

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

Katedra sociální a klinické farmacie

**SENIOŘI A LÉKY
(THE ELDERLY AND DRUGS)**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Lenka Práznovcová, Ph. D

Hradec Králové, 2008

Veronika Kašparová

„ Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. ”

V Hradci Králové dne 14.5. 2008

Děkuji PharmDr. Lence Práznovcové Ph.D, za odborné vedení diplomové práce.

OBSAH

1. Úvod	6
2. Teoretická část	8
2.1 O stárnutí a stáří	8
2.1.1 Stárnutí	8
2.1.2 Stáří	8
2.1.2.1 Biologické stáří	9
2.1.2.2 Kalendářní stáří	9
2.1.2.3 Sociální stáří	10
2.1.3 Gerontologie	10
2.1.4 Geriatrie	11
2.1.5 Zdravotní stav starého člověka	11
2.1.5.1 Klinický obraz a průběh nemoci	11
2.1.5.2 Choroby seniorů	12
2.1.5.3 Geriatrické syndromy	12
2.1.5.4 Stařecká křehkost	13
2.1.6 Prevence seniorů	14
2.1.6.1 Primární prevence	15
2.1.6.2 Sekundární a terciární prevence	15
2.2 Farmakoterapie ve stáří	16
2.2.1 Nejčastější problémy v geriatrické preskripci	16
2.2.2 Faktory ovlivňující výsledný efekt farmakoterapie ve stáří	17
2.2.3 Nežádoucí účinky léků	18
2.2.4 Změny farmakokinetiky	18
2.2.5 Změny farmakodynamiky	20
2.2.6 Nevhodná léčiva ve stáří	20
2.3 Demografie společnosti	23
2.3.1 Definice demografie	23
2.3.2 Demografické pojmy	23
2.3.2.1 Porodnost	23
2.3.2.2 Úmrtnost	23
2.3.2.3 Naděje dožití	24
2.3.3 Demografie ČR a její vývoj	24
2.3.3.1 Počet obyvatel	25
2.3.3.2 Natalita a mortalita	25
2.3.3.3 Střední délka života	25
2.3.3.4 Stárnutí populace	26
2.3.4 Srovnání demografických ukazatelů EU a ČR	27
2.3.5 Základní důsledky stárnutí obyvatelstva	29
2.3.6 Aktivní stáří	30
2.4 Strategie péče o stárnoucí populaci	32
2.4.1 Zdravé stárnutí	32
2.4.2 Celospolečenský program	32
2.4.3 Cíle organizace péče o seniory	33
2.4.4 Strategie 4xD	34
2.4.5 Anti - aging	35
3. Metodická část	36
4. Výsledky dotazníků	37
4.1 Charakteristika respondentů	37

4.1.1 Pohlaví respondentů	37
4.1.2 Vzdělání respondentů	37
4.1.3 Finanční zabezpečení.....	38
4.1.4 Věk respondentů	38
4.1.5 Pečovatelské služby	38
4.1.6 Využití léků	39
4.1.7 Srozumitelnost příbalových letáků	39
4.2 Respondenti a léky	40
4.2.1 Samoléčení	40
4.2.2 Volně prodejné léky.....	40
5.2.3 Četnost doplatků za volně prodejné léky.....	42
5.2.4 Doplatky za volně prodejné léky	43
5.2.5 Doplatky ve vztahu k finančnímu zabezpečení	44
5.2.6 Doplatky ve vztahu k věkové struktuře	45
4.3 Respondenti a důvěra.....	46
4.3.1 Důvěra lékařů	46
4.3.2 Důvěra lékárníkovi	47
4.3.3 Sledovanost reklam	48
4.3.4 Důvěra v reklamu	48
4.3.5 Celkové shrnutí důvěry.....	50
5. Diskuse.....	51
6. Závěr	55
7. Příloha	56
7. 1 Dotazník : Senioři a léky	56
7. 2 Seznam tabulek.....	59
7. 3 Seznam grafů	60
8. Použitá literatura	61

1. Úvod

Stáří a nemoci s ním spojené jsou stále aktuálnějším problémem naší společnosti. Zabývají se jím lékaři, sociologové i politici a snaží se hledat řešení této situace.

V současné době přibývá výrazně lidí, kteří se dožívají vyššího věku a jejich počet se bude do budoucna zvyšovat. Je to dáno tím, že se zlepšuje lékařská péče, využívají se nové lékařské technologie a vznikají nové účinnější léky. Stále více lidí pečuje o své zdraví, zajímají se o alternativní způsoby léčby, kupují si volně prodejné léky, potravní doplňky a zabývají se zdravou výživou.

Staří lidé by neměli být vylučováni ze společnosti a měli by být součástí běžného života. K tomu je ale důležitý také přístup ostatních občanů, jejich vstřícnost a ochota pomáhat starším lidem. Měli by jim zajistit úspěšné a kvalitní stárnutí. Tím se rozumí dobrá prevence, pohybová aktivita, rehabilitace, psychická aktivita-četba, komunikace, další vzdělávání, možnost podílet se na společenském, kulturním a politickém životě. Stát by měl být schopen nabídnout starším občanům vykonávat vhodná povolání a připravit pro ně příznivé podmínky. Lidé tak mohou i v pokročilém věku žít aktivně a smysluplně. Toto je důležité pro zlepšení ekonomické situace státu, ale také ke zkvalitnění života seniorů, oddaluje se vznik nesoběstačnosti, sociální izolace, závislosti na druhé osobě. Lidé si nepřipadají jako závislí a méněcenní.

Na druhé straně ne všichni senioři se o sebe mohou starat sami nebo se o ně mohou starat jejich rodiny, v tomto případě by pro ně měla být budována zařízení, kde o ně bude pečováno.

Lidé díky lékařským technologiím a lékům žijí déle. Současně je ale stáří spojené s vysokou nemocností, polymorbiditou, zhoršováním fyzické zdatnosti a soběstačnosti. Nejčastější nemoci ve stáří jsou kardiovaskulární choroby, nemoci pohybového aparátu, metabolická onemocnění, respirační a gastrointestinální onemocnění.

Snižující se počet nově narozených dětí a na druhé straně prodlužování délky života způsobuje stárnutí celé populace. Tím se zvyšují nároky na její zdravotní a sociální zabezpečení. Senioři jsou nejčastějšími pacienty lékařů a konzumenty léků. Starší lidé často berou čtyři a více léků, a tak stoupá i spotřeba léčivých přípravků. Zvyšuje se také koupě volně prodejných léků, která je spojena s rostoucím zájmem o vlastní zdraví. V tomto případě má důležitou roli lékárník, který by měl být schopný a ochotný pacientům

poradit. Při výběru vhodné léčby a koupi volně prodejných léků pomůže komunikace mezi lékařem, lékárníkem a pacientem.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo získat informace o současné situaci farmakoterapie u seniorů v České republice.

V teoretické části jsem nejdříve zpracovala obecné informace o seniorech, o jejich stáří, stárnutí, prevenci, farmakoterapii, péči a zdravotním stavu. Poté jsem se věnovala demografii, zejména stárnutí společnosti, které je stále aktuálnějším problémem.

Metodickou část jsem zpracovala prostřednictvím vyplněných dotazníků. Vyhodnocovala jsem obecné charakteristiky respondentů (pohlaví, věk, vzdělání a finanční zabezpečení) a jejich vliv na farmakoterapii. Získávala jsem údaje o předepisovaných lécích a jejich doplácích, o kupovaných lécích a cenách za tyto volně prodejné léky.

V této diplomové práci jsem zpracovala především:

- volně prodejné léky a výši doplatků za ně v různých závislostech.
- závislost výše doplatků k věku
- závislost výše doplatků k finančnímu zabezpečení
- závislost výše doplatků k pohlaví
- využití samoléčby seniory
- důvěru k lékaři
- důvěru k lékárníkovi
- důvěru v reklamu

Tyto informace mohou přispět k celkovému přehledu o zdraví a nemocech seniorů, o způsobu léčby a o finanční situaci seniorů.

2. Teoretická část

2.1 O stárnutí a stáří

2.1.1 Stárnutí

Stárnutí (involuce) je proces individuálně variabilní, daný interferencí genetické informace s faktory zevního prostředí a se způsobem života. Podstatou involuce je atrofie tkání a úbytek funkční zdatnosti, včetně adaptačních a regulačních schopností. Jejím důsledkem je stařecký fenotyp, modifikovaný významně chorobnými změnami, z nichž některé stárnutí samo podmiňuje.

Involuce jednotlivých systémů probíhá ve stejném organismu různou rychlostí a s různým časem nástupu, což se označuje jako heterochronie.

Genotyp stáří a funkční stav ve stáří jsou významně modifikovány chorobami (ateroskleróza, osteoartróza, Alzheimerova nemoc...), ale také způsobem života (atrofie z nečinnosti, dekadence). Především jejich prevence a úspěšné ovlivnění se podílejí nejen na prodloužení života ve stáří, ale také na zlepšování funkčního stavu a poklesu závažné disability ve stáří. (13)

Stárnutí může být:

1. Obvyklé, normální – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům, současné normě v dané společnosti, vhodněji mezinárodnímu standardu.
2. Úspěšné – zdravotní i funkční stav seniora je lepší než současný průměr.
3. Neúspěšné, patologické – zdravotní i funkční stav seniora je horší než současná norma, jedná se o tzv. progerii (předčasné stárnutí).

2.1.2 Stáří

Život jedince se skládá z jednotlivých vývojových stádií. Každé stadium je charakterizováno určitými strukturálními a funkčními znaky a změnami vztahu mezi organismem a přírodním či sociálním prostředím. Stáří je tedy poslední ontogenetickou vývojovou etapou. Stáří reflektuje kvalitu a formu celého předešlého života a je třeba chápat je jako součást celistvé lidské ontogeneze. Je přirozeným vyvrcholením lidského života.

Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů stárnutí člověka je zkoumaným jevem současné gerontologie, která se snaží o přesné, ale obtížné vymezení a členění stáří. Nejčastěji dělíme stáří na kalendářní, sociální a biologické.(3)

2.1.2.1 Biologické stáří

Jedná se o hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku. Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří, ani jeho dílčích variant, se nepoužívá. (1)

2.1.2.2 Kalendářní stáří

Je pro každého člověka přesně vymežitelné. Důvod, proč se dnes s tímto stavem nespokojíme, je ten, že kalendářní věk nepostihuje individuální rozdíly. Věková hranice populace se posouvá, neboť se prodlužuje doba dožití a zlepšuje se zdravotní a funkční stav současné generace. Za počátek stáří dnes považujeme věk 65 let a o vlastním stáří hovoříme od věku 75 let. Tento věk nazýváme uzlovým ontogenetickým bodem.

V 18. století rozčlenil A. Haller, zakladatel novodobé fyziologie, lidský život na 9 fází, z nichž věk 25 - 62 let označil za mužný a 63 a více let za stáří. Senioři tehdy tvořili méně než 5% populace. E. B. Hurlocková v polovině 20. století označila věk 40 - 59 let jako střední, 60. a více let jako stáří. Tuto hranici akceptovala i Světová zdravotnická organizace či OSN. Odpovídá patnáctileté periodizaci lidského života (Příhoda, 1974): 30-44 let dospělost, 45-59 let střední věk, 60 až 74 let stárnutí, 75-89 let vlastní stáří, 90 a více let dlouhověkost. V kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří navrhla v 60. letech B. L. Neugartenová pojmy mladí senioři pro věk 55 - 74 let a staří senioři pro 75 a více let. Z jejího pojetí je odvozeno i současné orientační členění stáří:

65 - 74 let: mladí senioři

75 - 84 let: staří senioři

85 a více let: velmi staří senioři

Dlouhověkost je označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let. Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá.

Jako index dlouhověkosti je označován poměr dlouhověkých ke všem osobám ve věku 60 a více let v dané populaci.

2.1.2.3 Sociální stáří

Postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.

Sociální periodizace života:

První věk (předproduktivní)-období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.

Druhý věk (produktivní) – období dospělosti, životní produktivity biologické, sociální a především pracovní.

Třetí věk (postproduktivní) – fáze bez produktivní přínosnosti (vede k představě o stáří jako poklesu zdatnosti a fázi odpočinku).

Čtvrtý věk – fáze závislosti (ukazuje na nesoběstačnost, která ale není zákonitá jako stadia předchozí).(1)

2.1.3 Gerontologie

Gerontologie je věda o stárnutí a stáří. Poprvé byl pojem použit I.I.Mečnikovem v roce 1903, je odvozen z řeckého geron, -ntos = stařec.

Dělí se na :

- **gerontologii teoretickou**, vytváří základ pro praktickou činnost kolem starého člověka. Hledá, třídí a řadí do systému poznatky o hlavních mechanismech stárnutí. Vytváří hypotézy a teorie stárnutí.
- **gerontologii klinickou**, která se zabývá stárnoucím a starým člověkem jako jedincem, jeho komplexním hodnocením a posuzováním ve zdraví, hlavně však v nemoci. Ta část gerontologie, která se orientuje na zvláštnosti chorob ve stáří, se označuje jako geriatricie či geriatrická medicína.
- **gerontologie sociální**, která se soustřeďuje především na vzájemné vztahy mezi starým člověkem a společností. (3)

2.1.4 Geriatrie

Je samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče.

Mezi cíle geriatrie patří zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocněních a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta. Přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora.(2)

2.1.5 Zdravotní stav starého člověka

Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku. Má však jiné dimenze než v raných deceniích. V praxi považujeme za zdravého takového geronta, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný a má neporušenou sociální homeostázu.

S přibývajícím věkem se snižuje počet lidí, kteří jsou zdraví. Odhaduje se, že v šedesáti letech se cítí zdravými více než 60% osob, kolem sedmdesáti let asi 40%, z osmdesáti a starších již jen 5%. (3)

2.1.5.1 Klinický obraz a průběh nemoci

Pro geriatrického pacienta je typické, že řada chorob probíhá odlišně. Tuto symptomatologii charakterizují především:

- mikrosymptomatologie, kdy chorobné příznaky jsou jen minimálně vyjádřeny. V některých případech je průběh nemoci zcela symptomatický
- monosymptomatologie či oligosymptomatologie-nemoc se neprojevuje obvyklou škálou příznaků, ale pouze jedním nebo několika z nich
- nespecifické příznaky, jako je únava, nechutenství, nespecifické zhoršení stavu, které se objeví u mnoha různých onemocnění
- symptomy druhotného postižení, kdy na chorobný stav reaguje jiný než postižený orgán. Obvykle je postižen orgán s nejnižší funkční rezervou, velmi často mozek, ledviny, dolní močové cesty

- řetězení příznaků – tzv. kaskádová reakce
- atypické lékové reakce ohrožují pacienta zvýšeným nebo nedostatečným účinkem léku, neočekávanými a nežádoucími účinky
- prudká zhoršení stavu způsobená malou funkční rezervou a zvýšené riziko úmrtí. Někdy pozorujeme tzv. akcelerační fenomén, kdy zhoršení stavu vede k zestárnutí před očima
- vysoký invalidizující potenciál nemocí, které daleko častěji než ve středním věku při stejném rozsahu postižení vedou ke ztrátě soběstačnosti
- sociální rozměr nemoci-týká se především invalidizujících a chronických nemocí, které mění sociální statut nemocného. Onemocnění nepostihuje jen pacienta, ale ovlivňuje i další rodinné příslušníky a pečovatele. (2)

2.1.5.2 Choroby seniorů

Choroby seniorů můžeme rozdělit do několika kategorií:

- s přímým etiopatogenetickým vztahem ke stáří (např. senilní demence)
- s fakultativním vztahem ke stáří -mohou se objevit i v nižším věku, ale jejich incidence je ve stáří vysoká (např. hypertrofie prostaty)
- bez přímého vztahu ke stáří -člověk trpící takovou chorobou si ji do stáří už přinesl a choroba s ním stárne v důsledku měnícího se klinického obrazu (např. diabetes mellitus 1. typu) (4)

Nejčastější choroby vyššího věku: 1. kardiovaskulární choroby
2. nemoci pohybového aparátu
3. metabolická onemocnění
4. gastrointestinální a respirační onemocnění

2.1.5.3 Geriatrické syndromy

Specifické geriatrické syndromy jsou obvykle multikauzální etiologie a setkáváme se s nimi především ve vyšším věku. Velmi často jsou přehlíženy a považovány za důsledek stárnutí. Přesto lze při správné diagnostice a léčbě dosáhnout zlepšení a často i plného ústupu potíží. Specifické geriatrické syndromy nacházíme v oblasti somatické, psychické i sociální. (2)

Tabulka č. 1 : Geriatricke syndromy

somatické	psychické	sociální
poruchy chůze a pohyblivosti	demence	ztráta soběstačnosti
závratě, nestabilita, pády a úrazy	deprese	závislost na pomoci druhých
inkontinence moči a stolice	delirium	sociální izolace
poruchy termoregulace	poruchy chování	týrání a zneužívání
poruchy příjmu potravy/tekutin	poruchy adaptace	dysfunkce rodiny
dekubity		

2.1.5.4 Stařecká křehkost

Geriatrickou křehkost můžeme chápat jako věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu) s kumulací funkčně závažných deficitů a změn zvláště mentálních (apatie), pohybových (hypomobilita, instabilita, sarkopenie) a nutričních (anorexie, hubnutí). Obecně je křehkost vnímána jako „kontinuum zdravotního a funkčního stavu, které je opakem vitality.

