Farmacie_3.2015:Farmacie 4-012 7.7.2015 8:43 Stránka 72
proLékaře.cz | 30.4.2025

 Čes. slov. Farm. 2015; 64, 72–78

PŮVODNÍ PRÁCE

Kvalita života pacientov trpiacich osteoporózou

The quality of life of patients suffering from the osteoporosis

Lucia Masaryková • Magdaléna Fulmeková • Ľubica Lehocká • Tomáš Ďurdík

Došlo 15. mája 2015 / Prijato 1. júna 2015

Súhrn

Osteoporóza (OP) je systémové ochorenie skeletu charakterizované nerovnováhou kostnej prestavby v zmysle prevažujúcej osteoresorbcie nad novotvorbou kosti. Dôsledkom týchto zmien dochádza k úbytku kostnej hmoty a strate pevnosti kosti s následným zvýšením rizika zlomeniny[1]. Jej klinická manifestácia je spočiatku síce asymptomatická, avšak v ďalšom priebehu naopak veľmi závažná (bolesti kostí, poruchy hybnosti, fraktúry), s množstvom nadväzujúcich nepriaznivých dôsledkov, vrátanie úmrtia[2]. V našom výskume sme sa zamerali na pacientov s diagnostikovanou a zároveň liečenou osteoporózou, a to s nejednotnou etiológiou. Na vzorke 128 pacientov sme prostredníctvom dotazníka hodnotili rôzne dimenzie ich kvality života (fyzický stav, psychický stav, sociálny stav, celkovú spokojnosť so životom a zdravím) a taktiež sme zisťovali celkovú spokojnosť pacientov s liečbou. Analýzou výsledkov sme zistili, že osteoporóza významne vplýva na kvalitu života, predovšetkým fyzický stav pacientov, keďže až 31,25 % pacientov uviedlo, že trpí každodennými bolesťami chrbtice. Výrazne ovplyvňuje sociálny a spoločenský život u 7,81 % pacientov. Za najväčší problém v súvislosti s osteoporózou 28,13 % pacientov označilo stratu slobodného pohybu a až následne zlomeninu.
Kľúčové slová: osteoporóza • kvalita života • farmakoterapia • dotazníková metóda • fraktúry

Summary

Osteoporosis (OP) is a systemic skeletal disease characterized by an imbalance of bone remodelling process due to the prevalence of osteoresorption over osteosynthesis. As a result of these changes, the decrease in bone mass and density occur followed by an increase in fracture risk[1]. Its clinical manifestation is initially asymptomatic but in the course of time it is quite the contrary – really severe (bone pain, movement disorders, fractures) with a lot of further adverse consequences, including death[2]. The presented study deals with the impact of osteoporosis and its consequences on the quality of life of patients. The research is focused on patients diagnosed with or treated for osteoporosis that is to say by non-uniform etiology. By questioning of the sample of 128 patients evaluating various dimensions of the patient's quality of life (physical condition, mental state, and social status, overall satisfaction with life and health state) and tracking patients' satisfaction with the therapy as well. By analysing the results, we found that osteoporosis affects the quality of life, especially physical state of health because up to 31.25% of patients say that they have suffered from every day's backaches. It affects social life in the member of 7.81% patients, and 28.13% patients say that biggest problem with osteoporosis is the loss of free movement and possible fracture.
Key words: osteoporosis • quality of life • pharmacotherapy • questionnaire survey • fractures

PharmDr. Lucia Masaryková, PhD. (✉) • Ľ. Lehocká • T. Ďurdík
Univerzita Komenského
Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie
Kalinčiaková 8, 832 32 Bratislava, SR
e-mail: masarykova@fpharm.uniba.sk

M. Fulmeková
Univerzita Komenského
Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie a
Univerzitná lekáreň FaF UK, Bratislava, SR

Úvod

Osteoporóza je systémové ochorenie skeletu charakterizované znížením množstvom kostnej hmoty a narušením mikroarchitektúry kostného tkaniva, s následným zvýšením krehkosti kostí a náchylnosti k fraktúre[3]. Hoci diagnostika tohto ochorenia sa opiera o kvantitatívne posúdenie hustoty kostí, ktorá je hlavným determinantom pevnosti kostí, klinický význam osteoporózy spočíva vo výskyte zlomenín. Na diagnosti-

Farmacie_3.2015:Farmacie 4-012 7.7.2015 8:47 Stránka 73
proLékaře.cz | 30.4.2025

Tab. 1. Hodnoty BMD (bone mineral density) podľa WHO (World Health Organization)[4)]

Hodnoty	Definícia
normálna	BMD > –1,0 pod referenčným rozsahom mladých osôb
osteopénia	BMD je –1,0 do –2,5 SD pod referenčným rozsahom mladých osôb
osteoporóza	BMD < –2,5 SD pod referenčným rozsahom mladých osôb
ťažká osteoporóza	BMD < –2,5 SD pod referenčným rozsahom mladých osôb (pri jednej zlomenine)

ku osteoporózy sa používa stanovenie BMD (body mineral density), pričom čím je hodnota BMD nižšia, tým je vyššie riziko vzniku fraktúr (tab. 1)[4–6)].

