravstvenog osoblja. Što je povjerenje veće suradljivost je lakša (13).

Na bolničkim odjelima pravilno uzimanje lijekova i pridržavanje većine dobivenih preporuka ovisi isključivo o znanju i vještinama medicinskih sestara koje na tom odjelu rade. Ranije provedena istraživanja govore da pacijentova suradljivost ovisi o pacijentu, dijagnozi od koje boluje, lijekovima koje uzima, obitelji i zdravstvenim djelatnicima koji o njemu brinu. Studije koje su provedene govore kako 50% pacijenata ne uzima svoje lijekove onako kako im je savjetovano (14). Nema jasnog, univerzalnog razloga zašto se pacijenti ne pridržavaju medicinskih savjeta. Također, nesuradljivost se ne nalazi samo unutar jednog dijela društva. Pojavljuje se kod pacijenata s različitim podrijetlom, obrazovanjem i društveno-ekonomskim razinama. Nepridržavanje utječe na zdravstvenu zaštitu na različite načine. Nesuradljivost pacijenata predstavlja gubitak već oskudnih resursa zdravlja. To narušava prednosti preventivnih usluga. Zanemarujući medicinske preporuke, pacijenti povećavaju svoje šanse stjecanja bolesti ili ozbiljnih zdravstvenih stanja koja su se mogla izbjeći. Također, nesuradljivost dovodi do toga da pacijenti imaju dodatne medicinske troškove. Pacijenti koji se ne pridržavaju preporuka, imaju nisko zadovoljstvo zdravstvenom skrbi jer se ne oporavljaju kako bi željeli. Radi nepridržavanja preporuka, teško je precizno odrediti kvalitetu pružene zdravstvene skrbi (15).

## **2. HIPOTEZA**

Osobe koje imaju veću razinu zdravstvene pismenosti imaju i veću razinu suradljivosti, odnosno, više se pridržavaju dobivenih zdravstvenih preporuka.

### **3. CILJ**

Ciljevi su istraživanja bili:

1. ispitati razinu zdravstvene pismenosti
2. ispitati suradljivost pacijenata
3. utvrditi kritične točke u razini zdravstvene pismenosti, te kritične točke u suradljivosti pacijenata
4. ispitati razlike u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na dob, spol, bračni status, razinu obrazovanja, te s obzirom na to koliko dugo boluju od kronične bolesti, te koju kroničnu bolest imaju
5. ispitati razlike u suradljivosti pacijenata s obzirom na dob, spol, bračni status, razinu obrazovanja, te s obzirom na to koliko dugo boluju od kronične bolesti, te koju kroničnu bolest imaju

## **4. METODE I ISPITANICI**

Istraživanje je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2017., nakon dobivenog odobrenja Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Osijek.

### **4.1. Ustroj studije**

Istraživanje je provedeno kao presječna studija (16).

### **4.2. Ispitanici**

U istraživanju je sudjelovalo 109 ispitanika. Svi su ispitanici pacijenti koji boluju od kroničnih bolesti, a u skrbi su Patronažne službe Doma zdravlja Osijek. U istraživanje su bili uključeni svjesni, orijentirani i komunikativni pacijenti, koji su sposobni samostalno ispuniti anketni upitnik. Prije samog uključivanja u istraživanje, ispitanicima je podijeljen informativni pristanak kojim su oni pristali na sudjelovanje u provođenju istraživanja. Također, ispitanicima je bilo pruženo pismeno i usmeno objašnjenje o cilju istraživanja.

### **4.3. Metode**

Ispitivanje je provedeno pomoću anonimne ankete. Prvi dio anketnog upitnika odnosio se na socijalno- demografske podatke kao što su dob, spol, bračni status, razina obrazovanja, kronična bolest od koje boluju, te koliko dugo boluju od kronične bolesti. Drugi dio anketnog upitnika čine tvrdnje koje se odnose na zdravstvenu pismenost, te suradljivost. Tvrdnje za zdravstvenu pismenost sastavljene su uz pomoć literature, a odnose se na: razumijevanje informacija i pojmova vezanih uz bolesti, razumijevanje načina i važnosti uzimanja lijekova, razumijevanje uputa o dozi i mogućim nuspojavama lijekova, razumijevanje potrebe preventivnih programa, sposobnost pronalaska dobrih i valjanih informacija vezanih za zdravlje, ukupno 16 tvrdnji. Pacijenti su na pitanja odgovarali uz pomoć Likertove skale od 1 do 5. Tvrdnje od broja 22 do broja 41 odnose se na suradljivost. Korišten je upitnik *Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR5)*, uz prethodno odobrenje autora (17). Upitnik je preveden i prilagođen svim kroničnim bolestima jer se ovdje radi o upitniku koji se



odnosi isključivo na ispitivanje suradljivosti kod pacijenata koji boluju od reumatoidnog artritisa. Tvrdnje koje se odnose na suradljivost pacijenata su; pridržavanje preporuka liječnika, navike kod uzimanja terapije, vjerovanje u učinkovitost terapije, vjerovanje u alternativne oblike liječenja, povjerenje u medicinskoosoblje, povremenom preskakanju propisane terapije, važnosti brige za zdravlje, posljedicama nepridržavanja preporuka. Posljednja dva pitanja u upitniku su dodana, a odnose se na korištenje knjižica za evidenciju krvnoga tlaka i šećera u krvi, te sudjelovanje u preventivnim programima. Pacijenti su također i na ove tvrdnje, kao i na tvrdnje o zdravstvenoj pismnosti, odgovarali pomoću Likertove skale od 1 do 5. Prosječno vrijeme za rješavanje ove ankete bilo je od 15 do 20 minuta.

#### **4.4. Statističke metode**

Kategorijski su podaci predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Studentovim t-testom, a između tri i više skupina analizom varijance (ANOVA). Ocjena povezanosti dana je Pearsonovim koeficijentom korelacije R (18). Sve su P vrijednosti dvostrane. Razina je značajnosti postavljena na  $\alpha = 0,05$ . Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 14.12.0 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2014).

