

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

DŮVODY NADUŽÍVÁNÍ HYPNOTIK  
U SENIORŮ A JEHO DOPADY  
REASONS FOR MISUSE OF HYPNOTICS IN SENIORS AND  
ITS IMPACTS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Petra Höferová**  
Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc

2023

Ráda bych tímto poděkovala především vedoucí mé práce PhDr. Evě Aigelové Ph.D. za pomoc, podporu, cenné rady a nekonečnou trpělivost. Děkuji také všem svým blízkým a rodině za podporu a pomoc. Velký dík patří také všem osobám, které participovaly na výzkumu nebo ho šířily dále.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Důvody nadužívání hypnotik u seniorů a jeho dopady“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28.3.2023

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Spánek</b> .....	<b>9</b>
1.1.	Definice spánku .....	9
1.1.1	Cirkadiánní rytmus .....	9
1.2.	Průběh spánku .....	10
1.2.1	Spánková stádia .....	11
1.2.2	NREM a REM fáze spánku .....	12
1.2.3	Spánkové chronotypy .....	13
1.3.	Funkce, potřeba a význam spánku.....	13
1.4.	Poruchy spánku .....	14
1.4.1	Diagnostika poruch spánku .....	15
1.4.2	Léčba poruch spánku.....	16
1.5.	Proměny spánku během života .....	17
1.5.1	Specifika spánku ve stáří .....	18
1.6.	Stáří jako vývojová fáze .....	19
1.6.1	Stárnutí .....	20
<b>2</b>	<b>Závislost a nadužívání</b> .....	<b>22</b>
2.1.	Vymezení základních pojmů .....	22
2.1.1	Závislost .....	23
2.1.2	Nadužívání a škodlivé použití .....	24
2.1.3	Akutní intoxikace .....	24
2.1.4	Somatický odvykací stav .....	24
2.2.	Vznik závislosti .....	24
2.2.1	Závislost jako nemoc.....	25
2.2.2	Bio-psycho-sociální model.....	25
2.3.	Systém péče a léčba závislých.....	26
2.3.1	Systém péče o drogově závislé v ČR .....	26
2.4.	Léčba závislosti .....	29
2.4.1	Farmakologická léčba.....	29
2.4.2	Intervence .....	30
2.4.3	Psychoterapie .....	30
2.4.4	Další techniky.....	31
2.5.	Závislost u seniorů.....	31
2.5.1	Působení návykových látek ve vyšším věku .....	32

2.5.2	Léčba závislosti u starších pacientů .....	35
<b>3</b>	<b>Psychofarmaka .....</b>	<b>37</b>
3.1.	Základní přehled.....	37
3.1.1	Antidepresiva .....	38
3.1.2	Thymoprofylaktika.....	39
3.1.3	Antipsychotika .....	39
3.1.4	Anxiolytika.....	39
3.1.5	Neuroprotektiva.....	39
3.1.6	Psychostimulancia.....	40
3.2.	Hypnotika .....	40
3.2.1	Dělení hypnotik .....	41
3.2.2	Dávkování hypnotik .....	43
3.2.3	Rozšířenost hypnotik.....	43
<b>4</b>	<b>Dosavadní výzkumy a poznatky .....</b>	<b>45</b>
4.1.	Poruchy spánku v seniorském věku .....	45
4.2.	Závislost a nadužívání hypnotik.....	46
4.3.	Problematika závislosti a nadužívání hypnotik u seniorů .....	47
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>Výzkumný problém.....</b>	<b>50</b>
5.1.	Výzkumné cíle a otázky .....	51
<b>6</b>	<b>Metodologický rámec výzkumu .....</b>	<b>52</b>
6.1.	Kvalitativní výzkum .....	52
6.2.	Interpretativní fenomenologická analýza .....	53
<b>7</b>	<b>Sběr dat a výzkumný soubor.....</b>	<b>55</b>
7.1.	Výzkumná populace a výběr výzkumného souboru.....	55
7.1.1	Kritéria výzkumného souboru .....	55
7.1.2	Popis vybraného výzkumného souboru.....	56
7.2.	Průběh získávání dat a výzkumné metody .....	58
7.3.	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	59
<b>8</b>	<b>Analýza dat a její výsledky.....</b>	<b>61</b>
8.1.	Hlavní témata.....	61
8.1.1	Důvody nadužívání hypnotik .....	62
8.1.2	Změny spánku .....	63
8.1.3	Odvykací stavy.....	64
8.1.4	Negativa a dopady z nadužívání.....	65
8.1.5	Pohled blízkých osob .....	66
8.2.	Odpovědi na výzkumné otázky .....	67
<b>9</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>70</b>
9.1.	Interpretace výsledků.....	70

<b>10</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>75</b>
<b>11</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>77</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>81</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>90</b>

# ÚVOD

Diplomová práce se zabývá v první řadě zjištěním důvodu nadužívání hypnotik u seniorů a jaké dopady to přináší nejen samotným uživatelům, ale jak tuto situaci hodnotí jejich blízké okolí. Poruchy spánku jsou nejen celkově v populaci častým jevem. Seniorské období se vyznačuje širokou škálou fyzických, kognitivních i psychických změn. Mezi dané změny patří změny spánku, který má tendenci se především zkracovat. V návaznosti na nespavost jsou lékem první volby léky na spaní, tedy hypnotika. Jedná se o farmaka účinná, která však nesou riziko vzniku závislosti při dlouhodobém užívání.

Práce pro mě osobně spojuje hlavní témata, která mi jsou určitým způsobem blízká. Velmi mě zaujala problematika spánku a jeho poruch. Další oblastí zájmu pro mě byla osobně všechna psychofarmaka užívaná dlouhodobě, největší souvislost se spánkem však tvoří právě hypnotika. Hledala jsem informace o tom, jak často jsou předepisována a jaké věkové skupiny se tento problém týká nejvíce. Díky konzultacím a pomoci mé vedoucí práce jsme se rozhodly cílit na seniory, jelikož je tento problém v rámci této věkové skupiny nejen velký a narůstající, ale také často přehlížený.

Práce je rozdělena na dvě základní části, a to na teoretickou a výzkumnou. Mezi hlavní cíle teoretické části se řadí uvedení čtenáře do tématu. Teoretická část je strukturována do 4 základních kapitol. Popisován je zde detailněji spánek, jeho fáze a poruchy. Tyto poznatky tvoří základ pro informace o změnách spánku ve stáří a také udávají základní přehled informací pro pochopení principu funkce hypnotik. Definováno a rozpracováno je zde období seniorské a všechny změny, které přináší. Dále jsou zde definovány základní adiktologické pojmy, jako je především závislost a nadužívání. Velkou část práce také tvoří rozdělení psychofarmak a popis především principu účinku hypnotik. Poslední kapitolou teoretické části tvoří dosavadní poznatky a výzkumy provedené na tato témata.

Výzkumná část si klade za cíl osvětlit důvody nadužívání hypnotik u seniorů a jeho dopady. Hlavní cíl práce je poté rozdělen na 5 základních výzkumných otázek, v rámci kterých je na tuto problematiku nahlíženo poměrně komplexně. Konkrétněji se zde zabýváme tím, jaké jsou důvody samotných uživatelů pro nadužívání hypnotik a jaká negativa a dopady při nadužívání sami pozorují. Dále se zaměřujeme na to, jakým způsobem hypnotika ovlivňují spánek. Ačkoliv se nejedná o syndrom závislosti, rozhodli jsme se

zařadit otázku odvykacích stavů v případě vysazení léku. Poslední výzkumnou oblastí jsou osoby blízké či pečující uživatelů a to, jak tento fenomén vnímají oni. Čtenář v této kapitole nalezne metodologické informace o studii, povahu výzkumu a podrobně popsany výzkumný cíl. Důležitou kapitolou tvoří diskuze, kde jsou samotné výzkumné otázky zasazeny do teoretických souvislostí a zaměřujeme se zde i na limity výzkumu a jeho další využití.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 SPÁNEK

Cílem první kapitoly této práce je především položit teoretické základy kapitolám nadcházejícím. Na následujících řádcích bude definován spánek, jeho fáze, poruchy, význam a funkce. Dále se zde zaměříme na proměny spánku v průběhu lidského života se zaměřením na seniorské období, které zde bude také vymezeno.

## 1.1. Definice spánku

Během lidského života se střídají dva základní stavy vědomí, které podléhají biologickým rytmům. Jedná se právě o spánek a bdění (Plháková, 2013). Spánek je jevem či fenoménem velmi komplexním a složitým, proto je složité najít jednoznačnou definici. Můžeme se na něho dívat jako na stav mozku, chování anebo také jako na proces (Vyazovskiý & Delogu, 2014). Pro účely práce ho můžeme definovat jako „*přirozený psychosomatický stav, který ve srovnání s bděním provází značné snížení psychické i tělesné aktivity, zejména aktivity motorického a senzorického systému.*“ (Plháková, 2003, s. 87).

Spánek, jak již bylo zmíněno, provází změny především fyziologické a změny v chování. Mezi konkrétní behaviorální změny poté můžeme zařadit nedostatečnou či nízkou pohyblivost, pomalé pohyby očí, specifickou polohu těla při spánku, sníženou reakci na vnější podněty a s tím spojenou zvýšenou reakční dobu a dále například dočasně zhoršené kognitivní funkce. Fyziologická kritéria vychází z měření elektroencefalografie (EEG), elektrookulografie (EOG) a elektromyografie (EMG) (Chokroverty, 2010).

### 1.1.1 Cirkadiánní rytmus

V krátkosti si zde uvedeme základní biologické rytmy, které významně ovlivňují každodenní život člověka. Zaměříme se zde především na rytmus cirkadiánní, který má největší vliv právě na spánek nejen u lidí.

Biologické rytmy nebo tzv. biorytmy ovlivňují na základě cyklů lidský organismus. Jednotlivé biorytmy se liší délkou periody, což je doba potřebná k dokončení jednoho rytmického cyklu. Biorytmy tak podle délky trvání můžeme rozlišit na rytmy **cirkadiánní**, které mají periodu cca 24 hodin (např. střídání právě spánku a bdění). Dále máme rytmy **ultradiánní**, které jsou kratší než 24 hodin (např. střídání REM a NREM spánku). Další

rytmy jsou již delší než 24 hodin, například **infradiánní** rytmy (např. menstruační cyklus) a **cirkanuální** rytmus (např. zimní spánek) (Plháková, 2013).

Nejdůležitější pro nás, pokud se zaměřujeme na spánek, je rytmus právě cirkadiánní. Je řízen suprachiasmatickým jádrem v našem mozku, které je uloženo v hypotalamu. Za pomoci epifýzy je pak vylučován hormon, který tělu dává signály a v podstatě načasuje začátek spánku. Tento hormon se nazývá melatonin (Walker, 2018).

Kromě spánku má cirkadiánní rytmus významný vliv na tělesnou teplotu, sekreci dalších hormonů (Zee et al., 2013), preferovanou dobu jídla a pití, nálady a emoce, rychlost metabolismu apod. (Walker, 2018). V praxi vypadá tento rytmus jako pravidelné 16hodinové bdění a 8hodinový spánek. Z výzkumů Wevera (1979) se můžeme dozvědět, že pokud se člověk zbaví veškerých vjemů a zcela se izoluje od aktivit slunce, protáhne se jeho cirkadiánní rytmus na 25 hodin. Každý člověk pak má rytmus nastavený jinak a vyskytují se zde rozdíly v úrovni ranní psychosomatické aktivity. Podle toho dělíme lidi na dva základní chronotypy – ranní ptáčata a noční sovy (Plháková, 2003).

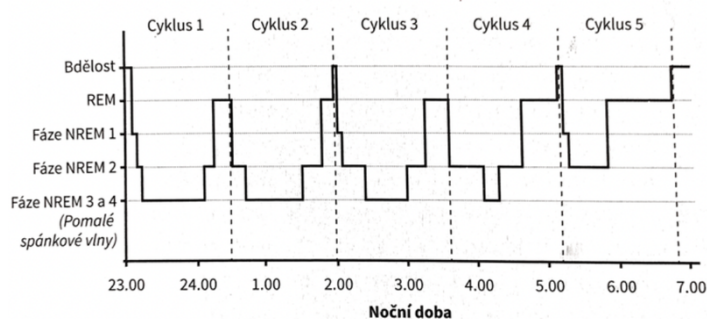
## 1.2. Průběh spánku

Spánek jsme si definovali jako stav, kdy je aktivita člověka značně snížena, ale nemůžeme pokládat spánek za stav úplné pasivity, jelikož během něho probíhá řada aktivit, například a především snění. Spánek začíná přechodem z bdělého stavu, avšak poté nezůstává stále stejný, ale výrazně se v průběhu noci mění. Na základě fyziologických měření, konkrétně EEG, EOG a EMG pak dělíme spánek na dva základní stavy – spánek REM a NREM (Chokroverty, 2010).

Názvy fází nebo stavů spánku – NREM a REM – pochází z objevu a měření EOG, kdy ve spánku byly zpozorovány rychlé pohyby očí (rapid eye movement). Z anglického překladu se pak používá zkratka REM k označení této fáze. Zbylé fáze spánku, ve kterých nejsou rychlé pohyby očí pozorovány, se pak označují NON-REM nebo ještě kratší variantou NREM (Plháková, 2003). Střídání těchto dvou fází je značně periodické. Liší se především typem mozkové aktivity, která nastává při jednom ze dvou stavů (Vyazovskiy & Delogu, 2014).

## 1.2.1 Spánková stádia

Než nastane celý proces usínání a spánku, jedinec je při vědomí a ve stavu bdělosti. Můžeme si ji definovat jako schopnost organismu udržet a zaměřit pozornost a zůstat ve střehu vůči okolním podnětům (Warm et al., 2008). Přechod z bdělosti do spánku je u každého jedince velmi individuální záležitostí. Liší se v době, ve kterou lidé chodí spát, kdy se budí nebo kolik času k usnutí potřebují. Přes všechny odlišnosti ale tento přechod probíhá u všech jedinců podle stejného vzorce. Spánková stádia se odlišují a byla popsána díky měření elektrické aktivity mozku za pomoci EEG. Právě aktivita mozku se nejvíce liší v jednotlivých stádiích spánku. Na základě těchto zjištění se spánek dělí na 5 stádií – usínání, lehký spánek, dvě stádia hlubokého spánku a REM spánek (Plháková, 2003). Jednotlivá



Obrázek 1: Spánková architektura

stádia zobrazuje Obrázek 1 (Baránek, 2019).

Jako první stádium označujeme **usínání/hypnagogický stav**. Jedná se o přechodné období mezi bděním a spánkem, mizí alfa vlny a převažují vlny theta. Druhým stádiem je **lehký spánek**, ve kterém dochází k výraznému snížení svalového napětí a převažují spánková vřetena (pomalejší vlny) a K-komplexy (velké, pomalé a ostré vlny). Třetím stádiem je **hluboký spánek**, kdy se objevují delta vlny, které jsou pomalé a mají velkou amplitudu. Čtvrtým stádiem je stále **hluboký spánek**, ve kterém pokračuje pokles srdeční a dechové frekvence, prohlubuje se svalová relaxace a chybí oční pohyby. Po skončení čtvrtého stádia se člověk vrací do třetího a druhého a celý tento cyklus trvá cca 90 minut. Po jeho skončení nastává páté stadium, označované jako **REM spánek**. První REM spánek trvá cca 10 minut a postupně se prodlužuje. Celkově člověk projde za noc 4-5 REM fázemi (Plháková, 2003).

## 1.2.2 NREM a REM fáze spánku

Jak již bylo zmíněno, dva základní stavy se odlišují mozkovou aktivitou a mozkovými vlnami, které můžeme pozorovat za použití EEG. NREM spánek se někdy označuje jako spánek s pomalými vlnami. Během pozorování osob v NREM spánku byl zachycen také další fenomén, který označujeme jako spánková vřetena. Ta se začínají objevovat v okamžiku, kdy spánek začíná přecházet to REM fáze (Vyazovskiy & Delogu, 2014).

Během NREM spánku se nevyskytují pohyby očí, dechová a srdeční frekvence je nízká a prohlubuje se svalová relaxace (Atkinson, 2003). Oproti NREM fázi je mozek v REM fázi spánku velice aktivní. Aktivita mozku se v tomto případě velmi podobá aktivitě při bdění. Z toho důvodu se mu někdy přezdívá jako spánek paradoxní. Oproti NREM spánku jsou epizody REM spánku mnohem kratší a opakují se pravidelně několikrát za spánkový cyklus (Plháková, 2003).

Výzkumy Kleitmana a Dementa (1957) poukázaly na fenomén rychlých očních pohybů během spánku (rapid eye movements – REM). Zjištění vedla nejdříve k tomu, že 80 % případů, kdy byli lidé buzení v REM spánku, si živě vybavovali sny. Následně se začal používat elektroencefalograf, pomocí kterého zjistili, že se velmi mění mozková aktivita v rámci tohoto stádia spánku.

Proč je rozdělení spánku a znalost spánkové architektury důležité? Z proběhlých výzkumů se spánkovou deprivací dostáváme poznatky ohledně významu jednotlivých stádií. Můžeme říci, že NREM spánek slouží k odpočinku a obnově tělesných sil. Při narušení REM fáze je naopak negativně ovlivněna psychická činnost. William Dement také prováděl pokusy se snovou deprivací – budil účastníky pokaždé, když upadli do REM spánku. Po několika takových nocích upadali rovnou do REM fáze a po 10 dnech nebylo možné pokračovat. Byl zaznamenán také nárůst REM fáze spánku, jelikož po skončení experimentu se jeho délka zvedla o 60 až 160 %. Z těchto poznatků začala být snění prokazovaná vyšší důležitostí a vznikla tak teorie psychické potřeby snu (Plháková, 2003).

### 1.2.3 Spánkové chronotypy

Ačkoliv jsou všichni jedinci ovlivněni cirkadiánním rytmem svých vnitřních biologických hodin, které regulují dobu bdění a spánku, můžeme si všimnout výrazné individuální odlišnosti. Podle času potřeby spánku a probouzení se tak dělíme lidi na dva cirkadiánní typy neboli chronotypy. V literatuře nesou označení jako *ranní ptáčata/skřivani/skřivánci* a *noční ptáci/sovy* (Plháková, 2003).

Pro ranní ptáčata je přirozené budit se brzy a chodit dříve spát. Nejvíce aktivity a energie vykazují po probuzení. Naopak noční sovy mají tendence ke vstávání později a usínat v pozdních nočních hodinách. Výkonní jsou v odpoledních či večerních hodinách (Carrier et al., 1997).

Studie z roku 2008 ukazuje vliv sociálních rytmů a nastavení na spánkové chronotypy. Ukázalo se, že během dní volna se prodloužila doba spánku u obou chronotypů. Společnost je spíše nastavena na chronotyp ranních ptáčat, proto byl rozdíl v množství spánku vyšší u nočních sov. Během pracovního týdne si noční sovy nastřádají spánkový dluh, což by mohlo vysvětlovat fakt, že tento chronotyp má vyšší subjektivní potřebu delšího spánku (Korczak et al., 2008).

Chronotypy můžeme rozlišovat za pomoci dotazníků. Jeden z nejznámějších a nejpoužívanějších je Hornův a Ostenbergův Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ). Jde o sebehodnotící dotazník, který se zabývá spánkovými zvyky a organizací dne. Mezi další metody můžeme zařadit Diurnal Type Scale (DTS) a Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ) (Roenneberg et al., 2003).

## 1.3. Funkce, potřeba a význam spánku

Víme, že průměrně spíme 8 hodin denně, což znamená, že na spánek připadne třetina našeho života (Walker, 2018). Ačkoliv se jedná o tak podstatnou část života, spánku bylo a je věnováno mnoho výzkumů a podařilo se již objasnit základní informace, stále nevíme, proč spíme a jaké jsou přesné funkce spánku. Víme ale jaké krátkodobé nebo dlouhodobé důsledky může spánková deprivace mít. Mezi ty krátkodobé patří mimo jiné zhoršení pozornosti a koncentrace, snížená produktivita a zvýšené nehody (při práci, doma a u jiných činnostech). Mezi dlouhodobé důsledky spánkové deprivace patří zvýšená nemocnost a úmrtnost v důsledku zvyšujících se automobilových nehod, onemocnění koronárních tepen,

srdeční selhání, vysoký krevní tlak, obezita, diabetes mellitus 2. typu, mrtvice a poruchy paměti a také deprese (Chokroverty, 2010).

Naopak dobrá spánková kvalita vede k celé škále pozitivních jevů, jako je lepší zdraví, nižší výskyt spánku během dne a vyšší psychická pohoda a fungování (Harvey et al., 2008). Mezi jednu z nejdůležitějších funkcí spánku patří jeho nezastupitelná role při vytváření vzpomínek. Spánek podporuje především konsolidaci paměti – tedy pomáhá s procesem uložení a přeměny krátkodobých a nových vzpomínek do paměti dlouhodobé. Největší benefity, které spánek na paměť má, se dají detekovat po 8 hodinách spánku (Diekelmann & Born, 2010). Spánek má podobný vliv v podstatě na celou fyzickou obnovu těla, motorické aktivity a učení či neurokognitivní výkon. V současné době však neexistuje shoda mezi tím, co je základní funkcí spánku a zda vůbec existuje pouze jediná základní funkce (Assefa et al., 2015).

Potřeba spánku je značně individuální. Spánek potřebujeme všichni, avšak časté tvrzení založené na přesných 8 hodinách spánku neplatí všeobecně. Tato potřeba je značně individuální a z velké části geneticky daná. Některým jedincům stačí pět nebo šest hodin spánku. Můžeme si to vysvětlit tím, že mají delší dobu spánkového cyklu hluboký spánek (delta spánek) a tím pádem jsou odpočatí dříve (Borzová et al., 2009).

## 1.4. Poruchy spánku

Poruchy spánku můžeme kategorizovat hned dle několika manuálů a systémů. V České republice patří k nejpoužívanějším Mezinárodní klasifikace nemocí aktuálně v 10. revizi. Méně používaný je poté Diagnostický a statistický manuál v revizi páté. Co se týče spánku, je často ve výzkumech či studiích používána Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění (ICSD-3). Pro úplnost zde bude uveden výčet a dělení poruch spánku dle MKN-10 i ICSD-3.

**MKN-10** rozlišuje poruchy spánku na dvě základní skupiny – poruchy spánku organické (pod nemoci nervové soustavy s kódem G47) a neorganické (F51).

### **Neorganické poruchy spánku (F51):**

1. Neorganická nespavost
2. Neorganická hypersomnie
3. Neorganická porucha cyklu bdění a spánku
4. Náměsíčnictví (somnambulismus)

5. Spánkové děsy
6. Noční můry
7. Jiné a nespecifikované poruchy spánku

#### **Organické poruchy spánku (G47):**

1. Poruchy usínání a trvání spánku (insomnie)
2. Poruchy nadměrné spavosti (hypersomnie)
3. Poruchy spánkového cyklu, zástavu dýchání ve spánku (apnoe)
4. Narkolepsie a katalepsie

(World Health Organization, 2006)

**ICSD-3** rozděluje celkově 83 poruch spánku do 7 hlavních kategorií.

1. Insomnie (chronická, krátkodobá, jiná)
2. Poruchy dýchání související se spánkem (apnoe)
3. Centrální poruchy hypersomnolence (narkolepsie typu 1 a 2, hypersomnie způsobená zdravotní poruchou či lékem aj.)
4. Poruchy cirkadiálního rytmu (opožděná, pokročilá a nepravidelná porucha fáze spánku a bdění, práce na směny, jet lag aj.)
5. Parasomnie (spánkové děsy, noční můry, spánková enuréza, náměsícnictví aj.)
6. Poruchy pohybu související se spánkem (syndrom neklidných nohou, křeče, poruchy hybnosti, hypnagogický třes nohou aj.)
7. Jiné poruchy spánku

(American Academy of Sleep Medicine, 2014)

### **1.4.1 Diagnostika poruch spánku**

Diagnostiku poruch spánku bychom v zásadě mohli rozdělit na dvě hlavní metody – laboratorní a sebespozovací. U obou typů diagnostiky je vždy důležitá anamnéza. V rámci anamnézy je důležité zmapovat poruchy spánku ze všech úhlů. Měli bychom se proto zaměřit na následující okruhy: spánkové vzorce, behaviorální faktory, prožitky související se spánkem, zdravotní komplikace, psychiatrické poruchy, alkohol a psychoaktivní látky (Plháková, 2013).

Z laboratorních metod zde zmíníme dva základní testy – *Test mnohočetné latence usnutí (Multiple Sleep Latency Test, MSLT)* a *Test udržení bdělosti (Maintenance of Wakefulness, MWT)* (Plháková, 2013). MSLT se používá jako základní diagnostický nástroj při diagnostice narkolepsie a nadměrné denní spavosti. Principem je měření základních polysomnografických parametrů. (Carskadon, 1986). MWT se poté používá při léčbě a diagnostice narkolepsie a spánkové apnoe. Principem měření je schopnost pacienta bránit se spánku (Mitler et al., 1982). K diagnostickým metodám se využívají spánkové laboratoře či spánkové poradny (Borzová et al., 2009).