Terapia osteoporózy

Lieky používané pri terapii osteoporózy môžeme rozdeliť podľa mechanizmu ich účinku na lieky potlačujúce odbúravanie kosti, čiže antiresorpčné (bisfosfonáty, kalcitonín, SERMs), na lieky stimulujúce novotvorbu kostí, čiže osteoformačné (teriparatid) a lieky s duálnym, osteoformačným i antiresorpčným účinkom (stroncium ranelát)[7)].

Kvalita života z hľadiska zdravia

V medicíne je v súčasnosti všeobecne prijímaný konsenzus potreby sledovania kvality života pacientov, a to ako jednej z dôležitých komponentov rôznych zdravotníckych intervencií[8)]. Je logické, že v medicíne a v zdravotníctve je ťažisko skúmania kvality života posunuté do oblasti psychosomatického a fyzického zdravia. Najčastejšie sa potom operuje s pojmom „health related quality of life“ (HRQOL), tj. kvalita života ovplyvnená zdravím[9)]. HRQOL charakterizuje, čo pacient prežíva ako následok choroby a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Jedná sa o hodnotenie stupňa zvládnutia každodenných povinností a kvality prežívania života v porovnaní s tým, čo považuje chorý sám za ideálne. Hodnotenie kvality života je výsledkom záujmu o poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti a tiež snahou o lepšie sledovanie a vyhodnocovanie výsledkov lekárskej (a lekárenskej) starostlivosti a liečebných postupov[10)]. Informácie jednotlivcov o vplyve ochorenia, liečenia, symptómov, funkčnosti a pocitoch, ale aj vedľajších účinkoch liečby a iné, poskytujú údaje o zdraví, ktoré sú jedinečné[11)]. Pre hodnotenie kvality života je teda dôležité hodnotiť nielen následky ochorenia, ale aj dopady samotnej liečby zo subjektívneho pohľadu pacienta. Hodnotiť kvalitu života v súvislosti s používaním liekov je teda potrebné z viacerých aspektov. Sú nimi predovšetkým:

- komplexné zhodnotenie účinku určitého terapeutického postupu, najčastejšie v rámci 3. fázy klinických štúdií;
- systematické hodnotenie kvality života (súčasne s objektívnymi ukazovateľmi terapeutickej odpovede), ktoré môže lepšie zachytiť plný liečebný potenciál daného postupu a jeho dopad na telesný, psychický a funkčný status chorého;
- umožňuje získať cenné informácie pri hodnotení účinku nových liekov a ich kombinácií;
- získanie dát, ktoré môžu viesť k modifikácii liečby alebo ku zmierneniu závažných nežiaducich účinkov;
- identifikácia oblastí terapie vyžadujúcich zavedenie profylaktických opatrení (napr. edukácia pacienta o rizikách danej farmakoterapie)[10)].

Kvalita života u pacientov s osteoporózou

U pacientov s osteoporózou sa stretávame s častým výskytom bolesti hlavne dôsledku vertebrálnych zlomenín, ktoré sú častou príčinou nielen chronických bolestí, ale aj sekundárnych deformít. Okrem toho môžu vyvolať psychické problémy v dôsledku zníženia fyzických schopností, sociálnu izoláciu a stratu výšky[12, 13)]. Kvalitu života u pacientov s osteoporózou môžeme stanovovať rôznymi dotazníkmi – ako napr. SF-36 a EQ-5D, ktoré sa dajú použiť pri viacerých ochoreniach alebo dotazníkmi špeciálne používanými na meranie kvality života pacientov trpiacich osteoporózou (napr. Qualeffo-41 alebo OPAQ). Štúdie, v ktorých boli použité dotazníky Qualeffo-41 a OPAQ, ukázali, že s výskytom fraktúr klesá u pacientov aj kvalita života. Uskutočnené štúdie zamerané na hodnotenie kvality života pacientov s osteoporózou či už stanovené prostredníctvom dotazníku SF-36 alebo Qualeffo-41 poukázali na to, že najvýraznejšie sa znižuje kvalita života u pacientov s osteoporózou po zlomeninách bedrovej kosti ako pri iných typoch zlomenín[14–16)]. Je to spôsobené najmä znížením mobility alebo v dôsledku straty mobility.

