

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Eliška Luňáčková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Eliška Luňáčková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**FARMAKOTERAPIE PACIENTŮ VE VYŠŠÍM VĚKU A  
ROLE SESTRY**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem.(K vyzvednutí na sekretariátu katedry.)Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Luňáčková Eliška

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Farmakoterapie u pacientů vyššího věku a role sestry

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované: 12

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: sestra, farmakoterapie, léky, pacient

### **Souhrn:**

Ve své bakalářské práci analyzuji roli sestry při farmakoterapii pacientů vyššího věku. Svou práci zaměřuji na zmapování rizikových faktorů a problematiku v této oblasti. Na základě zjištěných údajů navrhuji opatření, které by mohlo danou problematiku učinit bezpečnější.

## **Abstract**

Surname and name: Luňáčková Eliška

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Pharmacotherapy in elderly patients and the role of nurses

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered: 12

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 27

Keywords: nurse, pharmacotherapy, medicines, patients

### Summary:

In my bachelor thesis I analyze the role of a nurse in pharmacotherapy of elderly patients. My work focuses on mapping risk factors and issues in this area. On the basis of the findings I suggest a measure that could make the issue safer.

## **Předmluva**

Tato práce byla vytvořena jako závěrečná kvalifikační práce k bakalářskému studiu oboru všeobecná sestra. Jejím cílem je zjistit a zmapovat problematiku v oblasti užívání farmak u pacientů vyššího věku. Jelikož se stále můžeme setkávat s pacienty, kteří mají v této oblasti problémy.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedené bakalářské práce, poskytování cenných rad, trpělivost, ochotu a celkovou podporu. A též děkuji vedení NH Hospital a.s. za možnost uskutečnění výzkumného šetření v jejich zařízení.

# OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ .....	10
SEZNAM ZKRATEK .....	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 FARMAKOTERAPIE VE VYŠŠÍM VĚKU .....	13
1.1 Vymezení věkových skupin.....	13
1.1.1 Stárnutí a stáří.....	14
1.1.2 Zdraví .....	15
1.1.3 Nemoc.....	16
1.2 Faktory ovlivňující užívání léků ve stáří .....	17
1.3 Nefarmakologické faktory ovlivňující užívání léků ve stáří .....	18
1.4 Nežádoucí účinky léků.....	18
1.5 Etické problémy farmakologické léčby ve vyšším věku .....	19
1.6 Interdisciplinární tým zajišťující farmakoterapii ve vyšším věku .....	20
1.7 Schopnost seniorů přijímat informace .....	22
2 ÚLOHA SESTRY PŘI FARMAKOLOGICKÉ LÉČBĚ .....	24
2.1 Intervence sestry při realizaci farmakologické léčby u seniorů.....	24
2.1.1 Posouzení seniora .....	25
2.1.2 Ošetrovatelská anamnéza .....	26
2.1.3 Rozhovor o farmakoterapii.....	29
2.1.4 Edukace .....	30
PRAKTICKÁ ČÁST .....	31
3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	31
3.1 Hlavní cíl.....	31
3.2 Dílčí cíle.....	31
4 FORMULACE PROBLÉMU .....	33
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	34
6 METODIKA PRÁCE .....	35
7 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	36
8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ .....	37
9 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	52
DISKUZE.....	55
ZÁVĚR.....	58
SEZNAM LITERATURY.....	60
SEZNAM PŘÍLOH .....	63





## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Věková skupina.....	37
Obrázek 2 Pohlaví .....	38
Obrázek 3 Frekvence užívání farmak.....	39
Obrázek 4 Množství užívaných farmak.....	40
Obrázek 5 Informovanost blízkých .....	41
Obrázek 6 Znalost důvodu užívání farmak .....	42
Obrázek 7 Znalost názvu farmak.....	43
Obrázek 8 Edukace o dávkování farmak sestrou.....	44
Obrázek 9 Schopnost sester odpovědět .....	45
Obrázek 10 Doporučení sester.....	46
Obrázek 11 Sdělení informací .....	47
Obrázek 12 Příprava farmak - doba.....	48
Obrázek 13 Příprava farmak - kdo .....	49
Obrázek 14 Dodržování dávkování .....	50
Obrázek 15 Pravidelnost užívání.....	51

## **SEZNAM ZKRATEK**

CMP .....	Cévní mozková příhoda
NÚL .....	Nežádoucí účinky léků
PAD .....	Perorální antidiabetika
RZP .....	Rychlá záchranná pomoc
WHO .....	World Health Organization

## ÚVOD

Studuji na Západočeské univerzitě v Plzni, obor všeobecná sestra. Jsem také absolvent Střední Zdravotnické školy a díky tomu jsem po maturitě začala pracovat jako praktická sestra na interním oddělení. Na tomto oddělení jsem se poprvé začala setkávat s některými pacienty, kteří neměli skoro žádné nebo jen okrajové povědomí o jejich vlastní farmakoterapii. Po několika střítech s touto problematikou v práci jsem začala zjišťovat jaká je situace v mé rodině a jak jsou na tom moji prarodiče. Výsledkem byla neznalost a pomůckou kousek papíru a na něm napsána spousta léků, některé přeškrtnané a jiné zase málo čitelné. S takovými pomůckami, dále se to tak nazvat, jsem se v práci i při praxi střetávala často hlavně u pacientů, co měli léků mnoho a tak si je nepamatovali. Začala jsem se zamýšlet nad tím, co by se mohlo pro takovéto pacienty udělat.

Farmakoterapie je velmi zajímavý a v dnešní době rozmanitý obor. Na trhu je mnoho farmak a podobných přípravků což má řadu výhod, ale samozřejmě i některé nevýhody, které mohou způsobovat problémy nejen pacientům ve vyšším věku. S narůstajícím množstvím léků na trhu rostou i názvy těchto léků. A díky předepisování léků můžeme dnes léčit nespočet nemocí a každým dnem tento počet nemocí, které léčit můžeme, narůstá ([www.lekarna.milosrdni.cz](http://www.lekarna.milosrdni.cz)). S narůstáním léků, narůstají i možná rizika. Jedním z nich může být užívání mnoha léků současně, neboli polypragmazie je u pacientů vyššího věku velmi častým jevem. Jak už jsem uvedla, ve stále častějších případech se setkáváme s pacienty, kteří neznají názvy svých farmak, doporučené aktuální dávkování, správnou dobu užívání a z toho důvodu je nemohou na požádání udat. Nejen z těchto příčin dochází v četných případech k duplicitám nebo užití nesprávné dávky léku. Častým problémem jsou i situace, kdy pacienti zkombinují předepsaná farmaka od praktického lékaře a specialistů, protože lékaře o dalších užívaných lécích neinformují. I v těchto situacích může docházet k nevědomě chybné preskripci, tedy předepisování léků.

Hlavním cílem mé práce je zmapovat problematiku užívání farmak u pacientů vyššího věku a analyzovat roli sestry v této problematice. Zaměřit se na specifikaci rizikových faktorů spojených s užíváním léků u vybrané skupiny respondentů. Cílem je také zjistit zda dochází k edukaci respondentů ze strany všeobecné sestry a zda si respondenti pamatují a také jak si připravují užívané léky a jejich předepsané dávkování.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 FARMAKOTERAPIE VE VYŠŠÍM VĚKU

### 1.1 Vymezení věkových skupin

Světová zdravotnická organizace rozděluje období od dospělosti do skupin dle patnáctiletých věkových cyklů. Prvním z cyklů je věk 30 – 44 let, tento cyklus řadíme jako dospělost, právě v tomto období je jedinec na vrcholu svých fyzických sil a tvoří. Dalším z cyklů je střední věk 45 – 59 let, který můžeme též nazvat jako zralým nebo zlatým věkem. Objevení prvních vrásek, šedých vlasů, změny proporcí těla, přesně tyto směny nastávají právě v tomto patnáctiletém věkovém období. Setkáváme se při něm s takzvanou krizí středního věku. Třetí skupinou 60 – 74 let je vyšší (starší) věk, označován někdy za časné stáří. Cyklem čtvrtým je vlastní stáří od 75 do 89 let, které pojmenováváme jako sénium, vlastní stáří nebo kmetství. Posledním cyklem lidského věku je dlouhověkost, která začíná dovršením 90 let věkové hranice. Změny pro jedince přicházejí v každém z těchto patnáctiletých věkových cyklů, a proto je do třetího cyklu, tedy vyššího věku, zvýšená pravděpodobnost výskytu některých zdravotních problémů, ať už jde o zhoršení hybnosti pohybového aparátu nebo výskyt počínajících onemocnění v jiné oblasti jakou je například kardiovaskulární systém (Malíková 2011).

Věk je považován za jeden z příznačných rysů člověka, může se považovat za jeden z předních ukazatelů osobnosti. Ovšem věk jako takový nemá svou zásadní důležitost a dostatečnou vypovídající hodnotu (Malíková 2011).

Můžeme se setkávat s mnoha názory na členění věkových kategorií, například v dnešní době je stále často rozšířené členění podle Mühlpachra:

- 65 – 74 let: mladí senioři
- 75 – 84 let: staří senioři
- 85 let a více: velmi staří senioři

Každá z jednotlivých kategorií má svá specifika, která se právě v dané věkové skupině, stávají pro člověka aktuální problematikou (Malíková 2011).

Zachování vitality do vysokého věku je závislá proměnná několika faktorů. Mezi nejpodstatnější faktory patří genetické a vrozené předpoklady, převládající současný a minulý životní styl, prostředí, ve kterém daná osoba existuje, stravovací návyky, zátěž na organismus, dřívější a aktuální choroby degenerativní povahy, ale také i faktory, jako je odolnost, práce se stresem, převládající psychické ochranné mechanismy. Izolovat a odlišit vliv faktoru stáří od vlivu jiných faktorů je velmi těžké, až nemožné a není proto snadné určit co je způsobené věkem a co faktory jinými. Na rozdíl od věkových faktorů, které nelze ovlivnit, tak jiné vlivy se z pravidla změnit dají (Dvořáčková 2012).

V dřívějším období byl úkaz stáří vnímán s rozdílnou intenzitou, ale také více úhly pohledu. Stárnutí populace je celosvětovou, očekávanou a nevyhnutelnou záležitostí, která se nevyhne ani naší republice. Proto s ohledem na tyto záležitosti je důležitý přístup odborníků a hledání řešení všech sfér společenského života. Rostoucí počty seniorů tvoří různorodé skupiny, ve kterých se nachází zdraví i nemocní jedinci. Proto je důležitá odpovídající péče na zdravotní i sociální péči o určitého jedince (Dvořáčková 2012).

### **1.1.1 Stárnutí a stáří**

Obecným označením je stáří chápáno jako poslední fázi individuálního vývoje jedince od zárodečného vývoje po jedincův zánik, tedy smrt ontogeneze. Tato fáze by měla pro člověka znamenat uzavření a završení lidského života. Tento proces je projev a současně důsledek přirozeného procesu stárnutí, tedy involučních změn (Čevela a kol. 2012).

Dle některých názorů má udržování života člověka jen biologický smysl. Život by se měl udržovat jen tak dlouho, dokud se rozmnožuje a díky tomu plní zájmy svého druhu (Rokyta a kol. 2015).

Involuční změny probíhají vždy individuální rychlostí se specifickými rysy, až na biologický faktor involuce je vítaná možnost ostatní faktory pozitivně ovlivnit. Díky vyspělosti velkého množství zemí, do kterých patří i Česká republika, se fyzický, psychický a zdravotní stav dnešní stárnoucí populace zlepšuje, za což může nejen zlepšení životních podmínek, ale také velký pokrok ve zdravotní péči a její dostupnosti a díky tomu dnešní senioři žijí nejen déle, ale také jsou ve stále častějších případech jejich závažná onemocnění zachycena v co nejkratší době a díky tomu se je daří držet v kompresi nebo dokonce úplně vyléčit. Bohužel ani v dnešní pokročilé a vyspělé době nelze stáří jednoznačně vymezit nebo vysvětlit důvod proč my a naše těla stárneme (Čevela a kol. 2012).

Vyslovení slov stáří a stárnutí je všeobecně pojímáno a rozumně negativně s vidinou obav, jelikož od nich jedinec čeká problémy a omezení pro svůj život i život jeho rodiny a blízkých lidí. Omezení jedinec očekává ve formě snížení až ztráty soběstačnosti, zhoršení chápání a inteligence, ztrátu kontaktu s okolním světem a ztrátou možnosti sebe-realizace. Právě tyto obavy mohou vést až ke strachu a pocitu ponížení až ztráty důstojnosti či respektu. Tyto obavy však jsou často neopodstatněné, především z důvodu že při fyziologickém stárnutí k nim nedochází samočinně. Vždy je důležitý individuální pohled na konkrétní průběh stárnutí (Malíková 2011).

Stárnutí je rozdělováno na dva typy, kterými je fyziologické a patologické. Fyziologické je normální součástí průběhu života, jedincův kalendářní i funkční věk se neliší. Při patologickém stárnutí je tomu naopak, dochází k předčasnému stárnutí a tedy velkému rozdílu mezi kalendářním a funkčním věkem jedince. Funkční věk se zdá vyšší než kalendářní a v častých případech dochází k projevům snižování až vymizení soběstačnosti člověka (Malíková 2011). Během procesu stárnutí dochází také k psychickým změnám, které lze chápat jako spořádaně probíhající rozkládání osobnosti. U seniorů se tyto změny osobnostních rysů projevují negativními vlastnostmi a proto se také i do popředí dostanou právě negativní rysy jedince. Tyto psychické změny společně se sociálními změnami seniorům zhoršují adaptaci na nové prostředí, a právě v tomto období je nejvíce nutné na správné rozlišení, zda se jedná o problematické chování způsobené stářím nebo je způsobené poruchou duševní či tělesnou (Dvořáčková 2012).

### **1.1.2 Zdraví**

V dnešní době se setkáváme s velmi pestrým pojetím zdraví. Může být chápáno se zdravým těla, tedy fyzickým stavem člověka. Zdraví není kategorií výhradně medicínskou, ale široce humánní. Je proto důležité do jaké míry dokážou jednotlivci upevňovat, ochraňovat a podílet se na udržení a rozvoji vlastního zdraví a pro tuto skutečnost je nejlepší podpora a opora v celé společnosti (Zacharová 2017).

V pojmech a definování zdraví jsou významné teorie zdraví, které jsou potřebné pro znalost a pochopení věci. Je několik teorií zdraví, které se chápe jako normální a dobré fungování, ideální stav člověka kterému je dobře. Další teorie se dívají na zdraví jako na zboží, nebo že je zdraví jako druh síly. Nejspíš nejrozšířenější definice zdraví pochází z ústavy Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1946, která zní: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“*

(www.mzcr.cz). Relativně složitý systém, za takový pokládá tato definice lidské zdraví, jehož dynamický celek tvoří fyzické, psychické a sociální subsystemy se svým okolím. Na základě této definice a z ní odvozených teorií kladně hodnotit lidské zdraví je vymezeno třemi navzájem si rovnými složkami, kterými jsou právě tělesný, duševní a sociální. Díky definici WHO jsme tedy docílili užitečné skutečnosti, že tyto oddělené oblasti jsou spojovány propojovaným, strukturovaným a dynamickým systémem (www.uzis.cz). Právě díky pomocí těchto tří rovin se pojetí zdraví člověka s definitivní působností dostal z tradičního pojetí a biologizace, které v minulosti v medicíně hluboce zakořenila. Vymezení zdraví se neodmyslitelně vztahuje na neoddělitelné spojení se sociálním prostředím (Zacharová 2017).