## 5. REZULTATI

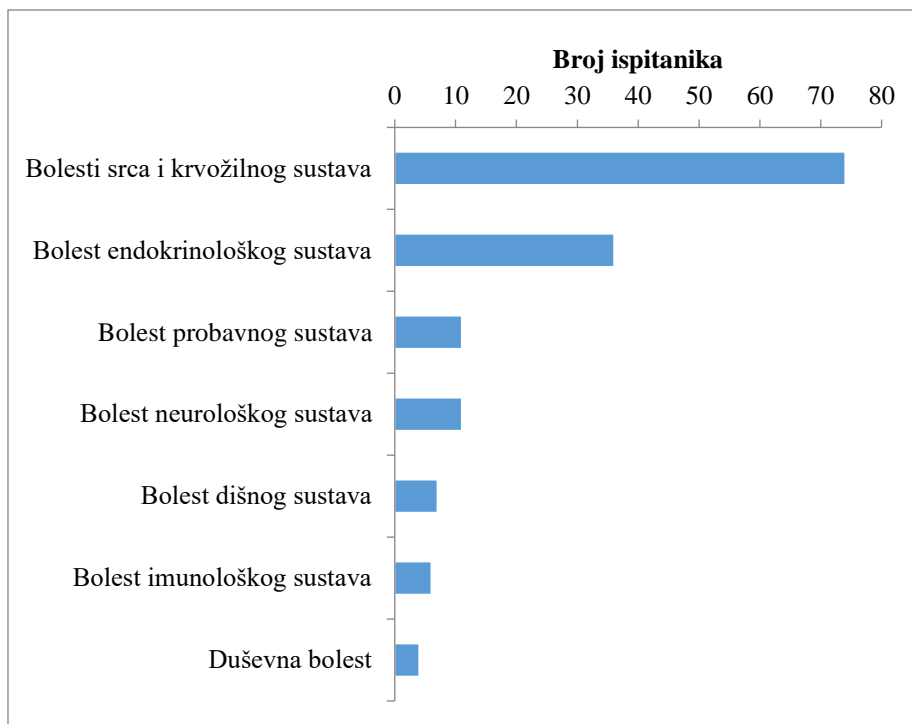
### 5.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 109 ispitanika, od kojih je 42 (38,5 %) muškaraca i 67 (61,5 %) žena. Medijan je dobi ispitanika 72 godine (interkvartilnog raspona od 66 do 80 godina) u rasponu od 33 do 92 godine. Najviše ispitanika, njih 64 (58,7 %) je u braku, a prema razini obrazovanja 47 (43,1 %) je srednje stručne spreme, a 38 (34,9 %) ispitanika ima završenu osnovnu školu (Tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika
<b>Spol</b>	
Muškarci	42 (38,5)
Žene	67 (61,5)
<b>Bračni status</b>	
U braku	64 (58,7)
Udovac/ ica	32 (29,4)
Razveden/ na	5 (4,6)
Žive sami	8 (7,3)
<b>Razina obrazovanja</b>	
Osnovna škola	38 (34,9)
Niska stručna sprema	5 (4,6)
Srednja stručna sprema	47 (43,1)
Viša stručna sprema	13 (11,9)
Visoka stručna sprema	6 (5,5)
<b>Ukupno</b>	<b>109 (100)</b>

Od popratnih bolesti najučestalije su bolesti srca i krvožilnog sustava, kod 74 (67,9 %) ispitanika, bolesti endokrinološkog sustava kod 36 (33 %) ispitanika, kod 11 (10,1 %) su prisutne ili bolesti probavnog trakta ili bolesti neurološkog sustava. Medijan trajanja kronične bolesti je 13 godina (interkvartilnog raspona od 6 do 22 godina) u rasponu od 0 do 60 godina (Slika 1).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema popratnim bolestima

## 5.2. Zdravstvena pismenost

Koeficijent pouzdanosti skale zdravstvene pismenosti CronbachAlpha je 0,910. U potpunosti se slaže s tvrdnjom 84 (80 %) ispitanika da *razumiju način uzimanja lijeka koji im je propisan*, a njih 80 (76,9 %) se u potpunosti slaže s tvrdnjom *kakorazumiju važnost uzimanja propisanog lijeka*. Sve pojmove vezane uz njihovo stanje ili bolest u potpunosti razumije 49 (46,2 %) ispitanika, a njih 57 (53,8 %) *razumije sve informacije i podršku koju dobiju od pružatelja zdravstvenih usluga*. Da su u stanju *samostalno odlučiti o svom načinu liječenja i/ili dijagnostike* djelomično se slaže 33 (31,4 %), a u potpunosti njih 38 (36,2 %) (Tablica 2).

Da *zdravstveni djelatnici dovoljno jasno i razumljivo daju informacije* u potpunosti se slaže 56 (52,8 %) ispitanika, a njih 61 (57,5 %) se u potpunosti slaže s tvrdnjom da *razumiju potrebu za preventivnim programima (rano otkrivanje bolesti)*. Najviše ispitanika se u potpunosti ne slaže s tvrdnjom, njih 62 (58,5 %), da *često koriste internet za informiranje o svom stanju, bolesti, liječenju i slično*, a 11 (10,5 %) *vjeruje u učinkovitost svakog proizvoda koji doprinosi zdravlju* (Tablica 3).

Tablica 2. Samoprocjena zdravstvene pismenosti (1/2)

<b>Zdravstvena pismenost</b>	Broj (%) ispitanika					
	U potpunosti se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	Ukupno
Razumijem sve informacije i podršku koju dobivam od pružatelja zdravstvenih usluga	1(0,9)	4(3,8)	12(11,3)	32(30,2)	57(53,8)	106(100)
Razumijem sve pojmove vezane uz moje stanje / bolest	2(1,9)	7(6,6)	14(13,2)	34(32,1)	49(46,2)	106(100)
Imam dovoljno informacija za aktivno upravljanje zdravljem	1(0,9)	3(2,8)	15(14,2)	37(34,9)	50(47,2)	106(100)
Razumijem način uzimanja lijeka koji mi je propisan	0	2(1,9)	3(2,9)	16(15,2)	84(80)	105(100)
Razumijem važnost uzimanja propisanog lijeka	0	3(2,9)	3(2,9)	18(17,3)	80(76,9)	104(100)
Razumijem upute o dozi i moguće nuspojave koje su označene na lijeku	1(0,9)	4(3,8)	18(17)	26(24,5)	57(53,8)	106(100)
U stanju sam pročitati i rastumačiti sve pojmove vezane uz moju bolest i terapiju koju uzimam	1(0,9)	6(5,7)	18(17)	32(30,2)	49(46,2)	106(100)
U stanju sam samostalno odlučiti o svom načinu liječenja i/ ili dijagnostike	7(6,7)	10(9,5)	17(16,2)	33(31,4)	38(36,2)	105(100)

Tablica 3. Samoprocjena zdravstvene pismenosti (2/2)

<b>Zdravstvena pismenost</b>	Broj (%) ispitanika					
	U potpunosti se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	Ukupno
Često koristim internet za informiranje o svom stanju, bolesti, liječenju i slično	62(58,5)	5(4,7)	8(7,5)	14(13,2)	17(16)	106(100)
Dobivene informacije o svojoj bolesti/ liječenju razumijem bez ičije pomoći	10(9,5)	10(9,5)	22(21)	29(27,6)	34(32,4)	105(100)
Smatram da zdravstveni djelatnici dovoljno jasno i razumljivo daju informacije	2(1,9)	7(6,6)	14(13,2)	27(25,5)	56(52,8)	106(100)
Razumijem potrebu za preventivnim programima (rano otkrivanje bolesti)	3(2,8)	5(4,7)	15(14,2)	22(20,8)	61(57,5)	106(100)
Sposoban sam naći socijalnu podršku u održavanju zdravlja	4(3,8)	8(7,6)	22(21)	28(26,7)	43(41)	105(100)
U stanju sam procijeniti zdravstvene informacije	0	8(7,6)	20(19)	32(30,5)	45(42,9)	105(100)
Smatram da sam u stanju pronaći dobre i valjane informacije o zdravlju i održavanju zdravlja	3(2,8)	9(8,5)	20(18,9)	28(26,4)	46(43,4)	106(100)
Vjerujem u učinkovitost svakog proizvoda koji doprinosi zdravlju	11(10,5)	4(3,8)	23(21,9)	21(20)	46(43,8)	105(100)

Aritmetička je sredina skale zdravstvene pismenosti 4,03 (standardne devijacije 0,7), što upućuje na vrlo dobru zdravstvenu pismenost. U zdravstvenoj pismenosti nema značajnih razlika u odnosu na spol i bračni status, dok su ispitanici većeg stupnja naobrazbe značajno više zdravstveno pismeni (ANOVA,  $P < 0,001$ ) (Tablica 4).

