

UNIVERZITA PALACKÉHO v OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Lucie Kopová

NÁVYKY A ZNEUŽÍVÁNÍ PSYCHOFARMAK

OLOMOUC 2013

vedoucí práce: PhDr. Linda Švrčinová

Čestné prohlášení

Prohlašuji tímto, že jsem předloženou bakalářskou práci na téma Návyky a zneužívání psychofarmak vypracovala samostatně a použila jen prameny a literaturu, které řádně cituji a uvádím v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne:

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

S poděkováním za věnovaný čas, trpělivost a vstřícnou a laskavou pomoc své vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Lindě Švrčinové.

Děkuji také svým kolegyním a všem lékařům, díky jejichž přispění mohla tato práce vzniknout.

Obsah

Úvod.....	6
1 Psychofarmaka	10
1.1 Klasifikace psychoaktivních látek.....	11
1.1.1 Analgetika.....	12
1.1.2 Sedativa a hypnotika	14
1.1.3 Anxiolytika	17
1.1.4 Ostatní psychoaktivní látky.....	18
2 Zneužívání psychoaktivních látek	19
3 Prevence návyků a zneužívání psychofarmak	21
3.1 Legislativní opatření.....	21
3.2 Opatření v léčebných zařízeních	21
3.3 Prevence ve školách a školských zařízeních.....	22
4 Vlastní šetření	25
4.1 Stanovení cíle průzkumu	25
4.2 Metodologie průzkumu	26
4.3 Metoda sběru dat.....	26
4.4 Zkoumaný soubor.....	28
5 Prezentace výsledků vlastního šetření	29
5.1 Charakteristika a důvody pacientů žádajících o předpis psychofarmaka.....	29
5.2 Příčiny preskripce a skupiny předepisovaných psychofarmak.....	33
5.3 Zkušenosti lékařů s návyky a zneužíváním psychofarmak	35
5.4 Stav prevence	39
5.5 Shrnutí empirické části	41
Závěr	45

Seznam použité literatury	46
Seznam zkratk	49
Seznam tabulek a obrázků	50
Seznam příloh	51

Úvod

Svou bakalářskou práci věnuji tématu, které je mi profesně velmi blízké. Osmým rokem se pohybuji v prostředí farmaceutických společností, jejichž posláním je nabídnout specialistům z řad psychiatrů, neurologů a praktických lékařů co možná nejefektivnější možnosti léčby jejich pacientů. Medicína postmoderní doby je stejně jako jiná odvětví charakteristická mohutnou dynamikou a progresí nových léčebných metod a účinných léčiv. Nejinak je tomu na trhu látek používaných při léčbě psychických poruch, která od poloviny minulého století, kdy byla moderní psychofarmaka objevena, urazila dlouhý kus cesty. Protože se jedná o látky, které různým způsobem ovlivňují psychiku člověka, staly se v době shonu a tlaku na všeobecnou dokonalost častým předmětem užívání i v případech, kdy nejsou lékařem indikovány. Zkušenost s psychofarmaky má čím dál větší část populace a vzhledem k jejich snadné návykovosti rozšířili seznam možných závislostí v mezinárodní klasifikaci nemocí.

Užívání psychoaktivních látek lze nazírat z několika úhlů pohledu. Tím prvním je léčba těmito látkami, kdy jsou indikovány odborným lékařem k terapii různě závažných poruch a onemocnění. Druhým případem, v dnešní době stále více běžným, je jejich užívání coby pomocníka při zvládání problémů běžných dnů – ke zmírnění úzkosti, nervozity či pocitů smutku nebo nejistoty. Jsou-li psychofarmaka v rukou lékaře prospěšným pomocníkem a leckdy jediným účinným prostředkem, jak zvládnout boj s nemocí, při domácí „léčbě“ je třeba mít na paměti, že jsou dobrým sluhou, ale zlým pánem. Proto se jejich uživatelé snadno dostanou do třetí skupiny konzumentů, kdy si na obsažené chemické látky tělo vypěstuje biologický návyk a skupina abstinenčních příznaků projevujících se formou úzkosti, vnitřního chvění, třesu, bušení srdce nebo zvýšenou potivostí doslova donutí člověka, aby po tabletce znovu sáhnul. Tím se uzavírá bludný kruh a vzniká závislost, z níž je obtížná cesta ven.

Látek zneužívaných jako drogy je celá řada. Patří mezi ně prostředky zcela přírodní i látky syntetické. Jejich účinky na lidský organizmus se výrazně liší. I přístup společnosti, respektive státních orgánů, je různý, od naprosté tolerance po tvrdé restriktce. Užívání léků nad rámec léčby je společensky závažný a mnohdy podceňovaný jev. Lze vystopovat různé příčiny vzniku abúzu medikamentů. Lék může být dlouhodobě předepisován lékařem pro léčbu vleklého onemocnění nebo příznaku jako je bolest či nespavost. Pacient pak lék často kontinuálně užívá bez vědomí, že se jedná o preparát, na který může vzniknout závislost, zejména při dlouhodobém užívání nebo při užívání vyšších než doporučených dávek.

Závislostem na lécích není z mého pohledu věnována dostatečná pozornost. Ve středu zájmu společnosti stojí spíše zneužívání nelegálních látek, případně alkoholických nápojů a tabákových výrobků. Tato skutečnost byla jedním z důvodů volby tématu bakalářské práce s názvem „Návyky a zneužívání psychofarmak“. Dalším neméně významným elementem při volbě tohoto tématu byla skutečnost, že při své práci navštěvují lékaře z řad odborníků, pro něž jsou léky s potenciálně návykovým charakterem k dispozici.

Jak už z názvu vyplývá, předsevzala jsem si poskytnout další pohled na toto žhavé téma dnešní doby. Cílem bakalářské práce je popsat zkušenosti lékařů s předepisováním léků s psychoaktivním účinkem. Hlavní výzkumnou otázkou bakalářské práce je „Jaké zkušenosti s předepisováním psychofarmak mají odborníci z řad praktických lékařů pro dospělé, neurologů a psychiatrů?“

Bakalářská práce je členěna do teoretického a empirického oddílu. Cílem teoretické části je poskytnout čtenáři základní vhled do problematiky psychoaktivních látek na úrovni, která mu umožní snadnou orientaci v závěrech praktické části. V úvodu teoretické části bude čtenář seznámen s definičním vymezením pojmu psychofarmakum a s jeho postavením ve skupině ostatních omamných a psychotropních látek. Seznámí se s jejich klasifikací a stručným popisem jednotlivých skupin a bude mu představena také historie vývoje těchto léčiv. Následovat budou stránky věnované problematice návyků a zneužívání psychofarmak a kapitola bude uzavřena popisem preventivních opatření proti vzniku těchto patologií. Jako zdroje mi poslouží celkem devatenáct literárních pramenů a použiji také sedm odkazů na elektronické informace.

Empirický oddíl uvedu představením cíle a metodického postupu šetření. Obecným cílem empirické části bude popsat zkušenosti s preskripcí psychofarmak a jejich odlišnosti u jednotlivých skupin lékařů, kteří s těmito léky přicházejí do styku nejčastěji. Nosnou myšlenkou průzkumu bude popsat preskripční zvyklosti praktických lékařů a specialistů z řad psychiatrů a neurologů a zjistit případné odlišnosti obou skupin v pohledu na předepisování psychoaktivních látek.

V práci jsem si vytýčila čtyři dílčí cíle. Prvním cílem je popsat obvyklý profil pacienta přicházejícího do ordinace lékaře pro lék mající schopnost ovlivnit psychiku, a to z pohledu pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a důvodu, který ho k lékaři přivádí. Druhým parciálním cílem práce je zjistit, k léčbě jakých potíží lékaři psychofarmaka skutečně předepisují a jaké klasifikované skupiny patří u jednotlivých kategorií lékařů k těm nejčastěji používaným. Třetím dílčím cílem bude popsat zkušenosti vybraných odborností lékařů

se vznikem návyku nebo s pokusem o zneužití preparátu pacientem, kterému byl předepsán a vytýčení rizikových faktorů v životě ošetřovaných ovlivňujících sklon k tomuto chování. Závěrečným cílem bude zjistit názor lékařů na aktuální stav prevence a odhalit zdroje osvěty, které ze své praxe vnímají jako nejpřínosnější.

