

Geriatrický pacient a kvalita života

doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc.^{1,2}, PharmDr. Lucia Masaryková^{1,2}, PharmDr. Ľubica Lehocká, PhD.²

¹Univerzitná lekáreň Farmaceutickej fakulty UK, Bratislava

²Katedra organizácie a riadenia farmácie FaF UK, Bratislava

Starnutie populácie je vysoko aktuálnou témou i v našich podmienkach. Predlžovanie ľudského života prináša so sebou celý rad zdravotníckych a sociálnych problémov. Táto skutočnosť je ešte aktuálnejšia, ak si uvedomíme dosah liekovej politiky štátu a zdravotných poisťovní na pacienta. Zdravotný stav a životné očakávania ovplyvňujú kvalitu starnutia, deficitný model starnutia spoločnosti spôsobuje odsunutie starých ľudí na perifériu spoločnosti. Vek sa stáva dôvodom diskriminácie na trhu práce. Finančné problémy a chudoba ovplyvňujú nielen kvalitu života, ale i zdravotný stav. Nízky životný štandard má za následok obmedzenia fyzických, psychických a sociálnych aktivít.

Kľúčové slová: geriatRIA, polymorbidita, farmakoterapia, kvalita života seniorov.

Geriatric patient and quality of life

Population ageing is a highly topical issue also in our country. Human life extension brings along a whole range of healthcare and social problems. This fact raises even more concern when considering the impacts of the state's and health insurance companies' medicine policy on patients. The health condition and life expectations influence the quality of ageing, and a deficit model of population ageing results in casting old people aside, to the periphery of society. Age is becoming a reason for discrimination on the labour market. Financial problems and poverty affect not only the quality of life, but also the health condition. Low life standards lead to limited physical, mental and social activities.

Key words: geriatrics, polymorbidity, pharmacotherapy, quality of life of senior people.

Prakt. lekár., 2012, 2(1): 26–28

Úvod

GeriatRIA sa zaoberá starým človekom v zdraví a chorobe. Vymedzuje pojem geriatrického pacienta s jeho charakteristikami, ktorými sú najmä polymorbidita, zmenená symptomatika a priebeh chorôb, zmenená reakcia na lieky, špecifické geriatrické syndrómy, sklon k adaptačnému zlyhaniu a sociálny rozmer ochorenia v starobe. Lepší zdravotný stav starších ľudí vo vyspelých krajinách umožňujú ich aktivitu až do vysokého veku, čo spôsobilo, že sa na poslednú etapu života človeka zmenil názor. Starnutie nie je choroba, ale fyziologický proces, teda prirodzené obdobie života. Dôležitou charakteristikou človeka je vek. Aj u nás sa zaužíval návrh Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) na členenie druhej polovice života na: stredný vek 45 – 59, starší (presenium) 60 – 74, starý (senium) 75 – 89, dlhovekosť nad 90 rokov (1). Zvyšovanie počtu a podielu starších a starých ľudí v populácii mení aj spoločenskú klímu. Záujmy čoraz početnejšej skupiny starších obyvateľov sa dostávajú do konfliktu so záujmami menej početnej, ale dynamickej skupiny mladých ľudí. Vznikajú tak medzigeneračné konflikty ktoré ak sa neriešia, môžu ohroziť aj stabilitu spoločnosti. Hlavnou **etickou normou v geriatRII** je zachovať dôstojnosť človeka, ktorú nemožno stratiť zvyšujúcim sa vekom či objavením sa vážneho ochorenia u človeka. Pod pojmom **ľudská dôstojnosť** rozumieme vyjadrenie predstavy o osobnostnej a sociálnej hodnote každého človeka. Uvedomenie si vlastnej dôstojnosti je forma sebauvedomenia a sebakontroly (2).

V súvislosti so starnutím populácie je dôležitý spôsob, akým seniori prežívajú obdobie staroby. Či ide o **pasívne** dožívanie spojené s chorobami, depresiami a samotou, alebo je to obdobie vyplnené **aktivitami**, ktoré prinášajú osobné uspokojenie a sú na osoh okoliu a spoločnosti. Na základe uvedeného sa zaužíval termín **aktívna staroba**, ktorá sa prejavuje ako aktívna účasť na trhu práce, práca v domácnosti (starostlivosť o jedného člena domácnosti), aktívna účasť na živote komunity, aktívne trávenie voľného času. Aktívna staroba je prínosom pre samotného jednotlivca, ktorému poskytuje pocit uspokojenia ako aj pre spoločnosť, na ktorú je presúvané menšie bremeno spojené so starostlivosťou o starých ľudí. Aktívne stráviť záver života môže len pozitívne mysliaci a relatívne zdravý jedinec. V zásade platí, že aktívnejší ľudia žijú dlhšie. Zmierniť proces starnutia obyvateľstva je strategický spoločenský cieľ a spoločnosť musí byť v jeho realizácii najvýznamnejším hráčom. Štát musí mať v tomto procese prioritnú úlohu, pretože má v rukách dôležité nástroje – legislatívne, sociálno-ekonomické a pracovno-právne.