### 1.1.3 Nemoc

V souvislosti s farmakoterapií souvisí i pojem nemoc. Tento pojem prošel nemalým vývojem, který odráží nové vědecké poznatky biologických poznatků. Při vymezování tohoto pojmu je vítané vycházet z pojetí jednoty a ucelení organismu a prostředí. Právě slovo nemoc je vymezeno jako porucha zdraví. Anglické slovo „ill“ je pojem pro nemocného člověka, chápáno je jako stav kdy je něco v nepořádku, v tomto případě dochází k obtížnému vychýlení funkce z běžných mezí (Zacharová 2017).

Pojetí nemoc znamená odchylku od normální sociální role. Příčinou tohoto chápání nemoci je, že je společensky nežádoucí a tento stav je odchýlený od očekávání, které vůči jedinci zaujímá společnost. Přesto je nemoc pro většinu jedinců náročná životní situace často obtížně zvládnutelná, někdy nezvládnutelná. Narušování obvyklého způsobu života, změna navyklého stereotypu a celkové omezení člověka je na nemoci nejvíce obtěžující. Důležitost adaptace na novou situaci je v těchto okamžicích pro jedince jediným řešením, jak se s takovou situací vyrovnat. Mnohdy se setkáme se změnou mezilidských vztahů, k méně častým kontaktům s blízkými a známými lidmi v domácím prostředí a v případě hospitalizace v nemocničním zařízení přináší nezbytnost vytvořit si nové vztahy ke spolupacientům a hlavně personálu. Pro pacienta je nejen těžké vyrovnat se se skutečností hospitalizace, ale také s absolvováním různých diagnostických vyšetření, se kterými se do dané doby neměl možnost nikdy setkat, neměl o nich dostatek informací, či je měl zkreslené a milné. Pro spoustu pacientů může nemoc přinášet velké problémy v sociálně-ekonomické oblasti. Nemocný člověk musí s ohledem na svůj stav přijmout určitá omezení, která ho v této oblasti limitují a díky tomu mohou způsobit finanční problémy pro něj i jeho rodinu.



Všechny tyto složky silně působí především na pacientovu psychiku, která je při léčbě a rekonvalescenci neodmyslitelnou a důležitou součástí (Zacharová 2017)

## 1.2 Faktory ovlivňující užívání léků ve stáří

Užívání léků ve stáří má mnoho faktorů, které mohou ovlivnit jejich účinek. Je možné je rozdělit na farmakologické a nefarmakologické. Farmakologickými vlivy mohou být například starobní změny, změny způsobené chorobou organismu, charakterem onemocnění, multimorbiditou (přítomnosti více chorob u téhož jedince) nebo polyfarmacií (užívání více léků). Každý z těchto faktorů může ovlivnit farmakokinetiku a farmakodynamiku, tedy osud a změnu účinnosti léčiva v lidském organismu. Právě farmakokinetika může být ve vyšším věku ovlivňována souhrou všech změn v organismu. Především se jedná o změny, které se podílí na ovlivňování vstřebávání, distribuce, transformace a eliminace léčiv v těle. Vstřebávání léčiv může být ovlivněno vnitřními vlivy organismu, ale také i vnějšími vlivy na lidské tělo z okolí (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

Transformace většiny části léčiv probíhá v játrech. Ve vyšším věku dochází v lidském organismu ke snížení oxidáz neboli proteinu P450, což jsou právě klíčové enzymy pro metabolismus xenobiotik (cizorodých látek). Právě onemocnění jater a stagnace ve viscerální oblasti poškozují přeměnu farmak v organismu. Nejintenzivnější změna léčiva nastává po vstřebání ve střevě a tehdy je i nejvyšší obohacení léčiva v játrech. Jedná se o efekt prvního přechodu. Právě tento účinek organismus postrádá při parenterálním nebo transdermálním podávání. Po 40. roce života se začínáme setkávat se zmírňováním efektu prvního přechodu až o 1% každý rok. A díky tomuto procesu se tento efekt oslabí zejména u některých farmak, která mají silnou extrakci v játrech jako například Isoptin a některé opiáty (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

Distribuce léčiv je u stárnoucího jedince ovlivněno zmenšováním svalové tkáně, čímž dochází ke snížení transportu léčiva do tkání pro látky rozpustné ve vodě, jako jsou například vitamíny B a C. Naopak distribuce látek rozpustných v tucích například vitamíny A, D, E, K roste, vzhledem ke zvyšování tukové tkáně. Velkou roly při distribuci léčiv hraje albumin, jehož hladina je u starší populace často snižena a dochází ke špatné vazbě látek s neutrálním nebo kyselým pH. Naopak se v průběhu stárnutí zvyšuje hladiny alfa glykoproteinu, který na sebe navazuje látky se zásaditým pH. Dalším nezbytným orgánem v souvislosti s farmakokinetikou jsou ledviny, díky nimž dochází k eliminaci farmak. S lidským věkem dochází k redukci kosterního svalstva a snižování hladiny kreatininu.

Z tohoto důvodu je vhodné kontrolovat ledvinnou funkci pomocí glomerulární filtrace (Marek 2010).

Dalším z hlavních faktorů, který ovlivňuje farmakoterapii nejen u pacientů vyššího věku, ale u všech, kteří farmaka užívají je polyfarmacie. Jedná se o termín vyjadřující užívání 5 a více léků zároveň. K tomuto jevu často vede multimorbidita. A jelikož projevy nemoci ve stáří mohou být neurčitě, může se díky tomu stát, že lékař předepíše lék pro jistotu nebo je dalším důvodem pacientovo očekávání, že mu bude lék předepsán. V neposlední řadě lze být důvodem k polyfarmacii tzv. preskripční kaskáda, kdy dojde k předpisu léku na nežádoucí účinek jiného, již užívaného farmaka (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

### **1.3 Nefarmakologické faktory ovlivňující užívání léků ve stáří**

Mezi nefarmakologické faktory, které mohou ovlivnit užívání léků, patří např. demence, deprese, poruchy kognitivních funkcí, porucha hybného aparátu, poruchy některých smyslů jako je například zrak, hmat a sluch. Toto jsou faktory ze strany pacienta (Zrubáková, Bartošovič 2019).

Faktory působící ze strany lékařů jsou často nedostatečná erudice, časová tíseň, náročnost a tlak ze strany pacientů, nevhodně zvolený typ komunikace s pacienty a jejich pečovateli. Častým problémem bývá i špatná komunikace mezi kolegy. S ohledem na problémy v komunikaci může docházet ke špatné funkčnosti interdisciplinárních týmu a jeho členů. Při nastavování léčby seniorů, ať už farmakologické nebo nefarmakologické by měli spolupracovat všichni a především lékaři, všeobecní, se specializací v oboru geriatric, neurologie, diabetologie, revmatologie, kardiologie psychiatrie, ale i ostatní obory, které se daného seniora léčebně dotýkají (Zrubáková, Bartošovič 2019; Zrubáková, Krajčík a kol. 2019).

### **1.4 Nežádoucí účinky léků**

Nežádoucími účinky (NÚL) léků v ambulantní a nemocniční péči je postižena přibližně ¼ starších pacientů. V případech kdy NÚL vznikly již v ambulantní a přednemocniční péči, zdravotnický ani lékařský personál tyto negativní účinky při příjmu do nemocnice nemusí zjistit (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

Předepsání a podávání farmak nemocnému je vždy do určité míry experiment. Na výsledném terapeutickém efektu závisí řada faktorů, zejména genotyp nemocného a jeho individuální vnímavost. Další důležitou okolností, která má rozhodující účinek na daný lék

u určitého pacienta je komedikace, tedy léčení nemocí a poruch podáváním léků. Bohužel, jak bylo již uvedeno, řada léků se vzájemně ovlivňuje právě v důsledku farmakokinetiky a farmakodynamiky. Význam interakcí léků je sledován prostřednictvím národního registru. Například díky sledování NÚL registrem v USA bylo zjištěno, že patří na 4. a 6. místo v kategorii nejčastějších úmrtí. Bohužel i v dnešní době je povědomí o rizikových až kontraindikovaných lécích pro podání k léčbě nemoci nedostačující ([www.remedia.cz](http://www.remedia.cz)).

Nepříznivé účinky nebo nežádoucí vedlejší účinky mohou být způsobené nejen lékem, ale i chirurgickým zákrokem nebo jiným druhem intervence včetně alternativních a doplňkových forem terapií. Tyto účinky se mohou u každého člověka lišit a to v souvislosti s jeho celkovým zdravotním stavem, následky nemoci, kterou například prodělal nebo prodělává, věku, hmotnosti a dokonce i pohlaví. NÚL mohou být závažné, střední nebo mírné. Mezi závažné NÚL jsme nuceni řadit smrt, vrozené vady, trvalé poškození jedince nebo komplikace vyžadující nutnou hospitalizaci. Hrozící nežádoucí účinky by měly být v tištěné formě uvedeny u každého léku, ať už volně prodejného nebo na předpis lékaře. Bez tohoto uvedení by neměly být prodejné ani bylinné, alternativní nebo doplňkové terapie a ani vitamínové doplňky. Aby byl lék ve vyspělých zemích používán, musí být schválený úřadem pro potraviny a léčiva nebo podobným orgánem v dané zemi, musí výrobce tohoto produktu uvést všechny své známé nežádoucí účinky. Také by mělo být u každého léku, u kterého je předpoklad výskytu NÚL, uveden telefonní kontakt, na kterém může kdokoliv nahlásit výskyt nežádoucího účinku, který nebyl doposud uveden v příloze. A na výrobci je s takovou informací pracovat a zhodnotit zda se jedná o NÚL spojený s jeho produktem. NÚL se nejčastěji poprvé objeví v době, kdy osoba použije poprvé lék, když ho vysadí nebo když změní dávkování. Ovšem mohou se také vyskytnout ve chvíli, kdy jedinec nedodrží opatření, aby známým NÚL předešel, například ignoruje dietní omezení, přehání fyzickou aktivitu, vychází na přímé slunce. Je jen málo léčiv, u nichž se nemusí dodržovat určitá pravidla ([www.medicalnewstoday.com](http://www.medicalnewstoday.com)).

## **1.5 Etické problémy farmakologické léčby ve vyšším věku**

Jedná se o problémy související s onemocněním a stářím seniorů. Nejčastějšími problémy je dodržování etických principů. Mezi tyto principy patří prospěšnost, autonomie, spravedlnost a princip nikdy neuškodit. Prospěšností rozumíme že, lékař i sestra musí jednat v zájmu pacienta a vyhledat pro něj nejvhodnější způsob léčby. Ve farmakoterapii se ale můžeme setkat s problémem, že předpis léku je prospěšný z hlediska onemocnění, ale nikoli z hlediska věku. Dalším z principů je autonomie, která zajišťuje pacientovo prá-

vo na seburčení a možnost rozhodování na procesu a způsobu léčby. Ve farmakoterapii se tomu tak stává pomalu, z důvodu často nedostatečné informovanosti. Princip spravedlnosti by měl vždy spočívat v řádném rozdělení nedostatkového materiálu. Měl by také hrát roli v rozhodování, komu bude umožněn zvláštní způsob léčby. V případech podcenění a nezávažnosti jedince v těchto situacích můžeme hovořit o projevech ageismu neboli věkové diskriminaci ze strany zdravotnických pracovníků. Nikdy neškodit je jeden z principů, že je nutné vždy zvážit škodlivé dopady, které by mohla léčba a její následky ve vztahu k pacientovi mít. Například je tím mnoho užívání farmak, jejich nežádoucí účinky a nevhodný způsob aplikace (Martínková 2018; Zrubáková, Krajčík a kol. 2016)

Dodržování všeobecných zásad je nutné a není tomu jinak ani pro zdravotnický personál během realizace farmakoterapie seniorů. Proto by měla být péče o geriatrického pacienta vyzdvížena jako nejdůležitější zájem, v této věkové skupině je více než nutné zdvořilé a ohleduplné jednání, vzhledem k citlivosti na určité situace. Je nutné poslouchat seniora, mít na paměti jeho názory a nezapomínat respektovat jeho soukromí a důstojnost. Zdravotníci by měli zvyšovat své vědomosti a schopnosti, aby byli schopni podat informace ve srozumitelné formě, tak aby je senior chápal. Také by měl respektovat jeho právo účastnit se v rozhodování o léčbě. Dalším etickým úkolem zdravotníka je zabránit zneužití jeho pozice a pracovat ve prospěch geriatrického pacienta/seniora. V neposlední řadě také dohlédnout na to, aby zdravotní péči neovlivnily možné předsudky. Bohužel tyto všeobecné zásady jsou v mnoha případech porušovány z důvodu věku, zhoršujícím se zdravotnímu stavu a sníženému stupni kognitivních funkcí (Zrubáková, Krajčík 2016; Ptáček a kol. 2011).

## **1.6 Interdisciplinární tým zajišťující farmakoterapii ve vyšším věku**

Zárukou kvality péče je kvalitní spolupráce jednotlivých členů týmu a týmová práce. Tato spolupráce platí i pro realizaci farmakoterapie, aby probíhala bezpečně a racionálně pro pacienty ve vyšším věku. Na farmakoterapii u všech věkových kategorií spolupracuje mnoho členů týmu. Mezi zdravotnické členy tohoto týmu patří lékař, lékař-specialista, geriatr, sestry, farmaceut, farmaceutický laborant. Nezdravotnickými členy týmu řadíme sociální pracovníky, samotného seniora/geriatrického pacienta a členy jeho rodiny. V neposlední řadě jako člena tohoto týmu zařazujeme i zdravotní pojišťovny, které se na spolupráci podílejí nepřímou (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

Každý ze členu interdisciplinárního týmu má svou specifickou a určitou úlohu, za kterou nese svojí odpovědnost. Podíl lékaře v tomto procesu spočívá ve správném stanovení diagnózy a ordinaci vhodné léčby, zvolení účinného léku, vhodné dávky, dávkovací schéma a především co nejjednodušší lékovou formu, lékař musí brát v úvahu léky, které pacient již užívá, aby nedošlo k interakci či nežádoucím účinkům. Při následujících kontrolách je nutné, aby lékař sledoval účinky léčiv. Sesterská úloha v tomto týmu spočívá v plnění lékařových ordinací, realizaci výkonu společně s lékařem nebo samostatně a především kontroluje pacienta či rodinné příslušníky v domácnosti, ústavních a sociálních zařízeních. Její zodpovědnost spočívá v zodpovědnosti za podání léku a péči o seniora. Seniorova část v případě, že je toho schopený je dodržování ordinací lékaře a pokynů sestry, lékárníka (Klevetová 2017; Zrubáková, Krajčák a kol. 2016).

Důležitá část týmu jsou rodinní příslušníci a pečovatelé, kteří mají za úkol aplikovat případná farmaka, které pacient nedokáže aplikovat sám. Pomáhají připravovat léky v domácím prostředí a důležité je že kontrolují pravidelné užívání léků a všímají si případných zdravotních či psychických změn pacientova stavu. Proto je tato součást týmu důležitým zdrojem informací a vítanou možností pro jejich doplnění při přijímání klienta do ústavní léčby nebo při kontrole odborníkem v domácí péči (Zrubáková, Krajčák 2016). A i díky této spolupráci můžeme při pohledu v časové linii zpět vidět, že situace v oblasti poskytování sociálních služeb a zdravotní péče v posledních letech výrazně posunula k lepšímu, proto je to velkým pozitivním faktem. I díky dobře zvolené farmakoterapii mohou lidé s postižením v jakémkoliv věku, stáří, nemoci i fázi umírání být doma a nemusejí být izolováni v ústavech (Malíková 2011).

