

MONITOROVÁNÍ TERAPIE ASTMATICKÝCH PACIENTŮ V LÉKÁRNĚ

Božena Macešková, Daniela Fridrichová

Ústav aplikované farmacie FaF VFU, Brno

Po dobu osmi měsíců byla monitorována terapie 16 astmatických pacientů, kteří navštěvovali sledovanou lékárnou. Během čtyř konzultací byly identifikovány jejich lékové problémy, nedostatky v inhalační technice a projevy a příčiny non-compliance. Metodou semistrukturovaných rozhovorů byly zjišťovány změny v jejich vztahu k nemoci i objektivní změny ve zdravotním stavu. Byly minimalizovány chyby při používání inhalátorů různých typů, proveden nácvik čištění inhalátorů a odečítání zbývajících dávek. Osm pacientů (50,0%) se na konci monitorování cítilo subjektivně lépe, 12 (75,0%) považovalo edukaci farmaceutem za prospěšnou. Compliance při užívání medikace se zlepšila ve všech třech sledovaných aspektech. Pacienti mají zájem i nadále získávat rady od farmaceuta. Za překážku považují nedostatek času a soukromí v lékárnách. Lékaři devíti ze sledovaných pacientů zjistili u 6 pacientů (66,7%) zlepšení inhalační techniky, u 7 (77,8%) pacientů zlepšení znalostí o nemoci a její léčbě. Astma je příkladem onemocnění, kde farmaceut může přispět k optimalizaci terapie a ke zkvalitnění jejich výsledků.

Klíčová slova: monitorování terapie, astma, lékárna, lékař, farmaceut.

THERAPY MONITORING OF ASTHMA PATIENTS IN THE PHARMACY

The therapy of 16 patients with asthma was monitored within an 8-month period during which the patients were visiting the same pharmacy. Their medication problems, imperfection in the inhalation technique, and manifestations and reasons of non-compliance were identified in the course of four sessions. The changes in their understanding of the illness and objective changes in their health condition were detected using semistructured interviews. Mistakes in the use of different types of inhalators were minimized, and a training in cleaning the inhalators and in finding out the number of the remaining doses was provided. Eight patients (50.0%) were feeling subjectively better at the end of the monitoring, 12 (75.0%) found the education provided by a pharmacist to be useful. Compliance with the prescribed medication was improved in all the three monitored aspects. The patients have a continuing interest in receiving advice from the pharmacist. The lack of time and privacy in pharmacies are seen as major obstacles by the patients. The physicians of 9 of the participating patients found an improvement in the inhalation technique in 6 patients (66.7%) and an improvement in the knowledge about the illness in 7 patients (77.8%). Asthma is an example of an illness in which the pharmacist can contribute to the optimization of the therapy and to a better quality of outcomes.

Key words: therapy monitoring, asthma, pharmacy, physician, pharmacist.

Úvod

Prevalence astmatu ve světě i v ČR stoupá. Odhaduje se, že v celém světě trpí astmatem kolem 150 milionů lidí. Vzestup prevalence v celosvětové populaci je udáván 5–6% ročně, incidence u dětí je vyšší než u dospělých. V ČR trpí astmatem kolem 500 000 lidí, z toho asi 250 000 astmatiků je registrováno v ordinacích lékařů. Úmrtnost na astma se pohybuje mezi 1,3–1,5 zemřelých na 100 000 obyvatel, u dětí do 14 let se jedná o zcela ojedinělé případy (1, 2). V ČR je péče o dospělé astmatiky rozdělena mezi pneumology a alergology, část astmatiků je léčena na interních odděleních a nezanedbatelná je i úloha praktických lékařů, kteří jsou pro nemocného lépe a rychle dosažitelní (3). Do péče o pacienta s chronickým onemocněním (ke kterým astma patří) se může zapojit i lékárník (4), a to svým individuálním přístupem, založeným na monitorování terapeutických výsledků (Therapeutic Outcomes Monitoring, TOM) (5), jehož cílem je identifikace a řešení problémů souvisejících s lékovou terapií, zejména těch, které by mohly vést ke snížení účinnosti léčby a vyvolání nežádoucích účinků (4).

