

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



Kristýna Dobrovolná

Nadužívání psychofarmak u seniorů

Overuse of psychopharmaceuticals in seniors

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Barbora Drbohlavová

PRAHA

2018

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, dále jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 18. 7. 2018

Kristýna Dobrovolná

Identifikační záznam

DOBROVOLNÁ, Kristýna. *Nadužívání psychofarmak u seniorů. [Overuse of psychopharmaceuticals in seniors]*. Praha, 2018. 52 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1.LF UK. Vedoucí práce Drbohlavová, Barbora.

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Barboře Drbohlavové za ochotu, trpělivost a cenné rady poskytnuté během zpracování práce. Poděkování patří také mé rodině, která mě během celého studia plně podporovala a velký dík patří samozřejmě dotazovaným seniorů, bez kterých by tato práce nevznikla.

ABSTRAKT

Východiska: Období stáří může být pro některé seniory zátěžové a to z hlediska biologických, psychickým a sociálních změn. Tyto změny nemusejí být ve stáří dobře snášeny a nepříjemné psychické stavy s těmito změnami musí být zaléčeny psychofarmaky. Dodržování správného dávkování psychofarmak někteří senioři podceňují, a nebojí se si je samovolně upravovat.

Cíle: Cílem výzkumu bylo popsat vzorce užívání psychofarmak u seniorů v důchodovém věku. Záměrem bylo zjistit u seniorů, již psychofarmaka nadužívají, jaké okolnosti je vedly k nadužívání psychoaktivních léků, jakým způsobem si léky opatřují, zda byli před užíváním daných psychofarmak edukováni o správném užívání, kupují-li si i volně prodejné léky a zda se snažili s nadužíváním někdy přestat, nebo to mají v budoucnu v úmyslu. Cílem výzkumu také bylo více poukázat na tuto problematiku a informovat nejenom odbornou veřejnost o tom, že senioři jsou specifickou skupinou a je třeba více dbát na komplexní péči o ně.

Metody: Sběr dat byl realizován pomocí kvalitativní metody záměrného výběru, a to metodou sněhové koule. Rozhovory byly provedeny s deseti seniory, z toho bylo osm žen a dva muži. Jednalo se o polostrukturovaná interview, která byla nahrávána na diktafon mobilního telefonu a následně byla přepsána a smazána.

Výsledky: Z analýzy dat vyplynulo, že senioři nadužívající psychofarmaka či analgetika přistupují k této skutečnosti lehkovážně. Většina dotazovaných - až na pár výjimek - si je vědoma svého chování, využívají různých strategií, jak si léky opatřit, přičemž jsou nedostatečně zásobováni informacemi o možných rizicích spojených s nadužíváním.

Závěr: Díky rozhovorům se seniory potýkajícími se s nadužíváním psychofarmak byly zjištěny jednotlivé vzorce nadužívání, čímž došlo k porozumění, proč se s tímto problémem senioři potýkají. Práce přiblížením fenoménu nadužívání směřuje k celkové populaci, včetně odborníků, kteří psychofarmaka předepisují, aby si uvědomili, jak může nesprávnost zacházení s léky lidem komplikovat život.

Klíčová slova: psychofarmaka, senioři, nadužívání, užívání, lékaři

ABSTRACT

Way-outs: The old age may be difficult for some seniors in terms of the biological, psychological and social changes. These changes may be hardly accepted by seniors. The unpleasant states connected with these changes must be treated with psychopharmaceuticals. Some seniors underestimate correct dosing of psychopharmaceuticals and they adjust the dosage arbitrarily.

Objectives: The aim of the research was to describe the patterns of the psychopharmaceuticals usage in the senior age. The intention was to find out which circumstances led the people who overuse the psychopharmaceuticals to the overuse of psychoactive drugs, how do they acquire the medication, whether they have been educated in the proper usage of the drugs in advance, whether they buy the non-prescription medications and if they try to stop the overuse or if they intend to stop in the future. The aim of the research was also to highlight this issue and to inform both – the public and the experts that the seniors are a specific group and it is necessary to develop the comprehensive care.

Methods: Data collection was realized by using a qualitative method of deliberate selection, using the snowball sampling. The interviews were conducted with ten seniors, including eight women and two men. The interview was semi-structured, it was recorded on a mobile phone voice recorder and then overwritten and deleted.

Results: Data analysis revealed that seniors overusing psychopharmaceuticals or analgesics do not take this fact seriously. With a few exceptions most respondents know about their behavior. They use different strategies how to obtain medication and they are not familiar with informations of the potential risks associated with overusing.

Conclusion: Thanks to the interviews with seniors overusing the psychopharmaceuticals there were identified particular patterns of overusing, which has led to an understanding why the seniors are facing this problem. This work revealing the phenomenon of psychopharmaceuticals overuse aims to let realize the whole population including professionals who prescribe psychopharmaceuticals how wrong usage of drugs can complicate life of users.

Keywords: psychopharmaceuticals, seniors, overusing, using, doctors

Obsah

Úvod.....	8
1 Stáří.....	9
1.1 Tělesné změny.....	10
1.2 Psychické změny.....	10
1.2.1 Změna kognitivních funkcí.....	10
1.2.2 Emoční změny.....	10
1.3 Sociální změny.....	11
2 Duševní poruchy ve stáří.....	13
2.1 Depresivní syndrom.....	13
2.2 Demence.....	13
2.3 Delirium.....	14
3 Psychofarmaka.....	15
3.1 Antidepresiva.....	15
3.2 Sedativa a hypnotika.....	16
3.3 Anxiolytika.....	18
3.4 Analgetika.....	18
3.4.1 Neopioidní analgetika.....	18
3.4.2 Opioidní analgetika.....	19
4 Problematika farmakoterapie ve stáří.....	20
4.1 Zneužívání psychofarmak.....	20
4.2 Závislost.....	21
4.3 Edukace seniorů.....	22

5	Epidemiologie	24
6	Metodologie výzkumu	26
6.1	Cíl práce a výzkumné otázky	26
6.2	Metody sběru dat	26
6.3	Výzkumný soubor	27
6.4	Metody analýzy dat	28
6.5	Etika	29
7	Výsledky	30
7.1	Otevřené kódování	30
7.1.1	Životní styl seniorů	30
7.1.2	Užívání psychofarmak	32
7.1.3	Nadužívání psychofarmak	34
7.1.4	Získávání psychofarmak	37
7.1.5	Omezení množství psychofarmak	39
7.2	Axiální kódování	41
8	Diskuze a závěr	43
	Seznam použité literatury	47
	Seznam použitých zkratk	50
	Přílohy	51

Úvod

Téma, které jsem si vybrala ke zpracování v závěrečné práci, jsem zvolila na základě ne zcela velkého zájmu se touto oblastí zabývat. V médiích či odborných článcích se častěji setkáváme s řešením problematiky nadužívání léků u seniorů ve smyslu počtu druhů užívaných léků. Konkrétní skupinou psychofarmak a jejich nadužívání ve stáří je však fenomén, o kterém se tak často nemluví, přestože v poslední době lze v médiích pozorovat zvyšující zájem se o tuto oblast zajímat. Kromě psychofarmak senioři mnohdy užívají i analgetika, a proto se budu zabývat i touto skupinou látek. Cílem práce je nahlédnout hlouběji do tohoto tématu a vyobrazit vzorce nadužívání psychofarmak seniory.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se budu nejprve zabývat obecnějšími tématy, přes která následně přejdu k tématům souvisejícím s nadužíváním. V první řadě vymezím pojem stáří a popíšu změny v bio-psycho-sociální oblasti, které se během tohoto období objevují. Poté rozdělím psychofarmaka dle jejich vlivu na psychiku a charakterizují jejich pozitivní a negativní účinky ve spojitosti s působením na organismus ve stáří. Na konci teoretické části se budu věnovat problematice farmakoterapie v geriatrici a vymezím pojem zneužívání, závislost. Závěrem to doplním o edukaci společně s epidemiologií prevalence užívání psychoaktivních léků skrz populaci v ČR.

Praktická část již pojednává o samotném výzkumu, který byl proveden kvalitativní metodou polostrukturovanými rozhovory. Pro rozhovor se mi podařilo získat 10 seniorů, z nich osm žen a dva muže. Po zanalyzování dat vyplynulo několik zajímavých skutečností. Zjistila jsem, jaké okolnosti seniory vedou k nadužívání psychofarmak, jak jsou informováni o správném užívání léků a do jaké míry mají přehled o tom, co může při nedodržení správného užívání nastat. Dále v praktické části popisují, co nadužívání pro seniory znamená v pozitivním smyslu, a co jim naopak přináší za obtíže. Nechybí ani zjištění, jakými všemi způsoby si senioři užívané léky shánějí a co prožívají ve chvílích, kdy nemají léky dostupné, nebo jich mají nedostatečné množství. Výzkumný oddíl byl zakončen získanými informacemi o pokusech omezení nadužívání léků a o problémech s nimi spojenými.

1 Stáří

Období stáří je označováno za poslední vývojovou etapu našeho života. V této vývojové fázi dochází u člověka k několika změnám, které jsou u každého jedince individuální. Vzhledem k této individualitě, je klasifikace stáří obtížná, tudíž se v mnohé literatuře dělí stáří na kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří se posuzuje od data narození. Jedná se pouze o teoretické informace vzhledem k určitému věku, které v realitě mohou být odlišné. O stáří dle kalendářního věku můžeme tedy mluvit od 65 let věku. Biologické stáří zahrnuje stav lidského organismu, a proto biologický věk nemusí být shodný s kalendářním věkem. Ve vyšším věku se člověk začíná vyskytovat v jiné sociální roli, mění se jeho životní potřeby, ekonomické zajištění. A proto se z hlediska těchto změn hovoří o tzv. sociálním stáří (Kalvach et al., 2004; Wernerová & Zvoníková, 2016).

I přesto, že každý člověk se snaží prožít svůj život výjimečným způsobem, ve stáří nastávají okamžiky změn, kterými si prochází každý jedinec. Jedná se o změny fyzického, psychického a sociálního charakteru. Tyto složky se vzájemně propojují a ovlivňují navzájem. V tom, jak senior dokáže přijmout životní změny, hraje důležitou roli osobnost člověka, reakce okolí a možnosti pomoci seniorům. Venglářová (2007) popisuje tři strategie adaptace na stáří:

1. Konstruktivní přístup - člověk se připravuje na změny ve vyšším věku už v produktivním věku;
2. Závislost na okolí - tendence starého člověka se upínat na někoho z jeho blízkého okolí;
3. Nepřátelský postoj - někdy nástroje na zvládnání obtížných situacích nestačí, a proto se starý člověk začne chovat nepřátelsky vůči okolí, což velmi komplikuje péči o něj

Ve skutečnosti existuje mnohem více strategií, jak se vyrovnat se změnami ve stáří. Například v roce 1962 byla provedena S. Reichardovou důkladná studie, v které dospěla nejen k výše uvedeným třem strategiím, ale popisuje další dvě a to strategii hostility a strategii sebenenávisti. U strategie hostility senioři dávají své životní nezdary za vinu svému okolí a nešťastným okolnostem. Oproti tomu hlavní podstatou strategie sebenenávisti, je nadměrná sebekritičnost. Staří lidé, jež používají tuto strategii, považují doposud prožitý život za neúspěšný a projev opětovného prožití svého života nedávají najevo. Důvodem tohoto jednání bývá neuspokojivé prožití manželství, stálý pocit osamělosti a neprospěšnosti (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.1 Tělesné změny

Tělesné změny postihují dříve nebo později každého člověka ve vyšším věku. Kdy se jednotlivé změny začínají projevovat, závisí na stylu života, prostředí v kterém člověk žije, na prodělaných nebo současných onemocněních a na genetických predispozicích. Mezi typické obecné projevy stárnutí řadíme úbytek svalové hmoty, změnu vzhledu, oslabení tělesných funkcí, atrofii tkání a další (Wernerová & Zvoníková, 2016).

1.2 Psychické změny

Nástup psychických změn je stejně jako u tělesných a sociálních změn individuální. Psychické změny jsou podmíněny biologickými a psychosociálními faktory. U člověka ve vyšším věku se začíná měnit proces chování, prožívání, uvažování, které jsou podmíněny biologicky. Tyto změny ve stáří považujeme za normální, ale mohou být projevem vzniku chorob, které jsou ve stáří pravděpodobnější než v dospělosti. Na počátku může být obtížné odlišit běžné projevy stáří od projevů dané choroby. Na psychický stav mají také vliv funkční a strukturální změny mozku. Úbytkem mozkové tkáně dochází ke zmenšení hmotnosti mozku a mozkové hmoty, čímž jsou narušeny funkce jednotlivých mozkových oblastí (Vágnerová, 2007).

1.2.1 Změna kognitivních funkcí

Schopnosti, s nimiž člověk neměl v produktivním věku problémy, mohou být ve vyšším věku kvůli kognitivním změnám omezeny. Jedním z problémů, s kterým se staří lidé potýkají, je zhoršení smyslového vnímání. Zhoršuje se sluch i zrak, což může být překážkou při jakýchkoli činnostech. Znemožňuje jim to například komunikaci s druhými, kdy při špatné senzorní vnímavosti mohou být podezíraví, nebo se cítit úzkostně či nejistě. Následkem provádění nevhodných aktivit vzhledem k těmto změnám jsou pády a úrazy. V dnešní době existují pomůcky k omezení nedoslýchavosti a zhoršené smyslové vnímavosti, které lidem usnadňují život při každodenním fungování. Dále se u seniorů zpravidla zhoršuje krátkodobá paměť, zatímco dlouhá minulost a vzpomínky jim často zůstávají v paměti (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.2.2 Emoční změny

Své prožitky vyjadřujeme emocemi, jejichž intenzita s rostoucím věkem klesá. Potřeba seberealizace je na počátku stáří silná, kdy se ještě senioři snaží do okolí něčím přispívat. Postupně se od seberealizace upínají ke svému blízkému okolí, kde hledají přijetí a emoční stabilitu. Věci se snaží řešit s klidem a trpělivostí, i když se k některým situacím

mohou stavět až pasivně. Lidé se ve stáří začínají soustřeďovat především sami na sebe a odpoutávají svou pozornost od dění kolem sebe. Přehnaná přecitlivělost a soustředěnost na sebe samotného, může vyústit až v hypochondrii.