Pokusná časť

Metodika výskumu

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť vplyv osteoporózy na kvalitu života pacientov, zmapovať každodenné ťažkosti pacientov, ako aj ich spokojnosť so svojím zdravím a liečbou. Na dosiahnutie tohto cieľa sme využili dotazníkovú metódu, ktorá sa v dnešnej dobe javí ako najspoľahlivejší nástroj na subjektívne hodnotenie kvality života. Na základe teoretických poznatkov o osteoporóze, jej klinickej manifestácií ako aj o jej liečbe, sme vytvorili dotazník. Pri tvorbe dotazníka sme sa zamerali na typické aspekty kvality života týkajúcej sa zdravia (HRQOL – health related quality of life), teda fyzický stav, psychický stav a sociálne aspekty. Tiež nás zaujímali názory pacientov na ich farmakoterapiu. Realizácia výskum prebiehala počas 8 mesiacov v roku 2012 sčasti v osteologickej ambulancii na Onkologickom ústave sv. Alžbety v Bratislave (n_1 = 76) a sčasti v lekárňach v Bratislave a Považskej Bystrici (n_2 = 52). Oslovení pacienti vypĺňali dotazník samostatne, v prípade nejasností im bola poskytnutá pomoc a vysvetlenie. Podmienkou zaradenia pacienta do výskumu bola diagnostikovaná osteoporóza (diagnózy M80, M81 a M82) a taktiež liečená osteoporóza. Výskum sme realizovali na vzorke 128 pacientov (n = 128) trpiacich osteoporózou. Pôvod-

Farmacie_3.2015:Farmacie 4-012 7.7.2015 8:43 Stránka 74
proLékaře.cz | 30.4.2025

ný počet vyplnených dotazníkov bol 159, avšak 31 z nich bolo vyplnených chybne, prípadne neúplne, a tak nemohli byť zaradené do výskumu.

Výsledky a diskusia

Z celkového počtu 128 pacientov zapojených do výskumu bolo 117 žien (91,41 %) a 11 mužov (8,59 %). Z hľadiska vekovej štruktúry dominovali pacienti z vekovej kategórie 60–69 rokov (40,63 %), druhou a treťou najpočetnejšou skupinou boli 70 až 79-roční (25 %) a 50 až 59-roční pacienti (24,21 %), ďalej nasledovala veková kategória 40–49 rokov (7,03 %). Najmenšia početnosťou bola kategória 80–89 rokov (3,13 %). Najmladší pacient mal 42 rokov a najstarší 88 rokov. Priemerný vek respondentov dosahoval 66,7 rokov.

1. OTÁZKA
Ako často pociťujete bolesti Vašej chrbtice?

V prvej otázke nás zaujímalo ako často pociťujú pacienti bolesti chrbtice. Každodenné bolesti chrbtice pociťovala takmer jedna tretina zapojených pacientov (31,25 %). Ďalšia viac ako štvrtina trpela bolesťou aspoň jeden až viackrát za týždeň – odpovede „každý druhý deň“ (6,25 %) a „1–2krát za týždeň“ (20,31 %). Približne pätina trpela bolesťami len zriedkavo- odpovede „1–2krát za mesiac“ (13,28 %) a „1krát za pol roka“ (7,82 %) a ďalšia približne pätina (21,09 %) netrpela bolesťami.

2. OTÁZKA
Ako hodnotíte silu bolesti Vašej chrbtice?

Pri hodnotení sily bolesti chrbtice takmer polovica pacientov (47,66 %) označila svoju bolesť ako miernu. Viac ako pätina pacientov (21,09 %) netrpela bolesťami chrbtice, možnosťou „slabá“ označilo 8,59 % a možnosťou „silná“ 19,53 % opýtaných. 3,13 % pacientov označilo možnosť „veľmi silná“.

3. OTÁZKA
Ktoré z týchto komplikácií pociťujete vo svojom každodennom živote (označte aj viac)?

Nakoľko pacienti mali možnosť označiť viacero odpovedí, výsledky sme nevyhodnotili graficky percentuálne, ale v tabuľke 2 vyjadrujúcej početnosť jednotlivých možností.

4. OTÁZKA
Ste spokojný so svojím životom?

Na otázku týkajúcu sa spokojnosti so svojím životom najviac pacientov označilo možnosť „stredne“ (34,38 %), ďalej nasledovali možnosti „áno“ (25,78 %) a „skôr áno“ (25 %), „skôr nie“ (13,28 %) a „nie“ (1,56 %).

5. OTÁZKA
Ako hodnotíte svoje zdravie?

Rovnako nás tiež zaujímalo ako sú pacienti spokojný so svojím zdravím. Možnosťami „veľmi dobre“ a „veľmi zle“ hodnotila svoje zdravie iba veľmi malá skupina pacientov (obe možnosti zhodne po 4,69 %). Možnosti „skôr dobre“ označilo 32,81 %; „ani dobre, ani zle“ 30,47 % a „skôr zle“ 27,34 % pacientov.

6. OTÁZKA
Nakoľko bolesti Vašej chrbtice zhoršujú Vašu náladu a pocit pohody?

Viac ako štvrtina zapojených pacientov (28,13 %) označila, že bolesti chrbtice „vôbec“ nezhoršujú ich náladu a pocit pohody. Rovnaký počet (28,13 %) označilo možnosť „mierne“, ďalších 20,31 % možnosť „výrazne“ a možnosť „iba nepatrne“ 23,43 % pacientov.

7. OTÁZKA
Mávate pocit, že vďaka svojmu ochoreniu ste niekomu na obtiaž?

V tejto otázke nás zaujímalo ako pacienti vnímajú svoje ochorenie vo vzťahu k svojmu blízkemu okoliu. Väčšina pacientov (41,10 %) uviedlo, že nikdy nemáva pocit, že je niekomu na obtiaž z dôvodu OP. Naopak možnosť „áno, neustále“ označilo iba 4,11 % opýtaných, „áno, často“ 17,12 %; „niekedy áno“ 23,29 % a „iba zriedka“ 14,38 % pacientov.