Geriatrickí pacienti

Geriatrickí pacienti sú ľudia vyššieho veku, **teoreticky nad 65 rokov, prakticky nad 75 rokov**. Involučné zmeny a postupujúca morbidita podstatne vplyva na ich funkčný potenciál, adaptabilitu, regulačné mechanizmy a toleranciu stresu. Zvláštnosti adaptácie vo vyššom veku sú podmienené zmeneným funkčným stavom organizmu,

poruchou adaptačných mechanizmov vo vyššom veku, polymorbiditou a výskytom komplikácií zmenenými životnými podmienkami v starobe. Príčinou adaptačného zlyhania je chronický stres, pričom stresory sú biologické, psychické a sociálne. Klinickým prejavom zlyhania adaptácie vo vyššom veku je geriatrický maladaptačný syndróm. Tento syndróm je ochorením staršieho veku s výrazným zdravotno-sociálnym charakterom. Znižuje kvalitu života, ovplyvňuje morbiditu a mortalitu a zvyšuje náklady na starostlivosť o starých ľudí. Rizikovými faktormi geriatrického maladaptačného syndrómu sú faktory psycho-sociálne alebo biologické.

Medzi **psychické riziká** patria: stavy zmätenosti, duševná choroba, pasívny postoj k životu. K **sociálnym rizikám** patria: strata sebestačnosti, hrozba vzniku odkázanosti, osamelosť, život v izolácii, nízky príjem, strata partnera, hrozba inštitucionalizácie, zmena bydliska, zmena životného štýlu, zrútenie platných hodnôt, strata programu. Medzi **biologické riziká** patria: vysoký vek, ťažká choroba, imobilita, inkontinencia. Medzi **prídavné biologické riziká** radíme: obezitu, hypertenziu, alkohol, fajčenie, nedostatok pohybu (3).

Farmakoterapia seniorov

Farmakoterapia v starobe predstavuje vzhľadom na polymorbiditu zvýšené užívanie liekov. Užívanie troch a viac liekov súčasne nazývame **polyfarmakoterapiou**. V procese výberu optimálneho lieku pre seniorov musia byť zohľadnené dávkovacie režimy liekov a liekové interakcie (4).

Špecifiká farmakoterapie v starobe možno všeobecne charakterizovať takto:

- zmenená reakcia na lieky v dôsledku zmien farmakodynamiky a farmakokinetiky,
- zvýšený výskyt nežiaducich účinkov liekov,
- vyššia non-compliance u starších pacientov,
- vyšší výskyt liekových interakcií.

Základnou požiadavkou na farmakoterapiu v starobe je jednoduchosť, účelnosť a účinnosť.

Polypragmázia na rozdiel od polyfarmakoterapie je použitie niekoľkých liečebných postupov alebo liekov súčasne. Vo vyššom veku býva často riziková a neúčinná a niekedy aj škodlivá.

V klinickej praxi prevažuje symptomatická liečba nad kauzálnou. Z dôvodov maximálnej eliminácie vedľajších účinkov farmakoterapie sa odporúčajú všeobecne platné **liečebné zásady**:

- minimum liekov;
- podávanie liekov najkratší možný čas;
- liečiť nízkymi, avšak účinnými dávkami;
- zväžiť liekové interakcie;
- pokiaľ možno liečiť nefarmakologicky.

Farmakoterapeutické riziko a možné nežiaduce účinky sú sprievodným a objektívnym javom každej farmakoterapie, pričom adekvátne hodnotenie rizika liekov prispieva k prevencii morbidity a mortality pacientov (5, 6). Bezpečnosť farmakoterapie je v priamej úmere k percepcii rizika a je zároveň jedným z najdôležitejších princípov kvality farmakoterapie.