Vedle laboratorních metod jsou důležité i sebesouzovací metody, mezi které patří nejrůznější dotazníky a škály. Použití těchto metod je stejně důležité jako těch laboratorních, jelikož subjektivní prožitky a pocity se mohou často lišit od výsledků laboratorních měření. Mezi tento typ metod řadíme spánkové deníky, diáře či kalendáře, do kterých jedinec zaznamenává ukazatele kvality spánku a jiné okolnosti. Velmi známým je například Pittsburský spánkový deník (The Pittsburgh sleep diary, PSD). Dále jsou hojně využívané škály nadměrné spavosti (Stanfordská škála spavosti, Karolinská škála spavosti) či dotazníky kvality spánku (Leedský dotazník hodnocení spánku) (Plháková, 2013).

## 1.4.2 Léčba poruch spánku

K léčbě poruch spánku se dá používat léčba jak farmakologická, tak psychotherapeutická. Psychofarmakům je věnována celá kapitola práce, proto se na těchto řádcích budeme věnovat psychotherapeutickým možnostem léčby.

Velmi častým problémem je insomnie nebo nespavost, která pramení ze špatné spánkové hygieny. Spánková hygiena stojí na principu spánkových návyků a pravidel, které když jsou dodržovány, mohou pomoci předcházet poruchám spánku. Spánkové návyky se týkají prostředí ložnice (intenzita a barva světla, hluk) a klimatických podmínek (teplota, vlhkost vzduchu, větrání, velikost postele, kvalita matrace) (Idzikowski, 2012), (Lavery, 1998). Spánková hygiena zahrnuje především faktory denního života, které ovlivňují kvalitu spánku. Patří sem: špatná dieta, zvýšená konzumace alkoholu, práce na směny, kouření, konzumace těsně před plánovaným spánkem, pitný režim a dehydratace organismu, nepravidelnost spánku či nedostatek fyzických aktivit (Praško et al., 2004).

Terapeutické možnosti se dají v zásadě rozdělit na techniky kognitivně-behaviorální (KBT) a relaxační (Plháková, 2013). Přístup KBT je často první volbou léčby nespavosti. Jedná se o strukturovaný program pomáhající identifikovat a nahradit myšlenky a chování,



keré může zhoršovat problémy se spánkem. Základem je většinou spánkový deník, který je důležitý dodržovat detailně po uvedenou dobu (Pruthi et al., 2016). Dalším aspektem, který přispívá k léčbě chronické nespavosti, je pravidelné cvičení. Používá se i technika spánkové restriktce, která udává, kolik času jedinec stráví v posteli. Toto omezení má za výsledek vyšší potřebu spánku, jelikož jedinec netráví hodiny a hodiny ležení v posteli ve snaze usnout. Další metodou je kontrola stimulů, která stojí na principu přerušování naučených spojů mezi klasickými objekty z prostředí (postel) a zvýšením tělesné u psychické aktivace (Plháková, 2013).

Relaxační a hypnotické metody cílí na fyzickou i mentální relaxaci. Jejich cílem je zredukovat napětí a myšlenky, které mohou negativně ovlivňovat spánek. Hlavním přínosem je zde možnost rychleji usnout. Mezi konkrétní metody patří například **progresivní svalová relaxace**, která stojí na principu střídavého napínání a uvolňování svalů po celém těle. Další metodou je **autogenní trénink** zahrnující pozornost na různé části těla a jejich následnou vědomou relaxaci. Předposlední metodou, kterou zde zmíníme, je **biofeedback**. V rámci biofeedbacku jsou umístěny elektrody na tělo pro měření svalového napětí. Ukazuje tedy, jak tělo reaguje na napětí, relaxaci nebo konkrétní myšlenky. **Metody vizualizace a imaginace** podporují nejen usínání ale samotný spánek. Principem je představování si příjemných scénérií nebo dobrého spánku (InformedHealth, 2017).

Psychoterapeutická léčba nočních můr využívá technik nácvikové imaginativní terapie (imagery rehearsal therapy) a terapie postupnou expozicí (gradual exposure therapy). Využívanou komplexní metodou je i terapie založená na expozici, relaxaci a transkripci (exposure, relaxation and rescripting therapy). Hypnóza pak nalézá své uplatnění u všech typů nočních můr (Plháková, 2013).

## 1.5. Proměny spánku během života

Proces usínání i spánku není po celý život jedince stejný, ale poměrně zásadně se skrze vývojová období mění. Tyto změny postihují nejen dobu nutnou k usnutí, ale i délku a organizaci spánku a jeho stádií. Délka spánku je závislá na celé řadě faktorů, mezi které patří nervový typ člověka, zaměstnání, únava, tělesné zdraví a právě věk (Borzová et al., 2009).

Nejvíce hodin spíme jako novorozenci, a to až 17 hodin denně. Je to dáno také tím, že po narození člověk nereaguje na střídání dne a noci. Spánek je tedy místo cirkadiánním rytmem ovlivněn rytmem ultradiánním. Dítě v mladším školním věku, tedy přibližně ve věku od šesti do deseti let, už spí mnohem méně hodin denně. Střídá se u nich maximální bdělost ve dne a aktivní spánek v noci. V tomto věku děti spí průměrně 11 hodin denně (Plháková, 2013). Spánek je pro děti stejně jako u dospělých důležitý k celkové regeneraci mozku, imunitu i synaptickou plasticitu. Poruchy spánku zasahují 30 až 50 % dětí a dorostu a jejich výskyt nadále stoupá. To vede často k poruchám chování či nálady a hyperaktivitě. Dále se může zhoršovat paměť, schopnost plánovat nebo soustředit. Děti, které nemají kvalitní spánek, jsou potom impulzivní, podrážděné, neklidné či plačtivé. Tyto důsledky poruch spánku vedou ke zhoršení školního prospěchu a mimo jiné mají přirozeně i velký vliv na spánkovou deprivaci rodičů (Uhlíková, 2008).

Velkým poklesem doby spánku je milník dospívání, kdy se doba zkracuje na 8 hodin. Po dvacátém roce života jsou spánkové cykly stabilizovány (Plháková, 2013). S obdobím dospívání se nejčastěji pojí poruchy cirkadiálního spánkového rytmu. Na vině je především špatná spánková hygiena a nashromážděný spánkový dluh z pracovního týdne, který se poté snaží dospívající doplat ve dny volna. Vliv na tyto poruchy spánku mají také noční společenské akce a konzumace stimulačních nápojů (energetické nápoje, káva aj.) (Uhlíková, 2008).

Další zlom přichází nejčastěji kolem 50. - 60. roku života. V tomto období se spánek může přirozeně zkrátit až na 5-6 hodin denně. Spánek se nejen zkracuje, ale bývá lehčí, roste počet buzení za noc a přecházení mezi jednotlivými stádii spánku je nepravidelné (Borzová et al., 2009).

### **1.5.1 Specifika spánku ve stáří**

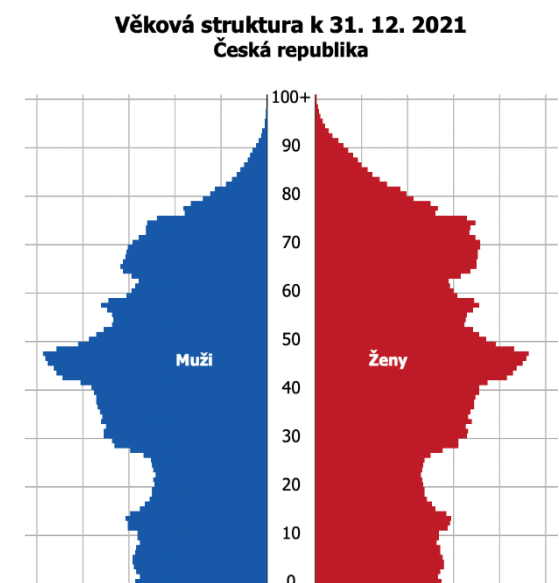
Lidé ve starším věku častěji trpí poruchami spánku. Hlavní příčinou však není vždy vyšší chronologický věk, ale s ním spojené obtíže a nemoci. Ve stáří se u lidí také objevují problémy s usnutím. Obvykle se u nich prodlužuje doba k přechodu do spánku neboli latence usnutí. Jinak na tom není ani efektivita spánku. Tento pojem označuje poměr spánku a doby strávené v posteli. U starších lidí se pak děje to, že tráví v posteli velké množství času, ale nespí. Problémy také mívají s častým buzením během noci a na to navazující opět prodloužená doba latence usnutí. Často si také mohou stěžovat na časně ranní buzení (Lattová, 2011).

Mezi hlavní příčiny zvýšeného výskytu poruch spánku ve vyšším věku řadíme degenerativní změny centrálního nervového systému, tělesná onemocnění nebo změnu životního stylu. Narušovat spánek mohou také některé užívané léky, například léky na snížení krevního tlaku, kortikoidy nebo některá antidepresiva (Borzová et al., 2009). Dalším problémem je fakt, že se u starších osob méně liší tělesná teplota během dne a jiná je i sekrece melatoninu, který pomáhá člověku usnout. Kolísání tělesné teploty je u starších lidí předsunutá, což zapříčiňuje večerní ospalost a zároveň i brzké ranní vstávání. Co se týče sekrece melatoninu, tak je velmi snížena během noci a rozdíl mezi vylučováním během dne a noci je menší (Bubenik & Konturek, 2011). Vliv na spánek má i růstový hormon kortizol, jehož produkce je během spánku ve stáří také snížena. Produkce kortizolu koreluje s nižší efektivitou spánku a zkracují se spánková stádia (Plháková, 2013). Příspět může také odlišný životní styl – nízká míra socializace, sledování televize a málo pohybu.

Největší změnou je úbytek pomalovlnného spánku – tedy klesání delta vln. Z osobních výpovědí i měření spánku vychází najevo fakt, že se prodlužuje latence usnutí, tedy doba nezbytná k přechodu z bdělosti do první fáze spánku. Dalším nepříjemným faktem je, že spánek nemá u starších lidí takovou efektivitu. V praxi to tedy znamená, že starší lidé tráví v posteli velké množství času, ale nemohou usnout (Plháková, 2013).

## 1.6. Stáří jako vývojová fáze

V průběhu života prochází člověk hned několika vývojovými fázemi. Mezi tato období se řadí období prenatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, vstup do školy, mladší školní období, dospívání, časná a střední dospělost, pozdní dospělost a v neposlední řadě stáří. Lidé ve starším věku mohou být často přehlíženi, ale problematika stáří je v naší společnosti čím dál aktuálnější. Z demografických údajů vyplývá, že dochází ke stárnutí populace tedy vyšší procentuální zastoupení seniorů ve společnosti viz Obrázek 2. K tomuto faktu přispívá nižší počet narozených dětí a prodlužující se délka života člověka (Krejčířová & Langmeier, 2006). Česká republika a její věková



Obrázek 2: Věková struktura ČR, převzato z: ČSÚ (2022).

struktura patří k evropskému průměru, lze ale předpokládat do poloviny tohoto století, že postoupí na třetí až první místo světového žebříčku států vzhledem k podílu osob starších šedesáti let (Sýkorová, 2006).

### 1.6.1 Stárnutí

Proces stárnutí můžeme definovat jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.*“ (Krejčířová & Langmeier, 2006, s. 202). Definovat nebo vymežit věkově období stáří je složité, jelikož jednotlivé projevy stáří jsou značně individuální. Můžeme říct, že je stáří ohraničeno dvěma životními milníky nebo časovými body. Smrt jasně vymezuje hranici horní (Kolesárová, 2012). Spodní hranice je značně nejasná, Organizace spojených národů však zvolila demografickou věkovou hranici pro stáří na 65 let (Wernerová & Zvoníková, 2016).

Dělení stáří je možné hned v rámci několika hledisek. Z hlediska chronologického dělíme stáří podle data narození. Poskytuje nám praktické údaje, ale nemusí vypovídat o současném stavu. Biologické stáří nám vyjadřuje celkový stav organismu, který ale nemusí odpovídat stáří chronologickému. V neposlední řadě máme stáří sociální, které zahrnuje všechny změny stáří v sociálních rolích, životním stylu či ekonomickém zajištění. Světová zdravotnická organizace nám nabízí rozdělení životních etap na patnáctiletá období, která jsou následující: 30-44 let dospělost, 45-59 let střední věk, 60-74 počínající časné stáří, 75-89 let vlastní stáří (senium) a 90 let a více dlouhověkost (Wernerová & Zvoníková, 2016).

Člověk stárne celý život, ale právě v období stáří se objevuje celá řada výrazných změn ve 4 oblastech – tělesná (biologická), duševní, smyslová a sociální. Biologické projevy můžeme zařadit sníženou odolnost vůči infekcím, zvyšující se sklony k nádorovým onemocněním, zpomalení hojení ran, snížení pružnosti vaziva a mnoho dalšího. Biologické změny se objevují napříč všemi buňkami a soustavami v těle člověka, nejvýraznější jsou však ale v rámci nervové soustavy. Na průběh stárnutí a celkového stavu ve stáří mají vliv nejen genetické predispozice, ale velké množství vnějších vlivů. Mezi ně můžeme zařadit styl životosprávy, výživu, kouření, abúzus alkoholu a jiných látek a mimo jiné také životní zátěž a stres (Krejčířová & Langmeier, 2006).

Kromě biologických změn provází proces stárnutí celá řada změn na kognitivní či smyslové úrovni. Do této kategorie spadá zhoršení smyslového vnímání. Nejčastějším problémem je zhoršená zraková percepce, a to až v 90 % osob po 60 roce života. Dále je

také velmi časté zhoršení vnímání sluchového. Tato zhoršení poté mohou komplikovat osobám komunikaci s ostatními členy rodiny i společnosti a mohou v nich vzbudit nejistotu, podezíravost či úzkost a hněv. Zhoršení smyslového vnímání jde také ruku v ruce s častějším výskytem úrazů. Dále se velmi často můžeme setkat se zhoršením paměti, kdy dlouhodobá paměť bývá zachována, ale krátkodobá je značně zhoršena. Starší lidé si tak mohou celkem živě pamatovat a vyprávět zážitky z mládí, ale nezapamatují si nákupní seznam nebo schůzku u lékaře. U některých osob nastává také ke snížení inteligence a na inteligenčních testech mohou dosahovat nižších výsledků, než tomu bylo dříve. Naopak ale sociální inteligence a schopnost morálně usuzovat je zachována (Krejčířová & Langmeier, 2006), (Wernerová & Zvoníková, 2016).

Změny probíhají mimo jiné i na úrovni emoční a duševní. Nejčastěji se můžeme setkat se sníženou intenzitou emocí, která se může projevovat klidně a racionálně nebo až apaticky a bez zájmu. V pozdějším stáří se můžeme setkávat s nižším zájmem o druhé osoby a zvýšeným zájmem o sebe a svoje problémy. Co se týče osobnosti člověka ve stáří, tak ta se zpravidla výrazně nemění, ale může nastat situace, že je člověk ve stáří introvertnější. Síla vztahů k ostatním osobám se nemění a v rámci rodiny naopak pak význam rodiny i blízkých vztahů stoupá (Krejčířová & Langmeier, 2006). Často se také setkáváme s nárůstem duševních poruch jako jsou deprese a demence (Wernerová & Zvoníková, 2016).

Senioři prochází mimo jiné také velkým množstvím sociálních změn. V první řadě je to odchod do důchodu, změna životního stylu, omezení sociálního kontaktu a aktivit. Výrazný je také strach z osamělosti nebo nemocnosti (Wernerová & Zvoníková, 2016). Velmi také sílí manželské vztahy a ztráta životního partnera bývá velmi závažnou a špatně prožívanou událostí. Lidé ve vyšším věku stále mají potřebu citovou a také sexuální (Krejčířová & Langmeier, 2006).

## 2 ZÁVISLOST A NADUŽÍVÁNÍ

V dalších odstavcích se zaměříme na základní pojmy z oboru adiktologie stěžejní pro charakter práce, modely závislosti, popis abstinenčních příznaků a léčbu závislosti. Primárně se zaměříme na závislost na léčivých přípravcích, především na hypnoticích. Zmíněna bude i komorbidita závislostí u seniorské populace.

### 2.1. Vymezení základních pojmů

V kontextu MKN-10 se řadí závislosti mezi Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19). Výčet zahrnuje poruchy způsobené užíváním následujících látek:

F10 alkohol

F11 opioidy

F12 kanabinoidy

F13 sedativa nebo hypnotika

F14 kokain

F15 jiná stimulancia, včetně kofeinu

F16 halucinogeny

F17 tabák

F18 prchavá rozpouštědla

F19 více drog a jiné psychoaktivní látky

V rámci každé psychoaktivní látky uvádí MKN-10 klinický stav. Jedná se o akutní intoxikaci, škodlivé použití, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom, psychotická porucha reziduální a s pozdím nástupem, jiné a neurčené duševní poruchy a poruchy chování (World Health Organization, 2006).

### 2.1.1 Závislost

MKN-10 definuje závislost následovně: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ (World Health Organization, 2006)

Diagnostika syndromu závislosti by měla přijít, pokud u jedince dojde během jednoho roku ke třem nebo více z uvedených jevů:

- a) Silná touha užívat látku
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky (v kontextu množství, začátku nebo ukončení užívání látky)
- c) Tělesný odvykací stav (viz níže)
- d) Průkaz tolerance (vyžadování vyšších dávek)
- e) Zanedbávání jiných zájmů
- f) Pokračování v užívání přes škodlivé následky (poškození orgánů, depresivní stavy)

(World Health Organization, 2006).

Závislost dělíme podle užívaných látek na látkovou a nelátkovou/nedrogovou. Látková závislost je závislost na psychoaktivních látkách (drogách). Do této kategorie řadíme závislost na alkoholu, nikotinu, heroinu, konopí, amfetaminů, benzodiazepinů, kokainu a dalších návykových látek. Nelátkovou závislostí se pak označuje závislostní chování ke vztahu ke konkrétním aktivitám jako je konzumace nejrůznějších pochutin, hazard, internet, nákupy či formy sexuálního chování. (Vacek & Vondráčková, 2014), (West, 2016).

### **2.1.2 Nadužívání a škodlivé použití**

Škodlivé použití návykové látky můžeme definovat jako užívání, které vede k poruše zdraví. Ta může být somatického i psychického charakteru (World Health Organization, 2006).

*„Nadužívání léků je definováno množstvím akutních léků užívaných pacientem za měsíc. Každá třída léků má specifický práh.“* (American Migraine Foundation, 2016). Tento problém postihuje všechny věkové skupiny. Mezi nejčastěji nadužívané léky na předpis se řadí opioidy, anxiolytika, sedativa a stimulanty (Pruthi et al., 2022).

### **2.1.3 Akutní intoxikace**

Stav nastupující přímo po aplikaci psychoaktivní látky, který vede k poruchám poznávání, vnímání, vědomí, chování nebo emotivity. Důležitým bodem je, že tyto poruchy musí být vyvolány přímým působením psychoaktivní látky (World Health Organization, 2006). Je nezbytné zjistit typ i množství požití látky, důležitou informací je také alespoň přibližný čas požití. U akutních intoxikací pak klinické projevy odpovídají charakteristickým projevům dané látky (Nešpor, 2011).

### **2.1.4 Somatický odvykací stav**

Při vysazení psychoaktivní látky po jejím dlouhodobém používání se mohou u jedince vyskytnout příznaky různé závažnosti i druhu. Tyto potíže nazýváme jako odvykací stav. Nástup i konec má těsný vztah k typu a množství užívané látky (World Health Organization, 2006).

## **2.2. Vznik závislosti**

V průběhu vývoje lidstva se měnily názory a vytvářely nové teorie týkající se vzniku závislosti. Dosud podléhají změnám a liší se napříč zeměmi i v rámci jedné země. Společné mají teorie závislosti to, že se zaměřují na problémové pití, jeho příčiny a formy léčení. Různí se poté v tom, na jaký faktor se daná teorie zaměřuje. Mezi tyto faktory patří faktory kulturní jako je postoj vůči drogám, praktiky a jejich dostupnost. Enviromentální faktory se týkají principu podmiňování a zpevňování, učení a životních událostí. Interpersonální faktory zahrnují sociální vlivy jako je tlak vrstevníků, životní styl a rodinné faktory. V neposlední řadě intrapersonální faktory definuje osobní vývoj osobnosti, její afektivní a



kognitivní stránka nebo třeba rozdíly v pohlaví. Modelů vzniku závislosti je mnoho, patří sem například model morální, který kouká na závislost jako na morální slabost. Dále existuje velké množství psychologických modelů – psychodynamické teorie, teorie osobnostních rysů či behaviorálního učení. Vlivem sociálních faktorů a společnosti se potom zabývají sociokulturní modely (Millerová, 2011). V kontextu této práce vycházíme z faktu, že je závislost klasifikována jako nemoc. Dále je na člověka pohlíženo z komplexního pohledu, tedy z modelu bio-psycho-sociálně-spirituálního.

### **2.2.1 Závislost jako nemoc**

. Ve 30.letech 20.století začali Anonymní alkoholici prosazovat a destigmatizovat alkoholismus. V jejich přístupu byl alkoholik stejně zodpovědný za svou nemoc jako například diabetik. Dle jejich názoru je potřeba alkoholikům poskytnou především motivaci a podporu, aby abstinovali. (Zahradník, 2007). Od té doby se postupně opouští od pohledu na závislost jako morální problém, ale přechází se k pohledu závislosti jako na problém fyzický a zdravotní. Nyní medicínský model vysvětluje závislost tak, že spočívá v patologických změnách mozku. Ty vedou k nezdolnému puzení k užití látky neboli craving (West, 2016). To mělo velký přínos i pro samotné závislé, jelikož jim to umožňovalo cítit se lépe v tom smyslu, že byli bráni i se sami cítili jako nemocní, a ne jako špatní lidé. Velkým přelomem bylo v roce 1942 vypracování modelu závislosti jako nemoci od Jellineka. Následně v roce 1956 Americká lékařská společnost uznala alkoholismus jako nemoc (Millerová, 2011).

S modelem závislosti jako nemoci souvisí úzce model medicínský. Tento model vychází z fyziologických poruch jedince, mezi které řadí endokrinní dysfunkce. Souvisí úzce s modelem nemoci, jelikož v něm vidí progresivní onemocnění s příznaky. Mezi dva klíčové prvky modelu nemoci patří ztráta kontroly nad pitím a progrese onemocnění, jež může končit až smrtí (Millerová, 2011).

### **2.2.2 Bio-psycho-sociální model**

Nejkomplexnějším modelem je právě tento, jelikož kombinuje biogenetické rysy člověka s psychosociálními faktory. Jeho snahou je poskytnou integrovaný a holistický model vzniku závislosti. V rámci bio-psycho-sociálního modelu je také sledován dopad jednotlivých aspektů vzájemně a jejich průběžný interaktivní proces (Millerová, 2011).

O spirituální složku je pak rozšířen model bio-psycho-socio-spirituální. Mezi biologické faktory zahrnuje už prenatální vývoj, genetické faktory, okolnosti porodu či jiné organické příčiny organismu. Psychologické faktory pak znamenají například reakce na určitá onemocnění, sebe medikaci v rámci psychických problému, postnatální péče o jedince, sebepojetí, sebevědomí či sebeláska jedince. Předposlední kategorie sociálních faktorů zahrnuje sociální a ekonomickou úroveň jedince či jeho rodiny, kulturní prostředí, vztahy s okolím, vrstevníky, kolegy, sociální bublinu, rasismus či xenofobii a mnoho dalšího. Poslední a nově přidaný spirituální rozměr přivádí do modelů závislosti otázky spirituálního naplnění, existenciálního prázdna, smyslu života a duchovních hodnot. Podle tohoto modelu se právě všechny tyto faktory podílí na vzniku závislosti u daného jedince. Z toho vyvozujeme, že je potřeba k léčbě závislosti přistupovat jako ke komplexnímu problému, který je důležité zabezpečit ve všech jeho sférách a složkách (Kalina, 2011a).

## **2.3.     Systém péče a léčba závislých**

Systém péče o lidi se závislostmi různého druhu spadají pod protidrogovou politiku. Mezi základní pilíře protidrogové politiky v České republice patří primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik a kontrola dostupnosti. Primární prevence si klade za cíl předcházení návykového chování a rozvoje závislosti, případně oddálení experimentací do vyššího věku. V rámci léčby a sociálního začleňování se soustředíme především na léčebné služby dostupné pro uživatele návykových látek. Snižováním rizik se rozumí snižování zdravotních a sociálních rizik a jiných dopadů plynoucích z užívání drog. Posledním pilířem je kontrola dostupnosti, která je zaměřená na potlačování a usměrňování nabídky návykových látek a hazardního hraní. Všechny vymezené pilíře mají důležitou roli a jejich uplatňování by mělo být vyvážené a vzájemně by se měly doplňovat (Úřad vlády České republiky, 2017).