Orientační průzkum mezi lékaři bude proveden za použití nestandardizovaného dotazníku, který bude mezi lékaře distribuován osobně v rámci mé pracovní návštěvy nebo návštěv mých čtyř kolegyň. Sebraná data budou následně vyhodnocena pomocí metod deskriptivní statistiky.

I. Teoretická část

1 Psychofarmaka

V následující kapitole budu definovat termín psychofarmakum, a to pohledem několika různých odborných zdrojů. S růzností definic souvisí také značná variabilita členění psychoaktivních látek, které bude věnována první podkapitola tohoto oddílu. Klasifikaci léčiv mající schopnost ovlivnit lidskou psychiku bude záměrně vyčleněn širší prostor z důvodu snadnější orientace čtenáře v empirické části práce. Závěr této části bude věnován krátkému pohledu do historie léků s psychoaktivním účinkem.

Hartl a Hartlová ve svém Psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2005, s. 471) uvádějí, že „*psychofarmakum je psychotropní látka, která ovlivňuje psychickou činnost člověka.*“ Autoři dále ve stejné publikaci dodávají: „*Odhaduje se, že v průmyslově vyspělých zemích psychofarmaka užívá nejméně třetina obyvatel, jejich zavedení do lékařské praxe vedlo k revoluci v psychiatrii a umožňuje např. léčbu desítek milionů depresivních nemocných; psychofarmaka zachraňují přibližně 10 % těch, kteří by jinak zemřeli sebevraždou; u některých psychofarmak, jako jsou např. psychostimulancia, existuje riziko zneužití*”.

Hynie (2001, s. 15) definuje psychofarmaka jako „*látky, které mění duševní stav jedince*“. Facová a Orel (2009) psychofarmaky rozumí látky ovlivňující psychiku člověka za účelem útlumu nebo povzbuzení. Účinky některých psychoaktivních látek spatřují v potlačení duševních poruch typu psychóz či v tlumení agresivity, účelem jiných je odstranění neuróz či pocitů úzkosti nebo strachu. Další druhy látek této skupiny slouží ke zlepšení nálady a ke stimulaci aktivity centrální nervové soustavy. Autoři dále zdůrazňují skutečnost, že celá řada psychofarmak slouží k léčbě symptomů psychických poruch, avšak nemohou odstranit jejich příčinu (příčiny), které často nejsou dodnes známy. Nezpochybnitelným faktem však zůstává, že účinky psychofarmak mnohdy napomáhají psychicky nemocným lidem v návratu do běžného života.

Názvem psychofarmaka označujeme všechny látky, jejichž hlavním předpokládaným účinkem je změna psychického stavu člověka, kterému je některý z těchto léků podán. Synonymem tohoto názvu jsou pak výrazy psychoefektivní nebo psychoaktivní látka, které vznikly překladem anglických termínů „*psychoeffective drug*“ a „*psychotropic drug*“ (Vinař, 1977, s. 14).

1.1 Klasifikace psychoaktivních látek

Protože obecným cílem mé bakalářské práce je popsat zkušenosti s předepisováním léků s psychoaktivním účinkem u různých skupin lékařů, zvolila jsem pro tento účel klasifikaci látek podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Skupina potíží pramenících ze zneužívání psychofarmak je v tomto celosvětově platném souboru onemocnění zařazená v kategorii chorob, které jsou uvedeny pod kódy F10 - F19. Přesné diagnózy duševních poruch a poruch chování způsobené užíváním psychoaktivních látek demonstruje tabulka č. 1.

Diagnóza	
F10	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
F11	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
F12	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
F13	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
F14	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
F15	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií včetně kofeinu
F16	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
F17	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
F18	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prechavých rozpustidel
F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Tab. 1 Rozdělení omamných látek podle Mezinárodní klasifikace nemocí

Zdroj: <http://www.uzis.cz>

Nejčastější diagnóza spojovaná se zneužíváním psychofarmak je klasifikována jako kategorie F13, tedy poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik. K této problematice se váží také poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů (F11), poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií (F15) a poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek (F19).

Již ze samotné klasifikace je zřejmé, že se zneužívání léků týká vedle sedativ a hypnotik také jiných skupin psychoaktivních preparátů. Hampl in Kalina (2003, s. 191), rozlišuje vedle těchto dvou skupin látek s potenciálem měnit lidskou psychiku ještě kategorie analgetik, anxiolytik a ostatních látek se stimulačním efektem, které by jinak nešly zařadit.

Skupina	Charakteristika	Příklady léků
Analgetika	Neopioidní	Acylcofin, Coldrex
	S opioidní složkou	Dinyl, Corylan, Alnagon
	Opioidní agonisté	Morfin, Dolsin, Diolan
	Opioidní agonisté – antagonisté	Kodein, Bephranol, Subutex
	Opioidní + adrenalin + serotonin	Tramal
Sedativa	Barbituráty (obsolentní)	Bellaspon
Hypnotika	Benzodiazepinová	Nitrazepam, Rohypnol
	Nebenzodiazepinová	Hypnogen, Stilnox
Anxiolytika	Benzodiazepinová	Neurol, Xanax, Radepur, Diazepam
	Nebenzodiazepinová	Meprobamat
Ostatní	Stimulancia	Fenmetrazina, Ritalan
	Anorektika – stimulans	Adipex petard
	Expektorans – stimulans	Solutan
	Antitusika – opioidní agonisté	Kodein, Ipecarin, Kodylan, Dional

Tab. 2 Léky s možným vznikem závislosti

Upraveno podle Hampl in Kalina, 2003, s. 191

V české legislativě jsou omamné a psychotropní látky (OPL), definovány v přílohách č. 1 až 7 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Jejich seznam čítá přes 100 položek s přesným uvedením chemického vzorce a obecných i mezinárodních nechráněných názvů (www.epravo.cz).

V další části práce se jednotlivým kategoriím budu věnovat podrobněji.

1.1.1 Analgetika

Analgetika tvoří skupinu léčiv, které jsou určeny ke zmírnění nebo odstranění chronické či akutní bolesti. Jedná se o poměrně obsáhlou kategorii léků, které jsou dále členěny podle chemického složení a podle síly jejich účinku. Řada z nich je volně prodejná i bez lékařského předpisu. Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) tato léčiva dělí na tři podskupiny:

➤ **Neopioidní analgetika** (analgetika 1. stupně)

Do této skupiny patří všechny analgetické preparáty, které je možno volně zakoupit v lékárně. Jedná se o analgetika, jež nemají opioidní základ a z nichž některé mají vedle

zmírnění bolesti také schopnost snížit tělesnou teplotu (analgetika-antipyretika), případně účinně bojovat proti některým druhům zánětů (nesteroidní antiflogistika).

➤ **Slabé opioidy** (analgetika 2. stupně)

Opioidní analgetika s centrálním účinkem mírní vnímání bolesti a používají se k léčbě chronické i akutní bolesti, kdy analgetika na jiné nežli opiové bázi nejsou dostatečně účinná. Slabé opioidy jsou určeny k tlumení slabé až středně silné bolesti. Často jsou využívány ke zmírnění vedlejších projevů zhoubných onemocnění, k zeslabení chronických bolestí v oblasti páteře, u revmatických bolestí nebo při léčbě symptomatických bolestí provázející artrózu kloubů. Přehled slabých opiátů je uveden v tabulce 3.

