

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Dodržování farmakoterapie a spotřeba farmak v ČR

Dita Grohmanová

**Bakalářská práce
2008**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetřovatelství
Akademický rok: 2007/2008

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dita GROHMANOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Dodržování farmakoterapie a spotřeba farmak v ČR**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Teoreticko – výzkumná práce
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz práce.
3. Stanovení vhodné metodiky dotazníků, výběr respondentů.
4. Konzultace s vedoucím práce o výběru respondentů a formě dotazníků.
5. Rozdání dotazníků.
6. Zpracování a analýza získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

30 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. KETTNER, P. Léky, léčitelství a šarlatáni. 1. vyd. Praha: Horizont, 1988. ISBN 40-058-88.
2. MANN, J. Jedy drogy léky. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0508-0.
3. MARTÍNKOVÁ, J. Obecná farmakologie. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1982. ISBN 40-363-89.
4. SOLICH, J. a kol. Lékárenství. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1986. ISBN 0806986.
5. USTAHOVÁ, E. Farmakologie I. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, 1992. ISBN 80-7262-311-7.

Vedoucí bakalářské práce:

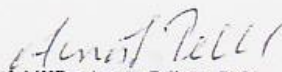
Mgr. Markéta Tauberová
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2007

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. června 2008


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

SOUHRN

Bakalářská práce je věnována problematice dodržování farmakoterapie ze strany pacientů a rovněž spotřebě léčiv v České republice. Práce má dvě části, teoretickou, která se zaměřuje na historii terapie a později farmakoterapie a část praktickou, kde jsou rozebrány jednotlivé otázky z anonymního dotazníku a zahrnuty data získané na základě výzkumu. V závěru práce je rovněž prostor pro diskuzi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Historie, farmakoterapie, farmacie, nemoc, léčitel, lékárna, lék

TITLE

Observance of the pharmacotherapy and usage of drugs in Czech Republic

ABSTRACT

The bachelor work is focusing on observance of the pharmacotherapy and usage of drugs in Czech Republic. The work contains two parts, theoretical and practical. The first part is about history of therapy and pharmacotherapy, the practical part include all data which were collected on based of anonym questionnaire. As a part of the work are also diagrams.

KEY WORDS

History, pharmacotherapy, pharmacy, illness, healer, chemist, medicine

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Období léčitelství	7
1.1 Nemoci a léčení v pravěku a starověku	7
1.2 Egyptské léčitelství	9
1.3 Starověké řecké léčitelství	9
2 Středověké léčitelství, léčení (do poloviny 14. století)	10
3 Nemoci a léčení v období od středověku k renesanci (1348 – 1620)	13
4 Nemoci a léčení v době pobělohorské (1620 – 1740)	15
5 Nemoci a léčení v období druhé pol. 18. a první poloviny 19. století	15
6 Nemoci a léčení od roku 1848 do roku 1918	16
7 Období za první republiky (1918 – 1938)	18
8 Období druhé světové války (1939 – 1945)	18
9 Od konce druhé světové války po současnost (1945 – 2008)	19
10 Stručná historie farmacie	20
VÝZKUMNÁ ČÁST	
11 Cíle výzkumu a hypotézy	23
11.1 Cíle výzkumu	23
11.2 Hypotézy	23
11.3 Metodika výzkumu	24
11.4 Dotazník	24
11.5 Zkoumaný vzorek	24
12 Výsledky výzkumu a jejich analýza	25
12.1 Zpracování hypotéz	36
Diskuze	38
Závěr	40
Soupis bibliografických citací	41
Přílohy	42

Úvod

„ Kdybychom byli chudá země, tak neřeknu. Ale když vidím, jak lidé zdravotní péče zneužívají, tak je mi těch pacientů, co kvůli našemu systému zdravotnictví nedostávají potřebné léky, líto. Podívejte se, jak je v naší zemi rozšířené nadužívání léků - člověk s bolavými zády obejde čtyři doktory, dostane zdarma čtyři krabičky léků, z nichž z jedné uzobne - a jinak všechny vyhodí. Že by změnil životní styl a začal pravidelně cvičit, k tomu není motivován. Nebo lázeňské pobyty, kde člověk jednou za rok cvičí a pak celý rok nic nedělá. A kolik diabetiků nemá váhu, jakou by měli mít?“ (Havrdová, Reflex 39/2006, Roztroušené zdravotnictví)

Výše uvedená část rozhovoru mě přinutila se zamyslet nad přístupem českých pacientů k českému zdravotnictví. Zaujaly mě výroky paní docentky Havrdové, která se zabývá léčbou pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní, a její komentáře na adresu určité části pacientů, kteří v určitém smyslu zneužívají zdravotní péče. Rozhodla jsem se tedy zjistit, jestli je to skutečně tak jak paní docentka uvedla v rozhovoru, tedy zda pacienti kteří se rozhodnou jít k lékaři dodržují farmakoterapii, jak vlastně přistupují k léčbě, zda jsou seznámeni s účinky léků, které užívají, jak přistupují ke svému zdraví, zda by byli ochotni klasickou léčbu nahradit např. cvičením, změnou životního stylu apod., jak nakládají s léky, které nevyužívají a v neposlední řadě, jak se zachovají při současné reformě zdravotnictví, kdy v České republice přestává být zdravotnictví zadarmo a zda to ovlivní či neovlivní počet jejich návštěv ve zdravotnických zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Období léčitelství

Jedním z prvních podnětů, které začaly nutit člověka přemýšlet o svém zdraví a těle, byla určitě bolest. Začal tak přemýšlet, jak jí utišit. Člověk, který byl kdysi zvyklý žít v souladu s přírodou, přírodu pozoroval, učil se a respektoval ji. Tady zřejmě můžeme hledat úplné počátky léčitelství, kde se léčilo pomocí bylin, listů, kůry stromů a podobně. Ale nejen to. Na počátcích léčitelství stojí také zaříkávání, vykuřování a vyhánění d'ábla z těla, šamani, šarlatáni. Nemoc byla v minulosti chápána jako trest, znelíbení se bohům, posedlost d'áblem. Éra léčitelství je nejdelším vývojovým obdobím zdravotnictví. Začíná v pravěku, od počátku existence člověka asi do roku 2700 př. n.l. zahrnuje i starověk, jehož počátky jsou přibližně v polovině 4. tisíciletí př. n.l. v Mezopotámii, na přelomu 4. tisíciletí v Egyptě, v polovině 3. tisíciletí v povodí řeky Indu a v Malé Asii (kolem roku 2600 v Tróji), na Krétě a v Řecku a v počátcích 2. tisíciletí př. n.l. v Číně. (1, 2, 5)

1.1 Nemoci a léčení v pravěku a starověku

Člověk, který onemocněl, tak nejdříve sám, svépomocí, později specialista – léčitel, šaman, kněží, poznával příčiny a vznik nemocí, průběh, příznaky, vytvářel si různé teorie a domněnky. Už v pravěku člověk trpěl různými chorobami. Mnoho těchto chorob zdědil po svých živočišných předcích. Už z období prvohor jsou známi parazitující červi a bakterie. Z dalších období se zachovalo mnoho příkladů zánětlivých a hnisavých procesů specifických, jako například tuberkulóza a aktinomykóza. Neobvyklé nebyly ani různé vývojové vady, nádory, zlomeniny a jiné anomálie. K chorobám zděděným od živočišných předků se řadila i skupina specificky lidských chorob např. poliomyelitida (dětská obrna). Jak se rozvíjelo myšlení, objevily se také psychické poruchy. Běžně se na pozůstatcích paleolitických lidí našli osteoartrotické a spondylitické změny na páteři, stopy po poraněních a zlomeninách kostí.

Lidé v paleolitu umírali předčasně především kvůli častým poraněním, ženy kvůli komplikovaným porodům a porodní sepsi. Léčba probíhala pomocí nepodmíněných reflexů (instinktů). Postižení si rány lízaly, sály, třeli si bolestivá místa, odstraňovali parazity, vyhledávali vhodnou a odmítali nevhodnou potravu. Zde můžeme nalézt počátky empirického léčení, tj. využívání získaných zkušeností. Empirické léčení neprováděla v paleolitu žádná zvláštní skupina nebo vrstva lidí, ale prováděl ho buď přímo postižený, nemocný člověk a nebo jiný člověk, který byl na blízku. Díky způsobu života lidí v období pravěku, měl pravěký

člověk velmi rozvinutou schopnost pozorování. Poznal určité anatomické zákonitosti díky čtvrcení zvěře, které následovalo po ulovení potravy. Poznal tak například, kde leží srdce a že je zvíře v tomto místě nejzranitelnější. Pozorováním také přišel na účinnost některých základních a prostých léčebných postupů, jako např. nápravy vymknutí, fixace zlomené kosti, odstranění cizího tělesa, ostrých úlomků nebo hnisu z rány, prospěšného vlivu tepla z ohnišť na některé chorobné procesy, používání vody k ochlazování zanícených míst nebo vymývání ran. I přesto, že člověk ze zkušenosti poznal, že mnoho chorobných procesů, hlavně poranění, má svou příčinu v proniknutí cizího tělesa nebo škodliviny do těla, stále považoval u některých nemocí za příčinu jiný předmět nebo jev. Člověk se tak přikláněl k magickým představám (uhranutí, zlý duch, démon, božstvo) a usiloval o odstranění příčiny (vyhánění zlého ducha). Pomocí různých zařikávání, totemů, amuletů, fetišů a později i prostřednictvím lidí (čarodějů a šamanů) si chtěl naklonit nadpřirozené síly.

V mladší době kamenné (neolitu) četné nálezy potvrzují léčení látkami rostlinného, živočišného a i nerostného původu. Velký pokrok byl i v operační chirurgii. Prováděli se trepanace lebek, časté byli i amputace, existují i důkazy o úspěšném léčení a ošetřování poranění a zlomenin. Ale i v neolitu mezi běžné léčebné praktiky patřilo nakuřování, zařikávání a další magické léčebné úkony.

Lidé v pravěku nacházeli léčivé přípravky mezi rostlinami, minerálními látkami, ve zvířecích tělech a zpracovávali je. To co jim příroda poskytla pak sušili, kvasili, mísili, pekli nebo také spalovali, tavili v keramických, skleněných a kovových nádobách. Léčivé přípravky byly pak ve formě placek, kaší, bochníků, odvarů, výluhů, nápojů a roztoků.

Díky rozvoji obchodu, řemesel se civilizace dostávaly do vzájemného styku a tudíž se ovlivňovaly nejen v kultuře, hospodářství, technice a vojenství, ale v neposlední řadě i v léčitelství. Každé z civilizačních center něčím přispělo a obohatilo tak pokladnici léčitelských znalostí. Tyto znalosti, které byly rozvinuty starověkými Řeky a přešly k Římanům a odtud pak do arabské říše v 7. – 15. století.n.l. Dále pak přecházely od 11. století léčitelské znalosti do jižní Evropy, do Itálie a Francie, a v dalších stoletích na sever Francie, do Německa a do Českých zemí. Touto cestou se dědily, předávaly a obohacovaly medicínské a farmaceutické poznatky od pravěku k dnešku. (1, 2, 5)

1.2 Egyptské léčitelství

Soustředovalo v chrámech, ve kterých byly i léčitelské školy. Kněží zde zaznamenávali na papýrech postupy léčení, magická zařikávání nemocí, recepty na léčivé přípravky. Tyto přípravky se také v chrámu zhotovovali, převážně z rostlinných, méně už ze živočišných, minerálních nebo chemických látek. Už tady se objevuje určitá specializace lékařských oborů, neboť zde byl lékař očí, břicha, zubů aj. Starý Egypt je považován (vedle staré Indie) za kolébku chemie, z níž se pak vyvinuly chemické poznatky Řeků, které dědili a rozmnožili Arabové. Na těchto poznatcích vyrostla středověká alchymie a z ní později i chemie léčiv. (1,2,5)

1.3 Starověké řecké léčitelství

Mělo dvě větve, kněžskou (chrámovou) a laickou. Do obou se dostávaly poznatky z Mezopotámie, Fénicie, Egypta i Kréty.