Důležitou roli v emočním prožívání starého člověka hraje také rodina. Vztah a pravidelný kontakt s rodinou je ve stáří důležitý z hlediska strachu seniora ze sociální izolace. Zároveň je udržování silných pout se svojí rodinou podstatné pro období, kdy se objeví zdravotní obtíže a budou potřebovat pomoci ze strany svých dětí. Senioři se běžně ocitají v roli prarodiče, která jim dává pocit potřebnosti a možnost prožívat své emoce naplno. Předávají vzpomínky svým pravnoučatům a učí je hodnotám života a náhledu na stáří (Langmeier & Krejčířová, 2006).

1.3 Sociální změny

Venglářová (2007) řadí mezi hlavní sociální změny ve stáří odchod do penze, změnu životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost a finanční obtíže. Ve chvíli, kdy senior odchází do důchodu a začíná mu tzv. penzionování, mění se mu jeho stereotypní život. Přejít z aktivního života do důchodu je pro některé seniory stresujícím okamžikem (Čeledová, Čevela, & Kalvach, 2012). Ztrácejí svoji profesní roli, která je nahrazena rolí s horším sociálním statutem a nedostatečnou prestiží. Ve společnosti jsou považováni za neproduktivní skupinu, jež už nemá společnosti čím přispět a stává se na ní závislou. Vágnerová (2007, s. 356) uvádí: „*Období důchodu může být chápáno jako doba, která nemá jasně vymezený obsah a obecně platný smysl*“. Staří lidé mají problém využít svůj volný čas, který byl dříve zaplněn zaměstnáním. Svůj život mají ve své plné moci, nemusejí se nikomu podřizovat. A to je problém, se kterým se potýkají. Nakládání s volným časem je obtížnější pro seniory, kteří jsou v mnoha aktivitách limitováni zdravotními problémy, omezenými schopnostmi či finančními nedostatky (Vágnerová, 2007).

Kromě přechodu do důchodu může být změna bydlení další negativní a stresující událostí. Bydlení je jedním ze základních potřeb člověka, aby mohl prožít spokojený a kvalitní život. Za domov považujeme místo poskytující soukromí, bezpečí a sdílení volného času se svými nejbližšími. Ve stáří nastávají situace, kterými jsou senioři nuceni opustit svůj stávající domov a přestěhovat se do nového prostředí. Těmito situacemi mohou být například ztráta partnera, neschopnost udržovat velký byt či bariérovost. Stěhování - stejně jako odchod do důchodu - je velkým stresorem jak pro motivované seniory, tak i pro seniory, kteří svůj stávající domov opustit nechtějí (Čeledová et al., 2012).

V neposlední řadě je ve stáří velmi zatěžující ztráta blízkých osob, ať už partnera, rodiny či přátel, kteří v jejich životě hráli důležitou roli. Mnohdy člověk trpí po partnerově smrti depresemi, úzkostmi, somatickými onemocněními, dokonce může dojít k samotnému úmrtí po smrti partnera (Čermák & Pauknerová, 2013). Takováto událost zasáhne jak starého člověka, tak i dospělé děti - i když prožitek ztráty je rozdílný. Dospělé děti rovněž prožívají smutek, ale mají stále budoucnost před sebou na rozdíl od starého člověka, který ztrácí smysl života a není motivován k jakýmkoliv činnostem (Vágnerová, 2007).

2 Duševní poruchy ve stáří

Duševní poruchy se projevují v každé věkové kategorii. Ve vyšším věku se jejich příznaky mohou schovávat za fyziologické změny a nemusejí být tak nápadné. Mezi častěji vyskytující se patří organické poruchy a s nimi spojené poruchy paměti (Venglářová, 2007).

2.1 Depresivní syndrom

Deprese je nejčastější psychickou poruchou ve stáří; její četnost se odhaduje až na 15 %. Původce tohoto onemocnění je možno rozdělit do tří skupin. Deprese může vycházet z chronického stresu, z obtížných životních událostí, nebo za její příčinu lze pokládat strukturální změny v mozku. Ke vzniku deprese dochází také důsledkem polypragmázie, neboli podávání několika léků současně, která je ve vyšším věku častá a způsobuje i další zdravotní komplikace. Mezi typické klinické projevy patří přehnané pozorování sebe samotného, kdy člověk má pocity výskytu nějakého somatického onemocnění. Častým projevem může být tzv. somatizace, jejíž podstatou je silná pozornost zaměřená na tělesné prožitky. Tato pozornost je nejčastěji provázena bolestmi, které starého člověka donutí navštívit svého praktického lékaře. A nemusí tak být jasné, že se jedná o příznaky depresivního syndromu, jež by měl být léčen u psychiatra. Deprese je snadno zaměnitelná s demencí, ale je třeba vědět, že deprese mohou být součástí demenčních onemocnění. Terapie depresí bývá úspěšná. Depresivní syndrom se léčí antidepresivy, které u některých pacientů nemusí být účinnou léčbou, a je zapotřebí jiná forma léčby, jako je elektrokonvulzivní terapie, nebo augmentace, což je použití jiné látky než té primární. V některých případech se deprese stává rezistentní vůči léčbě (Konrád, 2013).

2.2 Demence

Demence patří společně s depresivním syndromem a deliriem mezi nejčastější poruchy ve vyšším věku. Syndrom demence je závažné onemocnění, které se nemusí projevit pouze ve stáří, ale i v mladším věku. Přesto je ve stáří větší pravděpodobnost vzniku této poruchy. Demence se začíná projevovat v kognitivní, behaviorální a psychologické oblasti. Rovněž člověk může mít problém v soběstačném fungování. Kognitivní funkce jsou natolik sníženy, že omezují člověka v běžných profesních a volnočasových aktivitách, nebo také v soběstačnosti. Sekundárně může být demence doprovázena poruchami spánku, změnami v chování a v prožívání emocí. U některých demencí se mohou vyskytovat deliria, především u demence Lewyho tělísek, nebo u vaskulární demence. U nejčastěji vyskytované Alzheimerovy choroby se deliria vyskytují poměrně zřídka (Kalvach et al., 2004).

Správné rozpoznání demence je důležité k následnému poskytnutí vhodné péče. Staří lidé mohou být často okolní společností podezírání z demence a stigmatizováni i přesto, že syndromem demence trpět nemusejí. Skutečná demence je nevratný stav, jehož průběh je velmi kolísavý důsledkem vnějších vlivů, farmakoterapie a stávajících chorob. V lehčích stádiích je vyžadována stimulace mozkových funkcí, podpora v socializaci, pomoc se orientovat v realitě. A u lidí, kteří jsou osamělí, je třeba zajistit dohled nad jejich stavem. U pokročilých stadií demence je podstatná podpora rodiny. V případě, že není v silách rodiny nemocnému pomoc poskytnout, je náhradní možností ústavní péče. Nezbytnou potřebou pro lidi s demencí, je ponechání jejich důstojnosti a vyloučení nevhodného chování k nim, které je častou součástí v péči o lidi s touto poruchou. Součástí důstojnosti je i socializace, jež zahrnuje vhodné oblékání, dodržování rytmu spánku, omezení psychofarmak a kroků, které ho svazují na co nejnižší úroveň. V terminálním stádiu demence už jde o pacienty, kteří mají problémy s hybností, s inkontinencí, a je proto nezbytné zajistit podporu v běžných každodenních potřebách (Čeledová et al., 2012).

2.3 Delirium

WHO definuje delirium v MKN-10 (2008, s. 195) jako: „*Etiologicky nespécifikovaný organický cerebrální syndrom, charakterizovaný současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emocí a spánkového rytmu*“. Pro vznik deliriózních stavů existuje řada rizikových faktorů. Udává se, že až u 60 % delirií ve vyšším věku, je spouštěčem syndrom demence. Správnými intervencemi a vhodnou léčbou lze mnoho rizikových faktorů změnit, či odstranit. Za častý rizikový faktor je považována i bolest, která bývá opomíjena a přikládána k demenční poruše. Charakteristická porucha komunikace u demence vede k projevům bolesti: sténání a křiku. Tento neklidný stav je často tlumen nevhodnými farmaky, například benzodiazepiny, které následně mohou vyvolat deliriózní stav. Delirium má hypoaktivní, nebo hyperaktivní průběh; jestliže se tyto dvě formy průběhu prolínají, jedná se o delirium smíšené. U starých lidí je častější hypoaktivní forma, pro kterou je typická skleslost a pasivní chování, oproti hyperaktivní formě, jež se vyznačuje psychomotorickým neklidem. Opět je důležitá diagnostika, aby delirium, především jeho hypoaktivní průběh, nebylo zaměněno s depresivním syndromem nebo demencí (Ressner, Konrád, & Bártová, 2011).

Delirium může být také spojeno s užíváním psychoaktivních látek, hlavně s intoxikací tlumivými či stimulačními látkami, nebo s odvykacím stavem při závislosti na tlumivých látkách, jejichž součástí jsou i psychofarmaka. Ze skupiny psychofarmak mohou způsobit delirium barbituráty, všechny benzodiazepiny, zolpidem, meprobamat, glutethimid. Hlavní příčinou vzniku delirií může být abúzus návykových látek, ačkoliv

v některých případech je pouze komplikací deliriózních stavů a staví do pozadí primární příčinu (Pecinovská, 2011).

3 Psychofarmaka

Psychofarmaka jsou látky s psychotropním účinkem, jejichž funkcí je měnit duševní stav jedinců. Psychotropní účinek mají kromě psychofarmak i další látky, jako například analgetika, antiparkinsonika aj., které mají taktéž vliv na CNS. Psychofarmaka se dle Lehmana klasifikují podle účinků na bdělost, afektivitu, psychickou integraci a paměť, viz tabulka 1.

Tabulka 1. Klasifikace psychofarmak podle vlivu na psychiku

parametr psychiky	smysl ovlivnění	skupina psychofarmak
bdělost a vědomí	pozitivní	psychostimulancia
	negativní	hypnosedativa
		narkotika
afektivita	pozitivní	antidepresiva
		anxyolitika
	negativní	antimanika (dysforika)
psychická integrace	pozitivní	neuroleptika
	negativní	halucinogeny
		delirogeny
paměť	pozitivní	kognitiva (nootropní látky)
	negativní	amnesticky účinné látky (dementogeny)

Zdroj: Hynie, 2001

Přestože se do skupiny psychofarmak neřadí, uvádím v přehledu i psychoaktivní látky s analgetickým účinkem, které jsou u seniorů také často indikovány a nejsou v některých případech vhodně užívány.

3.1 Antidepresiva

Antidepresiva jsou léky, které se indikují u řady duševních poruch díky své bezpečnosti a relativně malému riziku vzniku nežádoucích účinků. Lze je užívat k léčbě deprese, úzkosti, ale i funkčních potíží souvisejících s psychickým pozadím, jako jsou například zažívací potíže či bolesti, které si pacient nedokáže vysvětlit. Jejich nástup účinku není okamžitý, a proto se zlepšení začíná objevovat po několika týdnech. Vysazení léků po několika dnech, nebo užití léků pouze příležitostně není účinné, a může být naopak

škodlivé. Mezi nejčastěji používané skupiny, patří SSRI a SNRI antidepressiva, jejichž zástupci jsou například Cipralex, Citalec, Deprex aj. (Peterková, 2017).

3.2 Sedativa a hypnotika

Sedativa jsou látky, jejichž hlavní funkcí je celkové zklidnění organismu, ale mohou mít vliv i na nástup přirozeného spánku, ačkoliv tyto látky nejsou určeny k jeho navození. V moderní farmakoterapii se jedná pouze o podpůrná nebo doplňková léčiva, někdy jsou užívána jako epileptika, nebo k uklidnění nemocných pacientů. Riziko toxicity je nízké. Patří sem barbituráty, bromidy a některá rostlinná sedativa, např. Bellaspon® (Nechanská, Mravčík, & Popov, 2012).

Hypnotika jsou psychoaktivní látky, které jsou určené k poruchám nespavosti. Za nespavost považujeme stav, kdy má člověk problém s usínáním, s celistvostí spánku, nebo s časným probouzením. O nespavosti jako poruše mluvíme v případě, že některý z problémů trvá alespoň jeden měsíc a vyskytuje se nejméně třikrát do týdne. Před podáním hypnotik je důležité zjistit, zdali se jedná o primární či sekundární nespavost. Jestliže se jedná o sekundární insomnii, přednost v léčbě mají příčiny, jež ji vyvolávají; jsou somatického nebo psychiatrického rázu. Po nich je třeba pátrat, zatímco primární insomnie je psychofyzilogického charakteru. Podávání hypnotik je určeno především k léčbě akutní nespavosti, pro niž je zásadní krátkodobá léčba (Slíva & Votava, 2011).