Opioid	Použití
kodein	Slabé analgetikum, samostatně se jeho analgetický účinek blíží placebu, v kombinaci s analgetiky 1. stupně se jeho účinek zvyšuje. Bývá součástí nejrůznějších analgetických směsí (např. Alnagon®)
dihydrokodein	Analgetikum s vyšší účinností, než má kodein
tramadol	Analgetický účinek samotného tramadolu je poměrně slabý, zvyšuje se významně současným podáváním s paracetamolem, je vhodný především k léčbě chronické bolesti (např. Tramal®, Tralgit®)
pentazocin, butorfanol a nalbufin	Jsou určeny k léčbě akutní nebo krátkodobé bolesti

Tab. 3 Slabé opioidy

Upraveno podle Lejčko, 2009

➤ **Silné opioidy** (analgetika 3. stupně)

Silné opioidy jsou určeny pro léčbu akutní, intenzivní a jinak těžko zvladatelné bolesti. Nejčastěji jsou indikovány při léčbě bolesti spojené s nádorovým onemocněním, ale jsou používány i při symptomatické léčbě ostatních onemocnění, kdy bolest není možno ztlumit analgetiky 1. nebo 2. stupně. Na rozdíl od slabých opioidů není jejich dávkování omezeno stropovým efektem (jev, kdy od určitého okamžiku již zvyšování dávky nevede ke zvýšení analgetického účinku), proto umožňují respektovat intenzitu pacientovy bolesti a u progresivního algického syndromu se stávají lékem volby. Maximální dávky nejsou určeny, což lékařům umožňuje zajistit individualizovanou léčbu. Tyto léky je možno na rozdíl od analgetik 1. a 2. stupně předepisovat jen na speciální, tzv. opiátový recept (Hampel, 2003). Silné opioidy užívané v ČR jsou představeny v tabulce 4.

Opioid	Použití
morfin	klasický standard v léčbě silné bolesti (Sevredol®)
fentanyl	léčba silné chronické bolesti
hydromorfon	léčba chronické bolesti
oxycodon	léčba silné chronické bolesti, v některých případech i akutní bolesti
petidin meperidin	léčba akutní kolikovitě bolesti a léčba chronické bolesti při maligních tumorech (např. Dolsin®)
piritramid	vhodný pro silnou akutní bolest, k pooperační analgezi
sufentanil, alfentanil a ramifentanil	možno podávat pouze v anesteziologii

Tab. 4 Silné opioidy

Upraveno podle Lejčko, 2009

Pro všechny opiáty platí, že dlouhodobé užívání vede k závislosti morfinového typu a jejich indikace by vždy měla být pečlivě zvážena. Zvláštní kategorií těchto léčiv tvoří opiátová analgetika, která slouží k substituční léčbě opiátové závislosti. V České republice jsou v současné době v rámci substituční terapie užívány dvě látky, metadon a buprenorfin (Subutex®), které jsou schopny snížit potřebu užívání heroínu a jiných opiátů, zmírnit příznaky z odnětí drogy a blokovat euforický účinek jiných opioidních látek. Cílem této léčby je detoxifikace nebo udržovací léčba, která zejména uživatelům heroínu pomáhá zlepšit fungování v sociální oblasti a oslabit vazby s uživatelskou subkulturou (Kalina a kol., 2001).

1.1.2 Sedativa a hypnotika

Jak bylo zmíněno v úvodu kapitoly 1.1., diagnóza F13, tedy poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik, je nejčastěji užívanou diagnózou spojovanou se zneužíváním psychoaktivních látek. Důvod je prostý – tyto skupiny jsou v ordinacích lékařů nejčastěji předepisovanými psychofarmaky.

Na rozdíl od opioidních analgetik na nich nevzniká závislost tak rychle a v takové intenzitě, skryté nebezpečí v sobě však skýtá jejich relativně snadná dostupnost. Legální možnost jejich užívání a častá preskripce lékařů vedly k tomu, že se sedativa a hypnotika stala standardní součástí lékárníček běžné populace.

➤ *Sedativa*

Při užívání sedativ dochází k celkovému psychickému i motorickému zklidnění a zvolnění tempa organismu. Tohoto efektu je využíváno při napomáhání nástupu přirozeného

spánku, sama o sobě ale k jeho navození nevedou. V moderní farmakoterapii zastávají sedativa už jen roli doplňkových či podpůrných látek. V neurologii se používají k zamezení vzniku epileptického záchvatu (antiepileptika), při hospitalizacích jsou zase podávány za účelem uklidnit pacienty léčené např. pro hypertenzi, nadměrné pocení, bušení srdce, návaly horka a jiné poruchy spojené se zrychleným tempem organismu. Jejich toxicita je nízká. Do této skupiny se řadí barbituráty, bromidy a některá rostlinná sedativa, např. Bellaspon®. (Čížek, 2002).

➤ **Hypnotika**

Účinkem hypnotik, lidově označovaných jako „léky na spaní“, je snížení bdělosti, vyvolání ospalosti a navození spánku. Z tohoto efektu plynou indikace této lékové skupiny, kterými jsou zejména poruchy spánku vzniklé z nejrůznějších důvodů, dále předoperační příprava pacienta a vlastní anestezie. Tyto léky jsou velmi často předepisovanou kategorií léčiv, mnohdy neúčelně či zbytečně (Čížek, 2002).

Především podle doby svého vzniku, místa působení, účinku a pokročilosti vývoje je možné hypnotika rozdělit do čtyř generací:

• **Hypnotika I. generace**

„V roce 1903 syntetizoval chemik Emil Hermann Fischer Veronal, který klinicky vyzkoušel internista Joseph Mering. Tím byla zahájena éra barbiturátů a syntetizovány celé desítky variant kyseliny barbiturové.“ (Nožina, 1997, s. 46).

Mezi největší nevýhody pilotní skupiny hypnotik patřil jejich nespecifický účinek, snadné navození lékové závislosti, vysoká toxicita provázená útlumem dechového centra a četné interakce s jinými léky. Jsou dělena na barbiturátová a nebarbiturátová. Barbiturátová hypnotika (barbituráty) se využívala také jako antiepileptika a celková anestetika, v současnosti se však již z výše popsaných důvodů nepoužívají. Nebarbiturátová hypnotika I. generace byla uvedena do praxe později, a to v očekávání, že nebudou zanechávat nepříjemné probouzení a únavu ve smyslu „pobarbiturátové ranní kocoviny“, budou méně toxická a naopak nebudou vyvolávat lékovou závislost. Tato očekávání se nesplnila a v současné době jsou překonaná. (Hampl, 2003).

• **Hypnotika II. generace – benzodiazepiny**

Benzodiazepiny byly objeveny rakouským vědcem Leo Sternbachem v roce 1957. V současnosti tyto látky představují velkou skupinu léčiv z kategorie psychofarmak, které

jsou předepisovány nejčastěji. Jedná se o legální psychofarmaka, jež jsou tak často zneužívána, mnohdy také samotnými pacienty. (Fisar, 2009)

Tyto látky potencují účinek všech léků tlumících CNS. Negativně ovlivňují kognitivní funkce, jako je paměť či schopnost soustředění nebo učení. Nežádoucí účinky se mohou především u starších lidí projevit jako zapomínání a poruchy kontinuity vědomí, proto nejsou vhodné pro pacienty, u nichž je potřebná zvýšená pozornost a reaktivita (řidiči, chirurgové, obsluha strojů apod.). Zesilují také účinky alkoholu a opačně - alkohol tlumí metabolismus dlouhodobě působících benzodiazepinů. Dále se dělí na benzodiazepiny se silným účinkem hypnotickým a slabým anxiolytickým, jejichž efekt je nespecifický a spíše myorelaxační. Druhou skupinu tvoří benzodiazepiny se silným účinkem anxiolytickým a slabším hypnotickým, neboli anxiolytika, běžně známá jako léky proti úzkosti.