Etiologie manifestní křehkosti je multikauzální a individuálně variabilní. Podílejí se na ní především tyto faktory:

- biologická involuce
- choroby, jejich kombinace a nežádoucí účinky léků
- životní způsob (dekondice a atrofie z inaktivity, malnutrice)
- psychosociální faktory
- náročnost prostředí s handikepujícími situacemi a bariérami
- genetická predispozice

Geriatrická křehkost se může manifestovat v různých podobách a oblastech (např. snížená odolnost k infekčním onemocněním s jejich těžším průběhem a horší prognózou), těžištěm je však funkční výkonnost (performance). Geriatrická křehkost (frailty), respektive její fenotyp jsou dány přítomností alespoň tří z pěti základních znaků:

1. nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za rok
2. subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost
3. svalová slabost, nízká hodnota stisku ruky (handgrip)
4. pomalá chůze
5. nízká úroveň pohybové aktivity (hypomobilita)

Prevalence takto definované křehkosti činí ve zkoumaném souboru populace starší 65 let 6,9 %, je vyšší u žen, s věkem narůstá a incidence během čtyřletého sledování činí 7,2 %. Křehkost není synonymem multimorbidity ani disability: multimorbidita patří k jejím etiologickým složkám a disability je její důsledek. Formulování geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů se považuje za významný pokrok v geriatrické medicíně. Přináší lepší pochopení části geriatrických pacientů, jejich smysluplnější klinický popis a účelnější intervenování jejich obtíží.

Kauzální, příčinná léčba křehkosti neexistuje. Jde o komplexní intervenci s ovlivňováním všech etiologicky, patogeneticky a funkčně významných změn a obtíží, s kompenzováním deficitů, s mírněním klinických a sociálních dopadů a s úpravou léčebných a ošetrovatelských režimů ke zlepšení prognózy a ke zkvalitnění života.

Nezbytnou součástí intervenování geriatrické křehkosti je zpětněvazebné ověřování léčebného efektu, především podle subjektivního hodnocení pacienta, objektivního zhodnocení výkonových změn ve smyslu soběstačnosti, aktivity a míry pacientovy adherence. Pokud se efekt v přiměřené době nedostavuje, léčebný postup přináší neúnosný dyskomfort, či je nedostatečná pacientova compliance, je třeba změnit intervenční strategii, či odstoupit od intervencí a přejít k paliativnímu (symptomatickému) režimu akceptujícímu přirozenou progresi geriatrické deteriorace. (20)

2.1.6 Prevence seniorů

V geriatrické praxi je velmi důležitá prevence. Cílem prevence v geriatrii je udržet dobré zdraví a funkční zdatnost ze středního věku, zabránit zhoršování funkční zdatnosti a soběstačnosti, snížit riziko vzniku dalších onemocnění, zabránit úrazům a minimalizovat poruchy zdraví, pokud se objeví.

Podle šetření v USA a Japonsku považují senioři za nejpodstatnější kvalitu stáří schopnost být soběstačný a přiměřeně zdravý (více než 90%), mít přátele a jednat podle svých představ (80%), ale pouze 29% respondentů uvedlo dlouhý život.

Dle současných zahraničních doporučení je vhodné pravidelné provádění preventivních prohlídek v intervalu dvou let až do 70 let a i u mladších seniorů s chronickou nemocí či zdravotně sociálním rizikem je vhodné provádět preventivní vyšetření jednou ročně.

V rámci preventivních opatření se dále doporučuje, aby praktický lékař u seniorů nad 65 let prováděl screening častých geriatrických problémů a rizik: měření krevního tlaku (při každé návštěvě), vyšetření zraku a sluchu (jednou ročně), screening diabetes mellitus (jednou ročně), BMI jednou ročně, vyšetření hormonů štítné žlázy – TSH (jednou ročně u žen), kognitivní screening (jednou ročně u osob nad 70 let), vyšetření kostní denzity (v 60 letech u rizikových žen s nízkou hmotností, bez hormonální substituce a v 65 letech u všech žen), kontrolu veškeré farmakoterapie (jednou za šest měsíců), odkrývání sociálních rizik (izolace, týrání), kontrolu imunizace (influenza jednou ročně, pneumokok jednou v 65 letech, tetanus jednou za 10 let). (12)

2.1.6.1 Primární prevence

Je definována jako intervence, které snižují riziko vzniku choroby. Přes zvyšující se úroveň vzdělání u kohort posouvajících se za hranici stáří i přes vliv masmedií je pro většinu starých lidí rozhodujícím zdrojem informací a rozhodující osobou v prevenci vůbec lékař.

V primární geriatrické prevenci byly jako účinné shledány tyto intervence:

1. nekuřáctví
2. fyzická aktivita a cvičení
3. stravovací zvyklosti
4. prevence úrazů
5. prevence osteoporózy
6. prevence infekčních chorob
7. prevence ICHS

2.1.6.2 Sekundární a terciární prevence

Jsou definovány jako intervence, které časný vyhledáváním a terapeutickými opatřeními zlepšují prognózu u preklinických stadií choroby nebo zabraňují progresi choroby a vzniku jejích komplikací. Ve stáří jsou cílem intervence zejména funkční poruchy, sensorické defekty, poruchy výživy a prevence onkologická.(21)

2.2 Farmakoterapie ve stáří

V průběhu stárnutí dochází ke zhoršování adaptačních schopností i orgánových funkcí. Současně se stoupajícím věkem roste i počet především chronických a degenerativních chorob. To podmiňuje odlišnosti v symptomatologii i v průběhu nemocí ve stáří a ovlivňuje i terapeutickou hodnotu a účinek podávaných léčiv. Stárnoucí a starý organismus může odlišně reagovat na běžně užívaná léčiva, zvyšuje se výskyt lékových reakcí a nežádoucích účinků léků. Setkáváme se častěji se sníženou compliancí v užívání léků, zvláště jsou-li lékařem předepisovány komplikované lékové režimy. Trvale narůstající spotřeba farmak u seniorů a současné podávání několika léčiv znamená i zvýšené riziko lékových interakcí při polypragmazi. Roste i riziko podání nevhodného léčiva u pacienta s jeho kontraindikací v důsledku jiného onemocnění označované jako interakce léčivo – nemoc a to zejména u polymorbidních seniorů.

Předepsání léku a vydání receptu je nejčastějším lékařským výkonem. Cílem léčby by měla být individualizovaná, racionální, bezpečná a účinná preskripce realizovaná s co nejmenším počtem léčiv s co nejnižšími náklady. Lékař prvního kontaktu tak musí ovládat nejen specifika farmakokinetiky a farmakodynamiky léčiv ve stáří, ale musí být obeznámen i s léky, které jsou u seniorů obecně spojené s vyšším rizikem (tzv. „potenciálně nevhodná léčiva ve stáří“)

I v geriatrické preskripci je třeba vycházet z výsledků klinických studií, vědeckých důkazů a doporučených postupů, ale tyto postupy je třeba individuálně modifikovat s ohledem na celkové očekávané přežití, přidruženou nemocnost a odhadovanou complianci. Důsledně je třeba kontrolovat preskripci v pravidelných intervalech 3 – 6 měsíců a zvažovat, zda jsou podávány prokazatelně účinné a v dané situaci indikované léky a nebo naopak (5)

2.2.1 Nejčastější problémy v geriatrické preskripci

Chybám v preskripci u starších nemocných byla v České republice na rozdíl od zahraničí věnována menší pozornost, o čemž svědčí i nedostatečná terminologie nejčastějších preskripčních chyb. Dle zahraniční literatury jsou chyby v geriatrické preskripci klasifikovány do 3 oblastí:

1. Overprescribing, tj. nadužívání, resp. nadměrné užívání léků. Do tohoto okruhu zahrnujeme neoprávněnou indikaci léčiva, polypragmazi a podávání vysokých

- dávek léčiva. (Pozor, u řady léků se může jednat o tzv. dávku „standardní“, podávanou spíše ve středním věku).
2. Underprescribing, tj. podužívání léků. Zahrnuje situace, kdy přes prokázaný přínos není indikované léčivo seniorům podáváno anebo je poddávkováno.
 3. Inappropriate prescribing, tj. nevhodné předepisování léků. Tento problémový okruh se soustřeďuje na užívání léčiv potenciálně rizikových ve stáří (z anglického inappropriate drugs, inappropriate medications). Zahrnuje dále širší problematiku lékových interakcí a interakcí lék – nemoc. (14)

Příčinou nadměrného užívání léčiv může být přítomnost chronického onemocnění postihujícího více orgánů (diabetes mellitus), dále situace, kdy pacient navštěvuje více lékařů, doplňuje svou léčbu volně prodejnými přípravky nebo kdy je nutno chronického pacienta léčit pro akutní onemocnění (infekci, koliku apod.)

Někdy je polyfarmacie-použití více léčiv v různých indikacích, nevyhnutelná. V případech, že má pacient více diagnóz a je dodržen správný klinický způsob jejich léčení, je nutno použít více léčiv. Z pravidla se tak děje u nemocných seniorů. Polyfarmacie s sebou přináší zvýšené náklady a současně je zvýšena pravděpodobnost vzájemné interakce některých podávaných léčiv. (12)

2.2.2 Faktory ovlivňující výsledný efekt farmakoterapie ve stáří

Farmakoterapie ve stáří je zvláště obtížná. Lékař kromě farmakologických znalostí musí daleko pečlivěji zvažovat i řadu nefarmakologických vlivů, které se ve středním věku příliš neuplatňují, ale u seniora mohou být příčinou non – compliance, neúčinnosti léčby nebo nežádoucích účinků. Mezi ně patří například funkční zdatnost pacienta a jeho soběstačnost. Ta ovlivňuje např. schopnost obstarat si léky a správně s nimi manipulovat – nakapání kapek, otvírání lahvičky, vytlačení tablety z blistru nebo zavedení čípku. Při předepisování léků u seniora sledujeme, zda pacient dobře vidí, slyší a rozumí naší instrukci či informaci v příbalovém letáku. Poruchy paměti a dalších poznávacích funkcí rozhodujícím způsobem ovlivní schopnost nemocného pravidelně a samostatně užívat léky a vzhledem k vysokému výskytu těchto poruch ve stáří je informace o existenci kognitivní poruchy pro další postup léčby klíčová. Dále je třeba při předepisování léků vzít v úvahu i sociální a ekonomickou situaci pacienta (osamělost, sociální izolace, schopnost doplácet na léky). Tyto faktory mohou významně ovlivnit complianci staršího pacienta. Až 30 – 50 % starších nemocných dělá chyby v užívání léků a 10 – 15 % předepsané léky neužívá. Proto

je třeba compliance sledovat, popřípadě získat potřebné informace i od pečovatelů. Farmakologickou compliance zlepšíme snížením celkového počtu předepsaných léků a užívaných denních dávek i předepsáním vhodné formy léku. Sociální compliance pak potencionujeme emfatickou komunikací, respektem k přáním nemocného i k jeho sociální situaci.(5)

2.2.3 Nežádoucí účinky léků

Jde o jakékoliv škodlivé účinky navozené léčivem podaným v běžných terapeutických dávkách. Často jsou v přímé souvislosti s polypragmazií a u osob starších 65 let se vyskytují třikrát častěji ve srovnání s mladšími věkovými skupinami. Vzhledem k polymorbiditě starých osob může dojít k nežádoucímu účinku proto, že lék nasazený k léčbě jedné nemoci vede ke zhoršení druhé. Většina literárních pramenů uvádí, že na nežádoucích účincích u starých osob se nejvíce podílejí tyto skupiny léků: analgetika, kardiotonika, diuretika, perorální antidiabetika, antikoagulancia, kortikoidy.(21)

2.2.4 Změny farmakokinetiky

Farmakokinetika je ovlivněna především věkově podmíněnými biologickými a fyziologickými změnami ve struktuře a funkci orgánů a přidruženými chorobami. Dochází ke změnám na všech svých úrovních – absorpce, distribuce, biotransformace, eliminace. (2)

Vstup léčiva do organismu a jeho resorpce:

Po podání léčiva per os často dochází k pomalejšímu nebo špatnému vstřebávání (změny sliznice, acidity, peristaltiky), tyto faktory jsou ve stáří velmi často patologické. Resorpci jednoho léčiva může často narušit a ovlivnit souběžné podání jiného farmaka.

Transport léčiv a jeho distribuce:

Vazebným nosičem léčiv jsou plazmatické bílkoviny. U seniorů je velmi často snížena celková hladina bílkoviny. V důsledku toho je snížena vazebná kapacita a jen menší část léčiva se váže na povrch nosiče a zvyšuje se podíl volné frakce léčiva v krvi nebo tkáních. Samozřejmě při podání několika léčiv může dojít ke konkurenci o bílkovinný nosič a o vytěsnění jednoho léčiva druhým, čímž dojde k opětovnému zvýšení plazmatické hladiny nevytěsněného léčiva a tím dojde k zesílení jeho farmakologického účinku. U stárnoucího organismu postupně ubývá vody, její podíl klesá až na 60% tělesné

hmotnosti, dále je snížen podíl aktivní tělesné hmoty a naopak se zvyšuje podíl tukové tkáně na tělesné hmotnosti. Tyto rozdíly vedou ke změnám v distribuci léčiva. Ve vodě rozpustná léčiva budou mít u starých osob při stejném dávkování vyšší plazmatické koncentrace, naopak léčiva rozpustná v tucích budou mít plazmatickou koncentraci nižší.

Biotransformace léčiv:

Biotransformace léčiv souvisí úzce se vstupem léčiva do organismu a s jeho resorpcí. Zároveň pokud je narušen metabolismus pacienta, dochází i ke změnám v metabolismu léčiva (např. neprosperita při srdečním selhání, zrychlená pasáž při střevním onemocnění, onemocnění jater, apod.)