Sociální pracovník spolupracuje hlavně s lékaři a sestrami při řešení sociálních problémů a situací seniora, které mohou být příčinou neochoty spolupracovat. Výsledkem vzájemné spolupráce všech složek týmu je zvýšení stupně informovanosti jednotlivých částí týmu, ale hlavně samotného seniora. Dalším pozitivním výsledkem je zvýšení spolupráce seniora a jeho rodinných příslušníků. Dále také důkladné terapeutické monitorování pacienta, vyhodnocování nežádoucích účinků a interakcí, které mohou některá léčiva způsobit. Zlepšuje se komunikace mezi jednotlivými složkami týmu. Zmírnění počtu samoodinovaných a ordinovaných léčiv, eliminace komplikací v souvislosti s léčbou. V případě že interdisciplinární tým funguje správně a bez problému je možné odstranit komplikace léčby, snižování nákladů v souvislosti s hospitalizací či opakovaných hospitalizací paci-

enta. Díky všem členům, kteří plní svou část procesu se podaří zvýšit kvalita seniorova života (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016; Dvořáčková 2012).

## **1.7 Schopnost seniorů přijímat informace**

Hlavními faktory, které ovlivňují schopnost seniorů přijímat informace, v rámci komunikačního procesu, jsou často velmi dobře známé. Tyto problémy se naneštěstí často stávají zdrojem předsudků a i klamného hodnocení seniorů. Těmito hlavními faktory jsou především poruchy sluchu, zraku spolu s kognitivními poruchami. Zdroj stereotypizování je však především prostředí ve společnosti a náhled s postojem k přijímání stáří. Tyto stereotypy se dají ovlivnit dobrou znalostí involučních změn ve stáří kvalitní literaturou zaměřenou na gerontologickou, geriatrickou ošetrovatelskou péči a psychologii ve stáří pro populaci laických pečovatелů a nelékařských zdravotnických pracovníků. Nejedna analýza odborných zdrojů zabývajících se problematikou komunikace a produkování s porozuměním určitého obsahu ukazuje na zjištění, že ve skupině starších osob bylo rozpoznáno zpomalené tempo v produkci řeči při srovnání s mladší skupinou (Pokorná 2012).

Je prokázáno, že senioři lépe rozpoznají pojmy, jsou-li zasazeny do kontextu smysluplného sdělení, než nezávisle prezentované pojmy a ty, s nimiž již měli určitou životní zkušenost. U pojmů se kterými se senior ještě nesetkal nebo jim nerozumí je potřeba snažit se ztotožnit co nejpřesněji jejich kontextuální popis charakterizující podměty a jevy ve slovnících společně s úrovní emocionálního významu. Kontext sdělení je jakým si návodem a podporuje produkci řeči jak u skupiny mladších tak i starších osob. Svou roli zde samozřejmě sehrávají také předchozí tvorby pojmového aparátu seniorů v sociokulturní souvislosti. Změny verbální komunikace mohou být indikací k aktuálním změnám kognitivních funkcí, to může být například v důsledku změn fyzického stavu jako je dehydratace, zvýšená nebo snížená tělesná teplota, změny v trávicím traktu. Tyto změny odpovídají primárním projevům fyzického onemocnění (Pokorná 2012; Klevetová 2017).

Vlastní verbální komunikace bývá u zdravé geriatrické populace dlouhou dobu odolná vůči věkově podmíněným kognitivním změnám. Jednou z dalších prokázaných informací je, že senioři používají méně složité, rozsáhlé a vysvětlující věty ve srovnání se skupinou mladších osob. Dále je také prokázáno, že senioři nemají problémy s přijímáním složitých sdělení ve smysluplném kontextu. V běžné praxi kdy pečující osoby používají jednoduché věty a snaží se hovořit v jednoduchých větách a co nejstručněji, to však s negativním výsledkem na sdělovaný obsah (Pokorná 2012).

Se schopností plynulé konverzace a řeči souvisí i vybavování slov. Osoby vyššího věku uvádějí, že jedním z běžných problémů je schopnost produkce a používání dobře známých slov. Přestože osoby každého věku trpí občasnou poruchou schopnosti vybavení a nalezení vhodných slov, s přibývajícím věkem je tento typ poruchy frekventovanější. Každý z populace zná tuto poruchu, že si nemohl vzpomenout na chronicky známý pojem. Však rozdíl v této situaci spočívá ve změně zdravotního stavu osoby ve vztahu k věku komunikujících subjektů. U mladých lidí se může za neschopností vybavit si určité slovo či pojem skrývat nedostatečné zabudování v pojmovém aparátu nebo nedostatečné soustředění v určitou situaci, velkou roli v takových chvílích hraje i míra stresu na jedince v daný okamžik, samozřejmě že i tyto situace se mohou skrývat za nemožnosti vybavení určitého slova u seniorů. Příčiny poruch vybavení vhodných pojmů a jejich používání je důležitým úkolem výzkumů, které se zabírají procesy stárnutí, jelikož tyto poruchy mohou stát za snížením úspěchů seniorů v komunikaci a oslabovat jejich hodnocení skutečných jazykových schopností (www.seniorzone.cz; Pokorná 2012).

Je známo, že slovní zásoba seniorů je větší než u dospělých mladšího věku, dále nebyly zjištěny ani signifikantní rozdíly ve významovém slovníku seniorů. Z tohoto plyne, že změny ve vybavování slov nesouvisí se ztrátou dříve dosažených a zapamatovaných informací, ale s neúčelným přístupem k nim v rámci paměti. Setkat se můžeme i s názory některých autorů, kteří uvádějí změny v metabolismu mozkových mediátorů (úbytek aktivity acetylcholinu, snížení aktivity noradrenalinu, serotoninu). Pojmy jsou tedy v paměti uloženy, bohužel osoba vyššího věku si je nemůže vybavit okamžitě. Z těchto důvodů nelze jednoznačně hodnotit tuto dysfunkci jako primární poruchu intelektových schopností. Tato skutečnost je již zmapována v gerontologii jako všeobecný aspekt zpomalení. Časté zdroje uvádějí hojnější používání pauzy v řeči seniorů a vyjadřování pomocí častých pauz v rozhovoru (Pokorná 2012).

## 2 ÚLOHA SESTRY PŘI FARMAKOLOGICKÉ LÉČBĚ

### 2.1 Intervence sestry při realizaci farmakologické léčby u seniorů

Mezi hlavní intervence sester, které se musí poskytovat na všech místech poskytování péče o seniory a pacienty vyššího věku patří především dobrá a aktivní spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Nedílnou součástí práce sestry také je hodnocení psychického, zdravotního, sociálního stavu pacienta a okolností, které by se mohli nějak dotýkat problematiky farmakoterapie. Sestra si při pozorování seniora všímá především žádoucích, ale i nežádoucích účinků léku jako jsou především alergie – nejčastěji spojených s ATB léčbou. U seniorů je třeba sledovat neverbální projevy, které mohou sdělovat přítomné příznaky některé nemoci. Sesterské intervence a především vedení rozhovoru s pacientem nebo jeho rodinným příslušníkem je nezbytné v domácí péči nebo při přijetí pacienta do nemocniční či sociální péče a jehož část by se měla zaměřovat na farmakoterapii a zvyky s ní spojené. Pozorování sester by mělo být zvýšené v případě, že pacient užívá léky s vyšším výskytem nežádoucích účinků ve vyšším věku, jako jsou sedativa, psychofarmaka, hypnotika, antihypertenziva, analgetika, PAD, nesteroidní antirevmatika a další. Sestry by měly být schopné a mezi jejich práci patří aplikace jednotlivých forem léků. Nejčastěji se jedná o aplikaci léků per os, krátkodobou aplikaci intramuskulárních, subkutánních, intravenózních léků a infuzních roztoků, dále také aplikací léků do oka, ucha či nosu a intradermální podávání mastí, náplastí a podobně. Nejvyšší zodpovědnost sestry není jen aplikace správné dávky, formy a způsobu podání léku pacientovi, ale také objednávání a bezpečné uskladnění léčiv a zaznamenávání podání léků a informace o účincích do dokumentace pacienta. Edukační a intervenční práce sestry nastává i ve chvíli, kdy je pacient propouštěn ze zdravotnického či sociálního zařízení do domácí péče a je třeba jeho nebo jeho příbuzné naučit aplikovat novou formu léčiva, na kterou pacient doposud nebyl zvyklý. V takových případech je velmi vhodná a potřebná demonstrace a aktivní nácvik aplikace léčiva seniorovi. U případů kdy se jedná o pacienta částečně soběstačného nebo nesoběstačného je nutné poučit a demonstraci provést i pro rodinné příslušníky (Šamánková a kol. 2011; Zrubáková, Krajčák a kol. 2016).

V začátcích péče by sestry měly vhodně zhodnotit pacienta, získat potřebné anamnestické údaje a údaje o nynějším onemocnění. Zapsat jaké má senior naordinované léky a nesmí zapomínat i na doplňky stravy, které si kupuje sám a momentálně je užívá. Je důležité, jak probíhá užívání léků a jejich aplikace v domácí péči samotným pacientem či ro-



dinným příslušníkem. Zeptat se jaké pomůcky využívá při přípravách a aplikacích léčiv – rozpisy léků, dávkovače léků, lékovky. A v domácí péči dbá na zhodnocení prostředí, ve kterém pacient pobývá (Šamánková a kol. 2011; Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

### **2.1.1 Posouzení seniora**

Posuzování seniora patří mezi nezávislé činnosti sestry a je díky němu možné poskytovat kvalitní a individuálně zaměřenou ošetrovatelskou péči. Všechny činnosti, které sestry dělají pro pacienta nebo s pacientem jsou spojené a součástí pozorování. Metoda zaručeného přístupu je důležitá, aby žádná z důležitých informací nezůstala opomenutá. K důkladnému posouzení zdravotního stavu seniora je zásadní získat podrobnou anamnézu, fyzikální vyšetření, hodnocení funkčního potenciálu seniora a jeho kognitivních funkcí. Získávání těchto údajů vyžaduje spolupráci od jedince, využívat klinické zkušenosti a aplikačního myšlení (Pokorná a kol. 2013).

Mezi oblasti zájmu sester při posouzení je důležité zařadit:

- Stav pacienta po zdravotní stránce - zda má akutní či chronické onemocnění, údaje o polymorbiditě, hospitalizaci v souvislosti s chybami v léčbě.
- Onemocnění pohybového systému - důležité jsou revmatické onemocnění, neurologické onemocnění jako je například roztroušená skleróza, stavy po CMP.
- Onemocnění jater, ledvin a poškození smyslových orgánů – zrak, chuť, sluch (poznatky o onemocnění těchto orgánů má význam při edukaci pacienta, ale také pro správnou aplikaci léčivých přípravků), hlavně při onemocnění zraku pacient nerozeznává názvy léků, může nepřesně dávkovat kapky nebo nastavit špatně jednotky inzulínu, při onemocnění sluchu nemusí pacient slyšet instrukce nebo špatně porozumět informacím.
- Dysfagie (poruchy polykání) – jsou ve starším věku velmi časté, důvodem může být poškozený chrup, nesprávná zubní protéza (například uvolněná), záněty horních dýchacích cest, stavy úrazové a pouřazové, žaludeční reflex, tracheotomie, onemocnění slinivky, nádory zhoubné či nezhojivé dutiny ústí, jazyka, hltanu, hrtanu a jícnu.

- Důležité jsou informace o alergiích. Alergie na potraviny, léky, náplasti nebo dezinfekční prostředky a další látky.
- Odchytky v motorice – hrubé i jemné, tyto informace jsou důležité při schopnosti manipulovat s léky v tuhé i tekuté formě.
- Zjištění kvality stavu výživy. Výskyt malnutrice, podvýživy, která zvyšuje výskyt nežádoucích účinků léčiv. Oproti tomu při zvýšeném množství tukové tkáně může docházet k prodloužení účinku lipofilních látek. Proto údaje o aktuální správné hmotnosti jedince napomáhají k správnému dávkování léčivého přípravku.
- Pitný režim a stupeň hydratace seniora. Hydratace po 75. roce života se snižuje a proto je významná pro využití léčiv rozpustných ve vodě.
- Užívání alkoholu, množství kávy (káva může ovlivnit vstřebání léku a proto by se kávou léky zapíjet neměly), kouření (nikotin v závislosti na určitém léčivou složku zvyšuje toxicitu nebo naopak snižuje účinek léčiv)
- Zjištění užívání volně dostupných léků, jako jsou hlavně analgetika, hypnotika a další.
- Míru soběstačnosti a sebeděče.
- Režimy užívání léků, dávkování, vědomosti o léčbě.
- Zjistit možné příznaky – tělesná teplota, slabost, změny v tělesné hmotnosti, změny v chuti k jídlu, stav psychických změn.
- Údaje o rodinném zázemí, o finančním zajištění a stavu sociálního prostředí.

(Zárubová, Krajčík a kol. 2016).

### **2.1.2 Ošetřovatelská anamnéza**

Kladení systematických otázek, v tom spočívá anamnéza získávaná sestrami. Tyto otázky by měly být zaměřené na příznaky onemocnění a celkového zdravotního stavu pacienta společně s údaji o užívání léků. Anamnéza se zakládá na získávání věcných informací o seniorovi. Pro zjištění přesných a správných údajů o stavu pacienta a farmakoterapii

by se sestry měly pacientovi věnovat několik dní. Rozsah získaných informací závisí na délce sběru dat, takže i na délce seniorova pobytu v zařízení, proto nejvíce údajů k rozsáhlé anamnéze získají sestry z dlouhodobých hospitalizací nebo při domácí péči (Zrubáková, Krajčák a kol. 2016; Pokorná a kol. 2013).

U příbuzných a blízkých osob, jako jsou například pečovatelky, ošetřující osoby, bychom měli získanou anamnézu ověřit, zda je validní. Ověřit bychom měli i informace zaznamenané v dokumentaci z dřívějších hospitalizací, zda jsou stále platné a aktuální. V případech kdy pacient z nějakého důvodu poskytovat informace k anamnéze nemůže, situace tudíž vyžaduje úzkou spolupráci sestry a rodinných příslušníků (Zrubáková, Krajčák a kol. 2016; Pokorná a kol. 2013).

Vhodné kladení otázek na současný stav pacienta umožní označit problém nebo rizikový faktor a proto jsou nejdůležitějším prvkem prevence potencionálních chyb v péči o pacienta. Provádění anamnézy by mělo být cílené, detailní, trefné, vytrvalé, spolehlivé, zároveň musí obsahovat všechny díly: anamnézu současného stavu dominantního onemocnění, demografické údaje, osobní anamnézu o prodělaných nebo diagnostikovaných, chronických onemocnění, velkých úrazech, prodělaných operací. Součástí získávaných informací by měla být rodinná anamnéza, v té se snažíme získat informace o dlouhověkosti zbylých členů rodiny, závislost na rodině a choroby u starších členů rodiny. Zdravotnický pracovník by neměl opomenout ani anamnézu psychologickou, farmakologickou, alergologickou, sociální, a zda je pacient věřící (Zrubáková, Krajčák a kol. 2016).