- **Hypnotika III. generace – „Z-drugs“**

Hypnotika III. generace se dnes při řešení akutní nespavosti považují za léky první volby. Zkracují dobu usínání a zlepšují efektivitu spánku. Prodlužují jeho trvání, zkracují dobu bdělosti během spánku a zlepšují pocit osvěžení nočním spánkem. Tím, že na rozdíl od předchozích skupin hypnotik nepotlačují REM fázi spánku, navozují spánek nejbližší fyziologickému. Nevyvolávají ranní kocovinu ani ospalost během dne a v souvislosti s jejich podáním nevznikají poruchy paměti. (Bayer, 2003)

- **Hypnotika IV. Generace - Melatoninová hypnotika**

Tyto léky se na našem trhu objevily závěrem roku 2008. Pracují na principu melatoninu, což je látka vlastní tělu, která má velký význam pro synchronizaci vnitřních biologických hodin organismu s vnějším prostředím. Podávání melatoninu ve formě léku může narušený spánek vrátit do normálního, přirozeného stavu. Jelikož se melatonin v organismu tvoří přirozeně, není pro tělo toxický a je bezpečný i při dlouhodobém podávání. Nezpůsobuje útlum ani svalovou slabost, neovlivňuje pohybové funkce a nemá negativní vliv ani na jiné funkce organismu. Neovlivňuje paměť, nevyvolává ospalost následující den a především nezpůsobuje závislost (www.zdravky.cz).

Pro stručnou rekapitulaci uvádím přehled a účinek jednotlivých generací hypnotik v tabulce 5.

Typ hypnotika	Barbituráty (I. generace)	Benzodiazepiny (II. generace)	Z-hypnotika (III. generace)	Melatoninová hypnotika (IV. generace)
uspávají rychle a bez ohledu na hodinu podání	ano	ano	ano	uspávají přirozeně, až v době obvyklé
vyvolávají závislost	ano	ano	ano	ne
může se objevit tolerance (nutnost zvyšování dávek)	ano	ano	ano	Ne
při předávkování jsou toxické	ano	ne	ne	ne
po vysazení se nespavost může vrátit	ano	ano	ano	ne
ospalost někdy trvá i ve dne	ano	ano	ano	vyšší denní bdělost a výkonnost
negativně ovlivňují paměť	ano	ano	ano	ne
negativně ovlivňují motoriku, hrozí pády	ano	ano	ano	ne
tlumí dýchání	ano	ano	mnohem méně	ne

Tab. 5 Přehled a účinek jednotlivých generací hypnotik

Upraveno podle www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/hypnotika-4-generace-nepusobi-zavislost

1.1.3 Anxiolytika

Účinkem této skupiny léčiv, označovaných také jako trankvilizéry, je zmírnění či odstranění úzkosti (anxiety), psychického napětí a tenze, trémy, strachu (fobie) apod. Popisované psychické stavy jsou běžnou součástí života a jsou příznakem patologie. Proto není snadné rozhodnout, kdy přistoupit k farmakologické léčbě. K té by mělo dojít až v momentě, kdy jsou popisované prožitky provázeny somatickými obtížemi (průjmy, pocení, bušení srdce apod.). Konečný výsledek jejich působení lze popsat jako hypnotický a sedativní, myorelaxační, antikonvulzivní a anxiolytický, a to v intenzitě závislé na chemických vlastnostech jednotlivých druhů léků. Spolu s hypnotiky je skupina anxiolytik nejčastěji předepisovanou kategorií léčiv ovlivňující psychiku člověka (zejména praktickými lékaři) a bohužel patří i k lékům nejčastěji zneužívaným. (Hampl, 2003)

V podstatě všechny léky této skupiny vedou k návyku a již po několikaměsíčním užívání na nich vzniká závislost, která zahrnuje psychickou i fyzickou složku. Psychická závislost na benzodiazepinech bývá obecně velmi silná a mnozí odborníci ji srovnávají se závislostí na opiátech. Fyzická závislost může vzniknout již při samotné léčbě terapeutickými dávkami, vzniká však především při užívání benzodiazepinů ve vyšších

dávkách než předepisovaných. Farmakoterapie by proto měla být co nejkratší, aby umožnila překlenout životní krize, které vedly k úzkosti. (Čížek, 2002)

1.1.4 Ostatní psychoaktivní látky

➤ ***Antidepresiva***

Hartl a Hartlová (2000, s. 47) definují antidepresivum jako „*lék příznivě ovlivňující emotivitu, působící proti depresi, beznaději a pasivitě, jehož účinek nastupuje po 10 dnech až 3 týdnech.*“ Antidepresiva jsou indikována také k doplňkové léčbě abstinenčního syndromu u pacientů se závislostí na návykových látkách, při vředové chorobě dvanáctníku a při dráždivém tračníku, migréně, dále k terapii obsese, narkolepsie aj. (Martínková et al., 2011).

Antidepresiva jsou látky, které jsou v psychiatrické praxi velmi často používané a jsou oblíbené především proto, že v dnešní době v psychiatrické klientele převažují pacienti s depresivní symptomatikou. Účinky antidepresiv jsou různé intenzity, proto také všechna antidepresiva nemají stejný význam ve vzniku závislosti. O některých antidepresivech se pochybuje, že jsou návyková, u jiných je nebezpečí vzniku závislosti zřejmé (Janík, 1990).

➤ ***Anticholinergická antiparkinsonika***

Tato léčiva jsou určena k léčbě příznaků Parkinsonovy choroby nebo nežádoucích účinků antipsychotik.

➤ ***Antiepileptika***

Skupina těchto léky, někdy označovaných také jako (antikonzulziva) jsou používány k symptomatické léčbě různých forem epilepsie. Většinou se podávají preventivně a dlouhodobě, často po celý život (Martínková et al., 2011).

➤ ***Stimulancia***

Psychostimulancia je skupina látek, které podněcují centrální nervový systém ke zvýšení psychomotorického tempa a bdělosti. Hlavním účinkem stimulancií je „zlepšení“ nálady, potlačení únavy a pocitu hladu, celkové zrychlení psychických procesů, zjitřená představitost, zvýšená schopnost vcítit se do pocitu druhých a uvolnění zábrán. Jako drogy jsou tyto látky užívány především pro navození pocitů euforie, která je však brzy nahrazena stavu podráždění, nervozity a úzkosti, a po delším užívání se mohou rozvinout až do toxické psychózy, nezřídka končící sebevraždou. Stimulancia patří mezi látky s vysokou mírou rizika. Z nelegálně zneužívaných substancí patří do této skupiny kokain, pervitin a amfetamin.

2 Zneužívání psychoaktivních látek

Při zkoumání jevu zneužívání léků čtenář nutně naráží na různorodost a nejednotnost terminologie a definic, sloužícím k charakteristice tohoto fenoménu. Variabilita definicí znesnadňuje srovnání, interpretaci, zobecnění výsledků a stanovení rozsahu zneužívání léčiv.

Při rozlišování vedoucí k pojmenování zneužívání psychofarmak hraje důležitou roli způsob získání léku, tedy zda byl lék předepsán lékařem – v rámci celopopulačních šetření je zneužívání psychoaktivních léků definováno zpravidla jako užívání psychoaktivních léků (např. sedativ či hypnotik, analgetik) bez lékařského předpisu nebo bez lékařské indikace (Nechanská, Mravčík, Popov, 2012). Zneužívání bývá také definováno jako užívání, jehož rizika převažují nad přínosy (Fermont, 2002).

Jiné definice se snaží popsat typy užívání léků pomocí adjektiv – např. nelékařské užití, problémové užití, škodlivé užívání, nevhodné užívání. Problémovým užíváním léčiv se obecně rozumí způsob užívání návykových látek, které lze charakterizovat dlouhodobostí a působením zdravotních, sociálních a ekonomických problémů. Často vyústí do vzniku závislosti. Další pojmy se pokoušejí definovat užívání na základě motivu. Takto se dá rozdělit na zneužívání experimentální, rekreační a závislé.

Experimentální zneužívání návykových látek spočívá v první a nejčastěji také poslední zkušenosti s užitím látky. Do této skupiny experimentálního zneužívání návykových látek spadá také druhá nebo maximálně třetí zkušenost s užitím takové látky.

Rekreační zneužívání návykových látek představuje příležitostné užívání návykových látek. K takovému způsobu užívání návykových látek tíhnou především mladí lidé.

