

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Katedra sociální a klinické farmacie

**Postoje k léčbě, užívání komplementární a
alternativní medicíny (CAM) a adherence získaná
sebehodnocením**

Diplomová práce

**Beliefs about Medicines, Complementary and
Alternative Medicine Use and Medication Adherence**

Diploma Thesis

Vedoucí katedry: prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Petra Matoulková, Ph.D.

Hradec Králové, 2016

Tereza Drapáková

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Trutnově dne:

.....

podpis autora

*Děkuji všem studentům za ochotu rozdávat během své praxe v lékárnách dotazníky,
bez kterých by tento průzkum nebyl možný.*

*Dále děkuji kolektivu Lékárny U Řeky v Trutnově za možnost provedení pilotáže
použitého dotazníku.*

*V neposlední řadě mnohokrát děkuji paní doktorce Petře Matoulkové a paní doktorce
Kateřině Ládové za pomoc a odborný dohled během výzkumu a vypracování této
práce.*

Obsah

1. ÚVOD A CÍL PRÁCE	6
2. TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1 POSTOJE PACIENTA K LÉČBĚ A NEMOCI	8
2.1.1 <i>Nemoc z pohledu nemocného</i>	8
2.1.2 <i>Přístup nemocného člověka k léčbě.....</i>	10
2.2 ADHERENCE K LÉČBĚ.....	12
2.2.1 <i>Terminologie.....</i>	12
2.2.2 <i>Příčiny non-adherence k léčbě.....</i>	13
2.2.3 <i>Důsledky non-adherence k léčbě.....</i>	14
2.2.4 <i>Měření lékové adherence</i>	15
2.3 DOTAZNÍK BELIEFS ABOUT MEDICATION QUESTIONNAIRE (BMQ-CZ)	16
2.3.1 <i>Obecná část BMQ-CZ.....</i>	16
2.3.2 <i>Specifická část BMQ-CZ.....</i>	17
2.3.3 <i>Uspořádání BMQ-CZ.....</i>	17
2.4 DOTAZNÍKOVÁ ŠKÁLA MARS-CZ.....	17
2.5 KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNA	18
2.5.1 <i>Terminologie.....</i>	18
2.5.2 <i>Klasifikace komplementární a alternativní medicíny</i>	19
2.5.3 <i>Charakteristika vybraných metod komplementární a alternativní medicíny</i>	20
2.5.4 <i>Příčiny rozmachu komplementární a alternativní medicíny.....</i>	24
2.5.5 <i>Rizika komplementární a alternativní medicíny</i>	24
2.5.6 <i>Výzkumy provedené v zahraničí</i>	25
3. METODICKÁ ČÁST	27
4. ANALYTICKÁ ČÁST.....	31
4.1 SOCIODEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY PACIENTŮ	31
4.1.1 <i>Velikost bydliště.....</i>	32
4.1.2 <i>Pracovní poměr, měsíční hrubý příjem</i>	32
4.1.3 <i>Vzdělání.....</i>	33
4.2 RESPONDENTI A KLASICKÁ LÉČBA.....	34
4.2.1 <i>Otázky týkající se zdravotního stavu respondenta</i>	34
4.2.2 <i>Compliance a adherence k léčbě</i>	38
4.2.3 <i>Prevence</i>	39
4.3 UŽÍVÁNÍ KOMPLEMENTÁRNÍ A ALTERNATIVNÍ MEDICÍNY.....	40

4.4	SOUVISLOST UŽÍVÁNÍ KAM A LÉKOVÉ ADHERENCE.....	43
5.	DISKUZE	44
6.	ZÁVĚR	47
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	48
8.	SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	50
9.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	51
	ABSTRAKT	56
	ABSTRACT	58

1. Úvod a cíl práce

„Nejčastějšími příčinami morbidit a mortality jsou v současnosti chronická multifaktoriální onemocnění, jako je diabetes, hypertenze, schizofrenie, bipolární afektivní porucha či periodická depresivní porucha. Ačkoli mají na první pohled málo společného, přece jen jednu podstatnou charakteristiku sdílejí: kladou značné a dlouhodobé nároky na pacientovu spolupráci.“ [1] To může být mnohdy problematické. Každý pacient je jiný a zdaleka ne všichni jsou vzorní a poslušní v dodržování léčby stanovené jejich ošetřujícím lékařem. Míru této „poslušnosti“ vyjadřují pojmy compliance a adherence k léčbě, kterým se tato diplomová práce věnuje.

V minulosti byly provedeny výzkumy lékové adherence pacientů v různých zemích s různými onemocněními. V České republice byl proveden výzkum zjišťující adherenci k léčbě u pacientů s diabetem mellitem 2. typu v roce 2011. Daného výzkumu se dobrovolně zúčastnilo 41 pacientů, z nichž 32,71 % vykazovalo nižší adherenci k léčbě. [2] Nízkou adherenci k léčbě je však možné detekovat napříč různými onemocněními, a jelikož je spojena se zvýšením morbidit a mortality včetně vzrůstu nákladů na zdravotní péči, je předmětem zájmu mnoha současných výzkumných prací. I tato diplomová práce se jí zabývá, a to u pacientů s chronickou farmakoterapií, aby mimo jiné mohla být data získaná v roce 2011 porovnána s výzkumem provedeným na větším množství respondentů se širší škálou chronických onemocnění. Adherenci k léčbě ovlivňuje řada faktorů, v jejichž popředí jistě stojí dlouhodobá léčba a tím potřeba zachování kontinuity spolupráce pacienta v terapeutickém plánu.

S lékovou adherencí jsou pak také úzce spjaty postoje pacientů ve farmakoterapii, jako například obavy z léčby nebo naopak důvěra v léčbu. V praktické části této práce bude proto věnován prostor i tomuto spojení díky možnosti využít při sběru dat českou verzi mezinárodně používaného dotazníku Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ-CZ) zkoumajícího právě postoje pacienta ke konvenční léčbě. Důraz je však kladen na adherenci k léčbě, která bude měřena taktéž v celosvětovém výzkumu citovanou dotazníkovou škálou Medication Adherence Report Scale (MARS-CZ), adaptovanou na české prostředí. [3, 4]

V neposlední řadě určitou roli ve spolupráci v terapeutickém plánu hraje komplementární a alternativní medicína (KAM). Je otázkou, zda pacienti kromě předepsané klasické léčby podstupují nějaké další léčebné metody, a pokud ano, tak proč. Nejsou snad spokojeni s léčbou předepsanou lékařem? Zažili v minulosti nežádoucí účinek klasické léčby? Nebo je pro ně tento způsob léčby jistou formou prevence?

KAM se stala předmětem této diplomové práce díky vzrůstajícímu zájmu o tuto léčebnou možnost ze strany pacientů. [5] Díky výzkumu prováděnému v rámci této práce bude zjištěn postoj českých pacientů ke KAM. Budou také porovnána procentuální zastoupení pacientů užívajících KAM u nás a v zahraničí.

V mnoha výzkumech byl zkoumán vztah lékové adherence k různým faktorům. [6, 7] Jedním z těchto faktorů by mohlo být i užívání KAM. Dle autorčina osobního názoru užívání KAM i adherence k léčbě vypovídá o pocitu zodpovědnosti pacienta za své vlastní zdraví. Domnívá se, že každý z nás by měl o své tělo pečovat a nespoléhat jen na péči zdravotnického systému.

Cílem této práce je:

1. Zjistit, jakou adherenci k léčbě vykazují pacienti trpící chronickým onemocněním dotazovaní v lékárnách na území České republiky.
2. Zjistit postoje chronicky léčených pacientů ke KAM včetně toho, jaké procento pacientů využívá metody KAM, jaké jsou nejčastější důvody užívání KAM a jaké typy KAM jsou mezi dotazovanými pacienty nejrozšířenější.
3. Zjistit vztah mezi adherencí k léčbě a užíváním KAM.
4. Porovnat naměřená data s daty získanými při podobných výzkumech v minulosti.

2. Teoretická část

2.1 Postoje pacienta k léčbě a nemoci

2.1.1 Nemoc z pohledu nemocného

Nemoc představuje pro nemocného jedince nepříjemnou životní zkušenost. Nemocný se dostává do situace, jež neodpovídá jeho obvyklému každodennímu životu. Každý pacient se s touto situací vyrovnává individuálně. U některých jedinců může dokonce dojít i ke změnám charakteru osobnosti a chování nemocného. To se stává převážně u pacientů trpících chronickým onemocněním. *„Křivohlavý pozoroval u chronicky nemocných lidí určité odchytky chování od chování jinak zdravých lidí. Odchytky se týkaly jak jejich vnitřního prožívání nemocí způsobené situace, tak jejich sociálního žití, vztahu a jednání s druhými.“* [8]

Různí lidé, ať už nemocní či zdraví, mají různé názory na danou nemoc. Subjektivní pojetí nemoci z pohledu pacienta-laika se zpravidla liší od odborného zdravotnického pojetí nemoci, podloženého vědeckými výzkumy. [9] Subjektivní pojetí nemoci zahrnuje několik oblastí. První z nich je *kognitivní* oblast vyjadřující chápání pojmů, jevů a celou subjektivní strukturu jedincových znalostí a názorů na dané onemocnění. Další je oblast *afektivní* zahrnující hodnoty, postoje, zkušenosti a znalosti daného člověka. Pacientovy snahy chovat se určitým způsobem a používat určité standardní zvládací strategie popisuje složka *konativní*. [10] Subjektivní pojetí nemoci je mimo jiné ovlivněno vlivy psychosociálními, sociálními a kulturními. Jaroslav Kapr a Bohumil Koukola uvádí ve své knize příklad rozdílného způsobu chápání zcela shodných příznaků. Symptomy zahrnující bolesti hlavy a svalů, únavu, rýmu a kašel by v dnešní době běžný občan patřící do středoevropské kultury vyhodnotil jako „chřipku“. Pokud se však tyto symptomy projeví u jedince žijícího v chatrči kdesi v australské buši, pravděpodobně je bude považovat za důsledek působení zlých sil či nepřítele. Z toho samozřejmě vyplývá i naprosto odlišný způsob následné léčby těchto dvou pacientů trpících shodným onemocněním. [11]

Pacientovo pojetí nemoci se v průběhu jeho života mění, a to s věkem, znalostmi a osobními zkušenostmi jedince. [9]

Z odlišných názorů na danou nemoc vyplývá její odlišná hodnota pro pacienta. Na základě toho rozlišujeme několik typů postojů jedince k nemoci.

Normální postoj – pacient přiměřeně („normálně“) reaguje na informace o nemoci a prognóze.

Bagatelizující postoj – nemocný podceňuje závažnost svého onemocnění a je nepřiměřeně optimistický.

Heroický postoj – jedinec svou vůlí potlačuje silnou bolest a nepříjemné zážitky.

Disimulace – nemocný zastírá svou nemoc a snaží se záměrně skrývat její příznaky před svým okolím včetně lékaře. Důvodem může být obava ze ztráty zaměstnání a finančních problémů.

Repudiační (zapuzující) postoj – pacient odmítá svou nemoc a možnost, že by mohl být nemocný. Zároveň zastírá její příznaky. Jedná se tedy o nevědomou formu disimulace.

Nosofobní postoj – jedinec trpí nepřiměřenými obavami z nemoci a přeceňuje své téměř nezávažně obtíže. Zároveň si je svých nepřiměřených obav vědom, ale nedokáže je potlačit.

Nosofilní postoj – pacient prožívá uspokojení z nemoci. To souvisí s výhodami, které mu tento stav přináší (absence povinností, pozornost okolí). Toto chování můžeme často pozorovat u dětí.

Účelový postoj – jedná se o vystupňovaný nosofilní postoj, který může být z pohledu pacienta vědomý či nevědomý. Jedinec si užívá získání prospěchu z nemoci, což se může projevat jako *agravace* neboli zveličování příznaků za účelem snahy o pozornost nebo *simulace* – tj. vědomé předstírání nemoci.

Hypochondrický postoj – člověk je přesvědčen o nemoci v případě vlastního zdraví nebo přeceňuje závažnost svého onemocnění a velmi intenzivně své potíže prožívá. Tato reakce je zcela nevědomá a zároveň účelová. [8, 10, 12]

Postoj k nemoci velmi úzce souvisí s následným postojem k léčbě této nemoci. Například pacient bagatelizující své onemocnění pravděpodobně nebude léčbě přikládat tak velký význam a nebude ji tudíž často ani správně dodržovat.

2.1.2 Přístup nemocného člověka k léčbě

Postoj pacienta k jeho léčbě je důležitým faktorem podílejícím se na její úspěšnosti.

Na začátku je důležité si uvědomit, kdo je vlastně tou hlavní osobou v procesu léčení. Je to lékař nebo pacient? Ve starším tradičním pojetí je lékař tím aktivním činitelem, který zaujímá k pacientovi paternalistický postoj, který můžeme přirovnat ke vztahu milujícího, odpovědného a autoritativního otce rodiny. Je určený a vybavený k tomu, aby pomohl pacientovi, jenž je naopak představován jako pasivní činitel s povinností podřídit se péči lékaře. Nemoc je tedy chápána jako stav, který je pro člověka nouzovým stavem ohrožení, a ten si proto zaslouží pomoci. [11] To má své výhody, ale i nevýhody. V případě řešení složitějšího problému vyžadujícího změnu chování či způsobu života pacienta je důležitá jeho aktivní spolupráce. [11]

V dnešní době se od tohoto tradičního pojetí přesouvá vztah pacient - lékař k modernímu pojetí, ve kterém je pacient chápán jako zákazník či klient a jeho vztah s lékařem by měl fungovat jako partnerský. Je kladen důraz na samostatnost, odpovědnost, nezávislost a práva jedince. Nemocný člověk přebírá spoluzodpovědnost za výsledek své léčby. Jedná se přece o jeho tělo a mysl, tudíž má právo o něm rozhodovat. Pro lékaře z toho vyplývá povinnost s pacientem komunikovat, poznat jeho potřeby a nabídnout mu to, co mu nejen pomůže od jeho zdravotních potíží, ale zároveň také vyhovuje. [11] Kontrolou úspěchu této interakce je spokojenost pacienta. *„Psychosomatická medicína je oborem, který přináší důkazy o tom, že výsledné porozumění není jen příjemným postranním výtvozem, jak se soudilo dříve, ale zásadním a často určujícím terapeutickým efektem ovlivňujícím celkový zdravotní stav. Z tohoto pohledu je spokojenost definičním komplexním kritériem terapeutické úspěšnosti.“* [11]

Tento moderní pohled je logickým výsledkem dnešního životního stylu. Lidé se stále více spoléhají sami na sebe a přestávají jen jako nečinní pozorovatelé svých osudů očekávat od společnosti, že jim opatří vše potřebné jako potravu, přístřeší a zásah všemocné medicíny. Lékař již není chápán jako posvátný zachránce zodpovědný za zdravotní stav pacienta. [11]

Pojem odpovědnost pacienta můžeme chápat ve třech rovinách jeho významu

1. Člověk má právo svobodně rozhodovat o svém těle a mysli a tudíž za svá rozhodnutí přejímá odpovědnost.