V chrámech se léčilo především spánkem, ale vyráběly se i léčivé přípravky a byla možnost se zde léčitelskému umění naučit. Laická větev léčitelství byla od 6. stol. př.n.l. ovlivňována řeckou přírodní filozofií. Poznatky třídila do věd a snažila se z nich vycházet při vysvětlování světa a bytí. V léčitelských školách vznikla humorální nauka o vzniku nemocí. Nejvýznamnější představitel školy, Hippokratés z Kós (asi 460 – 377 př.n.l.) se nedomníval, že zdraví a nemoc je dar nebo trest bohů, na rozdíl od ostatních léčitelů z řad kněží. Hippokratés vycházel z filozofického předpokladu, že podobně jako svět je i lidské tělo složeno z rovnovážné směsi čtyř vzájemně protikladných a neproměnných živlů – země, vody, vzduchu a ohně. Rovnováha prvků v těle a jim odpovídajících čtyř šťáv (humores) – černé žluči (odpovídající živlu země, byla suchá a studená), slizu (odpovídal vodě a byl studený a vlhký), krve (ta byla přiřazena ke vzduchu a byla vlhká a teplá) a žluté žluči (srovnávala se s ohněm, teplá a suchá) – a soulad těchto prvků s vnějším prostředím znamenal zdraví. Naopak nesoulad a porucha rovnováhy mezi prvky a šťávami a harmonie s okolím zapříčinila nemoc. Tato představa je základem humorálně patologické teorie. Z této teorie vycházela hippokratovská léčba léky. Pokud převážila v těle některá ze čtyř šťáv, cílem farmakoterapie bylo její přebytek vyloučit nebo přemístit do jiné části těla pomocí léčiva s opačnými vlastnostmi. Byla tedy podávána dávidla, kýchadla, projímadla, dávaly se prostředky k pocení, také se pouštěla krev žilou a sázely se baňky. Léčiva se rozlišovala do čtyř skupin a to na chladivá – např. kyselé víno, ocet, lněné semeno, zahřívající – sladké hrozny, hořčice, navlhčující – roztok medu ve vodě, vysušující – med a šalvěj. Tuto humorální teorii později více zpracoval řecký lékař Galénos (asi 129 – 130 až přibližně 201 n.l.). Humorální nauka o

vzniku a původu nemocí přetrvávala v různé podobě do 18. století. Po polovině 18. století vznikla protichůdná metoda léčení. U této metody se podávaly v minimálním množství látky vyvolávající podobné příznaky, jako měla léčená nemoc, tzv. homeopatie (z řeckého homis – stejný, podobný) – „léčení podobného podobným“.

Ve starém Řecku byl léčitel – „iatros“ váženým řemeslníkem. Ošetřoval pacienty v dílně ve svém domě, kde se zároveň vyráběly i léčivé přípravky. Apothéke, sklad (z řeckého apo – od, pryč a théke – nádoba, schránka na uchovávání, odkládání) bylo místo, kde v hliněných, skleněných a jiných nádobách „iatros“ uchovával léčiva a přípravky. „Iatros“ fungoval nejen jako lékař, ale také jako lékárník (farmaceut). V jeho iatreionu můžeme vidět zárodek pozdější lékárny.

Řeční léčitelé se snažili najít pro každou nemoc specifické léčivo. Kombinací co největšího počtu léčiv v přípravcích pak chtěli dosáhnout vyléčení co největšího počtu chorob. Jejich touha po vytvoření vše hojícího léku vedla k rozšíření počtu léčiv. Nejslavnější lék a to až do poloviny 18. století byl theriak, čili dryák, univerzální prostředek, původně antidotum, podávaný proti kousnutí jedovatými živočichy. Tento theriak se skládal z více než padesáti různých léčiv a byl připravován před soborem lékařů a šlechty. (1,2,5)

2 Středověké léčitelství, léčení (do poloviny 14. století)

O léčení Slovanů jsou doklady od 6. století. Léčitelé jsou známi pod různými jmény jako např. lékař, volchv, vrah, čaroděj, korenice. Jména získali podle toho, jaký způsob terapie používali. Léčili nejen muži ale i ženy, především magickými úkony, ale také pomocí léčivých rostlin, chirurgických zásahů, masáží, hydroterapie nebo psychoterapie. Magie se používala v prevenci chorob (při těhotenství, porodu, u malých dětí). V hojné míře se k léčení používaly léčivé rostliny, např. česnek, cibule, pelyněk, podběl, lopuch, mateřídouška, chmel, mák, konopí apod. Známé byly i jedovaté rostliny, např. blín. Staré názvy některých rostlin svědčily o znalostech jejich léčivých účinků. Daleko méně než léčivé rostliny se používaly masti, žluče, med, soli, pryskyřice apod.

Staroslovanské léčitelství bylo směsicí obecných indoevropských koncepcí a vlastních slovanských empirických poznatků a magických pojetí. Obohaceno bylo také díky stykům se sousedními národy a nepřímo také působil vliv řecko-římské civilizace (Gremek). Když bylo přijato křesťanství (roku 845), začalo se k nám šířit západní klášterní lékařství a to především díky působení benediktinského řádu. Benediktinské léčitelství vycházelo především z křesťanské milosrdné péče o nemocné a bylo projevem víry v Krista a jeho následování.

Poznatky mniši čerpali především z latinských spisů Hippokrata, Dioskúrida, Galéna atd. Také psali soupisy předpisů na již osvědčené léčivé přípravky – tzv. receptáře. Církev zaujala ostře negativní stanovisko proti pohanské magii. I přesto se mnohé ze staroslovanských léčebných praktik zachovalo v lidovém vesnickém léčitelství a kořenářství, protože oficiální medicína zůstala dlouho omezena na vládnoucí vrstvu města.

Zdravotní stav obyvatelstva a hlavně časté epidemie souvisely v období středověku především s hygienickými podmínkami života a práce, s výživou a ostatními faktory prostředí. I v této době byl vznik nemocí připisován vůli boží a lidské tělo bylo považováno za nástroj hříchu. Tyto rigidní názory, snižovaly veškerou snahu o poznání skutečné příčiny chorob a tělesnou péči, soustavnou hygienu a o účinná zdravotnická opatření, která byla především v rukou církve. Nejvýraznějším zdravotním problémem ve středověku byly epidemie – především mor, a zvláštním problémem bylo tzv. malomocenství – lepra. Od roku 1348 hubil mor několik let populaci téměř po celé Evropě.

Léčebná opatření ani účinná terapie neexistovala – lékaři a ranhojiči byli bezmocní a nejvíce se tedy spoléhalo na nadpřirozenou boží pomoc. Pouze zřídka byla poskytována sociální pomoc v podobě zřizování dočasných útulků, zásobování hladovějících, soukromá a církevní dobročinnost. Později na území našeho státu vznikly tři základní typy ústavů charitativního, sociálního a léčebného poslání. Byly to špitály (klášterní i světské), nemocnice pro malomocné, klášterní nemocnice. Malomocenství – lepra byla rozšířena mezi všechny vrstvy obyvatelstva. Postižení byli vyháněni z měst, vesnic a obydlí do lesů a odlehlých končin, kde bez pomoci a potravy pomalu umírali. Ušetření tohoto zacházení nebyli ani ti nemocní, kteří trpěli elefantiázou, psoriázou a jinými nemocemi.

První školení lékaři se objevili s prvními stopami křesťanství v našich zemích. Církev se stala nositelkou středověké medicínské vzdělanosti, navazovala na často zkreslené poznatky ze starověku a protože charitativně zdravotní úkoly představovali důležitou součást činnosti duchovenstva, bylo určité minimum léčitelských znalostí součástí jejich vzdělání. Současně však církev díky své ideologii byla brzdou rozvoje poznání. V našich zemích bylo dopřáno vzdělání jen velmi málo lidem a to těm, kteří byli určeni pro duchovní dráhu. Až v pozdější době (koncem 12.stol. a hlavně ve 13.stol.) odcházeli studenti za studiem medicíny do zahraničí (Itálie, Francie).

V době vlády posledních Přemyslovců (13.stol. – počátek 14. stol.), nejpozději za vlády Přemysla I. (1197 – 1230) existuje hodnost lékaře – *physicus regius*, z doby Přemysla Otakara II. (1253 – 1278) jsou v listinách jmenováni lékaři a v této době je již širší zájem o medicínské otázky.

O lékařské pomoci chudým, lidem z venkova a usedlíkům není mnoho zpráv. Ale i přesto, že lékaři při svých promociích skládali slib, že budou léčit jak bohaté tak chudé, dostávalo se chudým jen velmi zřídka lékařské péče. Provozování léčebné praxe bylo umožněno nejen absolventům vysokého učení. Výrazem „medicus“ nebo „physicus“ byli označovány i jiné osoby, které provozovali léčitelskou činnost, nebo osoby, které prodávali léky apod. Nestudovaných lékařů nebylo málo. Mezi osobami, které byli obeznámeny s léčebnými výkony se vyskytovali i šarlatáni, kteří nabízeli fantastické prostředky proti všem nemocem. Léčebné výkony běžně prováděli i příslušníci povolání, kteří měli na starosti péči o tělo jako např. holiči (barbíři, bradýři), lázeňští (lazebníci) a ranhojiči. Anatomických znalostí se využívalo i u katů, kteří své znalosti nabyli díky mučení lidí. Jejich povinností bylo, aby uměli zahojit rány, které způsobili a z toho tedy vyplývá, že znali různé masti, obvazy apod. Mezi prostým, chudým lidem i příslušníky vyšší vrstvy si udržovalo starou tradici i bylinné léčení kořenářek, mastičkářů, apod. a to i přesto, že často byli stíháni posměchem a opovrhováním. K lidem, kteří vykonávali léčitelskou činnost patřili např. i ovčáci. Ti pomáhali na venkově při komplikovaných porodech, protože měli zkušenosti z chovu ovcí. Dále zde také existovali např. potulní chirurgové, oční „lékaři“, řezači kamenů, řezači kýl. Lidé se k nim obraceli při nedostupnosti skutečného lékaře nebo ranhojiče, ale i kvůli nedostatku peněz nebo důvěry. Někteří lidový chirurgové, kteří se většinou věnovali léčení pouze jednoho orgánu, bývali velmi často zkušený a zruční. Specializovali se např. na léčbu zlomenin, vymknutí, na odstraňování kamene z močového měchýře, kýl, píštělí, očních zákalů, na trhání zubů apod.

Společenské postavení jednotlivých druhů zdravotníků bylo dáno společenským žebříčkem. Kněží – lékaři, mniši – ošetřovatelé, jeptišky i mnišští lékárníci klášterních lékáren byli v době předhusitské zpravidla osobami váženými. Rovněž učení lékaři měli společensky významné postavení. Postavení lékárníků záleželo na jejich zámožnosti. Holiči, lazebníci a chirurgové patřili k málo váženým osobám. Jan Lucemburský (1310–1346) je výslovně vylučuje z konšelské funkce pro nečestnost zaměstnání. I porodní báby neměly vážené povolání.