Závislé zneužívání je nepřetržitě a pravidelné užívání návykové látky, které způsobuje somatické, psychologické a sociální problémy. Zneužívání psychofarmak v souvislosti se vznikem závislosti na těchto návykových látkách lze charakterizovat dle bio-psycho-sociálního modelu, který zahrnuje spouštěč, samotnou návykovou látku (v tomto případě psychofarmakum), osobnost a prostředí.

Škodlivé užívání je obecně klasifikováno kódem diagnózy F1x.11 a je definováno jako užívání vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické nebo psychické.

Syndrom závislosti je obecně klasifikován kódem diagnózy F1x.22 a je definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy

před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. diazepam), pro skupinu látek (např. benzodiazepiny či opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí (Nechanská, Mravčík, Popov, 2012).

V běžné praxi může být podle Kaliny (2006) zneužíváním označeno také např. užití mimo společenský konsenzus (např. řízení auta pod vlivem léků), způsobem užívání (např. injekční aplikace léku určeného k jiné aplikaci) nebo zdrojem získávání (nelegálně, na černém trhu).

K významným faktorům přispívajícím k návykům a zneužívání psychofarmak patří zejména genetické predispozice či metabolické schopnosti organismu člověka. Dalším důležitým faktorem je prostředí se všemi sociálními, kulturními, psychickými a fyzickými podmínkami, v němž se člověk pohybuje. V souvislosti s prostředím se jedná také o mezilidské vztahy (zejména rodina, dále přátelé, kamarádi, známí atd.). Významným faktorem zneužívání psychofarmak jsou legislativní normy dnešní moderní společnosti či společenské postoje. V neposlední řadě je důležitým faktorem také dosažitelnost návykových látek.

V praxi se lze setkat také se zneužíváním návykových látek (konkrétně psychofarmak) v souvislosti s léčbou určitých obtíží. K takovým případům nejčastěji dochází tehdy, není-li pacientovi věnována dostatečná pozornost a péče ze strany lékaře. Dalším případem jsou situace, kdy se snaží pacient vyléčit téměř sám, tzn. bez pomoci lékaře. V těchto situacích se na procesu léčby podílí lékař pouze předepsáním potřebných léků samotnému pacientovi. Závislost se pak často odvíjí od skutečnosti, že si pacienti neumí s léčbou poradit a předepsaná psychofarmaka užívají v nadměrných dávkách, které jim škodí a časem způsobují závislost.

Rozpoznání zneužívání návykových látek shrnula v několika bodech J. Novotná. Jedná se zejména o náhlé nebo naopak pozvolné změny chování (např. podrážděnost, změny nálady, ztráta přátel, zanedbávání základních hygienických návyků, vyhledávání samoty, odkládání povinností, apod.), podezření zneužívání návykových látek (např. vyčerpanost, nespavost, vzrušivost, zvýšená potřeba spánku, třes, nechutenství, pokles tělesné hmotnosti, nevolnost, zvracení, žaludeční potíže, překrvení spojivek, rozšířené zornice, nadměrné pocení, atd.) či nepochybné zneužívání návykových látek (např. přiznání, nálezy návykových látek, akutní intoxikace, dezorientace, pohybové poruchy, poruchy vědomí, agresivita apod.) (Novotná, 1997).

3 Prevence návyků a zneužívání psychofarmak

Prevence návyků a zneužívání psychofarmak z obecného hlediska zahrnuje následující opatření: snižování dostupnosti psychofarmak, poskytování informací o rizicích spojených s užíváním psychofarmak, zvážení všech rizik při předepisování psychofarmak lékařem či zvýšená opatrnost při vysazování psychofarmak.

3.1 Legislativní opatření

V České republice je systém distribuce léků chráněn legislativními normami. S výjimkou analgetik je prodej v podstatě všech léčiv s psychoaktivním potenciálem vázán na lékařský předpis, ty rizikovější (např. silné opiáty) na lékařský předpis s modrým pruhem. Barevný tiskopis upozorňuje lékaře, lékárníka i pacienta na to, že jsou předepsány vysoce účinné látky, jejichž evidence a použití je pod přísným dohledem. Aktuální přehled léčivých látek, které je nutné předepisovat na recept s modrým pruhem je uveden v už zmiňované příloze zákona o návykových látkách č. 167/1998 Sb. Tyto barevně odlišené tiskopisy jsou důležitou součástí prevence užívání psychoaktivních látek a jejich pohyb je velmi pečlivě sledován. Jejich distribuce spadá pod správu obecních úřadů s rozšířenou působností. Každý předpis s modrým pruhem má navíc svou vlastní identifikaci, která je evidována, a to od převzetí lékaře na obecním úřadě, přes předepisování, až po výdej v lékárně. Ztráta nebo odcizení nevyplněného lékařského předpisu s modrým pruhem se musí oznámit obecnímu úřadu a současně i Policii České republiky.

3.2 Opatření v léčebných zařízeních

U běžně používaných léků na lékařský předpis je pacient chráněn dalšími způsoby. Ambulantní léčba či léčba při hospitalizaci pacienta je sledována a řízena specialistou (psychiatrem, neurologem, praktikem apod.). Počet balení vydaných v ambulancích je přesně dán nařízením Ministerstva zdravotnictví České republiky, a to na dobu tří měsíců. Preskripce části léků s psychoaktivním účinkem je navíc umožněna pouze lékařům s psychiatrickou či neurologickou specializací. Ani tímto opatřením není ale u těchto léků riziko návyku stoprocentně vyloučeno.

Dávkování léků během hospitalizace pacienta je přísně sledováno nemocničním personálem, přičemž pacientovi nesmí být podán lék bez vědomí lékaře a každý pacient

dostává jen jednotlivou dávku léku. Při ambulantním vydávání léků je druhým stupněm kontroly lékárna, kde lékárník nesmí vydat lék, u kterého je vyšší stanovená dávka. Třetím stupněm kontroly by měl být sám pacient či jeho zákonný zástupce, který si přečte příbalový leták k určitému léku. V praxi je povinen lékař či lékárník pacientovi vysvětlit vedlejší účinky léků či kontraindikace (tj. případ, kdy lék nesmí být použit např. pro alergii).

I přes uvedená bezpečnostní opatření může dojít k delší době užívání léků, než byl původní léčebný plán. V případě, že se jedná o vážné zdravotní důvody na straně pacienta a léčbu řídí zkušený lékař, je riziko návyku minimalizované. Mnohdy se ale lze setkat také s případy, kdy pacient „vezme léčbu do svých rukou“. K této situaci nejčastěji dochází v případech, kdy má pacient pocit, že jej lékař neléčí dle jeho představ, a myslí si, že se dokáže vyléčit sám – manipulacemi s dávkou léků, prodloužením užívání apod. Postupem času si pacient léky zlepšuje svůj životní komfort (např. náladu, výkonnost, hybnost), což je cestou k návyku. Dalším významným rizikem je kombinace legálních psychofarmak s nelegálními návykovými látkami, anebo kombinace psychofarmak v koktejlech podomácku vyrobených omamných látek. Nejčastěji se přitom jedná o analgetika nebo o léky s obsahem stimulancií (především pseudoefedrin).

3.3 Prevence ve školách a školských zařízeních

Předcházení rizikovým projevům chování u dětí a mládeže představuje soubor aktivit zaměřených především do oblasti prevence drogových závislostí, alkoholismu, kouření, záškoláctví, kriminality, gamblerství, všech forem násilného a xenofobního chování. Problematika prevence rizikového chování leží na Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a je v kompetenci úseku prevence a institucionální výchovy.

Cílem ochranných opatření ve školách je napomoci výchově dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení pozitivního sociálního chování a k harmonickému rozvoji osobnosti. Preventivní strategie MŠMT vychází z předpokladu, že školy a školská zařízení jsou pro prevenci sociálně patologických jevů při působení na děti a mládež tím nevhodnějším prostředím. Koncepce a systém primární prevence rizikových projevů chování vycházejí v resortu školství ze Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže. Základními nástroji primární prevence ve školských subjektech se staly tzv. „Minimálních preventivní programy“, které jsou realizovány přímo ve školách a podporovány kraji.