8. OTÁZKA:
Čo považujete za najväčší problém pri osteoporóze?

Pacienti mali tiež v rámci nášho dotazníka zhodnotiť čo pokladajú za najväčší problém pri OP. Viac ako štvrti-

Tab. 2. Ktoré z týchto komplikácií pociťujete vo svojom každodennom živote?

Komplikácie	Početnosť
Trápi ma nespavosť, nekvalitný spánok.	45
Nezvládam ťažkú fyzickú námahu, napr. zdvíhať ťažké bremená atď.	99
Nemôžem vykonávať ani ľahšie práce, napr. varenie, upratovanie atď.	5
Nemôžem športovať.	52
Nemôžem samostatne chodiť po schodoch.	22
Nemôžem samostatne vstať zo stoličky, WC alebo z pokľaku.	6
Nemôžem sa samostatne postaviť z postele, z vane.	7
Nemôžem sa samostatne obliecť, vyzliecť.	2
Nemôžem sa samostatne umyť, osprchovať.	3
Nemôžem samostatne využívať dopravné prostriedky (auto, MHD, vlak...).	17
Som úplne odkázaný na pomoc druhých.	0
Pri všetkých činnostiach som úplne samostatný.	25

Farmacie_3.2015:Farmacie 4-012 7.7.2015 8:43 Stránka 75
proLékaře.cz | 30.4.2025

na pacientov (28,13 %) považuje za najväčší problém pri OP stratu slobodného pohybu. Ďalšími najčastejšie označovanými možnosťami boli „zlomenina“ (26,56 %), „bolesť“ (23,44 %), „strata nezávislosti na druhých“ (9,37 %), „nutnosť liečby“ (7,81 %) a „iné“ (4,69 %).

9. OTÁZKA
Nakoľko osteoporóza a bolesti chrbtice obmedzujú Vaše spoločenské aktivity, napr. navštevovanie osláv, kostola, obchodov, kina, divadla atď.?

„Výrazné“ (7,81 %) alebo „mierne“ (25,78 %) obmedzenie spoločenských aktivít vďaka OP a bolestiam chrbtice pociťuje len malá časť oslovených pacientov. Väčšina pacientov sa cíti v tomto smere obmedzených „iba nepatrne“ (29,69 %) alebo „vôbec“ (36,72 %).

10. OTÁZKA
Nakoľko Vám osteoporóza a bolesti chrbtice bránia venovať sa Vašim záľubám?

Majoritná časť pacientov uviedla, že OP im bráni v ich záľubách, a to buď „výrazne“ (24,22 %), „mierne“ (38,28 %) a „iba nepatrne“ (22,66 %). Celkom 14,84 % pacientov označilo možnosť „vôbec“.

11. OTÁZKA
Ako hodnotíte svoju liečbu?

Až 38,29 % pacientov svoju liečbu hodnotilo „veľmi dobre”, ďalších 33,59 % „skôr dobre”; 19,53 % „ani dobre, ani zle” a zvyšných 8,59 % „skôr zle”. Žiaden z oslovených pacientov nehodnotil svoju liečbu „veľmi zle”.

12. OTÁZKA
Ak nie ste spokojný so svojou liečbou, čo Vám na nej prekáža?

Viac ako tretine pacientov (39,38 %) na liečbe OP nič neprekáža a s liečbou sú spokojní; 18,75 % pacientov prekážajú „nežiaduce účinky liekov”; 15,63 % prekáža „zdĺhavosť liečby”; 13,74 % má „pocit, že liečba nezaberá”; 10 % prekáža „nepohodlné užívanie liekov” a 2,5 % robí problém „pamätať si frekvenciu užívania liekov”.

13. OTÁZKA
Prerušili ste už niekedy užívanie liekov proti osteoporóze? Ak áno, z akého dôvodu?

Takmer dve tretiny (64,45 %) oslovených pacientov uviedlo, že nikdy neprerušili užívanie liekov proti OP; 14,81 % uviedlo ako dôvod prerušenia liečby „nežiaduce účinky” liekov; 8,89 % „nepohodlné užívanie liekov”; 5,19 % „pocit, že liečba nezaberá”; 3,70 % „zdĺhavosť liečby“ a 2,97 % pacientov „pamätanie si frekvencie užívania“ liekov.

14. OTÁZKA
Odkiaľ získavate informácie o správnom užívaní liekov proti osteoporóze (teda akým spôsobom, kedy a ako často lieky užívať)?

Až 38,28 % pacientov uviedlo, že informácie o správnom užívaní liekov proti OP získava „iba od lekára v ambulancii“ a rovnako 38,28 % ich získava „od lekára aj od lekárnika“. 14,06 % pacientov vyhľadáva iné zdroje informácií, ako internet a knihy, ďalších 4,69 % tieto informácie získava „iba z písomnej informácie pre používateľa lieku“ (PIL) a len 3,13 % pacientov „iba od lekárnika v lekárni“. Štatisticky iba veľmi malé percento (1,56 %) oslovených nemá záujem o informácie tohto typu.