O způsobu praxe se dozvídáme především z beletrie. Lékař si dělal jasno o stavu pacienta vyslechnutím jeho potíží a důkladnou aspekcí, aby pacienta mohl zařadit do konstitučního typu. Dále pak prohlížel moč a hmatem vyšetřil puls. Naordinoval nemocnému režim dne, dietu a výkony, které pak provedl chirurg nebo hlavně u klysmat lékárník. Zvykem v tehdejší době bylo, že lékař sám zašel do lékárny a ústně nařídil přípravu léků a dohlížel na ni. Další možností bylo, že předpis léku zapsal do zvláštní knihy v lékárně. Délka receptu byla chloubou lékaře. Lékař ovšem mohl svou praxí nemocného i velmi poškodit. I přesto se

můžeme dočíst, že mnozí lékaři měli pověst zachránců života a lidé jim plně důvěřovali. Pravděpodobně to byli ti lékaři, kteří prováděli co nejméně zásahů a kteří dovedli rozumným režimem podporovat síly nemocného. V péči o zdraví jsou zřejmé rozdíly mezi venkovem a městem, mezi vládnoucí vrstvou a většinou lidu. Nejlépe bylo postaráno o panovníka a jeho rodinu, dvůr, vyšší šlechtu, o bohaté a zámožné řemeslníky.

Důležitým zařízením se zdravotním posláním byly také lázně. Pomáhaly udržovat osobní hygienu, prováděly se tam i menší chirurgické výkony jako např. ošetření povrchových vředů, ran, popálenin, přikládaly se baňky a pouštěla se krev. V lázních se také k léčebným účelům používalo parních a horkovzdušných koupelí, nebo koupelí v bylinných odvarech. Tam kde se nacházely minerální prameny, sloužily k léčení i tyto. (1, 2, 5, 9)

3 Nemoci a léčení v období od středověku k renesanci (1348 – 1620)

V roce 1348 byla v Praze založena Karlova univerzita, na níž se studovalo mimo jiné i lékařství, i když fakulta přestala na určitý čas v 15. století fungovat, její vznik znamenal novou fázi rozvoje v našem lékařství. Ve 13. a 14. století ovlivňovala Evropu především lékařská škola v Montpellier. Díky této škole se dozvídáme o chemických léčivech používaných v lékařství. Ve školách se studenti učili i o léčivých rostlinách a za poučení o přípravě léků medicí chodili společně s učiteli do lékárny. Avšak učili se pouze teorii, do lékáren chodili pouze přihlížet, neboť lékárenství, jakožto lázeňství bylo doménou apotekářů a lázeňských. Jak léčit a postupovat při nemocech se studenti ale i lékaři dozvídali z různých rukopisů, sborníků a regimentů zdraví. Mezi oblíbenou léčbu středověku patřilo pouštění krve žilou, ale i rady které vyplývaly z učení významných lékařů jako byl např. Hippokrates (asi 460 – 370 př. n.l.), Galenos (129 – 199 n.l.). Učení těchto lékařů založené na humorálně patologické teorii, se stalo také základem učení pro studenty na lékařských školách.

Již zmíněné regimenty zdraví, byly většinou veršovaná říkání, podle příkladu regimentu zdraví Školy salernské. Rady pro udržení zdraví v regimentu se nesly v tomto duchu; dýchat dobrý vzduch, střídme jídlo a pití, střídání pohybu s odpočinkem, spánek v náležité době, péče o odstraňování zbytků a rovnováha duševní.

Názory o lidských typech je možno najít v traktátu pocházejícím z 15. století, zvaném Hvězdářství pro krále Jana. Jsou tam charakteristiky sangvinika, cholerika, melancholika a flegmatika, které jsou podle Hippokrata určeny lehkou převahou jedné z tělních šťáv.

Nadále jsou velkým problémem epidemie, ale také hladomor. Z tohoto období máme i zmínky o nemocech jako byla křivice, kurděje, anémie, kretenismus, trpaslictví, černý kašel,

spála, malárie, duševní nemoci. Z návyků pití se v hojné míře také vyskytoval alkoholismus. Zmrzačených lidí také bylo mnoho díky soudním procesům a následným trestům. Pomalu mizející chorobou u nás v 16. století bylo malomocenství. Začala se však šířit příjice – syfilis. Když se tato nemoc blížila ke střední Evropě, varoval sněm ve Wormusu obyvatelstvo před tzv. „francouzskou nemocí“ pomocí letáku, který byl předčítán hlasateli. Lidé brzy poznali, že se nemoc přenáší pohlavním stykem. Také proto byly prostitutky, jako zdroj infekce, vyháněny z měst a nebo zůstávaly pod lékařským dohledem. Další nemocní, nebo podezřelí nakažením, byli izolováni v morových nemocnicích, nebo vyháněni na ulici. Města začala zřizovat infekční špitály pro lues. Léčilo se také guajakovým dřevem, rtuťovými kúrami, majetnější lidé chodili „slabost“ léčit do lázní. Z dochovaných zdrojů se také dozvídáme o léčbě křenem ve směsi s mandlovým mlékem a octem. Celá směs byla určena k potírání. V roce 1529 u nás proběhla epidemie anglického potu, v roce 1520 také epidemie chřipky, pravděpodobně španělské.

V péči o zdraví společnosti bylo na prvním místě městské zdravotnictví. Města získávala zdravotní pracovníky do smluvních poměrů. Zdravotnická ochrana spočívala v tom, že lékař dohlížel na ranhojiče, porodní báby, které také mohl zkoušet, mohl rozhodovat o malomocenství nebo o lues jednotlivých lidí. V 16. století byli pro boj s epidemiemi ustavováni tzv. zemští lékaři. Vydávala se i protiinfekční opatření, jedno takové vydal v roce 1562 např. Ferdinand I. (1526), ve kterém stálo, že se v době epidemií zakazuje prodej alkoholu, starého šatstva apod., zakazoval svatby, prodej nezralého ovoce, chov vepřů ve městě atd. Lidé, kteří přicházeli do města z jiných míst, museli mít atest, že nepřicházejí z místa, kde je epidemie. Lázně v době epidemií měly být pro veřejnost uzavřeny, stoky se měly čistit, zemřelí na mor se měli pochovávat mimo město.

Ve zdravotnických zařízeních oproti středověku nedošlo k výrazným změnám. Zvětšoval se počet lékáren. Na rozdíl od lékáren začalo v 16. století ubývat veřejných lázní ze strachu před syfilis. Lidoví léčitelé, kořenářky, mastičkáři, potulní chirurgové, kati apod. stále sloužili pro prostý lid. Péči o vojáky vykonávali holiči, kteří také prováděli potřebné chirurgické zákroky. Ošetření si tito žoldnéři museli sami hradit ze svého žoldu. Bohatí a vysoce společensky postavení lidé se snažili získat lékaře pro sebe a svou rodinu. Většinou to ovšem nebyli školení lékaři, ale pouze lékaři – laici. Zámožní lidé stonali doma, kde se jim také přímo prováděli chirurgické zákroky. Podle svého vlastního uvážení si domů volali buď učené lékaře, ranhojiče a nebo lidové léčitele. Když byl nedostatek lékařů, léčilo se i tak, že nemocný popsal své problémy v dopise a lékař jej léčil na dálku. Chudí a bezmocní lidé, žebráci, kteří neměli žádnou rodinu, která by se o ně postarala, byli odsouzeni k žebrotě a

pomalé smrti hladem a nemocemi. Žádná zdravotní a sociální pomoc nebyla poskytována Rómům. Tito lidé byli naprosto bezprávní a bylo jimi hluboce opovrhováno. (1, 5, 9)

4 Nemoci a léčení v době pobělohorské (1620 – 1740)

Toto období je klasifikováno jako „poslední morové století“. V dobách velkých epidemií vznikaly zdravotní komise. Posláním těchto komisí bylo řídit protiepidemické akce a shromažďovat data o úmrtích a onemocněních. Lékaři i další vzdělaní lidé sepisovali zdravotně osvětové proti morové opatření. V těchto opatřeních se setkáváme se stejnými doporučeními jako v dobách středověku. V novověku již byly daleko více propracovanější a důslednější. Již nebyl hlídán jen vstup do obcí a měst, ale také do zemí. Jinou ochranou proti moru byla také tzv. proti morová procesí. Z těchto dob také pochází množství morových sloupů, které můžeme najít po celé České republice.

Významné postavení v dohledu nad zdravotním stavem v království měla také znovu obnovená Lékařská fakulta na Karlově Univerzitě. Měla právo dohledu nad hlavními kategoriemi léčitelů v zemi (graduovaní lékaři, chirurgové, lékárníci, porodní báby). Fakulta také přezkušovala oční lékaře, operatéry kýl, řezače kamenů apod. a v její kompetenci bylo přísně zakročit proti podvodníkům a fušerům. V tomto období se již mnohem zřetelněji vymezují hranice mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky. Dle klasifikace zdravotníka mu byl určen typ studia a zkoušek, podmínky za kterých mohl vykonávat svou činnost. Např. chirurgové (ranhojiči), lazebníci na fakultě studovat nesměli.

Typickou nemocí 18. století se staly neštovice, které začaly ustupovat až po zavedení vakcinace. Dále se vyskytovala různá horečnatá onemocnění, střevní infekce (skvrnitý i břišní tyfus, úplavice). Usuzuje se, že některé poruchy zažívacího traktu mohly být i nádorového původu. Všechny věkové i sociální skupiny postihovala plicní tuberkulóza. Mnoho nemocí bylo zapříčiněno špatnou životosprávou. V tomto období se již upouští od dřívějšího oblíbeného léčebného postupu, pouštění žilou. (1, 5, 9)

5 Nemoci a léčení v období druhé pol. 18. a první poloviny 19. století

Zdravotní stav obyvatelstva především v 18. století byl špatný. Marie Terezie (1740–1780) společně ve spolupráci se svým osobním lékařem a poradcem v otázkách zdravotnických zahájila osvícenské reformy. Podrobněji se reformami týkající se zdravotnictví se v této práci nebudeme zabývat, neboť to není cílem. Avšak co je důležité je, že vznikl tzv. generální zdravotní řád, kterým se měli řídit všichni zemští, krajští fyzikové,

doktoři, lékařští praktikové, chirurgové, lékárníci, lazebníci oční lékaři (okulisté), kýlořežci, kamenorežci a porodní báby.