U seniorů je běžné, že se mění jejich spánkový cyklus. Fyziologické změny zapříčiňují redukci hlubokého spánku a naopak zmnožení lehkých fází spánku. Mimo to se ve vyšším věku zkracuje celková doba spánku a senioři se často cítí důsledkem fyziologických změn po probuzení unaveni. Ve stáří tedy snadné odlišit nespavost od skutečné primární insomnie. Pro určení patologické nespavosti existují kritéria dle MKN-10, nebo kritéria DSM-IV-TR (Chalany, 2014).

➤ Hypnotika I. generace

Mezi hypnotika I. generace řadíme barbituráty a léky nebarbiturátového typu. V současné době se tyto léky proti nespavosti téměř neuvžívají pro vysokou rizikovitost abúzu, lékových interakcí, potlačení REM a delta fáze spánku. Nebarbiturátová nebenzodiazepinová léčiva od barbiturátů liší chemickou strukturou, ale svými účinky jsou stejně nevhodná. Svoji nebenzodiazepinovou strukturou, jsou někým považovány za vhodnější pro pacienty s vysokým potenciálem abúzu benzodiazepinů (Moráň, 2008).

➤ Hypnotika II. generace - benzodiazepiny

Benzodiazepinová hypnotika jsou léky, které lidem pomáhají rychleji usnout a prodloužit spánek. Problémem hypnotik této generace je, že i když prodlužují spánek, zkracují dobu REM fáze. Pokud dojde k náhlému vysazení hypnotik, mozek se snaží deficit REM fáze nahradit tím, že se začne zkracovat druhá fáze spánku a delta spánku. Následkem je nekvalitní spánek, kdy se člověk budí s pocitem únavy. Lidé poté mají tendenci užívat hypnotika ve vyšších dávkách, aby spánek „zlepšili“ a vytváří si tak na hypnoticích návyk. Vhodným způsobem užívání těchto léků je vzít si je každý druhý, nebo třetí den, aby nevznikal velký deficit REM fáze. Při prvním testování tohoto léku na starých lidech docházelo k tomu, že byli zmatení, zadržovali se při řeči a dokonce usínali (Stone & Darlington, 2003). V dnešní době se ví, že starým lidem se tyto léky, včetně hypnotik III. generace musí předepisovat v malých dávkách a pouze krátkodobě, neboť dlouhodobé užívání přináší svá rizika. U seniorů oproti dospělým dochází z fyziologického hlediska ke zkrácení spánku. Seniori se často druhý den cítí unaveně, bez energie; není snadné rozlišit tento méně kvalitní spánek od pravé insomnie. U chronické nespavosti je důležité zvážit správnou terapii, nejlépe kombinaci farmakologické a nefarmakologické léčby (Chalany, 2014).

➤ Hypnotika III. generace

Novější generace hypnotik, označující se jako Z-sloučeniny, je taktéž určena ke krátkodobé léčbě nespavosti. Tato skupina hypnotik zahrnuje léky zolpidem, zopiclon a zaleplon. I přes lepší vliv této generace hypnotik na nespavost, není vyřešen problém chronické insomnie, pro kterou z-sloučeniny taktéž nejsou vhodné a přinášejí s sebou svá rizika, především ve vyšším věku (Chalany, 2014). Po příchodu hypnotik III. generace na trh byly farmaceutické firmy přesvědčeny o tom, že zolpidem není návykový. V poslední době jejich užívání masivně vzrostlo a začaly se objevovat nežádoucí účinky, jako delirium převážně u starých osob, či vznik těžkých závislostí (Nechanská et al., 2012).

➤ Melatoninová hypnotika

Melatonin je hormon produkující se v epifyze a jeho produkce se mění v závislosti na světle. Ovlivňuje spánkový rytmus tím, že stimuluje spánková centra v mozku. Jeho produkce s přibývajícím věkem klesá a k největšímu úbytku dochází po 50. roce života. V roce 2008 se v České republice dostal do klinické praxe lék, jehož základem byl melatonin. Proběhla studie na geriatrických pacientech a ukázalo se, že po třech týdnech podávání se kvalita spánku zlepšila. Pacienti udávali nejen lepší kvalitu spánku, ale i celkové zlepšení nálady a pocit svěžesti po probuzení. Tato studie nebyla jediným důkazem, že melatonin má ve vyšším věku příznivý vliv na insomnii. Další výhodou tohoto léku v geriatrické praxi je, že nemá vliv na kognitivní funkce, nezvyšuje se tolerance,

nevzniká na něm závislost a nedochází k interakci s ostatními léčivými (Červenka, Drástová, & Krombholz, 2009).

3.3 Anxiolytika

Anxiolytika jsou skupinou léků, která pomáhá snížit úzkostné stavy, strach a psychické napětí. Působí anxiolytickými, hypnosedativními, antikonvulzivními a myorelaxačními účinky, díky nimž je častá indikace těchto léčiv. Řadíme sem benzodiazepiny a propandiolové preparáty (Hynie, 2001).

I u benzodiazepinových anxiolytik platí, že dlouhodobé a pravidelné užívání vyšších dávek může vést ke vzniku fyzické závislosti. Při jejich vysazení se následně začne objevovat odvykací stav, který se projevuje zvýšenou tepovou frekvencí, hypertenzí, svalovými křečemi, nespavostí a je znám i výskyt závažnějších psychotických stavů v doprovodu s halucinacemi či zmateností. Další riziko, jež může nejen u anxiolytik nastat po vysazení, je tzv. „rebound“ fenomén, kdy se úzkostné stavy vrátí ve zvýšené míře, než byla ta, pro kterou se léčba zahajovala. Pokud tedy dojde k rozvoji závislosti, je důležité postupné snižování užívaného léku (Raboch, Jiráček, & Paclt, 2005).

3.4 Analgetika

Analgetika jsou skupinou léků, které mají v medicíně široké zastoupení. Pomáhají lidem zmírnit nebo odstranit bolest, ale jejich užívání má potenciál návykového chování. Kromě toho je řada analgetik dostupná v lékárnách bez lékařského předpisu. Rozdělují se na dvě skupiny, a to na opioidní a neopoidní analgetika. Neopoidní analgetika, zvaná také antipyretika a nesteroidní antiflogistika, pomáhají nejen zmírnit bolest, ale i snížit horečku. Druhá skupina, zvaná opioidní analgetika, působí centrálně a jsou určena k tlumení středně silné a silné bolesti (Kalina & kol., 2003). Ve stáří se mění orgánový systém, a proto je farmakoterapie bolesti odlišná od farmakoterapie dospělé populace. Jestliže ve stáří není zvolena správná farmakoterapie zejména u chronické bolesti, zhoršuje se kvalita života u seniorů a současně s tím jsou ovlivněny stávající nemoci a psychický stav seniorů (Holbová, 2015).

3.4.1 Neopoidní analgetika

Tato léčiva lze pro jejich analgetický účinek použít u terapie migrén, kostní bolesti, zánětlivých a degenerativních onemocnění. Při zvýšeném dávkování dochází k tzv. stropnímu efektu, kdy se účinek analgetik nezvyšuje, ale naopak se zvyšuje riziko vzniku nežádoucích účinků. Neopoidní analgetika lze rozdělit do dvou skupin, a to na nesteroidní antirevmatika a antipyretika.

Nesteroidní antirevmatika, zvaná také nesteroidní antiflogistika, jsou často u chronických bolestí užívána dlouhodobě až několik let. Nesystematická léčba těmito analgetiky ztrácí svůj účinek. A po jejich vysazení může dojít ke zjištění, že v léčbě nehrály tak významnou roli a že není potřeba v jejich užívání dále pokračovat. Užívání nesteroidních antirevmatik - převážně volně prodejných - v poslední době u pacientů roste. Například léky s účinnými látkami jako jsou ibuprofen, nebo diclofenac, bývají nadužívány pacienty s chronickými bolestmi a s nedostatečnou medikací. Mezi antipyretikum první volby se řadí paracetamol. Pro svoji nízkou toxicitu a dobrou tolerabilitu je vhodnou léčbou i u gravidních žen a seniorů (Lavičková & Kozák, 2010).

3.4.2 Opioidní analgetika

Opioidní analgetika jsou určena ke zmírnění bolestí, zejména při nedostatečném účinku neopioidních analgetik, ale používají se i k analgezii během celkové anestezie. Nevhodným užíváním dochází ke vzniku závislosti a měly by být indikovány pouze při nesnesitelné akutní a chronické bolesti. Dle WHO se opioidní analgetika dělí na slabé a silné opioidy.

➤ Slabé opioidy

Do skupiny slabých opioidů řadíme tramadol, kodein a dihydrokodein. Používají se k tlumení středně silných bolestí v kombinaci s neopioidními analgetiky. Tramadol i kodein jsou slabá analgetika a dostatečného zmírnění bolesti dosahuje v kombinaci s paracetamolem. Vysoké dávky tramadolu způsobují u seniorů závratě, pády, sucho v ústech, zácpu a zmatenost. Oproti tomu podávání kodeinu se u seniorů nedoporučuje kvůli vyššímu výskytu nežádoucích účinků. Retardovaná forma dihydrokodeinu je společně s paracetamolem využívána k léčbě chronické bolesti (Holbová, 2015).

➤ Silné opioidy

Mezi zástupce silných opioidů patří morfin, fentanyl, hydromorfon, oxykodon a buprenorfin. U seniorů jsou silná analgetika považována za vhodnou volbu díky nepřítomnosti toxického účinku na orgánový systém. Přesto se lékaři - často z neznámých důvodů - obávají terapie chronické bolesti těmito analgetiky a raději nechávají seniory užívat slabé opioidy, konkrétně nesteroidní antiflogistika nevhodným způsobem. Přitom léčba silnými opioidy je pro seniora, u něhož se vyskytuje více chorob současně, bezpečnější a šetrnější (Holbová, 2015). Na počátku terapie je základem podávání nízké dávky silných opioidů a pravidelné kontrolování pacientova stavu. Terapeutická dávka se po několikátýdenní titraci nemusí až několik let měnit; může být stále stejná. Jestliže se u některých pacientů začne rozvíjet tolerance na určitý opioid, je vhodné ho vyměnit za jiný druh opioidu (Hegmonová, 2014).

4 Problematika farmakoterapie ve stáří

Ve farmakoterapii se setkáváme u geriatrických pacientů oproti mladší populaci se specifiky. S vyšším věkem přichází pravděpodobnost výskytu většího počtu nemocí, současně s tím související podávání léků, čímž často dochází k podávání mnoha léků současně. Stárnutí organismu způsobuje změny ve farmakokinetice užívaných léčiv a tělo tak snadněji podléhá nežádoucím účinkům. Znáмым faktem je, že senioři mají větší problémy s dodržováním farmakoterapie než lidé středního věku. Podíl na tom mají kognitivní změny, časté obměňování léků, deprese, motorické poruchy, smyslové poruchy a výrazně ochotu spolupracovat zhoršuje samota seniorů (Jiráček, 2010).

4.1 Zneužívání psychofarmak

Definice o tom, co je to lékové zneužívání, je mnoho, a proto vznikla zastřešující definice, jež zahrnuje všechny typy užívání. „*Zneužití/zneužívání léků je jakýkoliv typ užití léku, u kterého byla prokázána problematická spotřeba. Jedná se o užití léku bez lékařského předpisu, ovšem zjevně mimo přijaté lékařské postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem nebo v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad výhodami.*“ (Nechanská et al., 2012, s. 12)

Nejen u nás, ale i v dalších zemích světa začíná být zneužívání léků velmi rozšířené, a to více jak užívání nelegálních drog. I přes čím dál větší běžnost zneužívání léků se na tento problém dostatečně nehledí, a ten bývá společností tolerován. Lidé zneužívají léky na předpis, kupují si volně prodejné léky v lékárně, nebo si je opatří přes internet, což může způsobit řadu komplikací zdravotního stavu. Společnost toto nekontrolované užívání bere na lehkou váhu a není si vědoma několika rizik, jako jsou nebezpečné interakce s ostatními užívanými léky, možnost vzniku závislosti, nežádoucí účinky a další (Hřebíková, 2012). U seniorů se riziko zneužívání zvyšuje, vzhledem k častějšímu výskytu chronické bolesti, úzkosti a nespavosti. Tato onemocnění, která jsou ve vyšším věku typická, se zpravidla léčí léky s vysokým potenciálem zneužívání (Nechanská et al., 2012).

V MKN-10 můžeme najít (pod kódem F55 Abúzus – zneužívání – látek nezpůsobujících závislost) širokou škálu léků, jako jsou antidepresiva, laxativa, analgetika bez lékařského předpisu, která se zneužívají, ale nevyvolávají příznaky závislosti, jako tomu je u psychoaktivních látek pod kódy F10-F19, jež jsou uvedeny v následující kapitole (WHO, 2008)

Vzrůstají obavy, že v nadcházejících letech bude v USA docházet k výraznému nárůstu počtu starších dospělých, kteří mají problémy se zneužíváním návykových látek.

To může mít za následek nákladné negativní zdravotní důsledky. Starší dospělí, kteří zneužívají návykové látky, jsou často obtížně identifikovatelní. Pro pochopení prevalence, charakteristik a důsledků zneužívání ve stáří je důležité poskytování nejlepší péče o tuto rostoucí populaci, ale jen málo studií konkrétně zkoumalo prevalenci a povahu zneužívání psychoaktivních léků u starších osob. Nedostatek studií je důsledkem mnoha překrývajících se příznaků procesu stárnutí se zneužíváním, možnými léčebnými interakcemi od různých poskytovatelů zdravotní péče a nedostatkem informací o zneužívání, které jsou poskytovány starším dospělým osobám (Blow & Barry, 2014).