2. Jedinec je zodpovědný za své chování a životní styl. Z toho může často vyplývat jeho současný zdravotní stav.
3. Nakonec je tu odpovědnost mravní a snaha o udržování veřejného zdraví. Ten, kdo se chová bezohledně ke svému zdraví, mnohdy tím ohrožuje i zdraví ostatních. Příkladem je pacient neléčící se z nakažlivé nemoci či kuřák. Dále sem patří ti, co v důsledku svého nevhodného životního stylu spotřebovávají prostředky k léčení určené nám všem. [11]

Medicína se rozvíjí ve dvou rozlišných směrech, podle kterých můžeme rozlišit dva typy zdravotníků. První z nich označují Kapr a Koukola ve svém díle jako experty orientované na řešení problému a brilantní zvládnutí určité léčebné metody. Tito lékaři vnímají svou profesi jako exkluzivitu a prestižní činnost. Druhý typ autoři označují jako průvodce orientované na celostní pohled na pacienta a řešení jeho osobnostní a životní situace. Zaměřují se na individualizaci a komplexnost postupů včetně ošetrovatelských potřeb svých pacientů. Svou profesi vnímají více jako poslání a službu nemocným lidem. Oba tyto směry jsou v medicíně potřebné a vzájemně se v průběhu léčby prolínají. Jejich vývoj je však od poloviny 19. století nevyrovnaný. Postupně převažují expertní přístupy, což vede od druhé poloviny 20. století až k pocitům „dehumanizace“ a odcizení medicíny. Z toho důvodu se začaly postupně objevovat pokusy o formulování etických práv pacientů. *„Na jejich počátku stojí proklamace amerického lékárníka D. Andersona z roku 1971, kterou cituje H. Haškovcová ve svém komentovaném vydání Práv pacientů: „Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem ten, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Vás, lékaře, dobře neznám a odmítám vaše snahy proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání skutečný prospěch.““ [11]*

Od té doby prošla práva pacientů zásadním vývojem. V České republice jsou ustanovena v etickém kodexu schváleném Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České Republiky v roce 1992.

2.2 Adherence k léčbě

2.2.1 Terminologie

Existuje mnoho různých definic lékové adherence. Jednou z nich je tato: *„Adherence k léčbě je definována jako míra, se kterou subjekty účastníci se terapie dodržují doporučení a pravidla spojená s léčbou.“* [7] Popisuje chování pacienta, který dodržuje doporučení stanovená lékařem nebo jiným zdravotníkem. Tato věrnost k léčbě neboli souznění s ní, jak se dá také adherence překládat, nezahrnuje jen užívání léčivých přípravků, ale také úpravu životního stylu a odpovědnost za vlastní zdraví. V užším slova smyslu se dá adherence k léčbě chápat jako poměr počtu užitých dávek a dávek předepsaných vynásobený stem. [13] Tímto jednoduchým výpočtem získáme procentuální vyjádření pacientovy věrnosti k léčbě. Neznáme však žádnou konkrétní hodnotu, která by vyjadřovala ideální míru lékové adherence. V některých studiích je za úspěch považována 80% adherence k léčbě, jindy charakter onemocnění vyžaduje až 95% výsledek. [2]

Pojem léková adherence bývá někdy zaměňován s pojmem compliance pacienta. Tyto dva výrazy jsou dokonce často chápány jako synonyma. Dá se však mezi nimi nalézt rozdíl. Adherence k léčbě vyjadřuje ve větší míře aktivní roli pacienta při léčbě postavené na vzájemné spolupráci lékaře a pacienta. Naproti tomu compliance je pouhým slepým dodržováním rad lékaře, který je v tomto případě chápán jako osoba nadřazená. [7]

Vzhledem k současnému rozšiřování názorů o pacientově zodpovědnosti za vlastní zdraví a upouštění od paternalistického přístupu lékaře k pacientovi dává i Světová zdravotnická organizace (WHO) přednost výrazu adherence před výrazem compliance. WHO uvádí tuto definici adherence: *„rozsah, v rámci kterého pacient dodržuje doporučení zdravotníka – poskytovatele zdravotní péče, týkající se užívání léčivých přípravků, dietních opatření anebo provádí změny životního stylu [6, 38].“* *„Předpokladem správné adherence je kladný postoj pacienta k léčbě, jeho aktivní spoluúčast v ní a soulad s jeho preferencemi.“* [2]

Konkordance je relativně nový pojem používaný především ve Velké Británii pro vyjádření nového přístupu k předepisování a užívání léčivých přípravků. Jedná se o dosažení vzájemné dohody po předešlém vyjednávání mezi pacientem a

zdravotníkem, který při rozhodování o tom, zda, jakou a kdy bude nemocný užívat léčbu, respektuje pacientova přání. [6] K tomu je samozřejmě zapotřebí dostatečných znalostí pacienta a zároveň kvalitních komunikačních dovedností zdravotníka. [2] Konkordance by neměla být chápána jako synonymum lékové adherence. Zatímco adherence k léčbě či compliance vyjadřují chování vzhledem k léčbě z pohledu jedince - pacienta, pojem konkordance je více komplexní. [6]

Naopak pojem léková non-adherence či non-compliance vyjadřuje nespolupráci pacienta v průběhu léčby. Pacient nedodrží doporučení a pravidla léčby stanovená lékařem. To se projeví nedostatečným či nadměrným užíváním léčiva, nedodržením časového plánu léčby anebo doporučené denní doby k užití léčivého přípravku nebo porušováním režimových opatření souvisejících s probíhající léčbou. [1]

2.2.2 Příčiny non-adherence k léčbě

„Non-adherence k léčbě je problémem u pacientů dětských, dospělých i seniorů, obou pohlaví a všech etnických, kulturních a náboženských skupin a je považována za jeden z nejzávažnějších problémů, kterým musí čelit moderní medicína.“ [7] Jejich příčin může být mnoho a není vždy chyba na straně pacienta. Mohou být způsobeny faktory ze třech oblastí. První oblastí jsou vlastnosti pacienta, druhou charakteristika pacientova okolí, do které patří jak sociální prostředí, tak i prostředí zdravotnické a nakonec třetí oblast zahrnuje samotnou nemoc a její léčbu. [14]

Pravděpodobně nejproblematictější je určení vlastností pacienta vedoucí k non-adherenci k léčbě. Studie ukazují, že neexistuje vztah mezi věkem, pohlavím, vzděláním, povoláním, příjmem, rodinným stavem, náboženstvím, etnickým původem ani místem bydliště pacienta a jeho lékovou adherencí. Adherence k léčbě je velmi různorodá u různých pacientů, neexistuje však přesná charakteristika dopředu určující vlastnosti non-adherentního pacienta. Důležitější než výše uvedené vlastnosti pacienta se zdá být jeho vnímání vlastní nemoci a jeho představy o léčbě. [14]

Příklad z oblasti charakteru samotné nemoci uvádí ve svém článku *Compliance a adherence: spolupráce při léčbě* MUDr. Motlová a MUDr. Holub. Na situaci pacienta s duševní chorobou vysvětlují případy, u nichž se můžeme setkat s anozonií neboli

neschopností nemocného rozpoznat své onemocnění. U těchto nemocí je dalším problémem jejich průběh charakteristický střídáním symptomatických fází s remisemi. Ty mohou pacienta přesvědčit o tom, že je zdravý a léčit už se nepotřebuje. [14]

Další příčiny non-adherence k léčbě vyplývají z charakteru samotné léčby. Problémem může být například časté dávkování léčiv, vedlejší účinky nebo příliš dlouhé období mezi zahájením léčby a viditelností jejího účinku. Studie např. ukazují, že podávání fluoxetinu v jedné týdenní dávce vede k větší lékové adherenci než každodenní užívání. [14]

Velmi důležitým faktorem je vztah s poskytovatelem zdravotnické péče. Zásadní roli zde hraje komunikace. Problémem může být nedostatečná komunikace mezi lékařem a nemocným člověkem a následné nepochopení ze strany pacienta nebo ztráta důvěry k lékaři. Pro dlouhodobou úspěšnost léčby je důležité, aby se pacient stal lékařovým informovaným partnerem. Neměl by se cítit podřazený a neinformovaný. Dalším faktorem z oblasti zdravotnické péče je kontinuita léčby. Ukazuje se, že návaznost v léčbě pozitivně koreluje s adherencí k léčbě. [14]

2.2.3 Důsledky non-adherence k léčbě

A proč je adherence v léčbě tak důležitá? Je velmi logické, že účinek léčivých přípravků nelze očekávat u pacientů, kteří je neužívají. A stejně tak žádná léčba nefunguje bez jejího dodržování pacientem. Přestože příčiny lékové non-adherence pacienta mohou být jakékoliv, jedno mají společné. Mohou pacienta velmi vážně ohrozit na životě. „*Studie dokazují, že pouze ve Spojených státech vede skutečnost, že pacienti neužívají léky tak, jak mají ke 125 000 úmrtí ročně. 10 - 25 % přijetí do nemocnic a pečovatelských domů lze přičíst neochotě užívat léky.*“ [1] WHO uvádí že, nízká adherence k léčbě nevede jen k horším výsledkům léčby či jejímu selhání, ale může také způsobit dlouhodobé komplikace vedoucí ke zvýšení nákladů na terapii. [15, 16]

Léková non-adherence má tedy negativní vliv na pacienta zahrnující snížení kvality jeho života, zhoršení zdravotního stavu s vyšší četností hospitalizace a vyšší morbiditu a zároveň i na celou společnost.

Přesto se odhaduje, že ve vyspělých zemích je adherence k léčbě chronicky nemocných pacientů pouze 50%. Některé výzkumy dokonce ukazují, že jsou tyto

hodnoty nižší než 24,2 %. Například v USA je pouze 51 % pacientů adherentních k léčbě arteriální hypertenze. Adherence k léčbě deprese se pohybuje mezi 40 až 70 %. Již v prvním roce po nasazení léčby přeruší tuto léčbu 40-75 % pacientů užívajících statiny. V Austrálii pouze 43 % astmatiků užívá svou léčbu vždy tak, jak je předepsáno a 28 % užívá správně předepsanou preventivní léčbu. V rozvojových zemích je situace ještě horší. [3, 14, 15]

2.2.4 Měření lékové adherence

Metody měření adherence k léčbě můžeme rozdělit na přímé a nepřímé. Přímé metody spočívají v detekci hladin léčiva v těle pacienta. Pro detekci se obvykle užívá krev nebo moč nemocného. Tím získáme přímý důkaz o užívání léčivého přípravku pacientem. Přestože se tyto metody mohou zdát velmi přesné, není vždy vhodné je používat. Jejich provedení je náročné, ekonomicky nevýhodné a často pro pacienta nepříjemné. U látek s krátkým biologickým poločasem navíc touto metodou zjistíme pouze lékovou adherenci pacienta těsně před provedením měření.[7]

Častěji používané jsou metody nepřímé, do kterých řadíme dotazníky, pozorování stavu pacienta, diáře, záznamy zdravotnických zařízení včetně lékáren, interview s pacienty, počítání tablet a elektronické lékovky zaznamenávající čas užití léčivého přípravku. Všechny tyto metody mají své výhody i nevýhody. [7]

Jednou z možností je dotázat se pacienta a jeho lékaře či jiného poskytovatele zdravotní péče na jejich subjektivní názor ohledně výše pacientovy adherence k léčbě. Problémem je, že lékař obvykle přeceňuje pacientovu lékovou adherenci. Domnívá se, že nemocný dodržuje jeho doporučení ve větší míře než je tomu doopravdy. Stejně tak pacientovy odpovědi bývají zkreslené snahou jedince napsat to, co se od něho očekává místo pravdy. Podobné nepřesnosti se vyskytují při hodnocení adherence k léčbě pomocí standardizovaných dotazníků. [14]

Jednou z nejčastějších nepřímých metod stanovení adherence k léčbě, jak v klinických studiích, tak v klinické praxi, je počítání tablet či dávek inhalátorů nebo jiných aplikačních forem s počítadlem dávek. Výhodami této metody jsou jednoduchost a finanční nenáročnost. Tato metoda spočívá ve spočítání jednotek (tablet, kapslí...), které pacient nevyužíval do další plánované návštěvy svého lékaře.

K tomu je třeba důkladného vedení zdravotnické dokumentace o počtu předepsaných a vydaných léčivých přípravků. [7]

V zahraničí se využívá centralizovaných patientských záznamů mezi zdravotnickými zařízeními, což umožňuje studium lékové adherence na základě údajů poskytovaných lékárnami. V České republice by tato metoda byla realizovatelná pouze u pacienta, který navštěvuje jen jednu stále stejnou lékárnu.

Nejnovější metodou je použití mikroprocesorové technologie MEMS (Medication event monitoring system). Spočívá v podávání léčiva ze speciální lékovky zaznamenávající čas otevření a užití dávky. Umožňuje zjistit nejen, zda pacient daný léčivý přípravek užívá, ale zároveň i jak dodržuje denní dobu užívání. Tato metoda poskytuje všeobecně nejpřesnější výsledky. [7]

2.3 Dotazník Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ-CZ)

Adherence k léčbě úzce souvisí s postoji pacienta k léčbě popsané výše v této práci. Pro kvantitativní zhodnocení těchto postojů slouží škála dotazníku Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ). Tento dotazník byl vytvořen skupinou britských vědeckých pracovníků Robertem Hornem, Johnem Weinmanem a Matthew Hankinsem. [2, 3, 17] Tento dotazník byl přeložen do češtiny a řádně validován (BMQ-CZ). [3]

BMQ-CZ obsahuje jak otázky zjišťující názor pacientů na léčiva všeobecně, tak i otázky zaměřující se na postoj pacientů k jejich konkrétní léčbě. [2, 3]

2.3.1 Obecná část BMQ-CZ

Tato část se zaměřuje na postoje pacientů k farmakologické léčbě z obecného pohledu. Zkoumá jejich důvěru v klasickou farmakologickou léčbu a pohled na osobu lékaře. Nalezneme v ní dvě skupiny otázek: [2, 18]

- „HARM“ neboli otázky týkající se poškození lidského organismu užíváním léčiv. V této části se projeví, do jaké míry vnímá jedinec léčbu jako nebezpečnou a škodlivou pro pacienta.

- „OVERUSE“ neboli otázky týkající se nadužívání léčiv. Teze obsažené v této části představují léčivé přípravky jako lékařem nadbytečně užívaný způsob léčby.

2.3.2 Specifická část BMQ-CZ

V této části nalezneme teze související s konkrétní léčbou daného pacienta. Dle jeho odpovědí, tak získáme představu o jeho vnímání vlastní medikace. Můžeme ji opět rozdělit na dvě části: [2, 18]

- „NECESSITY“ neboli nezbytnost dané léčby pro zachování jeho zdraví do budoucna.
- „CONCERNS“ neboli obavy plynoucí z užívání předepsané medikace. Zde se projeví pacientovy obavy z nežádoucích účinků léčby.