Aj napriek tomu, že osteoporóza postihuje stále mladšie generácie ľudí, z jej patogenézy vyplýva, že predsa len ide o diagnózu patriacu k životu predovšetkým vyšších vekových skupín. Na základe toho, sme objektívne predpokladali, že cieľovou skupinou nášho výskumu budú práve osoby starších vekových kategórií. Táto skutočnosť sa naplno prejavila aj v praxi, keďže viac ako dve tretiny pacientov zapojených do výskumu mali nad 60 rokov. Netreba preto zabúdať na to, že u takýchto pacientov je vysoká pravdepodobnosť polymorbidít, ktoré taktiež môžu byť príčinou zníženej kvality života. Podstatnú časť participantov výskumu tvorili ženy v postmenopauze, teda v období, ktoré samo o sebe prináša mnohé zdravotné komplikácie súvisiace predovšetkým s hormonálnymi zmenami. Subjektívne teda možno len ťažko rozlišovať, ktoré ochorenie je príčinou napríklad bolesti či nespavosti. Pri hodnotení a diskutovaní o výsledkoch sme teda prihliadali aj na tento fakt. Avšak trendom v modernej medicíne a farmácií je zameranie na pacienta, a tak jeho subjektívne pocity a názory sú pri komplexnom hodnotení kvality života rovnako dôležitým aspektom ako objektívne klinické ukazovatele.

V našom výskume počet žien jednoznačne prevažoval nad počtom mužov, keďže až 9 z 10 respondentov boli ženy. Literatúra v tomto smere uvádza, že iba 20 % pacientov s osteoporózou tvoria muži a zvyšných 80 % ženy[17]. Ako už bolo spomenuté, je to spôsobené predovšetkým značnými hormonálnymi zmenami u žien po menopauze spojených s rýchlym úbytkom kostnej hmoty. Z metodiky výskumu vyplýva, že výber respondentov bol pomerne náhodný, no aj tak sa potvrdil signifikantný rozdiel medzi výskytom osteoporózy u mužov a žien.

Takmer tretina pacientov v dotazníku uviedla každodenné bolesti chrbtice, ďalšia viac ako štvrtina pociťuje takéto bolesti minimálne jeden až viackrát za týždeň. Častá bolesť má komplexný negatívny vplyv na kvalitu života a je častým prejavom osteoporózy. To dokladuje aj viacero uskutočnených štúdií [18, 19]. Traumatizuje pacienta nielen telesne, ale aj po psychickej stránke, často ho núti k užívaniu analgetík, spôsobuje pocit duševnej nepohody a môže viesť k výraznému obmedzeniu mobility, čo má za následok ďalšie problémy. Iba približne každý piaty pacient nemáva bolesti vôbec. Vzhľadom na tieto výsledky sa potvrdil predpoklad, že bolesť chrbtice pri osteoporóze je pomerne častá a intenzívna. Objasnením takýchto výsledkov však nemusí byť iba samotná osteoporóza, ale aj spomínaná prítomnosť komplikácií typických pre zdravotný stav pacientov – seniorov. Sú nimi polymorbidita, častá dehydratácia, nesprávne zvolená liečba, interakcie užívaných liekov, a tak zníženie účinnosti terapie, odpor pacientov k liečbe, a tým nedostatočná adherencia a taktiež kombinácia uvedených faktorov.

Veľká väčšina pacientov, ako sme predpokladali, nezvláda predovšetkým ťažkú fyzickú námahu a šport. Obmedzenie fyzických aktivít, športu až prípadná imobi-

Farmacie_3.2015:Farmacie 4-012 7.7.2015 8:43 Stránka 76
proLékaře.cz | 30.4.2025

lizácia predstavujú nepriaznivý vplyv na celkový zdravotný stav, predovšetkým kardiovaskulárne ochorenia. Nespavosť alebo nekvalitný spánok, ktoré máva viac ako tretina pacientov zapojených v našom výskume, neblaho vplýva na fyzický a psychický stav, čo môže viesť až k depresiám a pocitom úzkosti a opätovným poruchám spánku. Ženy označovali nespavosť trikrát častejšie ako muži, na čom sa však opäť môžu podieľať hormonálne zmeny v období klimaktéria a s nimi spojené komplikácie.

Výraznou prekážkou pre približne pätinu pacientov je chôdza po schodoch, čo predstavuje pomerne značné obmedzenia. Menej často uviedli pacienti neschopnosť samostatne využívať dopravné prostriedky, vďaka čomu je citeľne limitovaná ich mobilita. Výsledky taktiež dokazujú, že v období silne manifestovanej osteoporózy sú problémom pre niektorých pacientov aj tie najbanálnejšie denné úkony ako obliekanie, vyzliekanie, sprchovanie či vstávanie z postele, stoličky, vane.