Většina obyvatelstva na vesnicích i ve městech trpěla podvýživou a vyčerpáním z těžké fyzické práce. Omezené diagnostické možnosti znamenaly určení diagnózy až na základě výrazných symptomů. K lidem patřícím do chudších vrstev obyvatelstva se lékař volal až při smrtelném ohrožení. Podle pramenů se uvádí, že lékařská péče byla nedostupná až pro 80 % obyvatel. V druhé polovině 18. století se již nevyskytují velké epidemie moru. Mor vystřídal hladomor. Celoevropský hladomor došel do naší země v letech 1781 – 1782. Tyto pohromy provázely i epidemii neštovic (varioly). Tato nemoc byla jedinou epidemickou nemocí proti níž se medicína snažila preventivně bojovat očkovaním. Ve větším či menším epidemickém rozsahu se vyskytovaly i další infekční choroby např. spála, záškrť, spalničky, černý kašel. Průběh byl často smrtelný. Tuberkulózu v této době považovaly za neinfekční a zvláštní pozornost na ni byla zaměřena až v druhé polovině 19. století. Ve třicátých letech 19. století se objevila v našich zemích nová nemoc – cholera. Šíření cholery bylo přímo závislé na úrovni hygieny osobní i komunální – čistota vody, bydlení, zacházení s odpadky. Proto cholera postihovala především nejchudší vrstvu obyvatel. Lékaři se snažili na obyvatelstvo působit vydáváním různých publikací, kde nabádali k přísnému dodržování hygieny. (1, 5, 9, 2)

6 Nemoci a léčení od roku 1848 do roku 1918

V tomto období byly nemoci různě rozčleněny do skupin. Byly klasifikovány akutní, epidemické nemoci apod. Ve srovnání s předchozím obdobím byl zdravotní stav ovlivněn řadou hygienických a preventivních opatření. Zahrnovala péči o čistotu vody, kanalizace, účinnější dezinfekční prostředky, včasná izolace, antiseptiky apod. Pozitivně se také projevila prevence před neštovicemi (očkování). Po propuknutí epidemie neštovic v letech 1872-73 , kde mezi zemřelými byli jak očkovaní tak neočkovaní lidé se otevřela diskuse mezi odpůrci a stoupenci očkování. Výsledkem zmíněné epidemie bylo zavedení povinného očkování i přeočkování školních dětí. Tato opatření zapříčinila, že neštovice přestaly být do konce století vážným zdravotním problémem. Díky zmíněným opatřením se dosáhlo určitých úspěchů v boji s břišním tyfem, který se vyskytoval endemicky. Břišní tyf byl ale neustálou hrozbou vzniku epidemie. Velkým, prakticky neřešitelným problémem v tomto období byla stále tuberkulóza. I přesto, že v roce 1882 byl objeven Kochův bacil, většina obyvatelstva a mezi nimi i řada lékařů, nepovažovali tuberkulózu za nakažlivou chorobu. Toto smýšlení také

zapříčinilo i velmi pomalé zavádění zdravotních předpisů do praxe na přelomu století (např. plivátka ve školách a veřejných místnostech, výstrahy před líbáním tuberkulózních pacientů na ústa apod.) Pod pojmem tuberkulóza se v této době rozuměla téměř vždy tuberkulóza plicní. Ostatní formy byly většinou skryty pod pojem „obyčejné nemoci“. Úmrtnost na tuto chorobu stoupala a patřila mezi nemoci značně ovlivněné sociálními faktory. Až ve druhé polovině prvního desetiletí 20. století začala díky kvalitnější lékařské péči úmrtnost mírně klesat. K nemocem s vysokou úmrtností patřila i příbuzná skupina nemocí dýchacího ústrojí, která zahrnovala blíže nespécifikovaná a nedagnostikovaná infekční onemocnění těchto orgánů. Mezi tyto nemoci byl dlouho zahrnován i záškrť. V sedmdesátých letech vypukla epidemie záškrťu, jejímž důsledkem bylo že od roku 1878 bylo zavedeno povinné hlášení této nemoci. Vysoká byla i úmrtnost v dětském věku, která většinou byla připisována vrozená slabost. Skupina tzv. „náhlých onemocnění“ zahrnovala zřejmě náhlé příhody mozkové, srdeční, případně i jiná cévní onemocnění. Narůstal počet úmrtí na rakovinu, který se zvyšoval od druhé poloviny osmdesátých let.

V této době se ranlékaři dočkali velkých změn v postavení i ve studiu. Jejich studium se zrušilo a zavedl se jednotný titul MUDr. Přestal také platit zákaz o tom, že nesměli léčit vnitřní choroby, pokud byl v místě lékař. V roce 1874 byla také založena první ošetřovatelská škola v monarchii. Vztah společnosti k lékařům a ostatním zdravotním pracovníkům se díky pokrokům v medicíně měnil. Nejvýše postavení ve společenském žebříčku byli postaveni kliničtí profesori, k nimž se sjížděli, pokud jim to finanční situace dovolila, lidé z celé země.

V tomto období je zřetelný rozvoj nemocnic všech typů. V roce 1855 vydalo ministerstvo vnitra výnos, který nařizoval některým nemocnicím přijímat nemocné bez rozdílu stavu, vyznání a choroby. Mimo všeobecné nemocnice vznikala i speciální lůžková zařízení jak soukromá tak veřejná. V těchto zařízeních pamatovali i na lůžka pro nemocné s epidemickými nemocemi. Pokud vypukla epidemie zřizovaly se i epidemické nemocnice (např. při epidemiích cholery, tyfu, neštovic atd.) Na přelomu století vznikaly i ústavy pro plicní choroby, které v té době byly nejobávanějšími. Zlepšovala se i péče o hluchoněmé a slepé občany. Měnila se také ambulantní péče, hlavně pak v druhé polovině 19. století. Lékařské ordinace postupně nahrazovaly zanikající chirurgické oficíny.

Během 19. století došlo k významnému urychlení vývoje medicíny. Životní podmínky však byly pro většinu obyvatel velmi obtížné. Nedostatečnost hygieny, nedostatek kvalitní stravy a pitné vody, vyčerpání z namáhavé práce a všudypřítomné nemoci (především TBC, záškrť a černý kašel) znamenaly nízký průměrný věk obyvatel a vysokou úmrtnost. Pokrok medicíny na tom nemohl nic změnit. (1, 5, 9)

7 Období za první republiky (1918 – 1938)

Na zdravotním stavu obyvatelstva se obrovskou měrou podepsala první světová válka (1914 – 1918). Špatné sociální poměry, hygienické podmínky, nedostatek jídla, podvýživa mezi některými vrstvami obyvatelstva vedly k vysoké úmrtnosti především na infekční onemocnění, především tuberkulózu. Tato nemoc byla i nadále velkým problémem i když české zdravotnictví zaznamenalo úspěch v boji s touto nemocí pomocí očkování. Díky světové válce vyvstal velký zdravotnický problém a tím byla péče o 250 000 válečných invalidů (údaj pro celou ČSR). V tomto období také propukla pověstná pandemie tzv. španělské chřipky (1918 – 1920). Po první světové válce byl také zaznamenán zvýšený nárůst pohlavních nemocí. V boji proti těmto nemocem se uplatnila nejen profylaxe, osvěta a opatření proti prostituci, ale i rozvoj diagnostických a léčebných metod. V letech 1919 až 1935 vzrostl počet úmrtí na nádorová onemocnění o 80 %. Podobně rostl počet onemocnění srdce, krevního oběhu a od počátku třicátých let i výskyt cukrovky. Počátkem dvacátých let byl vynalezen účinný lék proti boji s touto nemocí, inzulin. Možnosti československého lékařství po první světové válce výrazně vzrostly jednak v oblasti diagnostiky, tak i v oblasti terapie.

V tomto období péči o nemocné již zajišťoval profesionální zdravotnický personál, lékaři, ošetřovatelky. Systém veřejného zdravotnictví spadl pod státní správu, která byla řízena ministerstvem. Zásadní složkou zdravotnictví od konce osmdesátých let minulého století, která umožnila poskytovat zdravotní péči, bylo zdravotní a úrazové pojištění. Nemalá část zdravotní péče byla poskytována na čistě komerčním základě v soukromých ordinacích nebo zdravotnických zařízeních. (1, 5, 9)

8 Období druhé světové války (1939 – 1945)

Období druhé světové války je charakteristické hladem, podvýživou, epidemiemi, tělesným i psychickým týráním, nelidskými pokusy některých nacistických lékařů. Během okupace stoupla nemocnost i úmrtnost na tuberkulózu a další infekční nemoci (dětská obrna, záškrť, spála, žloutenka, břišní tyf, skvrnitý tyf). Pro období druhé světové války jsou typické choroby z podvýživy. (9)

9 Od konce druhé světové války po současnost (1945 – 2008)

Po válce byl pochopitelný úbytek obyvatelstva v tehdejší Československu. Poválečný vzestup porodnosti nebyl tak zřetelný jako po první světové válce. Kojenecká úmrtnost poklesla z 87% (1945 – 1949) na 30% v roce 1954, což byl jistě značný úspěch vzhledem k tomu, že kojenecká úmrtnost je jedním z ukazatelů kvality zdravotnického systému. Zavedené povinné očkování proti tuberkulóze mělo na tyto údaje určitě také vliv. Díky tomuto opatření byla tato nemoc společně s dalšími infekčními nemocemi dýchacího a trávicího ústrojí odsunuta v žebříčku příčin úmrtí na nižší místo. Na druhé straně byl zaznamenán výší výskyt onemocnění srdce, oběhové soustavy a výskyt zhoubných nádorů.

Velkým úspěchem českého zdravotnictví a to i v mezinárodním měřítku, bylo naprosté eliminování dětské obrny, díky očkování z konce padesátých let. Dále pak zdravotnictví ve smyslu poskytování kvalitní zdravotní péče, nestačilo vývoji a to díky zaostalému technickému vybavení a zpomalení rozvoje.

V první polovině sedmdesátých let zasáhlo Československo tzv. baby-boom, kdy zvýšená porodnost byla na druhé straně doprovázena nepříznivým vývojem nemocnosti a úmrtnosti. V roce 1985 byl na našem území poprvé laboratorně diagnostikován první případ onemocnění AIDS.

Počátkem devadesátých let se po převratu začala připravovat transformace zdravotnictví. Odborníci kteří ji připravovali zhodnotili nejen stav mnoha zdravotnických zařízení ale i zdravotní stav obyvatelstva jako krizový. Od poloviny šedesátých let do poloviny osmdesátých let se např. Československo propadlo z 10. na poslední hodnocené místo v rámci evropských zemí co se týká střední délky života. I v poklesu kojenecké úmrtnosti ve srovnání s vyspělými evropskými státy Československo zaostávalo. Celková úmrtnost obyvatel byla vyšší, u mužů v produktivním věku, dokonce dvojnásobná oproti západoevropským zemím. Stoupal počet kardiovaskulárních a onkologických onemocnění, jakožto choroby podmíněné psychicky nebo psychosociálně (neurózy, hypertenze, ICHS, IM, vředová onemocnění žaludku, DM atd. Za nepříznivý zdravotní stav jistě mohlo zhoršující se životní prostředí, škodlivé návyky v životosprávě, nebo neefektivní využití volného času, stresové situace atd. V současné době je nejvyšší úmrtnost na nemoci oběhové soustavy a současně nejrozšířenějším zdravotním problémem, na druhém místě nádorová onemocnění. (ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2006)

Ve zdravotnictví dnes mohou pracovat pouze studovaní, kvalifikovaní lidé, odborný medicínský a zdravotnický personál. Stále je však volba na pacientech, kam se obrátí se svým

zdravotním problémem, protože i dnes existují různí léčitelé, bylinkáři apod. kteří nabízejí možnosti alternativní medicíny. (5, 9, 11)

10 Stručná historie farmacie

„ Farmacie je spojena s existencí člověka, vznikla s ním, je stejně stará jako on a potrvá tak dlouho jako on, i když měnila a bude měnit svou tvář. Lékárna a její funkce je dnes jen jednou součástí farmacie, ale svým posláním, rozvíjeným farmaceuty, stojí na konci celého vývoje léku. Na profesionálním postoji lékárníka, jeho konání „lege artis“, tzn. „dle zákona lékárnického umění i zákonných předpisů“, a na jeho vztahu k pacientovu zdraví záleží, zda bude lék patřičně účinný, zda se uskuteční smysluplně práce všech předcházejících farmaceutických odvětví a pracovníků, zda bude naplněn i terapeutický záměr lékaře.“ (Broncová, 2003, 1)

Začátky laického a veřejného lékárenství se u nás datují do 2. pol. 13. stol., a to ve spojitosti s rozmachem měst všeobecně, zejména pak Prahy. Toto období je také obdobím hojných politických, hospodářských i kulturních styků s Itálií a také s Německem. Právě z těchto zemí k nám přicházeli nejen kupci, stavitelé apod. ale i lékárníci. K nejznámějším lékárníkům v Praze patřil Angelus z Florencie (zemřel kolem r. 1408), sídlil na Starém Městě před r. 1350. Jmenovaný lékárník se stal dvorním lékárníkem krále Karla IV. (1346 – 1378). Založil tzv. „Hortus Angelicus“ – Andělskou, Andělovu zahradu, která byla jakousi botanickou zahradou, kde mimo jiné pěstoval i léčivé rostliny. Další zmínky o lékárnících a lékárnách pochází ze 14. století.