### **2.3.1   Systém péče o drogově závislé v ČR**

Je nutné, aby systém péče byl efektivní. Existují proto vymezená kritéria, která by měl splňovat, a to v oblasti kvantitativní i kvalitativní. Mezi kritéria v oblasti kvalitativní řadíme komplexnost systému péče, jeho provázanost a efektivitu. Komplexností je myšlena široká nabídka služeb a programů, která pokryje co největší množství cílových skupin se specifickými problémy. Provázanost systému znamená, že by služby na sebe měly navazovat, měly by být koordinované a zaměřené na aktuální problematiku. Kritérium

efektivitu zahrnuje definované standardy odborné péče, akreditace a monitorování kvality péče. Na druhé straně kvantitativní kritéria zahrnují rozsah a dostupnost. Rozsah systému péče určuje národní a místní prevalence problému užívání návykových látek. Dostupností je poté myšlena nutnost dostupnost péče, místně i časově, pro všechny uživatele a jejich aktuální potřeby (Kalina, 2011b). Mezi jednotlivé složky péče řadíme následující:

**a) Terénní programy**

Zaměřují se na obtížně dosažitelnou populaci, kterou se snaží dovést ideálně k plné abstinenci, nebo alespoň k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Tato forma služby je poskytovaná přímo na ulici. Mezi hlavní cíle patří udržet a snižovat výskyt onemocnění AIV/AIDS a hepatitidy B a C. Dále se snaží předcházet kriminalitě a úmrtí v důsledku předávkování. Patří sem také motivace uživatelů drog ke změně životního stylu, abstinenci nebo k bezpečnějšímu užívání návykových látek (Kalina, 2011b).

**b) Nízkoprahová kontaktní centra**

Kontaktní centra poskytují ambulantní, případně i terénní služby pro uživatele návykových látek. Cílem je zde opět snižování sociálních a zdravotních rizik, která se pojí s užíváním návykových látek. Mezi základní činnosti kontaktních center řadíme sociálně terapeutické činnosti, poskytování podmínek pro osobní hygienu a pomoc při uplatňování práv a pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Česká asociace streetwork, z.s, 2022).

**c) Adiktologické ambulance**

Mezi ambulantní péči se řadí adiktologické a AT ambulance, které poskytují adiktologické služby osobám ohroženým návykovým chováním a jejich blízkým. Mezi cílovou skupinu patří lidé užívající alkohol a drogy rizikově, pravidelní i příležitostní uživatelé, bývalí klienti v krizových situacích, osoby s duální diagnózou (diagnóza závislosti a duševního onemocnění), lidé ohrožení nelátkovými závislostmi, osoby nadužívající léky a jejich blízcí. Hlavním cílem ambulancí je zvyšování kvality života. Mezi konkrétní nabízené služby a činnosti patří například poradenství, individuální i skupinová terapie, motivační a podpůrné rozhovory, krizová intervence, sociální poradenství, edukace atd. (Adiktologická a AT ambulance DROP IN, s.r.o., 2023).

#### **d) Denní stacionáře**

Denní stacionáře jsou zařízeními na půli cesty mezi ambulantní a lůžkovou péčí. Poskytují denní péči pro lidi se zdravotními nebo sociálními potřebami, kteří nemohou být sami doma přes den. Mezi základní charakteristiky patří strukturovaný program s přesným časovým rozvrhem, pravidly a vyváženou skladbou programu. Mezi další charakteristiky patří intenzita a délka léčby. Délkou patří denní stacionáře mezi střednědobou léčbu, která trvá přibližně 3 až 6 měsíců. Mezi cíle patří dodržení nebo dosažení abstinence, změna v sebepojetí, podpora v osobním růstu, zlepšení sociálního fungování a osvojení základních dovedností (Kalina, 2011b).

#### **e) Detoxifikační jednotky**

Cílem detoxifikace organismu je především zbavení se návykových a jiných látek v těle. Používá se také při odvykacím stavu, kdy pomáhá nepříjemné stavy překonat. Dále je často podmínkou nebo začátkem vstupu k dalšímu léčení, pokud si tak pacient přeje. Detoxifikaci je vhodné provádět především v rámci lůžkového zařízení, dá se ale také vykonávat v rámci ambulantních služeb (Nešpor & Müllerová, 2006).

#### **f) Střednědobá ústavní léčba**

Střednědobá léčba je vymezena rozsahem od 3 do 6 měsíců. Poskytována je především psychiatrickými léčebnami nebo specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Tento druh léčby vyžaduje akreditační standardy, mezi které patří multidisciplinárnost, nepřetržité zabezpečení provozu, řízení specialistou na psychiatrii, vytvoření plánu následné péče aj. Mezi hlavní cíle patří trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Mezi využívané strategie se řadí strukturovanost léčby a režimu, kvalita léčebného prostředí, psychoterapie, pracovní terapie, volnočasové aktivity, léčebné společenství, propustky ze zařízení a prvky edukativní terapie (Kalina, 2011b).

#### **g) Rezidenční léčba v terapeutických komunitách**

Terapeutické komunity jsou zařízení, jejichž hlavním cílem je léčba vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci (Kalina, 2011b). Komunity jsou obecně vhodné pro jedince s určitým stupněm závažnosti závislosti a kteří jsou schopni duševně i fyzicky pobyt zvládnout, případně pro osoby bez kvalitního zázemí. Pro terapeutické komunity je značně specifická jejich vnitřní diferenciací – pacienti, kteří jsou v komunitě déle mají větší výhody a nároky na ně. Základem pro soužití v komunitě jsou také jasně definovaná pravidla, která jsou důsledně dodržována. Případné porušení těchto pravidel může vést až k předčasnému

ukončení léčby. Léčba v rámci komunit se dělí do třech základních stádií – úvodní stádium s trváním do 60 dní, stádium primární léčby s trváním 2-12 měsíců a stádium návratu do společnosti s navazující ambulantní léčbou, které trvá 13-24 měsíců (Nešpor, 2013).

#### **h) Doléčovací programy a následná péče**

V rámci péče se jedná o poslední fázi procesu změny, kde je hlavní zaměření na udržování změn u jedince. Hlavní složky v těchto programech je psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, chráněná pracovní místa, rekvalifikace, lékařská péče a práce s blízkými osobami (Kalina, 2011b).

#### **i) Chráněné bydlení a chráněná práce**

Chráněné bydlení je vymezeno jako služba pro osoby, které mají z důvodu zdravotního či chronického onemocnění (včetně duševního) sníženou soběstačnost. Existuje forma individuálního i skupinového chráněného bydlení. Chráněná práce slouží od zvýšení pracovních dovedností až po úroveň rekvalifikace a zpevnění pracovních návyků (Kalina, 2011b).

#### **j) Programy metadonové a jiné substituce**

Substituční programy si kladou za cíl abstinenci klientů od všech návykových látek a kladou důraz na dodržování pravidel programu. Součástí léčby je nejen působení substitučních látek, ale také terapeutické a poradenské služby (Zouharová, 2021).

## **2.4. Léčba závislosti**

K léčbě závislostí se využívají principy individuální i skupinové psychoterapie, farmakologická a substituční léčba, muzikoterapie, programy organizací zaměřujících se na rozmanité typy závislostí či intervence.

### **2.4.1 Farmakologická léčba**

Farmakologická léčba má několik možností účinku. Podané léky mohou zastavit craving, pomoci se zmírněním odvykacího stavu nebo oslabit účinky návykových látek.

**K oslabení nebo až rušení účinku** dané návykové látky používáme antagonisty a antidota. Nejčastěji se využívají při léčbě otrav – například se podává naloxon při otravě opioidy. Existují léky s dlouhodobým účinkem, které jsou vhodné k dlouhodobé léčbě.

Velmi důležitým a klíčovým jevem je **craving po návykové látce**. Aby se zabránilo požití dané drogy, je vhodné podat látku, který tyto pocity bažení zastaví. U alkoholu je možné použít naltrexon nebo akamprosát.

**K léčbě odvykacích stavů** se používá velké množství léku, které jsou návykové i nenávykové. Nejčastějším principem léčby je léčba substituční, při které je návyková látka nahrazována bezpečnější variantou léku ze stejné skupiny. Tento typ léčby je vhodný primárně u fyzické závislosti a při silných odvykacích stavech. Příkladem je závislost na heroinu a následné podávání metadonu nebo buprenorfinu jako substitute (Nešpor, 2013).

## 2.4.2 Intervence

Velkou roli ve vzniku závislosti může mít také intervence. Nejedná se přímo o léčebnou techniku po rozvinutí závislosti, ale má velkou váhu. Časná a krátká intervence na úrovni praktického lékaře, jiného odborníka, učitele nebo v rámci pracovního prostředí hraje velkou roli. Mezi principy a postupy patří poskytování informací, posouzení stavu jedince a následné podání informací o jeho výsledku, posilování motivace a doporučení se vyhýbat alkoholu, tabáku a jiným drogám. Svou nezastupitelnou roli zde mají také svépomocné příručky, poskytnutí kontaktu na jiného odborníka, spolupráce s rodinou, sebemonitorování nebo například terapeutický kontrakt (Nešpor, 2013).

## 2.4.3 Psychoterapie

Nejčastěji užívaným přístupem v léčbě závislostí jsou směry behaviorální nebo kognitivně-behaviorální. Svou roli ale také mají hlubinně a dynamicky orientované směry, rodinná a systematická terapie, integrativní přístupy nebo hypnotické a relaxační techniky a metody.

Využívanou je psychoterapie jak skupinová, tak individuální. Individuální terapie probíhá na úrovni léčby ambulantní i ústavní. Významný je v rámci terapie vztah s terapeutem, který nese své klady, ale někdy může být příčinou problémů mezi klienty. Individuální psychoterapii v tomto kontextu dělíme na tři typy dle poskytovaných služeb – krizová intervence, podpůrná psychoterapie a systematická dlouhodobá psychoterapie (Kalina, 2011b).

#### 2.4.4 Další techniky

Mezi konkrétní techniky při práci s jedinci se závislostí patří například 12 kroků od Anonymních alkoholiků: „*Dvanáct kroků AA je řada zásad duchovní povahy, které v případě, že se uskutečňují jako způsob života, mohou potlačit posedlost pitím a umožnit trpícímu stát se znovu šťastným a užitečným plnohodnotným člověkem.*“ (Anonymní alkoholici, 2022).

Využívané jsou také metody abstinentské krabice, kde je smyslem techniky nácvik dovedností a připomenutí faktu, že k uzdravení musí přizpůsobit více stránek svého života. Dále se využívá abstinentská bankovka nebo průkaz, deníky terapie, dotazníky závislosti, havarijní plán nebo plán ke zvládnutí recidivy.

Využívaná je hojně i muzikoterapie, která se dá také využít k posilování motivace a v kombinaci s relaxačními technikami.

Účinnou metodou v léčbě závislosti se stalo také odměňování střízlivosti a pozitivního chování. Stojí na principu odměny za žádoucí chování, a naopak postihování nebo neodměňování chování nežádoucího. Odměna přichází formou drobné výhry, mimořádnou propustkou nebo předčasným propuštěním, často se také na konci léčby dělají slavnostní ceremoniály, kde je klientům především v komunitách předáván diplom (Hajný, 2001).

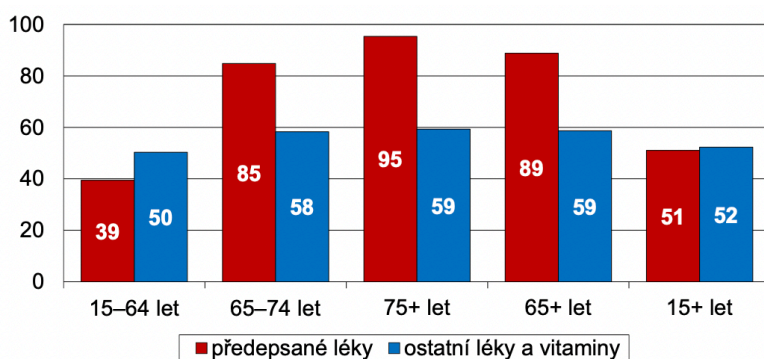
### 2.5. Závislost u seniorů

V rámci gerontopsychiatrie se dříve nejčastěji objevovaly diagnózy deprese, demence a deliria. Následně se k nim přidala závislost na lécích. Nejvíce zpracovanou oblastí v rámci praxe i literatury jsou závislosti na alkoholu. V rámci seniorské populace je tento problém častější u mužů, s odhadem, že jen 30 % závislých na alkoholu začalo pít až ve vyšším věku. Ve vyšším věku také pozorujeme změnu stylu pití – preferují malé dávky alkoholu přes den. Mezi další časté obtíže u seniorů patří úzkosti. Trpí jimi až 15 % starší populace. S úzkostí souvisí podávání a závislost na anxiolyticích – je uváděno, že je užívá cca 36 % osob starších 85 let. Osoby závislé na jiných návykových látkách mimo psychofarmaka v této populaci nenajdeme až na ojedinělé případy závislosti na opioidech. Co se ale naopak vyskytuje ve vyšším věku, je patologické hráčství (gambling). Nejčastěji se vyskytuje závislost na hracích automatech, která může jít ruku v ruce se škodlivým užíváním alkoholu. Mezi největší komplikace zde patří sociální důsledky, které mohou vést

až k bezdomovectví. Resocializace jedinců ve vyšším věku je ztížena, jelikož ve vyšším věku nejsou pracovně aktivní a jejich schopnost splácet případné dluhy je náročnější. U žen ve vyšším věku se můžeme také setkávat s impulzivním chorobným nakupováním. V případě gamblingu i chorobného nakupování je vhodnou léčbou psychoterapie a jako doplněk antidepresiva (Krombholz & Drástová, 2010).

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti vydalo souhrnnou zprávu o závislostech v České republice 2021, která se bohužel orientuje na osoby do 64 let (Chomynová et al., 2022).

Další nejnovější data poskytuje Český statistický úřad (ČSÚ) za rok 2020. Ta vykazují data o denní konzumaci alkoholu, která je v populaci ve věku 65-74 u mužů více než 20 %, u žen pouze kolem 4 %. Ve věkové kategorii 75+ se muži drží stále nad 20 % a ženy přibližně 6 %. Co se denních kuřáků týče, ve věku 65-74 let je to u mužů cca 18 % a u žen 15 %. Ve věku 75+ počet klesá a u mužů i žen je kolem 5 %. Ani zde se však nedozvídáme o datech v souvislosti s závislostí na psychofarmacích (Český statistický úřad, 2021). Zajímavá data přineslo Evropské výběrové šetření o zdraví v roce 2019. Mezi témata zde bylo zařazeno i vnímané zdraví očima seniorů. Šetření sice nepřineslo informace ohledně seniorů v léčbě pro závislost, ale o užívání léků viz Obrázek 3 (ÚZIS ČR, 2021).



Obrázek 3: Užívání léků v posledních 14 dnech, zdroj: Evropské výběrové šetření o zdraví 2019

### 2.5.1 Působení návykových látek ve vyšším věku

Závislost ve stáří se liší vznikem, dopadem i průběhem (Jirák, 2013). Lidé vyššího věku mají svá specifika, co se užívání a působení návykových látek týče. Mezi ně patří pokles odolnosti vůči návykovým látkám, které může být dáno více okolnostmi, ne pouze vysokým věkem. Zaznamenán je také pokles tolerance, který zvyšuje riziko těžké intoxikace organismu. Se stárnutím člověka se pojí celá řada somatických onemocnění, které jsou dlouhodobě léčeny za pomoci nejrůznějších léků (například léčba cukrovky, vysokého



krevního tlaku, štítné žlázy nebo onemocnění srdce). Léky používané k léčbě poté mohou vstupovat do interakce s návykovou látkou a působit těžké zdravotní komplikace. Příkladem je například kombinace alkoholu a běžně dostupných léků proti bolestem či horečce. Vliv návykových látek je u lidí ve vyšším věku také mnohem vyšší, proto užívání alkoholu může výrazně zvyšovat krevní tlak a tím rizika dalších onemocnění. S nárůstem zdravotních komplikací souvisí fakt, že starší lidé častěji trpí chronickými bolestivými onemocněními. To opět může zvyšovat riziko závislosti na lécích proti bolesti (Nešpor, 2013).

Závislé seniory můžeme rozdělit na dvě skupiny podle toho, kdy u nich závislost vznikla. Do první skupiny řadíme ty seniory, kteří užívají návykové látky již řadu let. Tato skupina může mít v mnoha případech poškozené zdraví jako následek dlouhodobé závislosti. Druhou skupinou jsou potom senioři, u kterých závislost vznikla až v pozdním věku. Závislost pak má pramen buď v důsledku traumatické situace, na předepisovaných lécích od lékaře nebo na jiných návykových látkách (Kalvach & Jirák, 2004).

Jak již bylo uvedeno, **závislost na alkoholu** je nejvíce zastoupenou formou závislosti (nejen) v seniorské populaci. Výskyt zdravotních a neurologických komplikací při odvykacím stavu je u závislých na alkoholu ve vyšším věku vyšší než u lidí mladších. Závislost na alkoholu ve vyšším věku je také spojena s poškozením orgánů. Jedná se především o onemocnění jater, zvyšující se riziko rakoviny prsu u žen a zvýšená hladina krevního tlaku. Mezi další důsledky závislosti na alkoholu u seniorů patří až 5x vyšší prevalence demence než u abstinujících (Caputo et al., 2012).

Po závislosti na alkoholu je závislost **na psychofarmacích** druhá nejčastější forma závislosti. Senioři průměrně denně užívají 4-6 léků a často je obtížné určit, kdy se jedná o závislost a kdy nikoliv (Kromholz & Drástová, 2010).

**Antidepressiva** jsou také běžně užívanými léky ve starší populaci, jelikož data ukazují, že až 15 % seniorů trpí depresí. Málo známější a diskutovanější jsou už účinky, a především nežádoucí účinky antidepressiv v této skupině. Ty jsou zde mnohem častější ve srovnání s mladšími skupinami, a to především kvůli vyšší komorbiditě nemocí, lékových interakcí a změnám souvisejících s věkem (Coupland et al., 2011). U užívání antidepressiv osobami nad 65 let bylo zjištěno zvýšené riziko pádů, snížený obsah sodíku v krvi, sebevražedné pokusy, sebepoškozující chování, mrtvice či ischemické záchvaty. Se zvýšenou dávkou daných antidepressiv se zvyšují i uvedená rizika (Hickie, 2011).

Z **thymoprofylaktik** je nejvíce užívané lithium pro léčbu bipolární afektivní poruchy. Jejich efekt se uplatňuje i v léčbě starších osob. Stejně jako u ostatních psychofarmak jsou odlišnosti v populaci osob v seniorském věku. Bylo zjištěno, že k léčbě je zapotřebí menší dávka s nižší koncentrací lithia, jelikož snášenlivost výrazně klesá. Mezi nežádoucí účinky při snížené snášenlivosti poté patří například třes, svalové záškuby, nevolnosti, průjem, kognitivní poruchy a únava (Sproule et al., 2000).

**Antipsychotika** jsou nejčastěji předepisována při léčbě schizofrenie, psychóz, agresivity, dále však také u léčby demence či deliria. V seniorské populaci s sebou nesou vysoké riziko úmrtnosti, kardiologická rizika a extrapyramidové příznaky (Behrman et al., 2018).

Úzkostné stavy u seniorů jsou nejčastěji léčeny **benzodiazepinovými anxiolytiky**. Kromě anxiolytického účinku mají tyto léky v různé míře účinky i hypnotické, relaxační, negativně ovlivňují svalovou sílu, koordinaci pohybu a mohou vést k přetrvávající denní sedaci. Často se objevují i kognitivní dysfunkce, psychomotorický útlum a riziko závislosti spojené se vznikem tolerance. Z toho důvodu je doporučeno u seniorů podávat především krátkodobě působící anxiolytika v polovičních dávkách. Je proto doporučeno používat raději antidepressiva třetí generace (Hanáková, 2010).

Efekt **hypnotik** v rámci seniorské populace zahrnuje především velké množství nežádoucích účinků. Mezi ty patří například zvýšené riziko pádu a zlomenin při užívání zolpidemu (Kang et al., 2012). Velmi závažným jevem jsou také výrazné odvykací stavy, v některých případech spojené s deliriem (Chalany, 2014). Na některé jedince může mít zolpidem i relaxační efekt, který je hodnocen pozitivně (Pourshams & Malakouti, 2014). Hypnotika jsou odhadem užívána každým čtvrtým jedincem ve věku 65-79 (Krombholz & Drástová, 2010).

V roce 1991 byl Beersem sestaven seznam léků nevhodných ve stáří. Poslední aktualizace proběhla v roce 2012. Následující tabulka obsahuje zkrácený přehled nevhodných léků zaměřených pouze na psychofarmaka dostupná v Evropě:

Tabulka 1: Nevhodné léky ve stáří dle Beerse

Léčivo	Důvody	Doporučení
Tricyklická antidepresiva	Silný sedativní účinek	Nepoužívat.
Antipsychotika	Riziko cévních příhod a mortality u lidí s demencí	Použití v případě selhání nefarmakologické léčby při ohrožení sebe či okolí.
Benzodiazepiny s krátkým a středně dlouhým účinkem	Zvýšené riziko kognitivních poruch, deliria, pádů, fraktur, dopravních nehod, epilepsie aj.	Nepoužívat na léčbu insomnie, agitace nebo deliria.
Hypnotika III. generace (z-preparáty)	Stejně jako benzodiazepiny	Nepoužívat déle než 90 dní.

(Zrubáková et al., 2016).

## 2.5.2 Léčba závislosti u starších pacientů

Každá věková skupina má svá specifika nejen v rámci působení návykových látek, ale také co se léčebného postupu týče. U osob ve starším věku se závislostí je důležité pamatovat na tělesná onemocnění, která nemusí být nejen léčena ale ani diagnostikována. Výrazně nápomocné jsou při léčbě pacientů s poruchami paměti léky podporující metabolismus mozku – nootropika – a trénink paměti (Nešpor, 2013). Mezi důsledky související se syndromem závislosti (napříč všemi návykovými látkami) řadíme delirium, ztrátu paměti, sebevraždy a sebevražedné chování, zvýšené riziko nebo zhoršení stavu demence, pády a zlomeniny (Clay, 2010), (Brett & Murnion, 2015). V rámci léčby není stěžejní pouze farmakologická stránka léčby, ale doporučované je také využití psychoterapie a zajištění dlouhodobě fungující a podporující sociální sítě (Nešpor, 2013). Z provedených výzkumů vychází zjištění, že u lidí ve starším věku se ve frekvenci v konzumaci alkoholu neliší od generací mladších. Ve starších generacích je také méně časté narušení pracovních či sociálních vztahů v důsledku závislosti na alkoholu. Proto jsou nejčastějším impulsem k zahájení léčby spíše rostoucí zdravotní problémy, deprese a osamělost než problémy v mezilidských vztazích. Dokončení léčby je pak stejně pravděpodobné u lidí ve starším i mladším věku (Lemke & Moos, 2002).

Benzodiazepinová anxiolytika patří také mezi skupinu psychofarmak, která je často nadužívána. Principy zvládnání závislosti a nadužívání benzodiazepinů jsou stejné jako u z-hypnotik. Klíčovým je pacientova motivace ke změně – pokud není připraven, je doporučována technika motivačního rozhovoru, ale nelze zahájit léčbu. V případě připravenosti pacienta se poté používají dva přístupy ke zvládnání závislosti: vysazení s cílem abstinence nebo udržovací léčba. Volba přístupu je závislá na posouzeném riziku poškození a relapsu. U pacientů s nízkým rizikem je dobrou volbou snaha o vysazení. Naopak vysoce rizikovní pacienti jsou častěji léčeni udržovací terapií ve specializovaných ambulancích (Brett & Murnion, 2015).

U závislosti nebo nadužívání hypnotik se mohou vyskytnout problémy s odvykacím stavem. Jedná se o zrychlený tep, insomni, bolesti hlavy, epileptické záchvaty (grand mal), třes jazyka, víček nebo prstů, přechodné iluze nebo halucinace, pokles svalového tonu ve stoji, psychomotorický neklid, nevolnosti či zvracení, paranoidní představy (pronásledování), pocity choroby a slabosti. K diagnostikování závislosti na sedativech nebo hypnotik je nutné, aby se vyskytly minimálně 3 z uvedených příznaků. Je důležité také zmínit, že těžký průběh odvykacího stavu u hypnotik může být až život ohrožující. Nejrizikovějším faktorem jsou tu velké epileptické záchvaty (Nešpor, 2013).

V rámci starší populace se často vyskytuje komorbidita s dalšími zdravotními či psychiatrickými poruchami. S tímto faktem roste počet užívaných léků, které poté vstupují do interakce. V tomto případě je zvýšené riziko výskytu nežádoucích účinků (Madhusoodanan & Bogunovic, 2004). Lékové interakce zde mohou probíhat hned na třech úrovních:

- 1) současné užívání dalších léků (drug-drug interakce) – při podávání léčiv indukujících či inhibujících jaterní enzymy nebo zvýšení účinku při podání více léků ze stejné skupiny (zolpidem+alprazolam)
- 2) současná přítomnost onemocnění a orgánové poruchy (drug-disease interakce) – podávání opiátů u osob s demencí může vyvolat delirium
- 3) strava (drug-food interakce) – snížení účinnosti léku vlivem stravy obsahující určité látky (warfarin a vitamin K), snížení absorpce látek při současném podávání minerálů nebo zvyšování rizika nežádoucích účinků léků

(Topinková, 2005).

## 3 PSYCHOFARMAKA

Ačkoliv je téma psychofarmak typické pro obor psychiatrie, má přesah do velkého množství dalších oborů. V této práci je jedním z klíčových témat, a proto nesmíme opomenout přidat stručný přehled aktuálně používaných psychofarmak s detailnějším zaměřením na hypnotika.