Standardní postupy diagnostiky, léčby a prevence astmatu definuje Globální strategie astmatu vydaná pod záštitou WHO (6, 7) a podporovaná v ČR Českou iniciativou pro astma (ČIPA) (8). Cílem této strategie je, aby většina astmatiků mohla vést život nenarušený nemocí a aby došlo ke snížení počtu úmrtí na astma (3). Konečným výsledkem léčby astmatu nemá být pouze kauzální terapie „šitá na míru“, ale plně kontrolované astma bez příznaků. K dosažení takové kontroly je nezbytná dlouhodobá léčba, zahrnující včas indikovanou, účinnou a bezpečnou farmakoterapii a řadu režimových opatření. Léčebný přístup je nutno aktuálně přizpůsobit stavu pacienta, který musí přijmout svou aktivní roli v léčbě onemocnění (9). Úroveň vztahu mezi lékařem a pacientem je výrazným faktorem kvality zdravotní péče (10). Na problematiku astmatu by měl lékař pohlížet nikoliv jen z pohledu farmakoterapie, ale orientovat se jednoznačně na komplexní vedení léčby (11).

Astma se stává stále více nemocí ambulantní péče – pouze 10% pacientů dochází do nemocniční ambulance. Počet návštěv astmatiků u lékaře je vysoký, jen 6% z nich navště-

vuje lékaře méně než jednou ročně, 34% 3–11 krát ročně. Důvodem návštěvy je v 55% plánované vyšetření, 19% přichází pro zhoršení zdravotního stavu, výjimečně také pro potřebu konzultace o lécích (12).

Pacient by měl obdržet srozumitelné informace o všech aspektech nemoci, ale je třeba ho naučit i určitým dovednostem. Vhodné jsou interaktivní postupy s individuálně cílenými pokyny. Je ovšem bezpodmínečně nutné, aby nemocní dostávali stejné informace od lékaře, sestry i od všech ostatních zdravotníků (včetně farmaceuta) (13). Nemocný musí být vybaven písemným léčebným plánem, na jehož sestavení se s lékařem podílí (14). Ve skutečnosti se tak děje přibližně v 22% případů a jen u poloviny z těchto pacientů je sestavený plán revidován a aktualizován lékařem při každé návštěvě. Pro většinu (70%) pacientů mají rady lékaře velkou důležitost, 24% oceňuje edukační aktivity (12). Vzdělaný a spolupracující astmatik, dodávající dohodnutou léčbu, méně často navštěvuje lékaře a nebývá tak často hospitalizován. Výsledky edukačních aktivit se jeví jako efektivní, zejména ve snižování pří-

mých nákladů na nemocniční léčbu a dalších (nepřímých) nákladů (15).

Do 21. století vstupuje profese lékárníka s filozofií opírající se o koncept farmaceutické péče, kde v popředí pozornosti farmaceuta je pacient a přínos farmakoterapie pro pacienta (16, 17). K tomu je nezbytné, aby farmaceut měl k dispozici lékové záznamy pacienta (PMR- Patient Medication Record), tak jak je tomu již v některých zemích (18). Přebíral-li lékárník v rámci farmaceutické péče zodpovědnost za předcházení a řešení problémů souvisejících s léky, je fundamentální složkou jeho práce zabezpečení compliance pacienta s léčebným režimem (19). Nutnost pravidelné, dlouhodobé a poměrně složité aplikace léčiv vede často u astmatiků k non-compliance, způsobené různými faktory. V péči o astmatiky se může farmaceut stát poradcem především v těchto oblastech:

- porozumění nemoci
- vedení astma deníku (záznam hodnot naměřených výdechoměrem)
- seznámení pacienta se spouštěči astmatického záchvatu a významem jejich eliminace
- pochopení rozdílu mezi záchrannou a úlevovou terapií
- předcházení nežádoucím účinkům užívání léčiv
- rozpoznání známek zhoršení stavu a včasné zahájení akutní léčby
- nácvik správné inhalační techniky
- zásady manipulace s inhalačními přístroji a jejich údržba (14).

Obecná doporučení pro služby poskytované astmatickým pacientům farmaceuty stanovuje dokument Světové zdravotnické organizace (20). Zahraniční studie dokázaly, že farmaceutem poskytovaná doporučení, edukace pacienta a další aktivity mohou zlepšit pacientovy vědomosti, důvěru v medikaci, zdravotní jednání, způsob užití léků a dalších prostředků zdravotní péče (4, 21, 22). Většina těchto studií byla zaměřena na implementaci TOM projektu (21, 23). Hlavními cíli bylo zlepšit management farmakoterapie astmatu a podpořit spolupráci mezi farmaceutem, lékařem a pacientem (22).

