

Samoleczenie w ocenie osób starszych hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych

Self-medication in opinions of elderly patients hospitalised at the internal medicine department

Beata Babiarczyk¹, Anna Masztalerz²

¹ Akademia Techniczno-Humanistyczna, Wydział Nauk o Zdrowiu, Bielsko-Biała

² ZZOZ, Szpital Śląski w Cieszynie

Streszczenie

Wstęp. Zjawisko samoleczenia, dosyć popularne w populacji osób starszych, ma pozytywne aspekty, zarówno w odniesieniu do indywidualnego człowieka, jak i dla zdrowia publicznego, ale ma także aspekt negatywny – bezkrytycznie stosowane przez nieświadomione osoby może stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia. Negatywne konsekwencje tego zjawiska mogą być niebezpieczne dla osób starszych, ze względu na pogarszający się ich stan zdrowia, wielochorobowość oraz polipragmagię. **Cel pracy.** Scharakteryzowanie i określenie skali zjawiska samoleczenia wśród osób starszych. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 144 pacjentów hospitalizowanych na oddziale chorób wewnętrznych Szpitala Śląskiego w Cieszynie. Badania zostały przeprowadzone z użyciem metody sondażu diagnostycznego, przy zastosowaniu techniki wywiadu kwestionariuszowego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz własnej konstrukcji. **Wyniki.** Większość badanych oceniła swój stan zdrowia jako przeciętny lub zły. Jako główne zachowania prozdrowotne badani wskazywali regularne przyjmowanie przepisanych leków oraz regularne wizyty u lekarza. Im wyższe wykształcenie tym badani deklaruowali więcej zachowań prozdrowotnych. Zdecydowana większość badanych deklaruowała przyjmowanie suplementów diety, najczęściej w celu uzupełnienia niedoborów składników, poprawy pracy serca i wątroby. W większości zachęcała ich do tego reklama lub farmaceuta. Większość badanych deklaruowała przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Zdecydowana większość badanych czerpie informację o zażywanych lekach od lekarza. **Wnioski.** W populacji osób starszych niezbędne jest promowanie zachowań prozdrowotnych, a także edukacja w zakresie niebezpieczeństw wynikających z przyjmowania leków bez konsultacji z lekarzem i nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych. (Gerontol Pol 2019; 27; 124-131)

Słowa kluczowe: samoleczenie, starsi ludzie, suplementy, przestrzeganie zaleceń

Abstract

Introduction. Self-medication, which is quite popular in the elderly population, has positive aspects, both in relation to individual and public health. However, it can also cause harm – used uncritically by misinformed individuals may pose a serious threat to their health, and even be life-threatening. Negative consequences of self-medication may be dangerous for the elderly, due to their health deterioration, multiple comorbidities and polypharmacy. **Purpose of the study.** To assess and obtain an overview of the scale of self-medication among the elderly. **Material and methods.** The study included 144 inpatients from internal diseases ward of the Szpital Śląski in Cieszyn. The diagnostic survey method was used, with the own designed questionnaire as the research tool. **Results.** Most respondents assessed their health condition as not so good or bad. The respondents indicated regular taking of prescribed medications and regular visits to the doctor their main pro-healthy behaviors. The higher education the respondents declared the more pro-healthy behaviors they were involved in. The vast majority of respondents declared taking dietary supplements, usually aimed at supplementing shortages of ingredients, improving their heart and liver functions. Usually, they were encouraged to do so by advertisements or pharmacists. Most respondents declared compliance with therapeutic recommendations. The vast majority of respondents obtained information about the medicines they were taking from their doctor. **Conclusions.** Health promotion and education regarding possible harm caused by taking medicines without consulting a doctor and failing to adhere to recommendations seems necessary in the elderly population. (Gerontol Pol 2019; 27; 124-131)

Key words: self-medication, the elderly, supplements, medication adherence

Adres do korespondencji: ✉ Beata Babiarczyk; Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna; ul. Willowa 2, 43-309 Bielsko-Biała
☎ (+48 33) 827 96 82 ✉ bbabiarczyk@yahoo.com

Wstęp

Pochodną przemian demograficzno-społecznych, których doświadczamy jest wzrost częstości samoleczenia. Zjawisko to wpisuje się w ideę promocji zdrowia, rozumianej jako działania ułatwiające przejmowanie kontroli nad własnym zdrowiem.

Zgodnie z określeniem samoleczenia zaproponowanym przez Polski Związek Producentów Leków Bez Recepty (PASMI) zjawisko to możemy rozumieć jako samoopiekę (ang. *self-care*) oraz w węższym znaczeniu, jako samoordynację leków (ang. *self-medication*).