2.3.3 Uspořádání BMQ-CZ

Každá ze dvou částí dotazníku BMQ-CZ je uspořádána do přehledné tabulky obsahující teze týkající se farmakologické léčby. Dotazovaný jedinec u každého z těchto tvrzení na Likertově škále vyznačí, do jaké míry s ním souhlasí. Má na výběr možnosti: 1 = silně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = nevím, 5 = souhlasím, 6 = silně souhlasím. [2, 3]

2.4 Dotazníková škála MARS-CZ

MARS (Medication Adherence Report Scale) je dotazníková škála zjišťující způsob užívání předepsaných léčivých přípravků pacientem. Je to jeden ze způsobů sebehodnocení adherence k léčbě nemocným jedincem. V tomto výzkumu je použita pětipoložková verze tohoto dotazníku přeložená do češtiny a zpětně schválená profesorem Hornem (MARS-CZ). [2, 3, 4] Jednotlivé složky této škály jsou hodnoceny pomocí pětibodové Likertovy škály, přičemž součet skóre rovný 25 vyjadřuje nejvyšší možnou adherenci k léčbě. [2, 3] Za vysokou lékovou adherenci je považován výsledek součtu vyšší než 23. [4]

2.5 Komplementární a alternativní medicína

Komplementární a alternativní medicína (KAM) zahrnuje celou řadu přírodních produktů, metod a léčebných systémů, které se dnes nepovažují za součást klasické medicíny. KAM je určena pro léčbu onemocnění nebo prevenci zdravotního stavu. Nepatří do ní tudíž běžně konzumované potraviny a kosmetika. [19]

2.5.1 Terminologie

Termín alternativní medicína poprvé zazněl už ve 30. letech 20. století ve Francii. Rozšířil se ale až na konci 20. století. Označoval diagnostické a léčebné metody odlišné od těch, které užívala klasická medicína. Vedle tohoto termínu existuje pro tuto oblast mnoho dalších termínů obvykle zdůrazňujících některou stránku alternativních metod. Nejčastěji používané jsou tyto: nekonvenční, tradiční, naturální, holistická, nevědecká, šarlatánství atd. Každý z těchto pojmů vyzdvihuje některý z aspektů alternativní medicíny, žádný však není úplný a přesný. Proto se v angloamerickém světě ujal termín „complementary and alternative medicine“ (CAM). [20]

Opakem komplementární a alternativní medicíny je medicína klasická neboli vědecká. Ta byla dlouhou dobu chápána jen jako medicína empirická tzn. založená na zkušenostech. Koncem 20. století se však rozšiřuje požadavek na podložení jejích postupů jasnými důkazy. Vzniká tak tzv. „evidence-based medicine“ (EBM) do češtiny překládaná jako medicína založená na důkazech. D. L. Sackett ji definoval jako *„péči, která integruje klinickou zkušenost a zájmy pacienta s vědeckými důkazy o účinnosti léčby.“* [20] Cílem medicíny založené na důkazech je uvážlivé používání současných nejlepších důkazů v péči o jednotlivé pacienty. Praxe evidence-based medicine znamená integraci jednotlivých klinických zkušeností z nejlepších dostupných externích klinických důkazů získaných systematickým výzkumem. [21] Po světě existuje mnoho center pro EBM v čele s Britskou společností Cochrane Collaboration. EBM se věnuje také spousta speciálních odborných časopisů a na univerzitách vznikla školící centra věnující se problematice EBM. Lékařský výzkum je prováděn na základě mezinárodně uznávaných směrnic, které byly v souvislosti se vznikem EBM vypracovány. Příkladem takové směrnice je dokument „Správná klinická praxe“ směrodatný pro zkoušení léčiv. Další významnou dohodou je „Úmluva

na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny“ z roku 1977. Ta bere ohled především na etiku výzkumu. Hlavní světovou institucí schvalující lékařské metody, přístroje a léčiva je americká Food and Drug Administration, v České republice plní tuto úlohu Státní ústav pro kontrolu léčiv. [20, 21]

Medicína založená na důkazech je relativně mladá disciplína, jež se bude do budoucna vyvíjet. Její pozitivní dopady se teprve začínají projevovat. [21]

2.5.2 Klasifikace komplementární a alternativní medicíny

Metod komplementární a alternativní medicíny je obrovské množství, proto není snadné je utřídit. Americké Národní centrum pro komplementární a alternativní medicínu (The National Centre for Complementary and Alternative Medicine) rozděluje metody KAM do pěti základních kategorií:

- Biologicky zaměřené terapie zahrnující užívání vitaminů, minerálů, bylin a bylinných produktů a doplňků stravy.
- Manipulativní a na tělo zaměřené postupy založené na pohybu a manipulaci částí těla. Patří sem různé typy masáží, baňkování a některé druhy rehabilitace, které neřadíme mezi metody klasické medicíny.
- Terapie pracující s lidskou myslí využívající různé techniky pro zlepšení schopnosti ovlivnit svou myslí tělesné funkce. Do této kategorie řadíme např. jógu, hypnózu, tai-či a modlitbu.
- Energeticky založené metody, které používají energetická pole. Může se jednat o nekonvenční použití elektromagnetických polí nebo o manipulaci s energetickými poli, jež nás údajně obklopují a prostupují do lidského těla. Typickým příkladem z této kategorie je reiki.
- Poslední kategorií jsou samostatné léčebné systémy zahrnující tradiční směry jako homeopatie, tradiční čínská medicína, tibetská medicína a ajurvéda. [22]

2.5.3 Charakteristika vybraných metod komplementární a alternativní medicíny

V následujících odstavcích budou shrnuty metody nejčastěji zmiňované pacienty v průběhu našeho výzkumu.

2.5.3.1 Bylinkářství

Bylinkářství neboli fytoterapie je léčba pomocí rostlin a preparátů (čaje, extrakty, tinktury, vína, dražé, masti) z nich připravených. Rostliny jsou zdrojem látek, z nichž mnohé mají na lidský organizmus pozitivní nebo negativní účinky. Rakouská bylinářka Marie Trebenová je známá větou „*Není na světě rostlina, aby k něčemu nebyla.*“ [20] Na rozdíl od klasické medicíny užívající k léčení izolované aktivní látky, pracuje bylinkářství se souborem všech aktivních látek obsažených v rostlině. Ty mohou často působit synergicky a vyznačovat se účinkem, jež žádná izolovaná složka sama o sobě nemá. Např. eukalyptus má antidiabetické účinky, přestože neobsahuje žádnou látku s tímto účinkem. [23]

První důkazy o léčebném použití bylin se datují až 60 000 let př. n. l. Z tohoto období pochází neandrtálský hrob v jeskyni Šanidar v iráckém Kurdistánu, v němž byla zjištěna přítomnost mnoha léčivých rostlin (topolovka, starček, hyacint). [23] Bylinkářství patří tedy k nejstarším léčebným metodám. K jeho velkému vývoji došlo ve středověku, kdy vznikl nový vědní obor – botanika. Postupně s vývojem chemie vznikla snaha izolovat z rostliny jednotlivé účinné látky, které jsou později upravovány a stávají se předlohou pro syntetickou výrobu léčivých látek moderní medicíny. Vedle této moderní tendence však stále přetrvává původní bylinkářství, které se tak s moderním chápáním léčby přesouvá do oblasti alternativní a komplementární medicíny. [20]

Fytoterapii lze využít k terapii většiny běžných onemocnění. Často je užívána v případě neurovegetativních potíží, oběhových onemocnění, potíží trávicích a žlučnickových, kožních problémů, nachlazení a gynekologických problémů. Také může být užita v případě různých lokalizací bolesti (migrény, revmatické bolesti apod.) [23]

Některé rostliny mají ale také různé kontraindikace a v nesprávných dávkách mohou být toxické. Je proto třeba si v případě pochybností raději ověřit u lékaře či lékárníka vhodnost vybrané bylinné terapie.

Jedním z odvětví fytoterapie je též gemmoterapie užívající výhradně zárodečné nebo vyvíjející se rostlinné tkáně (pupeny, výhonky, kořínky, lýko, míza) obsahující látky typu růstových faktorů, hormonů, stopových prvků, minerálů i vitamínů. Přípravky užívané v gemmoterapii jsou vždy podávány ve formě kapek. Přípravují se podle francouzského nebo evropského lékopisu. Typickými indikacemi této metody jsou artróza, ateroskleróza, astma, ekzém a bolestivá menstruace. [20, 23]

Dalším směrem radícím se do bylinkářství je aromaterapie pracující s koncentrovanými esenciálními oleji extrahovanými z rostlin. [24] Ty mohou být aplikovány pomocí masáže, inhalace nebo koupele.

2.5.3.2 Nutriční medicína a mikronutrice

Nutriční medicína a mikronutrice patří mezi nové obory. Snaží se o zlepšení fungování organismu individuálním výživovým poradenstvím a případným dodáváním vitamínů, minerálů, mastných kyselin a probiotických látek. Toho lze docílit změnou stravovacích návyků anebo užíváním potravinových doplňků.

Potravinové doplňky definuje evropská směrnice jako „koncentrované zdroje živin nebo jiných látek s výživovým nebo fyziologickým účinkem, jejichž účelem je doplňovat běžnou stravu.“ [23] Nejsou tudíž určeny k léčení. Jejich hlavním nedostatkem je, že u nich postrádáme dostatek informací (složení, interakce apod.). Jejich výrobci musí garantovat jejich bezpečnost, ne však jejich účinnost.

Nutriční medicína a mikronutrice má široké uplatnění. Mezi příklady jejich užití řadíme prevenci osteoporózy, rakoviny, neurodegenerativních a kardiovaskulárních onemocnění. Dále jsou užívány jako doplňková terapie revmatismu, selhání ledvin, cukrovky, poruch imunitního systému, alergií a bolestí neurologického původu. Další indikací pro užití těchto terapeutickým oborů je mnoho a liší se podle typu užívaného přípravku.

Stejně tak kontraindikace jsou různé u různých látek. Například vitamin B9 není vhodný u pacientů s leukémií. [23, 25]

Do této kategorie zařazujeme také vitaminoterapii a ortomolekulární terapii. Obě tyto terapie se vyznačují užíváním vysokých dávek vitamínů. Jejich účinnost je velmi sporná. Jako příklad poslouží desítky studií zaměřených na efekt masivního podávání vitamínu C, které nejsou nijak přesvědčivé. Jediným pravděpodobným efektem tohoto postupu je zmírnění symptomů, jako je rýma. [23, 25]

2.5.3.3 Manipulační metody

Mezi manipulační metody patří několik typů masáží a rehabilitací. Některé jsou zaměřeny terapeuticky, jiné relaxačně. [23] Obvykle je pro ně typická snaha o uvolnění svalstva, zlepšení prokrvení svalů a odstranění blokad.

Zvláštním typem jsou masáže energetické snažící se uvést tělo do souladu s myslí pomocí energetických doteků daných částí těla. Jsou doporučovány pacientům s chronickými trávivými potížemi souvisejícími se stresem, s bolestmi v kříži a úzkostí. Naopak nevhodné jsou pro osoby s citlivou kůží, oběhovými potížemi (křečové žíly, záněty žil) a těhotné ženy. [23]

2.5.3.4 Homeopatie

Homeopatie vznikla v roce 1796, jejím zakladatelem byl německý lékař Samuel Hahnemann, který formuloval zákon podobnosti, na němž se homeopatie zakládá. Ten lze v latině shrnout jako *similia similibus curentur* neboli *podobné budiž léčeno podobným*. [20, 26] To zjednodušeně znamená, že látka, jež u zdravého jedince nemoc vyvolá, dokáže tuto nemoc u nemocného jedince naopak léčit.

Příprava homeopatického léčivého přípravku je typická dvěma principy: potenciací a dynamizací. Princip potenciace se dá částečně přeložit jako princip minimálních dávek. Hahnemann tvrdil, že čím více danou látku ředí, tím je účinnější. [23] To ovšem neplatí bez dodržení druhého principu – dynamizace neboli přesného počtu potřepání po každém ředění. [23, 26]

Homeopatická léčba je velice individuální. Nerozlišuje pouze jednotlivé onemocnění, ale především různé typy osobností. Hahnemann popsal tři miasmata (psora, syfóza a syfilitické miasma) neboli predispozice, podle kterých rozlišoval pacienty. Domníval se, že pokud se vyléčí tato predispozice, dojde k celkovému vyléčení pacienta. Podle některých dnešních autorů je těchto miasmat mnohem víc než jen tři. Každé miasma má své léčivo nazývané nosoda. Predispozice není jediné kritérium důležité pro určení vhodné léčby. Dalšími kritérii jsou temperament a konstituce jedince. Teprve po stanovení všech tří kritérií lze nemocnému vybrat vhodnou homeopatickou léčbu. [20, 23, 26]

Homeopatie je užívána například při opakovaných infekcích, nespavosti, depresích, hormonálních poruchách, alergiích a obezitě. Naopak neléčí rakovinu, AIDS a některá další závažná onemocnění. [23]

Nežádoucí účinky homeopatie jsou velmi vzácné, je považována za bezpečný způsob terapie. Přesto je vhodné svěřit se do rukou lékaře-homeopata, který dokáže stanovit správnou diagnózu. [23, 26]

2.5.3.5 Tradiční čínská medicína

Tato medicína je velice stará, první písemné zmínky se datují do 2. tisíciletí před naším letopočtem. Mezi léty 206-225 př. n. l. byly sepsány základní lékařské texty a v roce 762 bylo sepsáno základní dílo o čínské medicíně nazvané Nej-t'ing Su-wen. [20]

Mezi metody tradiční čínské medicíny patří akupunktura, terapie čínskými bylinami, moxování, tai-či, masáže a dieta. [23, 27]

Tradiční čínská medicína je založena na několika principech. Jedním z nich je předpoklad, že všechno na světě je určitou formou energie nazývané čchi. Z této energie povstala dvojice jin a jang představující dvě síly, jež vysvětlují podstatu všech věcí a jevů. Jang vyjadřuje vše aktivní (den, světlo, muž) a jin vše pasivní (noc, tma, žena). Podle Číňanů probíhá život v cyklech, kdy energie neustále proudí od nebe k zemi. Člověk je součástí tohoto celku. Dokud energie proudí tak, jak má, člověk je zdravý. Jestliže však dojde k porušení energetické rovnováhy, znamená to nemoc. [20, 23]

Čínská léčba je individuální, čínské léčivé přípravky se předepisují vždy pro konkrétního člověka. Léčebný účinek souvisí s pěti prvky (oheň, země, kov, voda a dřevo), ze kterých se podle tradiční čínské medicíny skládá celý svět včetně lidského těla i se silami jin a jang. Diagnostika a následný výběr terapie je proto pro laika velice složitým procesem. Proto není tradiční čínská medicína obvykle vhodná pro samoléčení. [20, 23]

Čínské léčitelství je užíváno k posílení imunity, zpomalení procesu stárnutí, léčbě ekzému, alergie a astmatu. Může také pomoci při potížích s nespavostí, stresem a bolestí. [23]

2.5.4 Příčiny rozmachu komplementární a alternativní medicíny

K rozvoji komplementární a alternativní medicíny přispívá mnoho faktorů. Důležitou roli mezi nimi hrají nedostatky klasické medicíny. Nemoci tu jsou a vždy budou, ale bohužel nejsou k dispozici léčiva na všechna onemocnění a stejně tak nedokáže moderní medicína zabránit stárnutí a smrti. Lidé tudíž hledají pomoc jinde. Tomu napomáhá i mohutná medializace mnoha alternativních směrů. Další příčinou může být i jistá dehumanizace klasické medicíny. Mnoho lékařů nemá v dnešní uspěchané době čas na podrobný rozhovor s pacientem a ten je potom nadšený, když se mu věnuje charismatický a obětavý léčitel. Toto samozřejmě neplatí o všech lékařích, mnoho z nich se svým pacientům věnuje svědomitě a s plným nasazením. [20]

Důvodem pro volbu alternativní medicíny může být také snaha o nalezení více holistické (celostní) formy péče. [28] Rozmach alternativních metod souvisí také se vzrůstající potřebou pacientů převzít kontrolu nad svým zdravotním stavem a snahou o zvýšení kvality svého života. [29] Pacienti dále uvádí, že alternativní směry jsou více totožné s jejich osobními hodnotami a životní filozofií než metody klasické medicíny. Dalšími důvody jsou strach z nežádoucích účinků moderní medicíny a z jejího neúspěchu. [29]

2.5.5 Rizika komplementární a alternativní medicíny

Stejně jako u jakékoliv jiné lékařské terapie, existují u metod komplementární a alternativní medicíny rizika. Ta jsou závislá na konkrétním typu léčby. [30]

U metod manuálních, invazivních nebo u fytoterapie lze očekávat přímé poškození pacienta. Nejzávažnější mohou být např. ochrnutí v důsledku hrubých chiropraktických úkonů na krční páteři, nebo otrava způsobená toxickými bylinami. [20]

Další rizika vyplývají ze zanedbání řádné léčby. Pacienti podlehnou reklamě či neodborné radě léčitele a dají přednost alternativní medicíně před klasickou medicínou. Pokud se tak stane v případě vážného onemocnění, může to mít až fatální následky. Pacient se poté dostaví k lékaři až ve chvíli, kdy už není naděje na vyléčení. [20]

Dalším rizikem je interakce s klasickou léčbou. Některé doplňky stravy či bylinné produkty mohou snižovat nebo zvyšovat účinek léčivých přípravků předepsaných

lékařem. Proto by měl ošetřující lékař vždy vědět o užívání doplňkové terapie pacientem. [30]

2.5.6 Výzkumy provedené v zahraničí

Užívání KAM je předmětem mnoha studií a výzkumů, stejně tak jako léková adherence chronicky léčených pacientů.