Metodická část

Šetření bylo provedeno za použití kvalitativní metodologie, která je charakterizována těmito aspekty:

- získání velkého množství informací o malém počtu jedinců
- kombinace různých metod sběru dat (rozhovor, pozorování)
- omezená standardizace s nízkou spolehlivostí, ale vyšší kvalitativní hodnotou výsledků

- omezená možnost generalizace výsledků (24, 25).

Z původně oslovených 24 pacientů přijalo účast ve studii 16 osob (účelový výběr: věk 19–82 let, 11 žen a 5 mužů). Byl ověřován TOM projekt po dobu 8 měsíců v průběhu roku 2003 ve čtyřech po sobě jdoucích semistrukturovaných rozhovorech, sběr dat byl prováděn pomocí diktafonu (následoval doslovný přepis) a doplněn vlastním pozorováním. Okruhy výzkumu byly navrženy ve shodě se zahraničními studiemi (21, 23) následovně:

1. základní analýza zdravotního a psychosociálního stavu pacienta, identifikace hlavních lékových problémů
2. identifikace a řešení správné inhalační techniky, manipulace s jednotlivými inhalačními systémy
3. ověření znalostí pacientů v oblasti odcítání aplikovaných dávek inhalačních systémů, prevence nežádoucích účinků
4. konečná analýza výsledků intervencí farmaceuta. Pacienty a lékaři vnímaná užitečnost lékárníkovy informačního vkladu.

V rozhovorech bylo používáno otevřených otázek kladených podle osvědčených konzultačních algoritmů:

SOATP
S subjective evidence, subjektivní vnímání stavu
O objective evidence, objektivní nález
A assessment, zhodnocení celkové situace
T targets, cíle (stanovené)
P plan, plán (které služby farmaceutické péče poskytnout a kdy) (26)

ASTHMA

A asking and assessing, dotazování pacienta na vědomosti o astmatu
S signs and symptoms, příznaky a symptomy
T triggers, spouštěče (impulzy)
H handling asthma flare-ups, zvládání vzplanutí astmatu (záchvatu)
M medication, užívané léky (úlevové a preventivní)
A aftercare, následná péče (průběžná kontrola) (27)

Semistrukturovaný rozhovor je charakterizován použitím stanovené osnovy (otázky typu „open-ended“, tj. otevřené), konečnou formu jí dá teprve vlastní interakce s respondentem. Tato forma umožňuje aktivnější podíl respondenta na výzkumu (24). Osnova rozhovorů s pacienty a lékaři je uvedena v příloze I, II.

O každém pacientovi byly vedeny záznamy s jeho souhlasem. Realizace a zhodnocení projektu proběhly ve spolupráci se 3 lékaři (2 alergologové, 1 pneumolog), v jejichž péči bylo

devět pacientů ze sledované skupiny (upřesnění vstupních charakteristik pacientů– 1. fáze výzkumu, přínos lékárníkových aktivit ke změně v compliance a přístupu pacienta ke své nemoci – 4. fáze výzkumu). Pacienti po dobu výzkumu navštěvovali pouze jedinou lékárnu.

Provedení vlastního šetření předcházelo předvýzkum (3 pacienti, doba rozhovoru 20–40 min.), který sloužil k modifikaci navržených dotazovacích schémat (doplnění otevřených otázek o nabídku možných variant odpovědí, kde vyjádření vlastními slovy bylo pro respondenta obtížné nebo neposkytovalo tazateli relevantní odpověď: např. vypuštění otázky „Cítíte omezení fyzických aktivit?“ pro nadbytečnost, neboť odpověď na ni dala předcházející otázka „Vnímáte nějaká omezení svých životních aktivit?“). Ukázala se potřeba doplnit rozhovory o sledování pacienta při inhalaci za použití maket inhalátorů (sdělení pacientů se odlišuje od pacientem skutečně používaného postupu manipulace s inhalátorem).

Výsledky

Celková náročnost jednotlivých fází výzkumu je uvedena v tabulce 1.