### 3.1. Základní přehled

Současná psychiatrie se čím dál méně spoléhá pouze na biologickou léčbu a pokud je to možné a vhodné, je zařazována i léčba psychologická. Cílem léčby už není jen vyřešit aktuální stav či problém, ale také prevence relapsu a recidivy. Mezi biologickou léčbu pak řadíme právě psychofarmaka, elektrokonvulzivní léčbu, hlubokou mozkovou stimulaci, léčbu světlem a spánkovou deprivaci (Svoboda et al., 2015). Léčba psychologická poté může mít podobu psychoterapie, poradenství, krizové intervence nebo také duchovní a pastorační péče (Orel, 2020).

Psychofarmaka fungují na principu ovlivňování a optimalizace psychického stavu chemickou cestou. Působí tedy přímo na mozek a neurony, jejich synapse, receptory a mediátory (Orel, 2020). Hartl (2004) definuje psychofarmaka jako „*psychotropní látky; látky ovlivňující psychickou činnost člověka.*“

Moderní farmakoterapie vznikla na počátku 60. let 20. století a je nazývána psychiatrickou revolucí. Měla totiž velkou řadu přínosů – redukce omezovacích prostředků, snížení počtu dlouhodobě institucionalizovaných, pomoc nemocným k návratu do života (Svoboda et al., 2015).

Psychofarmaka můžeme také dělit podle celé řady kritérií – rychlost nástupu účinku, biochemického principu, místa působení, způsobu aplikace či dle ovlivňované oblasti psychiky (Orel, 2020). Nejčastější dělení je pak na antipsychotika, antidepresiva, anxiolytika, psychostimulancia a halucinogeny (Hartl, 2004)

Tabulka 2 shrnuje základní dělení psychofarmak dle oblasti psychiky na kterou působí:

*Tabulka 2: Základní přehled psychofarmak*

Ovlivňovaná oblast psychiky	Druhy psychofarmak
Afektivita	Antidepresiva, anxiolytika, thymoprofylaktika
Integrita psychických funkcí	Antipsychotika
Kognitivní a mnestické funkce	Neuroprotektiva
Úroveň bdělosti	Hypnotika a psychostimulancia
Oblast sexuality	Antiandrogeny, gestageny atd.

Inspirováno: (Orel, 2020)

### 3.1.1 Antidepresiva

Původně se antidepresiva používala pouze na léčbu deprese, postupem času se však přišlo na to, že mají mnohem širší potenciál. Mezi jejich další indikace patří poruchy příjmu potravy, nespavost, chronická bolest a úzkostné poruchy: panická porucha, agorafobie, sociální fobie, obsedantně kompulzní porucha, posttraumatická stresová porucha a generalizovaná úzkostná porucha (Orel, 2020), (Svoboda et al., 2015).

Použití antidepresiv u seniorů je omezené, jelikož velmi často vyvolávají nežádoucí účinky. Dále také často vstupují do interakce s dalšími léky, které osoby vyššího věku mohou brát. Antidepresiva jsou také používána na léčbu poruch spánku díky svému tlumivému účinku. U populace seniorů však sedativní účinky vedou k vyššímu riziku pádů, proto se používají léky se slabším účinkem (trazodon) (Fujáková & Kopeček, 2012).

Antidepresiva můžeme dělit podle jednotlivých generací (I.-IV.), časové dostupnosti, chemické struktury či mechanismu účinku. Všechna antidepresiva ovlivňují minimálně jeden z přenašečů nervového vzruchu v mozku – dopamin, serotonin a noradrenalin. Nejpoužívanější jsou dnes antidepresiva III. generace, konkrétně skupina SSRI, která zvyšuje dostupnost serotoninu (Svoboda et al., 2015).

### **3.1.2 Thymoprofylaktika**

Thymoprofylaktika, neboli stabilizátory nálady, se používají nejvíce ke snížení frekvence a intenzity depresivních, manický a smíšených epizod. Do této skupiny patří lithium, některé druhy antiepileptik a některá atypická antipsychotika (Svoboda et al., 2015). Své uplatnění naleznou tedy při léčbě bipolární afektivní poruchy, rekurentní deprese, agresivního chování, epilepsie, bolesti aj. (Orel, 2020).

### **3.1.3 Antipsychotika**

Léky spadající pod skupinu psychofarmak se nejčastěji používají v rámci léčby poruch myšlení, vnímání, emocí, schizofrenie, těžké afektivní poruchy, schizoafektivní poruchy, delirium, neklid, agitovanost, agresivita aj (Orel, 2020). Je dokázáno, že dlouhodobá léčba antipsychotiky u pacientů se schizofrenií velmi významně snižuje frekvenci relapsu (Masopust et al., 2009).

Antipsychotika se dělí na dvě základní skupiny podle generací – starší (I. generace/klasická/typická/konvenční) a nová (II. generace nebo atypická) (Svoboda et al., 2015).

### **3.1.4 Anxiolytika**

První volbou při léčbě úzkosti, tísně, bázlivosti, trémy, strachu či abstinenčního syndromu jsou právě anxiolytika (Orel, 2020). Jsou to léky, které doslova potlačují úzkost. Právě úzkostné poruchy jsou považovány za nejčastější duševní poruchy, proto jsou anxiolytika alespoň v západním světě nejvíce předepisovanou skupinou psychofarmak (Altamura et al., 2013). K léčbě úzkosti můžeme mimo anxiolytika použít také určité druhy antidepresiv nebo antipsychotik. Anxiolytika dělíme nejčastěji na nebenzodiazepinová a benzodiazepinová. Nejvyužívanějším zástupcem nebenzodiazepinových anxiolytik je buspiron, jelikož nevyvolává závislost, somatický odvykací stav ani nepůsobí negativně na kognitivní funkce. Benzodiazepinová anxiolytika se poté dělí podle délky vylučovacího poločasu – dlouhý, střední a krátký (Svoboda et al., 2015).

### **3.1.5 Neuroprotektiva**

Neuroprotektiva patří mezi psychotropní látky, jejichž principem je chránit neurony před poškozením a zvyšovat metabolismus a krevní průtok mozkiem. Pozitivně působí na

kognitivní funkce, především na paměť a učení (Svoboda et al., 2015). Nejčastější indikace neuroprotektiv je u demence Alzheimerova typu, poruch vědomí, paměti a učení aj. (Orel, 2020).

Pod skupinu neuroprotektiv patří hned několik dalších skupin léků – nootropika, vazodilatancia, antioxidancia, kognitiva a antagonisté glutamátových receptorů (Svoboda et al., 2015).

### **3.1.6 Psychostimulancia**

Tato skupina psychofarmak zvyšuje či upravuje bdělost vědomí. Stejně jako jiná psychofarmaka upravují koncentraci neurotransmiterů v mozku. Mezi zástupce této skupiny patří amfetaminy, efedrin, metylfenidát a modafinil (Svoboda et al., 2015). Nejčastěji se používají při léčbě poruchy pozornosti s hyperaktivitou a narkolepsie (Orel, 2020).

## **3.2. Hypnotika**

Hypnotikům budeme nadále věnovat největší pozornost, jelikož jsou hlavním tématem této práce. Uvedeme si zde jejich dělení, používání, dávkování, nežádoucí účinky a další informace.

Hypnotika neboli léky na spaní jsou skupinou léků, která negativním způsobem ovlivňuje bdělost. Hlavní indikací hypnotik jsou poruchy spánku, ale své uplatnění mají i v rámci předoperační přípravě pacienta a anestezie (Nechanská et al., 2012). Jejich hlavním účinkem je prodlužování spánku, urychlování usínání a snižování nočních probouzení (Svoboda et al., 2015). Užívání hypnotik a tlumivých léků je nejčastější ve skupině žen ve středním věku. Pokud nastane intoxikace hypnotiky a jinými tlumivými léky (nebzodiazepiny), objevuje se zpomalená řeč, osoba působí opile, objevují se poruchy myšlení, orientace i úsudku (Nešpor & Müllerová, 2006).

Patří mezi ta psychofarmaka, která působí na mozek tlumivě a zklidňují, proto se používají především k navození spánku. Nejdůležitější informací, kterou by měl nejen každý uživatel hypnotik obdržet, je fakt, že jsou to farmaka vysoce návyková, proto by se měla užívat krátkodobě a cíleně (Orel, 2020). Patří mezi skupinu léčiv, které jsou předepisovány velmi často, ale velmi často také neúčelně nebo zbytečně (Nechanská et al., 2012)



### 3.2.1 Dělení hypnotik

Hypnotika dělíme stejným způsobem jako antidepresiva, tedy dle generací. Platí, že čím vyšší generace, tím je používanější, bezpečnější, specifitější a lépe snášená (Svoboda et al., 2015). Existuje celkem pět generací hypnotik, v České republice však poslední a nejnovější generace dostupná ještě není (Orel, 2020).

**Hypnotika I. generace** se dnes již nepoužívají, jsou považována za zastaralá a nejsou předepisována. Hlavním důvodem je riziko ohrožení života při předávkování, vysoké riziko vzniku závislosti, abstinenční syndrom a také negativní ovlivnění dýchacího centra (Orel, 2020). Tuto generaci můžeme dělit na barbituráty a nebarbituráty. Barbiturátová hypnotika se přestala používat, jelikož se jednalo o vysoce toxická psychofarmaka, měla velké množství nežádoucích účinků a vysoké riziko rozvoje závislosti. Novější verze hypnotik I. generace, nebarbiturátová hypnotika, měla napravit některé nežádoucí účinky svých předchůdců, jako byla zmíněná toxicita, závislost a neměla zanechávat nepříjemné pocity po probuzení. Bohužel k tomu nedošlo a z toho důvodu se přestala používat také (Nechanská et al., 2012).

**II. generace hypnotik** je skupina jinak také nazývaná jako benzodiazepinová hypnotika. Tyto léky patří mezi vysoce návykové a je zde také riziko tolerance či ospalosti druhý den po užití. Jejich účinek se projevuje prodloužením celkové doby spánku, rychlým usínáním, sníženým počtem nočních buzení a snížením úzkosti. Nenavozují ale pravidelný spánek, jelikož výrazně zkracují REM fázi (Orel, 2020). Ačkoliv je průběh spánku změněn, subjektivně zlepšují kvalitu spánku a pocit odpočnutí po probuzení. Za zmínku stojí zástupce benzodiazepinů rohypnol, který byl v minulosti často zneužívaným především mladistvými v kombinaci s jinými látkami. Jednalo se především o kombinaci s pervitinem (Nechanská et al., 2012). Tuto generaci můžeme dělit ještě dle vylučovacího poločasu – dlouhodobě působící (flurazepam, nitrazepam, flunitrazepam), středně dlouho působící (temazepam) a krátkodobě působící (triazolam, midazolam) (Svoboda et al., 2015).

**Z-hypnotika je alternativní označení pro III. generaci hypnotik.** Jedná se o léky první volby při léčbě insomnie (Nechanská et al., 2012). Nejvíce používané jsou z toho důvodu, že jejich mechanismus navozuje spánek, který je nejbližší tomu přirozenému. To znamená, že nijak nezkracují REM fázi spánku. Rychlost účinku je vysoká a druhý den po užití nenavozují ospalost. Mezi negativní účinky všeobecně řadíme neklid, nespavost, dezorientaci či poruchy vnímání a myšlení (Orel, 2020), (Svoboda et al., 2015). Mezi tuto

skupinu se řadí zopiklon, zolpidem a zalepton. Nejčastěji používanými hypnotiky je zolpidem a zopiklon, které jsou v současnosti dostupné na českém trhu. (Nechanská et al., 2012), (Krombholz & Drástová, 2010). Zopiklon má podobné hypnotické a sedativní účinky jako benzodiazepinová hypnotika, ale projevuje se u něho nižší množství nežádoucích účinků. Méně působí na centrální nervovou soustavu, takže se méně často objevuje vysoká míra tlumivosti, zmatenost či zhoršení paměti (Lader, 2009). Zolpidem se primárně používá k léčbě nespavosti. (Greenblatt & Roth, 2012). Mezi jeho hlavní účinky řadíme zkracování spánkové latence, prodloužení doby spánku, minimalizaci buzení přes noc, měl by zlepšovat kvalitu spánku a nenarušovat jeho strukturu (Chval, 2009). Ve starší literatuře i výzkumech je zolpidem označován jako hypnotikum nenávykové (Svoboda et al., 2015). Jelikož se ale stala hypnotika velmi často předepisovanou skupinou léků, zjistilo se, že s jeho užíváním se mohou pojit závažné nežádoucí účinky. Mezi ty patří například delirium (zejména u starší populace) a syndrom závislosti (Nechanská et al., 2012), (Chval, 2009).

Následující generací je **IV. generace**, do které patří hlavně léky na melatoninové bázi. Melatonin je přirozený hormon produkovaný mozkiem, který navozuje spánek. Léky na melatoninové bázi poté mají pozitivní vliv na spánek a zároveň nenarušují jeho strukturu. Mezi hypnotika čtvrté generace řadíme ramelteon, tasimelteon nebo agomelatin (Orel, 2020). Právě u lidí ve vyšším věku se objevují potíže a deficity ve vylučování melatoninu (Malcolm H. Lader, 2009).

Hypnotika nejsou jedinou skupinou léků, které jsou schopny navozovat spánek. Hypnotický efekt lze pozorovat i u neuroleptik, antidepressiv a antihistaminik. Primárně se ale tyto léky používají k léčbě jiných stavů a tento efekt je pouze doplňkový (Nechanská et al., 2012).

Přehledné shrnutí jednotlivých generací hypnotik poskytuje Tabulka 3 inspirovaná prací Kopové (2013):

*Tabulka 3: Hypnotika – přehled*

Generace	I.	II.	III.	IV.
Rychlé usnutí bez ohledu na dobu podání	ano	ano	ano	ne
Závislost	ano	ano	ano	ne
Toxické při předávkování	ano	ne	ne	ne
Tolerance	ano	ano	ano	ne

Návrat nespavosti po vysazení	ano	ano	ano	ne
Ospalost druhý den	ano	ano	ano	ne
Negativní vliv na paměť	ano	ano	ano	ne
Negativní vliv na motoriku	ano	ano	ano	ne
Tlumí dýchání	ano	ano	ano (méně)	ne

### 3.2.2 Dávkování hypnotik

V České republice dostupný je zolpidem v tabletách, kdy jedna tableta obsahuje 10 mg zolpidem-tartarátu. Prodává se nejčastěji pod názvem Stilnox. Léčba se doporučuje včetně postupného vysazování na maximálně 4 týdny. Doporučená denní dávka je pro dospělého člověka jedna tableta, tedy 10 mg, která je zároveň dávkou maximální. Užívá se těsně před spaním. U osob nad 65 let se doporučuje denní dávka pouze 5 mg. Dětem a mladistvým do 18 let je zolpidem zakázáno podávat (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2014a).

Zopiklon (Zopitin) je také dostupná v tabletách ve dvou variantách podle obsahu účinné látky – 3,75 mg a 7,5 mg. Stejně jako u zolpidemu by se mělo dbát na co nejkratší možnou dobu léčby, nejlépe 2 týdny, maximálně 4 s vysazováním. Zopiklon se také bere těsně před ulehnutím. U osob nad 65 let je doporučeno používat variantu léků s nižším obsahem, tedy 3,75 mg. Pro dospělého člověka je potom doporučená denní dávka i maximální denní dávka 7,5 mg (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2014b).

### 3.2.3 Rozšířenost hypnotik

Ať už chceme mluvit o užívání hypnotik a sedativ v České republice celkově nebo v populaci seniorů, nemáme k dispozici relevantní data o tom, jaké léky jsou nejvíce spotřebovány ani jaká věková skupina je (nad)užívá. Přitom je tato problematika u nás vnímaná jako závažná. Jeden z odhadů zobrazuje Tabulka 4:

Tabulka 4: Odhad rozšířenosti hypnotik

Odhad počtu uživatelů BZD a z-hypnotik	2011	2016
Počet obyvatelů ČR celkem	10 436 560	10 578 820
Skupina obyvatel > 35	6 183 123	6 503 171

Skupina obyvatel > 65	1 701 436	1 988 922
Odhad počtu abuzérů celkem ze spotřeby	944 509	884 488
% abuzérů z celkového počtu obyvatel	9,05	8,36
% abuzérů přepočtené na skupinu > 35 let	15,27	13,60
% abuzérů přepočtené na skupinu > 65 let	<b>55,51</b>	<b>44,47</b>

Převzato z (Konečný, 2017).

Data jsou odvozená z dat o dodávkách jednotlivých preparátů. Problémem ve stanovení přesného počtu lidí nadužívajících nebo závislých na hypnoticích je v tom, že zdravotnické ročenky zaznamenávají data, kde byla diagnóza syndromu závislosti stanovena jako hlavní během léčení. O ostatních případech, kterých je mnoho, není záznam (Konečný, 2017).

Dle odlišných zdrojů jsou odhady na zneužívání či nadužívání na 900 tisíc osob v České republice. Tento počet převyšuje počet lidí, kteří rizikově konzumují alkohol. Nejvíce osob poté zneužívá alprazolam (Neurol), a to až 270 tisíc. Zolpidem (Stilnox, Hypnogen) by mělo nadužívat kolem 190 tisíc lidí. V léčbě s nadužíváním psychoaktivních látek je však pouze přibližně 3 tisíce uživatelů hypnotik a sedativ za rok (MeDitorial, 2018).

## 4 DOSAVADNÍ VÝZKUMY A POZNATKY

Následující kapitola propojí témata a znalost kapitol předešlých, tedy problematiku spánku a jeho poruch, závislosti a nadužívání hypnotik, především v rámci seniorské populace.

### 4.1. Poruchy spánku v seniorském věku

Ačkoliv bylo zmíněné, že není známá primární funkce spánku, jeho význam je nezastupitelný. Důkazem nám mohou být objevující se jevy při spánkové deprivaci. Ačkoliv je spánková deprivace poměrně častým jevem, stojí za zmínku, že některé aspekty kognitivních schopností zůstávají poškozeny i po obnovení bdělosti. Ztráta spánku tedy výrazně ovlivňuje kognitivní procesy, v některých případech i emotivní složku (Killgore, 2010). V seniorském věku jsou poruchy spánku velmi častým jevem. Prevalence nespavosti dosahuje v populaci mezi 50 a 64 lety přibližně 20 %, ve skupině 65 a více už je to každý čtvrtý jedinec (Krombholz & Drástová, 2010). Nejčastěji se setkáváme s nespavostí, spánkovou apnoí a syndromem neklidných nohou. (Harrington & Avidan, 2005).

V důsledku těchto spánkových obtíží poté výrazně roste i riziko dalších komplikací. Například se ukázalo, že spánková deprivace mění regulaci krevního tlaku a zvyšuje tak riziko hypertenze (vysoký tlak) i u zdravých jedinců ve vyšším věku. (Robillard et al., 2011). Mimo jiné bylo zjištěno, že pouhý den spánkové deprivace může výrazně zhoršit spánkovou apnoí u seniorů, u kterých se vyskytla už v minulosti (Guilleminault et al., 1984). Studie Zhou a kolektivu (2017) přináší důkazy o tom, že následky deprivace a stárnutí jsou stejné a mají podobné efekty. Mezi ty řadí sníženou kognitivní výkonnost, delší reakční čas, zhoršenou funkci mozku, deficity v oblasti rozhodování, pozornosti či sluchovém vnímání.

## 4.2. Závislost a nadužívání hypnotik

Užívání léků na předpis nad rámce léčby je sice problémem závažným, ale často podceňovaným. Dochází k tomu hned ve dvou případech. Lékař předepisuje lék jedinci v rámci dlouhodobého onemocnění či příznaků. Velkou roli pak často hraje neinformovanost pacienta, který neví, že se na dané medikaci dá vytvořit závislost. Evidována je také celá řada případů, kdy jsou léky používány dlouhodobě ke zvládnutí odvykacích stavů (Čížek, 2002).

Počty vydávaných předepisovaných hypnotik jsou velmi znepokojující. Největší spotřebu pak mají právě dlouhodobí uživatelé – v USA se odhaduje, že až 75 % všech receptů jde právě sem. Čísla v rámci Evropy jsou podobné, často přesahují 70 %. Chronické užívání hypnotik s sebou ale nese řadu rizik. Některé výzkumy naznačují, že dlouhodobé nadužívání hypnotik s sebou nese riziko zvýšené úmrtnosti. Nesou spolu celou řadu přidružených potíží, které mohou zapříčinit smrt. Například zhoršují spánkovou apnoe, která může vést k srdeční ischemii a smrti. Užívání hypnotik je mimo jiné také spojeno s vyšším rizikem sebevražd (Kripke, 2013). Je důležité zmínit, že většina údajů jsou pouhé odhady odborníků, jelikož ani v České republice a ani ve světě není počet závislých nebo nadužívajících osob v seniorském věku zmapován. Situace je ještě znepřehledněna faktem, že část literatury a výzkumů obsahuje údaje o lidech do 64 let a nebo jsou za starší populaci považovány osoby nad 40 let (Krombholz & Drástová, 2010).

Problémem je, že ačkoliv jsou jasná doporučení a zásady léčby nejen hypnotik III. generace, velmi často jsou lékaři předepisována a následně pacienty užívána dlouhodobě, v rádech let (často i několik desítek let). Důležitou informací je fakt, že se vyskytují závažné zdravotní problémy u obou skupin nemocných – jedinci závislí i škodlivě užívající/nadužívající benzodiazepiny, sedativa a hypnotika. Mezi nejčastěji uváděné potíže pak patří paradoxně nespavost, chvění, úzkost, třes, slabost, únava, nevykonnost, pokles nálady, zhoršení kvality spánku, tinnitu, bolesti svalů a hlavy a mnoho dalších. Bohužel si pak velmi často uživatelé nespojují tyto potíže s dlouhodobým užíváním či nadužíváním těchto farmak. Ideální by bylo této problematice předcházet, a to už v rámci předepisování léků, které by přibližně po 4 týdnech nemělo pokračovat (Konečný, 2017).

Výzkumů, které se zaměřují na užívání hypnotik bylo provedeno hned několik a poukazují na fakt, že užívání hypnotik, především zolpidemu, že riziko vzniku závislosti na zolpidemu se zvyšuje nejen s délkou užívání hypnotika, ale také s velikostí užívané dávky

(Chval, 2009). Hypnotika však patří mezi léky určené pro krátkodobou léčbu, maximálně 4 týdny, jelikož jsou vysoce návyková (Mud. Z. Lattová, 2009). Mezi rizikové faktory, které mohou vést k nadužívání zolpidemu, patří právě vyšší věk pacienta s komorbidními úzkostnými či depresivními symptomy až poruchami (Pourshams & Malakouti, 2014), (Sellami et al., 2016), dále také pacienti se somatickými chorobami a pacienti s anamnézou jiné závislosti (alkohol, analgetika, benzodiazepiny) (Chval, 2009).

### **4.3. Problematika závislosti a nadužívání hypnotik u seniorů**

Velké množství článků se zabývá především porovnáním zolpidemu s dalšími léky při léčbě nespavosti (Greenblatt & Roth, 2012) a jeho účinky (Schlich et al., 1991), (Shaw et al., 1992). Ovšem studií zaměřujících se na nadužívání, závislost na hypnoticích či abstinenční příznaky je malé množství, a ještě menší těch, které se zabývají seniory.<sup>1</sup> Přitom jsou závislosti či nadužívání hypnotik po alkoholu druhou nejčastější formou závislosti. Další literární zdroje uvádí informaci, že přibližně 36 % osob nad 85 let užívá anxiolytika či hypnotika. (Krombholz & Drástová, 2010).

Kazuistika MUDr. Pilcha (2004) popisuje velmi zajímavý případ muže (54 let) závislého na zolpidemu (Stilnox). Muž začínal s dávkou 1-2 tablet denně, v době nástupu do léčby již však užíval až 20 tablet denně. Zajímavým faktem je, že neměl problémy se spánkem, ale hypnotika užíval z důvodu pocitu strachu z lidí a obavou jít ven mezi lidi. V rámci léčby mu byla nejprve dávka zolpidemu snížena a začaly se objevovat prvotní potíže – neklid, třes, nespavost, nervozita a útlum dechového centra. Dále se začaly objevovat paranoidní bludné produkce, halucinace a bizarní představy. Jeho stav kolísal, některé potíže zůstaly a další se přidávaly, mimo jiné úzkosti, dezorientace, poruchy pozornosti a únikové tendence. Další zajímavým výzkumem je kazuistika ženy (64 let), která přináší další informace o potížích po vysazení zolpidemu. U ženy se objevil výrazný neklid spojený s pláčem, silná úzkost, nízká energie, nespavost, netrpělivost, podrážděnost, verbální agrese, zvýšená chuť k jídlu, bolesti hlavy aj. Tyto potíže se dostavily po užívání 570 mg zolpidemu denně po dobu delší než jeden rok. Žena také jako důvod pro užívání hypnotik uvedla snahu uniknout realitě a relaxační a euforické účinky léku (Pourshams & Malakouti, 2014). Kazuistika muže (63 let), který postupně navyšoval několikanásobně dávku zolpidemu,

---

<sup>1</sup> Senioři byli vymezeni jako osoby nad 65 let, v textu jsou však použity výzkumy zabývající se lidmi ve věku nižším, ale stále relativně blízkém dané hranici z důvodu nedostatku zaměření se na toto téma.

ukazuje po vysazení podobné odvykací stavy. (Sellami et al., 2016). Výrazný odvykací stav po vysazení zolpidemu po deseti letech nekontrolovatelného užívání popisuje další případ ženy (80 let). Denní dávka zde byla přibližně 20-50 mg zolpidemu. Po vysazení se opět objevily potíže jako je zmatenost, neklid či třes a další. V takových případech se používá terapeutické schéma dle Bélanergeho a kolektivu zaměřeného speciálně na odvykací stav u seniorů závislých na benzodiazepinech a z-hypnoticích. Spočívá na principu postupného snižování dávek (Chalany, 2014).