Ve Švýcarsku byla provedena studie užívání KAM v rámci švýcarského vládního programu pro vyhodnocení komplementární medicíny. Výzkum byl proveden prostřednictvím elektronických databází a vyhledávání expertů na univerzitách, v nemocnicích, ve farmaceutických společnostech a organizacích pacientů. Většina dotazovaných spadala do běžné populace, účastnili se také hospitalizovaní pacienti a lékaři. Výsledkem této studie bylo zjištění, že přibližně polovina švýcarské populace užívá KAM a většina těchto uživatelů ji považuje za efektivní a přínosnou v léčbě. Většina populace by si přála, aby tato péče byla hrazena ze zdravotního pojištění. [5]

Ve Velké Británii byla pomocí mnoha průzkumů zjištěna průměrná roční prevalence užívání KAM 41,1 % a průměrná celoživotní prevalence 51.8 %. Nejčastější metodou užívanou pacienty ve Velké Británii je dle těchto průzkumů užívání bylinných preparátů. Následují pak homeopatie, aromaterapie, masáže a reflexologie. [31]

Studie zaměřená na pacienty trpící chronickým zánětlivým onemocněním střev se v roce 2011 v Kanadě zúčastnilo 380 respondentů a 56 % z nich uvedlo, že užívá KAM. Zároveň nebyla nalezena souvislost mezi užíváním KAM různými pohlavími, zaměstnáním ani kuřáctvím. Většina pacientů užívajících KAM (73 %) uvedla užívání více než jedné metody. Tato studie se zároveň zaměřila na lékovou adherenci těchto pacientů, nebyla shledána žádná souvislost mezi užíváním KAM a adherencí či non-adherencí k léčbě. Ochotu pokračovat s klasickou léčbou svého onemocnění vyjádřilo 88 % pacientů užívajících KAM, přičemž 62 % z nich cítilo pozitivní vliv vzhledem ke svému onemocnění. Možnost konzultovat užití KAM nejprve se svým lékařem využilo pouze 34 % dotazovaných, přesto 91 % z nich uvedlo, že by se cítili dobře, pokud by o KAM diskutovali se svým gastroenterologem. [32]

V Brazílii byla v roce 2004 provedena studie zaměřená na pacienty s nádorovým onemocněním. Bylo osloveno 92 pacientů, z nichž 89 vyplnilo dotazník. Výsledkem

bylo 62,9 % respondentů, kteří použili minimálně jednu metodu KAM. Nejčastěji zde uváděnou metodou KAM byla modlitba. [33]

Na onkologické pacienty byla zaměřena též studie v Queenslandu v Austrálii. Bylo osloveno 248 pacientů s různými typy rakoviny, z nichž používání alespoň jednoho typu KAM uvedlo 18,7 % dotázaných. [34]

3. Metodická část

Výzkum této diplomové práce byl realizován pomocí dotazníkové studie prováděné v lékárnách na území České republiky.

Ještě před vlastním výzkumem byla provedena pilotáž prvních třech částí dotazníku (z pěti částí popsanych níže). Ta proběhla v soukromé lékárně v Trutnově po dohodě s jejím majitelem. Oslovení pacienti byli požádáni o vyplnění dotazníku v prostředí lékárny za přítomnosti autorky. Kromě samotného zodpovězení otázek psali do dotazníku své případné připomínky k jednotlivým otázkám. Bylo tak zjištěno, kterým otázkám pacienti nerozumí, a které z nějakého důvodu nedokážou zodpovědět. Dotazník byl následně dle těchto připomínek upraven do finální podoby. Třetí a čtvrtá část obsahující škály BMQ-CZ a MARS-CZ touto pilotáží prošly již v dřívějších výzkumech prováděných na území České republiky, tudíž nebyly do této části výzkumu zařazeny. [3, 4]

Dne 30. 3. 2014 byla odeslána žádost ke schválení projektu na etickou komisi Farmaceutické fakulty v Hradci Králové a dne 2. 4. 2014 bylo vydáno souhlasné stanovisko.

Následně byli jménem kolektivu autorů požádáni studenti pátého ročníku farmacie na Farmaceutické fakultě v Hradci Králové o rozdání dotazníků v rámci předmětu Šestiměsíční odborná praxe v lékárně. Každý ze studentů obdržel 10 dotazníků k rozdání, pokyny pro studenty a dopis pro vedoucího lékárníka obsahující žádost o provedení dotazníkové studie v dané lékárně. Sama autorka těchto dotazníků obdržela k rozdání 100.

Osloveni byli pacienti starší 18 let přicházející do lékárny s receptem na alespoň jeden léčivý přípravek, jež užívají pravidelně a po dobu minimálně třech měsíců. Dotazník nebyl záměrně rozdáván jedincům viditelně kognitivně postiženým, z důvodu předpokládané neschopnosti dotazník řádně pochopit a vyplnit. Účast ve studii byla zcela dobrovolná a každý z pacientů měl právo jí odmítnout. Studenti si zaznamenávali pohlaví a věk těchto non-respondentů.

Jedinci, kteří byli shledáni vhodnými respondenty této studie a zároveň byli ochotní se studie zúčastnit, obdrželi dotazník, pokyny k jeho vyplnění a obálku pro odeslání

dotazníku. Ten poté vyplňovali v klidu a pohodlí svého domova. Vzhledem k jeho rozsahu byl tento postup vhodnější než žádat pacienty o vyplňování přímo v lékárně. Po vyplnění dotazník umístili do obdržené obálky s předtištěnou adresou a razítkem značícím úhradu poštovního příjemcem a odeslali jej.

Dotazník se skládal z 5 částí:

1. První část dotazníku tvořily otázky zaměřující se na užívání KAM pacientem.
 - a. První otázka této části zjišťovala, zda pacient užívá či neužívá nějakou formu KAM:
 - i. v případě odpověď ANO: pacient plynule pokračoval ve vyplňování dotazníku,
 - ii. v případě odpovědi NE: pacient byl vyzván, aby další otázky této části nevyplňoval a přesunul se k otázkám 2. až 5. části dotazníku.
 - b. Následovala tabulka, do které pacient odpovídal na otevřené a uzavřené otázky týkající se konkrétních typů KAM, jež užívá. Každý typ užívané metody uvedl na samostatném řádku a uvedl další náležitosti:
 - i. na jaké onemocnění KAM užívá (otevřená otázka),
 - ii. zda vnímá KAM jako prevenci nebo léčbu svého onemocnění (uzavřená otázka),
 - iii. užívá-li KAM pravidelně (uzavřená otázka).
 - c. Další otázka zjišťovala délku užívání KAM.
 - d. Následně pacient vyznačil, zda se s užíváním KAM svěřil následujícím osobám:
 - i. ošetřující lékař předepisující léčivé přípravky,
 - ii. jiný lékař,
 - iii. lékárník,
 - iv. zdravotní sestra,
 - v. nikdo z nich.
 - e. V další otázce byl pacient dotazován předloženými tvrzeními na důvody, proč se KAM rozhodl užívat. Pacient mohl označit více odpovědí a seřadit je podle důležitosti.

- f. Poslední otázka byla zaměřena na to, jak pacient chápe užívání KAM:
 - i. jako plnou náhradu klasické léčby,
 - ii. doplnění klasické léčby.
2. Druhá část dotazníku obsahovala otázky na sociodemografické charakteristiky pacientů. Pomocí nich bylo možné získat bližší popis osob, které dotazník vyplnily. Tato část obsahovala otevřené i uzavřené otázky, s jednou či více možnými odpověďmi. Tyto otázky se týkaly věku, pohlaví, mateřského jazyka, náboženského vyznání, velikosti bydliště, pracovního zařazení včetně finančního příjmu a vzdělání pacienta.
3. Třetí část se zabývala zdravotním stavem pacienta a užívanou klasickou léčbou.
 - a. První otázka zjišťovala počet pravidelně užívaných léčivých přípravků a délku trvání této léčby.
 - b. Další otázky zjišťovaly kouření a sebehodnocení zdravotního stavu.
 - c. Na stupnici tvořené kruhy různé velikosti měl respondent vyznačit míru dodržení užívání klasických léčivých přípravků v posledním týdnu. Nejmenší kruh značil možnost, kdy pacient vůbec nedodržoval pokyny lékaře k užívání svých léčivých přípravků a největší kruh naopak značil naprostý soulad s těmito pokyny.
 - d. Dále byl pacientovi nabídnut výběr z mnoha chronických onemocnění k označení těch, se kterými se léčí. Mohl uvést i jiné onemocnění neuvedené v nabídce.
 - e. Další dotaz zjišťoval, zda byl pacient kvůli svému onemocnění hospitalizován nebo ošetřen na pohotovosti v průběhu posledního roku.
 - f. Dotazováno bylo také to, za jak závažné pacient své onemocnění považuje a zda trpí některými doprovodnými příznaky.
 - g. Poslední otázka této části zjišťovala, jaká preventivní vyšetření nebo očkování respondent pravidelně absolvuje.
4. Čtvrtou částí dotazníku byla škála BMQ-CZ zjišťující postoj pacienta ke klasické léčbě. Tato část nebude v této práci hodnocena.

5. Pátou část tvořila škála MARS-CZ upřesňující způsob, jakým pacienti své léčivé přípravky užívají. Tato část se skládala z pěti složek, dotazujících se na frekvenci nedodržování užití stanovené léčby. U každého bodu respondent vybral jednu z pěti možností od „vždy“ až po „nikdy“. Dotazy se týkaly toho, zda svou farmakologickou léčbu zapomíná užívat nebo vynechává dávku, rozhoduje se nevzít si léčivý přípravek, přestává jej užívat, anebo užívá menší dávku, než má předepsanou od lékaře.

Jednotlivým možnostem byly poté přiřazeny body (vždy = 1, nikdy = 5) a všech 5 složek bylo sečteno. Tím byl získán výsledek od 5 do 25 bodů, přičemž 100% adherenci k léčbě představuje výsledek 25 bodů. Vysokou lékovou adherenci představuje výsledek 23 bodů a více.

Data z dotazníků byla převedena a výsledky poté zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Excel 2007. Ten umožňuje přehledné tabulkové zpracování výsledků a následné vypočítání průměrných hodnot, mediánu, směrodatné odchylky a procentuálního výskytu jednotlivých odpovědí.

Pro vyhodnocení výsledků byla použita deskriptivní statistika.

4. Analytická část

Celkem bylo studentům před zahájením studie rozdáno 1943 dotazníků. Dle zpětné vazby studentů bylo 1128 těchto dotazníků rozdáno pacientům v lékárně.

Celkový počet non-respondentů zaznamenaný studenty byl 546.

Celkový počet dotazníků doručených na adresu Farmaceutické fakulty v Hradci Králové byl 552, z toho 507 bylo použito do závěrečné analýzy. Z důvodu nedodržení výběru vhodných respondentů tohoto výzkumu bylo 30 dotazníků vyřazeno, tito dotazovaní vyplnili, že neužívají žádné léčivé přípravky. Dalších 15 dotazníků nebylo zařazeno z důvodu velkého množství chybějících odpovědí (tzv. missingů).

4.1 Sociodemografické charakteristiky pacientů

Větší část respondentů tvořily ženy (66,6 %). Průměrný věk byl 55 let, medián 57 let. Většina respondentů (97,4 %) uvedla příslušnost k české národnosti. Mezi dotazovanými pacienty převládali ateisté (66 %). Základní charakteristiky respondentů shrnují tabulky 1 a 2.