1. Fáze výzkumu

Tíže nemoci vnímaná pacientem se ve dvou případech neshodovala s hodnocením ze strany lékaře (tabulka 2). V případě potíží volilo 13 pacientů (81,2%) užití inhalačního úlevového léku, 6 (37,5%) polohování, 4 (25,0%) cvičení, a pouze 1 (6,2%) kontaktoval lékaře. Astma jako společenský handicap uvedli 3 pacienti (18,7%). Sledování zdravotního stavu v domácím prostředí zůstalo podceňeno jak pacienty, tak lékaři. Většina pacientů uvedla, že jejich záznamy v astma deníku lékaře nezajímají, proto se jim jeví jeho vedení jako zbytečné. Léky užívalo pravidelně v souladu s radou lékaře pouze 6 pacientů (37,5%). Jako příčina non-compliance u ostatních byly odhaleny: obavy z nežádoucích účinků, nepochopení důležitosti léčby, vysoká cena léků. Sedm pacientů (43,7%) se zajímá o alternativní cesty léčby (fytoterapie, homeopatie). Dva respondenti (12,5%) nerozlišovali léky úlevové a protizánětlivé. Při nejasnostech ohledně užití léku kontaktovalo 9 pacientů (56,2%) lékaře, pouze 2 (12,5%) lékárníka. 4 respondenti (25,0%)

Tabulka 1. Časová diferenciaci rozhovorů pro jednotlivé konzultace

Počet respondentů	Délka konzultace		
	pod 20 min.	20–30 min.	31–45 min.
1. konzultace	4	7	5
2. konzultace	11	5	0
3. konzultace	9	7	0
4. konzultace	6	9	1

Tabulka 2. Rozdělení pacientů podle tíže astmatu

stupeň tíže astmatu (*)	počet pacientů			
	hodnocení lékařem		hodnocení pacientem	
intermitentní	7	43,7 %	5	31,2 %
lehké perzistující	5	31,2 %	7	43,7 %
středně těžké perzistující	2	12,5 %	2	12,5 %
těžké perzistující	2	12,5 %	2	12,5 %

(*) použita klasifikace podle GINA 2002), pacienti zařazeni podle uvedené četnosti příznaků a podle sdělení lékaře

Tabulka 3. Rozdělení pacientů na základě self-monitoringu

Self-monitoring				
Interval	měření PEF		vedení astma deníku	
Pravidelně	2	12,5 %	3	18,7 %
Nepřavidelně	5	31,2 %	7	43,7 %
Dříve ano	3	18,7 %	5	31,2 %
Ne, nikdy	6	37,5 %	1	6,2 %

PEF: (peak expiratory flow) vrcholová výdechová rychlost

vyjádřili nespokojenost s informacemi poskytnutými lékařem, 8 respondentů (50,0%) by uvítalo větší iniciativu ze strany lékárníka, naopak 3 pacienti (18,7%) se v lékárně zpravidla na nic neptali. Při nákupu přípravků bez receptu jen 7 pacientů (43,7%) informovalo vydávajícího, že trpí astmatem.

2. Fáze výzkumu

Nejprve byly u každého pacienta ověřeny znalosti z předcházející konzultace, týkající se oblastí, v nichž byly shledány nedostatky a chyby na straně pacienta.

Od předcházející konzultace došlo ke zlepšení zdravotního stavu u 2 respondentů (z věkové kategorie 18–30 let), tj. 12,5%, a to změnou terapie (přechod na perorální antileukotrieny s následným snížením dávek inhalačních kortikosteroidů) (tabulka 3). U 3 pacientů (18,7%) došlo ke zhoršení zdravotního stavu (potvrzeno měřením dechových parametrů v ordinaci lékaře), následované lékařem indikovanou změnou medikace a zvýšením dávek inhalovaných léčiv. Jeden pacient byl hospitalizován 1 týden (astmatický záchvat). Subjektivně lépe se cítili 3 pacienti, tj. 18,7% (objektivní nález nezměněn).