V roce 1348 byla založena Univerzita Karlova, což mělo velký význam pro chod a úroveň lékárenství nejen v Praze, ale postupně v celých Čechách. Lékárníci pražských měst pravomocně spadali právě pod Karlovu Univerzitu, rektorovi museli prokazovat své vědomosti, vzdělání a také jemu skládali přísahu. V ní se zavazovali, že budou vyrábět léčiva přesně dle lékařského předpisu, nebudou libovolně zaměňovat předepsaná léčiva, nevydávat bez předpisu silně účinné přípravky, nepřekračovat v sazbách stanové ceny a v neposlední řadě, že nebudou vykonávat léčebné zákroky. Mezi lety 1335 – 1350 potvrdil Karel IV. slezskému hlavnímu městu Vratislavi Řád pro lékaře, lékárníky a ranhojiče. Tento řád obsahoval ceny léčiv a přípravků. Rovněž vymezoval povinnosti a práva těchto zdravotníků a jejich vzájemné vztahy. Lékárny směly prodávat jen léčiva a přípravky, musely fungovat i v noci, o svátcích i nedělích. V náplni práce lékárníků byla nejen výroba a prodej léčiv, ale také výroba a prodej kosmetiky, různé pochutiny, výrobky z cukru, které byly zároveň léčivými přípravky. V lékárně se prodávalo i víno, sladké nápoje, papír, cizokrajné koření, ovoce, hedvábí, drahé látky apod. Lékárny také pomocí destilace z bylin začaly vyrábět „pálené vody“, které se v tehdejší době považovaly za velmi účinné léky. V 15. století byla

činnost i četnost lékáren silně ovlivněna husitskými válkami. Navzdory tomu se do konce století lékárny rozšířily do dalších významných měst (Kutná Hora, Mýto, Cheb, Jindřichův Hradec atd.)

V tehdejších předpisech léčiv převažovaly rostlinné složky, ale objevují se i zapráškované polodrahokamy, perly, také součásti zvířat, např. mazové žlázy z bobra, tzv. „bobrový stroj“, sloní kost, dále prach z mumií, později i tzv. drekapotheku, v níž účinnou součástí bylo lejno různého původu. Farmacie byla obohacována díky zámořským léčivům jako např. chinovníkovou kůrou proti horečkám, guajakovým dřevem, které se používalo k léčení lues, ipecaucuanhový kořen k léčení plicních nemocí, kokou, peruánským balzámem, tabákem a dalšími látkami rostlinného původu. Přípravky byly velice často vyráběny ve dvou verzích, pro majetné a nemajetné. Stále častěji se používalo chemických sloučenin jako léčiv.

Dalším novým faktem ve farmakologii byl rozvoj alchymie. V období na konci 15. století a počátkem 16. století žil lékař, alchymista a filozof Theophrast Bombastus de Hohenheim, zvaný Paracelsus (1493 – 1541). Díky jeho chemickému pojetí života – tělo je chemická laboratoř a nemoci jsou poruchy chemických pochodů v těle – přispěl k zavedení syntetických anorganických chemických léčivých látek a přípravků do terapie. Tímto postojem tedy dal základy novému směru v medicíně, farmacii, chemiatrii a potažmo i k novým vědám – lékařské a farmaceutické chemii. Od konce 16. století do poloviny 17. století se v našich zemích prosadila paracelsovská anorganická chemiatriká léčiva. Nejen chemiatrie, ale také fyzikální, biologické a lékařské objevy měly velký vliv na vývoj farmakoterapie. Poznatky z anatomie a fyziologie lidského těla ovlivnily další pokusy s injekcemi a transfúzí.

V roce 1739 v Praze vyšel speciální soupis léků. V tomto souboru, bylo možné se seznámit s tehdejšími léčivy i s přístroji, které byly používány k jejich přípravě.

Lékárny patřili k místům, kam pacienti přicházeli pro pomoc, velmi často bez rady lékaře, což v tehdejší době bylo zdrojem konkurenčních sporů. Ve druhé polovině 19. století již byly lékárny stále častěji vystavovány konkurenčním tlakům farmaceutického průmyslu, který se v našich zemích rozvíjel od sedmdesátých let. Stále znatelnější rozdíl byl mezi „klasickými lékárníky“ a lékárníky, kteří výrobu léků převáděli na výrobu strojovou. Za první republiky vznikla řada výrobních závodů tuzemských i zahraničních. Tyto opět představovaly konkurenci. Rozvíjela a prohlubovala se také spolupráce mezi závody a školami s chemicko-technologickým zaměřením.

Po roce 1989 kdy se totalitní režim změnil na demokratický systém, viděla spousta zahraničních firem, které v době komunismu působily v ČSSR jen v omezeném množství, velkou příležitost uplatnit se na trhu státu bývalého východního bloku.

To samozřejmě zapříčinilo prudký nárůst dovozu a spotřeby zahraničních léčiv. Např. v roce 1990 byla spotřeba zahraničních léčiv za 2.08 mld. Kč, domácích léčiv za 2,84 mld. Kč a v roce 2001 to bylo již za 33.77 mld Kč zahraničních výrobků. (SÚKL, 2001) V této době je to již největší podíl zahraničních léků. Ve stejném roce se spotřebovalo tuzemských léčiv za 7,93 mld. Kč.

Dle ročních statistik Státního ústavu pro kontrolu léčiv, každý rok spotřeba léčiv v ČR roste. Je to dáno tím, že naše populace stárne, ale také stále častějším výskytem závažných onemocnění v nižším věku. Odborníci si plně uvědomují to, že léky mohou zachránit život, zmírnit příznaky chorob, ale také že v nesprávném požívání, ublížit velmi vážně na zdraví. Proto se dělají různé výzkumy a studie, kde se odborníci z řad lékařů, farmaceutů atd. zabývají správnou preskripcí léků, vedlejšími účinky apod. (1, 2, 3, 4, 7, 8, 10)

VÝZKUMNÁ ČÁST

11 Cíle výzkumu a hypotézy

11.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit jak veřejnost dodržuje předepsanou farmakoterapii lékařem
2. Zjistit zda farmakoterapii více dodržují ženy, nebo muži
3. Zjistit kolika dotazovaným respondentům byla nabídnuta jiná léčba než léčba farmaky a kolik z nich jinou léčbu přijalo.
4. Zjistit kolik respondentů by bylo ochotno volit jinou léčbu než léčbu farmaky.
5. Kolik % dotazovaných respondentů v průběhu již započaté léčby u jednoho lékaře vyhledalo jiného lékaře a změnilo léčbu
6. Zjistit zda poplatky ve zdravotnictví (poplatky u lékaře za vyšetření, poplatky v lékárnách za recepty) od 1.1.2008 ovlivní počet návštěv u lékaře
7. Zjistit jak veřejnost nakládá s nevyužívanými léky na předpis.

11.2 Hypotézy

1. Domnívám se, že více jak 50% dotazovaných respondentů nedodržuje striktně léčbu.
2. Domnívám se, že farmakoterapii dodržují více ženy než muži, tedy že více jak 50% dotazovaných žen striktně dodržuje léčbu.
3. Domnívám se, že jiná léčba (než farmakoterapie) a její přijetí byla nabídnuta méně než 30 % dotazovaným respondentům.
4. Domnívám se, že jinou léčbu než farmaky, pokud by jim byla nabídnuta, by bylo ochotno přijmout méně než 40 % dotazovaných respondentů.
5. Domnívám se, že více jak 40 % dotazovaných respondentů v průběhu již započaté léčby změnilo lékaře a začalo užívat jiný farmaka.
6. Domnívám se, že nově zavedené poplatky ve zdravotnictví od 1.1.2008 ovlivní počet návštěv u lékaře. Tedy, že u otázky č. 5. (Od 1.1.2008 se platí v lékárně poplatek za každý druh léku na receptu, při návštěvě lékaře se platí za vyšetření. Domníváte se, že tyto skutečnosti mohou ovlivnit počet Vašich návštěv ve zdravotnických zařízeních?) více jak 60% respondentů vybere odpověď a/ ano, tato skutečnost by mohla počet mých návštěv ovlivnit, častěji bych volil/a/ samoléčbu.
7. Domnívám se, že více jak 70% dotazovaných respondentů, kteří nějaké nevyužívané léky doma vlastní, je neodevzdává do lékárny.

11.3 Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí dotazníkové metody. Dotazník byl jeden, totožný pro obě pohlaví.

11.4 Dotazník

Dotazník obsahuje 12 otázek. Bylo použito otázek typu otevřené, uzavřené – dichotomické, polytomické výběrové, polytomické výčtové a otázky kontrolní a identifikační.

11.5 Zkoumaný vzorek

Dotazníky byly rozdány široké veřejnosti a výběr respondentů nebyl omezen na jedno pohlaví. Dotazovaní respondenti měli více než 18 let. Horní věková hranice nebyla stanovena. Určitá část dotazníků byla umístěna v lékárnách v ČR, další část byla distribuována osobně nebo pomocí elektronické pošty. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Některé se nám nevrátily a některé byly pro neúplné vyplnění vyřazeny z výzkumu. Celkem tedy bylo zpracováno a zahrnuto do výzkumné práce 107 dotazníků.