Tabulka 1: Věk respondentů

	průměr	medián	směrodatná odchylka
věk (n = 501)	55	57	18

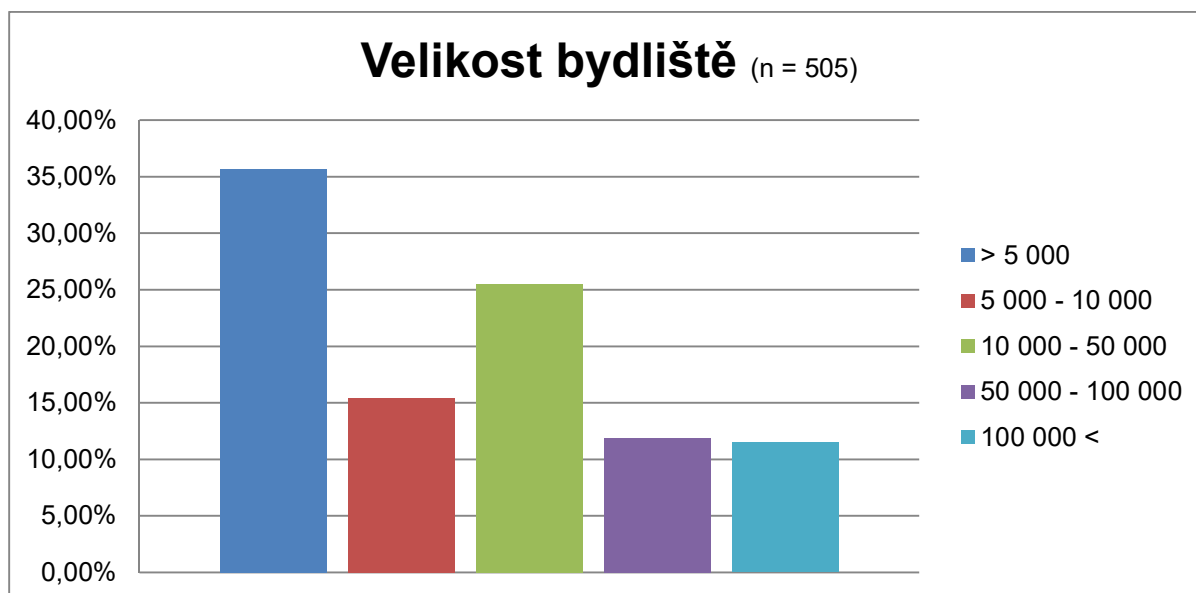
Tabulka 2: Charakteristika respondentů

	počet respondentů	procentuální zastoupení
pohlaví (n = 506)		
ženy	337	66,60 %
muži	169	33,40 %
národnost (n = 506)		
česká	493	97,43 %
jiná	13	2,57 %
náboženská příslušnost (n = 501)		
věřící	171	34,13 %
ateisté	330	65,87 %

n = počet respondentů, kteří na danou otázku odpověděli (neboli n = 100 %)

4.1.1 Velikost bydliště

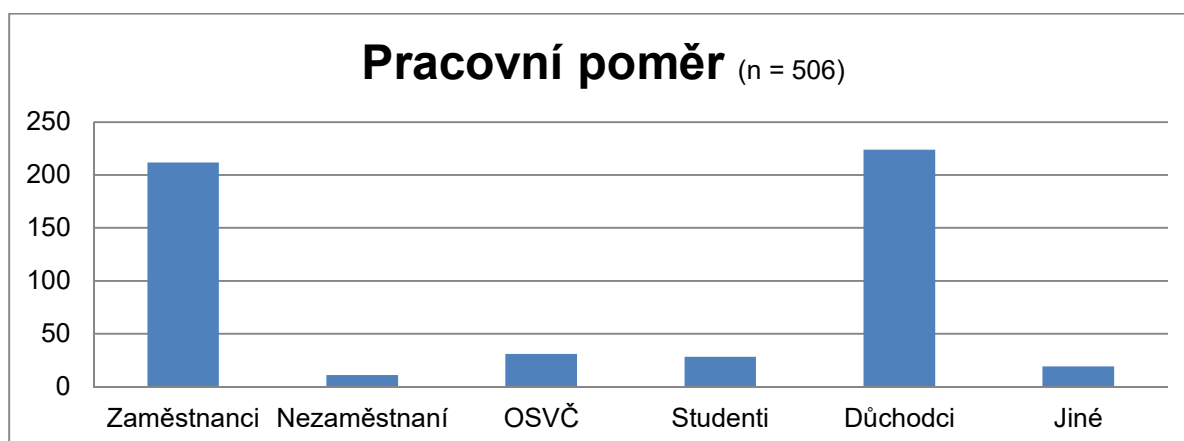
Největší množství dotazníků (36 %) obdržela Farmaceutická fakulta v Hradci Králové z územních celků s počtem obyvatel do 5 000, nejmenší počet (11 %) dotázaných uvedl bydliště s počtem obyvatel vyšším než 100 000. (Obr. 1)



Obrázek 1: Velikost bydliště

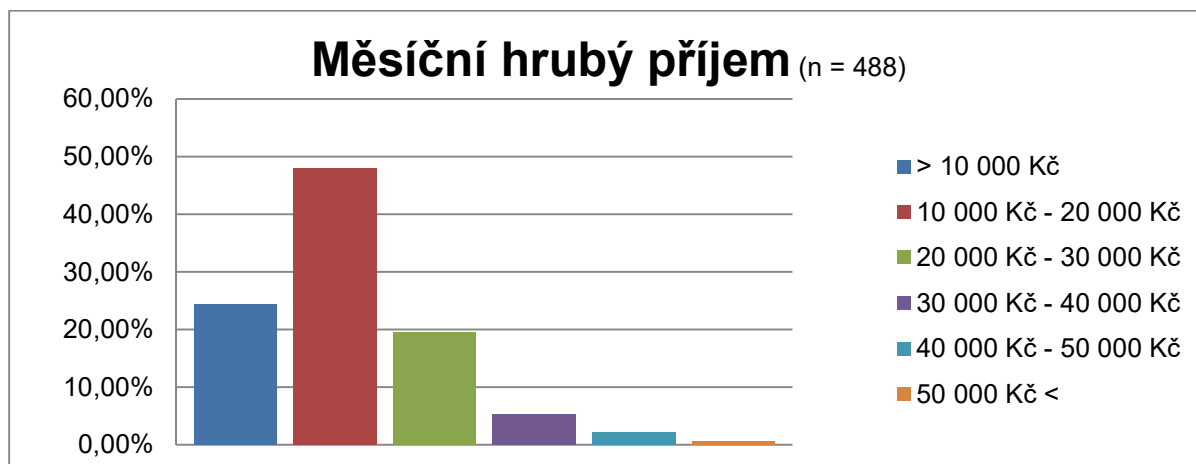
4.1.2 Pracovní poměr, měsíční hrubý příjem

Většina respondentů byla tvořena důchodci (44 %), na druhém místě dominovali zaměstnanci (42 %), dále pak osoby samostatně výdělečně činné (6 %), studenti (6 %) a nezaměstnaní (2 %). Jiný pracovní poměr než námi nabízené kategorie uvedlo 19 respondentů, tedy necelá 4%. Obr. 2 uvádí počty respondentů v jednotlivých kategoriích.



Obrázek 2: Pracovní poměr

Nejčastěji uváděným rozsahem měsíčního hrubého příjmu bylo 10 – 20 tisíc Kč (48 %). Druhou nejpočetnější skupinu (24 %) tvořili dotazovaní s příjmem nižším než 10 tisíc Kč. Pouze 3 respondenti (0,6 %) uvedli měsíční hrubý příjem vyšší než 50 tisíc Kč. (Obr. 3)

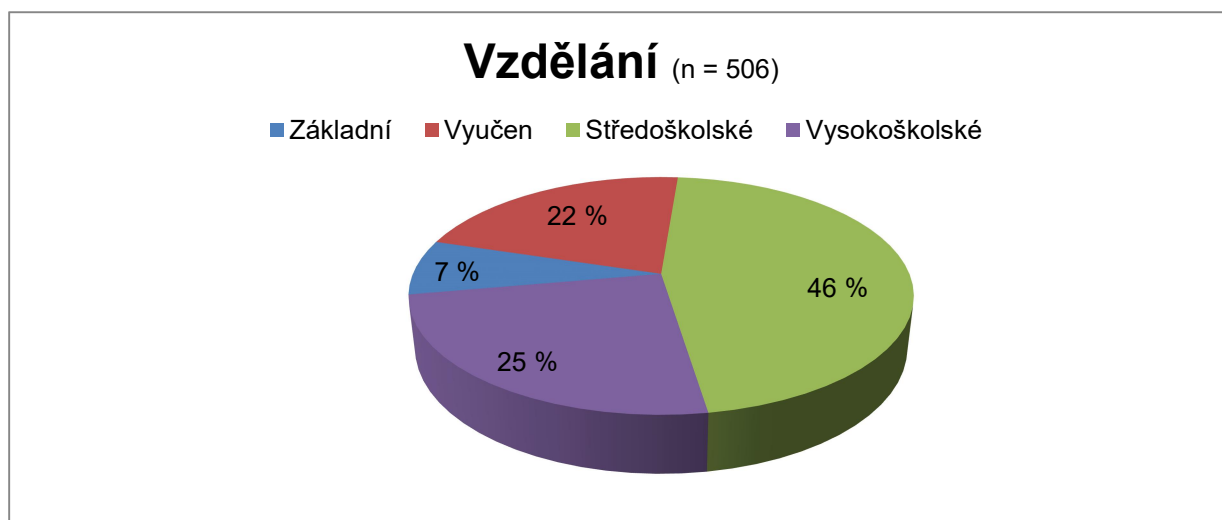


Obrázek 3: Měsíční hrubý příjem

Téměř polovina respondentů (49,1 %, n = 499) považuje svůj měsíční příjem za dostatečný k pokrytí svých životních potřeb nebo potřeb své rodiny.

4.1.3 Vzdělání

Největší část respondentů byla tvořena středoškolsky vzdělanými osobami (46 %), naopak nejméně osob označilo jako své nejvyšší dosažené vzdělání základní školu (7,5 %). Dotazník vyplnilo 25 % vysokoškoláků a 22 % vyučených osob. (Obr. 4)



Obrázek 4: Vzdělání

Pouze 17 % (n = 500) dotazovaných uvedlo, že absolvovali zdravotnické vzdělání.

4.2 Respondenti a klasická léčba

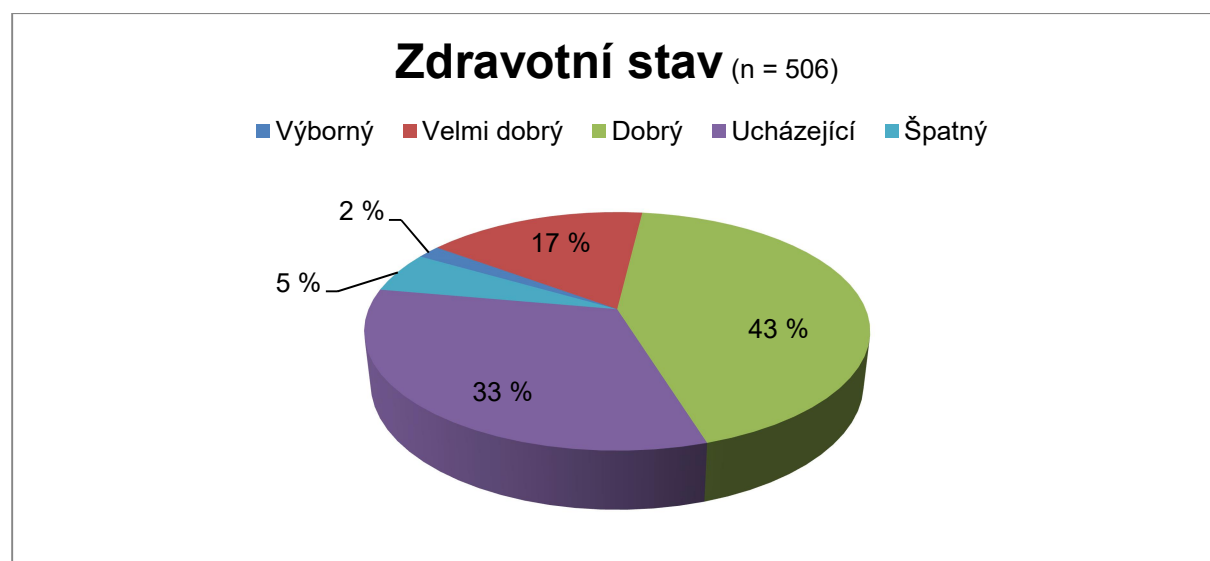
Průměrný počet druhů léčivých přípravků užívaných pacientem byl roven 3,58 druhu léčivého přípravku na pacienta. Průměrná délka trvání léčby činila 102 měsíců (tj. 8,5 roku). (tab. 3)

Tabulka. 3 Léčba respondentů

	průměr	medián	směrodatná odchylka
počet druhů léčivých přípravků (n = 502)	3,58	3	2,78
délka léčby (n = 490)	102,39	84	89,60

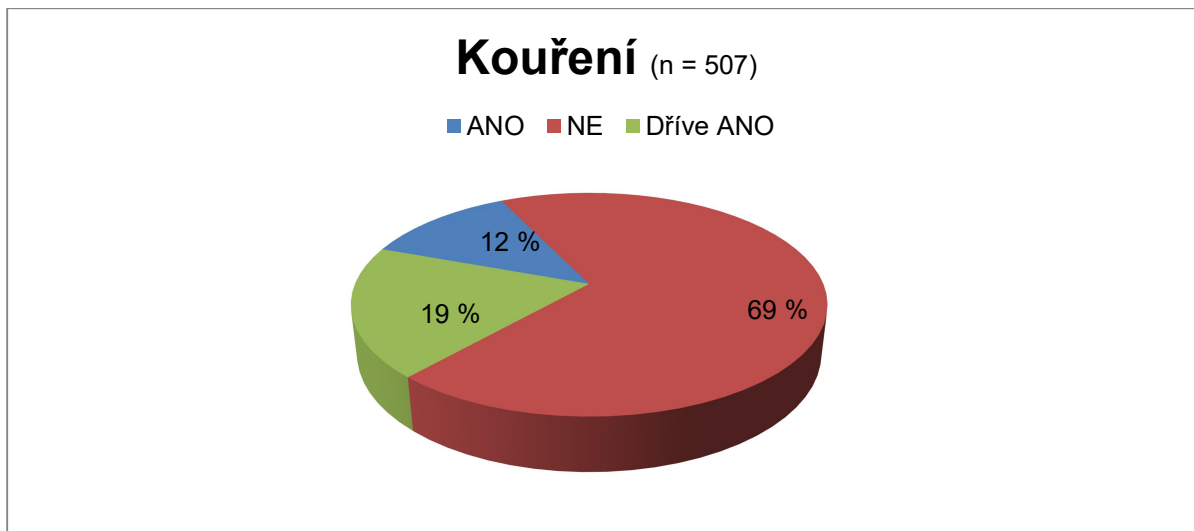
4.2.1 Otázky týkající se zdravotního stavu respondenta

Pacienti byli dotazováni na subjektivní vnímání jejich zdravotního stavu a závažnosti jejich onemocnění. Téměř polovina dotázaných vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý, pouze 5 % považuje svůj zdravotní stav za špatný. (Obr. 5)



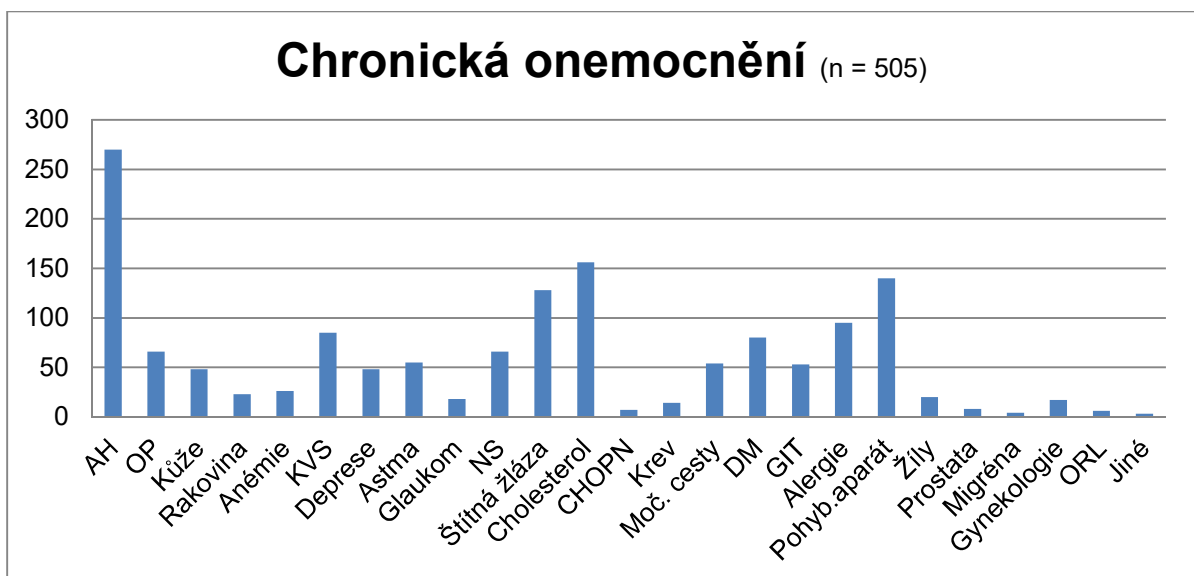
Obrázek. 5 Zdravotní stav

Většina respondentů byla tvořena nekuřáky (69 %), 19 % uvedlo, že kouřili v minulosti a 12 % stále kouří. (Obr. 6)



Obrázek 6: Kouření

Další otázka zjišťovala, s jakými chorobami se respondent dlouhodobě léčí. Dotazovaní jedinci mohli označit jednu nebo více možností. Výsledky této otázky shrnuje tabulka 4 a obrázek 7 znázorňující počet pacientů uvádějící jednotlivá onemocnění.