Tablica 4. Zdravstvena pismenost u odnosu na spol, bračni status i razinu obrazovanja

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)	Razlika	95% interval pouzdanosti		P
			Od	Do	
<b>Spol ispitanika</b>					
Muškarci	4,18 (0,7)	0,24	-0,03	0,51	0,08*
Žene	3,94 (0,7)				
<b>Bračni status</b>					
U braku	4,08 (0,7)	F test = 0,442			0,72†
Udovac/ ica	3,92 (0,7)				
Razveden/ na	4,16 (0,8)				
Žive sami	4,04 (0,6)				
<b>Razina obrazovanja</b>					
Osnovna škola	3,71 (0,7)	F test = 5,509			<b>&lt; 0,001</b> †
Niska stručna sprema	3,41 (0,3)				
Srednja stručna sprema	4,23 (0,6)				
Viša stručna sprema	4,34 (0,6)				
Visoka stručna sprema	4,27 (0,7)				
<b>Ukupno skala</b>	<b>4,03 (0,7)</b>				

\*Studentov T test; †ANOVA

Pearsonovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost zdravstvene pismenosti s dobi ispitanika i trajanjem kronične bolesti. Stariji ispitanici imaju značajno nižu zdravstvenu pismenost u odnosu na mlađe ispitanike (Pearsonov koeficijent korelacije  $R = -0,215$ ;  $P = 0,03$ ), dok trajanje kronične bolesti nije značajno povezano s zdravstvenom pismenosti ( $R = 0,005$ ;  $P = 0,96$ ).

U odnosu na popratne bolesti, nema značajnih razlika u zdravstvenoj pismenosti (Tablica 5).

Tablica 5. Zdravstvena pismenost u odnosu na popratne bolesti

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)	Razlika	95% interval pouzdanosti		P*
			Od	Do	
<b>Bolest dišnog sustava</b>					
Ne	4,1	0,5	-0,11	0,95	0,12
Da	3,6				
<b>Bolest srca i krvožilnog sustava</b>					
Ne	4,0	0,1	-0,29	0,28	0,97
Da	4,1				
<b>Bolest probavnog sustava</b>					
Ne	4,0	0,2	-0,15	0,22	0,50
Da	4,2				
<b>Bolest imunološkog sustava</b>					
Ne	4,0	0,1	-0,56	0,71	0,82
Da	3,9				
<b>Bolest endokrinološkog sustava</b>					
Ne	3,9	0,2	-0,44	0,12	0,26
Da	4,1				
<b>Duševna bolest</b>					
Ne	4,0	0,1	-0,58	0,82	0,73
Da	3,9				
<b>Bolest neurološkog sustava</b>					
Ne	4,0	0,1	-0,50	0,41	0,84
Da	4,1				
<b>Ukupno skala</b>	<b>4,03 (0,7)</b>				

\*Studentov T test

### 5.3. Suradljivost

Koeficijent pouzdanosti skale zdravstvene pismenosti CronbachAlpha je 0,776. U potpunosti se slaže s tvrdnjom 87 (82,9 %) ispitanika da im se *lijekovi uvijek nalaze na istom mjestu kako ih ne bih zaboravili uzeti*, a njih 46 (43,4 %) se u potpunosti slaže s tvrdnjom da *kada bi si mogli pomoći alternativnim lijekovima, prije bi ih uzeli, nego lijekove koje im propisuje*

njihov liječnik. Uzimaju svoje lijekove jer imaju potpuno povjerenje u svog liječnika i medicinsko osoblje 75 (70,1 %) ispitanika, a njih 50 (46,7 %) navodi da je najvažniji razlog za uzimanje lijekova, da i dalje mogu činiti ono što žele (Tablica 6).

Tablica 6. Samoprocjena suradljivosti (1/2)

	Broj (%) ispitanika					
	U potpunosti se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	Ukupno
Ako mi liječnik kaže da uzimam lijekove, to i činim	0	1(0,9)	10(9,4)	16(15,1)	79(74,5)	106(100)
Uzimam svoje lijekove, jer tada imam manje problema/ simptoma	0	1(1)	10(9,5)	19(18,1)	75(71,4)	105(100)
Nikako se ne usuđujem propustiti uzeti svoje lijekove	1(0,9)	7(6,6)	9(8,5)	19(17,9)	70(66)	106(100)
Kada bih si mogao pomoći alternativnim lijekovima, prije bih uzeo njih, nego lijekove koje mi propisuje moj liječnik	8(7,5)	4(3,8)	24(22,6)	24(22,6)	46(43,4)	106(100)
Moji lijekovi se uvijek nalaze na istom mjestu kako ih ne bih zaboravio/ zaboravila uzeti	1(1)	1(1)	5(4,8)	11(10,5)	87(82,9)	105(100)
Uzimam svoje lijekove jer imam potpuno povjerenje u svog liječnika i medicinsko osoblje	2(1,9)	4(3,7)	8(7,5)	18(16,8)	75(70,1)	107(100)
Najvažniji razlog za uzimanje lijekova je, da i dalje mogu činiti ono što želim.	4(3,7)	6(5,6)	15(14)	32(29,9)	50(46,7)	107(100)
Ne volim uzimati lijekove, ako mogu bez njih, bit ću bez njih	28(26,9)	15(14,4)	17(16,3)	19(18,3)	25(24)	104(100)
Kad sam na odmoru, ponekad se dogodi da ne uzmem svoje lijekove	56(53,3)	17(16,2)	6(5,7)	14(13,3)	12(11,4)	105(100)
Uzimam svoje lijekove, inače u čemu je svrha	1(0,9)	1(0,9)	12(11,2)	30(28)	63(58,9)	107(100)
Ne očekujem čuda od svojih lijekova	4(3,8)	5(4,7)	19(17,9)	24(22,6)	54(50,9)	106(100)



Koristi dozator pumpice za lijekove 81 (75,7 %) ispitanik, a njih 71 (67 %) u potpunosti se slaže s tvrdnjom da im je njihovo zdravlje važnije od svega ostalog i ako moraju uzimati lijekove i držati se preporuka da ga zadrže, to i hoće. U potpunosti se ne slaže 60 (60,6 %) ispitanika s tvrdnjom da koriste knjižice za evidenciju krvnog tlaka i šećera u krvi, a njih 48 (45,7 %) s tvrdnjom da ako se ne pridržavaju preporuka, imaju više tegoba (Tablica 7).