Obsahem preventivních programů každé školy je vedle platných předpisů a cílů programu popis školního zařízení, jeho současného stavu, jednorázových aktivit a školních kroužků. Svůj prostor v nich má popis metod práce a vzdělávání pedagogů, charakteristika spolupráce s rodiči i s odborníky a dalšími organizacemi. Jsou zde popsány znaky rizikového chování a způsoby řešení přestupků. Důležitým bodem je roční harmonogram preventivního programu specifického pro žáky či studenty jednotlivých ročníků.

Přímo na půdách škol a školských zařízení jsou pro žáky a studenty připraveni metodici prevence, kteří by měli být schopni svým svěřencům zodpovědět všechny otázky a citlivě jim pomoci s řešením případných potíží. Významnou roli v systému prevence mají také pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče. Na oblastní úrovni jsou připraveni pomoci okresní metodici preventivních aktivit a krajsí školští koordinátoři prevence.

Speciální postavení mají na půdě škol tzv. **peer programy** fungující na principu vrstevnické pomoci. Cílem těchto programů je vytvořit skupiny dobrovolníků, kteří by např. vytvářením a realizací osvětových programů pro třídní kolektivy aktivně působili v oblasti primární prevence. Peer programu se prostřednictvím pedagogicko-psychologické poradny může účastnit každý člověk ve věku od 15 do 20 let.

Základní i střední školy se věnují především **primární prevenci**, tedy aktivitám, které si kladou za cíl odradit žáka či studenta od prvního užití drogy. V rámci **sekundární prevence** je zajišťováno poradenství a léčba pro předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají. Programy **terciární prevence** mají za cíl předcházet vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Patří sem resocializace, sociální rehabilitace a opatření zaměřená na snížení přenosu infekčních nemocí při injekčním užívání drog (www.drogy-info.cz).

II. Empirická část

4 Vlastní šetření

4.1 Stanovení cíle průzkumu

Hlavním cílem průzkumu v rámci bakalářské práce je **popsat zkušenosti lékařů s předepisováním léků s psychoaktivním účinkem**. Hlavní výzkumná otázka zní „Jaké zkušenosti s předepisováním psychofarmak mají odborníci z řad praktických lékařů pro dospělé, neurologů a psychiatrů?“

Mezi parciální cíle průzkumu patřily odpovědi na tyto dílčí výzkumné otázky (DVO):

1. Jaká skupina pacientů s ohledem na pohlaví, věk a vzdělání nejčastěji přichází s žádostí o předpis psychofarmaka?
2. Jaké jsou nejčastější důvody pacientů žádající o předpis psychofarmak?
3. Jak často a z jakých důvodů jsou jednotlivými skupinami lékařů psychofarmaka předepisována nejčastěji?
4. Jaké jsou nejčastější skupiny předepisovaných psychofarmak?
5. Jaké jsou zkušenosti jednotlivých skupin lékařů s vytvořením návyku na lék s psychoaktivním účinkem?
6. Jaké jsou zkušenosti jednotlivých skupin lékařů se zneužitím předepsaných psychoaktivních léčiv?
7. Jaké faktory mohou dle lékařů nejspíše vést ke zneužívání psychofarmak pacienty?
8. Jaké jsou názory lékařů na osvětu související s prevencí zneužívání psychofarmak?

Odpovědi na výše uvedené otázky mi mají pomoci splnit čtyři parciální cíle, které jsem si v rámci této práce vytýčila. Prvním dílčím cílem je zjistit obvyklý profil pacienta přicházejícího do ordinace lékaře pro lék mající schopnost ovlivnit psychiku, a to z pohledu pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a důvodu, který ho k lékaři přivádí. Druhým dílčím cílem je identifikace důvodů, pro které lékaři psychofarmaka skutečně předepisují a skupin, jež patří u jednotlivých odborností lékařů k těm nejčastěji používaným. Třetím dílčím cílem je zjistit, jaké zkušenosti mají lékaři se vznikem návyku nebo s pokusem o zneužití preparátu pacientem, jemuž byl předepsán, a vytýčení rizikových faktorů v životě ošetřovaných ovlivňujících sklon k tomuto chování. Závěrečným cílem je zjistit názor lékařů na aktuální stav prevence a odhalit zdroje osvěty, které ze své praxe vnímají jako nejpřínosnější.

4.2 Metodologie průzkumu

Průzkum byl proveden pomocí orientačního výzkumu. Podle Ferjenčíka (2000) může být pojem orientační trochu zavádějící a nemá ukazovat, že jde o nějaký předvýzkum, nýbrž odkazuje spíše na zaměření tohoto typu projektu, které je především deskriptivní, cílené na zorientování, porozumění danému problému. Jako synonyma pro orientační výzkum a podobné výzkumné projekty uvádí autor též používání následujících názvů: sondy, systematická nebo naturalistická pozorování, terénní studie, etnografické studie nebo mapující výzkumy. Cílem tohoto typu výzkumu je tedy získat vhled do nějaké skutečnosti, která nás zajímá, a zatím o ní víme jen málo. Průzkum může být realizován buď pozorováním, anebo je možno vypracovat sérii otázek, které budou následně v písemné nebo ústní podobě předloženy vybranému vzorku osob. (Ferjenčík, 2000)

Získaná data budou zpracována prostřednictvím metod deskriptivní statistiky za použití frekvence výskytu hodnot znaku v absolutních nebo relativních četnostech a výpočet středních hodnot rozložení číselných proměnných.

4.3 Metoda sběru dat

K získání potřebných informací jsem použila kvantitativní metodu dotazníku. Důvodem této volby byla specifická zkoumaného prostředí spojená s velkou časovou vyčerpávaností lékařů a snazšímu zajištění distribuce v rámci celé České republiky. Vzhledem k velkému území a omezeným možnostem přístupu k respondentům jsem značné části z nich (čtyřem pětinám) předala dotazníky prostřednictvím třetí osoby, konkrétně čtyř medicínských reprezentantek, kterým byla předem poskytnuta instrukce. Použitý dotazník je možno nalézt v příloze č. 1 této práce.

Chrásková (2007) uvádí, že dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně. Dotazníkové metodě bývá často vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale pouze jak sami sebe vnímají. Nespornou výhodou je na druhé straně fakt, že se jedná o metodu (co do shromažďování dat) velmi rychlou a ekonomickou, umožňující v krátkém časovém úseku oslovit velký počet respondentů.

Stejný autor klade důraz na důvěru respondentů a na záruku, že dotazníkem zjištěné skutečnosti nebudou zneužity proti nim. Proto bývá prospěšné užívání anonymních dotazníků,

kterými většinou získáme pravdivější informace, na druhé straně ale může svádět k neodpovědnému vyplňování.

Použitý dotazník je sestavený pouze pro účely mé bakalářské práce, je tedy nestandardizovaný. Tento fakt sice může negativně ovlivnit obsahovou validitu průzkumu, zároveň mi však poskytl příležitost si sestavení tohoto výzkumného nástroje vyzkoušet.

V dotazníku jsem volila zejména uzavřené a polouzavřené otázky, v nichž respondenti mohli volit ze dvou a více možností. Tento typ otázek s alternativními odpověďmi má vedle nesporných výhod, týkajících se především snadnosti následného zpracování, také své nevýhody. Patří k nim například povrchnost odpovědí, kdy bez možnosti dalšího dotazování není možno dostat se hlouběji do nitra problému. Snadno se mohou stát manipulujícími nebo naopak popudit respondenta, který v alternativách nenašel svou odpověď. Tomuto jevu jsem se snažila vyhnout tak, že jsem do alternativních odpovědí zařadila doplňující možnost (jiné, jiným způsobem apod.). Tím, že dotazovaní dostali možnost se volně vyjádřit, staly se z uzavřených otázek otázky polouzavřené.