Vylučování léčiva:

Ve stáří je funkce ledvin, kde se většina léčiv a jejich metabolitů vylučuje, snížena, a proto dochází ke sníženému vylučování léčiva touto cestou a následkem toho ke kumulaci léčiva v organismu (např. digoxin). Dále se léčiva vylučují cestou enterohepatální a intenzivní biotransformace probíhá právě v játrech. Poškození jaterního parenchymu může závažně ovlivnit odbourávání léčiva. U lidí s renální insuficiencí a s poruchou jaterních funkcí se musí používat redukční schémata při dávkování léčiv.

Reakce organismu na léčiva:

U stárnoucího organismu postupně ubývá vody (její objem v organismu klesá na 60 % tělesné hmotnosti). Zpomaluje se látková přeměna, mění se metabolismus a dochází ke změnám receptorů u cílových tkání. Snižuje se nejenom chuť k jídlu, ale také ochabuje trávení. Je nižší pohotovost střevního epitelu vstřebávat živiny i podané medikamenty, často se setkáváme s defektním chrupem, které jistě společně s váznuocím krevním oběhem přispívá ke vzniku malabsorpčního syndromu.

Reakce organismu na podanou farmakoterapii a lékové interakce:

S reakcí organismu na léčiva souvisí i interakce léčiv, kdy dochází k vzájemnému ovlivňování léčiv (potenciace účinku, oslabení nebo úplné rušení účinku). Na druhé straně reakce organismu na léky může být paradoxní, (např. očekáváme sedaci a dojde k aktivizaci) nebo se může objevit nežádoucí či vedlejší účinek léčiva. K nežádoucímu účinku dochází tehdy, poškozuje-li léčivo organismus, přestože bylo podáno v terapeutické

dávce. Vedlejší účinek léčiva v zásadě nepoškozuje organismus, může být pouze nepříjemností komplikující danou léčbu.

Vlastní podání léčiva:

Při podávání léčiva se musíme rozhodnout, jaký druh léčiva podáme, jakou dávku, kdy zahájíme podávání, případně v jakém cyklu, a jaký způsob aplikace léčiva zvolíme. Nevhodné je pak poddávkování léčiva, tak překročení dávky do toxických koncentrací. Ve stáří je ovšem více nebezpečné předávkování než poddávkování léčiva. V geriatrické praxi je doporučováno začínat léčbu nejmenšími ještě účinnými dávkami, dávku vyfiltrovat, eventuálně volit kombinaci dvou léčiv s nižší koncentrací na úkor jednoho, kdy vyšší hladina léku by byla za daných okolností toxická. Z hlediska gerontologického pacienta je nutné dávkování co nejvíce zjednodušit a řádně vysvětlit, případně přehledně zapsat, zvážit nutnost podání každého léčiva, zvážit předpokládaný přínos farmakoterapie proti rizikům. Dávky omezit co nejracionálněji. Farmakoterapie ve stáří by měla být moderní, jednoduchá, individuální a účelná. Toto myslím, vždy splněno úplně není. Pacienti často berou velké množství léků, jsou jim předepisovány léky staré a stále stejné kombinace. (6)

2.2.5 Změny farmakodynamiky

Farmakodynamikou rozumíme citlivost cílových tkání na léčivo danou množstvím a citlivostí receptorů, ale i přítomností patologie v cílovém orgánu nebo v orgánech vzdálených.

Se stoupajícím věkem dochází ke zhoršování homeostatických mechanismů udržujících např. vzpřímený stoj, oběhovou reakci ortostázu, termoregulaci, funkci hladkých svalů, odpověď na hypoxii a integritu kognitivních funkcí. (2)

2.2.6 Nevhodná léčiva ve stáří

Některé léky běžně podávané ve středním věku mají z výše uvedených důvodů ve stáří více rizik a možných NÚ, případně existuje bezpečnější alternativa. Podle těchto kritérií byla panely expertů navržena skupina léků, jejichž chronické podávání představuje pro pacienta zvýšené riziko, které převažuje nad přínosem léčby. Proto by podávání léků z této skupiny starým nemocným mělo být omezeno, respektive pečlivě zvažována jejich indikace. Pokud jsou některé z těchto léků podávány, pacient musí být velmi pečlivě monitorován. Pro tuto heterogenní skupinu léků se vžilo označení „léky nevhodné ve stáří“ („inappropriate drugs“). Podrobně jsou jednotlivé léky a jejich potenciální rizika uvedena v

tabulce. Tyto léky by měly být vyhrazeny pouze pro specifické situace. Jejich podávání je racionální u pacientů netolerujících bezpečnější léčbu nebo kde bezpečnější léčiva nebyla dostatečně účinná. V případě užití potenciálně nevhodných léčiv je nutné pravidelně revidovat terapii a věnovat velkou pozornost situacím, které mohou vést k toxicitě léčiva.

(5)

Tabulka č. 2 : Nevhodná léčiva ve stáří

Léčiva/léková skupina	Poznámka, riziko
Antidepresiva tricyklická	Významný anticholinergní účinek, riziko sedace, ortostatické hypotenze a arytmií. SSRI představují bezpečnější alternativu.
Barbituráty	Významná sedace, návykovost, nevhodné především krátkodobě působící (pentobarbital, sekobarbital).
Benzodiazepiny	Riziko sedace, návykovost, nevhodné léky s dlouhým poločasem (diazepam, flurazepam, chlórdiazepoxid), vhodnější krátkodobě působící benzodiazepin (oxazepam).
Antihypertenziva (reserpin, methyldopa)	Účinek na CNS - deprese, sedace, možnost bradykardie, existují bezpečnější hypotenziva.
Saluretika	Hydrochlorothiazid nepodávat dávku > 50 mg/d, doporučuje se denně 12,5 mg, nepodávat chlortalidon.
Digoxin	Jen výjimečně překročit dávku 0,125 mg/d, s výjimkou léčby síňových arytmií.
Anodyna (pentazocin, meperidin)	Zvýšené riziko NÚL na CNS (sedace, zmatenost, halucinace).
Fenylbutazon	Možné hematologické NÚ, existují bezpečnější NSA.
Indometacin	U indometacinu možný NÚL na CNS (delirium).
H2-blokátory	Při vyšších dávkách možné NÚL na CNS. U cimetidinu nepodávat > 900 mg/d déle než 12 týdnů, u ranitidinu > 300 mg/d déle než 12 týdnů.
Meprobamát	Sedace, návykovost, indukce deliria.
Propranolol	Existují bezpečnější beta-blokátory s nižší penetrací do CNS a vyšší beta-receptorovou senzitivitou.
Neuroleptika	Jen u psychotických symptomů, nepodávat konvenční neuroleptika (NÚL sedace, zmatenost, extrapyramidový syndrom), nepodávat haloperidol v dávce > 3 mg/d, thioridazin > 30 mg/d.
Disopyramid	Silný negativně inotropní účinek (potenciace srdečního selhání), anticholinergní účinek.
Metoklopramid	Epileptický paroxysmus, extrapyramidový syndrom.
Gastrointestinální spasmolytika a močová spasmolytika	Anticholinergní účinek, delirium, močová retence, opatrnost při dlouhodobém podání

2.3 Demografie společnosti

2.3.1 Definice demografie

Demografie je vědní obor, který zkoumá reprodukci lidských populací a podmíněnosti tohoto procesu. Objektem studia demografie jsou lidské populace, předmětem demografického studia je demografická reprodukce, která je chápána jako neustálá obnova lidských populací v důsledku procesu rození a vymírání. Tato přirozená obnova populace se označuje jako přirozená měna nebo též přirozený pohyb obyvatelstva.

S procesem demografické reprodukce jsou spojeny demografické události (jevy). Kromě narození, úmrtí a potratu se za demografické události považují i sňatek, rozvod, ovdovění, nemoc apod., neboť mají přímý vliv na proces porodnosti a úmrtnosti. Demografie studuje tyto demografické události jako hromadné jevy. Údaje z evidence nejprve metodicky upraví do procesů s cílem najít jejich pravidelnosti, krátkodobá kolísání i dlouhodobé trendy. (16)

2.3.2 Demografické pojmy

2.3.2.1 Porodnost

Porodnost neboli proces zrození, měří se různými ukazateli, z nichž nejjednodušší je hrubá míra porodnosti definovaná jako počet živě narozených dětí v určitém kalendářním roce na 1000 obyvatel středního stavu. Jinými ukazateli porodnosti jsou např. hrubá a čistá míra reprodukce, úhrnná plodnost, míry plodnosti podle věku.

2.3.2.2 Úmrtnost

Úmrtnost je druhý základní proces demografické reprodukce. Její intenzitu je možno měřit hrubou mírou úmrtnosti, což je počet zemřelých v kalendářním roce na 1000 obyvatel středního stavu, dále mírami úmrtnosti podle věku, kvocientem kojenecké nebo dětské úmrtnosti. Vzhledem k tomu, že hrubá míra úmrtnosti může být významně ovlivněna věkovou strukturou dané populace, provádí se její standardizace, kterou se vliv věkové struktury na intenzitu úmrtnosti odstraní, což je důležité zejména pro mezinárodní srovnání. Proces úmrtnosti neboli řád vymírání popisují nejlépe úmrtnostní tabulky. Jsou založeny na principu zjištění intenzity úmrtnosti v jednotlivých věkových ročnících u reálné populace, které se aplikují na arbitrárně zvolený kořen tabulky (násobek deseti

podle požadované přesnosti výpočtů) a sleduje se, jak z tohoto kořenu v důsledku intenzit úmrtnosti počty narozených ubývají až do věku, kdy již nikdo ze sledovaných nežije.

2.3.2.3 Naděje dožití

Výsledným ukazatelem úmrtnostní tabulky, která se zpravidla počítá pro obě pohlaví odděleně, a zároveň nejvýstižnějším ukazatelem úmrtnosti je **naděje dožití**.

Vystihuje předpokládaný počet, který má osoba x-letá v průměru ještě před sebou za předpokladu, že budou zachovány intenzity úmrtnosti podle věku, na základě kterých byla tabulka konstruována. Z úmrtnostních tabulek můžeme zjistit také pravděpodobnou délku života, což je věk, kterého se dožívá právě polovina z tabulkového počtu narozených, a normální délku života, tj. věk, ve kterém v dospělosti umírá největší počet osob. Naději dožití nelze zaměňovat s průměrným věkem žijících, což se někdy stává.

Naděje dožití je syntetický ukazatel úmrtnosti s širokou vypovídací schopností. Používá se i jako významný nástroj mezinárodní komparace životní úrovně, včetně konstruování tzv. ukazatele lidského rozvoje. "

Naděje dožití je vyšší pro ženy než pro muže. Rozdíl se označuje jako mužská nadúmrtnost. Stírá se pouze v nejhudších oblastech světa s nejkratší nadějí dožití nebo v oblastech s výraznou diskriminací žen. (1)

Závažný psychosociální důsledek mužské nadúmrtnosti je s věkem narůstající a ve stáří vysoká ovdovělost žen, která je podkladem gerontologického fenoménu osamělých starých žen. Ten se promítá nejen do atmosféry seniorských programů a zařízení, ale také do zdravotního stavu, do spotřeby zdravotnických a sociálních služeb, zvláště ústavních, ale i do úmrtnosti.

Poměr žen k mužům činí v ČR ve věkové skupině 60 - 64 let asi 1,2:1, ve věkové skupině 75 - 79 let asi 1,8:1, ve věkové skupině 90 a více let 3:1 a ve věku 100 a více let asi 4:1. (8)

2.3.3 Demografie ČR a její vývoj

Demografický vývoj od poloviny 20. do poloviny 21. století je dramatický a probíhá odlišně v zemích hospodářsky vyspělých a rozvojových.

Věkové složení populace je ovlivňováno také migrací, obdobími zvýšené úmrtnosti některých ročníků v důsledku válečných ztrát nebo epidemií, ale i dramaticky snížené úrovně porodnosti nebo naopak jejím zvýšením tzv. baby boom. Tyto populační vlny či zářezy ve věkové struktuře vystihují demografickou historii dané populace za posledních

100 let. V hospodářsky vyspělých zemích proces demografického stárnutí ovlivní hlavně populační vlny poválečných dětí narozených po roce 1945. To přinese po roce 2010 značné nároky na penzijní systémy i na organizaci a financování zdravotnických a sociálních služeb. (1)

2.3.3.1 Počet obyvatel

Česká republika měla k 31. 12. 2006 10 287,2 tis. Osob z toho 5 026 184 mužů a 5 261 005 žen. Demografický vývoj v roce 2006 byl poprvé za posledních 13 let charakterizován populačním přírůstkem, počet narozených totiž v tomto roce převyšoval počet zemřelých o 1 390 osob.

Kladný byl i přírůstek stěhováním (34 720 osob), který se ve srovnání s rokem předchozím jen mírně snížil a i nadále představuje hlavní faktor ovlivňující populační růst v Česku.

2.3.3.2 Natalita a mortalita

Došlo k dalšímu nárůstu porodnosti a poklesu úmrtnosti v roce 2006. Počet zemřelých v roce 2006 dosáhl 104 441 osob a poklesl tak o téměř 3 500 úmrtí oproti roku 2005. Na 1 000 osob připadalo 10,2 úmrtí. Z hlediska intenzity a po očištění od vlivu změny věkové struktury je zřejmé, že úmrtnost se v roce 2006 snížila o téměř 6 %, u žen výrazněji než u mužů. Počet živě narozených se oproti loňskému roku zvýšil o 3,6 tisíce na 105 831. (7)

Tabulka č. 3 : Celkové počty narozených a zemřelých v letech 2001-2006 (10)

rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006
p. narozených	90 978	93 047	93 957	97 929	102 498	105 831
p. zemřelých	107 755	108 243	111 288	107 177	107 938	104 441

2.3.3.3 Střední délka života

Analytický ukazatel střední délky života dosahoval u mužů v roce 2006 hodnoty 73,4 let (nárůst oproti roku 2005 o 0,5 roku) a u žen 79,7 (nárůst o 0,6 roku).(7)

Tabulka č. 4 : Naděje dožití v letech 2001-2006 při narození (10)

rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006
muži	72,07	72,07	72,03	72,55	72,88	73,4
ženy	78,41	78,54	78,51	79,04	79,1	79,7

2.3.3.4 Stárnutí populace

Stárnutí věkové struktury české populace pokračovalo i v roce 2006. Podíl dětí do 15 let poklesl o 0,2 procentního bodu na současných 14,4 %, podíl osob ve věku 65 let a více se naopak o 0,2 procentního bodu zvýšil, podíl osob ve věku 15–64 let tedy zůstal neměnný. V současnosti je tak zastoupení obou neproduktivních složek populace vyrovnané (14,4 %) a na 1 dítě do 15 let připadá jeden senior starší 64 let. (7)

Demografické stárnutí populace, které lze charakterizovat zejména růstem relativního zastoupení osob ve věku nad 65 let, mělo doposud poměrně klidný průběh a jednalo se především o takzvané stárnutí zespoda věkové pyramidy. To znamená, že se snižoval podíl osob ve věku do 15 let, zatímco osob ve vyšším věku přibývalo pouze velmi pozvolně. Podle nejnovější projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050, kterou vypracoval český statistický úřad závěrem roku 2003, však již za dva tři roky začne počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, neboť se tohoto věku začnou dožívat početně silnější generace narozených po roce 1940. Na intenzitě nabere tento proces, jež bude charakteristickým rysem populačního vývoje České republiky v celé první polovině 21. století, v období 2011 - 2017, a to v důsledku přechodu silných poválečných ročníků přes tuto věkovou hranici. Relativní zastoupení osob nad 65 let v populaci poroste ale také díky poklesu počtu narozených. (11)

Tabulka č. 5 : Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věk. skupin, ČR, 2002-2050

	0-14	15-64	65+
2002	1 589 766	7 195 531	1 417 962
2005	1 487 148	7 302 144	1 446 681
2010	1 400 028	7 286 202	1 596 812
2015	1 426 352	7 011 496	1 864 146
2020	1 408 644	6 786 952	2 088 333
2025	1 346 384	6 669 506	2 201 310
2030	1 274 155	6 520 205	2 308 073
2035	1 219 739	6 337 422	2 399 918
2040	1 197 000	5 964 564	2 633 554
2045	1 190 477	5 569 751	2 862 020
2050	1 173 004	5 309 251	2 956 079

Tabulka č. 6 : Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věk. skupin, ČR, 2002-2050 (v %)

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

2.3.4 Srovnání demografických ukazatelů EU a ČR

Česká republika se na počtu obyvatel EU podílí 2 %, obdobně jako Belgie, Portugalsko, Řecko a Maďarsko a řadí se tak mezi populačně středně velké státy. Počtem obyvatel se jednotlivé členské státy EU mezi sebou liší velmi výrazně. Zeměmi s nejvyšším počtem obyvatel jsou Německo s 80 milióny obyvatel a dále Francie, Itálie, Velká Británie (každá zhruba 60 miliónů). V těchto zemích žije kolem 60 % obyvatel „evropské 25“ a připočteme-li k nim Španělsko a Polsko (obě země téměř 40 miliónů) zvyšuje se podíl obyvatel v šesti uvedených zemích na $\frac{3}{4}$. Naproti tomu dvě země, Lucembursko a Malta, nedosahují ani půl miliónu obyvatel a jejich obyvatelé dohromady představují 0,2 % populace EU 25. Méně než jedním procentem se dále podílejí (vzestupně seříděné) Kypr, Estonsko, Slovinsko, Lotyšsko, Litva a Irsko.