Do získávání údajů o pacientovi je nutné zařadit také další aspekty:

- Fyzikální vyšetření
- Měření vitálních funkcí
- Vyšetření funkčního stavu
- Měření soběstačnosti
- Měření rizika komplikací

Fyzikální vyšetření probíhá od hlavy pacienta dolů. Používáme pohled, pohmat, poklep, poslech a v některých situacích můžeme využít čich. Díky tomu můžeme dobře zhodnotit hygienu a vzhled pacienta. Fyzikální vyšetření je významné ve chvíli kdy se nepodařilo získat platné anamnestické údaje. Součástí je také změření hmotnosti a zjištěné

údaje sestře pak pomohou při sestavování individualizovaného plánu (Plevová a kol. 2018; Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

Měření a hodnocení vitálních funkcí pacienta probíhá u vstupního vyšetření a kontroly probíhají po celou dobu léčby, užívání léků. Naměřené hodnoty jsou ukazatelem změn ve zdravotním stavu seniora a to nejen při akutních onemocnění jako jsou například infekce, ale také u dlouhodobých onemocnění. Podle typu nasazené léčby sledujeme jednotlivé fyziologické funkce, jako je tělesná teplota, krevní tlak, pulz, dýchání a další. Tělesnou teplotu budeme důkladně sledovat při užívání antibiotické léčby nebo u hypnotik, sedativ, neuroleptik, které mohou způsobovat sníženou teplotu těla. Krevní tlak je automaticky nutné sledovat při nasazení nebo užívání antihypertenziv, diuretik a samozřejmě u léků ovlivňující psychiku pacienta a jeho stav vědomí, u takových léčiv může opět docházet k hypotenzím. Pulz sledujeme u pacientů, kteří užívají léky na ovlivnění srdečního rytmu. Mohou to být změny jako arytmie, tachykardie, hypertenze, bolesti a další. V neposlední řadě využíváme hodnocení dechu, zda pacient netrpí tachypnoe, což je zrychlené dýchání, které se může vyskytovat u febrilních stavů nebo naopak bradypnoe, která se vyznačuje zpomalenou dechovou aktivitou a ta se může objevit při užívání sedativ, hypnotik nebo při onemocnění související s látkovou přeměnou. Další lékovou skupinou, u které může být ovlivněno dýchání jsou opiáty. Právě u nich může dojít až k úplnému útlumu dýchání a dokonce i činnosti srdce (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016; Plevová a kol. 2018).

Vyšetření funkčního stavu je nenahraditelnou částí posuzování geriatrických klientů, díky tomuto vyšetření můžeme přesně určit schopnost nebo neschopnost pacienta v různých oblastech. V tomto vyšetření nehraje jedinou roli výzkumník všeobecná nebo praktická sestra, ale jsou zde vítáni i kliničtí psychologové, logopedi, sociální pracovníci, ergoterapeuti, fyzioterapeuti nebo lékaři jednotlivých oborů jako je neurolog, geriatr, internista, při zjišťování funkčního stavu je opět zapotřebí spolupráce s rodinou, popřípadě domácími pečovateli/pečovatelkami. Zjištění specifické zdravotní kondice je hlavní součástí funkčního stavu seniora (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

V neposlední řadě je u seniorů nutné zjistit úroveň soběstačnosti. Je důležité brát v úvahu funkční stav seniora a jeho závislost v domácím prostředí. K adekvátnímu stavu zhodnocení využíváme hodnotící testy, například test instrumentálních činností, test základních všedních činností dle Barthelové (využívá se například v nemocniční péči), dalšími testy jsou Lawtonův-Brodyho test, který zjišťuje jaký je pacientův stav k manipulaci

s penězi, údržbu domácnosti, používání mobilního telefonu a další jednotlivé činnosti související s běžným chodem domácnosti. K posuzování individuálního stavu soběstačnosti a nutnosti kompenzačních pomůcek můžeme používat kódy funkční úrovně, které jsou od 0 což je úplně soběstačný jedinec, do 4., kdy je jedinec nesoběstačný a nespolupracující a je u něj nutnost kompenzačních pomůcek (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

V případech určení stupně mobility se v České republice užívá klasifikace podle pohybového režimu. Sestra stanoví každý den aktuální stupeň mobility pacienta. Stupně jsou následující:

- 1. stupeň: osoba je plně mobilní, časová náročnost na ošetrovatelskou péči je 1 – 2 hodiny/24 hod.
- 2. stupeň: mobilita je částečně omezená, časová náročnost na ošetrovatelskou péči je 3 – 6 hodin/24 hod.
- 3. stupeň: mobilita osoby je velmi omezená, časová náročnost na ošetrovatelskou péči je 7 – 8 hodin/24 hod.
- 4. stupeň: pacient je imobilní, časová náročnost na ošetrovatelskou péči je 10 – 14 hodin/24 hod.

Pro pohybový režim se používá také stupnice od 0 – 5. (0 – pacient na propustce, 1 – soběstačný pacient, 2 – částečně soběstačný pacient, 3 – pacient lucidní, 4 – imobilní pacient, 5 – pacient je v bezvědomí. Při znalosti těchto stupnic se ostatní zdravotníci mohou dobře orientovat v problematice, co pacient dokáže sám a s čím naopak potřebuje pomoci (Kuckir 2015; Zrubáková, Krajčík a kol. 2016)

### **2.1.3 Rozhovor o farmakoterapii**

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a pacientem vyžaduje od zdravotníků psychologickou znalost, empatii, osobní zájem, pohotovost, postřeh. Tyto vlastnosti vedou k psychologicky správnému umění jednat s pacienty. Vztahy mezi pacientem a zdravotníkem by měly být založeny na důvěře a vzájemné úctě. Pacienti musí věřit zdravotníkům natolik, aby jim byli ochotní sdělit anamnestické údaje, v některých situacích i choulostivého charakteru a spoléhají nato, že se tyto informace nebudou nekontrolovatelně šířit mezi lidmi, kterým tyto informace nenáleží. Anamnestické a diagnostické údaje o pacientech musí být vždy zaznamenány a jsou součástí zdravotnické dokumentace pacienta. I u získávání farmakologické anamnézy musí zdravotník a lékař zachovat diskrétnost. Každý paci-

ent je individuální a pro každého je citlivá jiná oblast jeho soukromí a informace týkající se jeho zdraví a zdravotního stavu (Zacharová 2017).

K doplnění informací ze zdravotní dokumentace, vlastního pozorování s vyšetření realizujeme se seniorem nebo jeho rodinným příslušníkem dialog, při něm je nutné zaměřit se na verbální, ale i neverbální výrazy komunikantů. Důležitým faktorem je kladení otázek vhodným způsobem a vytvářet příjemné prostředí pro rozhovor. Během rozhovoru o farmakoterapii se zaměřujeme na několik oblastí. Zjišťujeme aktuálně užívané léky a doplňky stravy, dále co pacient očekává od léčby farmaky, způsob jakým pacienti léky a léčivé látky užívají, dávkování těchto léků, zjišťujeme zda nejsou přítomny nějaké problémy při užívání léků (například ekonomické problémy spojené s doplatky na léky), zjišťujeme jak a zda rozuměli informacím a instrukcím od lékaře/farmaceutického pracovníka, zda porozuměli informacím z příbalového letáku farmak, zajímá nás zda nenastaly změny ve zdravotním stavu v souvislosti s nasazením farmaka do léčby a v neposlední řadě se zajímáme o stav výživy a hydratace pacienta, o jeho příjem mléka a výrobků z něj, o příjem minerálních vod a džusů a o to zda pijí bylinné extrakty a čaje z nich (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016; Krajčík a kol. 2018).

#### **2.1.4 Edukace**

Sestry provádí edukaci o farmakoterapii pro seniora, případně i pro jeho podpůrné osoby nebo pečovatele. Tato edukace je zaměřena na získání údajů o zručnosti při dávkování a užívání farmak a také utváření vhodných postupů a odpovědnosti při terapii farmaky. Edukace k farmakoterapii se provádí obvykle v návaznosti na předepsání léku ze strany lékaře. Základní informace, které by měla edukace obsahovat jsou: význam léků, důležitost jejich pravidelného užívání, rizika vyplývající z vynechání dávky, technika aplikace léků, způsob jakým lék užívat, rozhovor o barvě léku (často se setkáváme s předsudky vůči barevnému vzhledu farmak), pravidelnost a doba kdy léky užívat, užití léků v závislosti na jídle, vhodné a nevhodné tekutiny na zapíjení, nevhodné potraviny, instrukce přesného dávkování, zákaz konzumace alkoholu a dalšího, pokud to daný lék vyžaduje, edukace musí taky zahrnovat po jakou dobu bude daný lék jedinec užívat, zda se jedná o dlouhodobou léčbu nebo krátkodobou, možné vedlejší NÚL, informace jak léky správně skladovat, informace o náhradách farmak – generika, prezentace náhradních způsobů léčby (redukce váhy, změna jídelníčku a další možnosti). O edukaci udělá sestra vždy záznam, který je součástí pacientovi zdravotnické dokumentace (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

### 3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zmapovat problematiku užívání farmak u pacientů vyššího věku a analyzovat roli sestry v této problematice.

### 3.2 Dílčí cíle

1. Dílčí cíl: Specifikovat rizikové faktory užívání léků u vybrané skupiny respondentů.

Výzkumný problém: Jak často užívají respondenti léky a kolik jich užívají?

Vztahující se otázky: č. 3, 4

Výzkumný problém: Mají blízké osoby informace o užívání respondentových léků?

Vztahující se otázky: č. 5

Výzkumný problém: Jak si respondenti pamatují užívaná farmaka?

Vztahující se otázky: č. 6, 7

2. Dílčí cíl: Zjistit, zda dochází k edukaci respondenta ze strany všeobecné sestry v oblasti užívání léků.

Výzkumný problém: Dochází k edukaci respondentů za strany všeobecných sester?

Vztahující se otázky: č. 8

Výzkumný problém: Jsou všeobecné sestry schopné odpovědět respondentům na doplňující otázky ohledně jejich farmakoterapie?

Vztahující se otázky: č. 9

Výzkumný problém: Doporučují všeobecné sestry respondentům pomůcky ke snadnějšímu zapamatování užívaných léků?

Vztahující se otázky: č. 10

3. Dílčí cíl: Zjistit zda si respondenti pamatují užívaná farmaka a jejich správné dávkování.

Výzkumný problém: Jsou respondenti schopni na požádání udat všechny léky, které užívají?

Vztahující se otázky: č. 11

Výzkumný problém: Dodržují respondenti doporučené/předepsané dávkování?

Vztahující se otázky: č. 14, 15

4. Dílčí cíl: Zjistit jakým způsobem si respondenti připravují své léky.

Výzkumný problém: Jakým způsobem si respondenti připravují svoje léky?

Vztahující se otázky: č. 12, 13



## 4 FORMULACE PROBLÉMU

Užívání mnoho léků současně neboli polypragmazie je u pacientů vyššího věku častým jevem. Stále častěji se setkáváme s případy, kdy pacient nezná název svých léků, aktuální předepsané dávkování a dobu kdy lék přesně užívá. V takových situacích, kdy tyto informace neví sám pacient, popřípadě blízká osoba, která pacienta k lékaři doprovází, není možné, aby je mohli na požádání sdělit lékařskému či nelékařskému personálu. V jiných situacích se setkáváme s pacienty, kteří do ambulantního zařízení přicházejí se složeným kouskem papíru, na kterém mají napsané svoje léky. Bohužel ani tyto situace nejsou vždy ideální. Léky na takovýchto nestandardních pomůčkách jsou v mnoha případech neaktuální, napsané s neaktuálním doporučeným dávkováním a v některých případech i se špatnou účinnou látkou i dávkou. Ovšem ani takové papírky nemají všichni pacienti a ve chvílích, kdy někteří už užívají dva a více léků je pro ně obtížné si je pamatovat s celým jejich názvem, silou a doporučeným dávkováním. Proto v případech, kdy se na pacientově farmakoterapii podílí více lékařů například kardiolog, endokrinolog, urolog, gynekolog a samozřejmě i možní další specialisté, může snadno docházet k lékovým duplicitám, či předpisu léků na sebe reagujících nebo léků se stejnými účinky. Role sester je zde stěžejní v tom, že díky komunikačním a edukačním dovednostem mohou zjistit co vše a jak nemocný užívá. Bakalářská práce se věnuje problematice užívání léků u nemocných vyššího věku, jelikož za posledních deset let vzrostl počet hospitalizací spojených s chybným dávkováním nebo nežádoucími účinky léků 3,5krát. Mohou se sestry ještě více podílet na bezpečnosti celého procesu podávání léků? Existuje nějaká pomůcka, která pacientům pomohla ve chvíli, kdy po nich žádáme sdělení jejich farmakoterapie a zdravotníkům také usnadnila práci?

## **5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Výběr respondentů k výzkumnému šetření byl záměrný. Cílovou skupinou byly pacienti vyššího věku, u kterých je předpokládáno, že mají předepsaná farmaka k pravidelnému užívání. Kritérium pro výběr respondentů bylo pouze být starší 60 let. Pohlaví, vzdělání a přidružená onemocnění nebyla výběrovými kritérii.

## 6 METODIKA PRÁCE

Pro empirickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Ten zahrnuje systematické shromažďování a zpracování číselných informací za předpokladu kontroly a pracuje se statistickými údaji, které pomáhá členit. Je osloven větší počet respondentů a na konci tohoto šetření je velké množství povrchových informací. Kvantitativní výzkum je také typickou svou reliabilitou, ale nižší validitou (Kutnohorská 2011).

Získání dat proběhlo prostřednictvím dotazníkového šetření, zvolený dotazník byl strukturovaný a složený z 15 otázek. Dotazník se skládal z 12 uzavřených a 3 polouzavřených otázek. U všech otázek bylo možné označit jen jednu odpověď jejím zakroužkováním. První 2 otázky byly zaměřeny na demografické údaje, aby bylo ověřeno, že respondent patří skutečně do věkové kategorie, která byla vymezena pro tento výzkum. Dalších 5 otázek mělo zaměření na důvod a název užívaných farmak, počet léků a jejich denní doporučené dávkování a také na informovanost blízkých osob. Zkušenostmi s edukací a informacemi od sester a celkovým pohledem na roli sestry se zabývaly následující 3 otázky. Posledních 5 otázek bylo zaměřeno na dávkování, pravidelnost, dodržování doporučeného dávkování a způsob přípravy a užívání farmak. Výsledky šetření jsou statisticky zpracovány a přehledně prezentovány v grafech, data z dotazníků jsou uváděna v %.

## 7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Anonymní dotazníky byly adresovány pacientům vyššího věku než 60 let. Dotazníky byly předány na interní, neurologické, chirurgické, gynekologické, ortopedické a urologické oddělení jednoho zdravotnického zařízení – NH hospital a.s.. V listopadu roku 2019 bylo prostřednictvím e-mailu osloveno vedení nemocnice a její etická komise s žádostí o uskutečnění dotazníkového šetření v jejich zařízení. Se souhlasnou odpovědí z ledna 2020 jsem dotazníkové šetření mohla uskutečnit (viz. Příloha č. 2). Dotazníky jsem do zařízení předala osobně v tištěné formě, stejným způsobem proběhl i návrat dotazníků na začátku února roku 2020.

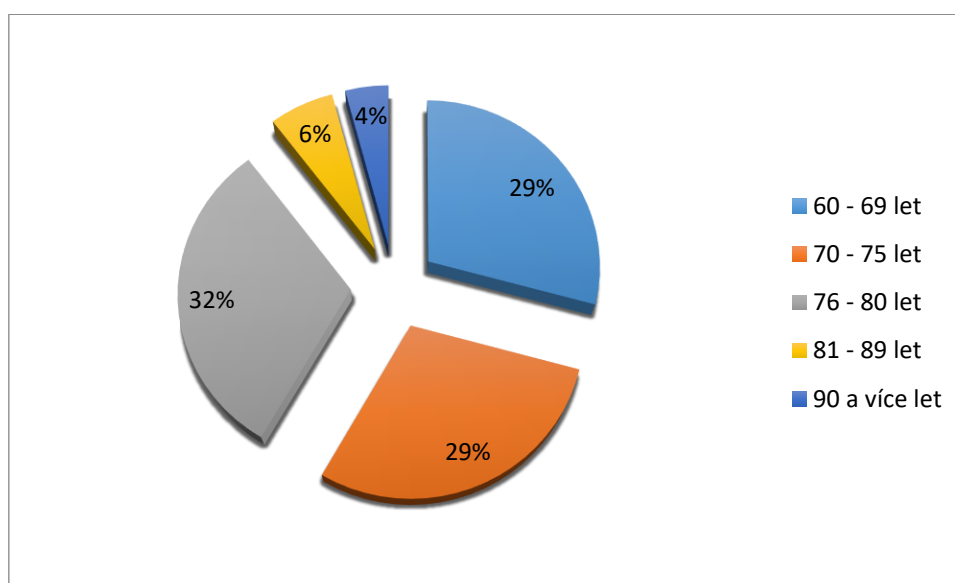
Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Minimum pro návratnost bylo stanoveno na 70 dotazníků. Skutečná konečná návratnost, s řádně vyplněnými otázkami, byla 96 dotazníků a všechny tyto dotazníky byly zařazeny do šetření. Celková návratnost dotazníků tedy byl 96 %.