Zajímavé poznatky přináší studie dlouhodobé léčby nespavosti pomocí zolpidemu u osob nad 60 let. V rámci této studie byla osobám podávána denní dávka zolpidemu ve výši 10 mg. Pacienti vykazovali rychlejší čas usnutí, snížený počet buzení a lepší kvalitu spánku. Během léčebného období se neobjevily žádné abstinenční příznaky, ani se u žádného z pacientů neobjevila tolerance na zolpidem a následné nutné zvyšování dávky. Nežádoucí účinky se objevovaly vzácně a k jejich vymizení napomohlo snížení denní dávky (Schlich et al., 1991). Nabízí se otázka léčby nespavosti pomocí léků nevyvolávající závislosti. Mezi hypnotika nevyvolávající závislost patří ta na melatoninové bázi. V tomto kontextu byla provedena randomizovaná studie, kdy byl účastníkům nad 65 let podáván melatonin či placebo. Výsledky přinesly zjištění, že v období užívání placebo se kvalita spánku nezměnila, ale významné zlepšení bylo zaznamenáno při užívání melatoninu v porovnání s výchozím stavem. Podávání melatoninu může být tedy bezpečné a užitečné pro zlepšení poruch spánku a chování u starších pacientů a může napomoci k ukončení léčby jinými hypnotiky (Garzón et al., 2009).



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Stáří jako vývojová fáze je nevyhnutelná pro každého z nás. Se stářím se bohužel pojí celá řada kognitivních i fyzických změn, zdravotních komplikací a nárůst chronických onemocnění. Jedním z problémů a velkých změn jsou problémy se spánkem, jelikož právě v tomto období můžeme pozorovat výrazné změny, především úbytek, spánku. Nejrychlejším způsobem, jak se vyrovnat s nespavostí, jsou psychofarmaka, konkrétně hypnotika. Tyto léky jsou však vysoce návykové a při dlouhodobém užívání se nejen zvyšuje tolerance a zvedá se dávka léku, ale hrozí také rozvoj syndromu závislosti. Vzhledem k tomu, že naše populace stárne a osob ve věku nad 65 let je a bude stále více, je důležité se na toto téma zaměřit.

V dostupné literatuře či provedených výzkumech nebylo moc prostoru věnováno seniorské populaci a závislostem na psychofarmacích obecně. Z mého pohledu je oblast hypnotik u seniorů obzvláště důležitá a zajímavá, jelikož spánek je jedna z věcí, která se v důsledku stáří výrazně mění a zhoršuje. Osobě mě velmi zajímalo, jak se dané osoby ve vyšším věku dostaly k užívání a následnému nadužívání hypnotik, jaký na to mají aktuální názor a pohled a také co se děje v případě vysazení nebo zapomenutí léků. Zaměřit jsem se chtěla také na ucelenější pohled, tedy jak tuto problematiku vnímají blízké nebo pečující osoby uživatelů a zda se tento pohled či poskytnuté informace od obou skupin liší.

V teoretické části byl popsán spánek, seniorské období, psychofarmaka a v neposlední řadě provedené výzkumy dávající tato témata do souvislosti. Prostudování tohoto textu by mělo čtenáři umožnit proniknout do těchto témat a objasnit formulovaný výzkumný problém, cíle a otázky. **Hlavním cílem této práce je prozkoumat důvody nadužívání hypnotik u seniorů a jeho dopady.**

## 5.1. Výzkumné cíle a otázky

Na základě výzkumného problému byly formulovány základní tři výzkumné cíle s danými výzkumnými otázkami:

**1. Popis a objasnění důvodu nadužívání hypnotik u seniorů.**

VO1: Jaké jsou důvody pro nadužívání hypnotik?

**2. Mapování dopadů, které nadužívání uživatelům přináší.**

VO2: Jak uživatelé subjektivně vnímají změny spánku?

VO3: Jak probíhají případné odvykací stavy?

VO4: Jaká negativa a dopady plynoucí z nadužívání uživatel pociťuje?

**3. Jak vnímají nadužívání hypnotik osoby blízké či pečující.**

VO5: Jaké dopady nadužívání hypnotik pozorují blízké osoby uživatelů?

# 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Následující kapitola je věnovaná metodologii výzkumu a všem s tím spojeným náležitostem. Vzhledem k formulovanému výzkumnému problému, pro jehož objasnění byly vytvořeny výzkumné otázky, byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím metody interpretativní fenomenologické analýzy (dále IPA).

## 6.1. Kvalitativní výzkum

V rámci tohoto výzkumu byl použit kvalitativní design, konkrétně případové studie. Cílem kvalitativního výzkumu je především vhled, orientace a porozumění. Subjekty jsou zkoumány holisticky a v co největší šíři a souvislostech. Podle toho také vypadají data – kvalitativní výzkum pracuje s daty nenumernického charakteru. (Ferjenčík, 2010).

Mezi další charakteristiky kvalitativního výzkumu patří delší a intenzivní kontakt s výzkumným subjektem – skupina či jedinec. Kontakt probíhá v přirozeném prostředí. Cílem výzkumníka je získat integrovaný pohled na situaci a pozoruje, jak předmět studie funguje ve svém prostředí. Pomocí získaných dat se snaží objasnit, proč lidé jednají určitým způsobem, jak probíhá jejich každodenní život a co k jednání vede (Hendl, 2016).

Mezi výhody tohoto typu výzkumu řadíme detailní a bohatá získaná data, díky kterým se dá porozumět i složitým sociálním jevům a fenoménům. Velkou předností je možnost flexibility a přizpůsobení se měnícím se okolnostem. V rámci kvalitativního výzkumu může výzkumník skrze získaná data přicházet na další otázky, které následně mohou zapříčinit změnu ve sběru dat nebo rozšířit pohled na věc (Patton, 2014). Naopak mezi omezení, která kvalitativní výzkum přináší, patří především fakt, že získaná data nejsou zobecnitelná na celou populaci. Vyplývá to z faktu, že se jedná o výzkumy na malé populaci. Další nevýhodou je časová a finanční náročnost (Silverman, 2016).

Při kvalitativním zkoumání se používá celá řada metod a technik. V našem případě byl ke sběru dat využit polostrukturovaný rozhovor. Ten stojí na principu připravenosti základní struktury a otázek, které není nutno přesně dodržovat. Tato metoda dovoluje větší flexibilitu ve smyslu pořadí otázek či jejich úpravy (Reichel, 2009). Metody kvalitativního

zkoumání umožňují výzkumníkům získat hlubší porozumění k tématu a kontextu zkoumaného jevu. Kvalitativní výzkum se také zaměřuje na získávání a interpretaci dat v kontextu, v kterém byla data získána, a vztahuje se na specifické situace a příběhy jednotlivých lidí. Výzkumníci se snaží pochopit, jak se daný jev projevuje v různých situacích, jaké jsou jeho podmínky a co ovlivňuje jeho výskyt (Creswell, 2013).

## 6.2. Interpretativní fenomenologická analýza

K analýze dat byla využita interpretativní fenomenologická analýza (zkráceně IPA), a to z toho důvodu, jelikož je mezi cíli zahrnuto i subjektivní hodnocení ze strany respondentů. Soustředili jsme se také na jejich náhled na problematiku nadužívání hypnotik. Jedná se o metodu kvalitativního výzkumu, která se soustředí na hloubkové porozumění subjektivním zážitkům a prožitkům lidí. Jejím cílem je zkoumat a popisovat to, co se děje v mysli člověka, jak si vytváří smysluplné zkušenosti a jaké významy přisuzuje různým situacím (Řiháček et al., 2013). Právě tyto vlastnosti byly důvodem pro výběr této metody.

IPA vychází ze 3 základních teoretických zdrojů – fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Fenomenologie se zde projevuje v hledání jedinečné zkušenosti každého člověka. Tradiční fenomenologie poskytuje deskriptivní pohled zkušenosti, kde není brán velký ohled na zkušenost prožívajícího člověka. Z toho důvodu IPA čerpá také z hermeneutiky, která tento fenomenologický popis dokáže interpretovat. Posledním principem je zmíněný idiografický přístup, v rámci kterého se zaměřujeme na každého jedince zvlášť a na jeho specifickou situaci nebo událost jím prožívanou. To přináší do metody IPA detailní zkoumání jednoho případu. Na tomto základě jsou definovány výzkumné otázky, které se ptají na určité a konkrétní vnímání a prožívání dané situace konkrétním jedincem (Kostínková & Cermak, 2013).

Výhodou IPA je, že umožňuje získat hlubší a komplexnější porozumění subjektivnímu prožívání lidí (Larkin et al., 2006). V našem výzkumném souboru jsme se často setkali se shodou v odpovědích, v několika případech jsme však narazili i na velmi subjektivní zkušenosti, které nám principy IPA pomohly a dovolily interpretovat. Na druhou stranu je však časově náročná a náročná na zpracování dat. Také je nutné být obezřetný v interpretaci získaných dat, aby se zajistilo, že interpretace odpovídají skutečným prožitkům jednotlivců a že nejsou ovlivněny předsudky nebo předpoklady výzkumníka (Smith & Osborn, 2021). V tomto případě jsme se snažili předcházet zkreslení ze strany výzkumníka opakovaným čtením a studováním rozhovoru. Dalším pomocným krokem byla

výzkumníkova reflexe, která umožňovala udržet v určité míře odstup od jednotlivých odpovědí a zachytit co nejpřesněji a nejkompexněji výpovědi samotných respondentů.

Další výhodou je, že umožňuje získat bohatý a podrobný popis subjektivního prožívání, což může být užitečné například pro vývoj nových terapeutických metod, zlepšení interpersonálních vztahů nebo pro vývoj nových produktů. IPA může také pomoci v léčbě psychických poruch tím, že umožňuje porozumět zdrojům a faktorům, které ovlivňují duševní zdraví jednotlivců (Smith & Osborn, 2021), (Larkin et al., 2006).

Postup interpretativní fenomenologické analýzy lze rozdělit do několika kroků. Následující postup popisuje základní kroky dle (Kostínková & Cermak, 2013), kterých jsme se při práci s daty drželi:

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem – Na samotném počátku výzkumu je dobré reflektovat vztah k výzkumu. V rámci reflexe výzkumníka bylo nejdůležitějším bodem uvědomit si důležitost výzkumu, ale také citlivost daných témat.

1. Čtení a opakované čtení – Fáze byla součástí transkripce rozhovorů, principem je detailní studování textu a vtáhnutí do případu.

2. Počáteční poznámky a komentáře – U tohoto výzkumu v rámci této fáze probíhalo kódování a základní deskripce jednotlivých vznikajících témat a zařazování do kategorií podle podobnosti.

3. Rozvíjení vznikajících témat – Jednotlivé rozhovory byly postupně redukovány na hlavní vznikající témata, která se vzájemně doplňovala a byla obohacena o vnímání výzkumníka.

4. Hledání souvislosti napříč tématy – Byla hledána podobnost a vzájemné vztahy či propojenost jednotlivých témat.

5. Analýza dalšího případu – Opakování kroků 1–4.

6. Hledání vzorců napříč tématy – Zde jsme hledali souvislosti mezi jednotlivými tématy i případy, možnosti vzájemného vysvětlení a definování nejsilnějších témat.

# 7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Následující kapitola se zaměřuje na popsání výzkumné populace, na kterou jsme se zaměřovali, společně s výzkumným souborem, který se podařilo pro účely výzkumu získat. Popsán zde bude i proces sběru dat a v neposlední řadě etické hledisko celého výzkumu.

## 7.1. Výzkumná populace a výběr výzkumného souboru

Výzkumnou populací jsou pro tento výzkum senioři a osoby blízké či pečující. Získávání respondentů probíhalo prostřednictvím metody záměrného výběru, samovýběru a metody sněhové koule.

**Metoda záměrného výběru** stojí na cíleném oslovování respondentů, kdy výzkumník sám rozhoduje o zařazení daných respondentů do výzkumu, a to dle předem definovaných kritérií, které by měl respondent splňovat (Miovský, 2006).

**Metoda samovýběru** je výběrem na základě dobrovolnosti. Výzkumník při této metodě zveřejní nabídku výzkumu a v podstatě čeká na přihlášení respondentů.

U **metody sněhové koule** je podstatou nabalování dalších respondentů, kteří jsou doporučení skrze respondenty předchozí. Výzkumník tedy dané respondenty sám neoslovuje, ale získává kontakty a respondenti sami přinášejí do výzkumu další respondenty (Vojtíšek, 2012).

### 7.1.1 Kritéria výzkumného souboru

Jak již bylo zmíněno, hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit a popsat důvody nadužívání hypnotik u seniorů a jeho dopady. Z toho důvodu byl sběr respondentů omezen následujícími podmínkami:

- a) věk respondenta musel být minimálně 65 let
- b) respondent musel užívat hypnotika po dobu delší, než je doporučováno, tj. minimálně po dobu 1 měsíce, které indikuje nadužívání.

Horní věková hranice nebyla určena a specifikována nebyla ani účinná látka obsažená v hypnoticích. Vzdělání, místo pobytu, pohlaví a jiné somatické onemocnění nebylo posuzováno jako signifikantní, a proto nebylo překážkou pro zařazení do výzkumu.

Druhým výzkumným vzorkem byly osoby blízké či pečující. Mohlo se jednat o rodinné příslušníky jako jsou manželé, sourozenci, děti atd. Dále se mohlo jednat o pečující lékaře, zdravotní sestry, pečovatele, psychology aj. V rámci tohoto vzorku nebylo omezení věkem, jediným kritériem bylo, aby tito respondenti měli ve svém okolí osobu dlouhodobě užívající hypnotika.

### 7.1.2 Popis vybraného výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá z celkových 15 respondentů, z čehož je 11 seniorů a 4 osoby blízké či pečující. Další informace přehledně zobrazuje Tabulka 5 a 6:

*Tabulka 5: Popis výzkumného vzorku – blízké a pečující osoby*

Respondent (kód)	Pohlaví	Věk	Vztah	Znalost problematiky	Příslušný respondent (kód)
D45	Žena	45	Dcera	Ano	M68
V24	Žena	24	Vnučka	Ne	Ž76 a M77
V25	Žena	25	Vnučka	Ano	Ž80A
KP	Žena	X	Klinický psycholog	Ano	X

V rámci blízkých osob se nám podařilo provést rozhovor s celkem 4 osobami, z čehož jsou 3 rodinní příslušníci uživatelů hypnotik. Posledním respondentem je klinická psychologička pracující na geriatrickém oddělení psychiatrické nemocnice. Až na jednoho respondenta z rodinných příslušníků byli všichni obeznámeni s problematikou užívání hypnotik u svého člena rodiny.

Kódy byly až na výjimky uděleny dle pohlaví nebo rodinného vztahu a věku – tedy dcera ve věku 45 = D45. U klinické psychologičky jsme využili kódování ve vztahu k povolání – KP.



U osob žijících mimo domovy pro seniory byly osloveny blízké osoby každého z nich, které rozhovor přijaly a byl proveden. Co se týče osob žijících v domovech pro seniory, byli osloveni dva rodinní příslušníci, kteří neměli zájem o provedení rozhovoru. V rámci pečujících osob jsme se setkali také s odmítnutím, a to především z důvodu jejich časové vytíženosti.

Tabulka 6: Popis výzkumného vzorku – seniory

Respondent (kód)	Věk	Pohlaví	Místo pobytu	Užívaný lék	Délka užívání (roky)
M68	68	Muž	VD	Stilnox	8
Ž80A	80	Žena	VD	Sanval	15
Ž76	76	Žena	VD	Stilnox	1,5
M77	77	Muž	VD	Stilnox	2
Ž90	90	Žena	DD	Stilnox	0,5
Ž73	73	Žena	DD	Rohypnol	1
Ž96	96	Žena	DD	Stilnox	0,5
Ž92	92	Žena	DD	Stilnox	7
Ž84	84	Žena	DD	Sanval	0,25
Ž86	86	Žena	DD	Stilnox	1
Ž80B	80	Žena	DD	Stilnox	5

Do výzkumného vzorku seniorů se povedlo zařadit 11 respondentů, z toho 9 žen a 2 muže ve věku od 68 do 96 let s průměrným věkem 82 let. Místo pobytu bylo u respondentů buď ve vlastním domově (VD) anebo v domově pro seniory (DD).

Udělení kódu jednotlivým respondentům bylo dle pohlaví a věku, tedy muž ve věku 77 let je M77. Bylo potřeba rozlišit dvě ženy ve stejném věku, z toho důvodu jsou za kódy ještě přidána písmena (A, B).

Nejčastěji užívaným hypnotikem je Stilnox, a to v 8 případech. Následně 2 respondenti užívají Sanval. Posledním typem léku je Rohypnol, který užívá 1 uživatel.

Stilnox a Sanval jsou hypnotika 3. generace obsahující zolpidem, Rohypnol je benzodiazepin s účinnou látkou flunitrazepamem.

Doba užívání je v rozmezí od 3 měsíců po 15 let s průměrnou dobou užívání 3,8 let napříč výzkumným souborem.

## 7.2. Průběh získávání dat a výzkumné metody

Před samotným sběrem dat byl proveden jeden rozhovor v rámci pilotní studie. Cílem zde bylo především ověřit, zda má rozhovor nějakou logickou posloupnost a zda respondenti otázkám rozumí. Jelikož se v rámci pilotní studie neukázaly žádné závažné nedostatky, byl i tento rozhovor následně zařazen do výzkumu.

Pro získávání respondentů bylo zvoleno hned několik druhů komunikace. Během července a srpna 2022 bylo e-mailem či telefonicky kontaktováno velké množství (cca 40) organizací, domovů pro seniory, psychiatrických nemocnic, soukromých ordinací či léčeben dlouhodobě nemocných. Pozornost byla zaměřena především na Olomoucký a Jihomoravský kraj kvůli dobré dostupnosti a krátké vzdálenosti. Kontaktována však byla i zařízení v rámci kraje Středočeského, Moravskoslezského, Libereckého či Prahy. Touto metodou, tedy záměrným výběrem respondentů byl získán celkem 1 respondent.

V rámci dalšího sběru dat byl vytvořen [propagační leták](#), který byl umístěn na sociální síť a do skupin určené pro seniory. Na leták se ozvali 2 lidé s doporučením svých blízkých či konkrétního zařízení. Touto metodou jsme získali celkem 10 respondentů.

Poslední metodou kontaktování organizací a potenciaálních respondentů byl osobní kontakt a následné plánování skrze telefonické hovory. Touto metodou byli získáni 4 respondenti.

**Celkově se nám tedy podařilo získat 15 respondentů, z čehož je 11 seniorů a 4 osoby blízké či pečující.** Samotný sběr dat a uskutečňování rozhovorů probíhalo od září 2022 do ledna 2023. Data byla získávána skrze polostrukturované rozhovory, které fungují na principu předem připravených otázek a témat, ale jejich řazení či způsob odpovědi je volný (Ferjenčík, 2010). Forma polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena, jelikož dovoluje výzkumníkovi se nejen držet dané osnovy a získat všechny důležité informace, ale navíc také dává příležitost ke zjištění informací dalších. Dále se také lišil druh a délka užívání hypnotik či místo pobytu respondenta a bylo potřeba v daných situacích rozhovor lépe a více přizpůsobit.

Pro získání potřebných informací a vzhledu do problematiky nadužívání hypnotik u jednotlivých respondentů byla v průběhu jednotlivých rozhovorů zaměřena pozornost na práci s emocemi, a především na vyjadřování pochopení. Pro hlubší zmapování byly v rámci rozhovoru použity techniky především doptávání i parafrázování, dále byli respondenti ujišťováni o pochopení obsahu sdělení. Tyto techniky vedly k vytvoření bezpečí pro respondenty, kteří poté často o problémech a tématice hovořili více, snažili se vzpomenout si a aktivně vyjadřovali své názory a prožitky. Velmi nápomocná byla [základní struktura rozhovoru s konkrétními otázkami](#), jelikož zajišťovala nevybočení z tématu a zjištění všech informací potřebných k daným výzkumným otázkám.

Během rozhovoru si výzkumník dělal poznámky na připravené papíry s osnovou a seznamem otázek. Tato metoda byla velmi nápomocná pro další práci s daty, jelikož bezprostředně po ukončení rozhovoru byly všechny odpovědi přehledně zaznamenány. V rámci informovaného souhlasu (viz níže) udělovali respondenti souhlas pro nahrávání rozhovoru, což opět přispělo k zaznamenání co největšího množství dat. Následně pro práci s daty byly využity poznámky doplněné o transkripci nahrávek rozhovorů.

Vzhledem k citlivé povaze tématu byl výzkumník připraven ošetřit emoce respondenta, jelikož mohl být pro respondenty značně náročný a stresující. Na závěr každého setkání v rámci rozhovorů byla oceněna upřímnost a vysoká ochota, se kterou jsme se setkali.

### **7.3. Etické hledisko a ochrana soukromí**

V rámci sběru dat skrze rozhovory bylo zajištěno a ošetřeno etické hledisko výzkumu na základě etických principů APA (American Psychological Association, 2017). Všichni respondenti byli seznámeni s účely výzkumu a jeho náležitostmi, nedošlo tedy k jejich klamání. Všem respondentům byla udělena možnost se rozhovoru neúčastnit či z něho případně kdykoliv odstoupit bez uvedení důvodu. Tato možnost zůstala nevyužita. Účast byla tedy dobrovolná. Před započítím samotného rozhovoru byli respondenti dotázáni na možnost nahrávání rozhovoru, která nebyla povolena všemi a jejich rozhodnutí bylo plně respektováno. Závěrem úvodního obeznámení bylo ústní předání informovaného souhlasu před začátkem rozhovoru.

Při sběru dat bylo dbáno na přísnou anonymitu osob. Sdělovány byly pouze nezbytné informace, tedy věk. Pokud byla během rozhovoru zmíněna jména vlastní, příbuzných,

pečujících lékařů či jiná, došlo během přepisu k jejich změně nebo kompletního smazání. Získané nahrávky rozhovoru byly uloženy ve složce s osobním přístupem a bezprostředně po přepisu dat smazány. Pro přehlednost a možnost rozlišení jednotlivých respondentů během práce s daty jim byla přidělena příslušná označení dle jejich věku a pohlaví – například muž ve věku 79 let = M79.

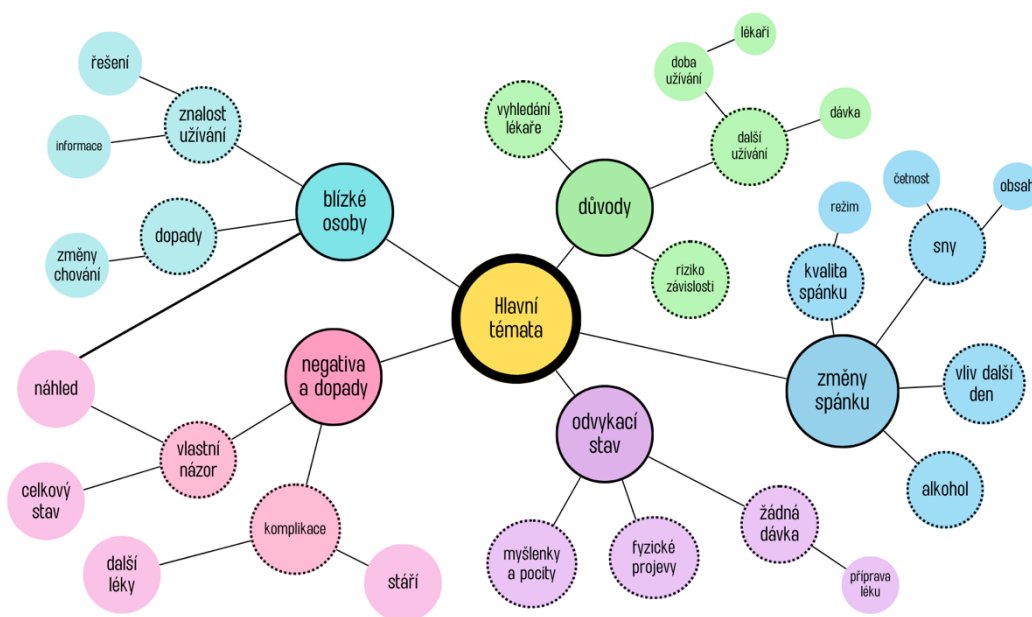
Vzhledem k charakteristikám populace a výzkumného vzorku nebylo u seniorů pracováno s možností online sběru dat prostřednictvím různých platforem. Všechna setkání proběhla osobně. Co se týče sběru dat u osob blízkých a pečujících, byla využita v jednom případě platforma ZOOM pro online hovor. K této možnosti jsme přistoupili kvůli zjednodušení sběru dat pro obě strany.

# 8 ANALÝZA DAT A JEJÍ VÝSLEDKY

V rámci této části práce je pozornost zaměřena na prezentaci a výsledky dat.