Charakteristickým rysem téměř pro celou Evropu se stalo stárnutí populace. Zvyšuje se podíl osob ve věku 65 let a více a podíl dětské populace klesá. Mezi zeměmi EU je zemí s nejvyšším podílem osob starších 64 let (18 %) a s nejnižším podílem dětí do 14 let (14 %) Itálie. Naopak věkově nejmladší zemí je Irsko, podíl dětské populace zde jako v jediné ze srovnávaných 16 zemí převyšuje 20 % a osoby ve věku 65 let a více představují 11 %.

Ukazatelem pro porovnání věkové struktury je index stáří konstruovaný jako poměr počtu osob v poproduktivním věku a dětské složky populace. Pro mezinárodní srovnání se používá index stáří definovaný jako počet osob ve věku 65 let a více připadajících na 100

dětí ve věku 0 - 14 let. Hodnota tohoto ukazatele vyšší než 100 znamená, že počet osob starších 64 let převyšuje počet dětí. V rámci zemí EU byla hranice 100 překročena v Itálii, Španělsku, Řecku a Německu. Česká republika v důsledku nízké porodnosti patří k zemím s nejmenším podílem dětské populace, ale vzhledem k menšímu podílu osob ve věku 65 a více let se zatím neřadí k zemím s nejstarším obyvatelstvem. Podílem obyvatelstva v produktivním věku (15 - 64 let), ve výši 70 %, je ČR v rámci porovnávaných zemí na prvním místě.

Dalším rysem příznačným pro Evropu je nízká porodnost. Ze zemí EU nejnižší úroveň dosahují Německo, Itálie, Řecko, Rakousko a Španělsko. Počet živě narozených na 1 000 obyvatel v těchto zemích nepřekračuje hodnotu 10. Naopak nejvyšších hodnot dosahuje tradičně Irsko (14,2 v roce 2001) a s počtem kolem 13 následují Dánsko, Francie a Nizozemsko. V České republice připadá na 1 000 obyvatel 9 živě narozených, což nás řadí k zemím s nejnižší úrovní porodnosti.

Úmrtnostní poměry globálně charakterizuje střední délka života, tj. očekávaná délka dalšího života při dosažení určité věkové hranice. Z důvodů dobré srovnatelnosti je významným ukazatelem pro mezinárodní srovnání. Průměrná hodnota střední délky života při narození za EU 15 činila v roce 2000 u mužů 75,6 roku, u žen 81,7 roku, v porovnání s rokem 1990 došlo k nárůstu u mužů o 2,5 roku, u žen o 1,9 roku. Nejvyšších hodnot tohoto ukazatele dosahují tradičně muži ve Švédsku (téměř 78 let) a ženy ve Francii, Itálii a Španělsku (kolem 83 let). Tempo růstu střední délky života v České republice po roce 1990 bylo v rámci Evropy mimořádné. V období 1990 - 2002 došlo ke zvýšení u mužů o 4,6 roku, u žen o 3,3 roku. Přesto se pozice České republiky v rámci Evropy nemění, stále nedosahuje ani nejnižší hodnoty v zemích EU 15. Rozdíl mezi průměrem EU 15 a Českou republikou se snížil, ale stále je zhruba 3 roky. Za zeměmi s nejvyššími hodnotami střední délky života při narození zaostáváme u mužů zhruba o 5 let, u žen o 4 roky. V rámci střední a východní Evropy zaujímáme druhé místo za Slovinskem. Rozdíl mezi pohlavími se v dlouhodobém vývoji zmenšuje, ovšem stále překračuje 6 let. Podle posledních dostupných dat ženy v České republice žijí o 6,6 roku déle než muži a ženy v EU 15 o 6,1 roku.(9)

2.3.5 Základní důsledky stárnutí obyvatelstva

1. Ekonomické důsledky – je třeba tvořit vyšší národní důchod ekonomicky aktivními osobami. Stále se zvyšují výdaje na zajištění potřeb, a to nejenom starých lidí.
2. Sociálně-zdravotní důsledky - stárnutí obyvatelstva vede k vyšší nemocnosti a zvýšené potřebě zdravotní a sociální péče. V české populaci trpí chronickou chorobou asi 80% osob starších 60 let.
3. Sociologické důsledky - problémy vznikají v zabezpečování práv a potřeb seniorů, jejich společenské roli a postavení v rodině, v řešení bydlení, stravování, aktivit v době jejich volného času, soběstačnosti, zdravotního stavu a kvality života (3)

S demografickým stárnutím souvisí širší spektrum problémů. K nejzávažnějším problémům patří, že vznikne mohutná skupina ekonomicky závislé populace se specifickým životním stylem a specifickými potřebami v oblasti spotřeby, zdravotní péče, bydlení. (17)

Jeden z problémů vycházející ze zvýšeného počtu starých osob a prodlužující se naděje dožití je rostoucí počet osob odkázaných na nákladnou zdravotní péči. Díky stoupající úrovni zdravotní péče přežije mnoho lidí závažná onemocnění či úrazy a vrátí se do aktivního a soběstačného života. S rostoucím věkem je tento návrat do normálního života méně pravděpodobný a kvalitní zdravotní péče pomáhá prodloužit neaktivní život vyžadující často nákladnou zdravotní péči. Rozsah poskytované péče a kapacita zdravotnických zařízení při zachování srovnatelné kvality bude muset nevyhnutelně vzrůst spolu s nárůstem počtu starších osob, což povede k výraznému zvýšení nákladů na zdravotnictví. Vzniká tak nebezpečí zhroucení systému zdravotního pojištění při zachování stávající sazby, kdy náklady značně převýší příjmy zdravotních pojišťoven. (11)

Proces stárnutí vzbuzuje obavy ze zpomalení ekonomického vývoje. Hlavním důvodem těchto obav by mohl být nedostatečný příliv nových mladých kohort na trh práce a stárnoucí pracovní síla, která by mohla mít nižší potence ekonomických inovací, profesní a zaměstnanecké mobility a obecně řečeno, mohla by být celkově méně produktivní. Rostoucí počty starších obyvatel vzbuzují obavy, zda ekonomická zátěž ze zvyšujících se objemů starobních důchodů a výdajů na zdravotní zabezpečení bude vůbec zvládnutelná.

Řešení tohoto demografického problému je v podstatě trojí:

1. prostřednictvím vyššího ekonomického růstu
2. prostřednictvím snížení reálné výše důchodů a redukce životní úrovně důchodců
3. prostřednictvím zvýšení důchodového věku, které povede k vyššímu podílu starých osob v ekonomicky aktivní populaci

První dva body jsou velmi obtížné a jen těžko proveditelné, a proto se nejspíše jeví bod třetí, tedy zvýšit aktivitu starších lidí. (17)

2.3.6 Aktivní stáří

Zvýšení ekonomické aktivity a zaměstnanosti je klíčovou strategií k řešení ekonomických výzev spojených se stárnutím populace. Problémem stárnutí populace není ani tak jeho dopad na ekonomiku, jako spíše jeho interakce se situací na trhu práce a charakteristikami penzijního systému.

Lidé musí být zdravější a spokojenější, aby byli schopni a ochotni zůstat déle v zaměstnání. Měli by být připravováni pro delší a flexibilnější kariéru a aktivní přístup k rozvoji svých dovedností.

Ekonomická aktivita starších osob je přínosem pro kvalitu života těchto osob, jejich rodiny a pro celou společnost. Přispívá k vyšší životní úrovni ve stáří. Pracovní život je zdrojem spokojenosti, identity, sociálního statusu, uznání, sebeúcty a sociálních vztahů. Možnost svobodně si zvolit ukončení nebo pokračování pracovní aktivity by měla být dostupná pro všechny, bez ohledu na věk, pohlaví, zdravotní postižení, barvu pleti či jiný důvod.

Přechod mezi ekonomickou aktivitou a ekonomickou neaktivitou by měl být více flexibilní (15). Skupina starších občanů je velmi různorodá a každý se cítí staře v jiném věku. Každý by měl individuálně zvážit svůj zdravotní stav, psychický stav, zda má dostatek sil, způsob vykonávané práce. Na odchod do důchodu může mít také vliv rodina, myslím si, že ženy často odcházejí do důchodu kvůli pomoci svým dětem a vnoučatům.

Dále by důchodový věk neměl stavět jedince před volbu pouze mezi dvěma možnostmi, mezi úplným odchodem z trhu práce a plným setrváním na trhu práce. Starší osoby mohou setrvat déle na trhu práce, pokud k tomu dostanou příležitost a budou pro ně vytvořena kvalitní pracovní místa. Reforma trhu práce musí probíhat v souladu s reformou důchodového systému. Zvýšení důchodového věku musí být doprovázeno komplexními opatřeními ke zvýšení zaměstnanosti starších osob, k prodloužení pracovního života a ke

snížení nezaměstnanosti starších osob. Žádoucí je rovněž zlepšení zdraví zaměstnanců prostřednictvím zlepšení pracovních podmínek, podpory zdraví na pracovišti a zvýšením kvality práce. Celková úroveň zaměstnanosti, kvalita a produktivita práce a její prodloužení je pro udržitelnost financování důchodového systému významnější než samotné poměry věkových skupin v populaci a demografické indexy závislosti (15).

Vyřazování starých lidí z pracovních sil tak přispívá k tomu, že se na staré lidi pohlíží jako na slabé, neužitečné a závislé, s tendencí vylučovat je ze společenského dění a v podstatě od nich nic neočekávat. Toto vše může vést až k diskriminaci starých osob. Odchod do důchodu je v mnoha případech traumatizující záležitostí, dochází ke ztrátě životní role, životního programu.

Všechny tyto skutečnosti naznačují, že z mnoha hledisek by pro mnohé seniory mohlo být výhodnější, kdyby pracovali do pozdějšího věku. (17)

2.4 Strategie péče o stárnoucí populaci

2.4.1 Zdravé stárnutí

Nezvratným faktem zůstává, že Evropa je nejstarším kontinentem, kde proces stárnutí probíhá nejrychleji, a předpokládá se, že podíl populace starší 60 let bude v roce 2020 činit přibližně čtvrtinu a do roku 2050 se přiblíží téměř třetině obyvatel.

Vzhledem k tomu, že 18 ze 20 zemí s nejvyšším podílem stárnoucího obyvatelstva na světě se nachází právě v evropském regionu Světové zdravotnické organizace, je péče o seniory velmi významnou oblastí zdravotní strategie této organizace při naplňování programu Zdraví 21 jako osnovy péče o zdraví populace v 21. století. Jedním z cílů programu je tzv. zdravé stárnutí, kdy je kladen důraz na koncepční přístup ke zdravotním a sociálním službám a na programy, které posilují bezpečnost občanů ve společnosti.

Vychází z faktu, že stárnutí je zcela přirozený a fyziologický proces, při kterém dochází v organismu k mnoha změnám. Zahrnuje vytvoření podmínek pro lidi ve věku nad 65 let pro možnost plného využívání jejich zdravotního potenciálu a aktivního života ve společnosti, pro prodloužení alespoň o 20 % celkové střední délky života a střední délky života bez zdravotního postižení a zvýšení podílu nejméně o 50 % osob nad 80 let věku, jež dosahují v domácím prostředí takové úrovně zdraví, která jim zajišťuje uchování soběstačnosti, sebeúcty a místa ve společnosti. (18)

2.4.2 Celospolečenský program

Vláda České republiky schválila Národní program na stárnutí na období let 2008 – 2012. Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 a na zkušenosti s jeho realizací. Stanovuje priority a opatření na pět let. V roce 2012 bude vyhodnocen a revidován. Stanovené základní prioritní směry by však měly mít dlouhodobější platnost. (15)

Jedná se o strategický dokument, jehož cílem je reagovat a uskutečňovat změny v souvislosti s potřebami a problémy starších lidí. Národní program je celospolečenským programem. Vytváření společnosti vstřícné ke stáří a starším lidem je úkolem pro každého jednotlivce, rodiny, komunity, organizace zaměstnavatelů a zaměstnanců, soukromé podniky, občanská sdružení, odbornou a akademickou veřejnost a další součásti společnosti.

Tento program navazuje na dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, především na Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Vídeň 1982, Madrid 2002) a Zásady OSN pro starší osoby (1991). Národní program vychází z respektování lidských práv a jasně definovaných etických východisek, z důrazu na nediskriminaci, právo na nezávislost a na občanská a sociální práva.

2.4.3 Cíle organizace péče o seniory

Mezi obecně platné cíle organizace péče o seniory v České republice patří:

1. rozšiřování ambulantní péče (primární a komunitní)
2. obecně zkracování hospitalizací na nejkratší možnou optimální dobu
3. minimalizace dlouhodobé, popřípadě trvalé ústavní péče

V péči o ně platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být poskytovány současně. V posledních letech u nás dochází k výrazné geriatrizaci ošetrovatelství a medicíny, proto se musí struktura zdravotnických zařízení, charakter péče i spektrum poskytovaných sociálních služeb přizpůsobit starým a většinou nemocným lidem. Zkracuje se hospitalizace, omezují se dlouhodobé a trvalé ústavní pobyty, rozvíjí se nové netradiční formy péče o staré občany.

Cílem jakékoli gerontologické (geriatrické) péče, včetně péče ošetrovatelské, je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné. Sestry poskytují ošetrovatelskou péči starým nemocným v jejich vlastních domácnostech, v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, v ordinacích praktických lékařů, v agenturách domácí péče.

Zaměření jejich činnosti je různorodé a vychází z potřeb klienta – ošetrovatelka, edukátorka, manažerka, výzkumnice, konzultantka, obhájkyň práv nemocného, provozovatelka služeb. Postihnout roli sestry v péči o starého nemocného a zdravého člověka je obtížné, protože sestry pracují v různých podmínkách terénní, ambulantní a ústavní péče. Toto mnohostranné zaměření sesterských činností lze nazvat obecně komplexem sesterských činností.