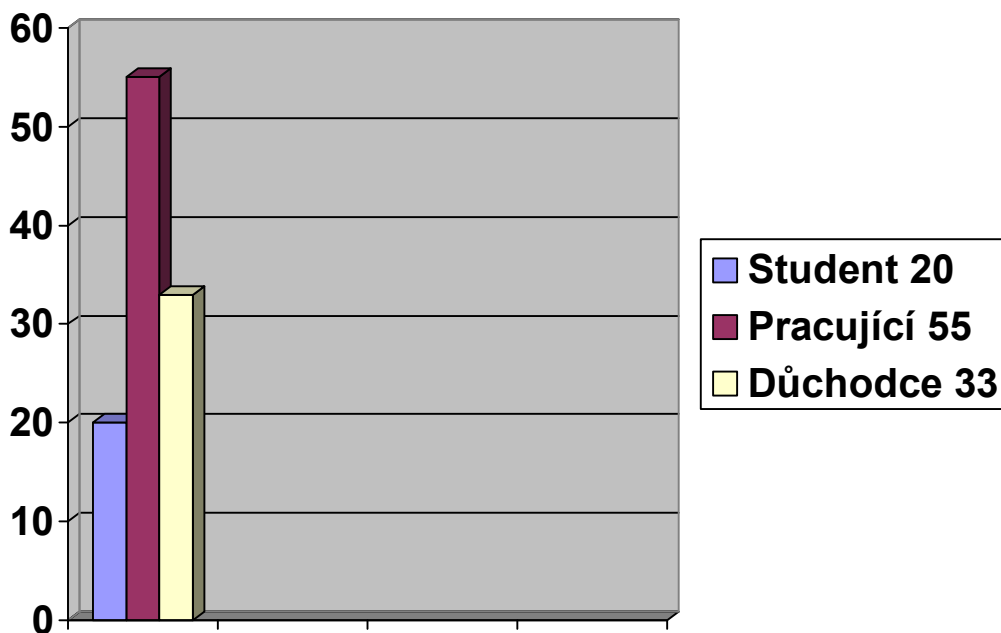
12 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Otázka č. 1. Jste

a/ student

b/ pracující

c/ důchodce



Graf č. 1 Rozřazení respondentů

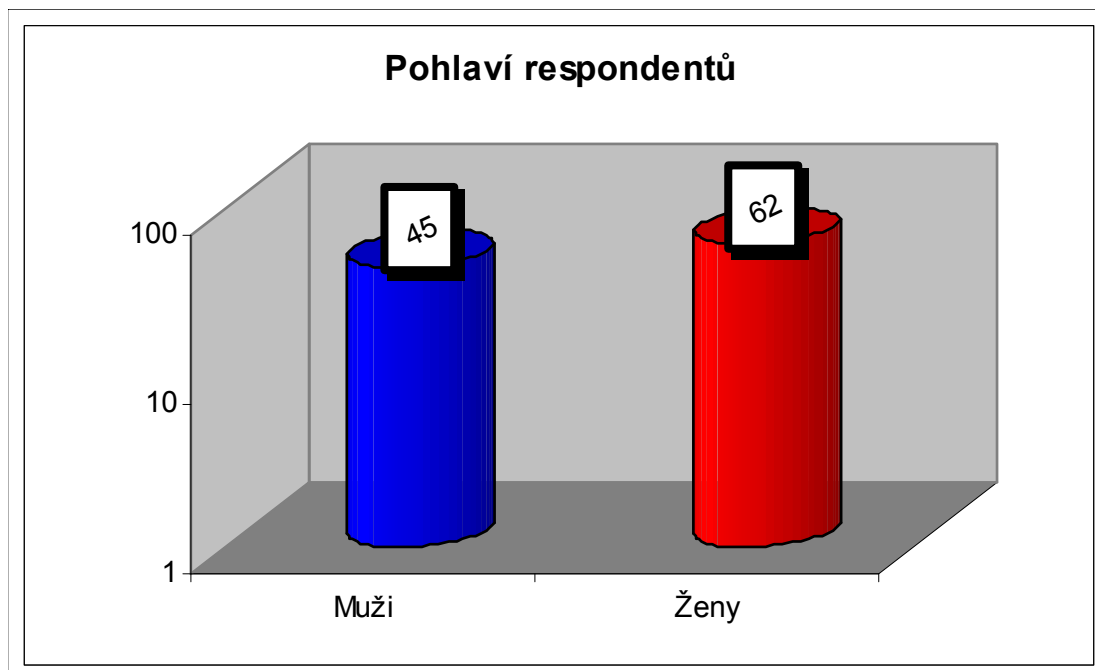
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Student	20	19%
Pracující	55	51%
Důchodce	32	30%

Pomocí otázky č. 1 jsme rozřadili respondenty do skupin na studenty, respondenty v aktivním věku a respondenty v důchodovém věku. Dle výsledků můžeme vidět, že nejpočetnější část respondentů zahrnutých do našeho výzkumu tvoří skupina pracujících.

Otázka č. 2 Jste

a/ žena

b/ muž



Graf č. 2 Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	62	58%
Muž	45	42%

Na otázku č. 2 respondenti odpovídali podle pohlaví. Z grafu můžeme vidět, že početnější skupinu v našem výzkumu zaujímají ženy.

Otázka č. 3 Jak často navštěvujete svého praktického lékaře?

a/ méně než 2x za rok

b/ více než 2x za rok

c/ téměř každý měsíc

d/ praktického lékaře navštěvuji pouze kvůli preventivním prohlídkám



Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	38	36%
B	41	38%
C	15	14%
D	13	12%

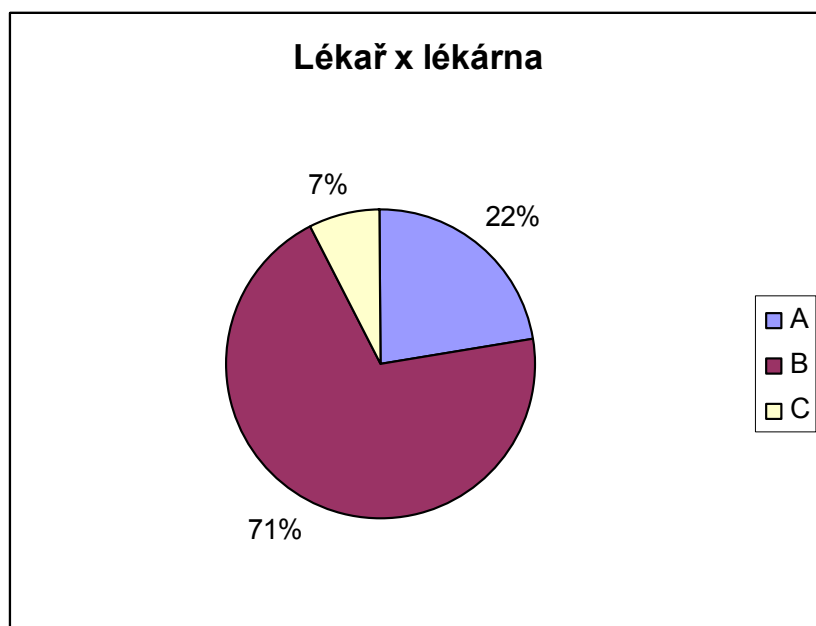
Otázka č. 3 byla do dotazníku zahrnuta pouze jako doplňující.

Otázka č. 4 . Pokud se necítíte zdráv/a/ vyhledáte vždy lékaře, nebo jdete přímo do lékárny, kde Vám lékárník doporučí lék?

a/ vždy vyhledám lékaře, který mi předepíše léky

b/ někdy jdu přímo do lékárny a nechám si poradit

c/ nikdy k lékaři nechodím, jsem zastáncem samoléčby



Graf č. 3 Lékař x lékárna

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	24	22%
B	75	71%
C	8	7%

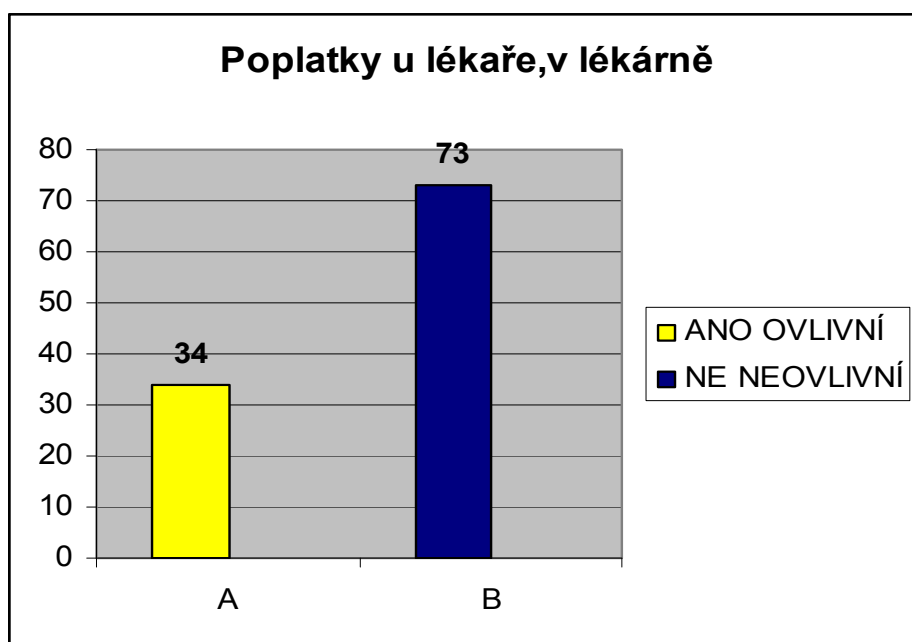
Z odpovědí na otázku č. 4 vyplývá že 71%, tedy 75 dotazovaných respondentů při potížích vyhledá lékárnu, kde si nechá od lékárníka poradit. Z celkového počtu 75 respondentů, kteří zvolili odpověď b/ je 16 respondentů, kteří se řadí do skupiny důchodců. Z této odpovědi tedy vyplývá, že 50% důchodců, kteří se zúčastnili našeho výzkumu jdou v určitých případech přímo do lékárny, tedy že nevyhledají lékaře. Můžeme se domnívat, že je to kvůli nově zavedeným poplatkům, neboť 12 ze 16 respondentů důchodců, kteří zvolili odpověď b/ u otázky č. 4, zvolili u otázky č. 5 odpověď a/ která říká, že nově zavedené poplatky mohou ovlivnit počet návštěv u lékaře, ve smyslu snížení počtu zdravotnických zařízení.

Otázka č. 5 Od 1.1.2008 se platí v lékárně poplatek za každý druh léku na receptu, při návštěvě lékaře se platí za vyšetření. Domníváte se, že tyto skutečnosti mohou ovlivnit počet Vašich návštěv ve zdravotnických zařízeních?

a/ ano, tato skutečnost by mohla počet mých návštěv ovlivnit, častěji bych volil/a/ samoléčbu

b/ ne, tato skutečnost neovlivní počet mých návštěv, vždy při potížích navštívím lékaře

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	34	32%
B	73	68%



Graf č. 4 Poplatky u lékaře, v lékárně

Z odpovědí respondentů na otázku č.5 můžeme zjistit, že i když od 1.1.2008 jsou zpoplatněny návštěvy u lékařů, platí se poplatky za každou položku na receptu atd., počet návštěv to u 73 dotazovaných respondentů neovlivní, a k lékaři budou chodit tak často jak uznají sami za vhodné, bez ohledu na poplatky. 34 respondentů bude častěji volit samoléčbu. Z toho 17 respondentů patří do skupiny důchodců, což je 50% dotazovaných, kteří se domnívají, že nová reforma ve zdravotnictví a poplatky s ní spojené budou hrát roli a častěji budou volit samoléčbu (tedy přímo návštěvu lékárny).