Dotazník má celkem 22 položek. První tři položky se týkají pohlaví, odbornosti a délky odborné praxe lékařů. Otázku vztahovanou k pohlaví respondentů jsem do průzkumu zahrnula pouze z důvodu ujištění, že se dotazovaní budou účastnit muži i ženy, což jsem vzhledem k částečné distribuci prostřednictvím třetích osob nemohla jinak zaručit. Ve zpracování výsledků šetření však rozlišení obou pohlaví nemělo žádný vliv, šlo jen o jistotu zastoupení obou pohlaví. Obdobné opodstatnění, tedy co nejširší záběr období aktivní činnosti, má také položka týkající se délky praxe lékařů. Naopak typ specializace je znakem, se kterým jsem ve zpracování výsledků aktivně pracovala a u něhož byla žádoucí kvantitativní vyváženost všech tří zastoupených skupin.

Položky 4 až 8 jsou cíleny ke zjištění odpovědí na první dvě dílčí výzkumné otázky. Zjišťují množství a důvody žádostí pacientů o preskripci léku s psychoaktivním účinkem. Zajímalo mě věk těchto pacientů, jejich pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání.

Položky 9 až 12 se dotýkají samotné preskripce psychofarmak lékaři. Zjišťují, zda, jak často a z jakých důvodů lékaři tyto látky předepisují a které skupiny léčiv patří k těm nejčastěji předepisovaným. Jejich cílem je zodpovědět dílčí výzkumné otázky č. 3 a 4.

Druhá část dotazníku je věnována zkušenostem lékařů se zneužíváním a vznikem závislosti jejich pacientů na psychoaktivních lécích. Zajímaly mě také jejich názory na faktory ovlivňující predispozice ke zneužívání těchto látek. Přinášejí odpověď na dílčí výzkumné

otázky č. 5 a 6. Závěr dotazníku patří mínění lékařů na prevenci zneužívání psychofarmak, na dostupnost osvěty a vztahují se k poslední dílčí výzkumné otázce.

4.4 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor byl tvořen celkem 144 lékaři s rovnoměrným zastoupením praktických lékařů pro dospělé, psychiatrů a neurologů, tedy 48 zástupců každé skupiny. I když pro mne bylo úspěšné oslovení tak velkého počtu lékařů poměrně náročné, v intencích celkového počtu představitelů všech tří skupin lékařů (především praktických lékařů pro dospělé) není toto číslo reprezentativní, což může nepříznivě ovlivnit externí validitu průzkumu a možnost zobecnění jeho výsledků. Počet celkově oslovených lékařů byl 188 a celková návratnost 79 %. Správně vyplněných a vrácených dotazníků bylo 148, náhodně vybrané tři z nich vyplněné praktickými lékaři a jeden pocházející od neurologa jsem vyřadila za účelem kvantitativního souladu jednotlivých skupin.

Tyto tři zkoumané odbornosti, tedy aprobace praktického lékaře pro dospělé, psychiatrie a neurologie jsem vybrala z toho důvodu, že průřezově předepisují největší množství všech skupin psychofarmak popsanych v kapitole 1.1.

Výzkumný soubor tvořilo 93 žen a 51 mužů. Délka jejich odborné praxe se pohybovala od 3 do 45 let. Průměrná doba aktivní lékařské činnosti byla 18 let. Jistě stojí za zmínku, že u skupiny praktických lékařů byla doba praxe výrazně vyšší než u ostatních dvou sledovaných skupin (přesněji 26 let).

5 Prezentace výsledků vlastního šetření

Úvodní položkou vztahující se k frekvenci setkání s pacientem, který projeví žádost o pomoc s řešením svého psychického stavu prostřednictvím medikamentózní léčby, byla položka č. 4. Všichni oslovení lékaři se shodli na tom, že se ve své praxi minimálně jednou týdně setkají s pacientem, který je navštíví s žádostí o předpis léku ovlivňující psychiku. Všichni zástupci psychiatrické obce účastníci se tohoto průzkumu uvedli, že se s takovými pacienty setkávají několikrát denně, což je v naprostém souladu s očekáváním vyplývajícím z podstaty jejich profese. Nejčastější odpovědí praktických lékařů byla odpověď denně (46 %). Specialisté působící v neurologických ordinacích se s takovým požadavkem setkávají v průměru dvakrát až třikrát týdně (44 %).

5.1 Charakteristika a důvody pacientů žádajících o předpis psychofarmaka

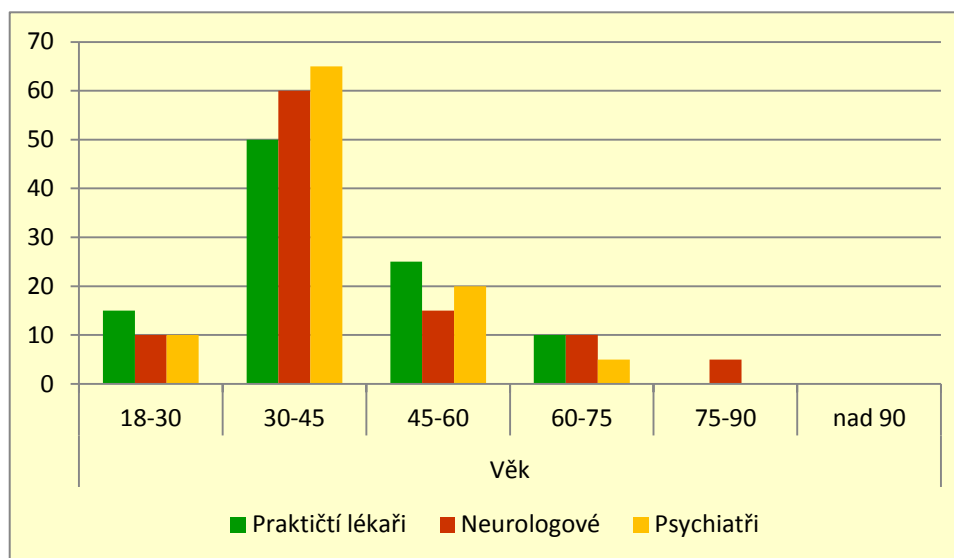
Úvodní položkou vztahující se k charakteristice pacientů, kteří k lékaři přicházejí s cílem odnést si lékařský předpis na jeden z léků ovlivňující lidskou psychiku, byla položka dotazníku č. 5, která zjišťovala převažující pohlaví ošetřovaných. Z výsledků vyplynulo, že v průměru s touto zakázkou ke všem skupinám lékařů přicházejí spíše ženy než muži. Z tohoto průměru se vyčlenilo 12 neurologů, podle kterých chodí muži i ženy stejně, tedy s poměrem 50 % pro každou ze skupin. Přesněji k tomu tabulka č. 6.

Odbornost	Pohlaví	
	muži	ženy
Praktičtí lékaři	20	80
Neurologové	45	55
Psychiatři	27	73

Tab. 6: Pacienti s požadavkem předpisu léku s psychoaktivním účinkem v %

Dále mne zajímal věk pacientů, kteří nejčastěji navštěvují lékaře se zakázkou získání psychofarmaka. Tuto otázku řešila položka č. 6, ve které měli lékaři procentuálně zhodnotit zastoupení jednotlivých věkových skupin. Při rozlišování jednotlivých věkových kategorií jsem použila rozdělení etap dospělosti autorů Langmeiera a Krejčířové (2008), kteří dospělost dělí na časnou (20 – 30 let), střední (30 – 45 let) a pozdní (45 – 60 let). Pro skupinu seniorů

jsem aplikovala periodizační pojetí podle Vágnerové (2007), která stáří dělí na rané (60 – 75 let), na období pravého stáří (75 – 90 let) a na období krajního stáří, kam řadí seniory starší 90 let. Výsledky šetření jednotlivých věkových skupin zastoupených mezi pacienty viz obr. č. 1.