## 8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Dotazník, otázka číslo 1:

Kolik Vám je let?

Obrázek 1 Věková skupina



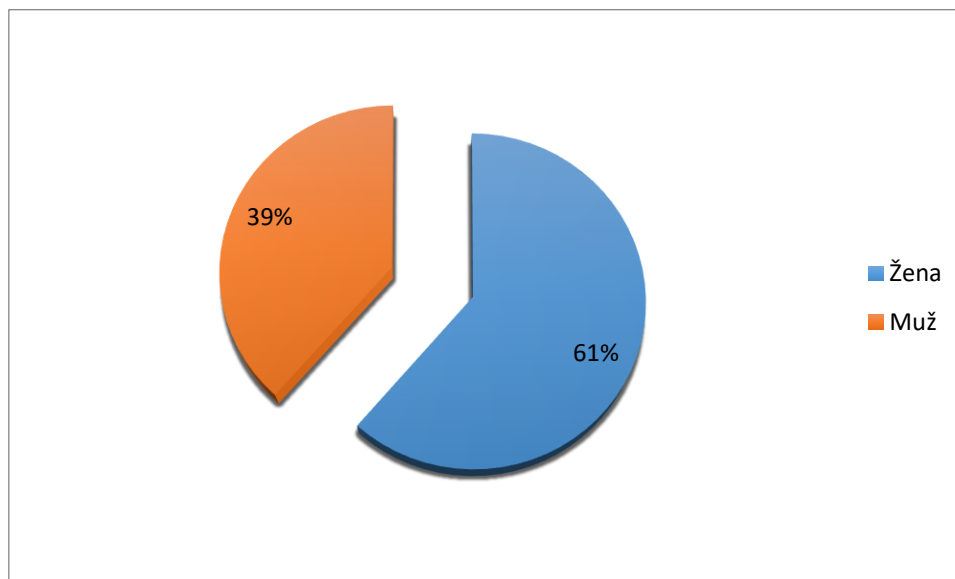
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 96 (100%) oslovených respondentů patřilo 28 (29%) do věkové kategorie 60 – 69 let, 28 (29%) respondentů do kategorie 70 – 75 let, 30 (32%) do kategorie 76 – 80 let, 6 (6%) do kategorie 81 – 89 let a 4 (4%) do kategorie 90 a více let.

Dotazník, otázka číslo 2:

Pohlaví:

*Obrázek 2 Pohlaví*



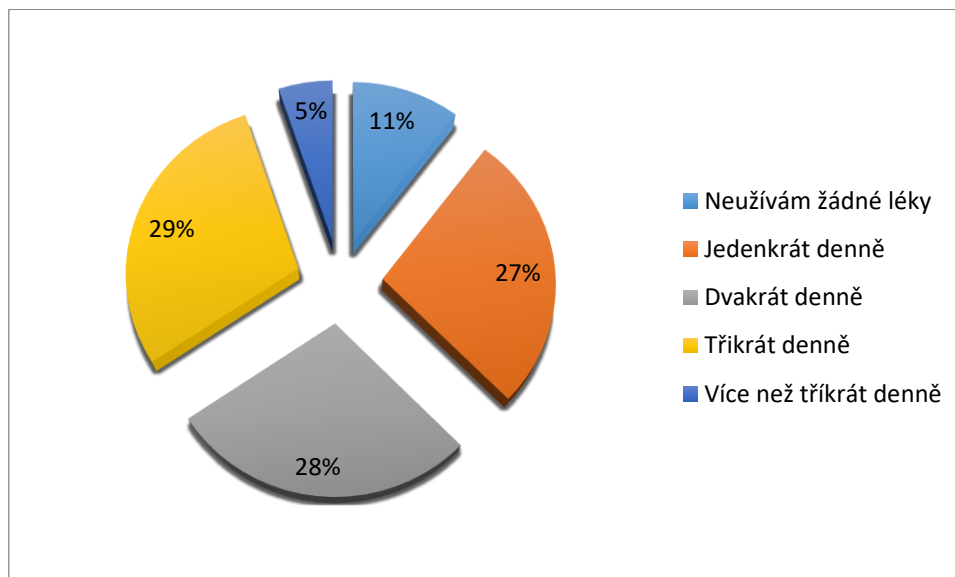
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 96 (100%) oslovených respondentů bylo 59 (61%) žen a 37 (39%) mužů.

Dotazník, otázka číslo 3:

Jak často užíváte léky?

Obrázek 3 Frekvence užívání farmak



**Zdroj: vlastní**

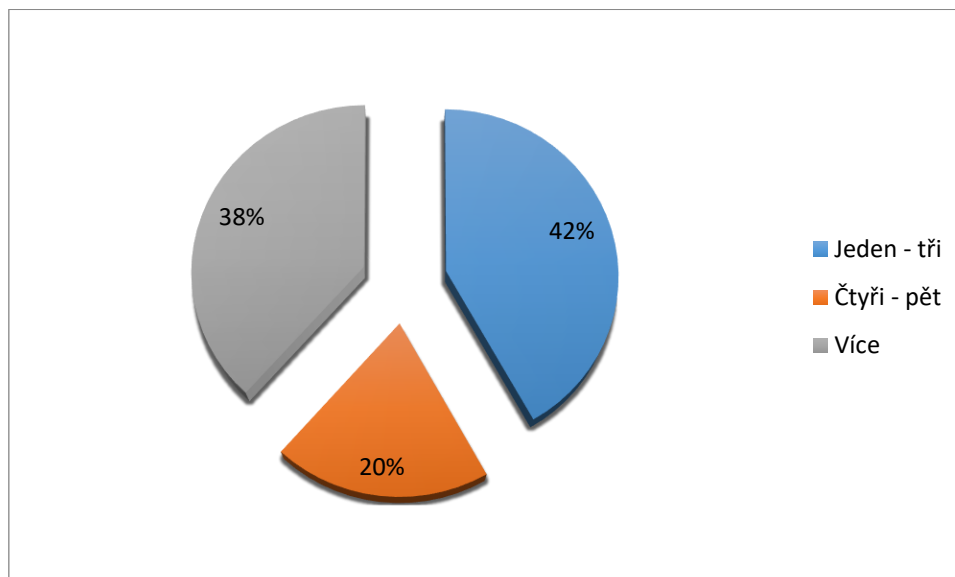
Z celkového počtu 96 (100%) oslovených respondentů 10 (11%) respondentů neužívá žádné léky, takto odpovídali převážně respondenti spadající do nejmladší věkové skupiny. Dále 26 (27%) respondentů udalo, že užívají léky jedenkrát denně, 27 (28%) je užívá dvakrát denně, 28 (29%) třikrát a více než třikrát denně je užívá 5 (5%) respondentů.

Vzhledem k tomu že 10 respondentů odpovědělo, že žádné léky neužívají, byl celkový počet respondentů pro analýzu dalších otázek 86 respondentů (100%).

Dotazník, otázka číslo 4:

Kolik užíváte léků?

Obrázek 4 Množství užívaných farmak



**Zdroj: vlastní**

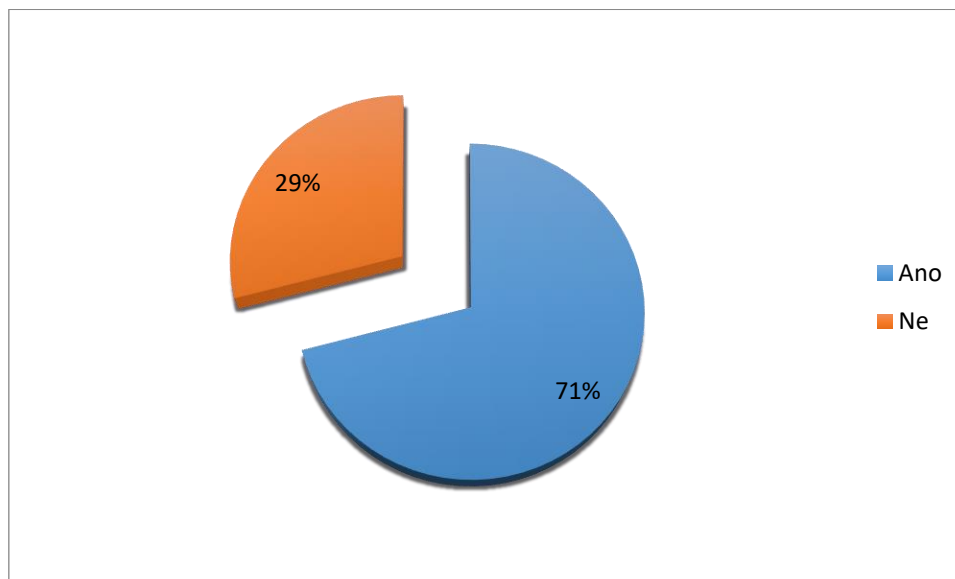
Z celkového počtu 83 (100%) oslovených respondentů udalo 36 (42%) že užívá 1 – 3 léky, 17 (20%) užívá 4 – 5 léků a 33 (38%) respondentů odpovědělo, že užívá více než 5 léků.



Dotazník, otázka číslo 5:

Sdělujete blízkým lidem, jaké léky užíváte?

*Obrázek 5 Informovanost blízkých*



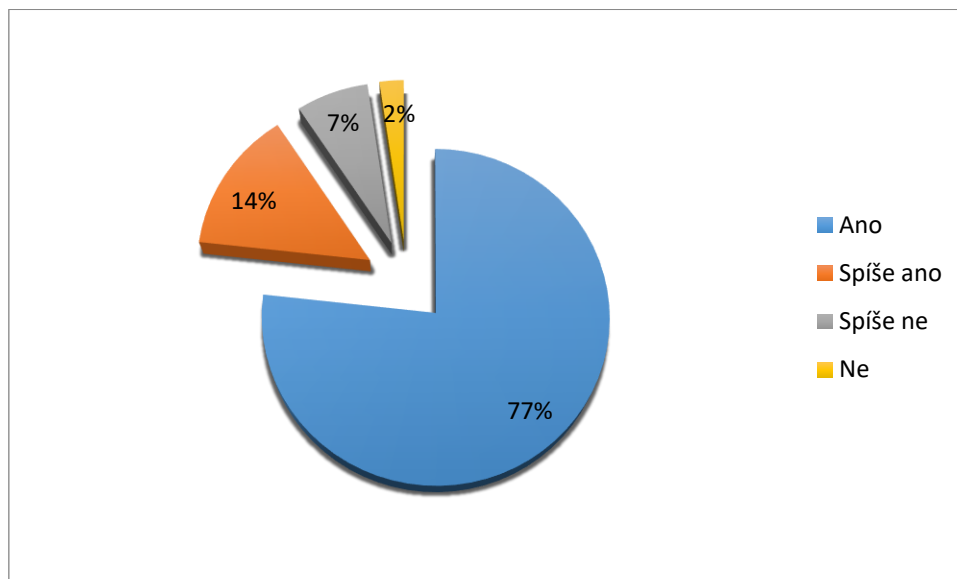
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů udalo ano, že se svěřují 61 (71%) a 25 (29%) ne, že se nesvěřují.

Dotazník, otázka číslo 6:

Pamatujete si, na co léky užíváte?

Obrázek 6 Znalost důvodu užívání farmak



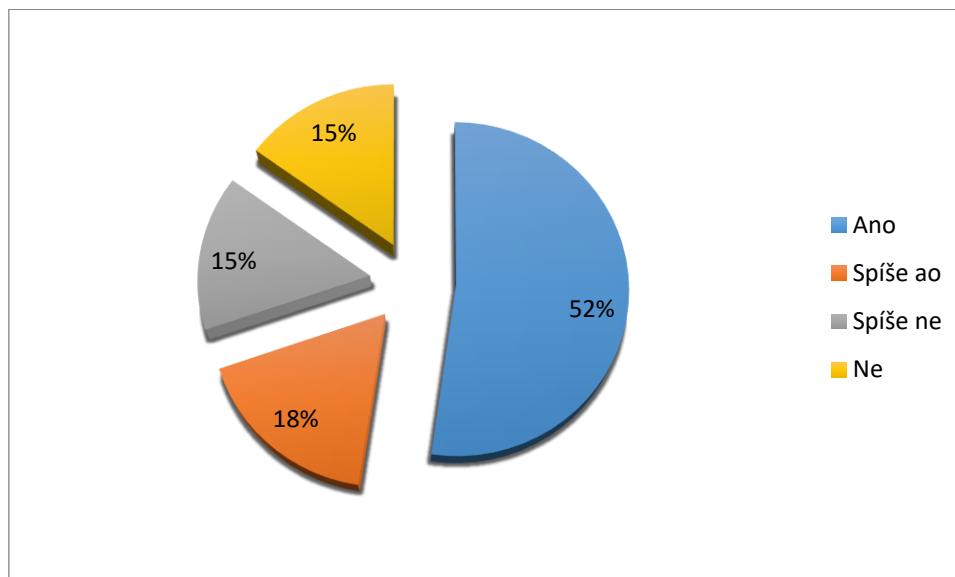
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů odpovědělo ano 66 (77%), spíše ano 12 (14%), spíše ne 6 (7%) a ne, že si nepamatují svoje léky 2 (2%).

Dotazník, otázka číslo 7:

Víte, jaký mají Vaše léky název?

Obrázek 7 Znalost názvu farmak



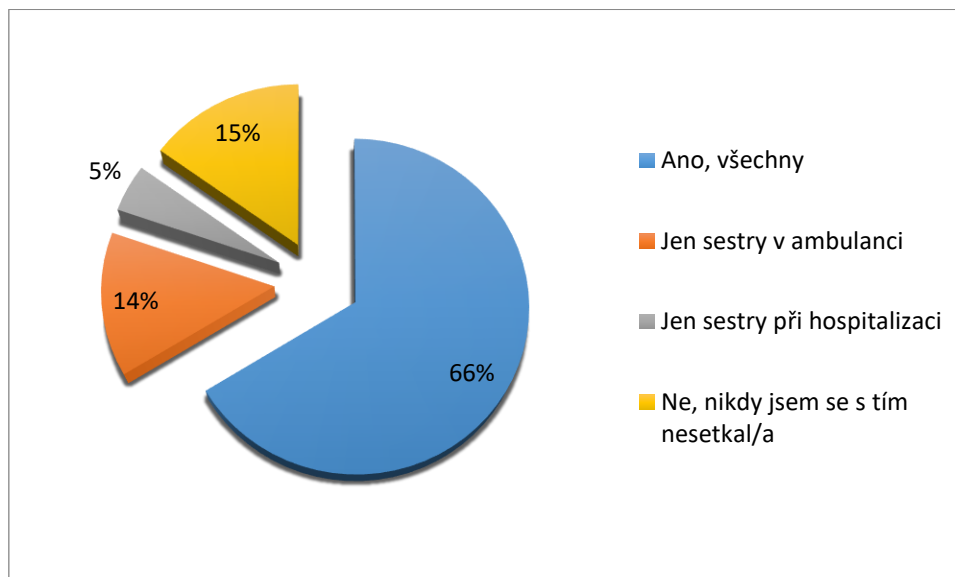
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů odpovědělo ano, že si název léků pamatuje 45 (52%), spíše ano 15 (18%), spíše ne 13 (15%) a ne také 13 (15%).

Dotazník, otázka číslo 8:

Informují Vás všeobecné sestry o dávkování léků?