Samoopieka jest pojęciem szerokim i obejmuje wszelkie działania podejmowane przez osoby niebędące profesjonalistami w opiece zdrowotnej w celu podtrzymania i umocnienia zdrowia, a w szczególności prowadzenia zdrowego stylu życia, właściwej higieny osobistej, profilaktyki chorób oraz unikania sytuacji, które stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia. Do składowych koncepcji samoopieki zaliczyć można także dbanie o prawidłowe zdrowie psychiczne oraz realizowanie własnych potrzeb społecznych i psychologicznych [1].

Z kolei samoordynacja leków rozumiana jest jako farmakoterapia stosowana samodzielnie przez jednostkę w procesie leczenia rozpoznanej przez siebie choroby lub występujących dolegliwości. Polega ona głównie na terapii lekami OTC (ang. *Over The Counter*). Samoordynacja leków dotyczy stosowania leków samemu, ale także podawania ich najbliższemu osobom z otoczenia. Poza powszechnie stosowaną farmakoterapią, samoordynacja obejmuje także korzystanie z medycyny komplementarnej i alternatywnej, wcześniej określanej bardzo często jako medycyna niekonwencjonalna, alternatywna lub naturalna [2].

Proces samoleczenia jest w swojej istocie zjawiskiem korzystnym, zarówno dla jednostki, jak i społeczeństwa. Do jego pozytywnych aspektów można zaliczyć racjonalne gospodarowanie oszczędnościami systemu opieki zdrowotnej, zmniejszenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza, odciążenie służby zdrowia i wzrost dostępności leczenia, zwiększenie komfortu życia oraz zachęcanie do aktywnej profilaktyki. Samoleczenie podejmowane przez niewyedukowane osoby może jednak przynieść wiele szkód. Stwarza ono w takim przypadku ryzyko wystąpienia działań niepożądanych czy też interakcji pomiędzy stosowanymi lekami, powoduje polipragmatyzację lub maskowanie objawów poważnej choroby [1,3,4].

Osoby starsze są dominującą grupą, która decyduje się na rozpoczęcie samoleczenia. W zależności od źródła mówi się, że jego występowanie obejmuje 20-77% tej populacji [5,6].

Wraz z postępującym wiekiem, dochodzi do stopniowego pogorszenia się zdrowia, co w efekcie obliguje do

zintensyfikowania działań na rzecz jego poprawy i prewencji tzw. starzenia się niepomyślnego. Badania wskazują, że około 57% wszystkich leków w Polsce przepisywanych jest osobom powyżej 60 r.ż., ale osoby te są też największymi konsumentami suplementów diety i leków OTC [1].

Populacja osób starszych to także grupa, w której samoleczenie może być szczególnie niebezpieczne. Występujące u nich wielochorobowość i wielolekowość sprzyjają powikłaniom polekowym, są także często powodem tak zwanej kaskady lekowej, której istotą jest terapia występujących działań niepożądanych, wynikających z wcześniejszego leczenia czy też jatrogennych zespołów geriatrycznych [5,7].

Samoleczenie jest w dużej mierze oparte na samodzielnej decyzji pacjenta, ale wiele osób starszych do podejmowania takiej decyzji nie jest przygotowanych. Nie zdają sobie oni często sprawy z ryzyka związanego z zażywaniem określonych suplementów i leków, interakcji z innymi lekami czy składnikami diety. Ta populacja jest też szczególnie podatna na wpływy wszechobecnych i często natarczywych reklam, obiecujących starszym ludziom tak naprawdę nie tylko dostarczenie witamin i minerałów, ale dających im obietnicę zachowania zdrowia czy też przywrócenia atrakcyjnego wyglądu [6,8].

Innym, ważnym w tej populacji problemem jest niestosowanie się do zaleceń farmakoterapii (ang. *non-compilance*). Z badań wynika, że dotyczy ono aż 30-60% chorych starszych. Obserwowane modele zachowań to świadome lub niezamierzone nadużywanie leków, zażywanie zbyt małej dawki lub jej całkowite pomijanie, przedterminowe kończenie cyklu leczenia, z powodu ustąpienia dolegliwości lub nie wykupywanie recepty [9].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była próba scharakteryzowania i określenia skali zjawiska samoleczenia wśród osób starszych.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów starszych, hospitalizowanych na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Śląskiego w Cieszynie, w terminie od lutego do marca 2017 roku. Badania przeprowadzono zgodnie z wytycznymi zawartymi w Deklaracji helsińskiej; przed przystąpieniem do badania każda osoba została poinformowana, iż udział w nim jest dobrowolny oraz anonimowy, a wyniki zostaną wykorzystane

wyłącznie do celów badawczych. Kryterium doboru do grupy badanej był wiek chorych powyżej 65. roku życia, zachowany kontakt słowno-logiczny oraz wyrażenie dobrowolnej zgody na udział w badaniu. Badaniem objęci zostali 144 pacjenci, w tym 71 kobiet i 73 mężczyzn, spośród 214 hospitalizowanych osób starszych w okresie badawczym na oddziale. Zgody na udział w badaniu nie wyraziło 18 osób, natomiast 52 osoby nie zostały przebadane ze względu na ciężki stan kliniczny, a także z powodu utrudnionego lub braku kontaktu słowno-logicznego. Charakterystykę cech socjodemograficznych badanych przedstawiono w Tabeli I.