Otázka č. 6 Pokud Vám lékař předepíše léky, užíváte je dle jeho rady?

a/ ano, striktně dodržuji léčbu

b/ ne

c/ ano, ale občas si dávky léku upravuji dle potíží sám/a/

d/ ano, ale někdy vyhledám ještě jiného lékaře, odborníka se kterým svůj stav konzultuji a pokud mi předepíše jiné léky začnu užívat tyto

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	49	46%
B	3	3%
C	43	40%
D	12	11%

Otázkou číslo 6. jsme se dotazovali přímo na dodržování léčby. Z výzkumu vyplynulo, že léčbu striktně dodržuje 49 dotazovaných respondentů. Další otázka v našem dotazníku byla míněná kontrolně, neboť jsme očekávali, že respondenti, kteří zvolí odpověď a/ tedy – ano, striktně dodržují léčbu v následující otázce vyberou rovněž odpověď a/ tedy, že léky, které jim lékař předepíše využívají všechny. Toto se nám nepotvrdilo, neboť jen 26 respondentů ze 49 u otázek č. 6 a 7 vybralo obě odpovědi a/. V procentuálním vyjádření by to tedy bylo 28%. Ovšem vzhledem ke skutečnosti, že existují různé indikační skupiny léků, které i při striktním dodržování léčby není nutné využívat všechny, budeme brát v úvahu výsledek, že striktně léčbu dodržuje všech 49 respondentů, kteří vybrali odpověď a/ u otázky č. 6.

Otázka č. 7 Léky, které Vám lékař předepíše využíváte

- a/ všechny
- b/ většinou všechny
- c/ méně než polovinu
- d/ někdy je nezačnu užívat

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	37	35%
B	66	62%
C	2	1,5%
D	2	1,5%

Otázka č. 8 Domníváte se, že Vám lékař vždy dostatečně vysvětlí, jaké léky s jakými účinky Vám předepisuje?

- a/ ano, vždy mi lékař vše vysvětlí
- b/ ano vysvětlí, ale nezajímá mě to. Plně důvěřuji lékaři a léčbě farmaky
- c/ ne
- d/ vždy se u lékaře aktivně informuji sám/a/

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	35	33%
B	13	12%
C	32	30%
D	27	25%

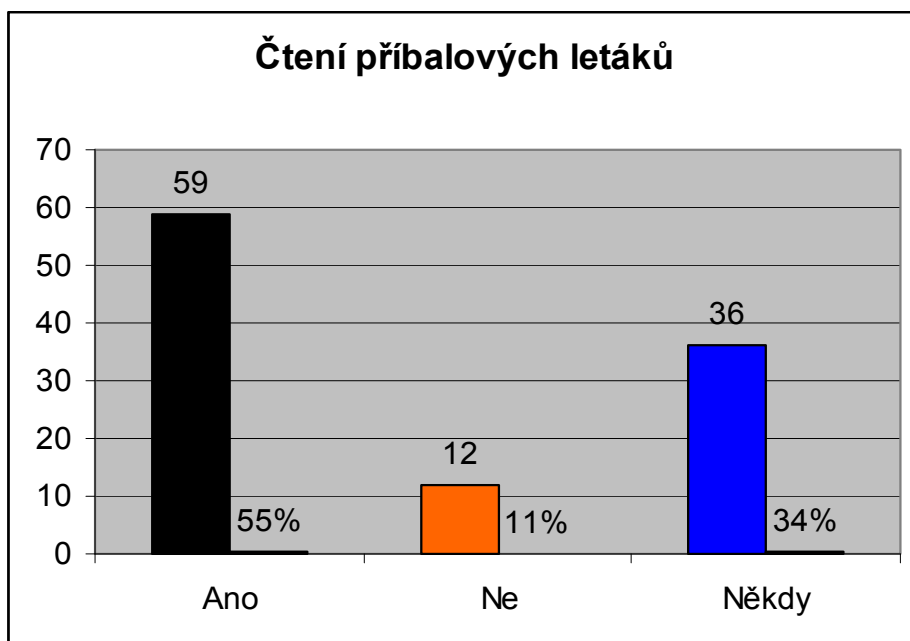
Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jaký přístup mají respondenti k léčbě, zda je vůbec zajímavá jaké léky užívají, zda mají dostatečné informace. Z odpovědí vyplývá, že pouhých 13 dotazovaných respondentů nechává veškerou odpovědnost na lékaři a na lécích. Nezajímají je podrobnosti. Dále z analýzy získaných dat u této otázky vyplývá, že lékaři mají aktivní přístup k pacientům a snaží se jim vysvětlit jaké léky vlastně užívají, jaké mají účinky apod.

Otázka č. 9 Čtete příbalové letáky u léků?

a/ ano

b/ ne

c/ někdy



Graf č. 5 Čtení příbalových letáků

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	59	55%
B	12	11%
C	36	34%

Tato otázka byla rovněž zaměřena na postoj respondentů k lékům. Chtěli jsme zjistit, zda se pacienti zajímají o to jaké léky užívají, s jakými účinky. Z odpovědí vyplývá, že respondenti v 55,10% čtou příbalové letáky, ve 33,6% někdy a pouhých 11,2% respondentů nečte letáky vůbec. Z uvedeného vyplývá, že respondenti mají zájem se o lécích a jejich vedlejších účincích dozvědět co nejvíce.

Otázka č. 10 Mohou informace na příbalových letácích /např. vedlejší účinky léků/ ovlivnit zda začnete užívat lék?

a/ ano

b/ ne

c/ někdy

d/ nikdy příbalové letáky nečtu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	27	25%
B	26	24%
C	47	44%
D	7	7%

V otázce č. 10 jsme se dotazovali zda informace na příbalových letácích mohou ovlivnit rozhodnutí o užívání nebo neužívání léku. Předpokládali jsme že, informace o vedlejších účincích léků (mimo způsobu dávkování) je to co nejvíce pacienty na příbalových letácích zajímá. Z výsledků vyplývá, že jen u 24% respondentů informace na letácích, tedy vedlejší účinky léků, respondenty neodradí a léky přesto začnou užívat. Rovněž tato otázka byla z části kontrolní, neboť jsme předpokládali, že počet respondentů, kteří u otázky č. 9 vyberou odpověď b/ tedy že nečtou příbalové letáky bude shodný jako počet respondentů u otázky č. 10, kteří vybrali odpověď d/ tedy – nikdy příbalové letáky nečtu. U otázky č. 9 to bylo 12 respondentů u otázky č. 10 to bylo jen 7 respondentů.

Otázka č. 11 . Stalo se Vám v minulosti, že by Vám lékař místo léků nabídl jinou alternativu (např. u bolesti zad – cvičení, rehabilitaci, u zažívacích potíží – změnu jídelníčku, u jiných potíží – homeopatika, fytotherapeutika /přírodní preparáty/, změnu životního stylu, změnu postoje ke svému vlastnímu zdraví.

a/ ne nabídl – a tuto alternativu bych stejně nezvolil/a/

ne nabídl – ale byl/a/ bych nad touto alternativou ochoten/a/ přemýšlet

b/ ano nabídl – a vybral/a/ jsem si tuto alternativu

ano nabídl – ale volil/a/ jsem stejně léky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	7	7%
	54	50%
B	39	36%
	7	7%

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda jsou respondenti ochotni převzít odpovědnost za svůj zdravotní stav a zda jsou ochotni hledat řešení u sebe sama. Zda vidí farmaka jako jediný způsob, kdy mohou opět být zdraví. Z výše uvedených výsledků, můžeme vyčíst, že poměrně vysoké procento 36% si zvolilo jinou léčbu, než léčbu klasickými farmaky. U 50% respondentů, tato nabídka nebyla učiněna, ale pokud by byla, byli by nad ní ochotni přemýšlet.

Otázka č. 12 . S nevyužívanými léky naložíte následovně

a/ nechám je v domácí lékárnice

b/ odevzdám je do lékárny

c/ dám známým, sousedům

d/ vyhodím do běžného odpadu

e/ žádné nevyužívané léky v domácí lékárnice nemám

f/ jiné – prosím napište

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
A	50	47%
B	27	25%
C	3	3%
D	13	12%
E	14	13%
F	0	0

12.1 Zpracování hypotéz

Hypotéza č. 1

1. Domnívám se, že více jak 50% dotazovaných respondentů nedodrží striktně léčbu.

Hypotéza č. 1 se nám potvrdila, neboť dle výsledků výzkumu vyplývá, že léčbu striktně dodrží pouze 49 dotazovaných respondentů ze 107 respondentů, tedy 46%.

Hypotéza č. 2

2. Domnívám se, že farmakoterapii dodrží více ženy než muži, tedy že více jak 50% dotazovaných žen striktně dodrží léčbu.

Hypotéza č. 2 se nám nepotvrdila, neboť celkový počet žen ve výzkumu byl 63, z nichž jen 28 dodrží striktně léčbu, což je 44% z celkového počtu dotazovaných žen. Mužů, kteří striktně dodrží léčbu je 23, tedy 51% z celkového počtu mužů.

Hypotéza č. 3

3. Domnívám se, že jiná léčba (než farmakoterapie) a její přijetí byla nabídnuta méně než 30 % dotazovaným respondentům.

Hypotéza č. 3 se nám nepotvrdila, poněvadž z výzkumu vyplynulo, že dotazovaných respondentů, kterým v minulosti byla nabídnuta jiná léčba než farmaky a kteří tuto léčbu přijali je 39, což je v procentuálním vyjádření 36%.

Hypotéza č. 4

4. Domnívám se, že jinou léčbu než farmaky, pokud by jim byla nabídnuta, by bylo ochotno přijmout méně než 40 % dotazovaných respondentů.

Hypotéza č. 4 se nám nepotvrdila, neboť 54 respondentů to je 50%, pokud by jim jiná alternativa než léky byla nabídnuta, by byla ochotna nad touto nabídkou přemýšlet.

Hypotéza č. 5

5. Domnívám se, že více jak 40 % dotazovaných respondentů v průběhu již započaté léčby změnilo lékaře a začalo užívat jiná farmaka.

Hypotéza č. 5 se nám nepotvrdila, neboť pouhých 12 respondentů z celkového počtu dotazovaných, tedy 11% vyhledala jiného lékaře, odborníka a v průběhu již započaté léčby a změnilo léčbu (léky).

Hypotéza č. 6

6. Domnívám se, že nově zavedené poplatky ve zdravotnictví od 1.1.2008 ovlivní počet návštěv u lékaře. Tedy, že u otázky č. 5. (Od 1.1.2008 se platí v lékárně poplatek za každý druh léku na receptu, při návštěvě lékaře se platí za vyšetření. Domníváte se, že tyto skutečnosti mohou ovlivnit počet Vašich návštěv ve zdravotnických zařízeních?) více jak 60% respondentů vybere odpověď a/ ano, tato skutečnost by mohla počet mých návštěv ovlivnit, častěji bych volil/a/ samoléčbu.

Hypotéza č. 6 se nám nepotvrdila, neboť jen 34 dotazovaných, 32% vybralo odpověď a/.

Hypotéza č. 7

7. Domnívám se, že více jak 70% dotazovaných respondentů, kteří nějaké nevyužívané léky doma vlastní, je neodevzdává do lékárny.

Hypotéza č. 7 se nám potvrdila, neboť respondentů, kteří nějaké léky v domácí lékárně mají a odevzdávají je do lékárny je 27, procentuálně 25%, z čehož tedy vyplývá, že respondentů, kteří s nevyužívanými léky nakládají jinak, než že je odevzdají do lékárny je 62%. Tento výsledek byl počítán pouze z 93 respondentů, protože 14 respondentů ze 107 odpovědělo, že žádné nevyužívané léky v domácí lékárně nemá.