2.4.4 Strategie 4xD

Koncepce zdravotně-sociální péče o seniory akceptuje velkou heterogenitu této populace. Z tohoto důvodu je nezbytný individualizovaný přístup k jejím potřebám. Institucionální i neinstitutcionální formy péče by měly vycházet z modifikace následujících principů, které byly deklarovány na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982. V návaznosti na ně byla koncipovaná základní strategie, zjednodušeně je označovaná jako 4xD. Komplexní péči o osoby vyššího věku je třeba:

- Demedicalizovat: Medicína má samozřejmou povinnost postarat se o staré lidi, ale problém celého stáří vyřešit nemůže. Zdravotníci by však měli být seznámeni nejen se svými jednoznačně artikulovanými kompetencemi, ale i s možnostmi následné péče, a to jak ve smyslu lékařském, tak psychologickém a sociálním. Akcent je kladen na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí a na autonomii.

- Deinstitutionalizovat: Péče o potřebné seniory by měla být realizovaná mimo instituce, samozřejmě nejlépe doma, i když třeba s intervencí zdravotnické nebo sociální pomoci. Pobyt starého člověka na lůžku v nejrůznějších institucích (léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy důchodců apod.) je často nutná, někdy vhodná, jindy však nadbytečná nebo vysloveně zbytečná. Prioritou je ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, dále rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb a podpora integrace seniora do společnosti.

- Desektorizovat (deresortizovat): Je třeba opustit představu, že jeden nebo dva resorty (zdravotnictví a sociální služby) pokryjí všechny opodstatnělé potřeby starších a starých nemocných lidí. Opak je pravdou – každý resort lidské činnosti může přispět k řešení dílčích problémů lidí: např. výrobou a prodejem vhodných potravin, obuvi, šatstva, speciálních pomůcek, vydáváním časopisů a knih, bezbariérovými přístupy na úřady, městskou hromadnou dopravou.

- Deprofesionalizovat: Na péči o staré lidi se samozřejmě musejí podílet určité jednoznačně definované profese (zdravotní sestra, lékař, sociální pracovník, pečovatel ad.), ale nikomu z těch, kteří jsou ochotni a schopni participovat na péči, by nemělo být bráněno v prospěšných aktivitách. Koordinace nejrůznějších typů pomoci je však žádoucí – podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví. (18)

2.4.5 Anti - aging

Anti-aging, neboli medicína proti stárnutí je nový, dynamicky se rozvíjející obor. Vznikla v roce 1992, kdy se v USA sešla skupina dvanácti lékařů, aby s ohledem na prodlužující se věk a vysokou nemocnost ve stáří prodiskutovala široce rozvětvenou škálu nových objektů směřujících k identifikaci mechanismů stárnutí a náchylnosti ke stařeckým chorobám.

Medicína proti stárnutí představuje lékařskou specializaci založenou na aplikaci pokrokových vědeckých a lékařských technologií, které vedou k prevenci, léčbě a nápravě dysfunkcí spojených se stárnutím. Snaží se o omlazení lidského organismu zevnitř i navenek.

Anti-aging medicína je lékařskou specializací, která se snaží o cílenou preventivní diagnostiku a preventivní individuální komplexní terapii. Cílem medicíny 21. století je prevence a dosažení co nejlepšího možného zdravotního stavu každého jednotlivce. Od prenatální péče až po nejvyšší věk. Výsledkem má být spokojený a kvalitní život zahrnující nezávislost, soběstačnost a užívání si „zdravého aktivního stáří“.

Není konkurencí geriatric, ani se nejedná o dermatologický směr. Jedná se o nadstavbový obor, který zachycuje všechny věkové kategorie, protože jejím základem je péče o vlastní zdraví od útlého věku a pozitivní ovlivnění životního stylu každého člověka.

Anti-aging medicína je v České republice zastřešena prestižní Asociací medicíny proti stárnutí ČR (AMPS ČR) a na Slovensku (AMPS SR). AMPS spolupracuje s mezinárodními organizacemi WOSAAM (World Society of Anti – Aging Medicine) a EUROSCIA (European Organisation of Scientific Anti- Aging Medicine)

Stále se rozvíjí a rychle reaguje na nové objevy vědeckého výzkumu. Cílem medicíny proti stárnutí není jen prodloužení individuálního lidského života, ale rovněž zajištění, aby měl člověk v těchto letech navíc ze života radost, aby byl produktivní a vitální. Vyvrcholením úsilí medicíny proti stárnutí by bylo úplné odstranění období, kdy je člověk závislý na ostatních (19).

Mezi nejčastěji využívané diagnostické postupy AAM patří biochemický a hormonální screening, měření biologického věku orgánů, hodnocení antioxidační kapacity, potravinových intolerancí, vyšetření mozkových neurotransmiterů, kožní diagnostiku a další. Součástí anti - agingových programů jsou i sportovní aktivity, relaxační programy doplněné o postupy korektivní dermatologie. (12)

3. Metodická část

Vlastní průzkum jsem prováděla v období měsíce listopadu a prosince v České Třebové. Data z mých dotazníků jsem spojila s daty zjišťovanými ve stejném období ve městě Hořice a Dvůr Králové.

Údaje jsem zjišťovala pomocí dotazníku, nazvaném Senioři a léky, který byl sestaven na Katedře sociální a klinické farmacie FaF UK. Tvořilo ho 17 otázek. Prvních pět otázek poskytovalo základní informace o seniorech (pohlaví, vzdělání, věk, zabezpečení a jestli respondenti využívají pečovatelské služby). Další otázky se týkaly léků, které si pacienti nechávají předepsat a kolik za ně doplatí nebo léků, které si sami kupují a kolik za ně utratí, otázek samoléčby, srozumitelnosti příbalových letáků, vlivu reklamy, dále vztahu pacient-lékař, pacient - lékárník.

Údaje jsem získávala nejčastěji formou rozhovoru přímo v lékárně nebo v čekárnách lékařů. Respondenti si většinou mohli zvolit z několika nabídnutých variant odpovědí. Dotazníky byly vyplňovány anonymně. Většina dotazovaných spolupracovala velmi ochotně a dotazníky vyplňovala svědomitě. Snažili se údaje uvést co nelépe a nejpravdivěji. Někdy se objevily nějaké problémy, např. zapomenutí názvů léků, síly nebo velikost balení. Celkově jsem oslovila 150 seniorů, z toho 90 žen a 60 mužů. Přesné znění dotazníku je uvedeno v příloze.

K vlastnímu vyhodnocení jsem používala program Microsoft Excel. Takto zpracované výsledky jsem odeslala statistikovi, který je vyhodnotil dle různých závislostí. Věnoval se především výši doplatků za léky na předpis a za léky volně prodejné ve vztahu k věkové struktuře, k finančnímu zabezpečení. Dále vyhodnotil nejčastěji předepsané a zakoupené léky.

Výsledky zjištěné v průzkumu v České Třebové, v Hořicích a ze Dvora Králové jsem spojila, protože větší skupina respondentů poskytne přesnější údaje.

V této diplomové práci se v rámci vyhodnocení zabývám především volně prodejnými léky a doplatky za ně, léky na předpis jsou vypracovány v diplomové práci J. Andrlové.

4. Výsledky dotazníků

4.1 Charakteristika respondentů

4.1.1 Pohlaví respondentů

Tabulka č. 7 : Počet a procento respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Počet	%
ženy	190	63,3
muži	110	36,7

Z celkového počtu dotazovaných osob bylo 190 žen a 110 mužů, v procentuálním vyjádření je poměr mužů a žen 63,3% : 36,7%.

4.1.2 Vzdělání respondentů

Tabulka č. 8 : Počet a procento respondentů dle vzdělání

Vzdělání	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
základní	90	47,4	39	35,5	129	43,0
střední	86	45,3	49	44,5	135	45,0
vysokoškolské	14	7,3	22	20,0	36	12,0

Celkově nejvíce respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání, konkrétně 45 %, základní vzdělání získalo 43% a nejméně respondentů ukončilo vysokoškolské vzdělání, pouze 12%.

4.1.3 Finanční zabezpečení

Tabulka č. 9 : Počet a procento respondentů dle finančního zabezpečení

Finanční zabezpečení	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
starobní důchod	174	91,6	93	84,6	267	89,0
invalidní důchod	4	2,1	4	3,6	8	2,7
další příjem	12	6,3	13	11,8	25	8,3

Nejvíce dotazovaných využívá starobní důchod, celkově se jednalo až o 89 %, (ženy 91,6 % a muži 84,6 %). Invalidní důchod a další příjem byl v zastoupení minimální.

4.1.4 Věk respondentů

Tabulka č. 10 : Počet a procento respondentů dle věkových skupin

Věk	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
60 - 64 let	53	27,9	39	35,5	92	30,7
65 - 69 let	45	23,7	21	19,1	66	22,0
70 - 74 let	36	18,9	23	20,9	59	19,7
75 a více let	56	29,5	27	24,5	83	27,6

Věkové rozložení ve všech skupinách bylo téměř vyrovnané. Větší zastoupení měla 1. a 4. věková skupina.(1.skupina 30,7 % a 4.skupina 27,6 %).

4.1.5 Pečovatelské služby

Tabulka č. 11 : Počet a procento respondentů dle využití pečovatelských služeb

Pečovatelské služby	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
ano	8	4,3	3	2,7	11	3,7
zčásti	17	8,9	5	4,5	22	7,3
ne	165	86,8	102	92,7	267	89,0

89 % všech respondentů pečovatelské služby nevyužívá. Ostatní je využívají buď zčásti nebo vůbec.

4.1.6 Využití léků

Tabulka č. 12 : Počet a procento respondentů dle využití léků

Léky minulý měsíc	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
ano	176	92,6	94	85,5	270	90,0
ne	14	7,4	16	14,5	30	10,0

90% všech respondentů uvedlo, že jim byly předepsány některé léky za poslední měsíc. Pouze 10 % respondentů žádné léky nebralo.

4.1.7 Srozumitelnost příbalových letáků

Tabulka č. 13 : Počet a procento respondentů dle porozumění příbalovým letákům

Příbalové letáky	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
rozumím všemu	39	35,5	24	21,8	63	21,0
spíše rozumím	99	52,1	56	51,0	155	51,7
spíše nerozumím	8	4,2	0	0	8	2,7
nerozumím	0	0	0	0	0	0
nehodnotím	44	23,2	30	27,2	74	24,6

Nejčastěji respondenti uváděli, že příbalovým letákům spíše rozumí. Uvedli to jak muži, tak ženy, celkově 51,7% Odpověď, že letákům nerozumí, nevedl žádný respondent.

4.2 Respondenti a léky

4.2.1 Samoléčení

Tabulka č. 14 : Počet a procento respondentů dle samoléčby

Samoléčení	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
ano	61	32,1	38	34,5	99	33,0
někdy	73	38,4	43	39,1	116	38,7
ne	56	29,5	29	26,4	85	28,3

33 % všech respondentů se samoléčí, 38,7 % všech dotazovaných odpovědělo, že se někdy samoléčí a 28,3 %, že se sami neléčí.

4.2.2 Volně prodejné léky

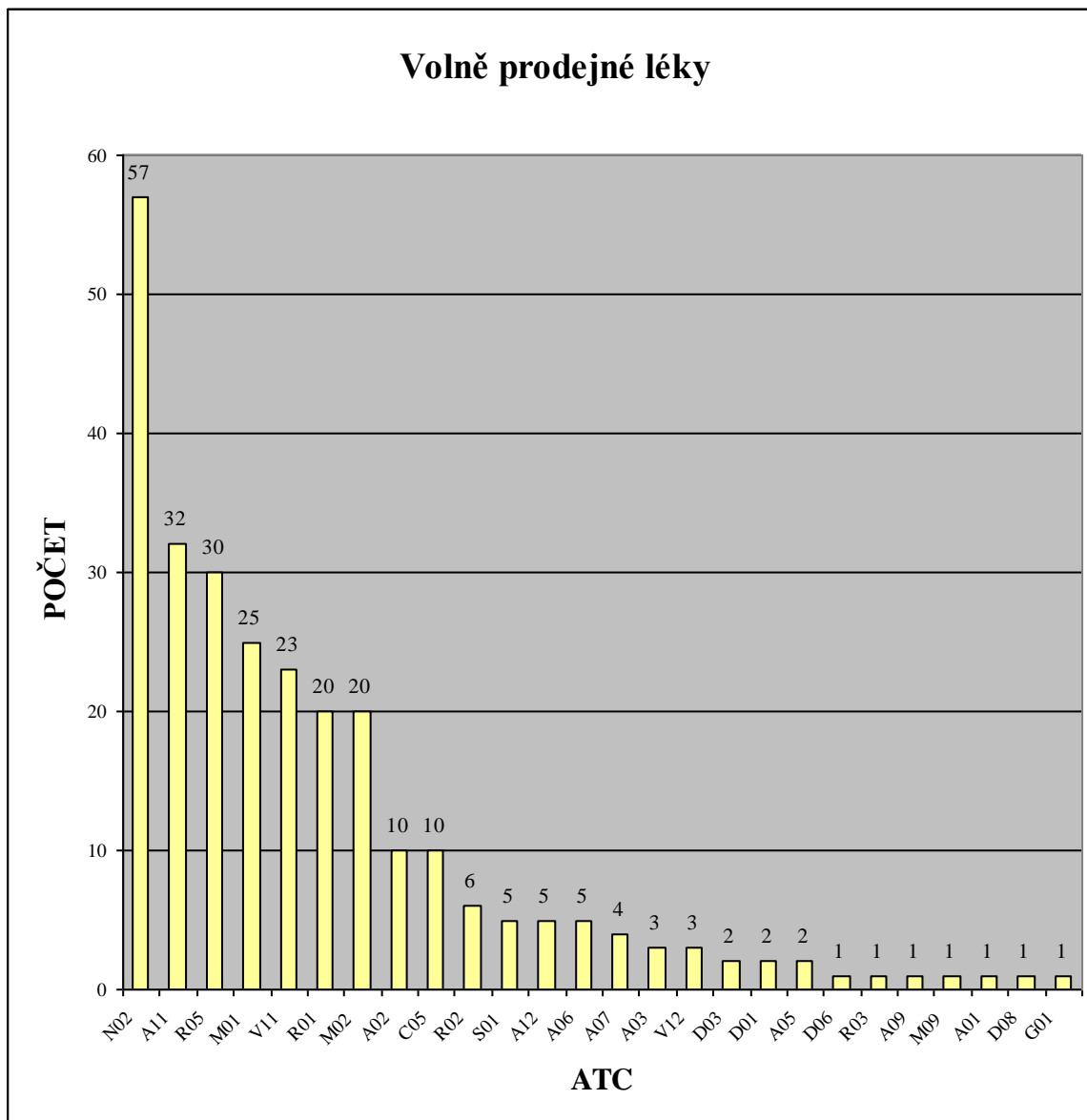
Mezi nejčastěji zakoupené léky patří léčiva z ATC skupiny N02-analgetika. Celkově si je zakoupilo 57 respondentů. Na druhém místě se umístila léčiva z ATC skupiny A11-vitaminy, ty si zakoupilo 32 respondentů. Na třetím místě byla léčiva z ATC skupiny R05-léky proti nachlazení, které si koupilo 25 respondentů.

Dále se jednalo o léky ze skupiny M01 (protizánětlivá a protirevmatická léčiva), V11 (varia), R01 (nosní léčiva), M02 (lokální léčiva k terapii bolestí svalů a kloubů), A02 (léčiva k terapii onemocnění s poruchou acidity), C05 (venofarmaka) a desátým nejčastěji zakoupeným lékem byla léčiva ze skupiny R02 (krční léčiva).