Obrázek 8 Edukace o dávkování farmak sestrou



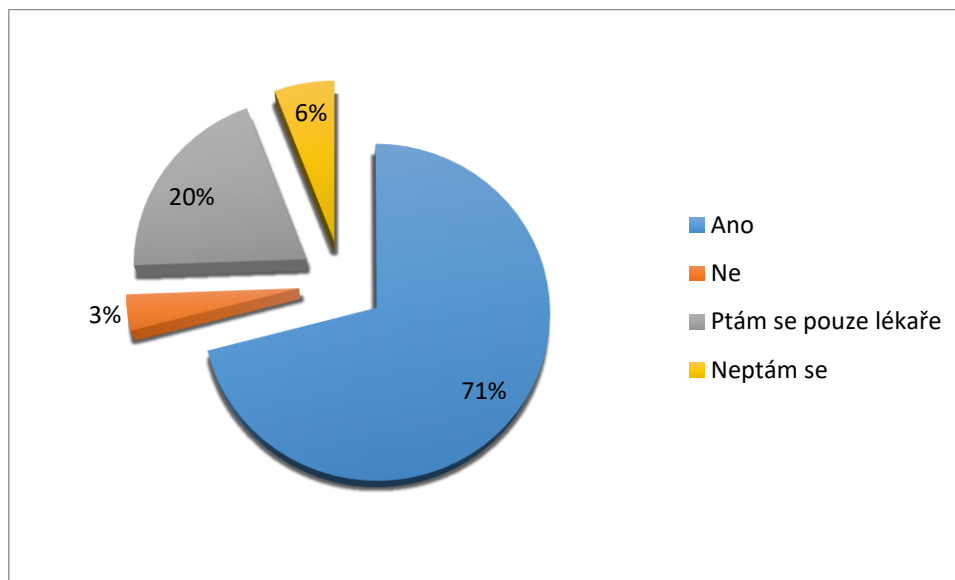
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů odpovědělo 57 (66%) ano, všechny sestry, 12 (14%) jen sestry v ambulanci, 4 (5%) odpovědělo, že jen sestry při hospitalizaci a 13 (15%) odpovědělo, že se s těmito informacemi od všeobecné sestry nikdy nesetkal.

Dotazník, otázka číslo 9:

Jsou všeobecné sestry schopné odpovědět na Vaše doplňující otázky týkající se užívání léků?

*Obrázek 9 Schopnost sester odpovědět*



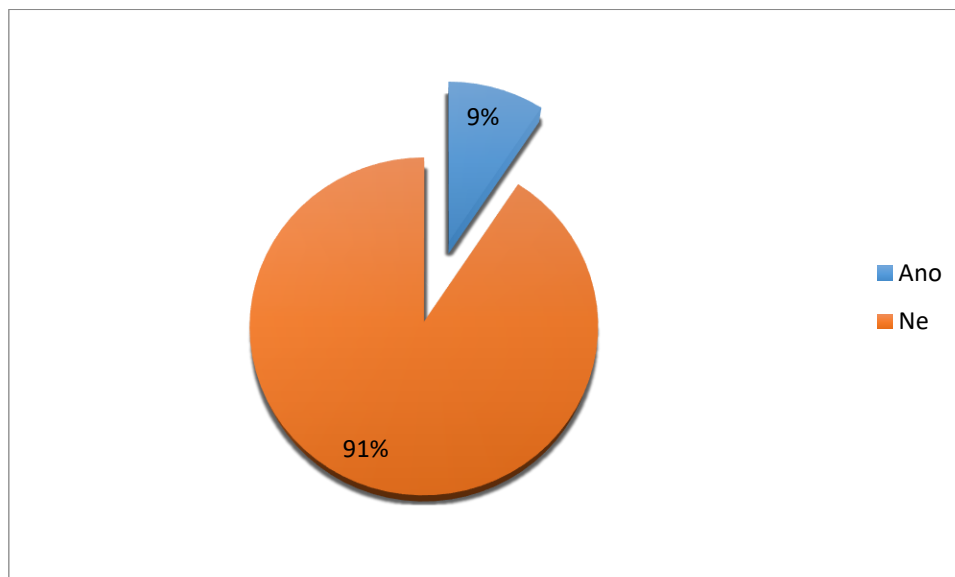
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů odpovědělo ano, že toho jsou schopné 61 (71%), ne odpověděli pouze 3 (3%), 17 (20%) se podle výzkumu na takové otázky ptá jen lékaře a 5 (6%) se neptá vůbec.

Dotazník, otázka číslo 10:

Doporučují Vám všeobecné sestry pomůcky ke snadnějšímu zapamatování léků?

*Obrázek 10 Doporučení sester*



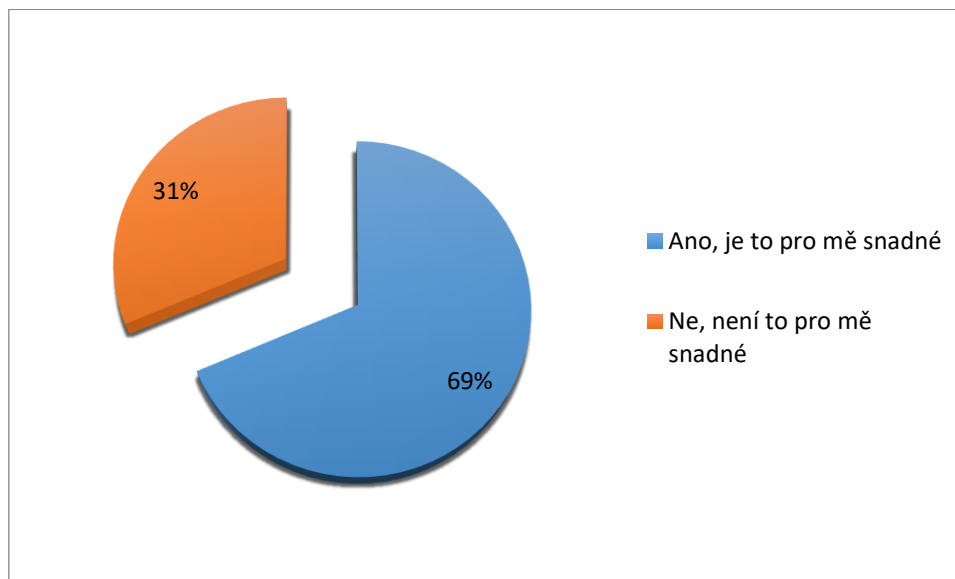
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů odpovědělo ano jen 8 (9%) respondentů a zbylých 78 (91%) odpovídalo ne, že jim všeobecné sestry žádnou pomůcku nenavrhují.

Dotazník, otázky číslo 11:

Je pro Vás snadné sdělit všechny užívané léky, na požádání lékaře či všeobecné sestře?

*Obrázek 11 Sdělení informací*



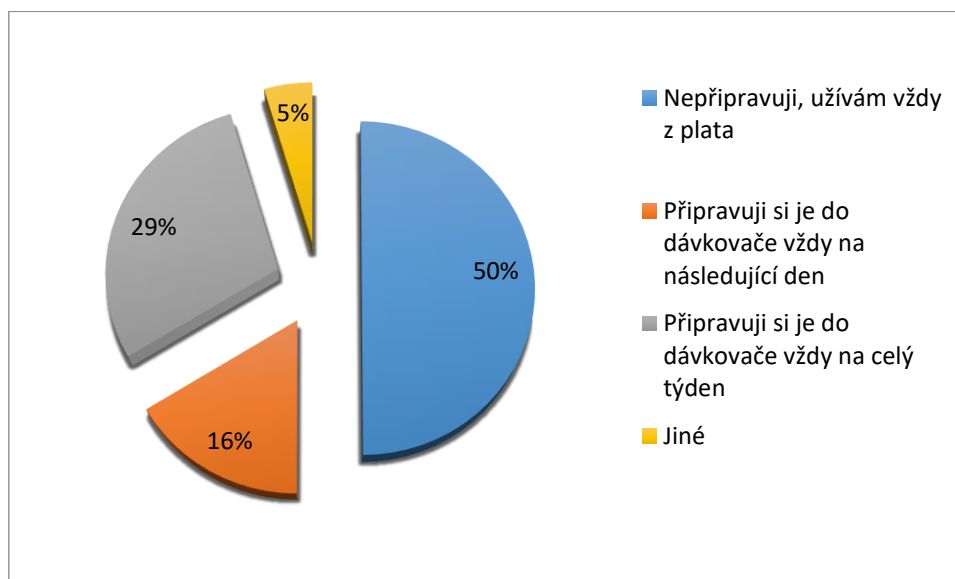
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů odpovědělo ano, že je to pro ně snadné 59 (69%) respondentů a zbytek 27 (31%) odpověděl opak, že to pro ně snadné není.

Dotazník, otázka číslo 12:

Na jakou dobu si připravujete své léky?

Obrázek 12 Příprava farmak - doba



**Zdroj: vlastní**

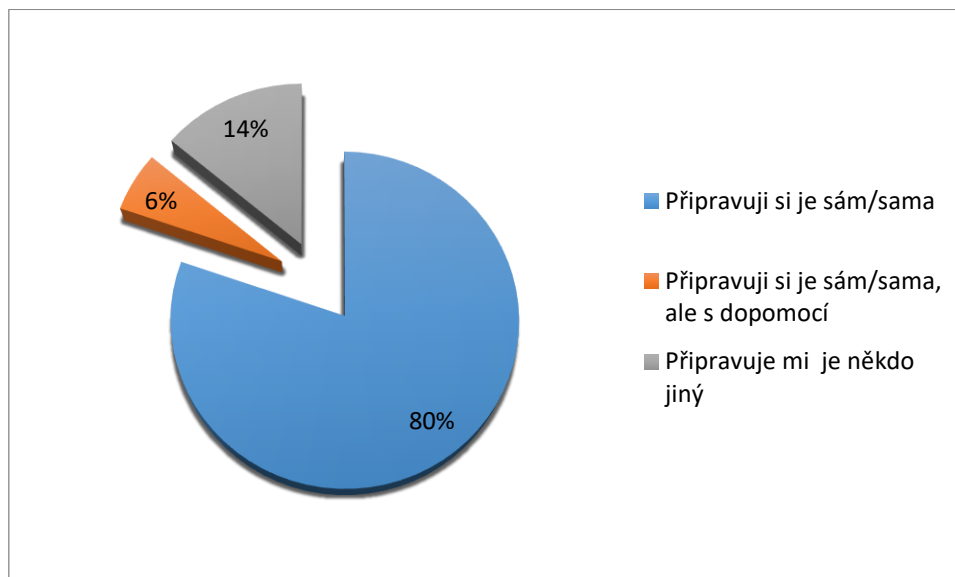
Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů udalo 43 (50%), že si léky nepřipravují a užívají je vždy rovnou z plata, 14 (16%) si léky připravuje do dávkovače vždy na následující den, 25 (29%) si léky připravuje do dávkovače vždy na následující týden a 4 (5%) respondentů si připravuje léky jiným způsobem.



Dotazník, otázka číslo 13:

Kdo Vám připravuje léky?

Obrázek 13 Příprava farmak - kdo



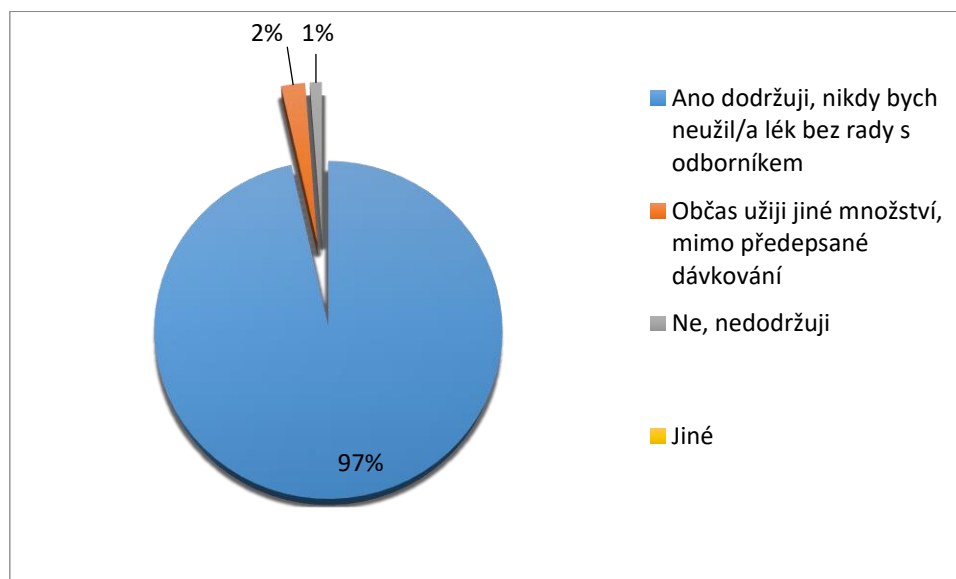
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů vyplynulo, že 69 (80%) respondentů si léky připravují sami, 5 (6%) si léky připravují sami ale s dopomocí a 12 (14%) připravuje léky někdo jiný.

Dotazník, otázka číslo 14:

Dodržujete předepsané dávkování léků?

Obrázek 14 Dodržování dávkování



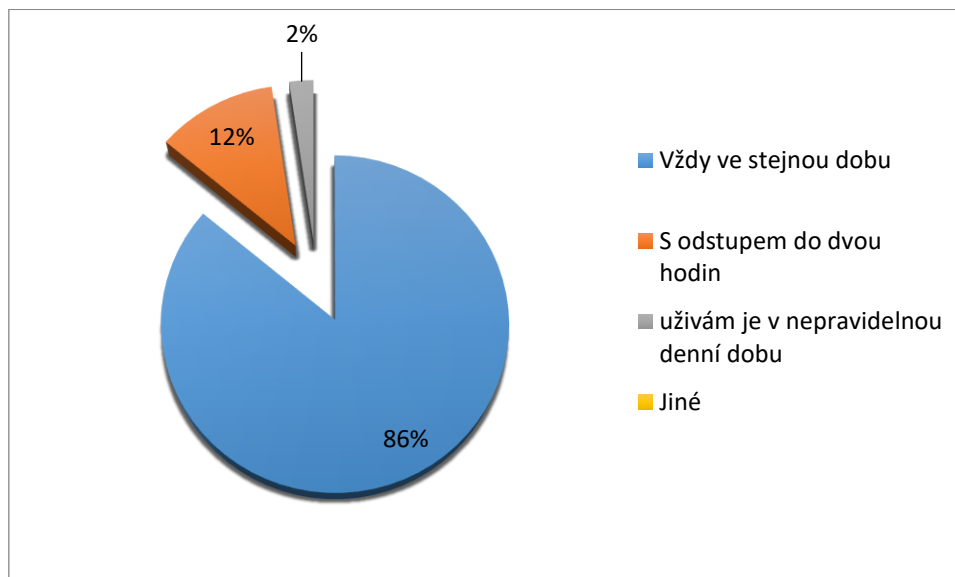
**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů vyplynulo, že 83 (97%) respondentů striktně dodržuje a bez rady s odborníkem by si lék jinak nevzal, 2 (2%) užije občas jiné množství léku než je předepsaná dávka, 1 (1%) dávkování nedodržuje a odpověď jiné nevyužil ani jeden z respondentů.

Dotazník, otázka číslo 15:

Užíváte léky pravidelně?

Obrázek 15 Pravidelnost užívání



**Zdroj: vlastní**

Z celkového počtu 86 (100%) oslovených respondentů bylo zjištěno, že 74 (86%) respondentů bere léky vždy ve stejnou denní dobu, 10 (12%) je bere s odstupem do dvou hodin, 2 (2%) užívá léky v nepravidelnou denní dobu a odpověď jiné opět nevyužil ani jeden respondent.