Při praktické ukázce pacientovy techniky inhalace byly zjištěny chyby u 10 respondentů (62,5%). Tři pacienti (18,7%) používali pro

úlevovou medikaci dva různé typy inhalátorů, v preventivní léčbě 7 pacientů (43,7%). Úplný přehled přináší tabulka 4. Pouze 1 pacient (6,2%) uvedl jako zdroj informací pro manipulaci s inhalátorem lékárníka (6 alergologa, 2 pneumologa). Důležitost pravidelného čištění inhalátoru si uvědomovalo 8 pacientů (50,0%), čištění podle potřeby 4 pacienti (25,0%), pouze sporadicky čistili inhalátor 3 nemocní (18,7%) a 1 (6,2%) ho nečistil vůbec. Pacienti obdrželi při této konzultaci firemní materiál k užití příslušného typu inhalátoru a edukační leták k astmatu z edice Rádce pacienta a rádce pro zdraví.

3. Fáze výzkumu

Znalost techniky odečítání dávek aplikovaných a zbývajících v obalu se lišila v závislosti na typu používaného inhalátoru. Sledování dávek v systému „turbuhaler“ prováděli 3 pacienti (18,7%) správně, 2 (12,5%) neznali způsob odečítání vůbec, zbylí 3 (18,7%) sice o počítadle dávek věděli, ale nepoužívali ho.

Tabulka 5. Změny v compliance pacientů během 8 měsíců

Faktor non-compliance	Počet pacientů			
	1. konzultace		4. konzultace	
nadužívání úlevových léků	3	18,7 %	1	6,2 %
podužívání inh. kortikosteroidů	4	25,0 %	2	12,5 %
záměrné neužívání inh. kortikosteroidů	2	12,5 %	1	6,2 %

Tabulka 4. Přehled pacienty užívaných inhalačních systémů

Úlevová medikace				Preventivní medikace			
typ inhalačního systému		počet pacientů		typ inhalačního systému		počet pacientů	
DPI	turbuhaler	4	25,0 %	DPI	turbuhaler	5	31,2 %
	spinhale	2	12,5 %		spinhale	3	18,7 %
	-				diskus	3	18,7 %
	-				rotadisk	2	12,5 %
MDI	aerosolový dávkovač	11	68,7 %	MDI	aerosolový dávkovač	8	50,0 %
	easi-breathe	2	12,5 %		easi-breathe	2	12,5 %
nebulizátor		2	12,5 %	nebulizátor		2	12,5 %
inhalační nástavec		3	18,7 %	inhalační nástavec		3	18,7 %

DPI (dry powder inhaler): práškový (suchý) inhalátor; MDI (metered dose inhaler): dávkovací aerosol

U aerosolových dávkovačů, které patří mezi nejpoužívanější formy (používalo je 12 respondentů, tj. 75,0%), pouze 5 z této skupiny respondentů (43,7%) znalo způsob zjištění zbývajících dávek v obalu. Častou chybou se stávalo předčasné odložení inhalátoru v domnění, že je již prázdný, ačkoliv ještě obsahoval několik dávek. Pouze 6 pacientů (37,5%) znalo potřebu vypláchnutí úst po aplikaci preventivního léku.

4. Fáze výzkumu

Závěrečné zhodnocení bylo zaměřeno na přínos předcházejících konzultací pro zkvalitnění terapie a zlepšení compliance (tabulka 5). Hodnoceno bylo také subjektivní vnímání lékárníkových aktivit pacientem a lékařem. K výraznému zlepšení došlo v technice inhalace. Systémy turbuhaler, diskus a diskaler byly používány již bez chyb, celkově bylo eliminováno 60,0% chyb. Osm pacientů (50,0%) se subjektivně cítilo lépe, 4 (25,0%) hodnotili svůj stav jako nezměněný.

Shrnutí výsledků

Dvanáct pacientů (75,0%) vyjádřilo uspokojení s poskytnutou farmaceutickou péčí. Ocenili zlepšení své vlastní inhalační techniky, zvýšení znalostí o astmatu a jeho léčbě, odstranění obav z užívání steroidů a nežádoucích účinků aplikovaných léčiv, zlepšení spolupráce s lékařem. Tři pacienti (18,7%) by uvítali, kdyby na ně měl lékárník při výdeji více času, 5 pacientů (31,2%) zmínilo potřebu většího soukromí při řešení lékových a terapeutických problémů. Největší zájem by měli o informace o léčích a jejich účinku (7 respondentů, tj. 43,7%), dále pak o astmatu jako nemoci (3 respondenti, tj. 18,7%). Čtyři pacienti (25,0%) uvedli, že po zkušenostech získaných v tomto

PŘÍLOHA I. Okruhy semistrukturovaného rozhovoru s pacienty

1. fáze

Pacientova anamnéza: Jaké byly příčiny vzniku Vaší nemoci? (výběr: rodinná dispozice, alergie, prodělaná infekce, jiné – uveďte vlastními slovy)

Jak byste posoudil svůj současný zdravotní stav? Jak se změnil v porovnání s minulostí?