Obr. 7: Onemocnění

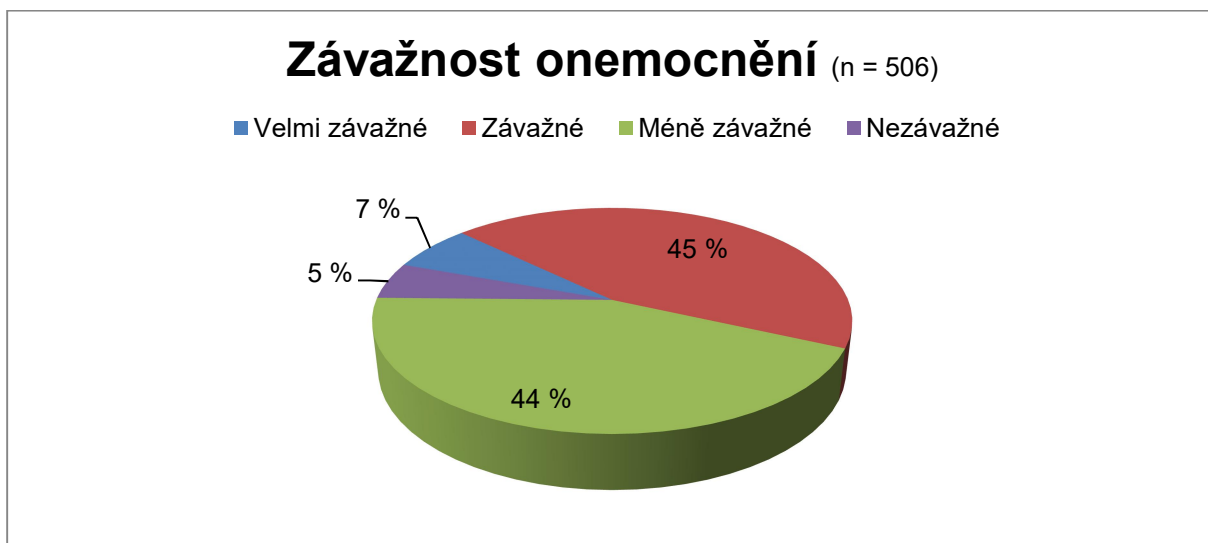
Použité zkratky vysvětleny v Seznamu zkratek

Tabulka 4: Onemocnění

Onemocnění (n = 505)	počet pacientů	procentuální zastoupení
Arteriální hypertenze	270	53,47 %
Osteoporóza	66	13,07 %
Onemocnění kůže	48	9,50 %
Rakovina	23	4,55 %
Anémie	26	5,15 %
Onemocnění kardiovaskulárního systému	85	16,83 %
Deprese	48	9,50 %
Astma bronchiální	55	10,89 %
Glaukom	18	3,56 %
Onemocnění nervového systému	66	13,07 %
Onemocnění štítné žlázy	128	25,35 %
Zvýšený cholesterol	156	30,89 %
Chronická obstrukční plicní nemoc	7	1,39 %
Onemocnění krve	14	2,77 %
Onemocnění močových cest	54	10,69 %
Diabetes mellitus	80	15,84 %
Onemocnění trávicího traktu	53	10,50 %
Alergie	95	18,81 %
Onemocnění pohybového aparátu	140	27,72 %
Onemocnění žil	20	3,96 %
Onemocnění prostaty	8	1,58 %
Migréna	4	0,79 %
Gynekologické onemocnění	17	3,37 %
Onemocnění očí, uší krku	6	1,19 %
Jiné onemocnění	3	0,59 %

Navštívit pohotovost anebo absolvovat hospitalizaci v nemocničním zařízení muselo v souvislosti se svým chronickým onemocněním v posledním roce 82 % (n = 501) respondentů.

Jako závažné chápe své onemocnění 45 % respondentů, 44 % jako méně závažné. Za velmi závažnou považuje svou chorobu 7 % dotázaných pacientů, zatímco 5 % ji shledává nezávažnou. (Obr. 8)

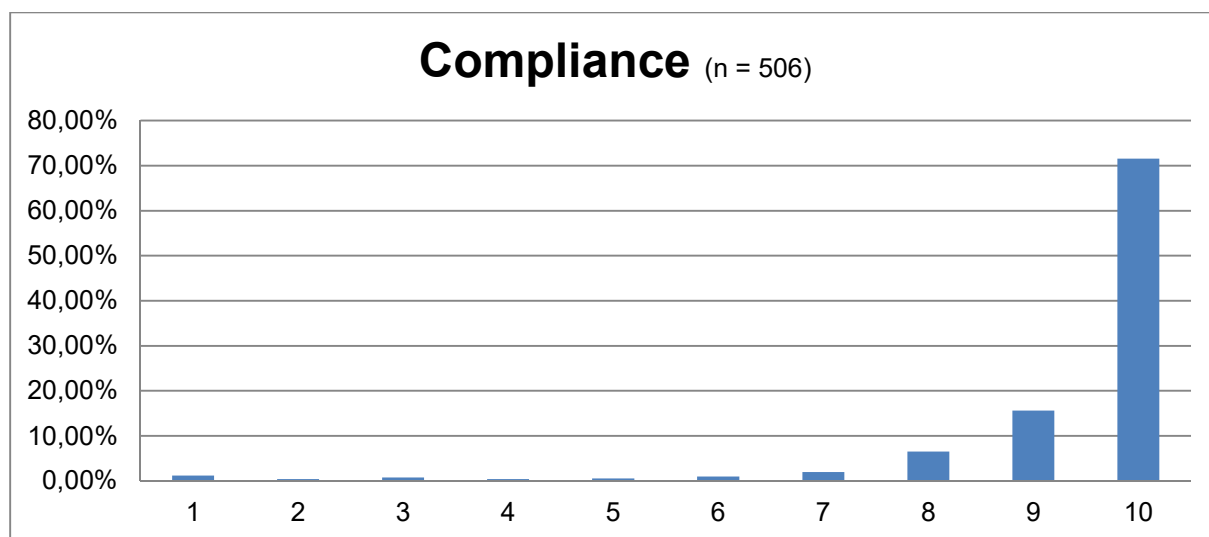


Obrázek. 8: Závažnost onemocnění

Většina respondentů subjektivně nevnímá své onemocnění (52 % z celkového počtu 502 dotázaných). Doprovodné příznaky obtěžují 48 % pacientů.

4.2.2 Compliance a adherence k léčbě

Respondenti označovali na stupnici tvořené kruhy různé velikosti míru dodržení užívání předepsané klasické léčby dle pokynů lékaře v posledním týdnu. Tato škála obsahovala deset stupňů, kdy první znamenal naprosté nedodržování pokynů a desátý značil užívání zcela shodné s doporučeními lékaře. Většina pacientů (71,5 %) označila desátý stupeň. Výsledky této otázky shrnuje tabulka 5 a obrázek 9.



Obrázek. 9: Compliance

Tabulka 5: Compliance

Compliance (n = 506)	Počet pacientů	Procentuální zastoupení
1	6	1,19 %
2	2	0,40 %
3	4	0,79 %
4	2	0,40 %
5	3	0,59 %
6	5	0,99 %
7	10	1,98 %
8	33	6,52 %
9	79	15,61 %
10	362	71,54 %

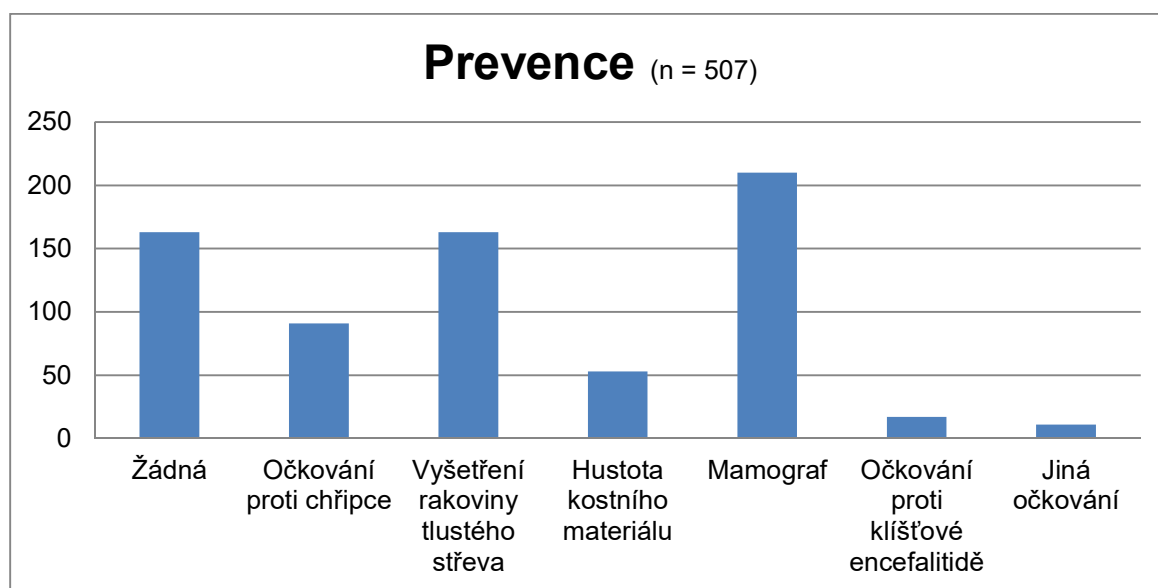
Jako další část dotazníku zaměřující se na způsob užívání léčiv pacientem byla použita škála MARS-CZ. Téměř 72 % respondentů vykazovala dle této škály vysokou adhezenci k léčbě. Průměrná hodnota součtu této škály byla 22,75. Výsledky této škály uvádí tabulka 6.

Tabulka 6: MARS-CZ

	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka
MARS 1 (n = 507)	4,15	4	0,81
MARS 2 (n = 507)	4,62	5	0,73
MARS 3 (n = 507)	4,68	5	0,72
MARS 4 (n = 507)	4,65	5	0,70
MARS 5 (n = 507)	4,65	5	0,75
MARS total (n = 507)	22,75	24	2,79

4.2.3 Prevence

Většina respondentů uvedla, že pravidelně absolvuje některá preventivní vyšetření či očkování. Pouze 32 % uvedlo, že žádnou prevenci neabsolvují. Nejčastěji se v odpovědích vyskytovalo mamografické vyšetření (41 %), vyšetření rakoviny tlustého střeva (32 %) a vyšetření hustoty kostního materiálu (10 %). Další možností bylo očkování proti chřipce, které absolvuje 18 % respondentů, očkování proti klíšťové encefalitidě (3 %) a některá další očkování (2 %). Obr. 10 uvádí počty pacientů absolvující jednotlivá preventivní vyšetření či očkování.



Obrázek 10: Prevence

4.3 Užívání komplementární a alternativní medicíny

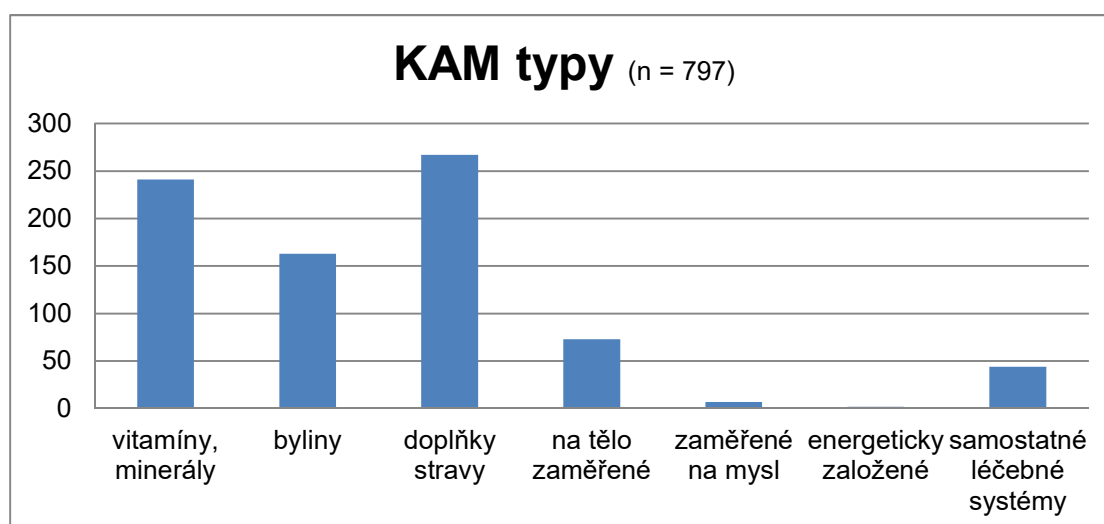
Užití některého z typů KAM uvedlo 329 (65 %) ze všech 507 respondentů, v průměru jedinec užíval 1,6 typů metod KAM po dobu 40 měsíců. (tab. 7)

Tabulka 7: Užívání KAM

	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka
Počet KAM (n = 329)	1,59	1	1,65
Délka užívání KAM v měsících (n = 304)	39,65	3	71,06

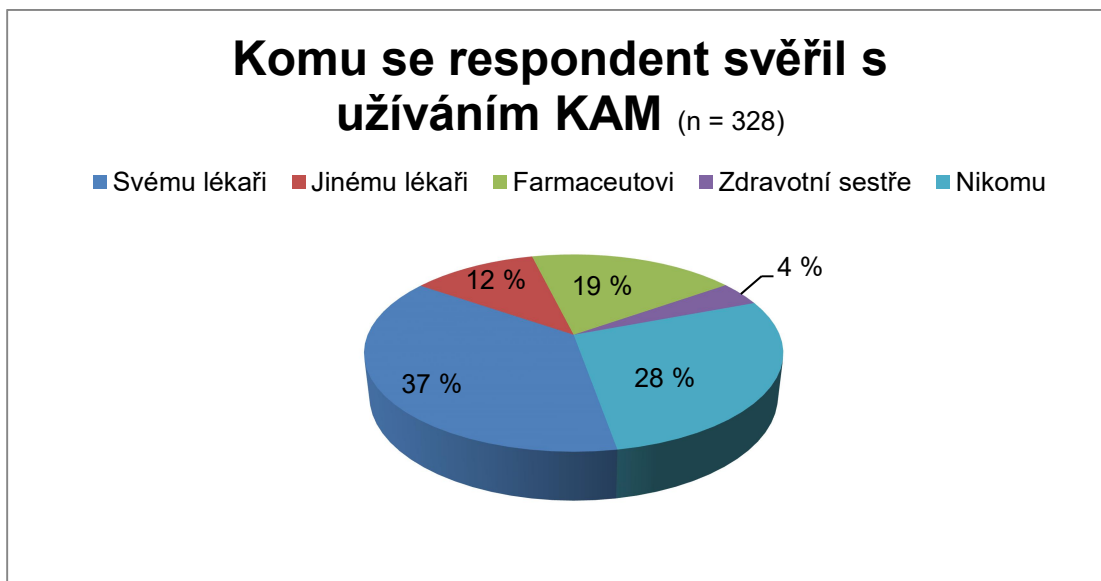
V tabulce uvádějící typ užívané KAM vyplnila většina respondentů biologicky zaměřené metody. V celkovém součtu 797 uvedených metod se 267krát objevily potravní doplňky, 241krát vitamíny anebo minerály a 163krát byliny a preparáty z nich připravené.