Na základe dosiahnutých výsledkov môžeme konštatovať, že u pacientov zapojených do výskumu osteoporóza neovplyvňuje signifikantne spokojnosť so životom. S prihliadnutím na priemerný vek zapojených pacientov 66,7 roka je výsledná spokojnosť so životom pomerne vysoká. To zrejme pramení z faktu, že spokojnosť so životom je determinovaná nielen zdravím, ale aj vzťahmi v rodine, s priateľmi, finančnou situáciou a podobne. Tento predpoklad je podporený aj výsledkami otázky zameranej na zhodnotenie spokojnosti so svojím zdravím, kde sa spokojnosť so zdravím u pacientov ukázala nižšia ako spokojnosť so životom.

Najzávažnejším dôsledkom osteoporózy je výskyt zlomenín. Riziko výskytu zlomeniny v dôsledku osteoporózy sa v USA odhaduje na 46 % u žien a 13 % u mužov vo veku nad 50 rokov. Vo Švédsku je to 46 % u žien a 22 % u mužov nad 50 rokov[20]. Najzávažnejšie sú zlomeniny bedrovej kosti. Ťažké stavy po zle hojacich sa osteoporotických fraktúrach, napríklad krčka femuru, takmer vždy pacienta pripútajú dlhodobo na lôžko. Toto obdobie si vyžaduje hospitalizáciu a následne starostlivosť príbuzných v domácom liečení. To nepochybne predstavuje príťaž pre tieto osoby a to v rôznej miere. Navyše takýto pacienti môžu nadobúdať pocit, že sú na obtiaž okoliu, čo môže vyústiť do následných psychických problémov. V našom výskume nás zaujímal práve tento subjektívny pocit pacientov. Nadpolovičná väčšina (približne 6 z 10) participantov potvrdila, že aspoň zriedkakedy majú pocit, že sú niekomu na obtiaž vďaka osteoporóze. Väčšina z takto odpovedajúcich si myslí, že situácia, pri ktorej sú niekomu na obtiaž, nastáva „niekedy“, „často“ alebo „neustále“. Z tohto pohľadu teda môžeme povedať, že osteoporózu vnímajú aj ako sociálny problém. Vďaka týmto obmedzeniam pacienti často potrebujú pomoc aj pri bežných činnostiach, čo v nich zrejme vyvoláva pocit, že sú „na obtiaž“.

Za najväčšie problémy pri osteoporóze považujú naši respondenti predovšetkým stratu slobodného pohybu, zlomeninu a bolesť, pričom každú z týchto možností označila približne štvrtina zapojených. Najvyššiu prevalenciu týchto odpovedí si vysvetľujeme nasledovne. Možnosť straty slobodného pohybu zahŕňa obmedzené športové a rekreačné aktivity, záľuby, fyzickú prácu ako aj už spomínané komplikácie i pri banálnych bežných činnostiach. Najzávažnejším problémom vyskytujúcim sa pri osteoporóze však stále zostáva zlomenina, ktorej sa lekári obávajú najviac.

Približne každý tretí pacient s osteoporózou uviedol, že nepociťuje žiadne obmedzenia svojich spoločenských aktivít, aj keď je pravdou, že ďalšia takmer tretina uviedla iba nepatrný pocit takéhoto obmedzenia. Ukázalo sa, že túto sféru väčšina pacientov nepovažuje za výrazný problém, v porovnaní napríklad s obmedzením záľub, ktoré pacienti vnímajú výraznejšie.

Mnohé štúdie ako aj názory odborníkov potvrdzujú, že správnym životným štýlom, ale najmä vhodne zvolenou liečbou a adherenciou k nej dokážeme zásadným spôsobom zmierniť, ba niekedy až zvrátiť priebeh a následky osteoporózy. Aj napriek tomu, časť pacientov mala voči svojej liečbe viac či menej oprávnené výhrady. Pri analýze výsledkov sme pozorovali, že až 76 % odpovedí „veľmi dobre” a „skôr dobre“ na spomenutú otázku pochádza od participantov vypĺňajúcich dotazník v ambulancii svojho lekára. Zistili sme teda, že len máloktorí pacienti priznajú v ambulancií svojho lekára nespokojnosť s liečbou, ktorú im lekár práve naordinoval. Naopak väčšinu z odpovedí „ani dobre, ani zle” a „skôr zle” označili práve pacienti oslovení v lekárni, kde zrejme mali pocit väčšej anonymity, a tak prejavili v dotazníku väčšiu nespokojnosť. Treba spomenúť, že väčšina pacientov, ktorí v nasledujúcej otázke prejavili konkrétne výhrady k liečbe, označili skôr spokojnosť, ďalej ani spokojnosť, ani nespokojnosť a paradoxne mnohí aj veľmi dobrú spokojnosť. Vysvetlením takéhoto paradoxu môže byť už spomínaný strach pacienta kritizovať svoju liečbu pred lekárom. Taktiež jednoducho vysokú spokojnosť s účinkom liečby (obdobie bez zlomeniny, potlačenie bolestí, zlepšenie mobility,…), a to aj napriek výhradám, napríklad voči nežiaducim účinkom alebo nepohodlnému užívaniu liekov.