Pokud jste prodělal astmatický záchvat, můžete uvést četnost obtíží?

Subjektivní příznaky: Jaké potíže provázejí Vaši nemoc? (výběr: kašel, sípání, bolest na hrudi, dušnost, jiné – uveďte)

Co vede podle Vás ke zhoršení Vašeho stavu? Jaké kroky podniknete, necítíte-li se dobře?

Objektivní příznaky: Jakým způsobem je u Vás prováděna kontrola plicních funkcí? (používáte výdecho-
měr, jak často)

Vedete si astma deník? Jak často do něj zaznamenáváte údaje? Provádí lékař jeho kontrolu?

Identifikace lékových problémů: Jak často ve skutečnosti užíváte předepsané léky? Jaké problémy Vám
dělá dodržování doporučeného plánu léčby? Jaký je podle Vás rozdíl mezi léky, které užíváte pravidelně a
těmi, které užíváte v čas potřeby? Vynechal/a jste v poslední době nějaké léky? (z jakého důvodu)

Edukační potřeby pacienta: Co by Vás zajímalo o Vaší nemoci a její léčbě? Na koho se v případě nejasnos-
tí obrátíte se žádostí o radu? Čtete příbalový leták užívaných léků? (pokud ano, za jakým účelem)

Kontakt se zdravotníky: Jak často a za jakým účelem navštěvujete lékařskou ordinaci? Jste spokojen/a s roz-
sahem informací poskytovaných u lékaře? Na co se ptáte nejčastěji ve Vaší lékárně? V čem byste uvítal/a po-
moc a radu lékárníka? Uvádíte při zakoupení volně prodejného léku v lékárně, že trpíte astmatem?

2. fáze

Inhalační chyby pacienta: Jaký lék (v inhalační formě) užíváte pravidelně a jaký vdechujete při obtížích?
(ověřeno dle skutečné preskripce) Popište a následně předvedte postup při inhalaci! Kdo Vás naučil
správnou inhalační techniku? Bylo poučení od lékaře v tomto směru dostačující?

Očista inhalačního přístroje: Jak často provádíte čištění svého inhalátoru? (po každém použití – podle po-
třeby – sporadicky – vůbec) Jaký postu volíte? Jaké jsou podle Vás rozdíly v čištění aerosolového dávko-
vače a práškového inhalátoru?

3. fáze

Náplň inhalátoru – odpočet dávek: Víte, jak poznat, kolik dávek ve Vašem inhalátoru zbývá? Sledujete po-
čítadlo dávek na Vašem inhalátoru? Proč je to podle Vás důležité vědět?

Prevence nežádoucích účinků (NÚ) inhalačních antiastmatik: Víte, jak předcházet NÚ, které může vyvolat
inhalovaný lék? Co má následovat po jeho aplikaci? Jaké důvody mají podle Vás tato opatření?

Čištění inhalačního nástavce (jen pro pacienty, kteří jej používají): Jak často čistíte nástavec na inhalá-
tor? Jak provádíte čištění – popište.

4. fáze

Řešení lékových problémů s důrazem na chyby inhalační: Můžete stručně popsat a předvést, jak používá-
te svůj inhalátor? Jak byste zhodnotil/a svůj zdravotní stav v porovnání se stavem před osmi měsíci? Co
považujete za příčiny těchto změn?

Compliance pacienta: Jak nyní ve skutečnosti užíváte své léky? Přetrvaly u Vás nějaké obavy z užívá-
ních léků? (jaké)

Zhodnocení intervencí lékárníka pacientem: V čem spatřujete přínos farmaceutovy pomoci Vám jako asma-
tikovi? V čem by se mělo zlepšit odborné poradenství lékárníka astmatickému pacientovi, co od něj očeká-
váte do budoucna? Vnímáte potřebu získávání většího množství informací o Vaší nemoci v lékárně?