Tabulka č. 15 : 10 nejčastěji zakoupených léků dle ATC klasifikace

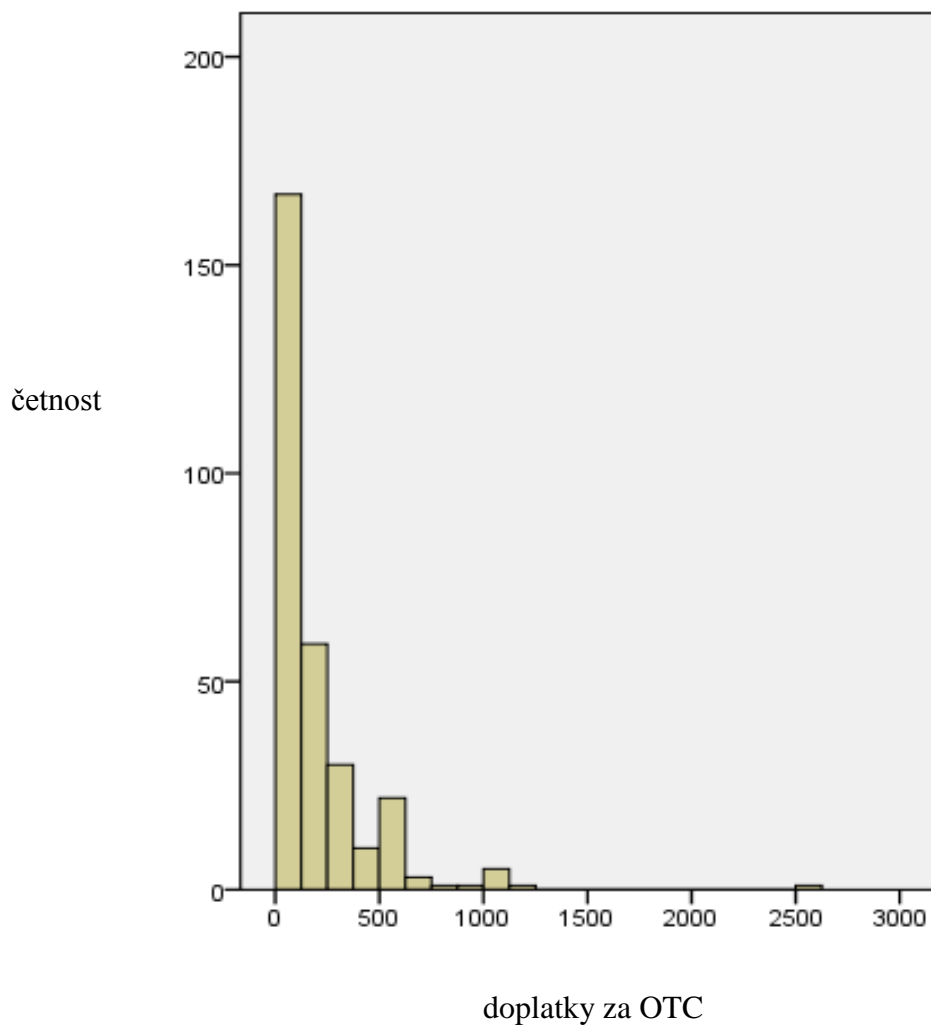
pořadí	ATC	počet
1	N02	57
2	A11	32
3	R05	30
4	M01	25
5	V11	23
6	R01	20
7	M02	20
8	A02	10
9	C05	10
10	R02	5

Graf č. 1 : Nejčastěji zakoupené léky dle ATC klasifikace za měsíc



5.2.3 Četnost doplatků za volně prodejné léky

Graf č. 2 : Doplatky za volně prodejné léky a jejich četnost

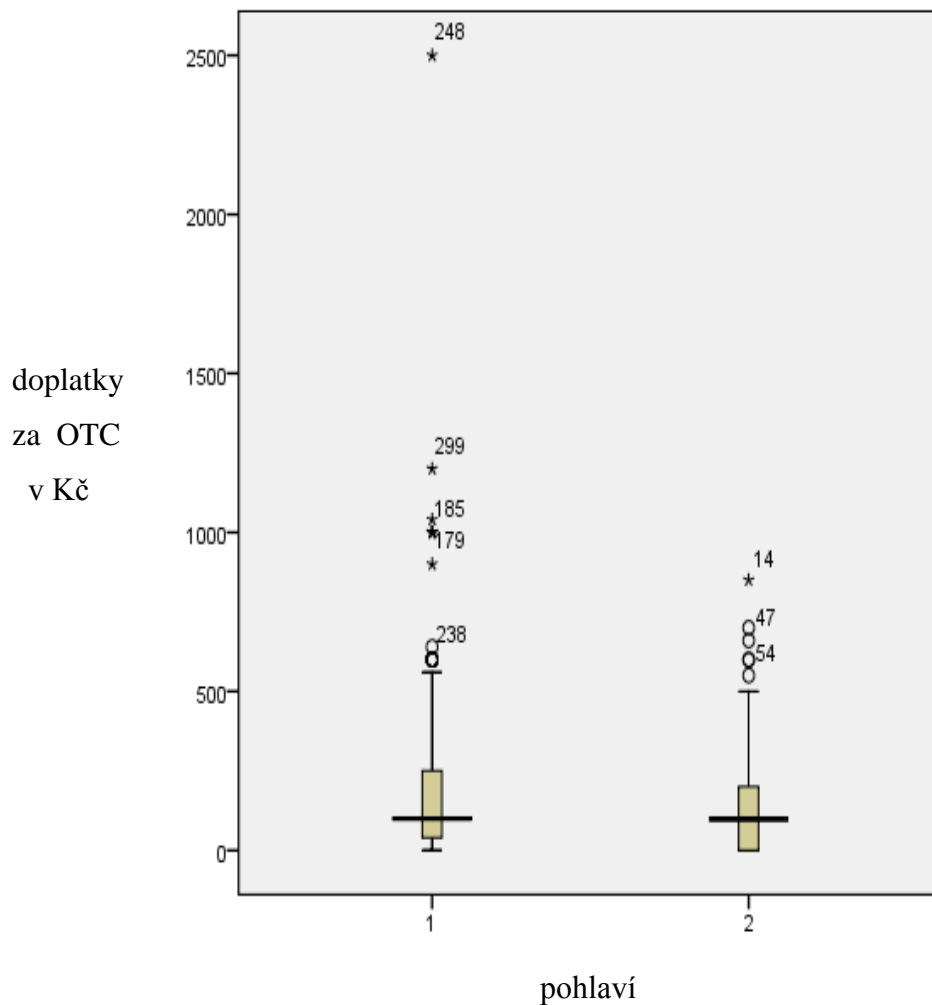


Průměrná hodnota těchto doplatků za měsíc činila 182 Kč. Výsledky jsou pro muže i pro ženy dohromady.

Někdy se objevily větší částky, okolo 1000 Kč, jednou byla hodnota až 2500 Kč.

5.2.4 Doplatky za volně prodejné léky

Graf č. 3 : Doplatky za volně prodejné léky v Kč



Zde je zobrazen přehled doplatků za volně prodejné léky v Kč, odděleně pro muže (2) a ženy (1). Nejčastější doplatky byly kolem 200 Kč a některé vyšší částky zaplatily především ženy.

5.2.5 Doplatky ve vztahu k finančnímu zabezpečení

V této tabulce jsou vyjádřeny průměrné ceny doplatků, směrodatné odchylky a počty respondentů. Výsledky jsou uvedeny odděleně pro muže a ženy. Vždy jsou uvedeny průměrné hodnoty za měsíc.

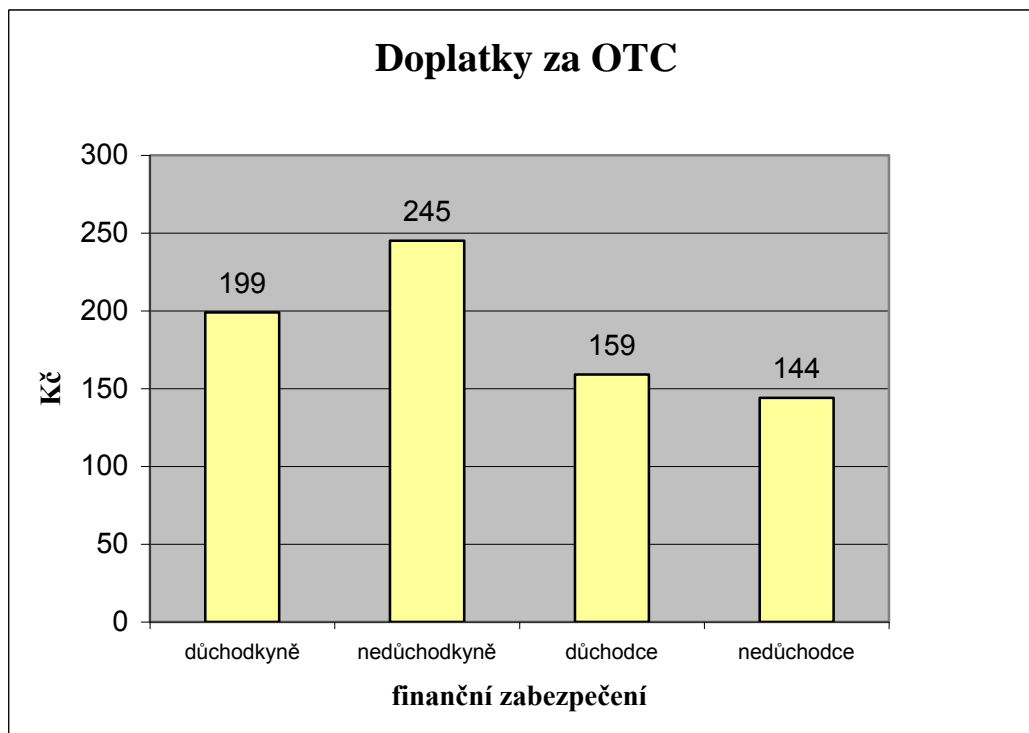
Z výsledků je patrné, že neexistují velké rozdíly mezi respondenty s důchodovým zabezpečením a respondenty s dalšími příjmy.

Za volně prodejné léky zaplatily ženy důchodkyně průměrně 199 Kč a nedůchodkyně 245 Kč. U mužů se objevily menší částky, důchodci zaplatili průměrně 144 Kč a nedůchodci 159 Kč.

Tabulka č. 16 : Doplatky za OTC léky v závislosti na finančním zabezpečení

Doplatky za OTC	pohlaví	finanční zabezpečení	průměr	směrodatná odchylka	počet
	ženy		důchodkyně	199	295
		nedůchodkyně	245	164	16
		celkem	203	287	190
muži		důchodce	159	178	93
		nedůchodce	144	183	17
		celkem	147	178	110

Graf č. 4 : Závislost finančního zabezpečení a doplatků za OTC



5.2.6 Doplatky ve vztahu k věkové struktuře

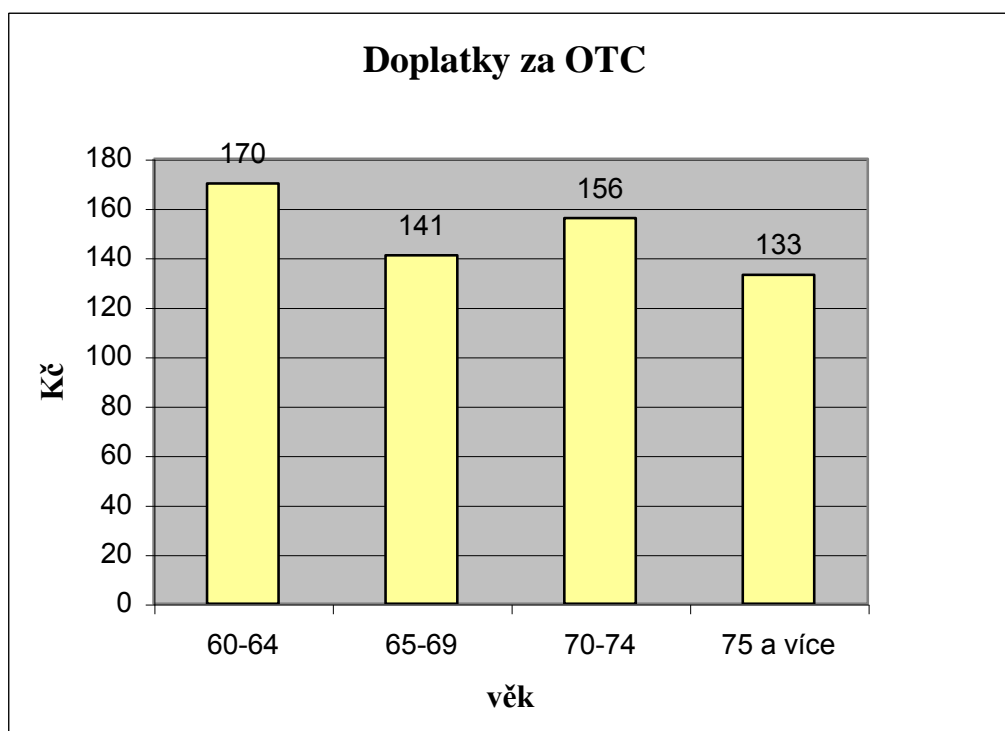
Další tabulka zobrazuje vztah doplatků k věkovým skupinám. Jsou zde zobrazeny průměrné hodnoty doplatků a počet jednotlivých respondentů dle věkových skupin. Jedná se o průměrné hodnoty za měsíc.

Nejvíce utratili nejmladší senioři, a to částku 170 Kč a nejméně utratili nejstarší senioři - částku 133 Kč.

Tabulka č. 17 : Doplatky za OTC léky dle věkových skupin

Doplatky za OTC	věk	počet	průměr
	60-64	92	170
	65-69	66	141
	70-74	59	156
	75 a více	83	133

Graf č. 5 : Doplatky za OTC dle věkových skupin v Kč



4.3 Respondenti a důvěra

4.3.1 Důvěra lékaři

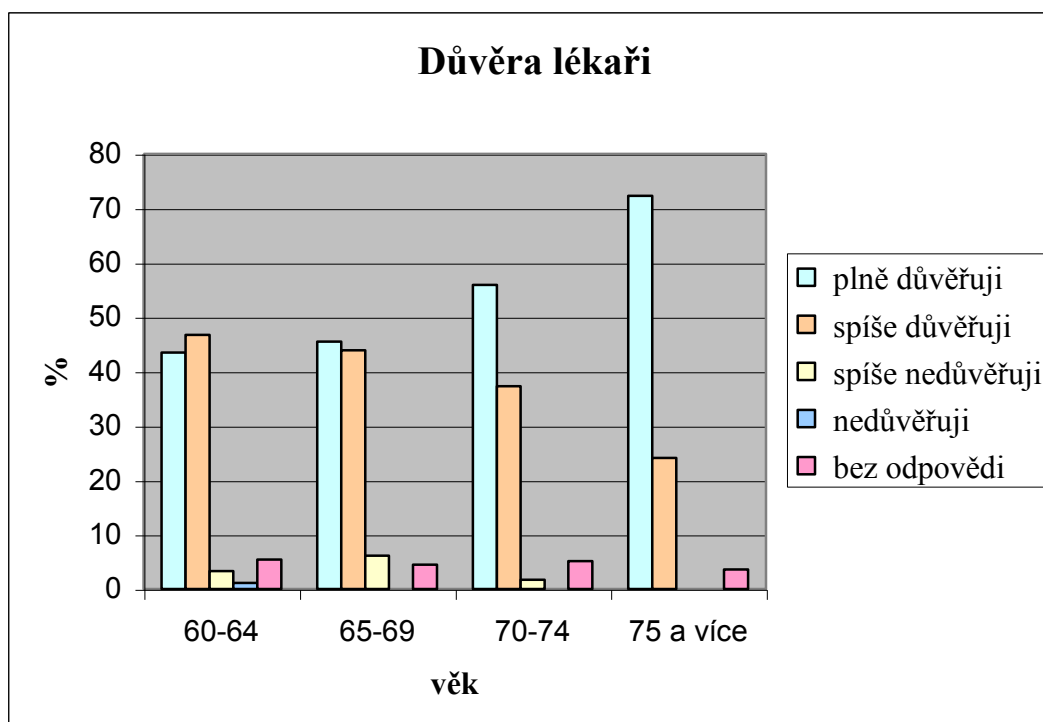
Zde je zobrazen vztah důvěry v lékaře dle věkových struktur. Údaje jsou uvedeny v procentech.