Norové Johannessen, Helvik, Engedal, Ulstein a [Sørli](#) (2015) provedli kvalitativní studii, do které zapojili praktické lékaře a prozkoumávali jejich zkušenosti a úvahy o užívání a zneužíváním psychotropních léků a alkoholu u starších osob. Ve studii se ukázalo, že lékaři měli mnoho zkušeností se staršími lidmi, kteří měli existenciální a duševní problémy, jež se snažili minimalizovat alkoholem nebo psychoaktivními léky. Informátoři uvedli, že dnes jsou to především starší pacienti, kteří vyžadují předepsání psychofarmak, z nichž se nejvíce jedná o léky na spaní. Jeden z lékařů popisoval zkušenost s výmluvami seniorů na ztrátu léků, nebo s využíváním situací na konci návštěvy, kdy si narychlo vyžádali více psychofarmak. Ne zřídka se také setkávali se skutečností, že docházelo ke sdílení psychofarmak s dalšími členy rodiny, nebo s přáteli. Při snaze zabránit další preskripci užívaného léku pro jeho rizikovost, se informátoři dostávali do situací, kdy je starší pacienti začali mít za lékaře, jež jim nevychází vstříc a přešli k jinému odborníkovi.

Dále zaznamenali častější vyžadování psychofarmak u starších žen než u mužů. Poukazovali na neznalost seniorů o možných vedlejších účincích léků, neboť většina starších pacientů trivializuje užívání psychofarmak a vnímá je jako něco neškodného. Informátoři vyjádřili, že je důležité se zabývat u starších pacientů kvalitou jejich života a vedlejšími účinky před předepsáním léků, nebo při pokračování v jejich preskripci. Přesto všechno se praktičtí lékaři při konzultacích soustředí především na fyzické problémy starších lidí a nikoliv na otázky duševního zdraví (Johannessen, Helvik, Engedal, Ulstein, & Sørli, 2015).

4.2 Závislost

Farmakologie považuje za vhodnější označení u závislosti na lécích pojem látková, nebo léková závislost, nikoliv „drogová“ závislost. V dnešní době se látková závislost pojmenovává jako syndrom závislosti, což je skupina kognitivních, behaviorálních a fyziologických fenoménů. Každá závislost na návykové látce je považována za onemocnění, které lze najít v Mezinárodní klasifikaci nemocí pod určitým kódem, viz tabulka 2.

Tabulka 2. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Diagnóza	
F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
F11	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
F12	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
F13	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
F14	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
F15	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu
F16	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
F17	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
F18	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel
F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním větším počtem drog a jiných psychoaktivních látek

Zdroj: WHO, 2008

Škodlivé užívání a závislost na lécích je ve stáří druhou nejčastější závislostí, za závislostí na alkoholu a tabáku. U této závislosti v seniorském věku - podobně jako u alkoholu - nejsou zcela jasná data, a to ani ve světě ani v České republice. Nicméně panují shody, že se jedná o rozšířený jev a to především u žen (Krombholz & Drástová, 2010).

4.3 Edukace seniorů

Poddajnost pacienta k dodržování léčebného plánu a ke spolupráci s lékaři se označuje jako compliance. Aby byla compliance u seniorů na dobré úrovni, je zcela nezbytná jejich edukace. Edukace seniorů, týkající se správného užívání léčiv, je důležitá kvůli zamezení vzniku rizik spojených s nesprávným podáváním farmak. Podávané informace mají vést nejen k zisku vědomostí, ale i k učení se zodpovědnému přístupu jak ze strany pacienta, tak i ze strany rodinných příslušníků nebo blízkých osob, kteří seniorovi poskytují péči. K tomu, aby mohla být provedena dostatečná edukace, je třeba dostatek času, trpělivosti a individuálního přístupu. Před edukací je důležité, aby zdravotnický pracovník nejprve provedl lékovou anamnézu pacienta a poté stanovil reálný plán.

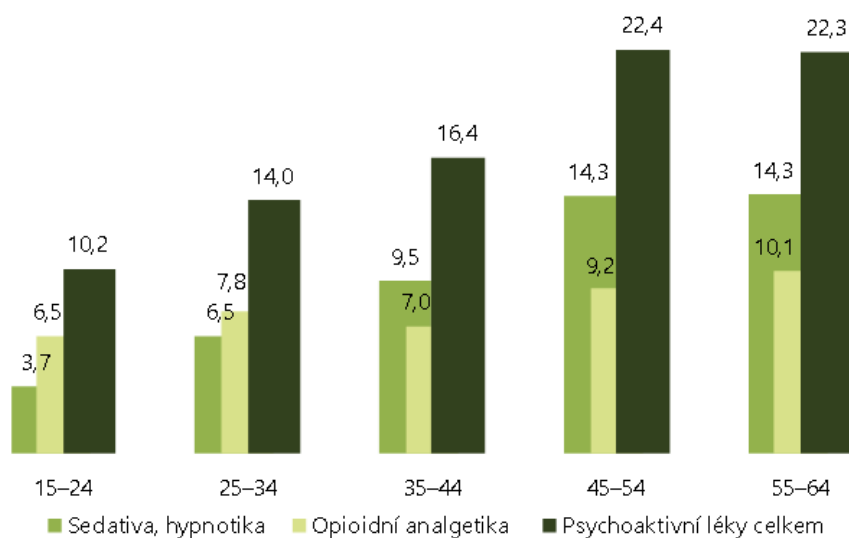
Způsobů jak edukaci provádět je několik. Jednou z metod je edukace formou rozhovoru, kdy odborník vysvětlí správné zacházení s léky samotnému jedinci, nebo větší skupině seniorů na různých přednáškách či besedách. Další variantou, jak lze předat seniorům informace o správném užívání léků jsou letáky, brožury, časopisy a knihy. Je

důležité, aby tyto informační prostředky odpovídaly svým obsahem cílové skupině. Jako doplňkovou informační metodu lze zvolit nástěnku, ať už v čekárnách, nebo na chodbách v nemocnicích. Podstatné je, aby byly informace na nástěnkách podávány jasně, srozumitelně a aby jim porozuměla laická veřejnost (Zrubáková, Krajčák, & kol., 2016).

5 Epidemiologie

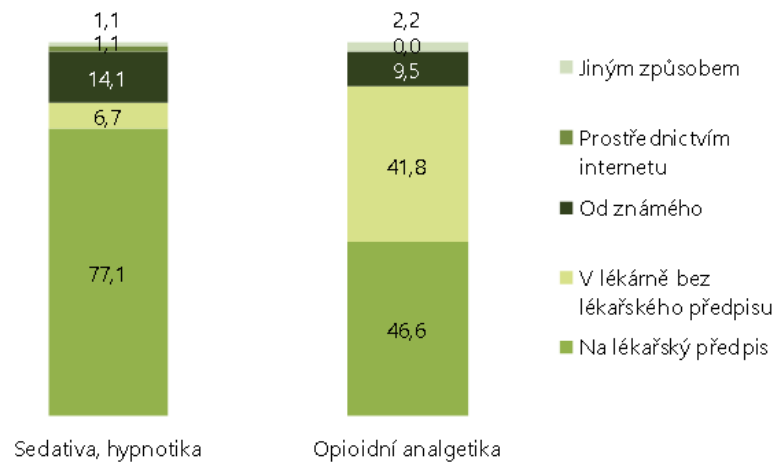
Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2016 poukazuje také na prevalenci užívání psychoaktivních léků. Výsledky studie ukazují, že s rostoucím věkem se užívání psychoaktivních léků zvyšuje, což lze vidět na níže uvedeném grafu. Zároveň s věkem se mění skupina užívaných psychoaktivních léků, kdy v mladším věku jsou více užívána opioidní analgetika, a u populace nad 35 let a výše převažuje užívání sedativních a hypnotických léků.

Obrázek 1. Znázornění prevalence užívání psychoaktivních léků v posledních 12 měsících vzhledem k věkovým kategoriím (v %)



Dotazovaní respondenti dále odpovídali na to, jakým způsobem si psychoaktivní léky opatřují. Obecně, bez zaměření pouze na seniory, respondenti nejčastěji získávají psychoaktivní léky na lékařský předpis, i když u opioidních analgetik je častý i jejich nákup v lékárně bez lékařského předpisu. Procento volného prodeje sedativ a hypnotik v lékárně není tak vysoký, jak tomu je u opioidních analgetik, ale obvyklejší zisk těchto psychofarmak je od známých (Úřad vlády ČR, 2017).

Obrázek 2. Způsoby získávání psychoaktivních léků, které byly užity respondenty v posledních 12 měsících (v %)



6 Metodologie výzkumu

6.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je popsat vzorce nadužívání psychofarmak u seniorů, zjistit, jaké faktory v nadužívání hrají významnou roli a vyobrazit, jak na tyto vzorce samotní senioři nahlíží.

Pro naplnění hlavního cíle jsem si zvolila následující výzkumné otázky:

- Jaké okolnosti vedou seniory k nadužívání psychofarmak?
- Co je pro seniory pozitivním a negativním dopadem při nadužívání psychofarmak?
- Z jakých zdrojů senioři psychofarmaka získávají, popřípadě mají zkušenost s preskripcí stejných psychofarmak více lékaři?
- Jak jsou senioři informováni o správném užívání psychofarmak a rizicích, které mohou při nesprávném užívání nastat?
- Kupují si senioři i volně prodejná psychofarmaka a informují o tom svého lékaře?

6.2 Metody sběru dat

Potřebná data výzkumu byla získána kvalitativní metodou, pomocí polostrukturovaných interview. Jejich smyslem je držet se během rozhovoru daného schématu, ale zároveň umožňuje kladení dalších otázek, které mohou být pro výzkum podstatné. Tento způsob sběru dat jsem zvolila v závislosti na cílové skupině. Kvalitativní metoda přináší možnost nahlédnout na danou problematiku více do hloubky. Předpokládala jsem, že výzkum formou interview bude jak pro mě jako výzkumníka, tak i pro seniory účelnější, neboť jsem mohla z rozhovoru zjistit více informací k danému problému. Zabránila jsem tím případnému nepochopení otázkám formulovaných v dotaznících, jež spadají do kvantitativních metod a nedostatku důvěřivosti vůči anonymnímu sběru dat. Další důvod, vedoucí mě k volbě kvalitativního výzkumu, byl ten, že k problematice, jíž se v práci zabývám, bych nebyla schopna zajistit dostatečný počet respondentů pro kvantitativní výzkum dané problematiky, neboť získání respondentů, kteří psychofarmaka nadužívají, není snadné. Nadužíváním psychofarmak zvláště u seniorů, je třeba se zabývat více do hloubky, klást otevřené otázky a prozkoumávat jednotlivé oblasti související s tímto chováním.

Během rozhovoru jsem se držela schématu skládajícího se z 15 otázek, na které respondenti odpovídali, přestože docházelo k samovolnému odpovídání na otázky, jež

měly následovat. Spontánní odpovědi byly doplněny o mnou kladené otázky; nebyl tak na respondenty vyvíjen nátlak v přesném dodržování pořadí otázek. Senioři měli tendenci se rozpovídat, proto jsem se snažila rozhovor udržovat na rovině daného tématu a případně málo podstatné informace jsem následně při přepisu zredukovala či odstranila. První dvě otázky se zaměřovaly na demografické údaje a na to, jakým způsobem života senioři v důchodovém věku žijí. Zkoumaly, zda senioři žijí s partnerem či bez partnera, jsou-li v kontaktu s rodinou, zjišťovaly sociální vztahy a zájmy seniorů. Další otázky se ubíraly k samotnému zjišťování, jaká psychofarmaka či analgetika senioři užívají a následně ke konkrétní problematice, a to k nadužívání léků. Odhalovaly, jaká psychofarmaka senioři nadužívají, proč je nadužívají, jak jsou obeznámeni s riziky tohoto chování, čím je užívání vyšších dávek pro ně přínosem, jaké jim to naopak způsobuje problémy a zda s nadužíváním zkoušeli někdy přestat. Poslední otázky zkoumaly zdroje získávání psychofarmak, duplicitní preskripci a nákup volně prodejných psychofarmak a analgetik, které jsou s těmi předepsanými kombinovány.

Rozhovory se seniory jsem provedla v rámci jednorázového setkání v místě jejich bydliště. Jeden ze seniorů byl nucen kvůli nečekané návštěvě rozhovor přerušit; museli jsme ho tak dokončit na dohodnutém druhém setkání. Všechny rozhovory byly po předchozím souhlasu seniorů nahrávány na diktafon mobilního telefonu. Délka většiny rozhovorů byla kolem 30 minut, nejdelší trval 50 minut. Data byla sbírána od 1. 2. 2018 do 31. 5. 2018 v kraji Vysočina v okolí Jihlavy.

6.3 Výzkumný soubor

Základním kritériem pro výběr vzorku bylo, aby respondenti byli v důchodovém věku a nevykonávali výdělečnou činnost. Tímto byli všichni dotazovaní ve stejné výchozí pozici a mohlo dojít ke zkoumání změn přicházejících v období penze. Odchodem do penze se mění zažitá denní stereotypy a senioři se setkávají s pro ně novými životními skutečnostmi, jakými jsou například samota, ztráta kontaktu s přáteli nebo přibývajících zdravotní potíže. Ve vzorku byli senioři, kteří žijí jak v domovech důchodců, tak i ve vlastních domech či bytech.