W badaniu użyto metody sondażu diagnostycznego, techniki wywiadu kwestionariuszowego. Zastosowanym narzędziem był kwestionariusz własnej konstrukcji, zawierający oprócz metryczki, 17 pytań dotyczących m. in. suplementów stosowanych przez osoby starsze oraz celowości ich stosowania, zakresu przestrzegania zaleceń lekarskich, leków zażywanych bez zaleceń lekarskich, a także działań podejmowanych przez seniorów w razie pogorszenia stanu zdrowia.

Uzyskane dane zostały zakodowane w arkuszu kalkulacyjnym programu MS Excel i poddane analizie statystycznej z użyciem programu Statistica PL 10.0. W ramach tworzenia opisu struktury badanej populacji zasto-

sowano liczebności i odsetki osób posiadających dane cechy. Cechy ilościowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Analizy w zakresie badania różnic, poprzedzono badaniem normalności rozkładu w grupach za pomocą testu Shapiro-Wilka. W celu oceny różnic między grupami wykorzystano test nieparametryczny U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa dla prób niepowiązanych (brak rozkładu normalnego), jak również τ -Kendalla. Mając na uwadze wykonanie pomiaru zależności między odpowiedziami posłużono się testem chi-kwadrat oraz dokładnym testem Fishera. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $\alpha = 0,05$.

Wyniki

Ocena stanu zdrowia badanych i podejmowanego samoleczenia

W samoocenie stanu zdrowia około połowa badanych określiła go jako średni (51,4%), a co trzeci ankietowany – jako zły. Co około dziesiąta z przebadanych osób uważała, że jest on dobry (8,3%) lub bardzo zły (8,3%). Nikt z badanych nie ocenił swojego stanu zdrowia jako bardzo dobry. Przeprowadzona analiza statystyczna wy-

Tabela I. Charakterystyka cech socjodemograficznych badanych z uwzględnieniem płci

Table I. Characteristics of sociodemographic variables of the study group by sex

| Cechy socjodemograficzne/Sociodemographic variables | | Ogółem/ Total N = 144 | | Płeć/Sex | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|
| | | | | Kobieta/Female N = 71 | | Mężczyzna/Male N = 73 | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| Wiek [lata]/ Age [years] | 65-69 | 56 | 38.9 | 21 | 29.5 | 35 | 47.9 |
| | 70-74 | 36 | 25.0 | 18 | 25.4 | 18 | 24.7 |
| | ≥ 75 | 52 | 36.1 | 32 | 45.1 | 20 | 27.4 |
| Wykształcenie/ Education | podstawowe/elementary | 41 | 28.5 | 25 | 35.2 | 16 | 21.9 |
| | zawodowe/vocational | 57 | 39.6 | 24 | 33.8 | 33 | 45.3 |
| | średnie/secondary | 31 | 21.5 | 16 | 22.5 | 15 | 20.5 |
| | wyższe/higher | 15 | 10.4 | 6 | 8.5 | 9 | 12.3 |
| Miejsce zamieszkania/ Place of residence | wieś/rural area | 83 | 57.6 | 44 | 62.0 | 39 | 53.4 |
| | miasto/urban area | 61 | 42.4 | 27 | 38.0 | 34 | 46.6 |
| Zamieszkuje/ Lives | sam/alone | 26 | 18.1 | 19 | 26.8 | 7 | 9.6 |
| | z rodziną/with family | 118 | 81.9 | 52 | 73.2 | 66 | 90.4 |
| Stan cywilny/ Marital status | w związku / in a relationship | 92 | 63.9 | 33 | 46.5 | 59 | 80.8 |
| | samotny/single | 52 | 36.1 | 38 | 53.5 | 14 | 19.2 |
| Sytuacja zawodowa/ Professional status | pracuje/working | 8 | 5.6 | 2 | 2.8 | 6 | 8.2 |
| | nie pracuje / does not work | 136 | 94.4 | 69 | 97.2 | 67 | 91.8 |
| Sytuacja materialna/ Material status | bardzo dobra / very good | 1 | 0.7 | 0 | - | 1 | 1.4 |
| | dobra / good | 60 | 41.7 | 25 | 35.2 | 35 | 47.9 |
| | trudno określić / hard to specify | 12 | 8.3 | 6 | 8.5 | 6 | 8.2 |
| | przeciętna/average | 60 | 41.7 | 32 | 45.1 | 28 | 38.4 |
| | zła/bad | 11 | 7.6 | 8 | 11.2 | 3 | 4.1 |

kazała istotną statystycznie zależność między sytuacją materialną, a oceną stanu zdrowia ($\tau = 0,20$; $p < 0,001$). Okazało się, że im lepsza sytuacja materialna badanych, tym wyższa była jego ocena.