PŘÍLOHA II. Okruhy semistrukturovaného rozhovoru s lékaři

Došlo dle Vašeho posouzení ke zlepšení v oblasti pacientovy edukace? Pokud ano, o která zlepšení se
jednalo? Jaký je Váš postoj k aktivitám lékárníka poskytovaným astmatickým pacientům? Domníváte se,
že mohou být tyto aktivity přínosem pro pacienta a pro Vás (pokud ano, v jakém smyslu)? Máte nějaký
konkrétní návrh pro realizaci těchto aktivit v běžné praxi?

projektu se budou častěji obracet na lékárníka
s dotazy, místo toho, aby kontaktovali při ne-
jasnostech lékaře.

Lékaři devíti ze sledovaných pacientů
hodnotili lékárníkovy aktivity takto: u 6 pacien-
tů (66,7%) pozorovali zlepšení inhalační tech-
niky, u 7 (77,8%) zlepšení znalostí o astmatu
a jeho léčbě, u 3 (33,3%) zlepšení self-monito-
ringu. Zmiňovali ušetření svého času přenesení
části zodpovědnosti na lékárníka, zvláště
ve smyslu opakovaných edukačních aktivit.

Diskuze

Monitorování terapie astmatických paci-
entů bylo provedeno mimo rámec oficiálních

projektů garantovaných profesními farma-
ceutickými sdruženími (např. PCNE- Phar-
maceutical Care Network Europe, Evropská
síť farmaceutické péče). Jednalo se o hloub-
kovou studii, která měla zmapovat potřeby

Literatura

1. Pohunek P. Výskyt bronchiálního astmatu ve světě a u nás. *Alergie* 2003 (suppl 1); 5: 7–14.
2. název stránky www.uzis.cz, říjen 2005.
3. Špičák V, Kašák V, Pohunek P. Strategie diagnostiky, prevence a léčby průduškového astmatu v ČR. 1. vyd. Pra-
ha: Jalna, 1996, 112 s.
4. Herborg H, Soendergaard B, Frokjaer B. Improving drug therapy for patients with asthma- part 1. *J Am Pharm As-
soc* 2001; 41 (4): 539–550.
5. Grainger-Russeau TJ, Miralles MA, Hepler CD et al. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceu-
tical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* 1997; 37 (6): 647–661.
6. Kašák V, Špičák V. Globální strategie léčby astmatu – GINA – vyd. 2002. *Alergie* 2002 (suppl 2); 4: 9–14.
7. název stránky www.ginasthma.com, říjen 2005.

astmatických pacientů. Mezi pacienty je
malá informovanost o tom, že farmaceut je
kompetentní osobou pro poskytnutí odborné
rady a odpovídajícího servisu. Shodují se na
tom studie prováděné v ČR (28) i v zahraničí
(29). Semistrukturované rozhovory s pacienty
při běžném výdeji v lékárně mohou odhalit
problémy, jejichž řešení je následně možné
dlouhodobější spoluprací farmaceuta, lékaře
a pacienta, a to aplikací postupu použitého
v této práci. Dosažené výsledky korespondují
se zjištěními zahraničních prací (21, 22) a to
ve zlepšení inhalační techniky potvrzené far-
maceutem (66,7 % (21, 22) vs. 80 %) i lékařem
(55,6 % (21, 22) vs. 66,7 %) – procenta vzta-
žena k počtu chybujících, nikoliv k celkové-
mu počtu respondentů. V obou studiích bylo
prokázáno zlepšení compliance a odstraněny
nedostatky spojené s nadužíváním úlevových
léků (25,0 % (21, 22) vs. 33,3 %), podužíváním
(33,3 % (21, 22) vs. 50,0 %) či záměrným ne-
užíváním (50,0 % (21, 22) vs. 50,0 %) inhalač-
ních kortikosteroidů (procenta vztažena k po-
čtu chybujících, nikoliv k celkovému počtu re-
spondentů). Pozitivní se jeví zvýšení znalostí
pacientů o astmatu hodnocené lékaři (50,0 %
(21, 22) vs. 77,8 %), ačkoliv v obou studiích
se vyskytli pacienti, kteří právě tento aspekt
hodnotili negativně:

„Nepřipomínejte mi stále moji nemoc,
mám větší obavy.“ – 1 pacient (Dánsko (22))