Pro výběr vzorku byla použita metoda záměrného výběru, a to technikou sněhové koule, kdy mě respondenti odkázali na další respondenty, odpovídající zvoleným kritériím v kombinaci s metodou výběru vzorku na základě dostupnosti. První dotazovanou pro výzkum jsem získala díky mé příbuzné, která ji znala a odkázala mě na ni. Rozhovory, byly provedeny s deseti seniory, z nichž bylo osm žen a dva muži, jejichž demografické údaje jsou popsány pod smyšlenými jmény níže v tabulce 3. Malý počet vzorku mužů ve výzkumu si lze obtížně vysvětlit. Pravděpodobně ve stáří netrpí tak velké množství mužů psychickými problémy, jako je tomu u žen, nebo jsou pro nás pouze skrytou

populací, již je nesnadné odhalit. Vzorek mužů byl pro výzkum získán díky mým příbuzným, jež pracují ve zdravotnictví a o seniorech, kteří psychofarmaka nebo analgetika nadužívají, věděli.

Tabulka 3. Přehled demografických údajů o respondentech

	Věk	Rodinný stav	Typ bydliště
Alžběta	78	vdova	domov důchodců
Božena	76	vdova	rodinný dům
Dana	70	vdova	rodinný dům
Hana	81	vdova	rodinný dům
Jaroslav	74	ženatý	rodinný dům
Karel	72	ženatý	rodinný dům
Marie	78	vdaná	byt
Pavla	76	vdova	domov důchodců
Romana	74	vdaná	rodinný dům
Věra	69	vdova	rodinný dům

6.4 Metody analýzy dat

K analýze dat byla použita zakotvená teorie, která je realizována pomocí několika druhů kódování. Jednou z metod je otevřené kódování, jež bylo praktikováno na počátku zpracování dat tohoto výzkumu.

Po přepisu dat z nahrávek mobilního telefonu došlo k hledací fázi, v níž byla procházena každá výpověď respondentů, čímž byly objeveny podstatné jevy. Tyto jevy byly následně pojmenovány a tím vzniklo několik pojmů neboli kódů. Kódy poté prošly procesem zvaným kategorizace, jehož podstatou je seskupení pojmů do kategorií.

Po vytvoření kódů a kategorií následovala další fáze zvaná axiální kódování. Podstatou tohoto procesu je najít vzájemné vazby mezi jednotlivými kategoriemi, při kterých vzniká schéma zahrnující příčinné podmínky, kontext, strategie jednání, intervenující podmínky a následky (Miovský, 2006).

6.5 Etika

Senioři byli před rozhovorem seznámeni s cílem výzkumu a informování o dobrovolné účasti na výzkumu, z kterého lze kdykoliv odstoupit. Dále byli ujištěni, že během rozhovoru nebude přítomna žádná třetí osoba, nikde nebudou zveřejňovány jejich osobní údaje, bude zachována anonymita a zpracovaná data budou interpretována pod smyšlenými jmény. Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho nahráváním, proběhl ústní formou, kdy senioři souhlasili s nezveřejněním svých osobních údajů a s nahráváním rozhovoru, který bude po jeho přepisu do MS Word, ihned smazán.

7 Výsledky

7.1 Otevřené kódování

Zanalyzovaná data jsou interpretována v několika tematických okruzích, v nichž lze najít odpovědi na výzkumné otázky. Každý tematický okruh analyzuje odpovědi respondentů a je doplněn o jejich přímé citace, které mají výpovědní hodnotu. Analýzou vzniklo, jak je níže v tabulce znázorněno 14 témat, která byla seskupena do pěti kategorií. Jednotlivá témata jsou ilustrována vybranými citacemi z rozhovorů se seniory.

Tabulka 4. Kategorie a jim přiřazené kódy

Kategorie	Kódy
Životní styl seniorů	Rodinný stav
	Vztah s blízkými
	Společenské chování
Užívání psychofarmak	Informovanost o správném užívání
	Informovanost o rizicích při nesprávném užívání
	Skutečné užívání
	Volně prodejné léky
Nadužívání psychofarmak	Příčina
	Pozitivní důsledky
	Negativní důsledky
Získávání psychofarmak	Zdroje
	Duplicitní preskripce
Omezení množství psychofarmak	Prožívání nedostatku psychofarmak
	Konec nadužívání

Prvním tematickým okruhem je životní styl seniorů, jenž dává prostor nahlédnout na to, jakým způsobem života senioři s problematikou nadužívání žijí. Tento první okruh není součástí výzkumných otázek, ale může být důležitým pozadím problematiky nadužívání psychofarmak.

7.1.1 Životní styl seniorů

Velká část dotazovaných seniorů již žije sama. Vzhledem k nepoměru žen a mužů ve výzkumu, nemohu porovnávat jejich rodinný stav. Přesto většina seniorek účastněných

ve výzkumu byly vdovy; z nich jen malá část si našla po smrti manžela nového partnera. Co se týče mužů, ti stále žijí se svými partnerkami.

Někteří senioři žijí v rodinném domku, o který se s pomocí rodiny starají, jiní museli vzhledem ke své životní situaci své původní bydlení kvůli nedostatku sil a finančních prostředků opustit.

„Bydlím nyní v jednopokojovém bytě sama a nemohu se s touto změnou stále smířit. Bydlím tu již třetím rokem. Na barák jsem zůstala sama, protože mi umřel muž a nebyl nikdo, kdo by se o dům mohl starat. Tak jsem ho musela prodat a přestěhovat se sem do důchodáku. Stále mám problém kolem toho domu jít a dívat se jak tam bydlí noví majitelé a všechno to, co jsme tam vybudovali, opravují a dělají jinak.“ (Alžběta)

„Už několik let bydlím tady v bytě, po tom co jsem musela prodat dům. Cítím se tu jako v kleci někdy. Manžel mi umřel, dům byl pro mě samotnou velký, měl velkou zahradu, a já jsem už na něj sama nestačila. Ani finančně to nebylo jednoduché. Neměla jsem už ani chuť tam něco sama dělat, tak jsem se rozhodla, že ho prodám, i když to pro mě bylo a je stále bolestivé. Dělal mi problém jít kolem domu. Noví majitelé mě zvali, ať se přijdu podívat, jak dům opravili, ale já je musela odmítnout.“ (Pavla)

Všichni senioři mají někoho blízkého, na koho se mohou v případě potíží obrátit. Někteří mají se svojí rodinou velmi intenzivní kontakt a blízký vztah, což například pro respondentku Hanu nebo Boženu je až moc silný a mají pocit, že se o ně okolí stará v příliš hojné míře. Zatímco respondentky Dana a Věra se cítí osamoceně. Mají blízké daleko od svého domova, mohou se na ně při potížích obrátit, ale jejich pomoc nevyužívají, protože vědí, že jsou jim vzdáleni.

„S rodinou jsem v kontaktu v podstatě každý den. Stará se o mě syn se svou manželkou a s vnukem. Snacha za mnou chodí hodně, až mi přijde, že se o mě stará moc, a někdy mi to leze na nervy.“ (Hana)

„Manžel mi umřel a zůstala jsem na všechno sama, protože děti jsou v Americe, téměř sem nejezdí a s rodinou z manželovy strany se nevidám, nikdy jsme s nimi neměli moc dobrý vztah. No a potom mám ještě sestru, ale ta má alzheimera, takže už s ní není řeč. Jsem ráda, když si vzpomene, jak se vůbec jmenuji. Takže to na mě někdy tak padne, že jsem vlastně na všechno sama i přesto, že děti mám, ale kvůli té dálce je nechci obtěžovat.“ (Věra)

Z hlediska chození do společnosti, mohu seniory rozdělit do tří kategorií. Seniorky Hana, Romana, Věra, Dana, Marie téměř nikam nechodí a jsou nejraději doma, kde mají svůj klid. Naopak seniorky Alžběta, Božena a Pavla rády navštěvují pravidelný klub

důchodců, v němž mají pocit, že někam patří. Do třetí kategorie patří respondent Jaroslav a Karel, kteří tráví čas spíše doma, ale najdou si chvíle posedět s přáteli u piva.

„Chodívala jsem pravidelně s kamarádkami na vycházky se psy, ale teď už nechodím. Pes nám umřel, tak jsem sice chodívala nějaký čas i bez něj, ale přestalo mě to bavit, nějak nemám chuť. Jsem nejraději doma, kde mám svůj klid. Dcery nám koupily k Vánocům lázně, ale mně to radost ani neudělalo, nechce se mi tam.“ (Romana)

„My jsme s mužem nejraději doma. Mě nebaví chodit někam s ostatními ženskými, abych poslouchala drby. Není nad to být doma, mít klid a dělat si něco na zahrádce.“ (Marie)

„To já jsem pořád někde. Bud' máme klub důchodců, nebo jsem v kostele. Víte, já jsem věřící, tak tam chodím pomáhat farářovi. No a jinak ještě jezdím na kole za svými sestrami, které bydlí tady kousek odtud.“ (Božena)

„Chodím tak jednou týdně tady s místními chlapy na jedno pivo. A jinak s manželkou nikam moc nechodíme. Když má někdo narozeniny, tak to tam jedeme, ale jinak jsme spíš doma.“ (Jaroslav)

Během rozhovoru s Alžbětou, Jaroslavem a Karlem vyplynulo, že užívání psychofarmak kombinují s pitím alkoholických nápojů. Pan Jaroslav pije pouze pivo a to občasně, zatímco u paní Alžběty a Karla se jedná o pravidelné pití alkoholu včetně lihovin. Pouze paní Alžběta se zabývala myšlenkou, zdali se jí nemůže kvůli malé, ale pravidelné dávce alkoholu s kombinací léků přitížit.

„Mám od syna takovou dobrou kvalitní slivovičku, tak si každý den dávám preventivního panáčka. Jediné co mě napadá, zdali si toho panáka vůbec mohu dát, nebo jestli je to lepší ráno, před tím než si vezmu léky či až večer.“ (Alžběta)

„Pravidelně dvakrát nebo třikrát za týden se scházíme s ostatními chlapy u nás v garáži. Dáme si pivečko, k tomu i nějakého toho panáčka a je dobře. Zasmějeme se, zavzpomínáme na staré časy a je to pro mě alespoň takové rozptýlení od toho každodenního přemýšlení, co budu dělat a co mě kde bolí.“ (Karel)

7.1.2 Užívání psychofarmak

Mezi nejčastěji užívaná psychofarmaka mezi seniory byla anxiolytika, hypnotika, antidepresiva a rovněž často předepisovaná analgetika. Z anxiolytik mají největší zkušenosti konkrétně s Lexaurinem, Neurolem a Xanaxem. Z řady hypnotik byly nejčastěji zmíněny Stilnox, Apo-zolpidem a Diazepam. Analgetika, jež se neřadí mezi psychofarmaka, jsou též často nejen starým lidem předepisována, což senioři potvrdili

a shodli se v užívání Aulinu a Tramadolu. Seniorky Marie s Hanou mají zkušenost i s dříve předepisovaným Alnagonem, který už se nevyrábí.

Volně prodejným lékům se senioři rovněž nebrání. Ukázalo se, že reklamy umí zapůsobit a že to jsou prostředky lákající k slibované úlevě. Na seniorku Věru, Pavlu a Marii měla reklama vliv, a po jejím pravidelném zhlédnutí v televizi si následně lék v lékárně koupily.

„Začala jsem si chodit do lékárny pro Ataralgin. Dávali ho v reklamě, a když jsem viděla, jak vypadá a jak tam ukazují úlevu, která po jeho užití nastane, neváhala jsem a šla jsem si ho koupit. On mi totiž k tomu připomínal barvou i tvarem Alnagon, který jsem dřív užívala a tak mě uspokojovalo, že беру něco podobného. Měla jsem ho velké zásoby.“ (Hana)

„Kupuji si Valetol na bolesti zad a mívám i bolesti hlavy, tak i na to. Viděla jsem, jak na něj dávají reklamu, tak jsem si řekla, proč to nezkusit. A musím říct, že mi to docela pomáhá.“ (Pavla)

„Já jsem vám viděla v televizi reklamu na Ataralgin, v které slibují úlevu od bolesti krční páteře, na což já trpím, a také na zlepšení psychiky a nálady. Tak si to chodím pravidelně kupovat.“ (Marie)

Předání informací o užívání volně prodejných léků svému ošetřujícímu lékaři však senioři nepovažují za důležité. Předpokládají, že léky, jež si mohou sami zakoupit, jim nemohou způsobit žádné problémy. Na druhou stranu by se sami lékaři měli na volně prodejné léky seniorů doptávat a edukovat je o jejich užívání, k čemuž v případě Alžběty, Věry, Hany, Pavly ani Dany nedošlo.

„Beru brufen, protože mám časté bolesti zad a klouby mě také bolí. Doktorce jsem to neříkala a ani ona sama se mě neptala. Přece jen to je normálně prodejné, tak se asi ani nic stát nemůže.“ (Alžběta)

„Občas si kupuji Persen forte, a paní doktorce jsem to neříkala. Když to je volně prodejné, tak to nepovažují za důležité. Však ani ona se mě neptala.“ (Dana)

Paní Božena sice volně prodejné léky podporující psychiku nebo utišení bolesti nekupuje, ale spoléhá zato na léčebné účinky konopné směsi, kterou jí opatřuje vnuk. Vnímá to jako jakýsi doplněk k lékům na spaní. Jestliže jí dojdou, nebo má snahu jejich užívání omezit, snaží se to kompenzovat konopnou směsí.