Każdy badany deklarował średnio 4 ± 2 zachowań prozdrowotnych (1-9 zachowań). Najczęściej wymieniano: regularne przyjmowanie przepisanych leków (81,2%) oraz regularne wizyty u lekarza (67,4%), umiar w stosowaniu używek, takich jak alkohol lub papierosy (43,8%) i stosowanie odpowiedniej higieny osobistej (41%), prowadzenie uregulowanego trybu życia (33,3%) oraz zdrowe odżywianie (31,9%). Po 19,4% badanych deklarowało także stosowanie suplementów diety, unikanie stresu oraz aktywny wypoczynek. Wykazano, że im wyższe wykształcenie posiadali badani, tym większa była zgłaszana przez nich liczba stosowanych zachowań, w celu utrzymania zdrowia i jego poprawy ($\tau = 0,18$; $p = 0,001$).

Zdecydowana większość badanych (71,5%) potwierdziła fakt stosowania suplementów diety dla podtrzymania zdrowia. Średnio badani potwierdzili stosowanie 3 ± 1 rodzajów suplementów diety (1-12 rodzajów suplementów). Nie wykryto istotnych statystycznie zależności między faktem stosowania suplementów diety, a zmiennymi socjodemograficznymi ankietowanych ($p > 0,05$). Szczegółową analizę celowości stosowania suplementów, z uwzględnieniem płci badanych przedstawia Tabela II.

Analiza czynników, które zachęciły badanych do sięgnięcia po suplement diety wykazała, że najczęściej wskazywali oni na reklamę pojawiającą się w telewizji, radiu lub czasopiśmie (44,7%). Co około trzeci badany kluczową rolę w tym zakresie przypisywał farmaceutyce, lekarzowi lub kierował się radą rodziny lub znajomych. Niewiele osób postanowiło wprowadzić suplementację wyłącznie na podstawie własnej decyzji (5,8%).

Badani średnio deklarowali 2 ± 1 działań podejmowanych w przypadku wystąpienia zaburzeń w stanie zdrowia (1-4 działań). Charakterystykę tych działań, z uwzględnieniem wybranych zmiennych socjodemograficznych przedstawiono w Tabeli III.

Ocena przestrzegania przez badanych zaleceń terapeutycznych

Analiza danych uzyskanych w badaniu własnym w aspekcie polifarmakoterapii wykazała, że co około trzecia osoba badana przyjmuje jednocześnie od 3 do 4 rodzajów leków. 25% badanych deklarowało zażywanie jednocześnie 5-6 rodzajów leków, zaś do przyjmowania 6 i więcej leków lub 1-2 leków przyznawał się co piąty badany.

Głównym źródłem informacji na temat leków, które przyjmują dla 86,1% badanych był lekarz, a 23,6% z nich sięgało w tym celu po ulotkę leku. Dla 16,7% przebadanych dodatkowym źródłem wiadomości od-

Tabela II. Charakterystyka deklarowanego przez badanych celu stosowania suplementów, z uwzględnieniem ich płci (Możliwość wielokrotnego wyboru)

Table II. Characteristics of the purpose for using supplements declared by the respondents by sex (Multiple choice question)

| Cel stosowania suplementów / Purpose for using supplements | Ogółem/Total N= 101 | Płeć/Sex | | p |
|--|------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| | | Kobieta/Female N = 54 | Mężczyzna/Male N = 49 | |
| | | n(%) | | |
| Uzupełnienie niedoborów składników / Complementing the shortage of ingredients | 58(57.4) | 31(57.4) | 27(57.4) | 0.997 |
| Poprawa pamięci i koncentracji / Memory and concentration improvement | 15(14.9) | 4(7.4) | 10(21.3) | 0.081 |
| Poprawa pracy serca / Heart condition improvement | 41(40.6) | 20(37.0) | 21(44.7) | 0.435 |
| Redukcja stresu i uspokojenie / Stress reduction and calming | 15(14.9) | 12(22.2) | 3(6.4) | 0.051 |
| Wzmocnienie kości i stawów / Strengthening of bones and joints | 32(31.7) | 23(45.6) | 9(19.2) | 0.021* |
| Poprawa odporności / Immunity improvement | 31(30.7) | 14(25.9) | 17(36.2) | 0.266 |
| Ułatwienie zasypiania / Sleep facilitation | 18(17.8) | 11(20.4) | 7(14.9) | 0.648 |
| Zapobieganie skurczom / Cramps prevention | 4(4.0) | 2(3.7) | 2(4.3) | - |
| Poprawa pracy wątroby / Liver function improvement | 41(40.6) | 16(29.6) | 25(53.2) | 0.016** |
| Odchudzanie / Slimming | 3(3.0) | 3(5.6) | 0(-) | - |
| Poprawa wzroku / Eyesight improvement | 4(4.0) | 1(1.9) | 3(6.4) | - |
| Poprawa potencji / Potency improvement | 1(1.0) | 0(-) | 1(2.1) | - |