## 8.1. Hlavní témata

V rámci analýzy a kódování dat bylo objeveno několik hlavních témat, která byla seřazena a dána do kategorií dle výzkumných otázek. V rámci metody IPA je zvykem nejdříve poskytnout tato témata přehledně a následně se na jednotlivé z nich zaměřovat podrobně (Řiháček et al., 2013). Obrázek 4 zobrazuje přehledně myšlenkovou mapu s hlavními tématy a s nimi souvisejícími podkapitolami.



Obrázek 4: Přehled hlavních témat

Barevně jsou rozlišena témata dle výzkumných otázek, kdy každá barva reprezentuje jednu z pěti formulovaných otázek. Následně významná témata jsou vyznačena přerušovanou čarou a podkapitoly jsou připojeny čarou k jednotlivým hlavním tématům. V rámci jednotlivých témat je uvedena i četnost stejně kódovaných odpovědí. Pro lepší demonstraci a ucelnější představu jsou jako příklady použity ukázky vypovědí respondentů. Velmi přínosným rozhovorem byl rozhovor s klinickou psycholožkou (respondent KP), jehož data budou také použita k doplnění jednotlivých témat.

### 8.1.1 Důvody nadužívání hypnotik

Prvním výzkumným cílem bylo popsat a objasnit důvody nadužívání hypnotik u seniorů. Jedno z hlavních témat proto tvoří celkově důvody uživatelů. Nejen důvody v pokračování užívání hypnotik, ale také v jakém kontextu vyhledali lékaře, proč hypnotika nepřestali užívat aj.

V první řadě se lišil **důvod vyhledání lékaře**, který následně předepsal hypnotika. Primárním motivem byly u osmi respondentů problémy se spánkem. Mezi nejčastější komplikace a nepříjemnosti uváděli dlouhé usínání, časté buzení během noci, nekvalitní spánek a na to nasedající unavenost druhý den. Potíže popisovali například takto – Ž96: *„Měla jsem problémy se spaním. Sice ne moc dlouho, ale stejně jsem šla radši kvůli tomu za panem doktorem a ten mi předepsal prášky, aby se to zlepšilo. Nespala jsem a když už jo, tak jsem se hodně budila v noci, a to bylo nepříjemné.“* Sekundárně byl vyhledán lékař kvůli jinému zdravotnímu problému, přičemž v rámci vyšetření vyplynuly i problémy se spánkem. S tímto důvodem jsme se setkali u třech respondentů. Na základě obou důvodů vyhledání lékaře byla následně respondentům předepsána hypnotika.

Zajímalo nás také, vzhledem k povaze hypnotik, zda bylo respondentům doporučeno **užívat léky po určitou dobu** a byly jim poskytnuty nějaké bližší informace. Všichni respondenti uváděli, že nebyli seznámeni s doporučenou dobou užívání, zároveň více jak polovina z nich (6) nebyla informována o riziku vzniku závislosti na hypnoticích. Ž80A, doba užívání hypnotik 15 let: *„To mi nebylo nikdy doporučeno, jak dlouho léky užívat. (...) Bylo by dobrý teda, sama s tím přestat a zkusit spát bez toho prášku. Ale jinak doktor nic výslovně nenařídil, že musím přestat.“* Tuto informaci vyplývající z dat bych doplnila následující odpovědí: *„Pacienti reagují s tím, že jim to nikdo neřekl, že to nevěděli a tak. Ale myslím si, že to není o tom, že by to slyšeli poprvé ale spíše si to reálně poprvé začnou uvědomovat. Až když se dostaneme ke vnitřku problému tak si uvědomíme, že je to potenciálně rizikové.“* (KP).

Co se týče **důvodů pro pokračování užívání léků** bylo nejčastěji uváděno, že jim hypnotika pomohla rychleji usínat a déle spát, tím pádem zlepšovala kvalitu spánku. Ojedinelým případem a důvodem pro další užívání léků byl jeho zklidňující účinek v případě, že je respondent v nepohodě. Mezi dalšími uvedenými odpověďmi se vyskytlo také následující – Ž80: *„Asi jsem si na ten prášek navykla. Zkoušela jsem si ho nebrat, ale moc to nešlo.“* Důvodem pro pokračování užívání léků může být i fakt, že 10/11 respondentů

neuvádělo žádné nežádoucí nebo vedlejší účinky léků. Doplňující otázky se zaměřovaly konkrétně na nevolnosti, zmatenost, únava, nespavost a další. Pouze jeden z respondentů uvedl následující jevy při jednorázovém překročení dávky (2 tablety). M77: „*Jednou jsem měl pocit, že léky nefungují nebo jsem zapomněl, že jsme si už vzal, nevím teď. Tak jsem si asi omylem vzal dva a bylo mi špatně, nic si nepamatuju. Žena mě musela dostat do postele a říkala, že jsem se motal.*“ Ze zkušeností respondenta KP vyplývá fakt, že ačkoliv jsou hypnotika předepisována k řešení problémů se spánkem, senioři ho poté často používají při psychické nepohodě. Tento fakt nám potvrdil pouze jeden respondent.

**Velikost dávky** zůstala víceméně napříč všemi respondenty stejná, a to podle toho, co jim lékař doporučil. Doporučená dávka lékařem nepřekračuje 1 tabletu večer před spaním. Pouze u dvou respondentů jsme se setkali s doporučením lékaře si dávku samostatně navýšit, což respondenti neuskutečnili. Pokud si respondenti dávku měnili, šlo o snížení nebo požádání lékaře o změnu účinné látky z důvodu moc silných sedativních účinků.

### 8.1.2 Změny spánku

**V druhém výzkumném cíli jsme se zaměřovali na mapování dopadů, které nadužívání uživatelům přináší.** Pod tento cíl zařazujeme změny spánku, odvykací stavy a negativa či dopady pozorovaná uživateli.

Další oblasti k zaměření byla zvolena **kvalita spánku a jeho případné změny.** Některá hypnotika narušují přirozenou stavbu a průběh spánku, který poté nemusí být natolik kvalitní. Případně v rámci nežádoucích účinků mohou paradoxně způsobovat nespavost, proto bylo toto téma zahrnuto do výzkumných otázek.

Vzhledem k tomu, že mezi hlavní důvody vyhledání lékaře a předepsání hypnotik patřilo špatné **usínání**, byla zaměřena pozornost na to, jak probíhá za pomoci hypnotik. Kromě jednoho respondenta byli všichni spokojeni s efektem hypnotik na usínání a udávali, že usnou dobře a rychle. Ž73 uvádí: „*No dobře, usnu hned. V 8 si ho vezmu a hned spím a vzbudím se až v 10. Nemůžu si stěžovat, spí se mi dobře.*“ Jeden z respondentů uvedl, že hypnotika na usínání vliv nemají a usíná se mu stejně špatně jako bez nich, zároveň si je však jistější, pokud si je vezme preventivně.

Uváděným problémem bylo i **probouzení** v průběhu noci, která potvrdili všichni respondenti (11). Nejčastějším jevem zde bylo buzení za účelem návštěvy toalety několikrát

za noc nebo lehký spánek a snadné probuzení okolními podněty. Zmiňováno bylo také ve třech případech dlouhé a špatné usínání po probuzení.

Co se týče **snů a snění** v průběhu noci po užití hypnotik, uvádí 8 respondentů přibližně stejný výskyt snů jako bez nich. Naopak nárůst snů se objevil u zbylých 3 respondentů. Výskyt nočních děsů potvrdili 3 respondenti s tím, že se jedná o takové sny, které je vzbudí.

Hypnotika mohou mimo jiné také navozovat **ospalost i druhý den**, proto další podkategorií hlavních témat je tlumivý účinek na respondenty druhý den. Naprostá většina respondentů uvedla, že se po užití léku necítí unavení, jsou odpočatí a od rána schopní fungovat: „*Vzbudím se ve 4 nebo v 5 a jsem vyspalá, ale chodím brzy spát. Občas mě sousedka vzbudí i v 1 nebo ve 3 a to už nemůžu usnout. Někdy spím i přes den na půl hodiny. Ne unavená nebývám. Dobře se mi spí. Ale přes den si lehnu, to jo. Ale to jsem stará už.*“ (Ž96).

Celkově tedy nebyly zaznamenány negativní změny spánku v důsledku užívání hypnotik, naopak se spánkový režim i kvalita spánku zlepšila: „*Spíš se setkávám s tím, že sdělují, že ten komplikovaný spánek mají bez těch hypnotik nebo když se jim závislostní hypnotika snižují a nahrazují se něčím jiným, co má jiný účinek, tak vlastně si stěžují, že předtím to bylo nějaké lepší a teď při vysazování se to mění.*“ (KP).

**Alkohol** sám o sobě má sedativní účinky, ale spíše zhoršuje kvalitu spánku. Odpovědi na to, zda hypnotika kombinují s alkoholem se značně lišila v závislosti na tom, zda se jednalo o osoby žijící v domově pro seniory či ve vlastním obydlí. V malé části případu se jedná o nezáměrné a příležitostné užití alkoholu: „*Za těch let se mi to párkrát stalo. Někdy skleničku, občas na dovolené, ale ne pravidelně.*“ (Ž80A). Vyskytl se ale i případ, kdy je užíván alkohol pravidelně s cílem rychlejšího navození spánku: „*A tak to já si dám pivko k večeři na spláchnutí a pak ještě jedno na dobrou noc, taky aby se mi dobře spalo. (...) Asi jo, prostě si každý večer dám pivo.*“ (M68).

### 8.1.3 Odvykací stavy

Ačkoliv se u výzkumného vzorku nejednalo o syndrom závislosti, **zaměřili jsme se v rámci druhého výzkumného cíle** na problematiku odvykacích stavů a jiných stavů, které mohli nastat v případě vysazení léku.



Až na jednoho respondenta se u všech objevovala skutečnost, že od počátku užívání hypnotik si ho alespoň 1x **zapomněli vzít**. Dále se odpovědi opět poměrně lišilo v závislosti na tom, zda osoby žijí ve vlastním domě nebo v domově pro seniory. Všichni respondenti žijící doma uváděli, že se snaží lék brát pravidelně, ale občas zapomenou. Naopak respondenti žijící v domově pro seniory mají léky připravované zdravotními sestrami nebo je o to po jednorázovém zapomenutí požádali, aby se to neopakovalo. „*Jen 1x se stalo, že mi paní sestřička lék nedala. (Ž96). „Ne беру ho každý den, Brala jsem si ho dřív sama, ale zapomínala jsem, tak jsem poprosila sestřičky, jestli by byly tak hodné a začaly mi ho nosit. Takže ho teď беру vážně každý den. (Ž80B).*

Šest respondentů popisovalo nervozitu, neklid, strach, vztek či smutek, když si lék nevzali. Dále častým problémem bylo navrácení problémů s usnutím nebo buzením v průběhu noci a nekvalitní spánek. „*Ano, nemohla jsem usnout. Ležela jsem a koukala, nemohla jsem zabrat, dost dlouho. Nevím jak dlouho, ale bylo to dost nepříjemné. Byla jsem naštvaná, že nemůžu spát a koukala jsem do stropu.“ (Ž90). „Budila jsem se hodně. Dlouho jsem usínala a nenapadlo mě, že jsem si ho nevzala, to už je takový návyk víte, a to tělo asi potřebuje, že to nemám no a zapomněla jsem, ale to se stává. Ale jinak pravidelně jak mi to sestřičky nachystají, tak беру.“ (Ž92). Pocity neklidu a nervozity byly nejčastější a hodnocené i ze strany zdravotnického personálu: „*Potkávám se s tím, že pacienti sdělují, že jsou nervózní, když si lék nemohou vzít, protože to bylo to jediné, co jim pomáhá. Zvedá se otázka, co by se stalo, kdyby si vzali nějaké placebo. Často mluví o tom, že už dopředu se bojí, že nebudou moct spát a ten prášek působí psychologicky a reálně zklidnění nemusí dramaticky způsobovat.“ (KP).**

#### **8.1.4 Negativa a dopady z nadužívání**

Negativa a dopady plynoucí z nadužívání hypnotik jsou zařazena **pod druhý výzkumný cíl, tedy mapování dopadů, které nadužívání uživatelům přináší**.

Co se týče subjektivního pohledu na hypnotika, jejich užívání a předepsání lékařem, jsou odpovědi poměrně rozmanité. Nejvíce odpovědí (8) je kladných, tedy že jsou spokojeni s tím, že jim léky na spaní byly předepsány a nejvíce si cení zlepšení spánku, především rychlého usínání. Další odpovědi (2) byly neutrální a respondentům bylo vcelku jedno, že hypnotika užívají. Zajímavým pohledem bylo uvedení negativního pohledu na hypnotika, a to z toho důvodu, že se na nich vytváří závislost, což je nevyhovující: „*Nechtěla jsem je brát abych nebyla závislá. (...) Vadí mi, že je možnost závislosti na nich, mně i synovi.“ (Ž84).*

Poměrně častou odpovědí byl spíše nezáměr projevovaný uživateli ohledně hypnotik. Mezi udávanými důvody byl fakt, že již před začátkem užívání hypnotik brali velké množství léků a jeden navíc se zde ztratí. Z rozhovorů také vyplynula neznalost užívaného léku. Tato tvrzení doplňuje následující pohled: „*Někdy řeknou, že vůbec neví, co berou a ani je to nezajímá a věří paní doktorce.*“ (KP).

### 8.1.5 Pohled blízkých osob

V rámci třetího výzkumného cíle byla pozornost soustředěna na to, **jak vnímají nadužívání hypnotik osoby blízké či pečující.**

Hlavním tématem je zde fakt, zda **osoby blízké uživatelům vědí**, že jsou jim dlouhodobě předepisována hypnotika. Setkali jsme se se dvěma druhy odpovědí. První z nich je, že osoby blízké sice vědí o problémech se spánkem, ale už nevědí, že tyto léky užívají a už vůbec ne fakt, že dlouhodobě. V tomto případě až během sběru dat osoby blízké zjistily rozsah a délku doby užívání.

Druhou variantou byl poněkud odlišný pohled od těch informací, které podával sám uživatel. M68: „*No tak říkám, že bez nich se mi blbě spí, ale jako já si ho neberu pořád, to je v pohodě, prostě občas nemůžu usnout a převaluju se, ale velkou vědu bych z toho nedělal.*“ Z rozhovoru s respondentem R45 (dcera M68) vyplývá následující: „*Neřekl mi to a nechce o tom mluvit, prostě se nic neděje a prášky nebere, ale vím, že je bere a bere je hodně. Nevím kolik, ale má jich dost. Taký si na to dá pivo, ale nepřizná, že by neměl nebo že by to bylo něco zvláštního. (...), Nikdy by nepřiznal, že je bere skoro každý den dlouhodobě.*“

Důležitou oblastí bylo také zjišťování, zda pozorují **změny chování**, a to během toho, co hypnotika začali užívat i pokud si je nevzali. Nebyly pozorovány žádné výrazné změny v chování od té doby, co začali užívat hypnotika. Co se týče chování a projevů v případě neužití léku, ani zde osoby blízké nepozorují výrazné změny v chování.

Snažili jsme se soustředit také na to, zda mají tyto osoby **relevantní informace** o dlouhodobém užívání hypnotik a zda se to na základě toho pokoušely nějakým způsobem řešit. Odpovědi jsou vyhledávány na internetu nebo zjišťují informace, které uživateli podal přímo lékař. Na základě těchto informací se respondenti shodovali v tom, že dlouhodobé užívání hypnotik není správné. Stylem **řešení** bylo vyhledávání přírodních přípravků, které by mohly hypnotika nahradit: (D45) „*Zkoušela jsem mu kupovat nějakou levanduli nebo*

*meduňku a takové věci, ale to nechce, protože to nemá od doktorky a jsou to jen čaje nebo kytky, nevěří tomu. Neposlouchá mě absolutně.“ Jelikož se ve všech případech tyto návrhy nenesly s úspěchem, další způsoby řešení nebyly vyzkoušeny. Případně situace nebyla řešena vůbec, jelikož nevěděli o rozsahu a délce užívání: (V24): „Nebyla jsem u toho a ani jsem nevěděla, že je berou.“*

## **8.2. Odpovědi na výzkumné otázky**

Na základě analýzy dat a definování hlavních témat zodpovíme výzkumné otázky, které byly definovány na začátku výzkumu.

### **VO1: Jaké jsou důvody pro nadužívání hypnotik?**

Na základě dat z tohoto výzkumu můžeme říct, že se dodržuje předpis hypnotik na potíže se spánkem, konkrétně s jeho nástupem, přerušováním a snížením jeho délky i kvality. Zároveň však problémy se spánkem nejsou vždy primárním důvodem pro to, aby byla vyhledána lékařská pomoc. Zjistíme také fakt, že hypnotika jsou nabízena automaticky jako první možnost při problémech se spánkem. Z rozhovorů vyplývá, že lékaři nenabízí běžně dostupné varianty přípravků pro zlepšení spánku, které jsou mnohdy na přírodním základu.

Seniorská populace užívá velké množství léků denně, stejně tomu tak je v našem výzkumném vzorku. K dlouhodobému užívání a případnému nadužívání může přispívat fakt, že osoby nemají časem ohraničené užívání léků a předpisy jsou jim automaticky obnovovány. Zároveň také nejsou často seznámeni s rizikem závislosti na hypnoticích.

Dalším přispívajícím faktorem k dlouhodobému nadužívání hypnotik je fakt, že osoby užívající neuvádí žádné nežádoucí nebo vedlejší účinky. Důležité je také poznamenat, že ve výzkumném vzorku se nevyskytují respondenti, kteří by pravidelně překračovali maximální denní dávku léku nebo si ji zvyšovali, naopak jsme se setkali s trendem snižování dávek. Z toho důvodu se můžeme domnívat, že se nevyskytují žádné komplikace, které by mohly vést k vysazení hypnotik.

### **VO2: Jak uživatelé subjektivně vnímají změny spánku?**

Nejvíce pocíťovaný rozdíl ve spánku po začátku užívání hypnotik pozorujeme při usínání. Tento faktor je respondenty hodnocen velmi pozitivně, jelikož uvádí, že je po dlouhé

době jejich usínání dobré a především rychlé. Tento fenomén byl často uváděn také jako důvod pro pokračování užívání hypnotik.

Co se týče četnosti buzení v průběhu noci a narušení spánku, nejsou pozorovány velké rozdíly a respondenti udávají pravidelné buzení. Nepovažují to však za významný faktor.

V rámci snění během noci nebyly zaznamenány výrazné změny, spíše zůstává četnost i náplň stejná jako ve stavu bez užívání hypnotik. Stejně je tomu u účinku hypnotik druhý den po užití. Nebylo zaznamenáno, že by se respondenti budili unavení nebo zaznamenali jakékoliv sedativní účinky v průběhu dne. Naopak jsme se setkali se spokojeností uživatelů – vzhledem k tomu, že získají více hodin spánku přes noc, jsou ráno odpočatí. Je to tedy pro ně výrazná a subjektivně pozitivní změna oproti stavu bez užívání hypnotik.

### **VO3: Jak probíhají případné odvykací stavy?**

Nebylo zaznamenáno, že by se při vysazení dávky objevily jakékoliv fyzické potíže v rámci odvykacího stavu. Uváděné nežádoucí účinky, konkrétně nevolnost, zmatenost a ztráta paměti jsou důsledkem jednorázového navýšení léčiva.

Pozorovat však můžeme neklid, smutek, vztek, obavy a opětovné zhoršení spánku. Nejčastěji udávanými obtížemi bylo problémové usínání, časté buzení v průběhu noci, absence spánku a unavenost na druhý den. Tyto obtíže mohou naznačovat závislost spíše psychického rázu.

### **VO4: Jaká negativa a dopady plynoucí z nadužívání uživatel pocítuje?**

V rámci analýzy dat z rozhovorů vyšlo najevo, že samotní uživatelé nepocítují žádná negativa či dopady na zdraví při nadužívání hypnotik. Naopak byla udávána velká spokojenost, jelikož hypnotika vyřešila problémové spaní. Mezi jiná negativa bylo uváděno riziko vzniku závislosti na lécích, vysoká cena anebo špatné polykání či chuť samotných tablet. Celkově však převládala spokojenost jak s užíváním hypnotik, tak s jejich dlouhodobým předepisováním od lékaře.

### **VO5: Jaké dopady nadužívání hypnotik pozorují blízké osoby uživatelů?**

Hlavním zjištěním bylo, že osoby blízké o nadužívání hypnotik neví nebo neví, jak dlouho jejich užívání trvá. Ke zjištění docházelo buď v průběhu užívání anebo opravdový rozsah byl zjištěn skrze účast na našem výzkumu.

Co se týče pozorovatelných změn v chování, žádné pozorovány nebyly. Osoby blízké nezaznamenaly výskyt zmatenosti, kognitivních obtíží či ospalosti nebo unavenosti. V rámci nepozorovatelných změn a spokojenosti uživatelů se nevyskytovalo výrazné řešení dlouhodobého užívání hypnotik.

## 9 DISKUZE

V této kapitole je věnována pozornost na interpretaci výsledků a jejich porovnání s výsledky jiných studií a s teoretickými znalostmi uvedenými v rámci teoretické části. Zmíněny zde budou také limity práce a použitých metod. V neposlední řadě je věnována část budoucímu využití výzkumu a jeho rozvíjení.

### 9.1. Interpretace výsledků

Interpretace výsledků bude rozdělena podle definovaných témat a výzkumných otázek. Zaměřovat se tedy budeme na samotné důvody nadužívání hypnotik, změny spánku, odvykací stavy, pozorované dopady a negativa z pohledu uživatelů a také na pohled blízkých osob.

V rámci diplomové práce byli cíleně vyhledáváni lidé ve starším věku, kteří užívají hypnotika s předpokladem toho, že trpí poruchami spánku. Mezi nejčastěji udávané potíže patřilo dlouhé usínání, nekvalitní spánek během noci a časté buzení. Lattová (2011) uvádí, že se snižuje u lidí ve vyšším věku efektivita spánku, která se vyznačuje nepoměrem doby strávené v posteli a samotným spánkem. Toto tvrzení se potvrzuje i v rámci výzkumného souboru, jelikož respondenti uváděli, že tráví velké množství času v posteli, ale nespí. V rámci poruch spánku má velký vliv také životní styl a faktory, mezi které patří pohyb, socializace nebo třeba sledování televize (Plháková, 2013). V tomto kontextu se hodí srovnat dva odlišné typy respondentů ve výzkumném souboru – ti, kteří bydlí sami nebo s rodinou ve vlastním domově a ti, kteří využívají služeb domova pro seniory. Na základě analýzy dat jsme došli k závěru, že se tento fakt jeví jako nepodstatný, jelikož v rámci obou pomyslných skupin se setkáváme s běžnou stravou a dostačujícím pohybem. V rámci socializace je nutno zmínit, že respondenti žijící v domově pro seniory více uváděli to, že se přes den více vídají se svými vrstevníky, tím pádem se více socializují.

Nejčastěji byla respondentům předepsána hypnotika z toho důvodu, že lékaři vyhledali za cílem řešení problémů se spánkem. Uváděli také fakt, že jim při sdělení potíží byl automaticky nabídnut lék jako řešení. Hypnotika jsou první volbou při léčbě poruch spánku, jelikož působí na prodlužování spánku, urychlování usínání a snižování nočních probouzení (Svoboda et al., 2015), což jsou problémy, které respondenti uváděli nejčastěji.

Co se týče doby užívání, ta se u jednotlivých respondentů poměrně lišila. Mezi nejkratší dobu užívání patří 3 měsíce a naopak nejdelší 15 let. Pokud vezmeme v úvahu fakt, že se hypnotika jako je zopiklon a zolpidem nemají užívat déle než 4 týdny (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2014a), (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2014b), překračují tuto dobu všichni respondenti. Poněkud benevolentnější je Beersův seznam léků nevhodných ve stáří, který udává, že by se hypnotika 3. generace neměla užívat déle než 90 dní (Zrubáková et al., 2016). I v tomto ohledu jsou všichni respondenti za pomyslnou hranici užívání. Z rozhovorů vyplývá, že většina z nich neobdržela od lékaře informace o maximální délce užívání a ani nebyla obeznána s rizikem vzniku závislosti. K diskuzi je potom fakt, zda tuto informaci opravdu neobdrželi nebo zda ji pouze nezapomněli. Lékaři udávána dávka se ve výzkumném vzorku pohybuje nejčastěji od 0,5 až po 1 tabletu denně, ve výjimečných případech jsme se setkali s doporučením od lékaře v případě nutnosti dávku navýšit. U osob nad 65 let by měla být doporučená denní dávka s polovičním obsahem účinné látky (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2014a), (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2014b). V rámci výpovědí respondentů se nesečkáme s navyšováním dávky, ale s držením se doporučení lékaře a případné snižování dávky, které je odůvodněno vysokým účinkem léků. V rámci výzkumného souboru jsme se setkali také s respondentem, který ve své podstatě popíral všechny dosud uvedené odpovědi. V tomto případě si daný jedinec uvědomoval riziko závislosti na hypnoticích a po 2měsíčním užívání, které přesahuje doporučenou dobu, se rozhodl léky samovolně vysadit a nahradit produktem přírodního původu. Konkrétně se jedná o doplněk stravy Neospan, který obsahuje především kozlík lékařský a meduňku lékařskou (Magistra.cz, 2022). V návaznosti na užívání tohoto přípravku byl případ doplněn o informace ze strany respondenta, a to konkrétně, že tento lék využívá na principu placebo. V tomto okamžiku se dostáváme k podnětné otázce funkce placebo u lidí ve vyšším věku s problémy se spánkem. Zmiňován tento fakt byl již respondentem KP z geriatrického oddělení. Bohužel otázce vlivu placebo místo hypnotik není ve výzkumech věnována dostatečná pozornost. Určité výsledky přinesla randomizovaná studie, ve které se ukázal nedostatečný vliv placebo na kvalitu spánku. Naopak významné zlepšení kvality spánku přineslo pravidelné podávání melatoninu (Garzón et al., 2009). Nabízí tedy otázka užívání melatoninu u lidí ve vyšším věku s poruchami spánku, jelikož léky na melatoninové bázi nevyvolávají závislost (Kopová, 2013).