„Mám doma od vnuka nějakou konopnou směs, z které si dělám čaje. Prý to má mít uklidňující účinek a lépe by se po tom mělo i spát. Vařím si z ní tedy čaje, nebo si ji dávám do polévky. Nevím, jestli to opravdu pomáhá, nebo jestli je to pro člověka jenom taková

náhražka, že tomu účinku věří a je lépe. Ať je to jakkoliv, na mě to má pozitivní vliv.“
(Božena)

Informace o tom, jak mají senioři léky užívat, byly ve většině případů předány. Naopak o rizicích, které mohou při nesprávném užívání nastat, bylo informací málo, a senioři tak doporučené dávkování berou lehkovážně. Neuvědomují si možný vznik zdravotních problémů. Pan Jaroslav s paní Věrou se ve výpovědích shodovali v názoru ohledně rizikovosti. Oba preskripce léků vnímali jako něco, co jim nemůže přinést problémy, protože lékaři by jim to jinak nepsali.

„Já chodím do ordinace bolesti, takže mi říkají, jak to mám brát. O rizicích tam něco málo říkali. Ted' ohledně toho Aulinu, že už by to chtělo změnu, kvůli ztrátě účinku a vedlejším účinkům. Hlavně mi ale říkali to, jak to mám užívat, tím myslím dávkování. Kdyby to pro mě bylo nějak rizikové, tak by mi to snad nepsali.“ (Jaroslav)

„Jak to mám brát, mi bylo řečeno, ale o nějakých rizicích nic nevím. Když mi to doktoři píšou a nikdo mi neřekl, že by to mohlo mít nějaká rizika, tak jsem nad tím ani nepřemýšlela, že by to nějaká mohla mít.“ (Věra)

Paní Hana s Pavlou začaly léky užívat bez předchozí indikace. Viděly užívat léky u svých blízkých a tak nejprve zkusily užít lék od nich, aby viděly, zdali na jejich problémy účinkuje. Po pozitivním účinku následně navštívily lékaře a vyžádaly si předepsání daných léků s argumentem, že ho vyzkoušely a také jim pomáhá. Lékaři jim následně léky předepsali a nereagovali na obstarávání si léků seniory z cizích zdrojů potřebnou edukací.

„Já jsem ten Alnagon začala brát nejprve sama od sebe. Užívala ho tchýně, tak jsem si řekla, že ho také vyzkouším, protože jsem ze starání se o ni a o manžela byla vysílená, klouby mě bolely, tak se mi na to také něco hodilo. Brala jsem si tedy nejprve od ní a ve chvíli, když už jsem je potřebovala, jsem šla za paní doktorkou, řekla jí, že to má tchýně a mě to taktéž pomáhá, tak zdali mi to napíše. Ona mi to napsala a bylo to.“ (Hana)

„Začala jsem je užívat na doporučení kamarádky, která je také bere. Pár mi jich dala, ať to vyzkouším. Potom jsem šla k doktorce a řekla jí, že to kamarádka užívá a zdali by mi to taky nenapsala, že mi to pomáhá.“ (Pavla)

7.1.3 Nadužívání psychofarmak

Dávky psychofarmak, které byly seniorům doporučeny ošetřujícími lékaři, nebyly respektovány a všichni respondenti popisovali, jak léky ve skutečnosti užívají. Někteří

užívají psychofarmaka ve větších dávkách pouze občasně, u jiných se nadužívání vyskytuje dlouhodoběji.

*„Lékařka mi pokaždé řekne, jak ty léky na spaní mám brát. Já to užívám, jak mi bylo řečeno, ale jsou období, kdy si ho vezmu pravidelně každý den, což by se úplně nemělo.“
(Božena)*

*„Když mám ty bolesti opravdu velké, tak si toho Tramadolu občas vezmu víc a hned to přejde. Aulin si také občas vezmu víc, když si nechci na velkou bolest brát ten dryák Tramadol. Dávka, kterou mi říkal lékař, mi někdy ani nezabrala, tak si dám víc, a je to dobrý. Jde jen ale o určitá období, když například v létě hodně pracujeme na zahradě. V zimě jen poléháváme, tak ty bolesti takové nemám a tím pádem ani ty léky moc brát nemusím.“
(Jaroslav)*

*„Paní doktorka mi říkala, že bych ten Lexaurin neměla brát moc dlouho. Nejlépe jen když mi bude nejhůř. Jenže na mě to všechno tak padlo, smutno mi bylo, mezi lidmi jsem nechtěla chodit. Tak jsem si ho začala brát o něco víc než jen občas, ale teď mi to už jen občas nejde.“
(Alžběta)*

*„Já jsem si ta antidepressiva sama jen tak vysadila a ono by se to nemělo. Můj stav se samozřejmě zhoršil, tak mě dcera vzala k psychiatrovi a on mi je znova napsal. Takže je teď beru, a dokonce mě ty stavy, kdy jsem byla hodně uzavřená, nepřijemná, nekomunikativní, děsily, že je teď beru dokonce o něco víc, protože jsem zjistila, že lepší víc než míň.“
(Romana)*

Důvody, vedoucí seniory k nadužívání psychofarmak či analgetik, jsou různé. Jedná se o zátěžové situace, nebo události, které mají negativní vliv na psychickou a fyzickou stránku člověka. Nejčastěji respondenty ovlivnila ztráta blízkých osob, změna bydlení, nebo například přechod ze zaměstnání do důchodu. Jedná se o výrazné životní změny, na které se lze těžko připravit, a když nastanou, člověk hledá způsoby, jak se s těmito změnami vyrovnat, s čímž může souviset i nadužívání psychofarmak.

*„Já jsem pracoval jako truhlář, ale začal jsem mít zdravotní problémy a nějaké práce už jsem nezvládal. Chtěl jsem pracovat ještě v důchodu, protože mě ta práce baví, ale ve firmě začali nabírat nové mladé kluky a já jak jsem na něco nestačil, tak jsem pochopil, že tam už nemám co dělat, a šel do důchodu. Doma to pro mě začalo být hrozné. Bydlíme s ženou v bytě. A já najednou nevěděl, co se životem. Tělo mě začalo bolet ještě víc než při práci, tak jsem to začal zahánět těmi léky.“
(Karel)*

„Prodala jsem dům a do toho mi umřela ještě sestra, která byla poslední, koho jsem z rodiny měla. Člověku najednou dojde, že opravdu nikoho nemá a začne se cítit osaměle.“

Tak jsem už nevěděla, jak jinak si od té samoty pomoci než léky, které ty stavy alespoň zaženou.“ (Pavla)

Seniorky Hana a Marie hovoří o momentu, kdy začaly léky užívat ve větších dávkách, jako o nevědomém. Neuvědomovaly si, co si mohou tímto chováním přihodit a byly především rády, že jim léky pomáhají. U obou byl počátečním nadužívaným lékem Alnagon, který se už nyní nevyrábí.

„Začalo to tak nevědomě. Starala jsem se o svoji maminku a o tchýni. Mamince jsem podávala léky, v té době ještě Alnagon; ona ho měla na bolest. Viděla jsem, že jí pomáhá, tak jsem si ho občas začala brát od ní, protože mě bolely klouby. Poté tchýně umřela a začala jsem si sebe víc všímat, tak jsem si ho začala brát víc. Do toho maminka umřela, manžel měl mrtvici a musela jsem se začít starat o něj. Klouby mě bolely, byla jsem na operaci s koleny, takže jsem ten Alnagon začala brát víc a víc.“ (Hana)

„Já jsem si to nějak neuvědomovala. Alnagon jsem užívala na bolesti hlavy, krční páteře a celkově už vás ve stáří i pobolívá tak nějak všechno, takže jsem to měla i na takové ty bolesti zad a kloubů. Bolesti jsem měla docela časté, takže jsem to brala, jak jsem potřebovala. A vůbec jsem se nedívala na to, že toho беру moc. K doktorce jsem si pro ně chodila. Ona mi to napsala, takže nebylo ani nic, co by mě před vysokými dávkami varovalo.“ (Marie)

Přestože senioři popisují při nadužívání úlevu a mají pocit, že jim léky pomáhají, popisují i negativní účinky, které se s nadužíváním objevily. Tyto účinky nepovažují za důležité, jsou převážně soustředěni na zlepšení problémů, na které jim léky byly předepsány. V některých případech si senioři nepřipouští, že by vzniklé problémy mohly být právě z nesprávného užívání léků. Nejčastěji si stěžují na nekvalitní spánek, nebo na ospalost během dne.

„Ten stav úzkosti a to moje brečení a stýskání přejde, ale zase jsem potom docela unavená a spala bych hodně.“ (Dana)

„Bývám přes den taková ospalá a i ten spánek mi nepřijde tak kvalitní. Často se budím, přes den jsem ospalá, občas mě pobolívá hlava, ale to z těch léků nebude“ (Romana)

„Občas mě pobolívá žaludek, ale nevím, jestli to může být z toho. Říká se, že když člověk bere hodně léků, že může mít nějaké takové potíže, ale nevím, jestli to může mít z toho. Já jsem ráda, že mi to hlavně pomáhá na tu psychiku.“ (Věra)

„Po Tramadolu se cítím hrozně. Bolest sice přejde, ale motám se potom, jako kdybych byl pod drogami.“ (Jaroslav)

Výpověď seniorky Alžběty naznačila výrazný problém s nadužíváním. Alžběta si problém uvědomuje, ale nechce se s tím svěřit lékaři kvůli obavám, že jí Lexaurin vysadí. Je přesvědčena o jedinečnosti léku, který jí jediný může pomoci od psychických potíží.

„Nějaké potíže si konkrétně neuvědomuji. Jenom spíš to, že já bez toho vlastně nemůžu ani být. Já když jsem si nedávno říkala, že bych to neměla tolik brát, a jeden den si zkusila nevzít, tak jsem to prostě nezvládla. Klepala jsem se, slabá jsem se cítila. A doktorce se to bojím říct, protože mám strach, že mi ho přestane předepisovat a já nevím, čím bych si ty stavy zaháněla, když mi to vlastně pomáhá.“ (Alžběta)

Seniorka Božena léky na spaní užívá více pouze v náročných obdobích a mluvila o problémech s následným omezením užívání.

„Potíže mi akorát dělá, když se snažím to zase omezit, Jde to hůř, než si člověk myslí.“ (Božena)

V rozhovoru s paní Věrou byl zajímavý pohled na její nadužívání psychofarmak. Ona sama přiznala, že si léky bere o něco víc než by ve skutečnosti měla, ale nadužíváním to nechtěla nazývat. Při vyslovení tohoto slova jakoby ji to zastrašilo a své chování se snažila omlouvat.

„No že bych to nadužívala, to si teda úplně nemyslím. Sice paní doktorka říkala, že bych to měla užívat méně, ale že bych to brala nějak hodně a nazývala to nadužíváním, to se mi úplně nezdá.“ (Věra)

7.1.4 Získávání psychofarmak

V této kategorii je zkoumáno, odkud si senioři užívané léky shánějí a zdali jim jeden druh léku předepisuje více lékařů. V rozhovorech se ukázalo, že někteří senioři užívané léky nemají pouze od lékaře, který jim lék indikoval, ale mají možnost jej získat i od svých rodinných příslušníků, nebo od blízkých přátel, kteří je také užívají.

„Moje sestra se s těmito stavy, co mám já, také potýká a také má Lexaurin. Bydlíme kousek od sebe, takže když mi občas dojde, tak si zajdu k ní, abych nemusela běžet k doktorce.“ (Alžběta)

„Kamarádka je také bere, takže si je občas dáváme navzájem, když jich už máme málo a nechce se nám k doktorovi. Nebo když tam paní doktorka zrovna není, tak si také vzájemně vypomůžeme.“ (Pavla)

Pan Jaroslav s paní Marií mají v rodině lékaře, což jim umožňuje vyžádat si lék u nich. Ve chvíli, kdy mají léků nedostatek, či jim dojdou, požádají je o předpis a nemusejí tak často navštěvovat lékaře, který jim lék indikoval.

„Ve chvíli, kdy mi dojdou nebo jich mám málo, tak řeknu zeti, on je doktor. Sice mi nemůže předepsat na tu bolest všechno, co v centru bolesti, ale ty, co může, mi sem tam napíše. On mi to rovnou i vyzvedne, tak nikam aspoň nemusím.“ (Jaroslav)

„Snacha je doktorka, dokonce psychiatrička, takže mi může všechno předepsat ona. Já teda navštěvuji jiného psychiatra, protože jsem k ní nechtěla. Ona ví, jaké léky užívám, tak mi je napíše, když dojdou.“ (Marie)

Seniorka Hana v rozhovoru zmínila, že využívala možnosti preskripce léků pro sebe na jméno maminky. Paní doktorka věděla, že maminka je nemohoucí a musí jí chodit pro léky paní Hana. Při návštěvě lékařky tedy nechala léky napsat jednou na sebe a jednou na maminku, aby se neukázalo, že jich užívá větší množství.

„Ještě když byl Alnagon, tak jsem si ho chodila nechat napsat jednou na sebe a jednou na maminku. Ve chvíli, kdy Alnagon přestali vyrábět, jsem vyzkoušela nějaké kapičky na bolest od muže a začala jsem to dělat stejně. Jednou na sebe a jednou na něj.“ (Hana)

Dále bylo zkoumáno, zdali seniorům jeden lék předepisuje více lékařů. Pan Jaroslav s Marií vypověděli, že jim léky předepisuje buď lékař, který jim léky předepsal nebo lékař, který je rodinným příslušníkem. Paní Dana, Hana a Věra mají zkušenost s preskripcí od dvou různých lékařů, kteří nejsou z blízkého kruhu, jak tomu bylo u Jaroslava a Marie. Docílily toho tak, že oběma lékařům zatajili předepisování léků jiným lékařem. Paní Dana dokonce uvedla, že se jí obvodní lékař nezeptal, zdali navštěvuje i jiného specialistu.