Problémy sprevádzajúce farmakoterapiu vo vyššom veku sú viaceré:

- vysoká ekonomická nákladovosť starostlivosti o pacientov vo vyššom veku;
- prínos terapie pre prognózu pacientov vo vyššom veku;
- vysoký stupeň polyfarmakoterapie a multimorbidity s častými poliekovými komplikáciami;
- nedostatočná diagnostika a často podceňovanie niektorých symptómov (bolesť v starobe, depresia, atď.);
- nízka kompliance. V starobe je non-kompliance prítomná u 30 – 50 % pacientov (4).

Výskyt nežiaducich účinkov liekov (NÚL) sa v staršom veku vyskytuje 3 – 5-krát viac než v strednom veku. Postupne sa s trendom spotreby liekov bude zvyšovať aj ich riziko. V starobe pri užívaní menej než troch druhov liekov sa v priebehu jedného roku objavia u 2 % pacientov NÚL. Pri užívaní viac než desiatich liekov je to až 17 % pacientov vyššieho veku (5). V posledných rokoch explozívne rastie počet nových farmák, zvlášť v psychiatrii a neurológii. Anxiolytiká a antidepresíva patria v súčasnosti

medzi najčastejšie predpisované lieky. K najčastejším prejavom NÚL v seniu patria: pády, delírium, nechutenstvo a dyspeptické ťažkosti. NÚL sú príčinou až 10 – 20 % hospitalizácií pacientov vyššieho veku (7, 8, 9, 10).

Vzájomným pôsobením liekov v organizme medzi sebou vznikajú **liekové interakcie**. Tie môžu kvantitatívne aj kvalitatívne meniť biologickú odpoveď organizmu ako celku. V klinickej praxi predstavujú súčasť liekového rizika a môžu byť negatívnym dôsledkom kombinovanej liečby pacientov vyššieho veku. Počet potenciálnych liekových interakcií rastie exponenciálne s počtom podávaných liekov. Môžu vznikáť na úrovni farmakokinetickej, ako aj farmakodynamickej. K interakcii liekov môže dochádzať aj s niektorými potravinami (na úrovni absorpcie, biotransformácie) a fytofarmakami.

U multimorbidných pacientov vyššieho veku s polyfarmakoterapiou je vysoko aktuálna problematika kombinovanej liečby a jej nežiaducich účinkov. Liekové interakcie sa často vyskytujú už na úrovni dvojkombinácie liekov, avšak každodenná klinická prax v geriatrickej operuje s väčším počtom farmák v prostredí multimorbidity, zmenenej farmakokinetiky a farmakodynamiky (10, 11).

Geriatrická starostlivosť a kvalita života

Geriatrická starostlivosť o pacientov vyššieho veku musí byť komplexná a má dlhodobý až trvalý charakter. Využíva vedľa klasickej farmakoterapie, čiže farmakologickej liečby, aj nefarmakologickú liečbu (rehabilitáciu, pohybový režim, diétny režim) v kombinácii so psychoterapiou a sociálnymi opatreniami.

Kvalitu života ako meniaci sa stav ovplyvňuje komplex klinických, osobných a sociálnych činiteľov. Zdravotnícka starostlivosť sa v súčasnosti orientuje na pacienta ako na individualitu, ktorá ovplyvňuje stanovenie cieľa a výber prostriedkov. **Zlepšenie kvality života je prvoradým cieľom farmakoterapie pacientov vyššieho veku.** Vyliečenie pacienta vyššieho veku nie je vždy možné, ovplyvňuje to vek a multimorbidita a zmenená funkčnosť jednotlivých orgánov. Kvalita života je aj odrazom subjektívneho prežívania pacienta vyššieho veku, preto posudzovanie môže byť subjektívne. Subjektívny stav sa však prejavuje v objektívnych podmienkach. Kvalita života pacienta závisí aj od interakcií s jeho sociálnym prostredím. Rodina pacienta, ale aj širšie sociálne prostredie bývajú významnými podpornými činiteľmi. Pomáhajú pacientovi adaptovať sa na chorobný stav, čím sa podieľajú na zlepšení kvality jeho života. Dôležitá je otázka

postojov a prijatia pacienta vyššieho veku aj s ochorením, čím sa podporuje kvalita života a minimalizuje sa obdobie života so syndrómom geriatrickej zraniteľnosti (12). Do budúcnosti treba počítať aj so zmenami v skladbe obyvateľov, bude čoraz viac starých ľudí na čoraz menej ich potomkov. Takže zodpovednosť štátu a iných spoločenských organizácií sa na realizácii dôstojnej staroby zvýši. Na druhej strane je nevyhnutné zvýšiť aj vlastnú zodpovednosť za kvalitu svojho starnutia (13).