Z průzkumu vyšlo, že většina respondentů plně důvěřuje lékaři. Největší důvěru lékař získal u nejstarší věkové kategorie, v které byla důvěra až 72,3%. U nejmladší skupiny se nejčastěji objevila odpověď spíše důvěřuji - 46,7%, ale odpověď plně důvěřuji byla hned v závěsu se 43,5 %. Odpověď nedůvěra se prakticky neobjevila.

Tabulka č. 18 : Důvěra v lékaře dle věku

Důvěra lékaři	60-64		65-69		70-74		75 a více	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
plně důvěřuji	40	43,5	30	45,5	33	55,9	60	72,3
spíše důvěřuji	43	46,7	29	43,9	22	37,3	26	24,1
spíše nedůvěřuji	3	3,3	4	6,1	1	1,7	0	0
nedůvěřuji	1	1,1	0	0	0	0	0	0
bez odpovědi	5	5,4	3	4,5	3	5,1	3	3,6

Graf č. 6 : Závislost důvěry lékaři na věku v procentech



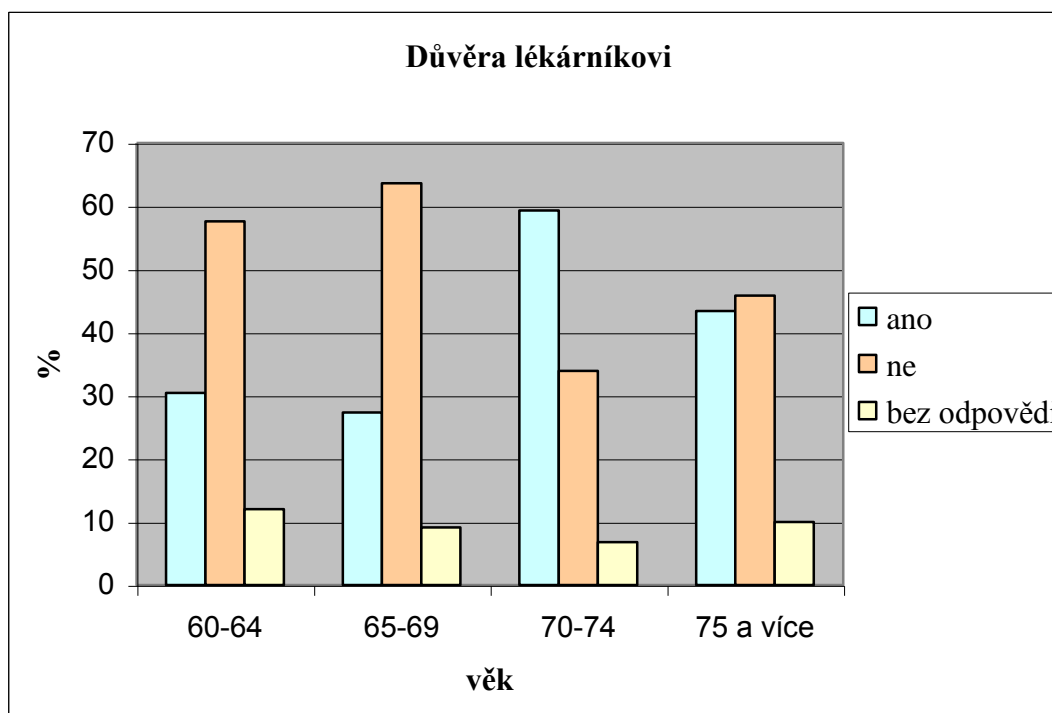
4.3.2 Důvěra lékárníkovi

Další tabulka znázorňuje důvěru lékárníkovi ve vztahu k věkové struktuře. U většiny respondentů byla častější odpověď, že nemají svého lékárníka, kterému důvěřují. Vyšší důvěra v lékárníka je u 4. věkové skupiny, kde je důvěra a nedůvěra téměř vyrovnaná.

Tabulka č. 19 : Důvěra lékárníkovi dle věku

Důvěra lékárníkovi	60-64		65-69		70-74		75 a více	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
ano	28	30,4	18	27,3	35	59,3	36	43,4
ne	53	57,6	42	63,6	20	33,9	38	45,8
bez odpovědi	11	12	6	9,1	4	6,8	9	10

Graf č. 7 : Závislost důvěry lékárníkovi na věku v procentech



4.3.3 Sledovanost reklam

Tabulka č. 20 : Sledovanost reklam

Sledovanost reklam	Ženy		Muži		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
ano	111	58,4	48	43,6	159	53,0
ne	79	41,6	62	56,4	141	47,0

V průzkumu se ukázalo, že ve sledovanosti reklam, hraje roli pohlaví. Více sledují reklamy ženy než muži. Ženy v 58,4% a muži ve 43,6%. Celkově je sledovanost reklam o 6 % vyšší než nesledovanost (ano 53%, ne 46%)

4.3.4 Důvěra v reklamu

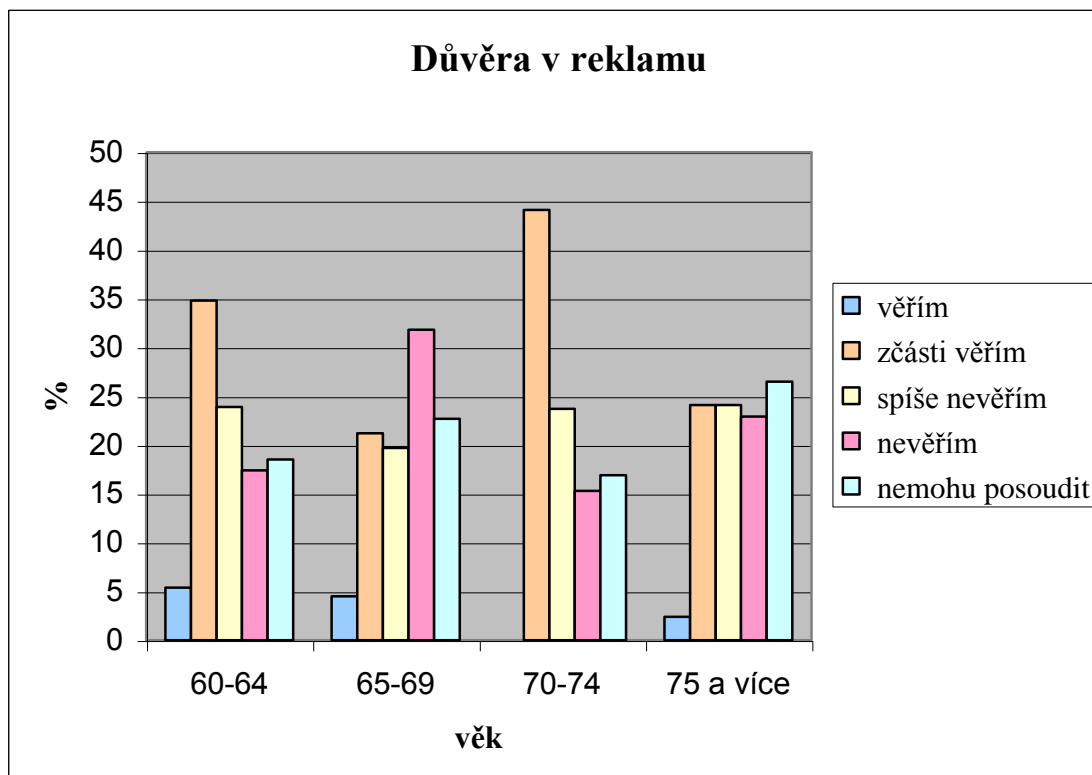
Tabulka zobrazuje důvěru v reklamu ve vztahu k věkové struktuře. Jsou zde uvedeny odpovědi v procentech.

Není zde žádná závislost na věku. Nejméně lidí uvedlo odpověď, že reklamě věří. Nejčastěji se objevila odpověď zčásti věřím.

Tabulka č. 21 : Důvěra v reklamu dle věku

Reklama	60-64		65-69		70-74		75 a více	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
věřím	5	5,4	3	4,5	0	0	2	2,4
zčásti věřím	32	34,8	14	21,2	26	44,1	20	24,1
spíše nevěřím	22	23,9	13	19,7	14	23,7	20	24,1
nevěřím	16	17,4	21	31,8	9	15,3	19	22,9
nemohu posoudit	17	18,5	15	22,7	10	16,9	22	26,5

Graf č. 8 : Důvěra v reklamu v závislosti na věku v procentech



4.3.5 Celkové shrnutí důvěry

Důvěra lékaři – celkově lékaři důvěřuje 54,3 %, spíše důvěřuje 38 % respondentů a ostatní odpovědi jsou minimálně zastoupeny.

Tabulka č. 22 : Důvěra v lékaře celkově

Důvěra lékaři	Celkem	
	Počet	%
plně důvěřuji	163	54,3
spíše důvěřuji	114	38
spíše nedůvěřuji	8	2,7
nedůvěřuji	1	3
bez odpovědi	14	4,7

Důvěra lékárníkovi – celkově pouze 39 % respondentů má svého lékárníka, kterému důvěřuje, 51 % takového lékárníka nemá a 10 % neodpovědělo.

Tabulka č. 23 : Důvěra lékárníkovi celkově

Důvěra lékárníkovi	Celkem	
	Počet	%
ano	117	39
ne	153	51
bez odpovědi	30	10

Důvěra v reklamu – celkově nejvíce respondentů zčásti věří reklamě, v 30,7 %. Nejméně ji věří úplně. Ostatní odpovědi byly vyrovnané.

Tabulka č. 24 : Důvěra v reklamu celkově

Důvěra v reklamu	Celkem	
	Počet	%
věřím	10	3,3
zčásti věřím	92	30,7
spíše nevěřím	69	23
nevěřím	65	21,7
nemohu posoudit	64	21,3

5. Diskuse

Zkoumanou skupinu tvořilo 300 respondentů, 190 žen a 110 mužů. Jedná se o respondenty z města Česká Třebová, Hořice a Dvůr Králové.

Toto rozložení souviselo se zastoupením žen a mužů v České republice, kde je v seniorské populaci převaha žen. Co se týče návštěvnosti v lékárnách, sem častěji přicházejí ženy, pravděpodobně více pečují o své zdraví, a také nakupují léky nejen pro sebe, ale i pro ostatní členy rodiny.

Respondenti byli rozděleni do tří skupin dle vzdělání. Nejvíce respondentů získalo středoškolské vzdělání. Naopak nejméně dosáhlo vysokoškolské vzdělání. Bylo to způsobeno především dříve sníženou dostupností vysokých škol a také sníženou možností studovat vůbec. Existoval menší počet vysokých škol, hrálo zde roli také válečné období a politická situace. Některé rodiny si nemohly studium dovolit vzhledem k finanční situaci, často měly více dětí, a tak všem nemohly poskytnout vysokoškolské vzdělání. Všechny tyto faktory měly vliv na možnost získat vyšší vzdělání. Tento poměr se ale postupně vyrovná a počet vysokoškolských seniorů stoupne.

Další otázka, která byla zjišťována se týkala finančního zabezpečení. 89% všech dotázaných je zabezpečeno starobním důchodem. Minimum pacientů pobírá invalidní důchod, jedná se pouze o 2,7 %. Někteří respondenti mají ještě další příjem, který uvedlo celkově 8,3 %. Z výsledků se ukázalo, že není velká závislost na doplatecích a finančním zabezpečení.

Respondenti byli rozděleni do 4 věkových skupin. Návštěvníky lékárny byly všechny skupiny. Největší zastoupení měla skupina 60- 64 let (31 %), skupina 75 a více let (27 %), menší zastoupení měla skupina 65- 69 let (22 %) a skupina 70- 74 let (19 %). Závislost věku a doplatků bude ukázána dále.

Dále se zjišťovalo, zda senioři využívají pečovatelské služby. Ukázalo se, že ve městech, kde byl průzkum prováděn, většina respondentů pečovatelské služby nevyužívá. Dotazníky jsem vyplňovala v lékárnách, takže se jednalo většinou o lidi, kteří si pro léky chodí sami, a tak nevyužívají pečovatelské služby.

V další otázce jsem zjišťovala, kolik lidí užívá léky. Ukázalo se, že roste počet onemocnění (polymorbidita) a počet současně užívaných léků (polypragmazie) u seniorské populace. 90 % všech dotázaných uvedlo, že minulý měsíc užívalo některý lék. Většina z nich bere 4 a více léků za měsíc. 10 % uvedlo, že žádné léky nebralo, tito pacienti si ale

mohli zakoupit některé volně prodejné léky. Ukazuje to i velmi častou návštěvnost u lékařů, za kterými chodí pacienti možná někdy jen formálně pro léky na předpis.

U této otázky se hodnotilo, jak pacienti rozumí příbalovým letáčkům a jestli si je vůbec čtou. Se zvyšujícím se zájmem o zdraví většina respondentů letáčky studuje. Nejčastěji uvedli odpověď spíše rozumí. Nerozuměli např. cizím názvům, některým složitějším popisům, ale jim potřebné údaje byly dostatečně srozumitelné.

Samoléčení je stále aktuálnější záležitostí. Je to způsobeno zvyšujícím se zájmem o zdraví, reklamou a dobrou dostupností volně prodejných léků. K ulehčení výše výdajů na léčbu je vhodné vést obyvatele k trendu samoléčení.

Z výzkumu šetření vyplynulo, že 33 % všech respondentů využívá samoléčby, 38,7 % ji využívá alespoň někdy a 28 % navštíví ihned lékaře.

Léky, které si respondenti nejčastěji kupovali, se vztahují k jejich nejběžnějším nemocem. A tak mezi nejčastěji zakoupené léky nalezneme analgetika. Tyto léky lidé používají na bolesti jakéhokoli původu, nachlazení a zvýšenou teplotu.

Dále si senioři kupovali vitamíny, buď jednotlivé nebo multivitaminy. Velmi častým onemocněním je nachlazení, léčiva proti nachlazení byla na 3. místě v nejčastěji kupovaných lécích. Vysoká poptávka je i po lécivech protizánětlivých ve formě tablet, krémů, mastí a gelů. Bolesti kloubů jsou pro seniory také velmi typické. V samoléčení hrají důležitou roli i léčivé čaje, které mohou nahradit chemickou léčbu. Někteří pacienti dávají v samoléčbě přednost přírodní medicíně. Čaje mohou být příznivou alternativou chemickým lécivům.

V současné době si lidé mohou některé druhy volně prodejných léků, jako jsou léčivé čaje, aktivní uhlí, léky na pálení žáhy, apod. zakoupit i mimo lékárny.

Myslím si, že pacienti i nadále budou preferovat nákup léků v lékárně, protože zde mohou získat potřebné informace o lécivech, jejich účincích, užívání, skladování a možných interakcích s ostatními léky nebo potravou.

Průměrné doplatky za volně prodejné léky se výrazně nelišily pro muže a ženy. Průměrně senioři za volně prodejné léky zaplatili 182 Kč za měsíc. Někdy se objevili větší částky, kolem 1000 Kč za měsíc. Většinou se týkaly žen. Mohlo to být způsobeno tím, že si senior koupil dražší přípravek nebo ženy mohly kupovat léky pro celou rodinu.