„Předepisuje mi je obvodní lékař nebo psychiatr, kam ale tak často nechodím. Nikdy jsem s předepsáním léků od obou lékařů problém neměla. Obvodní mi to prostě napsala a neptala se, jestli chodím k psychiatrovi. Popravdě: když si jich vezmu víc, tak mi je potom blbě jít znova k psychiatrovi, ať mi je opět napíše. Tak jdu raději k obvodní a tak to nějak střídám.“ (Dana)

„Ve chvíli, kdy mi umřel pejsek a léků jsem potřebovala víc, tak mi bylo jasné, že mi to obvodní lékař nenapíše. A já chodím ještě na neurologii s krční páteří, tak jsem se tam paní doktorce zmínila, jak se cítím a co mi pomáhá. Tak mi to také napsala a teď si to jednou nechám napsat u ní a podruhé u obvodní.“ (Věra)

„Úplně stejné mi nepředepisovalo více lékařů. Já jsem spíš nenosila k obvodní lékařce seznam léků od psychiatra a ona ani jeden čas nevěděla, že tam chodím. Takže mi něco napsal on a něco ona. Po smrti manžela jsem jí zatajila, že toho psychiatra stále navštěvuji, protože jsem chtěla něco na podporu psychiky a věděla jsem, že od toho psychiatra by to nebylo tak jednoduché s mojí minulostí. A paní doktorka mi vždy něco napsala.“ (Hana)

7.1.5 Omezení množství psychofarmak

V rozhovorech bylo také zjišťováno, jak senioři prožívají situace ve chvílích, kdy mají užívaných léků nedostatek, nebo jim zcela dojdou. Ukázalo se, že tyto situace jsou pro některé seniory stresujícím okamžikem, v němž se jim zhoršuje nálada, kterou přenášejí na své okolí. Dále popisovali nervozitu a obavy z přitížení se při myšlenkách na nedostatek léků.

„Je mi z toho úzko. Jsem nervózní a na všechny okolo přenáším špatnou náladu. Řekla, bych, že někdy jsem měla až takové záchvaty hysterie.“ (Hana)

„Jsem nervózní a hodně nad tím přemýšlím, dokud nemám zase plnou krabičku. Bojím se totiž, že mi zase bude smutno a probřečím celé dny, což nechci.“ (Dana)

Tři senioři v tomto momentu spoléhají na své blízké okolí, které jim má možnost pomoci situaci vyřešit. Ať už se jedná o lékaře z rodiny či blízké, kteří užívají stejné léky, vzbuzují u seniorů pocit jistoty dostupnosti léku za každé situace.

„Bratr má úplně stejné ty léky na bolest, tak mu v případě potřeby zavolám a zajdu si k němu. Takže nemusím úplně šilet z toho, když jich mám málo nebo dojdou.“ (Karel)

„Když jich začínám mít málo, tak si hned plánuji, kdy zajdu k doktorce, případně zajdu za tou sestrou, která je má taky. To je taková moje záchrana.“ (Alžběta)

Zajímavé prožitky popisovala paní Věra, která při této nastalé situaci začne mít ještě větší potřebu vzít si lék. Ve chvíli, kdy jich má zásobu, je schopna nadužívání nějakých způsobem regulovat. Ale v momentě jejich nedostatku musí nad tím stále přemýšlet, a je psychicky rozladěná, což způsobuje zvyšující se potřebu zbývajících psychofarmakum užít. Tento pocit přirovnávala k cigaretám, které kouří; prožívá to u nich podobně.

„To mám pocit, že jich potřebuji ještě víc. Když jich mám dost, tak si ho třeba tolikrát ani nevezmu, ale když už jich mám v krabičce málo, tak nad tím musím pořád přemýšlet, jestli si ho vzít nebo ne. Ale ta potřeba vzít si ho je ještě větší, protože jsem z toho psychicky

rozhozená. Podobně to mám u cigaret. Ve chvíli kdy jich mám plnou krabičku, nemám potřebu tolik kouřit, ale jakmile jich tam mám málo, potřeba je opět větší.“ (Věra)

S nadužíváním se v minulosti snažila přestat většina dotazovaných. V některých případech se to povedlo, ale další nepříjemná životní situace je dovedla k opětovnému užívání psychofarmak a následnému nadužívání. V předchozí zkušenosti poznali, jaká rizika s sebou návyková psychofarmaka či analgetika přinášejí, ale přesto se k nadužívání vrátili.

„Předtím mi trvalo dlouho, než jsem se z toho dostala, asi rok a vydrželo mi to docela dlouho je brát tak, jak se má. Psychiatr mě měl pod kontrolou a rodina taky. Dokonce mi i pro léky k obvodní mohla chodit jenom snacha, sama jsem nemohla. Ale poté to zase začalo: umřel mi muž. A v té době už mi všichni věřili, a já si mohla chodit pro léky zase sama. A opět jsem v tom začala lítat.“ (Hana)

„Poprvé, co jsem Lexaurin přestávala brát, mi pomáhala dcera. Nešlo to tak lehce, ale zvládla jsem to. Teď ho ale беру znovu, protože mi umřel manžel. Víím, že bych to měla zase vysadit, jelikož ho беру delší dobu, ale nebude to tak jednoduché. Zároveň mám strach, že se ty úzkosti zase vrátí.“ (Dana)

Paní Věra se s nadužíváním nikdy nepokoušela přestat, protože si nadužívání ani nepřipouštěla. Na konci rozhovoru mi ale sdělila, že tím, jak si o tom povídáme, si vlastně uvědomila, že tam ten problém nejspíš nějaký bude.

„Jak se teď tady o tom bavíme, tak si říkám, že toho možná беру dost. Jak se nad tím člověk tak celkově zamyslí.“ (Věra)

Seniorka Věra nebyla jediná, která si nadužívání nechtěla přiznat. Paní Pavla anxiolytika užívá často, ale není schopna rozpoznat, kdy se o nadužívání jedná a kdy ne. Léky tedy užívá ve chvílích, kdy se necítí psychicky dobře, jak jí bylo řečeno i u lékaře, ale že to nesmí brát pravidelně, jí nikdy neřekl.

„Já si nemyslím, že bych to nějak nadužívala. Doktorka říkala, vezměte si to, když se budete cítit špatně. Tak si to беру, když se cítím špatně, i když to je docela často. Já vlastně nevím jaká je ta hranice, kdy bych teda už neměla.“ (Pavla)

7.2 Axiální kódování

Zatímco otevřeným kódováním bylo cílem určit jednotlivé pojmy, které se následně shlukovaly do nadřazených kategorií, u axiálního kódování došlo k bližšímu určení kategorií, kontextu, strategií jednání, intervenujících podmínek a následků znázorněných v tabulce (Miovský, 2006).

Tabulka 5. Axiální kódování

Příčinné podmínky	Zátěž v podobě tělesných, psychických a sociálních změn
Jev	Nadužívání psychofarmak u seniorů
Kontext	Touha po odstranění nežádoucích psychických i fyzických stavů
Intervenující podmínky	Nízká informovanost seniorů o rizicích, malý zájem lékařů si mezi sebou předávat informace, střed zájmu lékařů preskripce léků
Strategie jednání	Získávání léků od blízkých – laiků/pacientů, získávání od příbuzných – lékařů, duplicitní preskripce
Následky	Nežádoucí stavy při nedostatku léků, nežádoucí stavy při užití většího množství, pozitivní dopady nadužívání, možnost vzniku závislosti

Nadužívání psychofarmak se odehrává v kontextu snahy seniorů odstranit nežádoucí psychické, či bolestivé stavy. Příčinami těchto stavů jsou biologické, psychické či sociální změny, které seniory vedou k nadužívání léčiv.

Strategie získávání léků, které s nadužíváním souvisejí, byly rozmanité. Senioři uváděli nátlak na lékaře v podobě sdílení jejich tíživých problémů, obcházení více lékařů, jež jim předepsali stejný lék, včetně lékařů z řad rodinných příslušníků a sdílení léků s příbuznými či přáteli, kteří stejné léky užívají. V rozhovorech se neobjevila žádná informace o výskytu zabránění těchto jevů, naopak se ukázalo, že strategie není obtížné praktikovat a senioři nemají problémy si léky opatřit. To jim také umožňují samotní lékaři, kteří si mezi sebou nepředávají informace o užívaných lécích pacienty, nebo se pacientů neptají na již užívané léky. Zároveň se málo zajímají o kvalitu života seniorů a zaměřují se především na preskripci léků určených na daný problém. Dále seniorům nepředávají dostatek informací o rizicích nadužívání, což může vysvětlovat jejich lehkovážnost v tomto chování.

Následkem nadužívání psychofarmak byl nekvalitní spánek, zvýšená ospalost během dne, žaludeční bolesti a trávicí potíže. Tyto nežádoucí stavy ale nebyly stavěny do popředí; naopak byly zdůrazňovány příjemné pocity z odeznění stavů, pro které léky

užívali. Negativní zkušenosti senioři měli ve chvílích, kdy měli léků nedostatek, nebo je neměli dostupné vůbec. Popisovali podrážděnost, nervozitu a špatnou náladu přenášející na své okolí. V případě dlouhodobého nadužívání psychofarmak nebo analgetik se závislostním potenciálem, by mohlo dojít k rozvoji závislosti, kdy není snadné s nadužíváním přestat, a začnou se objevovat příznaky, které jim v tom zabraňují; což se u několika výpovědí seniorů projevilo.

8 Diskuze a závěr

Z analýzy dat vyplývá, že stáří a změny, které s ním přicházejí, mají vliv na psychiku člověka. Velká část dotazovaných seniorů žila sama - až na pár jedinců, žijících stále se svým partnerem. Nadužívat psychofarmaka začali senioři z několika důvodů; jednalo se ve většině případů o zásadní životní změny. Na jedné straně je k jejich užívání vedla životní událost, na kterou se člověk těžko připravuje, jako byla smrt partnera, změna bydlení a odchod do důchodu. Na druhé straně to byly tělesné změny, které s rostoucím věkem taktéž přicházejí. Nejčastěji si senioři stěžovali na bolesti zad, kloubů a celkovou tělesnou slabost. Ztráta partnera pro dvě dotazované seniorky znamenala zároveň i ztrátu bydlení, na jehož udržování samy nestačily, a musely se proto přestěhovat. Tato skutečnost je natolik psychicky vykojila, až je dovedla k nadužívání anxiolytik. Odchod do penze a tělesné bolesti jsou další příčinou vedoucí jednoho ze seniorů k nadužívání analgetik. Přejít ze stereotypního profesního života do penze znamenal pro dotazovaného uvědomění si stárnutí a zároveň se z méně pohybového zatížení začaly objevovat větší tělesné bolesti. Užívání vyšších dávek, než by ve skutečnosti užívat měli, si většina z nich uvědomuje, ale našli se i tací, kteří si nadužívání nepřipouštějí, popírají ho, nebo dokonce nejsou schopni odlišit, kdy se o nadužívání jedná a kdy ne. Neschopnost rozpoznat, kdy se jedná o nadužívání, se objevilo u seniorky, jež užívala anxiolytika, která se mají podávat ve chvíli, kdy se člověk necítí dobře. Vzhledem k její časté psychické nepohodě, tedy léky užívá pravidelně a dlouhodobě, což s sebou přináší rizika. Dalším zajímavým jevem byl rozpor mezi tím, jaký vztah mají senioři k lékařům a do jaké míry jim důvěřují. Lékaře vnímají jako autoritu, která by jim nepředepsala nic, co by jim mohlo uškodit, ale zároveň jim nevěří natolik, aby se jim svěřili s problémem nadužívání.

Další výzkumná otázka se zaměřovala na pozitivní a negativní dopady při nadužívání psychofarmak či analgetik. Vnímání pozitivních důsledků vystupovalo výrazně do popředí před těmi negativními. Senioři jsou především rádi za ústup problému, pro který jim byl lék indikován, a jiné problémy, které s nadužíváním přicházejí, berou na lehkou váhu. Objevující se potíže často nepřikládají k nadužívání, nebo si nejsou jisti, zdali problémy z užívání vyšších dávek pramení. Dotazovanými byla zmiňována únava, nekvalitní spánek i u užívání hypnotik a bolest žaludku se zažívacími problémy. S touto výzkumnou otázkou úzce souviselo zjištění, jak jsou senioři o správném užívání léků edukováni a zdali mají informace o případných rizicích při nesprávném dávkování. Z výpovědí bylo zjištěno, že lékaři o dávkování informují, ale neupozorňují na to, co by se mohlo stát, jestliže nebude dodržováno. Většina seniorů neměla ponětí o možném vzniku závislosti na jimi užívaných lécích, což může být jedna z příčin samovolného upravování dávek.