Záver

Podiel populácie staršej ako 65 rokov v Európe vrátane Slovenska v budúcich 30 rokoch dosiahne podiel 22 – 30 % v celkovom počte obyvateľstva. Predlžovanie ľudského veku najmä v priemyselne a ekonomicky vyspelých krajinách prinesie so sebou celý rad zdravotníckych a sociálnych problémov pre jedinca, jeho rodinu a pre celú spoločnosť. Populácia nad 65 rokov bude tvoriť podstatnú časť obyvateľstva vyžadujúcu kvalitnú zdravotnú starostlivosť, pričom si treba uvedomiť, že práve táto veková skupina kladie zvýšené nároky na terapiu než obyvateľstvo v produktívnom veku. Je to spôsobené výskytom špecifických faktorov, ktoré môžu v širokom rozsahu meniť výsledok stanovenej liečby. Tieto faktory vznikajú v dôsledku prebiehajúcich biologických procesov počas starnutia a sú odlišné v rôznych etapách staroby, čo podmieňuje komplikovanosť ich liečby. Počas staroby sa podstatne mení psychika starého človeka, na čo má veľký vplyv jeho okolie a sociálne pomery v ňom. Znižuje sa schopnosť sebestačnosti a zvyšuje sa odkázanosť staršieho človeka na pomoc iných, či už rodinu, alebo sociálne služby. Zmena sociálnych pomerov v dôsledku zvýšenej psychickej záťaže môže so sebou priniesť zhoršenie zdravotného stavu, na druhej strane zhoršenie zdravotného stavu môže vyžadovať odkázanosť na sociálne služby. Treba si preto uvedomiť nepopierateľnú súvislosť medzi medicínskou a sociálnou starostlivosťou o staršieho človeka. Okrem iného v procese starnutia dochádza k morfológickým aj funkčným zmenám na jednotlivých orgánoch, čo so sebou prináša výskyt viacerých ochorení, často chronického charakteru. Prítomnosť rôznych ochorení (polymorbidita) je najčastejšou príčinou užívania viacerých liekov (polyfarmácia). Zvyšujúcim sa počtom užívaných liečiv mnohonásobne narastá riziko výskytu liekových interakcií a nežiaducich účinkov, výsledkom ktorých môže byť zhoršená compliance pacienta a jeho prístup k liečbe.

Okrem uvedeného sa v dôsledku morfológických a funkčných zmien môže významne meniť terapeutická hodnota podávaných liečiv (farmakokinetika, farmakodynamika). Vedomosti o farmakokinetických a farmakodynamických zmenách liečiv v starobe napomáhajú diagnostikovať rad polievkových komplikácií a môžu tak pomôcť zefektívniť farmakoterapiu v tejto vekovej kategórii.

V zahraničí existuje celý rad štúdií, ktoré sa zaoberajú problematikou farmakoterapie pacientov vyššieho veku. V USA sa už v roku 1997 vytvoril zoznam potenciálne nežiaducich liečiv pre pacientov nad 65 rokov, ktorý zohľadňuje všetky špecifické rysy tejto vekovej skupiny a zefektívňuje ich liečbu, v dôsledku čoho sa zároveň znižujú náklady na starostlivosť o nich. Základným cieľom modernej geriatrickej je zachovať zdravie seniorov, aby mohli prežívať kvalitný a nezávislý život čo najdlhšie a aby sa minimalizovalo obdobie ich života so syndrómom terminálneho geriatrického štádia.

Literatúra

1. Krajčík Š. Súčasný stav geriatrickej na Slovensku. *Geriatrickej* 2008; 4: 147-48. Dostupné na internete <http://www.geriatrickej.sk/files/geriatrickej/Geriatrickej20084.pdf> (citované 2012-01-07).
2. Klevetová D, Dlabalová I. Psychosociálny stárnutí. Motivační prvky při práci se seniory, Praha: Grada Publishing 1955: 22-25.
3. Hegyi L. Perspektívy dlhodobej starostlivosti. *Geriatrickej* 2007; 3: 99-101. Dostupné na internete: <http://www.geriatrickej.sk/files/geriatrickej/Geriatrickej20084.pdf> (cit. 2012-01-07).
4. Hegyi L. Compliance vo vyššom veku. *Geriatrickej* 2005; 2: 78-82. Dostupné na internete: <http://www.geriatrickej.sk/geriatrickej/f/s2005-2.pdf> (cit. 2012-01-07).
5. Fialová D, Topinková E. Koncept liečiv nevhodných ve stáří: Farmakologické a farmakoepidemiologické aspekty. *Remedia* 2005; 15 (4/5): 410-417.
6. Wawruch M et al. Riziko liekov v geriatrickej. *Interná medicína* 2006; 6 (2): 89-94.
7. Wawruch M et al. Požívanie potenciálne nevhodných liečiv pre starších pacientov v regióne bývalého Československa. *Klinická farmakológia a farmácia* 2008; 22 (2): 81-85.
9. Wawruch M a spol. Hospitalizácia geriatrickej pacientov spôsobená nežiaducimi účinkami liekov. *Geriatrickej* 2008; 2: 68-75. Dostupné aj na internete: <http://www.geriatrickej.sk/files/geriatrickej/Geriatrickej20082.pdf> (cit. 2012-01-07).

10. Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatrickej pre praktického lekára*. Herba: Bratislava 2010: 298.

11. Kriška M a spol. *Riziko liekov v starobe*. In *Riziko liekov v medicínskej praxi*. 2. vyd., Slovak Academic Press: Bratislava 2000: 91-101.

12. Kovač D. Quality of life. A paradigmatic challenge to psychologists. *Studia psychologica* 2003; 45 (2): 81-101.

13. Weber P, Ambrošová P. Polyfarmakoterapie a polypragmázie – základný problém geriatrickej medicíny. *Lékařské listy* 2011; 1: 30-34.

doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková, CSc.

Univerzitná lekáreň Farmaceutickej fakulty UK

Ružinovská 12, 821 01 Bratislava 2
prednosta@ulfafuk.sk



Bolest v ambulantní praxi

Jaroslav Opavský

Publikace je určena všem, kteří mají chuť, vůli a snahu pomáhat nemocným s bolestmi. Je psána tak, aby mohla být pomůckou v denní praxi všeobecných praktických lékařů a specialistů těch oborů, kteří se pravidelně setkávají s pacienty s bolestmi, při hledání cest, jak jim pomoci. Seznamuje čtenáře s úspěšnými nebo potenciálně úspěšnými léčebnými postupy z celého „publikujícího“ světa, obsahuje poznatky jak našich, tak i zahraničních autorů, až do jara roku 2010.

Maxdorf 2011, edice Jessenius, ISBN 978-80-7345-247-6, 398 s.



Michal Bělobrádek:

KOŽNÍ NEMOCI – REPETITORIUM PRO PRAXI

Vynikající přehledné repetitorium předního dermatologa LF UK v Hradci Králové. Příručka pro ambulantní i nemocniční praxi umožňující rychlou orientaci v každodenní dermatologické problematice. Velkou předností je více než 300 instruktivních barevných fotografií, stejně jako jednoznačná praktická doporučení pro terapii.

Maxdorf 2011, ISBN: 978-80-7345-221-6, 216 str.



Vítězslav Kolek, Viktor Kašák, Martina Vašáková a kol.:

PNEUMOLOGIE

Po úspěchu publikace „Pneumologie – vybrané kapitoly pro praxi“ (Maxdorf 2010) připravil kolektiv předních českých pneumologů podstatně rozsáhlejší publikaci „Pneumologie“, koncipovanou jako moderní postgraduální učebnice seznamující čtenáře s diagnostickými i terapeutickými postupy na úrovni roku 2011. Kromě precizně pojaté pneumologické diagnostiky, diferenciální diagnostiky, terapie apod. jsou zařazeny kapitoly věnované např. molekulárně biologickým či imunologickým metodám v pneumologii, stejně jako kapitoly hrudní chirurgie. Kniha je určena především pneumologům (včetně těch, kteří se připravují na atestaci), ale i lékařům všech interních oborů, pro rychlou orientaci při řešení nejrůznějších diagnostických a terapeutických rozpaků v běžných situacích každodenní praxe. Dobře ji mohou využít i odborníci laboratorních oborů, hrudní chirurgové a praktičtí lékaři při své odborné činnosti i při komunikaci s pneumology. Učebnice může být užitečná i pro zvědavější studenty medicíny, kteří v pneumologii najdou zajímavý obor pro svůj odborný růst.

Maxdorf 2011, ISBN 978-80-7345-255-1, 552 str.



Objednávejte na: Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 00 Praha 4, telefonicky: 00420 2 4101 1681 alebo emailom: knihy@maxdorf.cz

www.maxdorf.cz