„Dostal jsem ze své nemoci větší strach.
Předtím mě to tak netrápilo, až teď když do to-
ho víc vidím, tak mi vůbec není dobře.“ – 1 pa-
cient (ČR)

Překážkou většího rozšíření monitorová-
ní terapie astmatických (i dalších) pacientů
v lékárnách je nedostatek času lékárníka
a nevhodné prostředí v lékárnách (nedostatek
souladu s podrobnými zahraničními stu-
diemi (30), kde jsou navíc uváděny i objektiv-
ní zábrany povahy legislativní a ekonomické,
a subjektivní překážky jako nedostatek znalos-
tí a motivace ze strany farmaceutů, a negativní
stanovisko některých lékařů.

Implementace TOM projektu v lékárenské
praxi může posílit pozici farmaceuta a pomoci
vyřešit chronicky nemocným pacientům pro-
blémy související s medikamentózní léčbou.
Vyžaduje však individuální a citlivý přístup.

8. název stránky www.cipa.cz, říjen 2005.
9. Pouk N, Zatloukal P. Současná terapie asthma bronchiale u dospělých. *Remedia* 2002; 12 (3): 186–192.
10. Krtička F. Naše medicína z pohledu demokracie a etiky, etika ve vztahu pacient – lékař. *Prakt Lék* 2002; 82 (11): 656–659.
11. Novák J. Aktuální otázky o astmatu a jeho léčbě. *Alergie* 2002; 4 (3): 211–221.
12. Astma v ČR, Pohled z druhé strany. *Alergie* 2002 (suppl 1); 4: 3–19.
13. Lorentzon S, Almhult M. Vedení léčby astmatu v systému primární péče. *Respirace* 1997; 3 (1): 2–4.
14. Špičák V, Kašák V, Pohunek P. Kapesní průvodce diagnostikou, prevencí a léčbou průduškového astmatu v ČR, příručka pro lékaře a zdravotníky. 2. vyd. Praha: Jalta, 1999, 32 s.
15. Král B. Několik otázek nad edukací dospělých astmatiků. *Respirace* 1998; 4 (2): 8–11.
16. Komrska J. Farmaceutická starostlivost – budúcnosť slovenskej farmácie? *Farm Obzor* 2000; 69 (2): 31–35.
17. Szucsová S, Sýkora J, Slaný J. Lékařská starostlivost a správná lékařská praxe – východiska a perspektivy. *Farm Obzor* 1995; 64 (6): 147–151.
18. Práznovcová L. Lékové záznamy pacienta. www.pace.cz, 2003 (poslední vstup říjen 2005?)
19. Kolář J, Szucsová S. K problematice správné farmakoterapie. *Čes a Slov Farm* 2000; 49 (1): 13–20.
20. Pharmacy based asthma services. *Europharm forum WHO* 1998. www.euro.who.int, říjen 2005.
21. Herborg H, Sondergaard B, Frokjaer B. Quality improvement of drug therapy for asthma patients. Pracovní materiál. Danish College of Pharmacy Practice and University of Florida. 1993, 8 s.
22. Herborg H, Sondergaard B, Jorgensen T. Improving drug therapy for patients with asthma – part 2. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41 (4): 551–559.
23. Narhi U, Airskanem A, Tanskanen M, et al. TOM by community pharmacists for improving clinical outcomes in asthma. *J Clin Pharm Ther* 2000; 25 (3): 177–183.
24. Disman M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993: 350 s.
25. Bryman A. Quantity and quality in social research. 5. vyd. London and New York: Routledge, 1996: 198 s.
26. Petersen LD. Information needs in practicing pharmaceutical care as seen by a Danish pharmacist. *FIP World Congress*, Stockholm 1995.
27. Kolář J, Szucsová S. Konzultační činnost. *Farm Obzor* 2000; 69 (1): 3–12.
28. Ptejte se na své léky. WHO Europe Project realizovaný v ČR Českou lékárnickou komorou 2002 (?).
29. Kradjan WA, Schultz R, Christensen DB, et al. Patients' perceived benefit from and satisfaction with asthma-related pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 1991; 39 (5): 658–666.
30. Venkatraman KS, Mandhavan SS. Barriers and facilitators to provision of pharmaceutical care in rural community practice. *J Soc Adm Pharm* 1997; 14 (4): 208–221.