V rámci nášho výskumu nás tiež zaujímalo, ako sú pacienti spokojní so svojou liečbou a čo im na nej prekáža. Výsledky tejto otázky potvrdzujú skutočnosť, že liečba daného ochorenia môže mať výrazný vplyv na kvalitu života pacientov. Lieky proti osteoporóze (predovšetkým bisfosfonáty) sú toho dobrým príkladom, nakoľko majú z pohľadu pacienta pomerne dlhý rad nevýhod. Berú sa dlhodobo, vyznačujú sa nepohodlným užívaním, špecifickou a netradičnou frekvenciou užívania a majú pomerne časté nežiaduce účinky. Viac ako 60 % pacientov odpovedalo, že má výhrady voči svojim liekom, pričom väčšine prekážali nežiaduce účinky a zdĺhavosť liečby. Na základe teoretických poznatkov vieme, že jednou z príčin častého výskytu nežiaducich účinkov v tomto prípade môže byť aj nedodržiavanie zásad správneho užívania, teda nutnosť byť nalačno, v stoji, 30–60 minút si následne neľahnúť, nejesť a nepiť. Práve dodržiavanie týchto pravidiel prekáža ďalšej presnej desatine pacientov. U takmer 40 % pacientov, ktorí v dotazníku prejavili spokojnosť so svojou liečbou, sme nepredpokladali žiadnu z uvedených komplikácií liečby a taktiež sme sem nezaradili pacientov s novým typom terapie – subkutánnym denosumabom, ktorá sa vyznačuje potenciálom na vysokú adherenciu. Na dosiahnutie optimálneho terapeutického výsledku pri osteoporóze je nevyhnutná

Farmacie_3.2015:Farmacie 4-012 7.7.2015 8:43 Stránka 77
proLékaře.cz | 30.4.2025

úplná adherencia pacienta k liečbe. Ako už bolo spomenuté, adherencia pozostáva z perzistencie, teda doby zotrvania pacienta na liečbe a kompliancie, teda kvality užívania liekov[21]. Výsledky štúdie prebiehajúcej v Slovenskej republike na vzorke 8223 pacientov počas troch rokov ukázali, že kompliancia k liečbe bola 70 %, 59 % a 4 % po 6, 12 a 24 mesiacoch a hodnota perzistencie bola 54 %, 42 % a 22 % po 6, 12 a 24 mesiacoch. Čím bola menšia frekvencia užívania liekov, tým bola vyššia adherencia pacientov k liečbe[24].

Non-adherenciu k liečbe, ktorá má často za následok jej neefektívnosť, potvrdila v našom výskume viac ako tretina pacientov. Tieto údaje nekorešpondujú s výsledkami štúdie vykonanej v 141 centrách pre liečbu osteoporózy v Taliansku, z ktorých vyplýva, že celkovo 19,1 % pacientov prerušilo svoju liečbu do 1 roka od začatia liečby[23]. Odlišné výsledky tiež poskytla štúdia „IPSOS Health- European Survey of Physicians and Women with Osteoporosis“ z roku 2005, podľa ktorej sa očakáva, že celosvetovo priemerne až približne polovica pacientov liečbu preruší alebo ju užíva nesprávne[19]. V Nemecku je to dokonca 75 % do 1 roka od začatia liečby[21]. Tieto rozdiely si vysvetľujeme odlišnou metodikou jednotlivých výskumov, nakoľko vzorka pacientov v našom výskume bola oveľa nižšia, a na rozdiel od spomenutej talianskej štúdie naši pacienti neboli iba ženy s postmenopauzálnou osteoporózou. Taktiež sme nezisťovali, po akom dlhom období nasledovalo toto prerušenie liečby. Z nášho výskumu ďalej vyplynulo, že najčastejším dôvodom prerušenia užívania liekov na osteoporózu boli nežiaduce účinky (14,81 %) a nepohodlné užívanie liekov (8,89 %). Nežiaduce účinky boli taktiež najčastejším dôvodom prerušenia terapie aj v spomenutej talianskej štúdii, v ktorej ale takto odpovedalo menej pacientov, len približne štvrtina[22]. Rozdiely sú opäť zrejme spôsobené inou metodikou práce, prípadne odlišnosťami v spektre predpisovaných liekov v rámci iných krajín. Zaujímavou informáciou je fakt, že pri skúmaní korelácie odpovedí na túto otázku a vzdelaním pacientov sa neprejavil signifikantný rozdiel.

Až takmer 40 % pacientov odpovedalo, že informácie o správnom užívaní liekov získava výlučne iba od lekára v ambulancii. Takáto štatistika môže vyplývať aj z faktu, že liečba osteoporózy ako aj predpisovanie daných liekov je určená do rúk lekárom-špecialistom, ktorí majú väčšiu možnosť dostatočne pacientom všetko objasniť. Pacient následne nemá záujem počúvať tieto pokyny opakovane. Príčinou môže byť taktiež pomerne bežná nedôvera pacienta voči lekárnikovi v porovnaní s lekárom, vďaka čomu pacient niekedy ani nevníma poskytnuté informácie v lekárni. Taktiež kombinácia uvedených faktorov je možným vysvetlením daného výsledku.