## 9 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Pomocí prvního dílčího cíle bylo specifikovat rizikové faktory užívání léků u vybrané skupiny pacientů. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky 3, 4, 5, 6, 7. Na otázku číslo 3, jak často užívají respondenti léky, byly odpovědi, s velmi malým rozdílem, že jednou, dvakrát a třikrát denně. Na otázku číslo 4, kolik léků respondent užívá, byla odpověď jeden až tři a na druhém místě s malým rozdílem odpověď více než pět. Otázka číslo 5, která se dotazovala na to, zda respondenti sdělují svým blízkým, jaké léky užívají, byla odpověď u 71 % kladná. Na otázku číslo 6, zda si respondenti pamatují, na co léky užívají, odpovědělo 77 %, že ano. Otázka číslo 7 se zaměřením na zapamatování názvů léků, které respondenti užívají, byly odpovědi ano a spíše ano zastoupeny 70 %. Z celkového počtu respondentů 86 (100%), odpověděla méně než polovina na otázky týkající se rizikových faktorů spojených s užíváním léků tak, že se jich rizikové faktory týkají. Z těchto odpovědí tedy vyplývá, že u méně než poloviny respondentů dochází k rizikovým faktorům spojených s jejich farmakoterapií. Nejčastěji to jsou rizika, kdy respondenti užívají více než tři léky denně, dalším častým rizikem je, že respondenti nesdělují informaci, jaké léky užívají někomu ze svých blízkých. Mezi další potenciálně rizikové faktory se řadí, že si respondenti nepamatují, na co léky užívají. Na tuto otázku odpověděla pouze menší ¼, že si takovou informaci nepamatuje. Na otázku o rizikovém faktoru, zda respondenti znají název svých léků, už přibližně polovina respondentů odpověděla, že si takovou informaci nepamatují. Proto rizikové faktory i v dnešní době stále ovlivňují alespoň 1/3 pacientů. Díky otázkám k tomuto cíli jsem také zjistila, že 5 % respondentů odpovědělo, že neužívá vůbec žádné léky, samozřejmě že část respondentů takto odpovídajících byla v nejmladší věkové kategorii, ovšem 3 z 10 takto odpovídajících patřili do skupiny 76 – 80 let.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda u respondentů dochází k edukaci o farmakoterapii ze stran všeobecných sester. K tomuto cíli se vztahovaly výzkumné otázky 8, 9 a 10. Na otázku číslo 8, zda všeobecné sestry informují respondenty o dávkování léků, byla nečastější odpověď ano zastoupena 66 %. Otázka číslo 9, která se zaměřuje na to, zda jsou všeobecné sestry respondentům schopné odpovědět na doplňující otázky týkající se jejich farmakoterapie byla v 71 % zastoupena odpověď ano, jsou. Poslední otázka číslo 10, zabývající se tímto předpokladem, zda všeobecné sestry doporučují respondentům pomůcky ke snadnějšímu zapamatování jejich léků, byla odpověď ne zastoupena 91%. Z celkového

počtu 86 (100%) respondentů, odpověděla více než polovina alespoň na dvě ze tří otázek tak, že u nich dochází k edukaci o farmakoterapii ze strany všeobecných sester. Během výzkumného šetření jsem zjistila, že jen u 15 % respondentů k edukaci o dávkování léků ze strany všeobecných sester nedochází. Dalším zjištěním v rámci tohoto dílčího cíle bylo, že u 71 % pacientů jsou sestry schopné odpovědět na jejich otázky o farmakoterapii, pouze 3 % respondentů odpovědělo, že sestry nejsou schopné na jejich otázky odpovídat. Bohužel na otázku zda sestry pacientům doporučují pomůcky k lepšímu a snadnějšímu zapamatování léků odpovědělo ano jen 9 % dotazovaných.

Třetí dílčí cíl měl zjistit, zda si respondenti pamatují užívaná farmaka a jejich správné dávkování. K tomuto předpokladu se vztahují otázky číslo 6, 7, 11, 14 a 15. Na otázku číslo 6, jestli si respondenti pamatují, na co léky užívají, byla nečastější odpověď ano 77%, ovšem na otázku číslo 7, zda si respondenti pamatují název léku už byla odpověď zastoupena je 52%, z toho vyplývá že většina pacientů ví kvůli čemu léky užívají, ale už jen část z nich ví, jaké léky přesně užívají. Otázka číslo 11, dotazující se na to, zda je pro respondenty snadné sdělit všechny užívané léky na požádání lékaři či sestře odpovědělo 69% dotazovaných ano, je to pro mě snadné. Otázka číslo 14, zda pacienti dodržují předepsané dávkování, odpovědělo ano, dodržují a nikdy by neužili lék bez rady s odborníkem 97% respondentů. Poslední otázka číslo 15, týkající se tohoto předpokladu s dotazem na to, zda respondenti užívají svoje léky pravidelně, byla 86% odpověď, že léky užívají pravidelně vždy ve stejnou denní dobu. Z celkového počtu 86 (100%) respondentů odpověděla méně než polovina respondentů tak, že jim dělá problém si zapamatovat název svých užívaných farmak a jejich správné dávkování. Díky tomuto cíli jsem zjistila, že pacienti si jsou schopni spíše zapamatovat na jaké onemocnění nebo z jakého důvodu léky užívají, ale už části z nich dělá problém si zapamatovat přesný název léčivého přípravku.

Dílčím cílem číslo čtyři bylo zjistit jakým způsobem a na jak dlouho si respondenti připravují svoje léky a na jak dlouho. K tomuto předpokladu se vztahují otázky 12 a 13. Na otázku číslo 12, která se respondenty dotazovala na to, na jak dlouho si připravují léky, odpovědělo 29 % respondentů tak, že si léky připravují do dávkovače na následující týden a 16% respondentů si podle výzkumu připravuje léky do dávkovače vždy na následující den. Nejvíce zastoupenou odpovědí s 50% byla, že si respondenti léky nepřipravují a užívají je vždy z plata. Na otázku číslo 13, kdo respondentům připravuje léky, odpovědělo 80%, že léky připravují sami, bez cizí pomoci. Z celkového počtu 86 (100%), více než ½

tak, že si léky připravují sami a na alespoň následující den, nebo více dní dopředu. Dokonce i pacienti ve vyšších věkových skupinách (81 – 89 let) odpovídalo, že si svoje léky připravují sami nebo s dopomocí druhé osoby.

## DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila zmapovat problematiku v oblasti farmakoterapie u nemocných vyššího věku a roli sestry toto procesu. Zkonkretizovala jsem práci na specifikaci rizikových faktorů a zjištění zda sestry mají ve farmakoterapii svou roli.

Svou práci jsem směřovala na zjištění, zda je ve farmakoterapii obsazeno místo role sestry, zda je pro pacienty sdělování jejich farmakoterapie snadné a zda jsou do užívání léků a celé farmakoterapie zapojeni i blízcí nemocného. Přestože se jedná o známou problematiku, jsou stále případy, kdy jsou někteří pacienti neinformováni nebo nevědí na koho se mohou obracet v případech nesrovnalostí. Farmakoterapie se může v okamžiku, kdy je jedinci doporučeno užívat první lék, stát stresem. Je nezbytné, aby pacient dostal informace, které mu pomohou práci s novým lékem usnadnit a co nejvíce zjednodušit starost spojenou s užíváním. Jako jak eliminovat nesprávné užití léku, například opakovanému užití, či jak si pamatovat pojmy spojené s lékem, ať už je to jeho název, účinná látka nebo ve kterou denní dobu léky užívá.

Prvním dílčím cílem bylo specifikovat rizikové faktory užívání léků u vybrané skupiny pacientů. Z výsledku tohoto dílčího cíle je patrné, že 86 respondentů z celkových 96 v dotazníku odpovědělo, že užívají nějaké léky. Dále bylo zjištěno, že 38 % (33) respondentů užívá více než pět léků, což znamená, že je s nimi spojený rizikový faktor polypragmatie. Za obecně stanovenou hranici polypragmatie se dle odborné literatury považuje užívání pěti a více léků současně (Suchopár, Prokeš 2011). Dále bylo zjištěno, že 29 % (25) respondentů nesdělují užívaná farmaka nikomu ze svých blízkých, což je považováno také za jeden z rizikových faktorů (Zárubová, Krajčák a kol. 2016). Dále bylo zjištěno, že jen 9 % respondentů neví, z jakého důvodu léky užívá. Na další otázku týkající se rizikového faktoru zda si respondenti pamatují název léků, které užívají, odpovědělo rozhodně ano jen 52 % (45). V porovnání tedy s otázkou na důvod užívání a otázkou na název léku bylo zjištěno, že spíše si respondenti pamatují, z jakého důvodu lék užívají, než název léku. Na obě otázky tedy odpovědělo kladně jen 45 respondentů z celkového počtu 86 oslovených respondentů. Z výsledku tohoto výzkumu tedy vyplynulo, že přibližně polovině oslovených respondentů dělá problém zapamatování léků a pomohla by jim pomůcka k záznamu, těchto údajů aby byl eliminován jeden z rizikových faktorů.

Dílčím cílem číslo dva bylo zjistit, zda dochází k edukaci respondentů/pacientů ze stran všeobecných sester. Respondentům byla položena otázka, zda jim všeobecné sestry doporučují pomůcky pro snadnější sdělování jejich farmakoterapie. Na tuto otázku odpovědělo 91 % (78) respondentů, že jim sestry nic takového nedoporučují. Další otázka týkající se sester byla zaměřena na to, zda jsou schopné odpovídat na respondentovi dotazy ohledně farmak. Více než polovina respondentů dobrou zkušenost se sesterskou edukací a případnými odpověďmi na téma farmakoterapie. Z těchto výsledků vyplývá, že by se sestry měly zaměřit na pomoc pacientům se zapamatováním, nebo aktivně navrhnout pomůcky k záznamu těchto údajů, právě aby pacientům pomohly ulevit od dalších problémů. Zrubáková, Kajčík a kolektiv ve své knize uvádějí rozdílnosti úlohy sestry podle typu zařízení kde je pacient umístěn. Dle jejich knihy závisí na přizpůsobení se prostředí a danému pacientovi. Těmto faktorům by se měly přizpůsobovat sestry, podle toho kde působí. Jinak by měla provádět edukace sestry v ambulantním zařízení, při hospitalizacích, v zařízení sociálních služeb nebo v domácím ošetřování (Zrubáková, Krajčík a kol. 2016).

Úkolem dílčího cíle číslo tři bylo zjistit, zda si respondenti/pacienti pamatují užívaná farmaka a jejich správné doporučené dávkování. Součástí tohoto cíle bylo také zjistit, zda pacienti/respondenti dodržují předepsané doporučené dávkování a denní dobu kdy mají léky užívat. Díky těmto otázkám bylo zjištěno, že drtivá většina (86 % respondentů), odpověděla, že tyto doporučení dodržují. Z otázky, jestli je pro respondenty snadné sdělovat všechny užívaná farmaka vyplynulo, že pro 31 % (27) respondentů to ani v dnešní době, kdy už je na tuto problematiku brán větší zřetel, není snadné. Předpokládám, že pro tyto pacienty je to problematické z důvodu množství jejich užívaných farmak a bylo by pro ně snadnější si léky zapisovat, nosit záznamovou kartu stále při sobě a díky tomu by mohli takový zápis předložit na požádání a nemuseli se stresovat s pamětí. Ke každému seniorovi je třeba přistupovat individuálně a hodnotit jeho stav chápání a porozumění. Je nezbytné se v komunikaci přizpůsobovat jeho potřebám a být trpělivý (Pokorná 2010). A po rozhovoru s pacientem rozhodnout, pacientovi doporučit používání pomůcky ke snadnější práci s farmaky.

Poslední dílčí cíl byl specifikovat jakým způsobem a na jak dlouho si pacienti připravují svoje léky. Respondenti na tyto otázky z poloviny odpovídali (50 %), že si léky nepřipravují a užívají je z plata. Tato odpověď se řadí i do kategorie možných rizikových faktorů. Vzhledem k tomu, že si pacient v případě pochybností nemůže ověřit, zda lék v danou denní dobu užil, či nikoli. Za situace že by pacienti používali dávkovače na léky, ať



už týdně nebo jen na jeden den, byla by možnost si pohledem na dávkovač uvědomit, zda medikaci již užili nebo ne. Tudiž jakýmkoli dávkovačem by se dalo omezit opětovnému užití léky a tím i hrozícímu předávkování (Martínková 2018). Druhá polovina respondentů odpovídala tak, že si svoje léky připravují dopředu a to minimálně na následující den nebo celý týden dopředu. Tato varianta je považována za bezpečnější (Pokorná 2013). Odpovědi na další otázku k tomuto dílčímu cíli, na to kdo pacientům připravuje léky, byla nejčastěji taková, že si léky připravují sami pacienti. Domnívám se, že i k přípravě léků by pacienti využili snadný záznam druhu a dávkování předepsaného farmaka.

Tuto práci, konkrétně praktickou část jsem srovnávala s bakalářskou prací Jany Bezděkové z roku 2013, která se ve své práci zabývá polyfarmakoterapií u geriatrických pacientů. Došla k závěrům, že je edukace sester v tomto ohledu nedostačující a také že by pacientům pomohl strukturovaný zápis jejich farmakoterapie, aby se předešlo potencionálnímu pochybení v souvislosti s nově předepsaným lékem, například od specialistů. Její výzkum proběhl kvalitativní formou prostřednictvím rozhovorů. Kolegyně se také zabývala sesterskou rolí v této oblasti a na to jaké mají následky nedostatečné informace o farmakoterapii u seniorů.

## ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsem věnovala problematice farmakoterapie pacientů vyššího věku a roli sestry, jelikož mě samotné se toto téma osobně dotklo. Dotklo, v tom ohledu, že když jsem se zeptala svých prarodičů na to, jaké užívají léky, nebyli mi schopni odpovědět. Na tuto otázku jsem se zeptala nezávazně i některých pacientů na interním oddělení kde pracuji a znovu jsem se setkala v některých případech se situací, kdy pacient nebo pacientka nebyla schopna odpovědět. Tehdy jsem se poprvé zamyslela nad touto problematikou a nad tím jak obtížné může pro některé pacienty být sdělování těchto údajů například u nového lékaře specialisty, který s jejich dosavadní farmakoterapií není obeznámen, při příjmu k hospitalizaci na observaci do nemocnice či jiných situacích, které si vyžadují udávat tyto informace.

Cílem této práce bylo zmapovat problematiku užívání farmak u pacientů vyššího věku a analyzovat role sestry v této problematice. Teoretická část byla zaměřena na seznámení s problematikou, některými pojmy co s farmakoterapií souvisí a úlohou sestry. Část praktická se věnovala samotnému výzkumu, který byl kvantitativní a probíhal formou dotazníkového šetření. Výzkum probíhal na odděleních Nemocnice Hořovice.

Jako výstup této práce doporučuji pacientům, aby informovali někoho ze svých blízkých o aktuálně užívané farmakoterapii. Dále doporučuji všeobecným sestřám, aby pacienty upozornily na změny ve farmakoterapii. A dále sestřám doporučuji, aby pacienty nabádaly k záznamu aktuálně užívaných farmak.

Na základě dotazníkového šetření jsem dospěla k závěru, že stále část pacientů je spojena s rizikovými faktory a tudíž je pro ně farmakoterapie obtížná. Proto jsem jako výstup do praxe navrhla záznamovou kartičku, kterou by pacienti mohli nosit při sobě nejen na kontroly k lékaři, ale i při běžném opouštění domova například v peněžence, či jako součást jiné věci, bez které neodchází z domu (viz příloha 4). Tuto jednoduchou a přehlednou kartičku by pacienti mohli snadno předložit ve zdravotnickém zařízení, nebo v případě zásahu RZP. V případě jakékoli změny by jim sestra provedla úpravu nebo by ji provedl pacient sám, aby byly data vždy aktuální. O existenci kartičky by pacient mohl informovat blízké osoby, aby v případě potřeby věděli kde najít požadované informace. Kartičky by měly být volně dostupné například v ambulancích lékařů, kde by je pacientům aktivně nabízely sestry, nebo volně dostupné v čekárnách či jinde kde by si je pacient mohl vzít sám.