Tablica 7. Samoprocjena suradljivosti (2/2)

	Broj (%) ispitanika					
	U potpunosti se ne slažem	Djelomično se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	Ukupno
Ako ne bih mogao podnijeti lijekove, ne bih ih koristio	7(6,7)	3(2,9)	18(17,1)	21(20)	56(53,3)	105(100)
Ako ne uzimam svoje lijekove redovito i ne pridržavam se preporuka dobivenih od medicinskog osoblja, simptomi se vrate	5(4,8)	6(5,8)	9(8,7)	28(26,9)	56(53,8)	104(100)
Ako ne uzimam svoje lijekove i ne pridržavam se preporuka, moje tijelo me upozori	2(1,9)	6(5,7)	14(13,2)	23(21,7)	61(57,5)	106(100)
Koristim dozator pumpice za lijekove	0	2(1,9)	6(5,6)	18(16,8)	81(75,7)	107(100)
Koristim knjižice za evidenciju krvnoga tlaka i šećera u krvi	60(60,6)	4(4)	6(6,1)	8(8,1)	21(21,2)	99(100)
Moje zdravlje mi je važnije od svega ostalog i ako moram uzimati lijekove i držati se preporuka da ga zadržim, hoću	0	2(1,9)	7(6,6)	26(24,5)	71(67)	106(100)
Pridržavam se onoga što mi liječnik/ patronažna sestra kaže	1(1)	3(2,9)	13(12,7)	27(26,5)	58(56,9)	102(100)
Ako se ne pridržavam preporuka, imam više tegoba	48(45,7)	16(15,2)	10(9,5)	19(18,1)	12(11,4)	105(100)
Dogodi se tu i tamo, da odem negdje i zaboravim	36(34,6)	3(2,9)	6(5,8)	3(2,9)	56(53,8)	104(100)

uzeti svoje lijekove						
Javljam se na pozive za sudjelovanja u preventivnim programima	29(28,2)	3(2,9)	12(11,7)	5(4,9)	54(52,4)	103(100)

Aritmetička sredina skale suradljivosti je 3,92 (standardne devijacije 0,5), što upućuje na dobru suradljivost. U suradljivosti nema značajnih razlika u odnosu na spol i bračni status, dok su ispitanici većeg stupnja naobrazbe značajno više suradljivi (ANOVA,  $P = 0,003$ ) (Tablica 8).

Tablica 8. Suradljivost u odnosu na spol, bračni status i razinu obrazovanja

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)	Razlika	95% interval pouzdanosti		P
			Od	Do	
<b>Spol ispitanika</b>					
Muškarci	3,93 (0,5)	0,01	-0,19	0,20	0,93
Žene	3,92 (0,5)				
<b>Bračni status</b>					
U braku	3,90 (0,5)	F test = 0,429			0,73 <sup>†</sup>
Udovac/ ica	3,97 (0,5)				
Razveden/ na	4,08 (0,5)				
Žive sami	3,82 (0,4)				
<b>Razina obrazovanja</b>					
Osnovna škola	3,77 (0,5)	F test = 4,286			<b>0,003<sup>†</sup></b>
Niska stručna sprema	3,40 (0,2)				
Srednja stručna sprema	4,05 (0,5)				
Viša stručna sprema	3,92 (0,4)				
Visoka stručna sprema	4,28 (0,4)				
<b>Ukupno skala</b>	<b>3,92 (0,5)</b>				

\*Studentov T test; <sup>†</sup>ANOVA

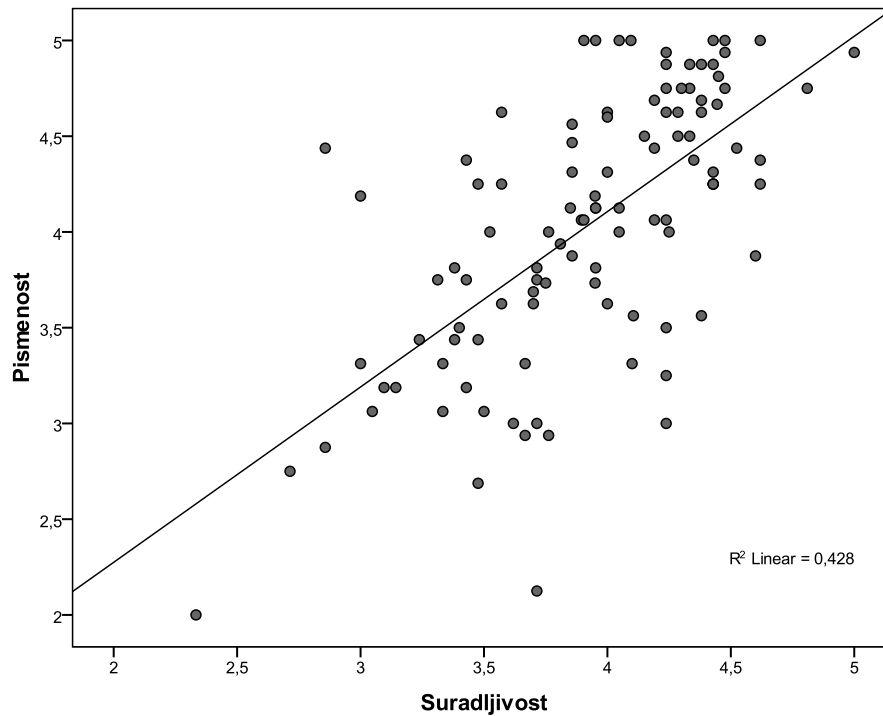
Pearsonovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost suradljivosti s dobi ispitanika i trajanjem kronične bolesti. Stariji ispitanici imaju značajno nižu suradljivost u odnosu na mlađe ispitanike (Pearsonov koeficijent korelacije  $R = -0,192$ ;  $P = 0,04$ ), a trajanje kronične bolesti nije značajno povezano sa suradljivosti ( $R = 0,074$ ;  $P = 0,46$ ). U odnosu na popratne bolesti, nema značajnih razlika u zdravstvenoj pismenosti (Tablica 9).

Tablica 9. Suradljivost u odnosu na popratne bolesti

	Aritmetička sredina (standardna devijacija)	Razlika	95% interval pouzdanosti		P*
			Od	Do	
<b>Bolest dišnog sustava</b>					
Ne	3,94 (0,5)	0,18	-0,19	0,57	0,33
Da	3,75 (0,4)				
<b>Bolest srca i krvožilnog sustava</b>					
Ne	3,90	0,03	-0,23	0,18	0,79
Da	3,93				
<b>Bolest probavnog sustava</b>					
Ne	3,94	0,13	-0,18	0,44	0,43
Da	3,81				
<b>Bolest imunološkog sustava</b>					
Ne	3,94	0,21	-0,20	0,62	0,31
Da	3,73				
<b>Bolest endokrinološkog sustava</b>					
Ne	3,91	0,04	-0,24	0,17	0,73
Da	3,95				
<b>Duševna bolest</b>					
Ne	3,92	0,07	-0,57	0,43	0,79
Da	3,99				
<b>Bolest neurološkog sustava</b>					
Ne	3,92	0,06	-0,37	0,25	0,71
Da	3,98				
<b>Ukupno skala</b>	<b>3,92 (0,5)</b>				

#### 5.4. Povezanost zdravstvene pismenosti i suradljivosti

Pearsonovim koeficijentom korelacije ocijenili smo povezanost zdravstvene pismenosti i suradljivosti. Ispitanici se veće zdravstvene pismenosti značajno više i suradljivi od ispitanika s nižom zdravstvenom pismenosti (Pearsonov koeficijent korelacije  $R = 0,652$ ;  $P < 0,001$ ).