* test chi-kwadrat z poprawką Yates'a / chi-square test with Yates correction ; ** test chi-kwadrat / chi-square test

Tabela III. Charakterystyka podawanych przez badanych sposobów postępowania w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia

Table III. Characteristics of the methods reported by the respondents in case their health deteriorated

| Cechy socjodemograficzne/ Sociodemographic variables | Postępowanie w przypadku pogorszenia stanu zdrowia/ Proceedings in case of health deterioration | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|
| | Konsultowanie się z lekarzem/ Consulting a doctor | Sięganie po domowe sposoby/ Use of home remedies | Konsultowanie się z rodziną lub znajomymi/ Consulting family or friends | Modyfikowanie dawek leków, które się stale stosuje/ modifying doses of drugs that are constantly used | Korzystanie z leków bez recepty/ Using OTC medicines | Szukanie innych sposobów leczenia w internecie/ Seeking other methods of treatment on the internet |
| Płeć/Sex | | | | | | |
| Kobieta/ Female | 50(70.4) | 39(54.9) | 17(23.9) | 6(8.4) | 30(42.2) | 2(2.8) |
| Mężczyzna/ Male | 65(89.0) | 22(30.1) | 14(19.4) | 6(8.2) | 17(23.3) | 1(1.4) |
| p | 0.010* | 0.003** | 0.514 | 1.000 | 0.015** | - |
| Wiek [lata] / Age [years] | | | | | | |
| 65-69 | 50(89.3) | 23(41.1) | 9(16.1) | 2(3.6) | 12(21.4) | 2(3.6) |
| 70-74 | 31(86.1) | 17(47.2) | 6(17.1) | 2(5.6) | 15(41.7) | 0(-) |
| > 75 | 34(65.4) | 21(40.4) | 16(30.8) | 8(15.4) | 20(38.5) | 1(1.9) |
| p | 0.005** | 0.790 | 0.136 | 0.095 | 0.069 | - |
| Stan cywilny/ Marital status w związku/in a relationship samotny/single | 79(85.9) 36(69.2) | 39(42.4) 22(42.3) | 16(17.6) 15(28.9) | 8(8.7) 4(7.7) | 31(33.7) 16(30.8) | 2(2.2) 1(1.9) |
| p | 0.017** | 0.992 | 0.173 | 1.000 | 0.719 | - |

* test chi-kwadrat z poprawką Yates'a / chi-square test with Yates correction ; **test chi-kwadrat / chi-square test

Tabela IV. Charakterystyka przestrzegania przez badanych zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii

Table IV. Characteristics of compliance with the medical recommendations regarding pharmacotherapy

| Pytania / Questions | Tak, zawsze / Yes, always | Tak, czasami / Yes, sometimes | Trudno powiedzieć / Hard to say | Raczej nie / Rather not | Zdecydowanie nie / Definitely not |
|---|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) | n(%) |
| Czy regularnie przyjmuje Pan/i leki przepisane przez lekarza?/ Do you regularly take medicines prescribed by your doctor? | 90(62.5) | 49(34.0) | 1(0.7) | 4(2.8) | 0(-) |
| Czy przyjmuje Pan/i wszystkie leki przepisane przez lekarza?/ Do you take all medications prescribed by your doctor? | 84(58.3) | 53(36.8) | 0(-) | 7(4.9) | 0(-) |
| Czy wykupuje Pan/i wszystkie leki przepisane przez lekarza?/ Do you buy all medications prescribed by your doctor? | 85(59.0) | 51(35.4) | 4(2.8) | 4(2.8) | 0(-) |
| Czy sam/a modyfikuje Pan/i dawki leków lub je ostawia?/ Do you modify your medications yourself or discontinue treatment? | 0(-) | 44(30.6) | 5(3.5) | 46(31.9) | 49(34.0) |
| Czy przyjmuje Pan/i dodatkowe leki, których nie przepisał lekarz?/ Do you take additional medicines that your doctor has not prescribed? | 11(7.6) | 73(50.7) | 2(1.4) | 35(24.3) | 23(16.0) |
| Czy mówi Pan/i lekarzowi o wszystkich lekach, jakie Pan/i przyjmuje?/ Do you tell the doctor about all the medicines you take? | 55(38.2) | 53(36.8) | 4(2.8) | 30(20.8) | 2(1.4) |

nośnie stosowanej farmakoterapii był farmaceuta, zaś 13,9% badanych opierało się na informacjach uzyskanych od rodziny lub znajomych. Na telewizję lub internet, jako bazę niezbędnej wiedzy o przyjmowanych lekach wskazało 9% ankietowanych.