Ostatní typy KAM se vyskytovaly v menší míře, do kategorie manipulativních a na tělo zaměřených terapií spadalo 73 uvedených metod, přičemž se většinou jednalo o masáže. Do kategorie samostatných léčebných systémů, u kterých převažovala homeopatie, bylo zařazeno 44 položek. Pouze 7krát se v tabulkách objevila terapie pracující s lidskou myslí a 2krát energeticky zaměřená terapie (v obou případech se jednalo o reiki). Rozdělení do jednotlivých kategorií KAM uvádí obr. 11.



Obrázek 11: KAM typy

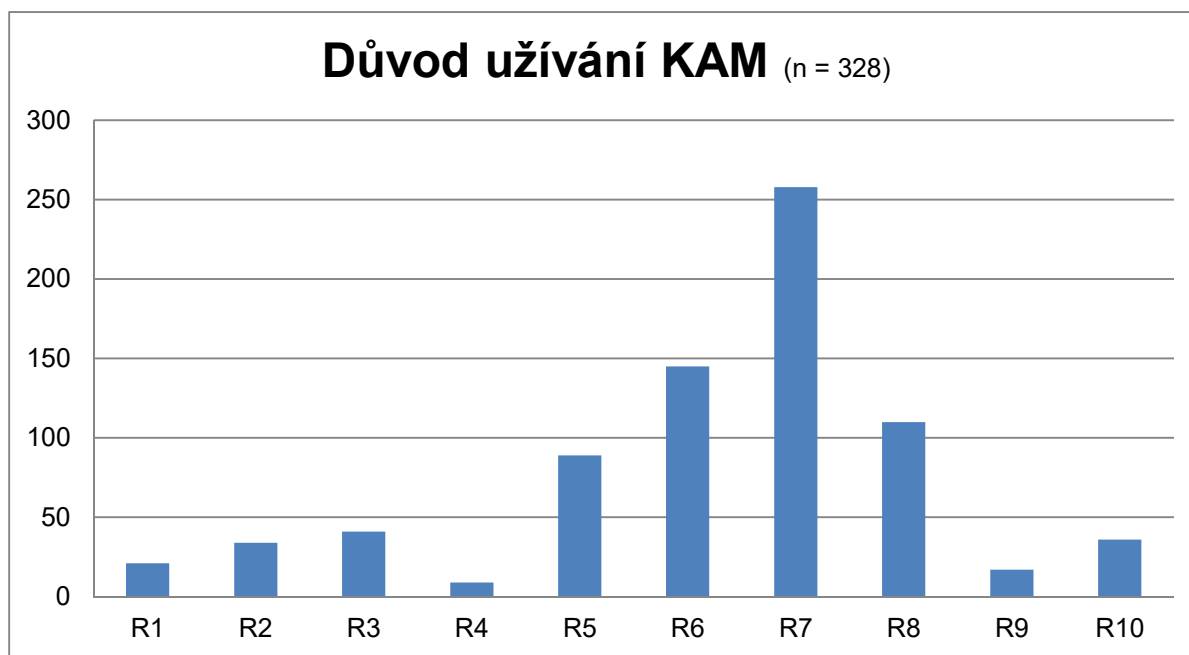
V jedné z otázek se autoři pacienta dotazovali, zda se s užíváním KAM svěřil některému z uvedených zdravotnických pracovníků. Více jak 36 % (tj. 119) respondentů uvedlo, že se nikomu nesvěřují. Zbytek označil jednu nebo i více osob, které o jeho užívání alternativních metod vědí. Z 328 pacientů, jež tuto otázku zodpověděli, se 159 svěřilo svému lékaři předepisujícím jim klasické léčivé přípravky, 49 respondentů tuto důvěru projevilo u jiného lékaře, 81 se svěřilo farmaceutovi a 17 zdravotní sestře. (Obr. 12)



Obrázek. 12: Svěřování s užitím KAM

Předposlední otázkou z oblasti užívání KAM bylo zjišťování důvodů, které vedou pacienta k užívání KAM. Respondenti vybírali z 9 nabídnutých odpovědí nebo mohli zvolit možnost „Jiný důvod“. Bylo možné označit jeden nebo více důvodů.

Výsledky analýzy důvodů vedoucích k užívání KAM uvádí tabulka 8 a obr. 13 znázorňující počet pacientů, kteří zvolili jednotlivé možnosti.



Obrázek 13: Důvod užívání KAM

Tab. 8: Důvod užívání KAM

	Důvod užívání KAM (n=328)	počet respondentů	procentuální vyjádření
R1	Klasické léky předepsané lékařem mi nepomáhají.	21	6,40 %
R2	Zažil jsem nežádoucí účinek po užívání klasických léků předepsaných lékařem.	34	10,37 %
R3	KAM je bezpečnější než klasické léky předepsané lékařem.	41	12,50 %
R4	Nevěřím klasickým lékům předepsaným lékařem.	9	2,74 %
R5	Potřebuju mít větší kontrolu nad svým zdravotním stavem.	89	27,13 %
R6	KAM jsem chtěl zkusit.	145	44,21 %
R7	Předpokládám, že KAM zlepší můj zdravotní stav.	258	78,66 %
R8	KAM je snadno dostupná (nemusím chodit k lékaři pro recepty).	110	33,54 %
R9	KAM je levnější než klasické léky předepsané lékařem.	17	5,18 %
R10	Jiný důvod.	36	10,98 %

Naprostá většina uživatelů KAM, vnímá klasickou léčbu jako primární a KAM jako její doplněk. Z 325 respondentů se 310 ztotožňuje s výrokem „KAM beru jako doplnění léčby klasickými léky předepsanými lékařem.“ Pouze 15 pacientů vybralo jako více vyhovující výrok „KAM mi plně nahrazuje klasické léky předepsané lékařem.“

4.4 Souvislost užívání KAM a lékové adherence

Z 329 respondentů užívajících KAM reportovalo 231 respondentů vysokou adherenci ke klasické léčbě podle MARS-CZ. Z 15 respondentů uvádějících KAM jako plnou náhradu klasické léčby vykazovalo 9 vysokou lékovou adherenci dle škály MARS-CZ. Průměrné skóre škály MARS-CZ těchto 15 jedinců bylo 22,75.

5. Diskuze

Do výsledné analýzy byly použity dotazníky obdržené od 507 respondentů v průměrném věku 55 let. Většinu respondentů tvořily ženy ve starobním důchodu se středoškolským vzděláním a hrubým měsíčním příjmem v rozmezí 10 - 20 000 Kč. Nejčastěji se vyskytujícím onemocněním byla arteriální hypertenze, která vyžaduje dlouhodobou (obvykle doživotní) léčbu. Vysokou adhezenci k léčbě vykazovalo 72 % dotazovaných. Více jak polovina respondentů užívá KAM, přičemž 70 % z nich je vysoce adherentních ke své klasické léčbě.

Se vzrůstajícím věkem stoupá pravděpodobnost výskytu chronických onemocnění. Tomu odpovídal vzorek respondentů tohoto výzkumu. Medián věku byl 57 let a přibližně polovina respondentů uvedla jako svůj pracovní status starobní důchod. Výše průměrného starobního důchodu byla v loňském roce v České republice 10 050 Kč u žen a 12 259 Kč u mužů. [35] Téměř polovina respondentů uvedla výši svého měsíčního hrubého příjmu v rozsahu 10 – 20 000 Kč.

Větší část respondentů tvořily ženy. To může být způsobeno větší mírou oslovení ze strany studentů nebo větší návštěvností žen v lékárnách. To jsou samozřejmě jen autorčiny dohady, pravý důvod této ženské převahy neznáme.

Údaje ze sčítání lidu z roku 2011 říkají, že největší část obyvatel České republiky uvádí jako své nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou a nejméně je vysokoškoláků. [36] V této studii jsme shledali vyšší výskyt vysokoškolsky vzdělaných osob, než odpovídá průměru v naší republice. To může, ale také nemusí být způsobeno tím, že dotazníky vyplňovaly i chronicky léčené lékárnice přítomné v lékárnách, kde probíhal výzkum.

Výzkumy ukazují, že na území České republiky přibližně 26 % populace nad 18 let kouří. [37] Mezi respondenty této studie bylo jen 12 % současných kuřáků. To může být zapříčiněno neupřímností respondentů. Je možné, že se za svůj zlozvyk stydí a v dotazníku jej popřeli.

Většina respondentů (65 %) uvedla, že užívá některý z typů KAM, přičemž statisticky připadá na jednoho pacienta užívání 1,6 typu KAM po dobu téměř 40 měsíců. Nejčastějšími důvody pro užívání KAM byl předpoklad, že dojde ke zlepšení

pacientova zdravotního stavu a zvědavost, kdy 44 % uvedlo, že chtělo KAM jen zkusit. Nejčastějšími typy užívané KAM se staly doplňky stravy, vitamíny a minerály a bylinné preparáty. To je pravděpodobně způsobeno jejich snadnou dostupností, vysokou medializací a prováděním studie v lékárně, kde si pacienti tyto typy KAM obstarávají. Pozitivním výsledkem je, že většina pacientů se s užíváním KAM svěřuje některému zdravotnickému pracovníkovi. Více jak 95 % respondentů užívajících KAM uvedlo, že ji považují pouze za doplněk klasické léčby.

Užívání KAM se stává trendem moderní doby, kdy se pacient snaží převzít zodpovědnost za vlastní zdraví. Některé doplňkové preparáty jsou vysoce medializované, není tedy překvapením, že je velké procento pacientů užívá s vidinou zlepšení svého zdravotního stavu. Může se pak bohužel stát i to, že pacient přestane dodržovat pokyny k užívání klasické léčby. Přitom non-adherence k léčbě je mezi chronicky léčenými pacienty přetrvávající problém, který je nutné řešit nejen dobrou edukací pacienta.

Skóre dotazníku MARS-CZ sloužící k sebehodnocení adherence pacientů ke klasické léčbě bylo v průměru velmi vysoké. Téměř 72 % pacientů získalo skóre v rozmezí 23 - 25 bodů, což odpovídá vysoké lékové adherenci.

Tyto výsledky mohou být zkresleny vysokým nadhodnocením skutečného stavu ze strany respondentů. Námi naměřené vysoké hodnoty adherence k léčbě se zdají být nepravděpodobné, vzhledem k tomu, že řada výzkumů ukazuje, že adherence k léčbě u chronicky léčených pacientů se ve vyspělých zemích pohybuje kolem 50 %.

[38]

Stejně tak výsledek otázky týkající se compliance pacienta při užívání medikace v posledním týdnu byl velmi pravděpodobně zkreslen uvedením nepřesných informací, protože 71,5 % respondentů uvedlo, že svou léčbu užívali zcela dle pokynů ošetřujícího lékaře. Je možné, že tím myslí pouze to, že své léky užívají každý den. Zda přitom dodržují čas užívání a režimová opatření už pravděpodobně neberou v úvahu.

Tato studie je částečně limitována výběrem respondentů. Díky faktu, že byli osloveni chronicky léčební pacienti užívající klasické léčivé přípravky, se mezi respondenty nevyskytovali ti, kterým KAM plně nahrazuje klasickou léčbu. Tito

pacienti si obvykle nevyzvedávají v lékárnách léčivé přípravky, tudíž nemohli být osloveni. Tento výzkum byl také částečně limitován počtem pacientů a použitím metody sebehodnocení, která může vést ke zkreslení výsledků. Výzkum se také nezabýval rozdíly v lékové adherenci dle jednotlivých typů chronických onemocnění. Osloveni byli pacienti s mnoha různými chorobami.

Výzkumy ukazují, že ve Švýcarsku užívá KAM přibližně polovina obyvatelstva. [5] Ve Velké Británii užije ročně KAM 41,1 % obyvatel, celoživotně je tato prevalence 56%. Nejčastěji užívaným typem KAM ve Velké Británii jsou dle výzkumu bylinné preparáty následované homeopatií, aromaterapií, masážemi a reflexologií. [31] Bylinné preparáty se vyskytly ve velkém počtu i ve výzkumu uváděném v této práci. Ostatní typy KAM se od britského výzkumu liší. V tomto výzkumu obsadily první místa doplňky stravy, vitamíny a minerály. To může být zapříčiněno lékárenským prostředím, kde tento výzkum probíhal a výběrem chronicky nemocných respondentů.

V Kanadě byla v roce 2011 provedena studie užívání KAM u pacientů s chronickým zánětlivým onemocněním střev. Této studii se zúčastnilo 380 respondentů, z nichž 56 % užívalo KAM. Jejich nejčastějším důvodem byla neefektivnost klasické léčby. [32] V naší provedené studii jsme zaznamenali jen 6 % respondentů s tímto odůvodněním. To může být způsobeno širším výběrem pacientů. Naše studie oslovovala pacienty trpící různými chronickými onemocněními, naproti tomu v Kanadě byl vzorek respondentů tvořen pouze pacienty s onemocněním střev. S tím pravděpodobně souvisí i fakt, že v kanadské studii dominovala mezi KAM metodami probiotika. [32]

V Queenslandu byla provedena studie užívání tradiční a KAM u pacientů s rakovinou, které se zúčastnilo 248 respondentů. Necelých 19 % těchto pacientů uvedlo užívání tradiční či doplňkové medicíny. [34]

Pacienti s rakovinou byli předmětem studie užívání KAM také v Brazílii. Zde se ukázalo, že KAM užívá téměř 63 % respondentů. [33]

Z těchto výzkumů můžeme odhadnout, že se užívání KAM mezi chronicky léčenými pacienty liší jednak v různých státech světa a jednak u různých typů onemocnění. Data zjištěná v této studii ukazují, že v České republice je procento užívání KAM v porovnání s jinými zeměmi světa poměrně vysoké (65 %).

6. Závěr

Tato diplomová práce se zabývala adherencí k léčbě ze strany chronicky léčených pacientů a jejich užíváním komplementární a alternativní medicíny.

Pomocí dat získaných formou dotazníků byly splněny cíle této diplomové práce:

1. Adherence získaná sebehodnocením podle MARS-CZ chronicky léčených pacientů dotazovaných v rámci této studie byla 72%.
2. KAM užívá 65 % dotazovaných pacientů. Nejčastějšími důvody užívání KAM byly:
 - a. předpoklad zlepšení zdravotního stavu díky KAM,
 - b. touha zkusit KAM,
 - c. snadná dostupnost KAM.