Slika 2. Povezanost zdravstvene pismenosti i suradljivosti

## 6. RASPRAVA

Zdravstvena je pismenost sve više zastupljena kao faktor u zdravstvenom ponašanju, zdravstvenom sustavu i samom zdravlju. Ranija su istraživanja pokazala da je niska i neadekvatna zdravstvena pismenost povezana s lošim razumijevanjem preporuka, a nedostatak znanja s lošijim razumijevanjem zdravstvenih problemata nekorištenjem preventivnih usluga. Sve to dovodi do lošijeg zdravstvenog statusa i ranije smrti. Također, literatura navodi da su ranija istraživanja pokazala da osobe s kroničnim bolestima i ograničenom zdravstvenom pismenostim bolje razumiju svoju bolest i doživljavaju više negativnih ishoda nego osobe s višom razinom zdravstvene pismenosti. Isto tako, pojedina istraživanja koja su provedena pokazuju da korelacija između zdravstvene pismenosti i pozitivnog zdravstvenog ponašanja nije značajna (19). Taj podatak je suprotan od rezultata koje sam dobila u svom istraživanju. Istraživanje koje je provedeno u Turskoj, govori kako znanje o dijabetesu nije bilo povezano s učestalosti pozitivnog zdravstvenog ponašanja (19). Naravno da se ovdje ne može govoriti samo o znanju, veliki utjecaj ima i motivacija i samokontrola pacijenta.

Autori veliki naglasak stavljaju i na upute koje daju zdravstveni djelatnici. Objašnjavaju da upute mogu biti toliko dobre da ih pacijenti s najnižom razinom zdravstvene pismenosti mogu razumjeti, isto tako, s druge strane, upute i savjeti koje pacijenti dobiju mogu biti toliko složeni da ih i pacijenti s najvišom razinom zdravstvene pismenosti ne razumiju. Istraživanje koje je provedeno u Turskoj, na pacijentima koji boluju od dijabetesa, govori i o učincima nužde na promjenu ponašanja, ovisno o težini bolesti. U konačnici, došli su do zaključka da pacijenti sa željom da se uključe u proces samokontrole i motivirani pacijenti, nisu nužno pacijenti s visokom razinom zdravstvene pismenosti. Pacijenti s kroničnom bolesti možda trebaju veće motivacijske vještine nego čitalačke vještine, kako bi upravljali svojim zdravljem (19).

Istraživanje koje je provedeno u Kini govori o utjecaju obitelji na suradljivost pacijenta. Pacijenti i njihovi članovi obitelji brinu o sigurnosti, učinkovitosti i redovitom uzimanju terapije, te paze na kvalitetu lijekova koje pacijenti uzimaju (20). Provedena je i kvalitativna studija u Velikoj Britaniji, nakon koje je izveden zaključak da pacijenti koji su imali problema sa suradljivosti su oni koji su imali strah od nuspojava, osjećaj manjka učinkovitosti lijeka, te oni koji imaju pojačane troškove liječenja. Zanimljivo je da su ispitanici koji su završili

srednju školu ili su imali neku višu razinu obrazovanja, pokazali veću zabrinutost radi lijekova koje piju. Isto tako, ispitanici s višom razinom obrazovanja prije su bili spremni priznati da povremeno zaborave uzeti propisanu terapiju, nego ispitanici s nižom razinom obrazovanja (21). To bi se moglo povezati s većim osjećajem odgovornosti prema zdravlju.

Tako su pacijenti s većom razinom obrazovanja pokazali nešto manju suradljivost u odnosu na pacijente s nižom razinom obrazovanja zbog zabrinutosti za moguće nuspojave. Može biti da pacijenti sa višom razinom obrazovanja propituju liječnikove odluke. Studija Nired i suradnika govori o tome kako će pacijenti sa višom razinom obrazovanja sami sebi prilagoditi dozu lijeka, oni više istražuju o svojoj bolesti i lijekovima. S porastom dostupnosti interneta, pacijenti imaju značajan pristup informacijama o bolesti i mogućnostima liječenja. Pacijenti nailaze na ogromnu količinu informacija, a nemaju znanje za dešifriranje istih, te mogu donijeti loše odluke na temelju pogrešnih informacija (21). U istraživanju koje sam provodila najveći dio ispitanika nije se složio sa tvrdnjom da *koristi internet za informiranje o svom stanju i bolesti*. To ima svoje pozitivne i negativne strane. Razlog tomu može se naći u podatku da je srednja dob ispitanika bila 72 godine. Što se tiče samoprocjene zdravstvene pismenosti, rezultati upućuju na vrlo dobru zdravstvenu pismenost. Radi li se ovdje zaista o dobroj razini pismenosti navedene skupine ili su pacijenti svoju zdravstvenu pismenost skloni procjenjivati boljom nego što jest? Nisu postojale značajne razlike u odnosu na spol i dob, dok su ispitanici više razine obrazovanja pokazali značajno veću razinu zdravstvene pismenosti.

U prethodno navedenom istraživanju Nired i suradnika, pokazalo se da su niža primanja usko povezana s nesuradljivošću. Također, bolesnici kojima je španjolski jezik bio materinji jezik, bili su suradljiviji. To je činjenica koja je suprotna od ranijih istraživanja koje jezične prepreke navode kao razloge smanjene suradljivosti. Autori to objašnjavaju kulturološkim razlikama. Naime, pacijenti koji govore španjolski jezik ne preispituju odluke svog liječnika, te imaju paternalistički odnos s njim (21). U istraživanju provedenom među korisnicima usluga patronažne službe sudjelovali su ispitanici koje govore hrvatskim jezikom, te varijabla jezika nije bila uključena u ispitivanje.

Literatura navodi kako pacijenti sve više očekuju kako će voditi glavnu ulogu u svom zdravlju ili će barem biti uključeni u donošenje odluka. Dijelom zbog toga što je etnički imperativ uključiti pacijenta u donošenje odluka o vlastitom zdravlju, dijelom zbog toga što uključivanje pacijenata u donošenje odluka ima svoje prednosti. Primjeri su tih prednosti veća razina znanja pacijenta, veće zadovoljstvo pacijenta, manja anksioznost pacijenta i bolja suradnja

pacijenta u korištenju terapije. Nekoliko je studija ispitivalo sklonost bolesnika za uključivanjem u medicinsko odlučivanje. Iako neke grupe pacijenata vole prepustiti odluke svom liječniku, većina njih želi donijeti odluke u suradnji s liječnikom. Žene, mlađi i visokoobrazovani ljudi preferiraju aktivniju ulogu u donošenju odluka. Što se tiče uključivanja pacijenata u donošenje odluka, može se pretpostaviti da veća razina zdravstvene pismenosti omogućuje ljudima da imaju aktivniju ulogu u zdravstvenom sustavu. Općenito, istraživanja o kojima se govori u navedenom članku navode da ljudi s nižom razinom zdravstvene pismenosti manje žele sudjelovati (22).