Záver

Narušený pocit pohody, podráždená nálada, ba až úzkosť a depresie sa analýzou výsledkov ukázali ako pomerne časté pri osteoporóze. Jedným z možných príčin je aj strach z pádu a následnej zlomeniny, ktorý sa ale v našom výskume neukázala ako najviac vnímaný problém pri osteoporóze. Duševné zdravie je jednoznačne elementom, ktorý výrazne vplýva na kvalitu života. Osteoporóza a jej následky teda prostredníctvom celkovo negatívnych dopadov na psychiku človeka, môžu značným spôsobom zhoršovať kvalitu života.

Osteoporóza je významným globálnym zdravotným problémom. Odhaduje sa, že u jednej z dvoch žien a jedného z piatich mužov vo veku nad 50 rokov sa vyskytne počas ich života osteoporotická zlomenina. Výskyt osteoporotickej zlomeniny môže byť drahý, spojený s významným rizikom neschopnosti, chorobnosti a úmrtnosti. Tiež nemožno opomenúť aj sociálny faktor s významnými nákladmi na strane pacienta ako aj systému zdravotnej starostlivosti.

Konflikt záujmov: žiadny.

Literatúra

1. **Šteňová E., Šteňo B., Baqi L.** Možnosti prevencie a liečby primárnej osteoporózy v ambulancii lekára prvého kontaktu. Via pract. 2008; 5(1), 34–38.
2. **Dusilová Sulková S.** Nezastupitelná úloha vitaminu D v prevenci a léčbě osteoporózy. Prakt. lékáren. 2011; 7(2), 58–61.
3. Consensus Development Conference Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. Am J Med. 1993; 94(6), 646–650.
4. World Health Organisation. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. World Health Organ Tech Rep Ser 843: 1–129
5. **Kanis J. A., et al.** European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteopor. Int. 2008; 19(7), 1103–1104.
6. **Nguyen T., Sambrook P., Kelly P., Jones G., Lord S., Freund J., Eisman J.** Prediction of osteoporotic fractures by postural in stability and bone density. BMJ 1993; 307(6912), 1111–1115.
7. **Čierny D., Killinger Z., Payer J.** Farmakologická liečba osteoporózy. Via pract. 2008; 5(11), 462–464.
8. **Švehlíková L., Heretik ml. A.** Kvalita života – o čom to hovoríme?. Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika 2008; 15(3), 194–198.
9. **Hnilicová H., Bencko V.** Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. Prakt. Lék. 2005; 85(11), 656–660.
10. **Virág Ľ.** Používanie liekov a kvalita života pacientov. Farmaceutická fakulta UK v Bratislave, prednáška.
11. **Tesař T., et al.** Farmakoekonomika a hodnotenie kvality života pacientov. Via pract. 2008; 5(7/8), 332.
12. **Jenšovský J.** Prevence osteoporózy. Interní medicína 2010; 12(3), 163–166.
13. **Masunari N., Fujiwara S.** Impact factors of osteoporosis on health-related quality of life. In: Health-Related Quality of Life 2009; 1–30.
14. **Lips P., van Schoor N. M.** Quality of life in patients with osteoporosis. Osteoporos. Int. 2005; 16(5), 447–455.
15. **Hopman W. M., et al.** Prospectively measured 10-year changes in health-related quality of life and comparison with cross-sectional estimates in a population – based cohort of adult women and men. Quality of Life Research 2014.
16. **Azimi P., Shahzadi S., Azhari S., Montazeri A.** An outcome measure of functionality and quality of life in Iranian women with osteoporotic vertebral fractures: a validation study of the QUALEFFO-41. J Orthopaedic Science 2014; 19(6), 860–867.
17. **Tomková S., Beličáková Z.** Osteoporóza u mužov. Via pract. 2009; 6(9), 350–352.
18. **Palacios S., Neyro J. L., Fernández De Cabo S., Chaves J., Rejas J.** Impact of osteoporosis and bone fracture on health-related quality of life in postmenopausal women. Climacteric 2014; 17(1), 60–70.

Farmacie_3.2015:Farmacie 4-012 7.7.2015 8:43 Stránka 78
proLékaře.cz | 30.4.2025

19. **Darbà J., et al.** Disability-adjusted-life-years losses in postmenopausal women with osteoporosis: A burden of illness study Global health. BMC Public Health 2015; 15(1); Article number 324.
20. **Johnell O., Kanis J.** Epidemiology of osteoporotic fractures. Osteoporos. Int. 2005; 16 S3–S7.
21. **Špániková B.** Onkologický ústav sv. Alžbety, Heydukova 10, Bratislava. Terapia osteoporózy. Prednáška. Kurz NEOX Academy: Osteológia pre monitorov klinických štúdií, Bratislava, 24. 11. 2010.
22. **Tomková S., et al.** Therapeutic adherence to osteoporosis treatment. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 2014; 52(8), 663–668.
23. **Rossini M., et al.** Determinants of adherence to osteoporosis treatment in clinical practice. Osteoporos. Int. 2006; 17(6), 914–992.