Kartička je sestavena tak, aby bylo pro pacienta co nejméně zatěžující její vyplnění a byly tam všechny potřebné informace pro zdravotnický personál. V kartičce by mělo být v první řadě vyplněno jméno jejího vlastníka a jeho rodné číslo, z důvodu identifikace. Při postupování ve vyplňování pacient nebo zdravotnický pracovník vyplní do kolonky k tomu určené název léku a jeho předepsanou sílu. Například: název léku Godasal a síla 100 mg. Po vyplnění názvu se pokračuje ve stejném řádku, kam se doplní, kdy a jaký počet tablet má pacient podle doporučení lékaře užívat. Například: 1 – 0 – 1 nebo 0 – ½ – 0. Do posledního políčka, které je určené pro případné poznámky si pacient napíše, jak se lék užívá například v souvislosti s jídlem nebo zda s lékem nesouvisí dietní omezení. Kdyby pacient měl například v medikaci Warfarin do poznámek si zaznamená, že nemá jíst rajčata. Stejně bude pacient nebo zdravotník postupovat ve vyplňování v případě dalších předepsaných léčiv. V dolní části záznamu je kolonka pro vyplnění kontaktu na příbuznou osobu vlastníka, kam se zapíše například dcera a telefonní kontakt na ni. Při sestupném vyplňování se do záznamu zapíše léky, které pacient užívá bez předpisu lékaře, jako mohou být například doplňky stravy, vitamíny, nebo volně prodejná analgetika či jiné. V poslední části záznamové kartičky pacient nebo zdravotnický pracovník vyplní datum, kdy byla kartička vyplněna či upravena. Datum by mělo být v nejlepším případě s odstupem několika dní od poslední kontroly i lékaře, či od nově nasazeného volně prodejného přípravku. Takto vyplněná kartička, by měla sloužit jako přehledná informace pro všechny lékaře specialisty, ke kterým daný pacient dochází. A i pacientům by mohla ulehčit případné potíže s farmakoterapií.

## SEZNAM LITERATURY

BULTAS, Jan. Farmakogenetika, účinek léků a lékové interakce. *Remedia* [online]. Kostelec nad Černými lesy: CZ Pharma, 2005 [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Farmako-genetika/Farmakogenetika-ucinek-leku-a-lekove-interakce/8-Z-bz.magarticle.aspx>

BEZDĚKOVÁ, Jitka. *Polyfarmakoterapie u geriatrických pacientů*. Brno, 2013. Baka-lářská práce. Marsarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Knechtová.

ČEVELA, Rastislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontolo-gie*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmara. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Pra-ha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KRAJČÍK, Š., GADUŠOVÁ, M., BAJANOVÁ, E. a kol. *Výživa vo vyššom veku*. Bra-tislava: Herba, 2018. ISBN 978-80-89171-84-1.

KUCKIR, M. a kol. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-271-0054-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd.. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-6654-6. <https://1url.cz/Kz1bL>

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MAREK, J. et al. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., přepracované a doplněné vy-dání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2639-7.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-247-4157-4.

MedicalNewsToday: *All about side effects* [online]. Brighton: Healthline Media UK, 2017 [cit. 2020-01-10]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/196135#surgery>

Mezinárodní vztahy a EU. *Světová zdravotnická organizace* [online]. Praha 2: KAKTUS Software, spol. s r.o., 2017 [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace\\_9047\\_3115\\_8.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace_9047_3115_8.html)

Milosrdní bratři Lékárna. *Stručná historie lékárenství* [online]. VIZOS, 2020 [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <http://lekarna.milosrdni.cz/strucna-historie-lekarenstvi/>

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetřovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8 (dotisk 2012).

POKORNÁ, A. a kol. *Ošetřovatelství v geriatrici*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.

PTÁČEK, R., BARTŮČEK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

PURKRÁBEK Miroslav. *Sociologická encyklopedie* [online]. Sociologický ústav AV ČR: 2017 [cit. 21. 2. 2020]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Zdravi>

ROKYTA, Richard, FRICOVÁ, Jitka, a kolektiv. *Léčba bolesti ve stáří*. 2. vyd.. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3945-1.

SeniorZone: *Vzdělávání seniorů součást aktivního životního stylu* [online]. Praha: Verlag Dashöfer, nakladatelství, 2018 [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/vzdelavani-senioru-soucast-aktivniho-zivotniho-stylu-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EpnIJCTtACGYVDPZOownmDfk/?ns=1576028085>

SUCHOPÁR, J. a M. PROKEŠ. Polypragmázie a lékové interakce. *Vnitřní lékařství* [online]. 2011, (9) [cit. 2020-02-20]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2011-9/polypragmázie-a-lekove-interakce-35953>

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Světová zdravotnická organizace (WHO). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha 2: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020 [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=o-nas--spoluprace--who>

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š., a kol. *Farmakoterapie v geriatрии*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5229-7.

ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ I. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2207-3.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha číslo 1: Žádost o povolení šetření

Příloha číslo 2: Povolení šetření

Příloha číslo 3: Dotazník

Příloha číslo 4: Návrh kartičky

# PŘÍLOHY

*Příloha číslo 1: Žádost o povolení šetření*



## ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOTI S VYPRACVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

– NH HOSPITAL a.s.

Eliška Luňáčková

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta zdravotnických studií

Všeobecná sestra

3. ročník

**Název bakalářské práce:** Farmakoterapie u pacientů vyššího věku a role sestry

**Vedoucí práce:** Mgr. Jaroslava Nováková, katedra ošetřovatelství a porodní asistence

**Kontakt na vedoucího práce:** [jaronovak@kos.zcu.cz](mailto:jaronovak@kos.zcu.cz)

**Cíl mé bakalářské práce:**

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit a zmapovat problematiku v oblasti užívání farmak u pacientů vyššího věku, seniorů a roly sestry v této problematice. Analyzovat rizikové faktory jejich užívání a navrhnout případné možnosti ke zlepšení práce s nimi a také snadnějšímu seznámení s farmakoterapií nejen pro pacienty, ale i jejich blízké.



Budu se snažit navrhnout vhodný prostředek pro snadnou práci s léky v těchto cílových skupinách a případné možnosti ke zlepšení spolupráce sestry s pacientem.

**Termín přípravy v NH HOSPITAL a.s. pro empirickou část práce:**

10.12. 2019 – 31. 1. 2020

**Metoda empirické části práce:**

Ke sběru dat použiji metodu kvantitativního výzkumu. Ten je typický vysokou reliabilitou, ale nízkou validitou. (KISK FF MU, 2012, online) Získání dat proběhne prostřednictvím strukturovaného dotazníku složeného z 15 otázek. Budu využívat jednoduché otázky, které budou seniory minimálně zatěžovat, a pokusím se zkrátit dotazník jen na nezbytné otázky k mému výzkumu. První otázky budou směřovat na rozlišení věkové kategorie a pohlaví, abych zjistila do jaké věkové kategorie a pohlaví respondenti patří. V dalších otázkách budu zjišťovat znalosti pacientů, a zda zapojují rodinné příslušníky/blízké osoby. Zkoumat budu také pacientův pohled na roli sestry v této problematice a jejich zkušenosti. V posledních otázkách budu zjišťovat, zda by pacienti ocenili a používali nějakou pomůcku ke zlepšení procesu předkládání jejich léků lékaři a dalším a položím i ověřující otázky.

Žádost podává studentka:

Eliška Luňáčková

Tel.: +420 605 371 794

Email: [Lunackova.eliska@seznam.cz](mailto:Lunackova.eliska@seznam.cz)

V Plzni dne: 28. 11. 2019

## STANOVISKO ETICKÉ KOMISE KE KLINICKÉMU HODNOCENÍ LÉČIV

*Opinion of the Ethics Committee on Clinical Trial on Human Medicinal Products*

Číslo jednací/Reference number: **11 - 2020**

### Žádost o vyjádření stanoviska EK s prováděním klinického hodnocení

*Application form for approval of the clinic study*

Škola	Západočeská univerzita v Plzni Fakulta zdravotnických studií – Všeobecná sestra
Ročník	3. ročník
Téma bakalářské práce	Farmakoterapie u pacientů vyššího věku a role sestry
Stručný cíl	<p>Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit a zmapovat problematiku v oblasti užívání farmak u pacientů vyššího věku, senior a roly sestry v této problematice. Analyzovat rizikové faktory jejich užívání a navrhnout případné možnosti ke zlepšení práce s nimi a také snadnějšímu seznámení s farmakoterapií nejen pro pacienty, ale i jejich blízké.</p>
Metoda	<p>Ke sběru dat bude použit kvantitativní výzkum. Získání dat proběhne prostřednictvím strukturovaného dotazníku složeného z 15 otázek (viz příloha, která je součástí žádosti).</p>
Jméno a příjmení žadatele	Eliška Luňáčková
Žadatelka	Praktická sestra na interním oddělení Zaměstnankyně NH Hospital a.s. Nemocnice Hořovice
Lokální dohled nad centrem <i>Local Supervision over the site</i>	Povolení o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

**Seznam členů EK/Vyjádření EK:**
*List of the Ethics Committee Members/Committee's opinion:*

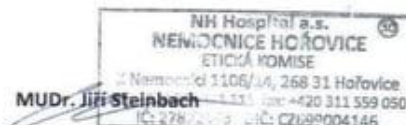
Jméno, příjmení <i>First name and surname</i>	Muž/ žena <i>Male/female</i>	Odbornost <i>Specialism</i>	Závislost <i>Liability</i> +/-	Zaměstnanec zřizovatele EK ANO/NE <small>Employee of EC appointing authority Yes/No</small>	Přítomen <i>Attendance</i> +/-	Hlasoval <i>Voted</i> +/-
MUDr. Jiří Steinbach (předseda EK) <i>chairmen</i>	M	Anesteziolog/ <i>Anesthetist</i>	-	ANO/ <i>Yes</i>	+	+
MUDr. Jana Zíková	F	Internista/ <i>internista</i>	-	ANO/ <i>Yes</i>	+	+
MUDr. Irena Klánová	F	Internista- revmatolog/ <i>Internist- rheumatologist</i>	-	ANO/ <i>Yes</i>	+	+
MUDr. Kamil Sukovský	M	Radiolog/ <i>radiologist</i>	-	ANO/ <i>Yes</i>	+	+
MUDr. Aleš Klán	M	Gynekolog/ <i>gynecologist</i>	-	ANO/ <i>Yes</i>	+	+
Ing. Gabriela Žáková	F	Technický pracovník/ <i>technical</i>	-	ANO/ <i>Yes</i>	+	+
Jiří Bárta	M	Zástupce pacientů/ <i>representative of patients</i>	-	NE/ <i>No</i>	+	+

**Etická komise prohlašuje, že byla ustanovena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy.**

*The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations.*

**Seznam příložených dokumentů:**
*Documents attached:*

Číslo/number	Posuzované dokumenty / Assessed documents	Posouzeno/Scrutinized
1.	Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce	Vzato na vědomí/ Taken into account
2.	Dotazník – farmakoterapie	Schváleno/Approved

**Etická komise vydává souhlasné stanovisko;/The Ethics Committee issues a favorable opinion**
**Etická komise vydává nesouhlasné stanovisko;/The Ethics Committee issues a dissenting opinion**
**Komentář:**
*Comments:*
**Datum jednání etické komise: 13. ledna 2020**
*Date of Ethical Commission hearing: 13Jan2020*


NH Hospital a.s.  
NEMOCNICE HOŘOVICE  
ETICKÁ KOMISE  
Nemocnice 1106/04, 268 31 Hořovice  
MUDr. Jiří Steinbach  
IČ: 278 72 963 IČ: CZ099004146

**Podpis předsedy etické komise**

Signature of the Chairman of the Ethics Commission

## Dotazník – farmakoterapie

Vážená paní, vážený pane

Jsem studentka Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií. Dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží ke kvantitativnímu výzkumu mé bakalářské práce, díky kterému se snažím zmapovat situaci v oblasti farmakoterapie u pacientů vyššího věku a roli sestry v této problematice. Tento dotazník je zcela dobrovolný a anonymní. Prosím o zakroužkování vždy jen jedné odpovědi.

Eliška Luňáčková

- 1. Kolik vám je let:**
  - a. 60 – 69 let
  - b. 70 – 75 let
  - c. 76 – 80 let
  - d. 81 – 89 let
  - e. 90 a více let
- 2. Pohlaví:**
  - a. Žena
  - b. Muž
- 3. Jak často užíváte léky?**
  - a. Neužívám Žádné léky (v tomto případě nepokračujte ve vyplňování dotazníku)
  - b. Jedenkrát denně
  - c. Dvakrát denně
  - d. Tříkrát denně
  - e. Více než třikrát
- 4. Kolik užíváte léků?**
  - a. Jeden – tři
  - b. Čtyři – pět
  - c. Více
- 5. Sdělujete blízkým lidem, jaké užíváte léky?**
  - a. Ano
  - b. Ne
- 6. Pamatujete si, na co léky užíváte?**
  - a. Ano
  - b. Spíše ano
  - c. Spíše ne
  - d. Ne
- 7. Víte, jaký mají Vaše léky název?**
  - a. Ano
  - b. Spíše ano
  - c. Spíše ne
  - d. Ne
- 8. Informují Vás všeobecné sestry o dávkování léků?**
  - a. Ano všechny
  - b. Jen sestry v ambulanci
  - c. Jen sestry při hospitalizaci
  - d. Ne, nikdy jsem se s tím nesetkal/a

**9. Jsou všeobecné sestry schopné odpovědět na vaše doplňující otázky týkající se užívání léků?**

- a. Ano
- b. Ne
- c. Ptám se pouze lékaře
- d. Neptám se

**10. Doporučují vám všeobecné sestry pomůcky ke snadnějšímu zapamatování léků?**

- a. Ano
- b. Ne

**11. Je pro Vás snadné sdělit všechny užívané léky, na požádání lékaře či všeobecné sestry?**

- a. Ano, je to pro mě snadné
- b. Ne, není to pro mě snadné

**12. Na jakou dobu si připravujete své léky?**

- a. Nepřipravuji, užívám vždy z plata
- b. Připravuji si je do dávkovače vždy na následující den
- c. Připravuji si je do dávkovače na celý týden
- d. Jiné

**13. Kdo Vám připravuje léky?**

- a. Připravuji si je sám/sama
- b. Připravuji si je sám/sama, ale s dopomocí
- c. Připravuje mi je někdo jiný

**14. Dodržujete předepsané dávkování léků?**

- a. Ano dodržuji, nikdy bych neužil/a lék bez rady s odborníkem
- b. Občas užiji jiné množství, mimo předepsané dávkování
- c. Ne, nedodržuji
- d. Jiné

**15. Užíváte léky pravidelně?**

- a. Vždy ve stejnou dobu
- b. S odstupem do dvou hodin
- c. Užívám je v nepravidelnou denní dobu
- d. Jiné

Mnohokrát Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

*Příloha 4: Návrh kartičky*

JMÉNO:		RČ:				
NÁZEV + SÍLA LÉKU	ÚČINNÁ LÁTKA	RÁNO	POLEDNE	VEČER	NOC	POZNÁMKY
KONTAKT NA PŘÍBUZNÉHO:						
LÉKY BEZ PŘEDPISU LÉKAŘE:						
DATUM POSLEDNÍ ÚPRAVY:						