Drugo se istraživanje bavilo ispitivanjem prevalencije neadekvatne pismenosti među bolesnim starijim osobama, koje nemaju adekvatnu skrb i zdravijim, slučajno odabranim osobama. U istraživanju se uglavnom radilo o bjelkinjama, nepušačicama, koje su imale završeni neki stupanj obrazovanja nakon srednje škole. Zajednička su obilježja za obe skupine s neodgovarajućom zdravstvenom pismenostima: niža razina obrazovanja, lošiji mentalni i tjelesni zdravstveni status, više invaliditeta, starija dob, te muški spol. Bolesnija odrasla osoba s neodgovarajućom zdravstvenom pismenosti imala je veću vjerojatnost biti nezadovoljna zdravstvenim sustavom i zdravstvenom skrbi. Bolesne odrasle osobe s neadekvatnom zdravstvenom pismenosti imale su i veću vjerojatnost da će posjetiti hitnu službu, ali isto tako, istraživanje je pokazalo da zdravstvena pismenost nije imala nikakav utjecaj na preventivne usluge (23).

Literatura navodi kako je zdravstvena pismenost temeljna za uključivanje pacijenta. Jer, ako ljudi ne mogu prikupiti, obraditi i razumijeti osnovne zdravstvene informacije, neće biti u stanju ni brinuti se za sebe i svoje zdravlje. Poboljšanje zdravstvene pismenosti važno je za rješavanje zdravstvenih nejednakosti. Pojedinci i njihove obitelji trebale bi biti u mogućnosti komunicirati sa zdravstvenim profesionalcem, razumjeti zdravstvene informacije, razumjeti kako koristiti zdravstveni materijal, razumjeti osnovne zdravstvene pojmove i vokabular, povezati znanja s donošenjem odluke preuzimanje aktivne uloge (5).

Istraživanje koje je provedeno u Americi pokazalo je kako većina odraslih osoba, njih 53% ima srednju zdravstvenu pismenost, te je 12 % ispitanika imalo stručnu zdravstvenu pismenost. Među ostalim ispitanicima, 22 % imalo je osnovnu zdravstvenu pismenost, 14 % je imalo manje od osnovne zdravstvene pismenosti. Žene su imale prosječno višu razinu zdravstvene pismenosti nego muškarci, 16 % muškaraca imalo je zdravstvenu pismenost ispod osnovne razine. Odrasli koji su govorili samo engleski jezik prije nego što su krenuli u

školu, imali su prosječno višu razinu zdravstvene pismenosti od odraslih koji su govorili nekim drugim jezikom prije polaska u školu. Odrasli koji su bili stariji od 65 godina, imali su prosječno nižu razinu zdravstvene pismenosti, nego mlađe odrasle osobe. Također, prosječna razina zdravstvene pismenosti povećavala se svakom višom razinom obrazovanja. 49% odraslih osoba koje nikada nisu pohađale srednju školu ili nisu završile srednju školu, imalo je razinu zdravstvene pismenosti ispod osnovne razine (24). Tako možemo zaključiti da je funkcionalna pismenost povezana sa zdravstvenom pismenosti. U istraživanju koje sam provodila, stariji ispitanici imali su značajno nižu razinu zdravstvene pismenosti u odnosu na mlađe ispitanike, dok trajanje kronične bolesti nije bilo značajno povezano sa zdravstvenom pismenosti, što je suprotno od očekivanog. Razlog tomu možemo tražiti u skupini koja je ispitivana, jer se radi isključivo o korisnicima patronažne službe, koji imaju trajnu edukaciju od strane patronažnih sestara. Također, nije pokazana razlika u zdravstvenoj pismenosti ovisno o bolesti od koje boluju.

Što se tiče suradljivosti, većina ispitanika slaže se s tvrdnjom da im se lijekovi uvijek nalaze na istom mjestu, ali isto tako, dvije petine ispitanika kaže kako bi prije uzelo alternativne lijekove kada bi bili sigurni da bi si time mogli pomoći. Postavlja se pitanje koliko pacijenti vjeruju zdravstvenim djelatnicima. S druge strane, većina njih odogovorilaje pozitivno na tvrdnju kako ima potpuno povjerenje u svog liječnika i medicinsko osoblje. Rezultati istraživanja koje sam provodila upućuju na dobru suradljivost pacijenata, što je bilo za očekivati. Stariji ispitanici imali su značajno nižu suradljivost u odnosu na mlađe ispitanike, što upućuje na činjenicu da oni koji imaju veće potrebe zdravstvene skrbi imaju manju razinu suradljivosti. Naravno, na suradljivost utječe i karakter pacijenta, motiviranost pacijenta, socijalna podrška i slično.

Prema literaturi, odrasli koji žive ispod razine siromaštva imali su nižu prosječnu razinu zdravstvene pismenosti od odraslih koji žive iznad razine siromaštva (24). U istraživanju koje sam provodila nisam uključila varijablu socioekonomskog statusa.

Uspješnost svakog liječenja i njege zahtijeva i visoku suradljivost i motiviranost pacijenta (25). Neovisno o dijagnozi, mnogi članci bave se istraživanjem glavnog razloga za lošega održavanja zdravlja te nepridržavanja preporuka. Smisao suradnje povezan je s interpretacijom trenutne situacije. Jedan je od glavnih razloga zašto pacijenti ne uzimaju terapiju i ne kontroliraju se ( u ovom konkretnom slučaju radi se o kontroli krvnoga tlaka) zaboravljivost. U istraživanju o kojem govori članak, utvrđena je statistički značajna razlika u



suradljivosti žena u odnosu na muškarce. Također, suradljivost pacijenata koji su redovito mjerili svoj krvni tlak bila je veća (26). Može se reći da pacijenti s većom razinom samokontrole imaju i veću razinu suradljivosti. Samokontrola pacijenta ovisi isključivo o pacijentu (27). Autori naglašavaju kako je niska razina suradnje velika barijera pri postizanju kontrole nad kroničnom bolesti (26).

Daljnja istraživanja trebala bi biti usmjerena na izradu objektivnijeg i jednostavnijeg instrumenta za ispitivanje zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost trebala bi biti varijabla koju medicinske sestre ocjenjuju na početku svakog susreta s pacijentom, tako da preporuke i plan zdravstvene njege mogu prilagoditi stupnju zdravstvene pismenosti koju pacijent posjeduje. Također, medicinski djelatnici trebaju povećati razumijevanje kod onih s rizikom koristeći *lagan jezik*, izbjegavanjem medicinskog žargona, govoreći polako, koristeći slike, ograničavajući količinu informacija, te stvarajući povjerenje i terapijski okoliš (2).

## 7. ZAKLJUČAK

Potvrđena je hipoteza istraživanja. Viša razina zdravstvene pismenosti povezana je s višom razinom suradljivosti pacijenata.

Uzimajući u obzir rezultate provedenog istraživanja može se zaključiti:

1. Razina je zdravstvene pismenosti ispitivane skupine vrlo dobra
2. Razina je suradljivosti ispitivane skupine vrlo dobra
3. Kritične su točne zdravstvene pismenosti: samostalno odlučivanje o svom načinu liječenja i/ ili dijagnostike, korištenje interneta za informiranje o svom stanju i bolesti, te razumijevanje dobivenih informacija bez ičije pomoći

Kritične su točke suradljivosti: preferiranje alternativne terapije u odnosu na onu propisanu od strane liječnika, te očekivanje čuda od svojih lijekova i povremena zaboravljivost što se tiče uzimanja terapije.

4. Ne postoje značajne razlike u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na spol i bračni status. Postoje značajne razlike u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na dob i razinu obrazovanja. Trajanje kronične bolesti nije povezano sa zdravstvenom pismenosti. Također, nije postajala značajna razlika s obzirom na bolest od koje boluju.