Dále se zjišťoval vztah výše doplateků za OTC léky k finančnímu zabezpečení. Ukázalo se, že zde není velká závislost mezi důchodci a nedůchodci. Ženy důchodkyně průměrně zaplatily 199 Kč a nedůchodkyně 245 Kč za měsíc. To samé vyšlo i u mužů, zde

se jednalo pouze o nižší částky. Muži důchodci zaplatili průměrně 144 Kč a nedůchodci 159 Kč.

Závislost vznikla v dalším průzkumu, kde se zkoumal vztah doplatků za volně prodejné léky k věkové struktuře respondentů. Ty byly rozděleny do 4 skupin dle věku. 1. skupina zahrnovala seniory ve věku od 60-64, 2. skupina : 65-69, 3. skupina : 70 a 74 a 4. skupina : od 75 a více let.

Nejvíce za léky utratila nejmladší věková skupina, která zaplatila průměrně 170 Kč za měsíc. Může to být dáno vyšší flexibilitou mladších pacientů a větší ochotou za volně prodejné léky utrácet. Naopak nejméně utratila nejstarší věková skupina, částku 133 Kč za měsíc. To může být způsobeno vyšším výskytem závažnějších onemocnění u této skupiny, na která volně prodejné léky nestačí, a tak tito lidé dávají přednost lékům na předpis. Dále tyto doplatky ovlivňuje důvěra v lékaře a lékárníka. Tomu byla věnována další část průzkumu.

Většina respondentů ve všech věkových kategoriích plně nebo spíše důvěřuje lékaři. Čtvrtá věková skupina uvedla, že lékaři plně důvěřuje až v 72,3 %.

Z této závislosti mohou vyplývat i nejnižší doplatky za volně prodejné léky v nejstarší věkové skupině. Tito lidé nejvíce podléhají vlivům a radám lékařů a nejvíce se spoléhají na jejich doporučení. Za volně prodejné léky tedy utratí nejméně.

Velká důvěra v lékaře je také dána tím, že většina starších občanů trpí chronickými nemocemi, které často nelze ani volně prodejnými léky léčit. Důležitou roli také hraje vážnost, kterou přikládají svému zdraví, které pacienti svěřují do rukou lékaře, kterého většinou považují za velmi vzdělaného odborníka. Odpověď nedůvěry se v průzkumu vůbec neobjevila.

Důvěra lékárníkovi je menší než důvěra v lékaře. K lékárníkovi nemají respondenti blízký vztah. Často navštěvují různé lékárny, a proto většina respondentů uvedla, že nemá svého lékárníka, kterému důvěřuje.

Má na to také vliv, že pacienti nedoceňují vzdělání lékárníků, někteří je považují pouze za „ prodavače léků „. Také zde hrají roli komunikační bariéry, spojené s nedostatečným vysvětlením léčby pacientovi, nedostatek soukromí v lékárně, který vede k tomu, že pacient nesdělí všechny své problémy. Také bych chtěla zmínit neochotu komunikace nejen ze strany pacientů, ale i lékárníků. Lékárník nezná celou šíři problémů pacienta tak jako lékař, často tedy nemůže pacientovi doporučit přesnou a vhodnou léčbu.

Myslím si, že se tato situace postupně zlepšuje. Lékáren přibýlo, a tak má lékárník na pacienta více času. Konkurence mezi lékárnami stoupá a v tomto prostředí jsou lékárníci nuceni zlepšovat své služby.

Důvěra v lékárníka stoupá také u starších pacientů. Je to způsobeno tím, že starší pacienti často navštěvují stále stejnou lékárnou. Vybírají si lékárny, které jsou blízké jejich domovům nebo lékaři, jsou nejlevnější, ale mají také vstřícný a milý kolektiv, na který je senior zvyklý.

Při výběru léků pacienti většinou vychází ze zkušeností z předchozí léčby, jindy využijí zkušeností příbuzných a známých nebo spoléhají na reklamu.

Díky reklamě se pacienti dozvídají o nových lécích a následně zvažují, jestli si léky mají koupit. Existuje zde i přirozená nedůvěra a pochybnost o tom, zda je reklama pravdivá a léky dostatečně účinné. Navzdory tomu si senioři alespoň jednou přípravek koupí, aby ho vyzkoušeli, i když má vyšší cenu.

Průzkum ukázal, že důvěra není závislá na věku. Všechny věkové kategorie nejčastěji uvedly, že reklamě zčásti věří. Důvěra v reklamu více ovlivní koupi volně prodejných léků než léků na předpis, u kterého hraje důležitější roli lékař.

Reklama by neměla být rozhodující a pacienti by si měli vždy doplnit informace od lékaře nebo lékárníka, kteří jsou odborníky.

V současnosti se stále zlepšuje přístup lidí i seniorů k internetu, a tak dalším zdrojem informací o lécích se stává právě internet.

6. Závěr

Zdraví je velmi důležitou součástí lidského života. Každý by se měl snažit o zdraví pečovat co nejlépe. Nemoc je nepříjemná, protože snižuje kvalitu života, ohrožuje ho a vyřazuje nás z něj.

Důležité je nemocem předcházet, což zahrnuje žít správným životním stylem, mít dostatek pohybu, jíst zdravou stravu, nekouřit a nepít velké množství alkoholu. K prevenci patří také užívání volně prodejných léků, které mohou oddálit vznik nemocí.

V této diplomové práci jsem se snažila nastínit farmakoterapii seniorů, především z hlediska volně prodejných léčiv. Ukázalo se, že i senioři začínají přistupovat k samoléčbě a že jsou ochotni do volně prodejných léků investovat, protože si uvědomují, že je to investice do jejich zdraví. Na výši doplatků za tyto léky jsem pohlížela z několika hledisek - věkové skupiny, finanční zabezpečení a pohlaví. Z výsledků je patrné, že neexistují příliš velké rozdíly mezi muži a ženami v tomto věku ani mezi důchodci a nedůchodci. Určitá závislost se objevila ve vztahu k věku. Mladší senioři jsou ochotni vydat za léky více peněz. Je dobré, že se samoléčení dostává do podvědomí seniorů, protože je to jeden ze způsobů jak zmenšit náklady na zdravotnictví, které se stárnutím populace zvyšují.

Myslím si, že cíl diplomové práce byl splněn. Navíc by mohla sloužit k porovnání s rokem 2008, protože v něm se financování zdravotnictví z hlediska pacienta změnilo.

7. Příloha

7. 1 Dotazník : Senioři a léky

1. Pohlaví

žena	1
muž	2

2. Vzdělání

základní	1
střední	2
vysokoškolské	3

3. Finanční zabezpečení

starobní důchod	1
invalidní	2
důchod,další příjem	3

4. Věk

60-64	1
65-79	2
70-74	3
75 a více	4

5. Využívám pečovatelské služby

ano	1
z části	2
ne	3

6. Minulý měsíc jsem užíval léky

ano	1
ne	2

7. Uved'te léky,které jste užíval/a minulý měsíc na předpis lékaře

.....
doplatil/a jste.....Kč

8. Uved'te léky a jiné přípravky pro zdraví, které jste si minulý měsíc zakoupil/a:

.....
zaplatil/a jste.....Kč

9. Pokoušíte se sám nějak léčit než jdete k lékaři?

ano	1
někdy	2
ne	3

10. Jak hodnotíte příbalové letáčky v léčivech

rozumím všemu	1
spíše rozumím	2
spíše nerozumím	3
nerozumím	4
nehodnotím	5

11. Uvedeme vám několik druhů obtíží, jimiž lidé trpí. Řekněte, zda se u Vás vyskytly v posledních měsících a jak jste je léčil/a (které léky), resp. Zda jste šel/a k lékaři:

kašel, rýma, nachlazení
zácpa
průjem
špatné trávení
bolesti hlavy
bolesti kloubů
vyrážky
nespavost
bolesti zubu
únava

12. Sledujete reklamy na léky či na správnou životosprávu

ano	1
ne	2

13. Reklamě na léky:

věřím	1
zčásti věřím	2
spíše nevěřím	3
nevěřím	4
nemohu posoudit	5

14. Využívám všechny léky předepsané lékařem

ano	1
spíše ano	2
spíše ne	3
ne	4
neodpovídám	5

15. Své léky si vyzvedáváte a kupujete zpravidla

ve stále stejné lékárně	1
v různých lékárnách	2
pro lék si posílám	3
lék dostávám od lékaře	4
léky zabezpečuje pečovatelka	5

16. Mám svého lékárníka, kterému důvěřuji:

ano	1
ne	2
neodpovídám	3

17. Svému ošetřujícímu lékaři:

plně důvěřuji	1
spíše důvěřuji	2
spíše nedůvěřuji	3
nedůvěřuji	4
bez odpovědi	5

7. 2 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 : Geriatricke syndromy

Tabulka č. 2 : Nevhodná léčiva ve stáří

Tabulka č. 3 : Celkové počty narozených a zemřelých v letech 2001-2006

Tabulka č. 4 : Naděje dožití v letech 2001-2006 při narození

Tabulka č. 5 : Budoucí vývoj složení obyvatelstva dle hl. věk. skupin, ČR, 2002-2050

Tabulka č. 6 : Budoucí vývoj složení obyvatelstva dle hl. věk. skupin, ČR,2002-2050 (v %)

Tabulka č. 7 : Počet a procento respondentů dle pohlaví

Tabulka č. 8 : Počet a procento respondentů dle vzdělání

Tabulka č. 9 : Počet a procento respondentů dle finančního zabezpečení

Tabulka č. 10 : Počet a procento respondentů dle věkových skupin

Tabulka č. 11 : Počet a procento respondentů dle využití pečovatelských služeb

Tabulka č. 12 : Počet a procento respondentů dle využití léků

Tabulka č. 13 : Počet a procento respondentů dle porozumění příbalovým letákům

Tabulka č. 14 : Počet a procento respondentů dle samoléčby

Tabulka č. 15 : 10 nejčastěji zakoupených léků dle ATC klasifikace

Tabulka č. 16 : Doplatky za OTC léky v závislosti na finančním zabezpečení

Tabulka č. 17 : Doplatky za OTC dle věkových skupin

Tabulka č. 18 : Důvěra v lékaře dle věku

Tabulka č. 19 : Důvěra lékárníkovi dle věku

Tabulka č. 20 : Sledovanost reklam

Tabulka č. 21 : Důvěra v reklamu dle věku

Tabulka č. 22 : Důvěra v lékaře celkově

Tabulka č. 23 : Důvěra lékárníkovi celkově

Tabulka č. 24 : Důvěra v reklamu celkově

7.3 Seznam grafů

Graf č. 1 : Nejčastěji zakoupené léky dle ATC klasifikace za měsíc

Graf č. 2 : Doplatky za volně prodejné léky a jejich četnost

Graf č. 3 : Doplatky za volně prodejné léky v Kč

Graf č. 4 : Závislost finančního zabezpečení a doplatků za OTC

Graf č. 5 : Doplatky za OTC dle věkových skupin v Kč

Graf č. 6 : Závislost důvěry lékaři na věku v procentech

Graf č. 7 : Závislost důvěry lékárníkovi na věku v procentech

Graf č. 8 : Důvěra v reklamu v závislosti na věku v procentech

8. Použitá literatura

1. Kalvach Z. a kol. : Geriatrie a gerontologie, Grada publishing 2004 : str. 47, 49, 50-57
2. Topinková E. : Geriatrie pro praxi, Galen 2005 : str. 3, 6, 8-10, 15, 20
3. Pacovský V. : O stárnutí a stáří, Avicenum, Praha 1990 : str. 15, 61-68
4. Pacovský V., Heřmanová H. : Gerontologie, Avicenum, Praha 1981 : str. 59, 64-65
5. Geriatrie: Doporučené diagnostické a léčebné postupy pro všeobecného praktického lékaře 2007 : str. 7
6. Remedia 6/2004 : - Specifika farmakoterapie ve stáří - Vognerová D : str. 500-502
7. Zdravotnická ročenka ČR : Uzis 2006 str. 13,14,193-196
8. Kalvach Z., Onderková A., : Stáří, pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské péči, Galen 2006 : str. 8
9. Srovnání zdravotnických ukazatelů v EU a ČR : Uzis ČR : str. 6-9
10. www.czso.cz : Statistická ročenka 2007
11. www.demografie.info : Analýza : Stárnutí populace dle výsledků projekce ČSU
Komentář : Socioekonomické dopady demografického stárnutí
12. Medical tribune 14/2008 : Topinková E. : Horizonty preventivní gerontologie : str. 9
13. Klener P. a kol. : Vnitřní lékařství, Galen, Karolinum 2005 : str.168
14. Remedia 4/2005 : Koncept léčiv nevhodných ve stáří - farmakologické a farmakoepidemiologické aspekty – Fialová D., Topinková E. : str. 410
15. Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 : str. 5- 12
16. Kalibová K. : Úvod do demografie, Galen, Karolinum 2002 : str. 5
17. Rabušic Z. : Česká společnost stárne, Masarykova univerzita, Brno 1995 : str. 91, 103-104, 146
18. Zdravotnické noviny 4/2008 : Strategie péče o stárnoucí populaci - Hlinovská J., Pohlová Z., Praha 5
19. Medicína pro praxi 2/2007 – Anti - aging medicína - Golková M. , Anti – aging clinic, Praha 1

20. Medicína pro praxi 5/2008 – Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén – Kalvach Z., Holmerová I., Gerontologické centrum, Praha
21. Topinková E., Neuwirth J.: Geriatrie pro praktického lékaře: Grada publishing, 1995: str. 32-37, 51-53,

SOUHRN

Senioři a léky

Diplomová práce

Veronika Kašparová

**Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové,
Katedra sociální a klinické farmacie**

V této diplomové práci jsem se zabývala problematikou seniorů a jejich farmakoterapií. Nejdříve jsem popsala typické znaky stáří, léčení seniorů, demografii společnosti a strategii péče o stárnoucí populaci. V metodické části jsem zpracovala dotazníky formou tabulek a grafů. V nich jsou obecné údaje o respondentech (pohlaví, vzdělání, finanční zabezpečení, věk apod.), o volně prodejných lécích a jejich doplácích v různých závislostech (na věku, pohlaví a finančním zabezpečení), o důvěře lékaři, lékárníkovi a v reklamu.

V diskusi jsem vyhodnotila výsledky, které vyplynuly z dotazníků. Ty ukázaly, že senioři za volně prodejné léky utratí průměrně 180 Kč za měsíc. Z výsledků je patrné, že neexistují příliš velké rozdíly mezi muži a ženami v tomto věku ani mezi důchodci a nedůchodci. Určitá závislost se objevila ve vztahu k věku. Senioři důvěřují lékaři, méně lékárníkovi a reklamě věří zčásti.

ABSTRACT

The elderly and drugs

Thesis

Veronika Kašparová

**Charles University in Prague, Pharmaceutical Faculty in Hradec Králové,
Department of social and clinical pharmacy**

This thesis is focused on the problems of seniors and their pharmacotherapy. Firstly, I describe typical features of an old age, treatment of seniors, social demography and the strategy of a senior care. In the practical part of my thesis I compile questionnaires in a form of tables and diagrams. There are basic information about respondents (a sex, an education, a financial situation, an age, etc.), over the counter and their additional charges in different connections (an age, a sex and a financial situation), confidence in a doctor, a pharmacist and commercials.

In a discussion I analyse questionnaire results. They show that the seniors spend on over the counter 180 Czech crowns per a month on average. We can also see that there are not significant differences between men and women, between seniors and working people. A certain dependance is noticeable in a relation to an age. The seniors trust the doctor, they trust less the pharmacist and partly trust the commercials.