Diskuze

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že globálně respondenti zahrnuti v tomto výzkumu farmakoterapii dodržují. Překvapivé je, že léčbu dodržují více muži než ženy. Respondenti se také zajímají o to, jaké léky jim lékař předepisuje a také čtou příbalové letáky. U 25% respondentů mohou informace na lécích zapříčinit to, že léky vůbec nezačnou užívat a u 44% někdy, což samozřejmě je v určitém smyslu plýtvání léky, neboť již jednou vydané léky, i když neužívané se nesmí vrátit zpět do distribuce. V tomto výzkumu bylo zahrnuto pouze 107 respondentů, ale hypoteticky by se dalo říci, že přibližně jedna čtvrtina léků skončí ve spalovnách, nebo spíše v běžném odpadu, protože respondenti v našem výzkumu nevyužívané léky nosí do lékáren pouze ve 25%, vlastně nikdy nebyla užívána. Z tohoto pohledu je to velmi vysoké procento zbytečně vydaných léků na předpis. Dle našich dostupných informací se ale s přesností nedá zjistit kolik ročně spálených léků je na lékařský předpis, neboť spalovny takové statistické údaje nevedou.

Dalším faktem, kdy dochází k plýtvání léků je situace, kdy pacient začne léčbu u jednoho lékaře, avšak během léčby vyhledá jiného a s ním mění i léčbu farmaky. Náš výzkum ukazuje, že tato situace nastala u 11% respondentů. I tento údaj tedy zvyšuje plýtvání léky.

Pozitivní fakta, která vyplynula z našeho výzkumu jsou ta, že v 36% byla našim respondentům nabídnuta v léčbě jiná alternativa než léky a rovněž byla přijata. V 50% případů jiná alternativa respondentům nabídnuta nebyla, ale byli by o ni ochotni přemýšlet. Zajisté by bylo zajímavé, jako předmět dalšího výzkumu zjistit, co všechno jsou pro sebe a své zdraví respondenti ochotni udělat, nebo kolik toho skutečně udělali.

V neposlední řadě na základě dat, které byly získány z výzkumu by se dalo konstatovat, že lékárny a lékárníci, se stále zvyšujícím se podílem hrazení léků ze strany pacientů a vůbec hrazení zdravotní péče, hrají významnou roli v péči o zdraví, neboť celých 71% respondentů v určitých případech vyhledá přímo lékárnou, kde si nechají poradit od odborného personálu. V určitém ohledu, se tak zřejmě budeme vracet do dob minulých, kdy v mnohých případech z nedostatku peněz a nebo nedostupnosti lékaře, nemocní přímo vyhledávali lékárny a lékárníky. I v tom můžeme spatřovat určitý způsob, jak by se dalo zamezit plýtvání léky, neboť pacient se přímo může dotázat na vedlejší účinky a účinky všeobecně a může se rozhodnout zda si lék koupí či nikoliv.

Cílem našeho výzkumu bylo rovněž zjistit, zda nově zavedené poplatky ovlivní počty návštěv ve zdravotnických zařízeních. Z výzkumu vyplynulo, že u celých 68% to návštěvnost

neovlivní a respondenti budou navštěvovat zdravotnická zařízení tolikrát, kolikrát to uznají za vhodné. Z předběžných statistik Ministerstva zdravotnictví České republiky ale vyplynulo, že počet návštěv u ambulantních specialistů klesl o 24%, počet hospitalizací o 14% a spotřeba léků o necelou polovinu. Zde tedy můžeme vidět rozpor mezi výsledky našeho výzkumu a jinými statistickými daty. Tyto statistiky však nejsou brány jako konečné a jsou pouze předběžné, tudíž tyto informace nemůžeme brát jako relevantní. Uvádíme je zde pouze pro zajímavost a možnost dalšího výzkumu, např. v roce 2009, což bude rok od zavedení poplatků.

Závěr

Zdravotnictví v České republice již není úplně „zdarma“ jak tomu bylo za dob komunismu. Dopláci se za léky, od 1.1.2008 se platí za hospitalizaci, vyšetření u lékaře, za každou položku na receptu, na pohotovosti apod. Vláda stále jedná o tzv. pětitisícovém limitu, který chrání pacienty, aby ročně nezaplatili víc než je tento limit. Různé politické strany se dohadují o tom, zda lidé s vyššími příjmy by měli mít tento limit vyšší, lidé s nižšími příjmy naopak. Zkouší najít inspiraci v okolních státech, jako např. v Německu, kde se výše limitu odvíjí od výše příjmů. To vše nasvědčuje tomu, že postupem času se pacienti stále více budou podílet na finančních výdajích za zdravotnictví a že zdravotní pojišťovny budou finance směřovat spíše na léčbu závažných onemocnění a s tím spojené vysoké výdaje za léky. Zřejmě i z tohoto důvodu zdravotní pojišťovny usilují o to, aby se zvýšil podíl na úhradě ze strany pacientů na tzv. podpůrných a doplňkových léčích jako jsou např. léky na vysoký tlak, prostatu, špatné prokrvení těla apod.

Uvedené kroky jsou zajiště úspornými opatřeními pro stát, zdravotní pojišťovny apod., ale zároveň by se tyto kroky mohly jevit jako návod pro občany, aby převzali odpovědnost za své zdraví a svůj zdravotní stav. V dobách komunistického režimu stát převzal veškerou odpovědnost za zdraví obyvatelstva, což nyní nese své ovoce v negativním slova smyslu. Lidé často přichází k lékaři již s pokročilým nálezem nemoci a čekají, že léky vše vyřeší. Je tedy na místě na obyvatelstvo apelovat, aby přijali odpovědnost nejen za své finance, zaměstnání, ale v první řadě i za své zdraví. WHO (světová zdravotnická organizace) proto společně s kraji ČR na podporu zdraví a prevence zavedla několik programů, např. Zdraví 21, Zdravá města apod.

Se stále zvyšujícím se podílem platby za zdravotní služby ze strany pacienta se v budoucnu jistě počítá. Je to také jeden z kroků, kdy vláda a stát chce občany motivovat k tomu, aby zdravotnických služeb využívali co nejméně a dbali více na prevenci a zdravý životní styl. I proto jsou preventivní prohlídky zdarma, aby se tak předcházelo nemocem a nebo aby naopak se nemoc zachytila v ranném stádiu.

Soupis bibliografických citací

1. BRONCOVÁ, D. *Historie farmacie v Českých zemích*. Praha: Milpo media, 2003. ISBN 80-86098-30-3
2. KETTNER, P. *Léky, léčitelství a šarlatáni*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1988. ISBN 40-058-88.
3. MANN, J. *Jedy drogy léky*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0508-0.
4. MARTÍNKOVÁ, J. *Obecná farmakologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1982. ISBN 40-363-89.
5. KOTLÁŘOVÁ, J., KRÁL, K. *Farmacie v ČR po roce 1989*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7262-423-7
6. KOL. *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna Print, 1994. ISBN 80-7153-081-6.
7. [Reflex, týdeník 39/2006 Roztroušené zdravotnictví](http://www.reflex.cz/Clanek25090.html) [online]
Dostupné z WWW: <<http://www.reflex.cz/Clanek25090.html>>
8. SOLICH, J. a kol. *Lékárenství*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 0806986.
9. [Státní ústav pro kontrolu léčiv, organizační složka státu Spotřeba léčiv v České republice v jednotlivých letech](http://www.sukl.cz/spotreba-leciv-v-ceske-republice-v-jednotlivych-letech) [online]
Dostupné z WWW: < <http://www.sukl.cz/spotreba-leciv-v-ceske-republice-v-jednotlivych-letech>>
10. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-424-1
11. USTAHOVÁ, E. *Farmakologie I*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, 1992. ISBN 80-7262-311-7.
12. [Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR Zdravotnická ročenka České republiky](http://www.uzis.cz/info.php?article=8&mnu_id=5200) [online]
Dostupné na WWW: < http://www.uzis.cz/info.php?article=8&mnu_id=5200>

Přílohy

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Dita Grohmanová a jsem studentkou III.ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Žádám Vás tímto laskavě o vyplnění dotazníku, který slouží k výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a žádná odpověď není správná, nebo špatná. Vyberte prosím odpověď, kterou dle svého názoru považujete za nejvhodnější. Děkuji Vám za vyplnění a čas, který jste mi tímto věnovali.

1. Jste

a/ student

b/ pracující

c/ důchodce

2. Jste

a/ žena

b/ muž

3. Jak často navštěvujete svého praktického lékaře?

a/ méně než 2x za rok

b/ více než 2x za rok

c/ téměř každý měsíc

d/ praktického lékaře navštěvuji pouze kvůli preventivním prohlídkám

4. Pokud se necítíte zdrav/a/ vyhledáte vždy lékaře, nebo jdete přímo do lékárny, kde Vám lékárník doporučí lék?

a/ vždy vyhledám lékaře, který mi předepíše léky

b/ někdy jdu přímo do lékárny a nechám si poradit

c/ nikdy k lékaři nechodím, jsem zastáncem samoléčby

5. Od 1.1.2008 se platí v lékárně poplatek za každý druh léku na receptu, při návštěvě lékaře se platí za vyšetření. Domníváte se, že tyto skutečnosti mohou ovlivnit počet Vašich návštěv ve zdravotnických zařízeních?

a/ ano, tato skutečnost by mohla počet mých návštěv ovlivnit, častěji bych volil/a/ samoléčbu

b/ ne, tato skutečnost neovlivní počet mých návštěv, vždy při potížích navštívím lékaře

6. Pokud Vám lékař předepíše léky, užíváte je dle jeho rady?

a/ ano, striktně dodržuji léčbu

b/ ne

c/ ano, ale občas si dávky léku upravuji dle potíží sám/a/

d/ ano, ale někdy vyhledám ještě jiného lékaře, odborníka se kterým svůj stav konzultuji a pokud mi předepíše jiné léky začnu užívat tyto

7. Léky, které Vám lékař předepíše využíváte

a/ všechny

b/ většinou všechny

c/ méně než polovinu

d/ někdy je nezačnu užívat

8. Domníváte se, že Vám lékař vždy dostatečně vysvětlí, jaké léky s jakými účinky Vám předepisuje?

a/ ano, vždy mi lékař vše vysvětlí

b/ ano vysvětlí, ale nezajímá mě to. Plně důvěřuji lékaři a léčbě farmaky

c/ ne

d/ vždy se u lékaře aktivně informuji sám/a/

9. Čtete příbalové letáky u léků?

a/ ano

b/ ne

c/ někdy

10. Mohou informace na příbalových letácích /např. vedlejší účinky léků/ ovlivnit zda začnete užívat lék?

a/ ano

b/ ne

c/ někdy

d/ nikdy příbalové letáky nečtu

11. Stalo se Vám v minulosti, že by Vám lékař místo léků nabídl jinou alternativu (např. u bolesti zad – cvičení, rehabilitaci, u zažívacích potíží – změnu jídelníčku, u jiných potíží – homeopatika, fytotherapeutika /přírodní preparáty/, změnu životního stylu, změnu postoje ke svému vlastnímu zdraví.

a/ne nenabídl – a tuto alternativu bych stejně ne zvolil/a/

ne nenabídl – ale byl/a/ bych nad touto alternativou ochoten/a/ přemýšlet

b/ ano nabídl – a vybral/a/ jsem si tuto alternativu

ano nabídl – ale volil/a/ jsem stejně léky

12. S nevyužívanými léky naložíte následovně

a/ nechám je v domácí lékárničce

b/ odevzdám je do lékárny

c/ dám známým, sousedům apod.

d/ vyhodím do běžného odpadu

e/ žádné nevyužívané léky v domácí lékárničce nemám

f/ jiné – prosím napište