5. Ne postoje značajne razlike u suradljivosti s obzirom na spol i bračni status, dok su mlađi ispitanici većeg stupnja obrazovanja i više suradljivi. Trajanje kronične bolesti nije značajno povezano sa suradljivosti. U odnosu na kroničnu bolest od koje boluju, nema značajnih razlika u suradljivosti.

## 8. SAŽETAK

**Ciljevi:** ispitati razinu zdravstvene pismenosti i suradljivosti pacijenata, utvrditi kritične točke zdravstvene pismenosti i suradljivosti s obzirom na dob, spol, bračni status, razinu obrazovanja, koliko dugo boluju od kronične bolesti te koju kroničnu bolest imaju.

**Metode i ispitanici:** u ovu presječnu studiju uključeno je 109 ispitanika koji boluju od raznih kroničnih bolesti, a u skrbi su Patronažne službe Doma zdravlja Osijek. Instrument istraživanja bio je anketni upitnik. Prvi dio upitnika odnosio se na socijalno - demografske podatke. Drugi dio upitnika izradila sam samostalno uz pomoć literature, a odnosi se na zdravstvenu pismenost. Treći dio upitnika je Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR5) koji je preveden i prilagođen svim kroničnim bolestima.

**Rezultati:** koeficijent pouzdanosti skale zdravstvene pismenosti CronbachAlpha je 0,910. U zdravstvenoj pismenosti nema značajnih razlika u odnosu na spol i bračni status, dok su ispitanici većeg stupnja naobrazbe značajno više zdravstveno pismeni (ANOVA,  $P < 0,001$ ). Stariji ispitanici imaju značajno nižu zdravstvenu pismenost u odnosu na mlađe ispitanike (Pearsonov koeficijent korelacije  $R = -0,215$ ;  $P = 0,03$ ). Koeficijent pouzdanosti skale zdravstvene pismenosti CronhachAlpha je 0,776. Pacijenti imaju dobru razinu suradljivosti. U suradljivosti nema značajnih razlika s obzirom na spol i bračni status, dok su ispitanici većeg stupnja obrazovanja više suradljivi.

**Zaključak:** Razina je zdravstvene pismenosti i razina suradljivosti ispitivane skupine vrlo dobra. Ne postoji značajna razlika u zdravstvenoj pismenosti i suradljivosti s obzirom na spol i bračni status, ali postoji s obzirom na dob i razinu obrazovanja.

**Ključne riječi:** koncept zdravstvene pismenosti, zdravstvena pismenost, suradljivost, pridržavanje preporuka.

## 9. SUMMARY

**Objectives:** To examine the level of medical literacy and patient compatibility, to identify critical points of health literacy and co-operation in terms of age, gender, marital status, level of education, long-term chronic illness and chronic illness.

**Methods and questionees:** In this cross-sectional study, there are 109 questionees who are suffering from various chronic illnesses, and are cared for by the Community Health Care of the Health Center Osijek. The research instrument was a survey questionnaire. The first part of the questionnaire related to social - demographic data. The second part of the questionnaire was made independently with the help of literature, and refers to health literacy. The third part of the questionnaire is Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR5), which is translated and adapted to all chronic illnesses.

**Results:** The Cronbach Alpha health literacy reliability coefficient is 0.910. In health literacy, there are no significant differences in gender and marital status, while questionees of the higher education level are considerably more medically literate (ANOVA,  $P < 0.001$ ). Older subjects have significantly lower health literacy compared to younger subjects (Pearson coefficient of correlation  $R = -0.215$ ,  $P = 0.03$ ). The Cronbach Alpha Health Scale Reliability Coefficient is 0.776. Patients have a good level of co-operation. There are no significant differences in coexistence with respect to gender and marital status, while questionees of higher educational level are more cooperative.

**Conclusion:** The level of health literacy and the level of coexistence of the examined group is very good. There is no significant difference in health literacy and co-existence in terms of gender and marital status, but there is the age and level of education.

**Keywords:** concept of health literacy, health literacy, compatibility, adherence to recommendations

## 10. LITERATURA

1. Sperson C, Health literacy: concept analysis. JAN. 2005; 50 (6): 633- 640.
2. Mancuso JM, Health literacy: A concept/ dimension analysis. JNHS. 2008;10: 248- 255.
3. Sorensen K, Van denBroucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Stanska Z, i sur. Health literacy and public health: A systematic review and interpretation of definitions and models. Public Health. 2012; 12: 80-93.
4. Chinn D, Critical health literacy: A review and critical analysis. Social Science and Medicine. 2011; 73: 60-7.
5. Kanj M, Mitic W, What is health literacy. Global conference on Health Promotion. 2009: 46.
6. Sorens K, Brand H, Health literacy lost in translation? Introducing the European Health Literacy Glossary. HPI. 2013; 11.
7. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: a concept analysis. Public Health. 2013; 13: 150-160.
8. Bobnik K, Štemberger Kolnik T, Bratuz A, Health literacy concept: integration of definition and the role of nursing in further development of the concept. Obzor Zdrav Neg. 2013; 47 (1): 62-73.
9. Kickbusch J, Pelikan MJ, Appel F, Tsouros AD, Health literacy, the solid facts. World Health Organization regional office Europe. 2013; 1-73.
10. Kern J, Informacije i komunikacijske tehnologije u sestriinstvu. Acta Medica Croatica. 2014; 68: 3-5.
11. Brown M, How to Increase Patient Adherence to Therapy. Resident Corner. 2016; 98:24-5.
12. Horne R, Barber N, Elliott R, Morgan M, Cribb A, Kellor I, i sur. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. NCCSDO. 2005; 1-311.
13. Kleinsinger F. Working with the noncompliant patient. CME. 2010; 14: 54-60.

14. Gajski A, Karlović D. Assessment of nurse attitude on psychiatric patient compliance with pharmacotherapy. *Acta Clin Croat.* 2008. 47: 149-153.
15. Kalyango J, Hall M, Karamagi C. Appointment keeping for medical review among patients with selected chronic diseases in an urban area of Uganda. *Pan Afr Med J.* 2014; 19: 229.
16. Marušić M. i sur. *Uvod u zdravstveni rad u medicini.* 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
17. Hugnes DL, Done J, Young A. A 5 item version of the Compliance Questionnaire for Rheumatology (CQR5) successfully identifies low adherence to DMARDs. *BMC.* 2013; 14: 286.
18. Ivković D. i sur. *Osnovne statističke analize za medicinare.* Zagreb. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1998.
19. Eyuboglu E, Schulz PJ. Do health literacy and patient empowerment affect self-care behaviour? A survey study among Turkish patients with diabetes. *BMJ Open.* 2016; 6: 1-7.
20. Mingming L, Cai J, Zhang P, Fei C, Xu F. Drug Brand Response and its Impact on Compliance and Efficacy in Depression Patients. *Frontiers in Pharmacology.* 2017; 7: 1-7.
21. Gross R, Graybill J, Wahezi D, Jordan C, Putterman C, Balco J. Increased Education is Associated with Decreased Compliance in an Urban Multi-Ethnic Lupus Cohort. *J Clin Cell Immunol.* 2014; 5:3.
22. Barbers EM, Rademakers M, Groenewegen P, Dijk L, Jong J. What role does health literacy play in patients involvement in medical decision making. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.* 2017; 10: 2-12.
23. MacLeod S, Musich S, Gulys S, Cheng Y, Tkatch R, Cemplin D i sur. The impact of inadequate health literacy on patients' health care utilization and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing.* 2017; 38: 334-341.
24. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of American Adults. *Health Affairs.* 2006; 25: 483.
25. Pavlić B, Mirilović S. Suradljivost pacijenata u provođenju uputa za njegu nosne šupljine nakon zahvata na nosu i paranazalnim sinusima. *SG/NJ.* 2014; 19: 103-8.