Nejrozšířenějšími typy KAM byly:

- a. doplňky stravy,
 - b. vitaminy, minerály,
 - c. byliny a preparáty z nich připravené.
3. Užívání KAM se neprokázalo jako negativní faktor lékové adherence. Většina (70 %) uživatelů KAM vykazuje vysokou adherenci k léčbě a téměř všichni ji považují za doplněk léčby klasické.
4. V porovnání s ostatními zeměmi (Kanada, Velká Británie, Austrálie, Švýcarsko, Brazílie) bylo zjištěno vyšší procento pacientů užívajících KAM. Také se liší důvody a nejčastější typy užívání KAM. Stejně tak míra zjištěné lékové adherence byla vyšší než u předchozích výzkumů. Přibližně srovnatelná adherence k léčbě byla zjištěna při výzkumu v České republice v roce 2011 studentkou farmaceutické fakulty v Hradci Králové (68 %). [2]

V této studii bylo také využito škály BMQ-CZ, která však bude vyhodnocena v některé z dalších prací.

7. Seznam použitých zkratek

AH = arteriální hypertenze

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome

apod. = a podobně

atd. = a tak dále

BMQ = Beliefs about Medication Questionnaire

BMQ-CZ = validovaná česká verze dotazníku BMQ

CAM = complementary and alternative medicine

DM = diabetes mellitus

EBM = evidence-based medicine

GIT = gastrointestinální trakt

CHOPN = chronická plicní obstrukční nemoc

KAM = komplementární a alternativní medicína

KVS = kardiovaskulární systém

MARS = Medication Adherence Report Scale

MARS-CZ = validovaná česká verze škály MARS

MEMS = Medication event monitoring system

moč. cesty = močové cesty

např. = například

NS = nervový systém

obr. = obrázek

OP = osteoporóza

ORL = otorhinolaryngologické

pohyb. aparát = pohybový aparát

př. n. l. = před naším letopočtem

tab. = tabulka

tj. = to je

tzn. = to znamená

tzv. = tak zvaný

USA = United States of America

WHO = World Health Organization

8. Seznam tabulek a obrázků

Obr. 1: Velikost bydliště	32
Obr. 2: Pracovní poměr	32
Obr. 3: Měsíční hrubý příjem	33
Obr. 4: Vzdělání	33
Obr. 5: Zdravotní stav	34
Obr. 6: Kouření	35
Obr. 7: Onemocnění	35
Obr. 8: Závažnost onemocnění	37
Obr. 9: Compliance	38
Obr. 10: Prevence	39
Obr. 11: KAM typy	40
Obr. 12: Svěřování s užitím KAM	41
Obr. 13: Důvod užívání KAM	42
Tab. 1: Věk respondentů	31
Tab. 2: Charakteristika respondentů	31
Tab. 3: Léčba respondentů	34
Tab. 4: Onemocnění	36
Tab. 5: Compliance	38
Tab. 6: MARS-CZ	39
Tab. 7: Užívání KAM	40
Tab. 8: Důvod užívání KAM	42

9. Seznam použitých zdrojů

[1] MOTLOVÁ L, HOLUB D. *Compliance a adherence: spolupráce při léčbě*. Remedica. 2005,15(6): 514-516.

[2] PAVLATOVÁ J. *Adherence u pacientů s diabetes mellitus 2. typu*: diplomová práce. Hradec Králové: Univerzita Karlova, Farmaceutická fakulta, 2012. 85 l. 4 l. příloh. Vedoucí diplomové práce Petra Matoulková.

[3] MATOULKOVA P, KRULICHOVA IS, MACEK K, VLCEK J, BASTECKA D, PRIXOVA M, HORNE R. *Chronically Ill Czech Patients' Beliefs About Medicines: The Psychometric Properties and Factor Structure of the BMQ-CZ*. Therapeutic Innovation & Regulatory Science. 2013, 47(3): 341-348.

[4] LADOVA K, MATOULKOVA P, ZADAK Z, MACEK K, VYROUBAL P, VLCEK J, MORISKY DE. *Self-reported adherence by MARS-CZ reflects LDL cholesterol goal achievement among statin users: validation study in the Czech Republic*. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2014, 20(5): 671-677.

[5] WOLF U, MAXION-BERGEMANN S, BORNHÖFT G, MATTHIESSEN P, WOLF M. *Use of Complementary Medicine in Switzerland. Characterisation of complementary and alternative medicine use and its impact on medication adherence in inflammatory bowel disease*. Forsch Komplementmed. 2006, 13(suppl 2): 4-6.

[6] HORNE R, WEINMAN J, BARBER N, ELLIOT R, MORGAN M. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). [online]. 2005 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf

[7] *Adherence k léčbě*. Solutio: informační web pro lékárny [online]. Praha: Medon s.r.o., 2009 [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2008/index.php?linkID=txt2>

[8] ŘEHÁČKOVÁ I. *Autoplastický obraz nemoci u seniorů s onemocněním diabetes mellitus*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2012. 137 l. 17 l. příloh. Vedoucí diplomové práce Andrea Pokorná.

- [9] MAREŠ J, VACHKOVÁ E. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD, 2009. 146 s. ISBN 978-80-7392-120-0.
- [10] VENGLÁŘOVÁ M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 9788024721705.
- [11] KAPR J. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Vyd. 1. Editor Bohumil Koukola. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998, 75 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-49-4.
- [12] *Zdravotnická psychologie - vliv onemocnění na člověka*. Studium.yarousch: studijní materiály pro budoucí zdravotní sestřičky a nejen pro ně. [online]. [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: http://www.yarousch.cz/studium/body.php?menu=menu_psychologie&body=psychologie/psychologie_035
- [13] KAREN I. *Adherence k léčbě - základ úspěšné farmakoterapie*. Lékařské Listy: příloha. 2009(1): 10-11.
- [14] SABATÉ E. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003, 110 s. ISBN: 92-4-154599-2.
- [15] MCGINNIS B, OLSON KL, MAGID D, BAYLISS K, BRAND DW, STEINER JF. *Factors related to adherence to statin therapy*. The Annals of Pharmacotherapy. 2007, 41(11): 1805-1811.
- [16] *Adherence rozhoduje o účinnosti a efektivitě léčby roztroušené sklerózy*. Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [online]. Praha: BMI [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/monitoring-medii/52662-3/adherence-rozhoduje-o-ucinnosti-a-efektivite-lecby-roztrousene-sklerozy>
- [17] *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) and Interpretation Key*. ADOPTtoolkit: Accelerating Diffusion of Proven Technologies [online]. [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: <http://toolkit.techandaging.org/files/2014/01/Beliefs-About-Medicine-Questionnaire-and-Interpretation-Key.pdf>

- [18] HORNE R, WEINMAN J, HANKINS M. *The Beliefs About Medicines Questionnaire: The Development and Evaluation of a New Method for Assessing The Cognitive Representation of Medication*. *Psychology and Health*, 1999, 14(1): 1-24.
- [19] ESTEGHAMATI A, MAZAHERI T, VAHIDI RAD M, NOSHAD S. *Complementary and Alternative Medicine for the Treatment of Obesity: A Critical Review*. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015, 13(2): e19678.
- [20] HEŘT J. *Alternativní medicína a léčitelství*. Vyd. 1. V Praze: Věra Nosková, 2011, 238 s. ISBN 978-80-87373-15-6.
- [21] SACKET DL, ROSENBER W, GRAY M, HAYNES B, RICHARDSON S. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. *BMJ* 1996, 312: 71.
- [22] WIELAND LS, MANHEIMER E, BERMAN BM. *Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration*. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2011, 17(2): 50-59.
- [23] ALTHER JE. *Encyklopedie alternativní medicíny: praktický průvodce přírodními léčebnými postupy*. Vyd. 1. Praha: Reader's Digest, 2010, 478 s. ISBN 978-80-7406-090-8.
- [24] COOKE B, ERNST E. *Aromatherapy: a systematic review*. *The British Journal of General Practice*. 2000, 50(455): 493-496.
- [25] DRUML W, KIERDORF HP. Working group for developing the guidelines for parenteral nutrition of The German Association for Nutritional Medicine. *Parenteral nutrition in patients with renal failure – Guidelines on Parenteral Nutrition*, Chapter 17. GMS German Medical Science. 2009, 7: Doc11.
- [26] VICKERS A, ZOLLMAN C. *Homoeopathy*. *BMJ: British Medical Journal*. 1999, 319(7217): 1115-1118.
- [27] MANHEIMER E, WIELAND S, KIMBOROUGH E, CHENG K, BERMAN BM. *Evidence from the Cochrane Collaboration for Traditional Chinese Medicine Therapies*. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2009, 15(9): 1001-1014.

- [28] FRANZEL B, SCHWIEGERSHAUSEN M, HEUSSER P, BERGER B. *Individualised medicine from the perspectives of patients using complementary therapies: a meta-ethnography approach*. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2013, 13: 124.
- [29] FALLIS J. *Patients driving alternative medicine boom*. CMAJ : Canadian Medical Association Journal. 2012, 184(9): E453-E454.
- [30] *Understanding the Risks*. WebMD [online]. 2004 [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/balance/understanding-risks#0>
- [31] POSADZKI P, WATSON LK, ALOTAIBI A, ERNST E. *Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys*. Clinical Medicine. 2013 Apr, 13(2): 126-131.
- [32] WEIZMAN AV, AHN E, THANABALAN R, LEUNG W, CROITORU K, SILVERBERG MS, STEINHART AH, NGUYEN GC. *Characterisation of complementary and alternative medicine use and its impact on medication adherence in inflammatory bowel diseases*. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2012 Feb, 35(3): 342-349.
- [33] TOVEY P, DE BARROS NF, HOEHNE EL, CARVALHEIRA JB. *Use of Traditional Medicine and Globalized Complementary and Alternative Medicine Among Low-Income Cancer Service Users in Brazil*. Integrative Cancer Therapies September. 2006, 5: 232-235.
- [34] ADAMS J, VALERY PC, SIBBRITT D, BERNARDES CM, BROOM A, GARVEY G. *Use of Traditional Indigenous Medicine and Complementary Medicine Among Indigenous Cancer Patients in Queensland, Australia*. Integrative Cancer Therapies. 2015 Jul, 14(4): 359-365.
- [35] *Průměrná výše starobního důchodu*. Česká správa sociálního zabezpečení [online]. Praha, 2014 [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/vysledky-hledani.htm?q=starobn%C3%AD%20d%C5%AFchody%202014>
- [36] *Vzdělání obyvatel ČR*. Číselník: Rychlý přehled v nejrůznějších oborech [online]. 2011 [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: http://ciselnik.artega.cz/vzdelani_obyvatel_cr.php

[37] *Statistiky týkající se kouření*. Kuřáková plíce [online]. Olomouc, 2012 [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: http://www.kurakova-plice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/statistiky-tykajici-se-koureni/10-statistiky-tykajici-se-koureni-cigaret.html

[38] CUEVAS C. *Compliance, Adherence and Concordance in Medicine Taking of Psychiatric Patients*. *Current Clinical Pharmacology*. 2011 May, 6(2): 71-73.

ABSTRAKT

Postoje k léčbě, užívání komplementární a alternativní medicíny (CAM) a adherence získaná sebehodnocením

Student: Drapáková Tereza

Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Matoulková Petra, Ph.D.

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

Úvod: Non-adherence k léčbě je velmi komplexním problémem napříč různými onemocněními přispívající k selhání léčby a zvyšování nákladů na zdravotní péči. Adherenci k léčbě ovlivňuje řada faktorů a je také spjata s různými postoji pacientů jednak ke klasické farmakoterapii, jednak ke komplementární a alternativní medicíně (KAM). KAM je v dnešní době poměrně často využívanou terapeutickou možností u chronicky léčených pacientů.

Cíl práce: Hlavními cíli této práce bylo analyzovat adherenci k chronické léčbě u pacientů navštěvujících lékárny v České republice a postoje ke KAM včetně toho, jaké procento těchto pacientů užívá KAM, jaké jsou nejčastější důvody užívání KAM a jaké typy KAM jsou mezi dotazovanými pacienty nejrozšířenější.

Metodika: Uspořádáno bylo dotazníkové šetření v lékárnách na území České republiky, kde byli osloveni pacienti starší 18 let přicházející s lékařským předpisem na léčivý přípravek, který užívají po dobu minimálně 3 měsíců. Vybraní pacienti byli požádáni o vyplnění dotazníku obsahujícího otázky týkající se KAM, české verze škály hodnotící adherenci k léčbě, Medication Adherence Report Scale (MARS-CZ), české verze škály hodnotící postoje k farmakoterapii, Beliefs about Medication Questionnaire (BMQ-CZ) a doplňující otázky. Data byla hodnocena pomocí deskriptivní statistiky.

Výsledky: Do závěrečné analýzy bylo použito 507 vyplněných dotazníků. Průměrný věk respondentů byl 55 ± 18 let. Téměř 72 % pacientů vykazovalo dle škály MARS-CZ vysokou adherenci k léčbě. Většina (65 %) respondentů uvedlo, že užívá alespoň jeden typ KAM, přičemž jejich nejčastějším důvodem k užívání KAM byl předpoklad zlepšení zdravotního stavu a nejčastěji užívaným typem KAM byly

doplňky stravy. Vysokou lékovou adherenci vykazovalo 70 % uživatelů KAM a kromě 15 z nich považují všichni KAM za doplněk klasické léčby.

Závěr: Užívání KAM se neprojevovalo jako negativní faktor lékové adherence. Tento výzkum naznačil, že pacienti užívající KAM svůj pocit zodpovědnosti za vlastní zdraví pravděpodobně aplikují i při dodržování klasické farmakoterapie.

ABSTRACT

BELIEFS ABOUT MEDICINES, COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE USE AND MEDICATION ADHERENCE

Student: Drapáková Tereza

Tutor: PharmDr. Matoulková Petra, Ph.D.

Department of Social and Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové, Charles University in Prague, Czech Republic

Introduction: Medication non-adherence is a very complex problem across different diseases leading to failure of treatment and increasing costs for medical care. Medication adherence is influenced by various factors and is also connected with different patients' attitudes to classical pharmacotherapy and complementary and alternative medicine (CAM). CAM is nowadays quite often used option for chronically treated patients.

Aim of the study: The aim of the study was to analyse medication adherence at chronically treated patients visiting pharmacies in the Czech Republic, their attitudes to CAM including percentage of using CAM, the most common reasons using CAM and which types of CAM are the most spread among asked patients.

Methods: Questionnaires were distributed in pharmacies in the Czech Republic among patients 18 years old and older who were chronically treated for at least 3 months. Selected patients were asked to complete a questionnaire containing questions about CAM, Czech version of Medication Adherence Report Scale (MARS-CZ), and Czech version of Beliefs About Medication Questionnaire (BMQ-CZ) scale and additional background questions. Descriptive statistics was used for evaluating data.

Results: 507 questionnaires were used in the final analysis. The average age of respondents was 55 years \pm 18 years. Almost 72% of patients reported high medication adherence according to MARS-CZ scale. 65% of respondents said they used at least one type of CAM, the most common reason of using CAM was supposed improvement of their health condition and the most common type of CAM

was food supplement. 70% of CAM users reported high medication adherence and except 15 of them consider CAM as supplement of classical treatment.

Conclusions: Using CAM didn't prove as negative factor of medication adherence. Using CAM and also classical pharmacotherapy is considered as positive approach in care of their own health in this research.