Szczegółowe wyniki analizy dotyczącej różnych aspektów przestrzegania przez badanych zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii zawiera Tabela IV. Poglębiona analiza statystyczna zamieszczonych w Tabeli IV danych wykazała, że badani mieszkający w mie-

ście istotnie rzadziej niż mieszkańcy wsi przyjmowali wszystkie leki przepisane przez lekarza ($p = 0,044$). Wyniki uzyskanej analizy dowiodły także, że wraz z lepszą sytuacją materialną, badani częściej przestrzegają zaleceń lekarskich ($p = 0,005$) oraz wykupują wszystkie leki przepisane im przez lekarza ($p = 0,001$). Okazało się także, że wraz z wiekiem badani stosują więcej uzupełniających leków, które nie zostały im przepisane przez lekarza ($p = 0,013$) oraz nie informują lekarza o tym zjawisku ($p = 0,023$) oraz, że im wyższe wykształcenie, tym mniejsza skłonność do mówienia lekarzowi o wszystkich przyjmowanych lekach ($p = 0,009$).

Dyskusja

Wiele zachowań prozdrowotnych zalicza się do głównych elementów składających się na pomyślną starość. Muszalik i wsp. [10] w swoich badaniach wykazali, że osoby powyżej 65. roku życia, aby zachować swój obecny stan zdrowia lub go poprawić, podejmują więcej zachowań zdrowotnych, niż osoby w innych przedziałach wiekowych. Badanie własne wykazało, że najistotniejszym czynnikiem prozdrowotnym dla osób starszych było regularne zażywanie przepisanych leków oraz wizyty u lekarza. Na jednego seniora przypadały średnio 4 deklarowane działania, podejmowane na rzecz własnego zdrowia. Większą uwagę na prewencję zdrowotną zwracały osoby z wyższym lub średnim wykształceniem, co również jest w zgodzie z wynikami cytowanego wyżej badania autorstwa Muszalik i wsp. [10].

Osoby starsze starają się uzupełnić niedobory składników mineralnych oraz witamin, których nie dostarczają razem z pokarmami, za pomocą suplementów. Badania własne wykazały, że do stosowania suplementacji przyznawało się 71,5% osób starszych. W innych badaniach dostępnych w literaturze [11,12] odsetki osób potwierdzających ten fakt były mniejsze i wynosiły około 40-64,8%. Badanie własne wykazało, że osoby starsze najczęściej sięgają po suplementy diety, aby uzupełnić występujące niedobory witamin czy też minerałów. Duża grupa stosuje produkty, mające na celu poprawę pracy serca, wątroby czy stawów i kości, z czego kobiety zdecydowanie częściej sięgają po preparaty zawierające wapń na stawy oraz kości, zaś mężczyźni – usprawniające funkcjonowanie wątroby. W takiej sytuacji, mając na względzie poprawienie tzw. bezpieczeństwa lekowego szczególnie istotny nacisk powinno się kłaść na edukację seniorów nie tylko w zakresie zdrowego odżywiania, ale także bezpiecznego stosowania suplementów, które są przecież powszechnie dostępne, także w obrocie pozaaptecznym. Starsi ludzie powinni być świadomi faktu, że stosowanie kilku różnorodnych preparatów farmaceutycznych, mogących zawierać ten sam składnik, w efek-