26. Mollaogul M, Solman G, Mallaoglu M. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat.*2015; 54: 438-444.

27. Lee YJ, Lee YS, Hahn J, Son J, Hahn GS, Lee EB. Cultural Adaptation of a Compliance Questionnaire for Patients with Rheumatoid Arthritis to a Korean Version. *The Korean Journal of Internal Medicine:* 2011; 26: 28-33.

## 11. ŽIVOTOPIS

### Osnovni podaci

Mihaela Buturac

Rođena u Požegi, 27. svibnja 1990.

Trenutna adresa: Vijenac Ivana Meštrovića 43, 31000 Osijek

Telefon: 098/870-973

Email: [mihaela.buturac@gmail.com](mailto:mihaela.buturac@gmail.com)

### Profesionalni podaci

Od 12. rujna 2017. Klinički bolnički centar, Klinika za kirurgiju, Odjel torakalne kirurgije

Srpanj 2016.- 11. rujna 2017. patronažna sestra u Domu zdravlja Osijek

2015.- svibnja 2016. glavna medicinska sestra ustanove za zdravstvenu njegu u kući

2014.-2015. pripravnik u Kliničkom bolničkom centru Osijek

### Školovanje

2014.-2017. Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

2010.-2013. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo, Medicinski fakultet Osijek

2005.-2009. Srednja medicinska škola Slavonski Brod

### Članstvo

Hrvatska komora medicinskih sestara



## **12. PRILOZI**

Prilog 1. Anketni upitnik



## ANKETNI UPITNIK

1. **Dob** ( u godinama) \_\_\_\_\_

2. **Spol**

M    Ž

3. **Bračni status:**

udana/oženjen

udovac/ udovica

razveden/ razvedena

slobodan/ slobodna

izvanbračna zajednica

4. **Razina obrazovanja:**

osnovna škola

NSS

SSS

VŠS

VSS

magisterij/ doktorat

5. **Kronična bolest od koje bolujem:**

bolest dišnog sustava

bolest srca i krvnožilnog sustava

bolest probavnog sustava

bolest imunološkog sustava

bolest endokrinološkog sustava

duševna bolest

bolest neurološkog sustava

## 6. Koliko dugo bolujete od kronične bolesti? Molim, upišite na crtu!

Molim označite stupanj Vašeg **slaganja** ili **neslaganja** sa svakom od sljedećih izjava označujući broj:

- 1- u potpunosti se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

7.	Razumijem sve informacije koje dobivam od pružatelja zdravstvenih usluga	1	2	3	4	5
8.	Razumijem sve pojmove vezane uz moje stanje / bolest	1	2	3	4	5
9.	Imam dovoljno informacija za aktivno upravljanje zdravljem	1	2	3	4	5
10.	Razumijem način uzimanja lijeka koji mi je propisan	1	2	3	4	5
11.	Razumijem važnost uzimanja propisanog lijeka	1	2	3	4	5
12.	Razumijem upute o dozi i moguće nuspojave koje su označene na lijeku	1	2	3	4	5
13.	U stanju sam pročitati i rastumačiti sve pojmove vezane uz moju bolest i terapiju koju uzimam	1	2	3	4	5
14.	U stanju sam samostalno odlučiti o svom načinu liječenja i/ ili dijagnostike	1	2	3	4	5
15.	Često koristim internet za informiranje o svom stanju, bolesti, liječenju i slično	1	2	3	4	5
16.	Dobivene informacije o svojoj bolesti/ liječenju razumijem bez ičije pomoći	1	2	3	4	5
17.	Smatram da zdravstveni djelatnici dovoljno jasno i razumljivo daju informacije	1	2	3	4	5
18.	Razumijem potrebu za preventivnim programima (rano otkrivanje bolesti)	1	2	3	4	5
19.	Sposoban sam naći socijalnu podršku u održavanju zdravlja	1	2	3	4	5
20.	U stanju sam procijeniti zdravstvene informacije	1	2	3	4	5
21.	Smatram da sam u stanju pronaći dobre i valjane informacije o zdravlju i održavanju zdravlja	1	2	3	4	5
22.	Vjerujem u učinkovitost svakog proizvoda koji doprinosi zdravlju	1	2	3	4	5

23.	Ako mi liječnik kaže da uzimam lijekove, to i činim	1	2	3	4	5
24.	Uzimam svoje lijekove, jer tada imam manje problema/ simptoma	1	2	3	4	5
25.	Nikako se ne usuđujem propustiti uzeti svoje lijekove	1	2	3	4	5
26.	Kada bih si mogao pomoći alternativnim lijekovima, prije bih uzeo lijekove koje mi propisuje moj liječnik	1	2	3	4	5
27.	Moji lijekovi se uvijek nalaze na istom mjestu kako ih ne bih	1	2	3	4	5

	zaboravio/ zaboravila uzeti					
28.	Uzimam svoje lijekove jer imam potpuno povjerenje u svog liječnika i medicinsko osoblje	1	2	3	4	5
29.	Najvažniji razlog za uzimanje lijekova je, da i dalje mogu činiti ono što želim	1	2	3	4	5
30.	Ne volim uzimati lijekove, ako mogu bez njih, bit ću bez njih	1	2	3	4	5
31.	Kad sam na odmoru, ponekad se dogodi da ne uzmem svoje lijekove	1	2	3	4	5
32.	Uzimam svoje lijekove, inače u čemu je svrha konzultacije s medicinskim osobljem	1	2	3	4	5
33.	Ne očekujem čuda od svojih lijekova	1	2	3	4	5
34.	Ako ne bih mogao podnijeti lijekove, ne bih ih koristio	1	2	3	4	5
35.	Ako ne uzimam svoje lijekove redovito i ne pridržavam se preporuka dobivenih od medicinskog osoblja, simptomi se vrate	1	2	3	4	5
36.	Ako ne uzimam svoje lijekove i ne pridržavam se preporuka, moje tijelo me upozori	1	2	3	4	5
37.	Moje zdravlje mi je važnije od svega ostalog i ako moram uzimati lijekove i držati se preporuka da ga zadržim, hoću	1	2	3	4	5
38.	Koristim dozator pumpice za lijekove					
		1	2	3	4	5
39.	Pridržavam se onoga što mi liječnik/ patronažna sestra kaže	1	2	3	4	5
40.	Ako se ne pridržavam preporuka, imam više tegoba	1	2	3	4	5
41.	Dogodi se tu i tamo, da odem negdje i zaboravim uzeti svoje lijekove	1	2	3	4	5

Dodano pitanje:

42.	Koristim knjižice za evidenciju krvnoga tlaka i šećera u krvi	1	2	3	4	5
43.	Javljam se na pozive za sudjelovanje u preventivnim programima	1	2	3	4	5