Mezi negativní účinky hypnotik řadíme neklid, nespavost nebo poruchy vnímání a myšlení (Orel, 2020). Respondenti neuváděli žádné z těchto nežádoucích účinků při užívání

hypnotik, což byl také pro ně jeden z důvodů, proč hypnotika užívat nadále. Mezi další hlavní důvody patří také pozitivní účinek hypnotik na problémy se spánkem. V neposlední řadě byl často uváděným faktem to, že samotné užívatele hypnotika v ničem neomezují a nevadí jim dlouhodobé užívání. V rámci výzkumu byl zjištěn fakt, že někteří jedinci mohou užívat až nadužívat hypnotika v důsledku jejich relaxačních až euforických účinků (Pourshams & Malakouti, 2014). S tímto jevem jsme se setkali v nižší míře pouze jednou, kdy respondent uváděl, že léky užívá kvůli psychické nepohodě, kterou dále nerozváděl.

Co se týče změn spánku v důsledku nadužívání hypnotik, ani zde jsme se ve velké míře neseťkali s negativním dopadem. Hypnotika v tomto případě pozitivně ovlivňovala problémy se spánkem – tedy zkracují dobu usínání a prodlužují spánek. V otázce buzení v noci nebyl zaznamenán rozdíl před užíváním léků a po. Dále byly neměnné i sny. Hypnotika 3. generace mohou navozovat ospalost druhý den po užití (Kopová, 2013), což se v našem výzkumném vzorku nepotvrdilo.

V rámci výzkumu nepracujeme s lidmi trpícími syndromem závislosti, jelikož se zde neobjevují jeho hlavní kritéria. Mezi ta patří silná touha užívat látku, potíže v sebeovládání, tělesný odvykací stav, průkaz tolerance a zvyšování dávek, zanedbávání jiných zájmů a pokračování v užívání přes škodlivé následky (World Health Organization, 2006). V rámci výzkumného vzorku jsme se neseťkali s žádným z kritérií, naopak se ukázalo, že si jedinci sami dávku snižují. Zároveň nás i u nadužívání hypnotik zajímalo, co se s jedinci děje, pokud si nevezmou lék. Provedené výzkumy na téma závislosti a nadužívání hypnotik u seniorů přinesly výsledky naznačující silné odvykací stavy po vysazení zolpidemu. Ty provázely například neklid, třes, nespavost, halucinace, delirium, zmatenost a další (Pourshams & Malakouti, 2014), (Pilch, 2004), (Chalany, 2014). Tyto potíže nastávají především u závislosti na hypnoticích, kdy jedinec užívá mnohonásobně vyšší denní dávky. V našem výzkumu jsme se neseťkali s žádnými odvykacími stavy nebo fyzickými projevy závislosti. Můžeme se domnívat, že je to z důvodu dlouhodobého užívání nezvyšující se dávky hypnotik. Tyto závěry potvrzuje studie dlouhodobé léčby nespavosti pomocí zolpidemu (Schlich et al., 1991). Zároveň však respondenti uváděli, že jejich problémy po absenci hypnotik byli spíše psychického rázu, tedy že se jednalo o obavy, strach, smutek nebo neklid. Také byly udávány stejné problémy se spánkem po vysazení jako před začátkem užívání hypnotik. Opět nastalo prodloužení usínání a zkrácení hodin spánku.

Co se týče pozorování dopadů a negativ ze strany samotných uživatelů i jejich blízkých, neseťkali jsme se s žádnými obtížemi. Naopak byla udávána spokojenost, která



pramení především s opětovnou a částečnou kvalitou spánku. Rodinní příslušníci nemají ve většině případů ucelené informace o tom, že jejich blízká osoba dlouhodobě užívá hypnotika. Setkali jsme se s případem, že o tomto faktu blízká osoba věděla, ale udávala poloviční dobu užívání. V našem vzorku se jednalo o dceru nebo vnoučata, kteří s respondenty nežijí, proto nemají dlouhodobý a podrobný vhled do jejich zvyků a užívaných léků. Dále s tím souvisí fakt, že okolím nejsou pozorovány žádné změny v chování nebo psychice uživatelů.

V rámci výzkumu jsme také narazili na situaci, kdy respondent a jeho blízká osoba popisovali odlišné verze případu. Samotný uživatel užívání hypnotik zlehčoval a neuváděl pravou frekvenci i délku užívání hypnotik. Tento jev je pochopitelný, jelikož se jedná o citlivé téma.

V rámci průběhu výzkumné části, a především při analýze dat byly postupně odkryty určité limity práce. V rámci sběru dat byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů, kterou nadále hodnotím kladně. V rámci připravených otázek bylo pro mě jednoduché se v případě odbočení od tématu vrátit a pokrýt všechny důležité body a získat tak bohaté informace. Zároveň byl zde prostor přizpůsobit pořadí či doplňující otázky každému respondentovi. Jedinou slabinu zde vidím v tom, že bylo občas náročné získat odpověď na přímo na kladenou otázku bez uvádění informací k jiným otázkám. Tento fakt neměl vliv na kvalitu či kvantitu získaných dat, pouze se promítl do náročnosti zpracování a utřídění dat.

Vzhledem ke specifikám cílové populace nebylo možné ve velkém množství používat prostředky online komunikace, s výjimkou jednoho rozhovoru. Nemám pocit, že by realizace rozhovoru s osobami blízkými či pečujícími vedla ke snížení kvality získaných dat a pokud by se naskytla možnost získat více rozhovorů touto cestou, využila bych ji.

Pro výzkum jsem zvolila hned několik metod sběru dat. Velmi malou úspěšnost mělo záměrné oslovování nejrůznějších organizací navzdory tomu, že jich bylo osloveno několik desítek. Vytvoření propagačního letáku nám přineslo nejvíce respondentů, a to především díky osobám blízkým, které nám doporučili své rodinné příslušníky užívající hypnotika. Na tomto základě uživatelé doporučovali další respondenty či organizace, které budou ochotné poskytnout prostor pro výzkum. Výrazné limity spatřuji v nedostatku respondentů v rámci osob blízkých či pečujících. Jelikož poměrně velká část výzkumného vzorku bydlí v domově pro seniory, nebylo možné se setkat i s rodinnými příslušníky. Co se týče oslovování osob pečujících či ošetřujících, lékařů atd., bylo nejčastěji udávaným důvodem odmítnutí

rozhovoru nedostatek času. Pro další výzkumy či využití by bylo však žádoucí zapojit více pečujících lékařů, ošetřovatelů i rodinných příslušníků.

Velkým přínosem výzkumu pro mě osobně vidím v tom, že jsem měla možnost vyzkoušet práci a komunikaci se specifickou cílovou skupinou, tedy osobami nad 65 let. Dále pro mě bylo také zajímavé a obohacující provádět rozhovory nejen s uživateli hypnotik, ale i jejich blízkými osobami, ať už se jednalo o rodinné příslušníky, personál v domovech pro seniory nebo psychologa.

Celkově bych přínos této práce viděla především v rozšíření poznatků a v podstatě úvodem do této problematiky. Doposud nebyla velká pozornost věnována nejen nadužívání či závislosti na psychofarmacích obecně, ani konkrétně na hypnoticích. Cílová skupina seniorů je v rámci výzkumů často přehlížena, proto by bylo vhodné se tímto směrem více ubírat. Prvním a stěžejním krokem by měly být přesnější odhady ohledně toho, kolika procent populace se tento problém týká. Dále by bylo vhodné se zaměřit na šíření informací o riziku vzniku závislosti a důsledků, která nadužívání hypnotik může přinášet.

## 10 ZÁVĚR

Na základě provedeného výzkumu a dosavadních teoretických poznatků můžeme stanovit následující závěry:

- Hlavním důvodem pro vyhledání lékaře bývají obtíže se spánkem, v méně příkladech je to zmíněno při běžné návštěvě lékaře.
- Mezi nejčastější problémy patří problematické a dlouhé usínání, časté noční buzení a snížení celkové počtu hodin spánku.
- Hypnotika jsou seniorům doporučována jako první volba léčby při potížích se spánkem.
- Uživatelé nemají informace o tom, jak dlouho léky užívat. Nejčastěji je automaticky obnovován předpis na hypnotika nehledě na délku užívání.
- Lékař často uživatele neinformuje o riziku vzniku závislosti.
- Mezi hlavní důvody pro pokračování užívání hypnotik patří vymizení problémů se spánkem. Nejčastěji se jedná o rychlejší a lepší usínání a více naspaných hodin.
- Naopak u buzení v noci nebyl zaznamenán pokles v důsledku nadužívání hypnotik. Bylo však uvedeno, že jedinci pak rychleji usnout znovu.
- Respondenti také udávali, že hypnotika užívají, jelikož jim v ničem nevadí ani je neomezují. Nezaznamenávají žádné vedlejší či nežádoucí účinky.
- Užívání hypnotik z jiných důvodů, než jsou problémy se spánkem uvedl pouze jeden respondent. Jednalo se o užívání při psychické nepohodě.
- Velikost dávky je v drtivé většině případů neměnná. Uživatelé mají spíše tendenci dávku snižovat.
- Zaznamenány byly i případy se změnou účinné látky v léku, a to kvůli nevyhovujícím účinkům – vysoké tlumivé účinky léku.
- Se změnami spánku v důsledku užívání hypnotik bylo udáváno rychlejší a lepší usínání. Probouzení v noci zůstává stejné.
- Sny a snění uživatelů se ve většině případů nezměnilo.
- Respondenti také neuváděli potíže přetrvávající druhý den po užití hypnotik. Nebyly zaznamenány případy únavy či ospalosti další den.
- Fyzické odvykací stavy nebyly zaznamenány.
- Respondenti přiznávají, že zapomněli užít lék. Důsledkem bylo navrácení udávaných potíží se spánkem.

- Při absenci hypnotik se objevovaly spíše potíže psychického rázu. Mezi ty patřil neklid, vztek, strach, obavy a smutek. Pocity neklidu jsou hodnoceny a sdíleny i ze strany personálu.
- Pohled uživatelů na předepsání hypnotik je kladný a jsou spokojení s předpisem.
- Byl zjištěn i případ, kdy jedinec nechtěl užívat hypnotika, jelikož se dozvěděl o riziku vzniku závislosti.
- Celkově nebyla ze strany uživatelů zaznamenána negativa či dopady plynoucí z nadužívání. Uživatelé udávají spokojenost s lepším spánkem.
- Osoby blízké často nemají informace o tom, že jim blízká osoba užívá léky.
- Pokud tuto informaci mají, často nevědí pravý rozsah užívání hypnotik.
- Setkali jsme se také s případem, kdy se informace uvedené od uživatele a jeho rodinného příslušníka odlišovaly. Samotný uživatel užívání hypnotik zlehčoval.
- Osoby blízké nepozorují změny chování či jiné změny u uživatelů při nadužívání hypnotik.
- Informace o hypnoticích si většinou rodinní příslušníci nehledají, a to v důsledku toho, že o tomto problému nevědí.
- V případě znalosti této problematiky se blízké osoby zaměřují na nahrazení hypnotik jinými přípravky, většinou přírodního původu.

# 11 SOUHRN

Diplomová práce se zabývá důvody nadužíváním hypnotik u seniorů a jeho dopady. Na téma je nahlíženo komplexně a zahrnuje i pohled osob blízkých či pečujících samotných uživatelů hypnotik.

**TEORETICKÁ část** je členěna na čtyři hlavní kapitoly. Cílem teoretické části je seznámit čtenáře se základní problematikou a vysvětlit všechny pojmy týkající se spánku, jeho poruch, léčby, období stáří, závislosti, nadužívání, účinku psychofarmak se zaměřením na hypnotika. V poslední řadě jsou tyto pojmy dány do souvislosti v rámci dosavadních výzkumů.

**Spánek** jsme definovali jako přirozený stav, během kterého dochází ke snížení psychické i fyzické aktivity (Plháková, 2003). Je řízen především cirkadiánním rytmem, který řídí dobu spánku a bdělosti (Walker, 2018). V průběhu spánku pochází člověk několika stádií v rámci, kterých se výrazně mění aktivita mozku (Plháková, 2013). Spánek má pro lidi důležitý význam, jelikož se v důsledku jeho absence, tedy spánkové deprivace, můžeme setkat s kognitivními a zdravotními obtížemi (Chokroverty, 2010). Mezi poruchy spánku řadíme nespavost, hypersomnii, poruchu cyklu bdění a spánku, náměsíčnictví a další (World Health Organization, 2006). V rámci léčby poruch spánku, především nespavosti, se využívá kromě psychofarmak technik KBT a relaxačních metod (Plháková, 2013). Průběhu života se spánek mění a postupně zkracuje. Novorozenci spí největší množství hodin, a to až 17 hodin denně. V předškolním věku se toto množství zkracuje na 11 hodin. Velkým milníkem je pak dospívání, kdy se doba spánku zkracuje na 8 hodin. Dalším velkým zlomem je právě přibližně 60. rok života, kdy se přirozeně zkracuje až na 5 hodin (Borzová et al., 2009). Stáří s sebou přináší velké množství změn, mezi které patří také poruchy spánku. Nejčastěji se setkáváme s problémy s usínáním a efektivitou spánku. Často tráví velké množství času v posteli, ale nespí (Lattová, 2011). Stáří je pak definováno jako období života od 65 let po smrt (Wernerová & Zvoníková, 2016). Změny, které stárnutí přináší, můžeme rozdělit podle 4 hlavních oblastí – tělesná, duševní, smyslová a sociální (Krejčířová & Langmeier, 2006).

**Závislost a nadužívání** vymezuje především MKN-10. V tomto ohledu řadí závislosti mezi Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Mezi tyto látky řadí například alkohol, tabák, halucinogeny, kokain, kofein a jiná

stimulancia, sedativa a hypnotika aj. Syndrom závislosti musí splňovat určitá kritéria, mezi které patří touha užívat látku, potíže v sebeovládání, odvykací stav, tolerance atd. Nadužívání a škodlivé užívání pak bylo definováno jako užívání, které vede k poruše zdraví (World Health Organization, 2006). Nadužívání léků pak definuje užívání léků pacientem za měsíc (American Migraine Foundation, 2016). V seniorů se nejčastěji objevuje závislost na alkoholu, psychofarmacích, gambling nebo impulzivní chorobné nakupování (Krombholz & Drástová, 2010). Účinek návykových látek je také u seniorů jiný, a to zejména v poklesu tolerance a rizika těžké intoxikace (Nešpor, 2013). V rámci léčby závislosti u seniorů je třeba pamatovat na tělesná onemocnění a vyšší riziko odvykacích stavů, kam řadíme delirium, ztrátu paměti, sebevraždy a sebevražedné chování, zvýšené riziko nebo zhoršení stavu demence, pády a zlomeniny (Clay, 2010), (Brett & Murnion, 2015).

**Psychofarmaka** jsme definovali jako látky ovlivňující psychickou činnost člověka (Hartl, 2004). Dále jsme je rozdělili podle ovlivňované oblasti psychiky. Výčet zahrnuje antidepresiva, anxiolytika, thymopropylaktika, antipsychotika, neuroprotektiva, hypnotika a psychostimulancia (Orel, 2020). Největší pozornost byla věnována hypnotikům. Hlavním účinkem hypnotik je prodlužování spánku, vliv na usínání a snížení buzení v noci (Svoboda et al., 2015). Působí tlumivě na mozek a zklidňují. Hypnotika jsou vysoce návyková a měla by se proto užívat krátce a cíleně (Orel, 2020). Rozdělujeme je do 4 základních generací. Čím vyšší generace hypnotik, tím je zpravidla používanější a bezpečnější (Svoboda et al., 2015). Nejužívanějšími jsou hypnotika 3. generace, označovaná jako z-preparáty. Patří sem zopiklon, zolpidem a zalepton. Jedná se o léky první volby při léčbě insomnie (Nechanská et al., 2012). Léčba pomocí hypnotik by neměla překročit 4 týdny a doporučená denní dávka je jedna tableta, tedy 10 mg před spaním. U osob nad 65 let se doporučuje denní dávka poloviční (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2014a).

**Dosavadní výzkumy** ukázaly, že v populaci mezi 50 a 64 lety trpí poruchami spánku přibližně pětina osob, ve věku nad 65 let je to již každý čtvrtý (Krombholz & Drástová, 2010). Spánkové obtíže s sebou přináší další komplikace, například s krevním tlakem, spánkovou apnoí, sníženou kognitivní výkonnost, pozornost a mnoho dalších (Zhou et al., 2017), (Robillard et al., 2011), (Guilleminault et al., 1984). Co se týče nadužívání hypnotik, nese s sebou řadu rizik, například riziko zvýšené úmrtnosti, sebevražd či srdečních problémů (Kripke, 2013). Mezi další zdravotní potíže můžeme řadit úzkost, třes, nespavost, nevykonnost a mnoho dalšího (Konečný, 2017). Přímou u nadužívání a závislosti na zolpidemu se týká řada kazuistik, kdy uživatelé výrazně navyšovali dávku hypnotik, což

mělo za důsledek velmi vážné odvykací stavy při léčbě (Pilch, 2004), (Pourshams & Malakouti, 2014), (Sellami et al., 2016), (Chalany, 2014).

**VÝZKUMNÁ část** se zaměřovala na to, jaké důvody vedou seniory k nadužívání hypnotik a jaké to má dopady pro ně. Zároveň jsme se taky zaměřovali na to, jaký je pohled blízkých osob. Byl zvolen kvalitativní design, v rámci kterého byla data sbírána formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný vzorek následně tvoří 15 osob, z čehož je 11 seniorů a 4 osoby blízké či pečující. Při výzkumu byly dodrženy etické zásady.

Hlavní výzkumný cíl byl poté rozdělen na **5 výzkumných otázek:**

VO1: Jaké jsou důvody pro nadužívání hypnotik?

VO2: Jak uživatelé subjektivně vnímají změny spánku?

VO3: Jak probíhají případné odvykací stavy?

VO4: Jaká negativa a dopady plynoucí z nadužívání uživatel pocítuje?

VO5: Jaké dopady nadužívání hypnotik pozorují blízké osoby uživatelů?

Data byla následně analyzována za pomoci **interpretativní fenomenologické analýzy**, která přinesla následující odpovědi na výzkumné otázky.

VO1: Nejčastějším důvodem pro vyhledání lékaře jsou obtíže se spánkem, nejčastěji problematické usínání a buzení se v noci. K nadužívání přispívá absence nežádoucích či vedlejších účinků. Celkově jsou uživatelé spokojeni se zlepšením spánku, především u usínání při užívání hypnotik.

VO2: Uživatelé udávali výrazné zlepšení usínání. Naopak buzení v noci zůstává beze změn. Co se týče únavy druhý den po užití, nebyl tento fenomén zaznamenán. Uživatelé hodnotí, že jsou druhý den odpočatí a necítí další sedativní účinky léků.

VO3: Odvykací stavy ani jiné fyzické potíže nebyly při vysazení léku zaznamenány. Uživatelé nejčastěji uváděli neklid, smutek, obavy a opětovné zhoršení spánku při absenci hypnotik.

VO4: Negativa ani dopady plynoucí z nadužívání hypnotik uživatelé nepocítují. Naopak hodnotí kladně zlepšení spánku v důsledku užívání hypnotik.

VO5: Osoby blízké často nevědí, jaký je rozsah užívání hypnotik, z toho důvodu není možné z jejich strany navrhnout řešení. Nepozorovali však u svých blízkých žádné změny v chování či změny fyzického a psychického rázu.

Celkově je škoda, že se tématu nadužívání nejen hypnotik, ale psychofarmak celkově nevěnuje větší pozornost. Jinak tomu není ani v populaci seniorů, která je často přehlížena. Vzhledem k tomu, že tvoří velkou část naší společnosti, která se bude nadále zvyšovat, stojí za zvážení, zda by se více pozornosti ve výzkumech nemělo soustředit právě na tato témata. Do budoucna by se tak mohli změnit léčebné přístupy u seniorů, ale také snížit náklady nejen pojišťoven v rámci proplácení předepisovaných léků.



# LITERATURA

Adiktologická a AT ambulance DROP IN, s.r.o. (2023). *Adiktologická a AT ambulance DROP IN, s.r.o. – Drop In*. <https://www.dropin.cz/adiktologicka-a-at-ambulance-drop-in-s-r-o/>

Altamura, A. C., Moliterno, D., Paletta, S., Maffini, M., Mauri, M. C., & Bareggi, S. (2013). Understanding the pharmacokinetics of anxiolytic drugs. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 9(4), 423–440. <https://doi.org/10.1517/17425255.2013.759209>

American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3) (Online)*. <https://learn.aasm.org/Public/Catalog/Details.aspx?id=%2fgqQVDMQIT%2fEDy86PWgqgQ%3d%3d&returnurl=%2fUsers%2fUserOnlineCourse.aspx%3fLearningActivityID%3d%252fgqQVDMQIT%252fEDy86PWgqgQ%253d%253d>

American Migraine Foundation. (2016). Headache from Medication Overuse | AMF. *American Migraine Foundation*. <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/medication-overuse/>

American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>

Anonymní alkoholici. (2022). *12 kroků AA*. Anonymní alkoholici. <https://www.anonymnialkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa/>

Atkinson, R. (2003). *Psychologie*. Portál.

Baránek, T. (2019, červen 4). *Snění o lepším spánku: Dreem, Oura a ti druzí*. Lifehacky.cz. <https://www.lifehacky.cz/sneni-o-lepsim-spanku-dreem-oura-withings-sleepon-srovnani/>

Behrman, S., Burgess, J., & Topiwala, A. (2018). Prescribing antipsychotics in older people: A mini-review. *Maturitas*, 116, 8–10. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.06.015>

Borzová, C., Jirák, R., Holíková, M., Kozelek, P., & Kostková, T. (2009). *Nespavost a jiné poruchy spánku: Pro nelékařské zdravotnické obory* (Roč. 2009). Grada.

Brett, J., & Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Australian Prescriber*, 38(5), 152–155.

<https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.055>

Bubenik, G., & Konturek, S. (2011). Melatonin and aging: Prospects for human treatment. *J Physiol Pharmacol*.

Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., & Bernardi, M. (2012). ALCOHOL USE DISORDERS IN THE ELDERLY: A BRIEF OVERVIEW FROM EPIDEMIOLOGY TO TREATMENT OPTIONS. *Experimental Gerontology*, 47(6), 411. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2012.03.019>

Carrier, J., Monk, T., Buysse, D., & Kupfer, D. (1997). Sleep and morningness-eveningness in the “middle” years of life. *Journal of Sleep Research*.

Carskadon, M. A. (1986). Guidelines for the Multiple Sleep Latency Test (MSLT): A Standard Measure of Sleepiness. *Sleep*, 9(4), 519–524. <https://doi.org/10.1093/sleep/9.4.519>

Clay, S. W. (2010). Treatment of addiction in the elderly. *Aging Health*, 6(2), 177–189. <https://doi.org/10.2217/ahe.10.14>

Coupland, C., Dhiman, P., Morriss, R., Arthur, A., Barton, G., & Hippisley-Cox, J. (2011). Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: Population based cohort study. *BMJ*, 343, d4551. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4551>

Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

Česká asociace streetwork, z.s. (2022). *Co je streetwork | Česká asociace streetwork, z.s.* <https://www.streetwork.cz/stranka/13/co-je-streetwork>

Český statistický úřad. (2021). *Senioři v ČR v datech*. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/csu/czso/domov>

Čížek, J. (2002). Léková závislost—Stručný přehled a poznatky z praxe. *Interní medicína pro praxi*, 2002.

Dement, W., & Kleitman, N. (1957). *The relation of eye movements during sleep to dream activity: An objective method for the study of dreaming*.

Diekelmann, S., & Born, J. (2010). Diekelmann S, Born J. The memory function of sleep. *Nat Rev Neurosci* 11: 114-126. *Nature reviews. Neuroscience*, 11, 114–126. <https://doi.org/10.1038/nrn2762>

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2010. vyd., Roč. 2010). Portál.

Fujáková, M., & Kopeček, M. (2012). Antidepressiva—Od teorie ke klinické praxi. *Klin Farmakol Farm*, 26.