cie może doprowadzić do przyjmowania zbyt dużych dawek składników mineralnych i wywołać działania niepożądane. Na podstawie analizy wyników badania własnego stwierdzono, że stosunkowo duży odsetek badanej populacji bardzo często podejmował decyzję o stosowaniu dodatkowej suplementacji w oparciu o reklamę w telewizji lub radiu (44,7%), a następnie kierował się opinią farmaceuty (35%), rodziny/znajomych (27,2%) lub lekarza (26,2%). Nieco odmiennych obserwacji dokonali Saran i Duda [13]; autorzy ci, na podstawie analizy wyników swoich badań wskazali na minimalnie istotniejszą rolę lekarza (41,7%) niż reklamy (40,4%), a w dalszej kolejności – farmaceuty (31,2%). Przytoczone dane wskazują jednakże, że osoby starsze wielokrotnie decydują się na zakup suplementu diety pod wpływem reklamy. Sytuacja ta nie jest niebezpieczna, jeśli decyzja podejmowana będzie przez nich świadomie. Dla potencjalnego odbiorcy reklamy leków czy też suplementów diety, znaczenie ma zwłaszcza umiejętność krytycznego przefiltrowania otrzymywanych informacji oraz świadomość działań marketingowych i rozmaitych manipulacji, stosowanych przez firmy farmaceutyczne. Niestety, osoby starsze krytycyzm często zawodzi. Aby więc zwiększyć bezpieczeństwo dodatkowej farmakoterapii, należy wzmocnić rangę lekarzy i farmaceutów, jako zaufanego źródła informacji o suplementach diety oraz innych dodatkowo przyjmowanych produktach, co pozwoli na zwiększenie kontroli nad ich stosowaniem oraz zażywanie tylko tych związków, których suplementacja jest potrzebna i nie przyniesie szkody dla zdrowia seniora [14].

Rezultaty badania własnego sugerują, że zdecydowana większość seniorów w przypadku pogorszenia się ich stanu zdrowia lub nasilenia występujących dolegliwości w pierwszej kolejności decyduje się na konsultację lekarską. Badani podejmują także inne działania, opierające się na próbie samodzielnego leczenia. Najczęściej stosowane są różnorodne domowe sposoby leczenia lub leki dostępne bez recepty. Z kolei badania Jasińskiej i wsp. [15] wykazały, że w tej grupie wiekowej największy odsetek badanych (40,5%) najpierw sięga po leki dostępne bez recepty, następnie uzupełnia leczenie domowymi sposobami (35,1%), aby dalszej kolejności zasięgnąć porady lekarza (24,3%).

Podstawowym warunkiem skuteczności stosowanej farmakoterapii jest ściśle przestrzeganie zaleceń lekarza, dotyczących zażywania leków. Według przyjętego kryterium stosowania się do zaleceń, aby terapia była skuteczna należy przyjąć co najmniej 80% zleconej dawki. Natomiast badania dowodzą, że w przypadku leczenia chorób przewlekłych przyjmowane jest zaledwie 50% dawki. Badana grupa seniorów w większości deklaruje przyjmowanie wszystkich leków oraz ich wykupowanie zawsze lub raczej zawsze. Badani, którzy deklarowali w bardziej lub mniej świadomie nie przestrzeganie regularności i właściwych

dawkę leków, motywowali ten fakt tym, że często zapominali oni o ich zażywaniu lub nie stać ich było na wykupienie kosztownych leków. Zwraca to uwagę na fakt ubóstwa osób starszych i konieczność brania pod uwagę trudnej sytuacji materialnej przy przepisywaniu leków. Analogicznie, badanie własne wykazało, że im lepsza sytuacja materialna osoby starszej, tym lepiej przestrzega ona zaleceń lekarskich oraz wykupuje wszystkie leki przepisane na receptę, ponieważ ma na to niezbędne środki finansowe. Niewielki odsetek badanych w niniejszym badaniu samodzielnie i świadomie zrezygnował z zaordynowanych leków, gdyż uważał je za zbędne lub obawiał się działań niepożądanych. Takie postępowanie w efekcie bardzo często doprowadza do wystąpienia zjawiska błędnego koła; niepomysłny efekt terapii prowadzi do włączenia kolejnego leku przez lekarza, a tym samym dalszej intensyfikacji leczenia. Dodatkowo co 3. badany w niniejszym badaniu deklaruje ingerowanie w zalecony sposób stosowania leków. Część badanych, u których w wyniku stosowania danego leku, dochodzi do ustąpienia dokuczliwych dolegliwości lub uzyskania prawidłowych wyników, bez konsultacji odstawia dany lek lub sięga po niego wyłącznie, gdy dolegliwości wystąpią ponownie. Niejednokrotnie chorzy samodzielnie zwiększają dawkę leków, aby szybciej uzyskać zamierzone efekty, bez świadomości ryzyka swojego postępowania [16,17]. Aspekt ten należy rozważyć, w sytuacji nagłego pogorszenia się stanu klinicznego u chorego, którego choroba była dotychczas dobrze kontrolowana. Podobne wyniki dotyczące samodzielnych zmian w leczeniu uzyskali Chmiel-Perzyńska i wsp. [18] W tym badaniu do prób samodziel-

nego ingerowania w zaordynowane leczenie przynajmniej 32,3% badanych. Przypatrując się temu problemowi, istotną wydaje się poprawa komunikacji na linii pacjent-lekarz. Chorzy zdecydowanie lepiej przestrzegają zaleceń lekarskich w sytuacji, kiedy zdają sobie sprawę z ryzyka, jakie niesie ze sobą nieprawidłowe leczenie danej jednostki chorobowej [19,20].