Vzhledem k tomu, že při nadužívání léků lze předpokládat i jiný způsob jejich získávání kromě běžného způsobu (na předpis od lékaře), doptávala jsem se seniorů i na tuto oblast. Ukázalo se, že senioři mají vypracované a dobře promyšlené strategie, jak si léky získat i jiným způsobem. Způsoby získávání léků se po analýze dat rozdělily do tří kategorií. Jedna část seniorů má ošetřujícího lékaře, který jim předepisuje psychofarmaka, či analgetika často nebo dlouhodobě i přesto, že má povědomí o rizicích nadužívání. Senioři tohoto často docílili naříkáním nad událostmi, které je potkaly, a úpornými prosbami o napsání psychofarmak. Druhá část seniorů má rodinné příslušníky či přátele, kteří se potýkají s podobnými problémy, na něž užívají stejné léky. Dochází tak k vzájemnému vypomáhání si mezi sebou, a senioři tak mají zajištěno dostatečné množství léků. Senioři jsou si vědomi nedodržování terapeutického postupu, a proto kombinují získání potřebných léků od lékaře a od blízkých. Dvě seniorky začaly léky užívat nejprve od svých blízkých. Zjistily, že jim pomáhají, a následovně si je vyžádaly u lékaře. Nakonec třetí část seniorů využívá možnosti preskripce užívaných léků od více lékařů. Buď se jedná o lékaře z řad rodinných příslušníků, nebo jde o lékaře, ke kterému mimo obvodního také docházejí. Jde tedy o proces, kdy si senior nechá předepsat lék jednou od jednoho a podruhé od druhého odborníka, aby tak byla skryta nápadnost užívání léků ve větším množství, přičemž musí tuto skutečnost před jednotlivými lékaři zatajovat. Strategie získávání léků potvrdili i lékaři v norské studii, s nimiž byl proveden kvalitativní výzkum. Sami si všimli, jak se senioři snaží docílit toho, aby jim lék byl předepsán a popisovali totožné strategie, jako byly sdělovány v mém výzkumu se seniory.

Užívané léky na předpis jsou kombinovány i s volně prodejnými léky. Ukázala se, že propagace léků v reklamách, či na letáčích měla na některé seniory vliv a léky si po jejich zhlédnutí opatřili. Pro jednu seniorku byl jeden z volně prodejných léků propagovaný v reklamě náhražkou za lék na předpis, který už nemohla dále užívat. Barva a tvar léků se podobaly tomu předchozímu, což ji psychicky uspokojovalo.

V závěru byla analyzována data týkající se pokusů omezení nadužívání psychofarmak. U značné části seniorů k těmto pokusům došlo, ale omezit nadužívání se jim na delší dobu podařilo, i když to nebylo snadné. Další zátěžová situace nebo tělesné problémy je však k nadužívání opětovně dovedly. Dvě seniorky si nadužívání nepřipouštěly, takže se o omezení nikdy nepokoušely. Zbývá část seniorů, která léky nadužívá pouze v náročných obdobích, je po jejich utišení problémů schopna konzumaci těchto léků omezit. Snadný proces to však nebývá ani pro ně, především po dlouhodobějším nadužívání.

Za hlavní limit této práce považují nevyrovnanost pohlaví u zkoumaného vzorku. Je obtížné říci, čemu tento nepoměr lze přikládat; nicméně jsem během rozhovoru zpozorovala, že ženy jsou otevřenější a více důvěřivější, zatímco u mužů byla na první

pohled vidět jakási obava ze svěřování. Dále by práce mohla být kvalitnější při získání dat od více seniorů. Ale vyhledání vzorku potýkajícího se s problematikou nadužívání nebylo snadné. Na počátku výzkumu jsem měla vytipovaných několik dalších seniorů, u kterých jsem věděla o nadužívání psychofarmak, ale při jejich kontaktování mi to popřeli. Z toho pravděpodobně vyplývá, že mnozí si nadužívání odmítají přiznat, nebo se za něj stydí. Vzorek seniorů jsem získala také díky mým rodinným příslušníkům, kteří pracují ve zdravotnictví: o potenciálních uživatelích psychofarmak věděli, a tak je oslovili s prosbou o zapojení se do mého výzkumu. Přestože výzkumný vzorek není reprezentativní, myslím si, že je zajímavé vidět, co senioři v obtížných chvílích prožívají a jakým způsobem tato nelehká období řeší. U většiny osamělých senierek jsem pozorovala radost z toho, že si za nimi přišel někdo popovídat, a to i přesto, že rozhovor sloužil k výzkumným účelům. Potěšila mě jejich otevřenost a důvěra ke mně, kterou jsem si na počátku nebyla zcela jistá. Z toho také vyplývá, zdali senioři nevyhledávají lékaře už jen z toho důvodu, aby si s někým mohli popovídat a svěřit se co je trápí.

Ze získaných dat se ukázalo, že nadužívání nemusí být způsobeno pouze samotnými seniery, ale že se na tom mohou podílet i lékaři, kteří jim léky předepisují ať už často, nebo dlouhodobě. Senioři vyjadřovali k lékařům důvěru, neboť je vnímají jako autoritu v bílém plášti, a tudíž si nepřipouštějí vznik nějakých zdravotních problémů. V některých případech došlo k momentu, kdy si senioři po předchozí zkušenosti s lékem, jež jim nebyl naordinován, vyžádali u lékaře jeho předpis a lékař jim vyhověl. Ve své podstatě by se dalo říct, že si senioři lék sami naordinovali a lékař jim na něj pouze poskytl recept. Jestliže to shrneme, nejen senioři ale i lékaři jsou o tématu nadužívání a možnostech vzniku závislosti málo informováni. Odborníci dbají především na to, aby senior byl spokojený při odchodu z ordinace, že má lék, který mu pomůže s jeho psychickými stavy. Pokud tedy sám lékař neví, nebo nepředá pacientovi informace o možných rizicích, logicky o nich nebude vědět ani samotný senior, čímž následně nastává problém.

Proč však k nepříznivým psychickým stavům dochází a co za nimi stojí, není vždy předmětem zájmů lékařů. Je zřejmé, že ve stáří se člověk často bez farmakologické léčby neobejde, ale je důležité rozeznat kdy je to opravdu potřebné a kdy nikoliv. Někdy se může jednat pouze o nesprávný životní styl, jehož úpravou by mohlo dojít ke zlepšení a nemusela by se situace řešit předepsáním psychofarmak. Pokud senior neví jak zaplnit svůj den, protože dříve chodil do práce a tento problém neměl, nebo se vyhýbá kontaktu se společností, je třeba seniora motivovat ke změně životního styl, která by tak zamezila nežádoucímu psychickému rozpoložení. Další potíží nastává při nakupování volně prodejných léků v lékárnách. Senioři nenapadne sdělit informaci o užívaných volně prodejných léků svému lékaři, protože jde o lék, který si může koupit kdokoliv; proto to nepovažují za důležité. Měl by se tedy dotazovat sám lékař, zdali užívají i volně prodejně

léky, aby popřípadě nedošlo k nežádoucím interakcím s lékem na předpis (k tomu u dotazovaných respondentů nedošlo).

Pokud na tuto problematiku nahlédnu z pohledu adiktologa, napadá mě několik možností jak s těmito pacienty pracovat, aby se nedostali do situací, kdy už jim s užíváním psychofarmak nebo analgetik nejde přestat. Co by v první řadě u každého lékaře mohlo být, a na co by oči všech pacientů byly upírány v čekárně, jsou letáky o tom, proč je důležité předepisované i volně prodejné léky užívat podle doporučení lékaře. Zároveň by bylo přínosné, kdyby se i rodinní příslušníci seniorům v nelehkých chvílích věnovali a snažili se jim jejich čas nějakým způsobem zpestřit, ať už pravidelnými návštěvami, pomáháním s domácností, tak i doporučením jim navštěvování pravidelného klubu důchodců, nebo jiných volnočasových aktivit. Jestliže se jedná o seniory, kteří nejsou v kontaktu se svojí rodinou, nebo nikoho nemají, měli by tento úkol zastat například pečovatelky v domech s pečovatelskou službou nebo lékaři.

Téma nadužívání psychofarmak a analgetik u seniorů považuji za důležité z hlediska nedostatečného zájmu o tuto cílovou skupinu. Cílem zpracování mé práce bylo nahlédnout hlouběji do této problematiky a informovat jak odbornou veřejnost, tak i společnost o tomto fenoménu. I přes nereprezentativnost vzorku předpokládám, že práce je přínosná a zajímavá nejen pro odborníky, ale i pro laickou veřejnost. V budoucnu by šla práce rozšířit například o edukační letáky pro seniory i pro lékaře, nebo by se získáním většího počtu vzorku mužů mohly následně vzorce nadužívání vzájemně genderově porovnávat. Zajímavé by také mohlo být porovnání seniorů, kteří léky na psychiku a na bolest neužívají, ale s nežádoucími psychickými a tělesnými problémy se taktéž potýkají, se seniory užívajícími psychofarmaka či analgetika.

Seznam použité literatury

- Blow, F. C., & Barry, K. L. (2014). Substance Misuse and Abuse in Older Adults: What Do We Need to Know to Help? *Generations*, 38(3), 53–67.
- Čeledová, L., Čevela, R., & Kalvach, Z. (2012). *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada.
- Čermák, I., & Pauknerová, L. (2013). Prožitek vdovství u starších lidí. *Československá Psychologie*, 57(2), 122–133.
- Červenka, V., Drástová, H., & Krombholz, R. (2009). Poruchy spánku v gerontopsychiatrii a možnosti léčby. *Psychiatrie pro Praxi*, 10(1), 26–30.
- Hegmonová, E. (2014). Léčba chronické bolesti silnými opioidy. *Medicína pro Praxi*, 11(1), 22–25.
- Holbová, T. (2015). Terapie bolesti u seniorů. *EDUKAFARM: Farmi News*, 13(1), 16–17.
- Hřebíková, P. (2012). Zneužívání léků. *Sestra*, 22(6), 11–12.
- Hynie, S. (2001). *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton.
- Chalany, J. (2014). Závislost na zolpidemu u seniorů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(6), 311–316. Retrieved from: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_6_311_316.pdf
- Jiráček, R. (2010). Specifika farmakoterapie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro Praxi*, 11(2), 52–55.
- Johannessen, A., Helvik, A.-S., Engedal, K., Ulstein, I., & Sørli, V. (2015). Prescribers' of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. *Quality in Primary Care*, 23(3), 134–140.
- Kalina, K., & kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P., & kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Konrád, J. (2013). Deprese ve stáří. *Practicus*, 12(2), 7–12.

- Krombholz, R., & Drástová, H. (2010). Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro Praxi*, 11(3), 95–98.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lavičková, J., & Kozák, J. (2010). Chronická bolest a opioidní analgetika na lékařský předpis v adiktologii. *Časopis Adiktologie*, 10(3), 164–173.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Moráň, M. (2008). Farmakologie nespavosti. *Medicina pro Praxi*, 5(9), 331–334.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Vopravil, J. 2017. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 - Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nechanská, B., Mravčík, V., & Popov, P. (2012). *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice: identifikace a analýza zdrojů dat*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Pecinovská, O. (2011). Delirium u závislostí na návykových látkách. *Neurologie pro Praxi*, 12(5), 317–320.
- PETERKOVÁ, Michaela. Prášky na hlavu - vzniká na nich závislost, nebo ne?. *PHDR Michaela Peterková* [online]. Peterková, 2017 [cit. 2018-07-12]. Dostupné z: <http://michaelapeterkova.psyx.cz/prasky-na-hlavu-vznika-na-nich-zavislost-nebo-ne/>
- Raboch, J., Jiráček, R., & Paclt, I. (2005). *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton.
- Ressner, P., Konrád, J., & Bártová, P. (2011). Delirium u geriatrických nemocných. *Neurologie pro Praxi*, 12(5), 311–316.
- Slíva, J., & Votava, M. (2011). *Farmakologie*. Praha: Triton.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada.
- Wernerová, J., & Zvoníková, A. (2016). Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. *Revizní a posudkové lékařství*, 19(2), 68–73.

WHO. (2008). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Praha: ÚZIS ČR.

Zrubáková, K., Krajčík, Š., & kol. (2016). *Farmakoterapie v geriatrici*. Praha: Grada.

Seznam použitých zkratk

CNS – centrální nervový systém

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

SNRI – serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor

SSRI – selective serotonin reuptake inhibitor

WHO – World Health Organization

Přílohy

Otázky k rozhovoru

- 1) Kolik je vám let?
- 2) Jakým způsobem života žijete?
- 3) Jaké léky na psychiku užíváte? (na spaní, na úzkost, na deprese, apod., včetně analgetik)
- 4) Mohl/a byste mi říct něco o tom, jak vás lékař informoval o užívání těchto léků a jak je skutečně užíváte?
- 5) Co vás vedlo k tomu, že jste dávky léků začal/a zvyšovat?
- 6) Jak se cítíte po podání vyšších dávek psychofarmak?
- 7) Způsobuje vám nadužívání potíže? Pokud ano, jaké?
- 8) Jak dlouho tyto léky užíváte ve vyšších dávkách?
- 9) Víte, jaká jsou rizika při nadužívání těchto léků?
- 10) Informoval vás někdo o rizicích? Pokud ano, kdo?
- 11) Jak se cítíte, pokud nemáte léky dostupné, nebo jich máte nedostatek?
- 12) Z jakých zdrojů léky na psychiku získáváte?
- 13) Předepisuje vám stejné léky více lékařů? Pokud ano, jak toho docílíte, že vám více lékařů předepíše stejné léky?
- 14) Kupujete si i volně prodejné léky na psychiku? Pokud ano, jaká? A informoval/a jste o tom svého ošetřujícího lékaře?
- 15) Snažila jste se s podáváním vyšších dávek léků někdy přestat nebo to máte v úmyslu?

Seznam tabulek

Tabulka 1. Klasifikace psychofarmak podle vlivu na psychiku	15
Tabulka 2. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	22
Tabulka 3. Přehled demografických údajů o respondentech	28
Tabulka 4. Kategorie a jim přiřazené kódy.....	30
Tabulka 5. Axiální kódování	41

Seznam obrázků

Obrázek 1. Znázornění prevalence užívání psychoaktivních léků v posledních 12 měsících vzhledem k věkovým kategoriím (v %).....	24
Obrázek 2. Způsoby získávání psychoaktivních léků, které byly užity respondenty v posledních 12 měsících (v %).....	25