Garzón, C., Guerrero, J. M., Aramburu, O., & Guzmán, T. (2009). Effect of melatonin administration on sleep, behavioral disorders and hypnotic drug discontinuation in the elderly: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 21(1), 38–42. <https://doi.org/10.1007/BF03324897>

Greenblatt, D. J., & Roth, T. (2012). Zolpidem for insomnia. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 13(6), 879–893. <https://doi.org/10.1517/14656566.2012.667074>

Guilleminault, C., Silvestri, R., Mondini, S., & Coburn, S. (1984). Aging and Sleep Apnea: Action of Benzodiazepine, Acetazolamide, Alcohol, and Sleep Deprivation in a Healthy Elderly Group. *Journal of Gerontology*, 39(6), 655–661. <https://doi.org/10.1093/geronj/39.6.655>

Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Grada.

Hanáková, T. (2010). UŽITÍ ANXIOLYTIK VE STÁŘÍ A ÚSKALÍ LÉČBY. *Edukafarm*.

Harrington, J. J., & Avidan, A. Y. (2005). Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Current Treatment Options in Neurology*, 7(5), 339–352. <https://doi.org/10.1007/s11940-005-0027-x>

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Harvey, A. G., Stinson, K., Whitaker, K. L., Moskowitz, D., & Virk, H. (2008). The Subjective Meaning of Sleep Quality: A Comparison of Individuals with and without Insomnia. *Sleep*, 31(3), 383–393. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.3.383>

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace* (Roč. 2016). Portál.

Hickie, I. B. (2011). Antidepressants in elderly people. *BMJ*, 343, d4660. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4660>

Chalany, J. (2014). Závislost na zolpidemu u seniorů. *Česká a slovenská psychiatrie*. <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=990>

Chokroverty, S. (2010). Overview of sleep & sleep disorders. *The Indian journal of medical research*, 131, 126–140. [https://doi.org/10.1016/S0030-6665\(05\)70123-7](https://doi.org/10.1016/S0030-6665(05)70123-7)

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., & Mravčík, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Úřad vlády České republiky.

Chval, Mud. J. (2009). Závislost na zolpidemu. *Psychiatrická léčebna v Dobřanech, interní oddělení*, 2.

Idzikowski, C. (2012). *Jak na to: Zdravý spánek (bez problémů usnete, vydržíte klidně spát, osvěžte tělo i ducha)*. Slovart.

InformedHealth. (2017). Insomnia: Relaxation techniques and sleeping habits. In *InformedHealth.org [Internet]*. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279320/>

Jiráček, R. (2013). *Gerontopsychiatrie*. Galén.

Kalina, K. (2011a). *Drogy a drogové závislosti I*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2011b). *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky.

Kalvach, Z., & Jiráček, R. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Grada.

Kang, D.-Y., Park, S., Rhee, C.-W., Kim, Y.-J., Choi, N.-K., Lee, J., & Park, B.-J. (2012). Zolpidem Use and Risk of Fracture in Elderly Insomnia Patients. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 45(4), 219–226. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2012.45.4.219>

Killgore, W. D. S. (2010). Effects of sleep deprivation on cognition. In G. A. Kerkhof & H. P. A. van Dongen (Ed.), *Progress in Brain Research* (Roč. 185, s. 105–129). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53702-7.00007-5>

Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Grada.

Konečný, M. (2017). Consumption of addictive sedatives and hypnotics in the Czech Republic and addiction on these medicines from the consiliary psychiatric view. *Psychiatrie pro praxi*, 18(3), 135–139. <https://doi.org/10.36290/psy.2017.026>

Kopová, L. (2013). *Návyky a zneužívání psychofarmak* [Bakalářská práce, Univerzita Palackého]. [https://theses.cz/id/jsk40y/Lucie\\_Kopov\\_-\\_bakalsk\\_prce.pdf](https://theses.cz/id/jsk40y/Lucie_Kopov_-_bakalsk_prce.pdf)

Korczak, A., Martynhak, B., Pedrazzoli, M., Brito, A., & Louzada, F. (2008).

Influence of chronotype and social zeitgebers on sleep/wake patterns. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*.

Kostínková, J., & Cermak, I. (2013). *Interpretativní fenomenologická analýza* (s. 9–43).

Krejčířová, D., & Langmeier, J. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada.

Kripke, D. F. (2013). Risks of Chronic Hypnotic Use. In *Madame Curie Bioscience Database [Internet]*. Landes Bioscience. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6630/>

Krombholz, R., & Drástová, H. (2010). *Závislosti a stáří*.

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102–120. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa>

Lattová, Mud. Z. (2009). Hypnotika. *Psychiatrická klinika I. LF UK a VFN, Praha*, 4.

Lattová, Z. (2011). Poruchy spánku ve vyšším věku. *Postgraduální medicína*.

Lavery, S. (1998). *Léčivá síla spánku*. Knižní klub.

Lemke, S., & Moos, R. H. (2002). Prognosis of older patients in mixed-age alcoholism treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(1), 33–43. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00209-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00209-4)

Madhusoodanan, S., & Bogunovic, O. J. (2004). Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opinion on Drug Safety*, 3(5), 485–493. <https://doi.org/10.1517/14740338.3.5.485>

Magistra.cz. (2022). *Neospan forte 45 tobolek* | *Magistra.cz*. <https://www.magistra.cz/cs/produkt/neospan-forte-45-tobolek>

Malcolm H. Lader, M. D. (2009). *Hypnotics*. 26. <https://www.psychiatrictimes.com/view/hypnotics>

Masopust, J., Libiger, J., Köhler, R., Urban, A., & Čermáková, E. (2009). Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky. *Česká a slovenská psychiatrie*.

MeDitorial. (2018, prosinec 8). *Odvracená tvář Z-hypnotik*. <https://www.prolekarniky.cz/tema/leky-na-lekarsky-predpis/detail/odvracena-tvar-z-hypnotik-105661>

- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Galén.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Roč. 2006). Grada.
- MITLER, M. M., GUJAVARTY, K. S., & BROWMAN, C. P. (1982). MAINTENANCE OF WAKEFULNESS TEST: A POLYSOMNOGRAPHIC TECHNIQUE FOR EVALUATING TREATMENT EFFICACY IN PATIENTS WITH EXCESSIVE SOMNOLENCE. *Electroencephalography and clinical neurophysiology*, 53(6), 658–661. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2480525/>
- Nechanská, B., Mravčík, V., & Popov, P. (2012). *Zneužívání psychoaktivních léků v české republice: Identifikace a analýza zdrojů dat* (1.). Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Portál.
- Nešpor, K. (2013). *Návykové chování a závislost*. Portál.
- Nešpor, K., & Müllerová, M. (2006). *Jak přestat brát drogy: Svépomocná příručka*. FIT IN.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše* (3.). Grada.
- Patton, M. Q. (2014). *Patton, M. Q. (2014). Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Sage publications.
- Pilch, R. (2004). ODVYKACÍ STAV S DELIRIEM PO ODNĚTÍ ZOLPIDEMU. *Psychiatrie pro praxi*.
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Plháková, A. (2013). *Spánek a snění: Vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití* (Praha). Portál.
- Pourshams, M., & Malakouti, S. K. (2014). Zolpidem abuse and dependency in an elderly patient with major depressive disorder: A case report. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 22(1), 54. <https://doi.org/10.1186/2008-2231-22-54>
- Praško, J., Espa-Červená, K., & Závěšická, L. (2004). *Nespavost*. Portál.
- Pruthi, S., Baughn, J., & Sawchuk, C. (2016). *Insomnia treatment: Cognitive behavioral therapy instead of sleeping pills*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/insomnia/in-depth/insomnia-treatment/art-20046677>

Pruthi, S., Hall-Flavin, D., Kisson, N., & Olson, E. (2022). *Prescription drug abuse—Symptoms and causes*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/prescription-drug-abuse/symptoms-causes/syc-20376813>

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.

Robillard, R., Lanfranchi, P. A., Prince, F., Filipini, D., & Carrier, J. (2011). Sleep Deprivation Increases Blood Pressure in Healthy Normotensive Elderly and Attenuates the Blood Pressure Response to Orthostatic Challenge. *Sleep*, 34(3), 335–339. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041709/>

Roenneberg, T., Wirz-Justice, A., & Merrow, M. (2003). Life between clocks: Daily temporal patterns of human chronotypes. *Journal of Biological Rhythms*.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *KVALITATIVNÍ ANALÝZA TEXTŮ: ČTYŘI PŘÍSTUPY*. Masarykova univerzita.

Sellami, R., Messedi, N., Feki, I., Baati, I., Zahaf, A., & Masmoudi, J. (2016). Zolpidem abuse: About a case. *European Psychiatry*, 33(S1), S309–S309. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1056>

Shaw, S. H., Curson, H., & Coquelin, J. P. (1992). A Double-Blind, Comparative Study of Zolpidem and Placebo in the Treatment of Insomnia in Elderly Psychiatric In-Patients. *Journal of International Medical Research*, 20(2), 150–161. <https://doi.org/10.1177/030006059202000207>

Schlich, D., L'Heritier, C., Coquelin, J. P., & Attali, P. (1991). Long-Term Treatment of Insomnia with Zolpidem: A Multicentre General Practitioner Study of 107 Patients. *Journal of International Medical Research*, 19(3), 271–279. <https://doi.org/10.1177/030006059101900313>

Silverman, D. (2016). *Qualitative research*. Sage publications.

Smith, J. A., & Osborn, M. (2021). Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Psychology*.

Sproule, B., Hardy, B., & Shulman, K. (2000). Differential Pharmacokinetics of Lithium in Elderly Patients. *Drugs & aging*, 16, 165–177. <https://doi.org/10.2165/00002512-200016030-00002>

Státní ústav pro kontrolu léčiv. (2014a). *Zolpidem – nová doporučení*.

<https://www.sukl.cz/zolpidem-nova-doporuceni>

Státní ústav pro kontrolu léčiv. (2014b). *Zopiclone Bril*. Státní ústav pro kontrolu léčiv. <https://www.sukl.cz>

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie*. Portál.

Sýkorová, D. (2006). *Senioři v České republice*.

Topinková, E. (2005). *Zvláštnosti farmakoterapie ve stáří*. Edukafarm.cz. <http://www.edukafarm.cz/c548>

Uhlíková, Mud. P. (2008). *PORUCHY SPÁNKU U DĚTÍ A DOROSTU Z POHLEDU PEDOPSYCHIATRA*.

Úřad vlády České republiky. (2017). *Česká protidrogová politika a její koordinace*. [https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/koordinace/Informacni\\_letak\\_RVKPP.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/koordinace/Informacni_letak_RVKPP.pdf)

ÚZIS ČR. (2021). *Evropské výběrové šetření o zdraví 2019*. ÚZIS ve spolupráci s ČSÚ.

Vacek, J., & Vondráčková, P. (2014). Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110. <https://adoc.pub/vacek-j-vondrakova-p-behavioralni-zavislosti-klasifikace-fen.html>

Vojtíšek, P. (2012). *Výzkumné metody. Metody a techniky výzkumu a jejich aplikace v absolventských pracích vyšších odborných škol*. Vyšší odborná škola sociálně právní.

Vyazovskiy, V. V., & Delogu, A. (2014). NREM and REM Sleep: Complementary Roles in Recovery after Wakefulness. *The Neuroscientist*, 20(3), 203–219. <https://doi.org/10.1177/1073858413518152>

Walker, M. (2018). *Proč spíme: Odhalte sílu spánku a snění*. Jan Melvil.

Warm, J. S., Parasuraman, R., & Matthews, G. (2008). Vigilance Requires Hard Mental Work and Is Stressful. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 50(3), 433–441. <https://doi.org/10.1518/001872008X312152>

Wernerová, J., & Zvoníková, A. (2016). Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů: Ageing, long-term unfavorable health state and dependence of senior citizens. *Revision & Assessment Medicine / Revizni a Posudkove Lekarstvi*, 19(2), 68–



73.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=121278873&lang=cs&site=ehost-live>

West, R. (2016). *Modely závislosti* (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti). Úřad vlády České republiky.

Wever, R. (1979). *The Circadian System of Man: Results of Experiments Under Temporal Isolation*. Springer-Verlag.

World Health Organization. (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí—10. Revize* (3., Roč. 2006). Psychiatrické centrum Praha.

Z Assefa, S., Diaz-Abad, M., M Wickwire, E., & M Scharf, S. (2015). The Functions of Sleep. *AIMS Neuroscience*, 2(3), 155–171.  
<https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2015.3.155>

Zahradník, Mud. P. (2007). *POZNÁMKY K PSYCHODYNAMICKÝM ASPEKTŮM ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI*.

Zee, P. C., Attarian, H., & Videnovic, A. (2013). Circadian Rhythm Abnormalities. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 19(1 Sleep Disorders), 132–147.  
<https://doi.org/10.1212/01.CON.0000427209.21177.aa>

Zhou, X., Wu, T., Yu, J., & Lei, X. (2017). Sleep deprivation make the young's brain like elderly: A large-scale brain networks study. *Brain Connectivity*.

Zouharová, B. (2021). *Centrum substituční léčby—Klinika Adiktologie*.  
<https://www.adiktologie.cz/centrum-substitutni-lecby>

Zrubáková, K., Krajčík, Š., Bartošovič, I., Kamanová, I., & Magerčiaková, M. (2016). *Farmakoterapie v geriatrici*. Grada.

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Abstrakt diplomové práce v českém jazyce
2. Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce
3. Struktura rozhovoru
4. Rozhovor s respondentem Ž96
5. Propagační leták

## **Příloha č.1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Důvody nadužívání hypnotik u seniorů a jeho dopady

**Autor:** Bc. Petra Höferová

**Vedoucí práce:** PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 175 368

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 114

#### **Abstrakt:**

Předložená práce se zabývá problematikou nadužívání hypnotik u seniorů a jeho dopady. Cílem této práce bylo zjistit, jaké důvody k nadužívání vedou, jak se mění spánek v důsledku nadužívání hypnotik, jaká negativa pozorují samotní uživatelé a zda probíhají odvykací stavy při vysazení léku. Pozornost byla i zaměřena na osoby blízké a pečující a na to, zda oni pozorují nějaké dopady při nadužívání hypnotik. Práce je kvalitativního charakteru a pracovali jsme pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výsledná data byla analyzována za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy. Mezi nejčastější důvody nadužívání hypnotik patří problémy se spánkem a neznalost rizik spojených s nadužíváním. Změny spánku zaznamenány nebyly, ani nebyl uváděn efekt hypnotik další den po užití. Samotní uživatelé nepocítují a nepozorují dopady a negativa při užívání hypnotik. Odvykací stavy fyzického rázu zaznamenány nebyly, uváděny byly pouze pocity strachu, vzteku či obavy. Osoby blízké často nevědí o tom, že jejich blízcí nadužívají hypnotika, a tak nemají možnost tuto skutečnost řešit.

**Klíčová slova:** hypnotika, nadužívání, senioři, spánek

## **Příloha č.2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce**

### **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Reasons for Misuse of Hypnotics in Seniors and Its Impacts

**Author:** Bc. Petra Höferová

**Supervisor:** PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 175 368

**Number of appendices:** 5

**Number of references:** 114

#### **Abstract:**

This thesis deals with the issue of overuse of hypnotics in the elderly and its effects. The aim of this work was to find out what reasons lead to overuse, how sleep changes as a result of overuse of hypnotics, what negative effects are observed by the users themselves, and whether withdrawal occurs when the drug is discontinued. Attention was also focused on close and caring persons and on whether they observe any effects when overusing hypnotics. The work is of a qualitative nature and we worked using semi-structured interviews. The resulting data were analyzed using interpretive phenomenological analysis. Among the most common reasons for overuse of hypnotics are sleep problems and ignorance of the risks associated with overuse. Changes in sleep were not recorded, nor was the effect of hypnotics the day after use reported. The users themselves do not feel or observe the effects and negatives when using hypnotics. Withdrawal states of a physical nature were not recorded, only feelings of fear, anger or concern were reported. Relatives often do not know that their loved ones are overusing hypnotics, so they do not have the opportunity to address this fact.

**Keywords:** hypnotics, misuse, seniors, sleep

## **Příloha č.3: Struktura rozhovoru**

### **ROZHOVOR**

#### **1. úvodní část**

##### **a) administrativní záležitosti**

- Představení výzkumníka – kdo je a co studuje
- vysvětlení cíle výzkumu, významu a obsahu rozhovoru
- upozornění na fakt, že si v průběhu rozhovoru výzkumník dělá poznámky
- nahrávání rozhovoru – dotaz, zda s tím respondent souhlasí
- informovaný souhlas
- úvodní instrukce – odpovědi nejsou limitované, možnost kdykoliv ukončit rozhovor

##### **b) rozechřívání**

- respondent se krátce představí – věk, jak dlouho je případně v domově pro seniory, zda je zde spokojený atd.
- základní informace – strava, pohyb, somatické nemoci, problémy se spánkem v rodině, léčení v minulosti atd.

#### **2. jádro rozhovoru**

- pokládání předem definovaných otázek
- prostor na doptávání a úpravy otázek

##### **a) senioři**

1. Z jakého důvodu vám byla hypnotika předepsána?
2. Kvůli jakým problémům jste vyhledal lékaře, který vám následně předepsal hypnotika?
3. Z jakého důvodu jste pokračoval v užívání? Proč jste je nepřestal užívat?
4. Jaké léky konkrétně vám byly předepsány?
5. Jak dlouho vám bylo doporučeno léky užívat?
6. Jak dlouho je doopravdy užíváte?
7. Jak vám ze začátku léky vyhovovaly?
8. Jakou dávku vám lékař doporučil?
9. Měnil vám někdy lékař dávku léků?
10. Věděl jste o riziku vzniku závislosti na hypnoticích?
11. Jak se vám po lécích usíná?
12. Budíte se v průběhu noci?
13. Máte sny jako obvykle?
14. Máte po lécích zkušenost se špatnými sny nebo nočními můrami?
15. Jak se cítíte ráno, jste odpočatý?
16. Jste unavený i na druhý den ráno?
17. Stalo se vám někdy, že jste se napil alkoholu, když jste užil léky. (tj. kombinoval jste to)
18. Stalo se, že jste si lék nevzal?

19. Cítil jste se neklidný, když jste si lék nevezal?
20. Co se vám honilo hlavou, na co jste myslel, když jste si léky nevezal?
21. Berete si léky sám nebo vám je někdo připravuje?
22. Jak se vám spalo bez léků?
23. Kolik pilulek jste nakonec užíval a jakých léků? Lišilo se to od preskripce lékaře?
24. Jaký máte názor na to, že vám léky na spaní byly předepsány?
25. Cítil jste se někdy špatně po užití léků? Bylo vám zle?
26. Je něco, co vám vadí na lécích na spaní?

#### **b) osoby blízké/pečující**

1. Jaké dopady nadužívání hypnotik pozorují blízké osoby uživatelů?
2. Věděli jste, z jakého důvodu šla Vám blízká osoba k lékaři?
3. Byli jste od začátku obeznámeni, že začala užívat hypnotika?
4. Všimli si nějakých změn v chování?
5. Jak byste popsali chování, když si léky osoba nevezala?
6. Jak jste řešili nadužívání léků blízkého člověka?
7. Kde jste hledali informace?
8. Jak jste si toho všimli?

#### **3. závěr rozhovoru**

- Ošetření emocí respondenta, pokud pro něho byl rozhovor nebo téma náročné
- Poděkování za poskytnutí rozhovoru a spolupráci, ocenění upřímnosti a ochoty
- Ukončení rozhovoru

#### **Příloha č.4: Rozhovor s respondentem Ž96**

**Zapnu tedy nyní nahrávání rozhovoru, jak jsem vysvětlovala, je to v pořádku, souhlasíte s tím?**

Ano, samozřejmě.

**Děkuji moc. Ještě tedy musím upozornit, že si v průběhu rozhovoru budu dělat poznámky. Je to spíše kvůli mé orientaci a abychom se v tématu neztratili, je to takto v pořádku pro vás?**

Jo jo.

**(představení výzkumníka a účelu práce)**

...

**Můžeme nyní přistoupit k rozhovoru?**

Jsem připravená.

**Na začátek se vás zeptám, z jakého důvodu vám byla hypnotika předepsána?**

Měla jsem problémy se spaním. Sice ne moc dlouho, ale stejně jsem šla radši kvůli tomu za panem doktorem a ten mi předepsal prášky, aby se to zlepšilo.

**Aha a kvůli jakým problémům jste vyhledala lékaře, který vám následně předepsal hypnotika? Co byl původní problém?**

No kvůli tomu spaní právě. Nespala jsem a když už jo, tak jsem se hodně budila v noci, a to bylo nepříjemné.

**A z jakého důvodu jste pokračovala v užívání? Proč jste je nepřestal užívat?**

Protože dělají to, co mají. Dobře se mi po nich spí.

**Vyhovují, dobře. A vzpomenete si, jaké léky konkrétně vám byly předepsány?**

Nevím. Bílý. Něco s x. (Stilnox?) Asi ano, to zní jak ono.

**Ano, super, děkuji, to bude ono. Jak dlouho vám bylo doporučeno léky užívat?**

To nevím, nikdo mi nic neříkal.

**A jak dlouho je doopravdy užíváte? Vzpomenete si, alespoň odhadem?**

To taky nevím, ale byla jsem tam v létě možná, to teď si nevzpomenu. Ale minimálně půl roku to bude.

**Super, děkuji. A jak vám ze začátku léky vyhovovaly? Bylo vám po nich zle nebo cokoliv?**

Hned od začátku mi sedí. Normálně po nich usnu a nemůžu so stěžovat.

**A říkal vám pan doktor, jakou dávku máte brát? Kolik tabletek?**

1 večer na spaní.

**A měnil vám někdy lékař dávku léků?**

Ne to ne, pořád ten jeden a předepisuje mi další.

**Věděl jste o riziku vzniku závislosti na hypnoticích? Zmínil se pan doktor?**

Ne. Pan doktor mi tohle vůbec neříkal, Jen mi je předepsal a předepisuje dál když potřebuju.

**Dobře, děkuji. A jak se vám po lécích usíná?**

Dobře. Vezmu si ho v 19:30 a nejpozději do 8 spím.

**Tak to je dobře. A jak to máte se spaním v noci, budíte se v průběhu noci?**

Budím se, ale to mě někdo musí vzbudit. Občas televize od spolubydlící nebo tak. Sama od sebe se ale nebudím.

**Jo. A máte sny jako obvykle nebo je to jinak, když si vezmete léky? Zdá se vám něco?**

To asi ne, nepamatuju si je.

**A máte po lécích zkušenost se špatnými sny nebo nočními můrami?**

To nevím, asi ne, nepamatuju si, takže asi ne.

**To je dobře. A jak se cítíte ráno, jste odpočatý, dobře vyspalá?**

Vzbudím se ve 4 nebo v 5 a jsem vyspalá, ale chodím brzy spát. Občas mě sousedka vzbudí i v 1 nebo ve 3 a to už nemůžu usnout. Někdy spím i přes den na půl hodiny.

**A druhý den býváte někdy unavená nebo ne?**

Ne unavená nebývám. Dobře se mi spí. Ale přes den si lehnu, to jo. Ale to jsem stará už.

**Stalo se vám někdy, že jste se napila alkoholu, když jste užila léky? Třeba pivo nebo skleničku vína?**

Ne, to nikdy.

**To je dobře. A stalo se, že jste si lék nevzala, třeba na něho zapoměla nebo tak?**

Jen 1x se stalo, že mi paní sestřička lék nedala.

**A jak jste se cítila, když jste ho nedostala? Byla jste neklidná nebo něco?**

Ano, celou noc jsem nespala. Bylo to strašné. Od té doby ho mám každou noc.

**A co se vám honilo hlavou, na co jste myslel, když jste si léky nevzal? Na co jste myslela?**

Na nic jsem nemyslela nebo na nic konkrétního. Jen jsem se snažila usnout a na nic nemyslet, ale nespala jsem.

**Berete si léky sama nebo vám je někdo připravuje?**

Sestřičky naše nám tu nosí. Jsou moc hodné, že?



**Ano to jsou, moc. A jak se vám spalo bez léků?**

Špatně – vůbec jsem nespala. Dříve to bylo dobré, ale teď jak jsem stará, tak mám poslední roky problémy se spaním. Ne moc dlouho ale pak jsem šla k panu doktorovi.

**A kolik pilulek jste nakonec užíval a jakých léků? Lišilo se to někdy od toho, co vám řekl pan doktor?**

Neměnila jsem si dávku, pan doktor mi řekl, že mám brát 1 denně a sestřičky mi nosí každý večer.

**Jaký máte názor na to, že vám léky na spaní byly předepsány?**

No dobrý, moc mi pomohly. Ale teď nemůžu usnout bez nich. Nevím, jestli je to dobře, ale už jsem stará, je mi 96 let. Už bych mohla odejít, už je to dlouho, tak je to jedno.

**Cítil jste se někdy špatně po užití léků? Bylo vám zle?**

Ne nepamatuju si, asi ne. Nikdy nic výrazného.

**Je něco, co vám vadí na lécích na spaní?**

Vůbec nic mě nenapadá. Ne.

**(ukončení rozhovoru, poděkování atd.)**

..



# Do svého výzkumu hledám respondenty!

Ve výzkumu k diplomové práci se zabývám důvody nadužívání hypnotik u seniorů a jeho dopady.

## **Jak vypadá zapojení do výzkumu?**

Polostrukturovaný rozhovor.

## **Koho hledám?**

Osoby ve věku 65+, které užívají hypnotika déle než měsíc.  
Osoby blízké, pečující či lékaře apod.

## **Kontaktujte mě:**



Peta Dukátová



peta.du



pdukatova@gmail.com