Wnioski

1. W populacji osób starszych, zwłaszcza mniej wykształconych i o gorszej sytuacji materialnej, istotną rolę odegrać mogą działania promujące zachowania prozdrowotne.
2. Wśród osób starszych należy prowadzić ciągłą edukację w zakresie konieczności przestrzegania zaleceń terapeutycznych i konieczne jest ich uświadamianie w zakresie negatywnych skutków płynących z samodzielnej modyfikacji farmakoterapii.
3. Kluczowym wydaje się być zbudowanie prawidłowej relacji terapeutycznej pomiędzy lekarzem i pacjentem, opartej na wzajemnym zaufaniu oraz współpracy, co zwiększa szansę na przestrzeganie zaleceń lekarskich. Taka relacja pozwala na lepsze poznanie chorego i pełny przepływ informacji o wszystkich przyjmowanych lekach.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Krajewski-Siuda K, Chmura R, Łach K. Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego. [w:] Krajewski-Siuda K. (red.). Samoleczenie. Warszawa: Wydawnictwo Instytut Sobieskiego; 2012. ss. 31-98.
2. Nowakowska L. W stronę socjologii lecznictwa niemedyceznego – zarys przedmiotu badań. *Hygeia Public Health*. 2012;47(3):258-63.
3. Czerw A, Religioni U, Kunda A. (i wsp.) Samoleczenie jako problem zdrowia publicznego w Polsce. *J Health Sci*. 2014;4(9):249-56.
4. Karandikar YS, Chaudhari SR, Dalal NP, et al. Inappropriate prescribing in the elderly: a comparison of two validated screening tools. *J Clin Gerontol Ger*. 2013;4:109-14.
5. Locquet M, Rabenda V, Vaan Hees T, et al. Adverse health events related to self-medication practices among elderly: a systematic review. *Drugs Aging*. 2017;34:359-65.
6. Pereira FGF, Araújo MJP, Pereira CR, et al. Automedication in active elderly people. *J Nurs*. 2017;11(12):4919-28.
7. Szpringer M, Olędzka M, Kosecka J i wsp. Stosowanie leków dostępnych bez recepty i suplementów diety przez osoby dorosłe z województwa świętokrzyskiego. *Med Ogólna Nauki Zdr*. 2015;21(2):163-7.
8. Chaniecka KA, Czerw A. Wiek a postrzeganie reklamy telewizyjnej leków OTC. *Hygeia Public Health*. 2014;49(1):152-9.

9. Książczyńska D, Szelański A. Specyfika farmakoterapii pacjentów w podeszłym wieku. *Psychoger Pol.* 2013;10(3):115-26.
10. Muszałik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K i wsp. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013;94(3):509-13.
11. Saran A, Duda G. Ocena wiedzy osób starszych dotycząca witamin i składników mineralnych. *Bromat Chem Toksykol.* 2010;43(1):60-5.
12. Wądołowska L. Grupy ludności podwyższonego ryzyka zaburzeń zdrowia i ich problemy żywieniowe. [w:] Gawęcki J, Roszkowski W. (red.). *Żywność człowieka a zdrowie publiczne. Tom 2.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009. ss. 219-238.
13. Saran A, Duda G. Wpływ wybranych czynników na zakup i stosowanie przez osoby starsze witaminowo-mineralnych suplementów diety. *Żywność Nauka Technol Jakość.* 2009;4(65):271-7.
14. Kałuża J, Januszko O, Trybalska E i wsp. Suplementacja diety witaminami i składnikami mineralnymi a umieralność w grupie osób starszych. *Przeegl Epidemiol.* 2010;64(4):557-63.
15. Jasińska M, Żułtak-Baczkowska K, Rotter I i wsp. Samoopieka i samopielęgnacja pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na wsi jako element funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. *Fam Med Primary Care Rev.* 2012;14(1):19-23.
16. Sirey JA, Greenfield A, Weinberger MI, et al. Medication beliefs and self-reported adherence among community-dwelling older adults. *Clin Therap.* 2013;35(2):153-60.
17. Yap AF, Thirumoorthy T, Kvan YH. Medication adherence in the elderly. *J Clin Gerontol Ger.* 2016;7:64-7.
18. Chmiel-Perzyńska I, Derkacz M, Kowal A i wsp. Jak pacjenci przyjmują leki. *Fam Med Prim Care Rev.* 2010;12(2):146-8.
19. Schüz B, Marx C, Wurm S, et al. Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. *J Psychosom Res.* 2011;70:179-187.
20. Dudzińska M, Zwolak A, Neć M. (i wsp.) Polipragmazja – istotny problem w codziennej praktyce lekarskiej. *Fam Med Primary Care Rev.* 2014;16(3):222-4.