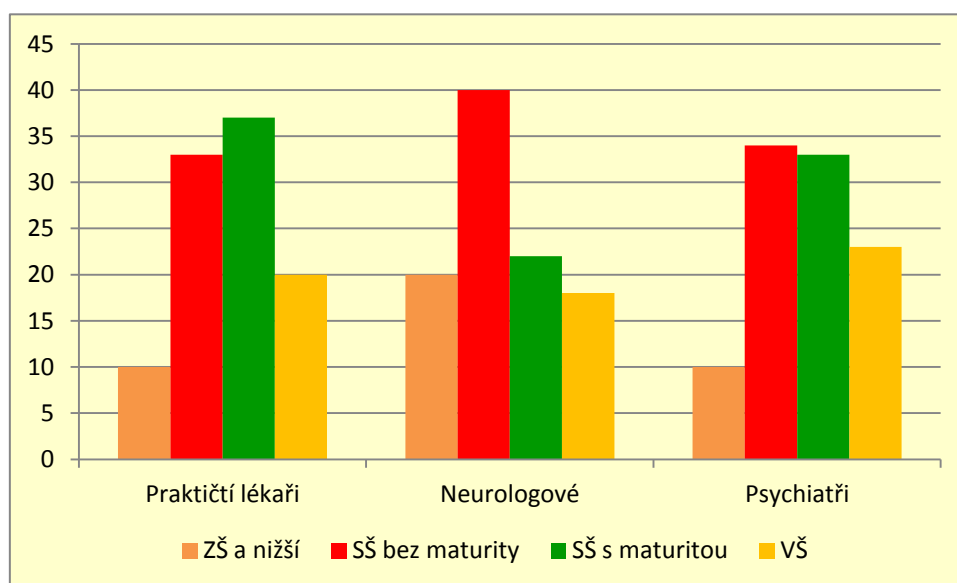


Obrázek 1: Věková struktura pacientů žádající o předpis psychofarmaka

Z obrázku č. 1 je patrné, že nejčastější věkovou skupinou navštěvující lékaře za účelem získání léku s psychoaktivním účinkem jsou lidé ve věku 30 – 45 let, tedy v období střední dospělosti. V tomto údobí člověk bilancuje svůj dosavadní život, uvažuje o budoucnosti a hledá smysl dalšího života. K tendenci bilancovat přispívá také vědomí předělu vlastního života a jeho časové omezenosti, s níž souvisí i pozvolné zužování možností a perspektiv. Objevují se první příznaky stárnutí, které ze sociálního hlediska postihují více ženy než muže. Vágnerová (2007) hovoří i o krizi středního věku.

Vnímám jako důležité upozornit na skutečnost, že tento výsledek se nemusí nijak překrývat se skutečnou preskripcí psychofarmak jednotlivým věkovým skupinám. Touto poznámkou mířím především k seniorům, u kterých dochází k nezvratným psychologickým změnám, na které nemusí mít náhled, a proto s požadavkem na farmakologickou podporu za lékařem sami nepřijdou.

Závěrečná položka zjišťující informace o žadatelích o předpis psychofarmaka se týkala jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Pacienti byli rozděleni do 4 skupin – na pacienty, jejichž vzdělávání skončilo ukončením základní školy, na absolventy nematuritních oborů, na ošetřované s úplným středním vzděláním, tedy s maturitou, a na vysokoškolsky vzdělané pacienty. Výsledky zjištění jsou zachyceny na obrázku č. 2.



Obrázek 2: Vzdělanostní struktura pacientů žádající o předpis psychofarmaka

Podle analýzy Českého statistického úřadu (www.czso.cz) byla v roce 2011 vzdělanostní struktura populace České republiky starší 15 let následující: ZŠ 11,6 %, SŠ bez maturity 42,4 %, SŠ s maturitou 30 % a VŠ 16 %. Při srovnání těchto údajů s výsledky sondy mezi lékaři jsem došla k překvapujícímu závěru. Největší disproporce mezi žadateli o psychofarmaka a zastoupením v populaci směrem k převaze prvního ukazatele se jeví být mezi vysokoškoláky a středoškoláky s maturitou. U skupiny vysokoškolsky vzdělaných pacientů se všechny tři dotazované skupiny lékařů shodly, že jejich podíl mezi pacienty žádajícími předpis léku s psychoaktivním účinkem je vyšší než jejich podíl v běžné populaci. Konkrétně neurologové takto označili 18 % pacientů, praktici 20 % a psychiatři 23 % všech pacientů projevujících přání předpisu psychofarmaka.

Naopak u skupiny s nejnižším dosaženým vzděláním, tedy u pacientů se základním nebo nižším stupněm erudice, byl tento poměr vyjma neurologických pacientů nižší než jejich zastoupení v populaci. Specialisté z oboru neurologie uvedli, že tato skupina tvoří přibližně 20 % pacientů vyjadřujících přání o předpis léčiva ze skupiny psychofarmak.

Když jsem se nad tímto závěrem zamýšlela, došla jsem k názoru, že zjištění může mít souvislost s podstatou některých neurologických onemocnění, které se mohou negativně projevit v intelektu a kvalitě kognitivních funkcí obecně.

Otázkou, zjišťující nejčastější důvody, které pacienty vedou k potřebě užití léků s psychoaktivním účinkem, se v dotazníku zabývala položka č. 8. Lékaři mohli volit mezi šesti alternativními odpověďmi a sedmou, doplňkovou možností „Jiné“. Všichni respondenti

využili možnost všech tří odpovědí a překvapivě nikdo nezvolil variantu doplňující odpovědi. Výsledky této položky dotazníku jsou uvedeny v tabulce č. 7.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Na povzbuzení, k potlačení smutku a zlepšení nálady	15	11	2	2	48	33
Zmírnění duševního napětí či úzkosti, uklidnění	21	15	4	3	48	33
Útlum bolesti	45	31	48	33	3	2
Problémy se spánkem	45	31	30	21	29	20
Zmírnění projevů onemocnění vyjma bolesti a poruch spánku (např. k potlačení křečí různého původu, ke snížení svalového napětí apod.)	9	6	39	27	6	4
Diagnostikované psychiatrické či neurologické onemocnění	9	6	21	14	10	8

Tab. 7: Nejčastější důvody pacientů při žádosti o předpis psychofarmaka (n=48)

Z tabulky vyplývá, že nejčastějšími důvody přání o předpis psychofarmaka, které z úst pacientů zaznívají u praktických lékařů, jsou zmírnění bolesti a problémy se spánkem. V neurologických ambulancích jsou tyto léky pacienti poptávány zejména, podobně jako u praktiků, především ke zmírnění bolesti (tuto možnost zaškrtno 100 % neurologů) a dále ke zmírnění symptomů jiných onemocnění. Těmi mohou být například křeče, zvýšené svalové napětí apod. Z nabízených tří možných označených odpovědí zaškrtno 100 % psychiatrů variantu „Na povzbuzení, k potlačení smutku a zlepšení nálady“ a „Zmírnění duševního napětí či úzkosti, uklidnění“. Třetí nejčastější odpovědi byly u psychiatrů stejně jako neurologů „Problémy se spánkem“. Právě tato varianta byla v absolutním součtu všech oslovených lékařů tou nejčastěji označovanou.

Podkapitoly 3.5.1 a 3.5.2 byly věnovány pacientům, jejich charakteristikám a důvodům, které je nejčastěji přivádějí do ordinací lékařů s žádostí o předpis léku ovlivňujícího psychiku. V následující části se zaměřím už jen na lékaře samotné, tedy na to, zda a jak často skutečně psychofarmaka předepisují, jaké jsou nejčastější důvody jejich indikace a které skupiny psychofarmak předepisují nejčastěji. Jistě bude zajímavé srovnání výsledků jejich odpovědí se zakázkou pacientů, kteří k nim s tímto požadavkem přicházejí.

Konkrétním zjištěním předcházela položka č. 9, jíž jsem se chtěla ujistit, že lékaři skutečně tato léčiva v praxi používají. I když byly tyto tři lékařské odbornosti vybrány cíleně

právě z důvodu očekávaných nejbohatších zkušeností s preparáty ovlivňujícími lidskou psychiku, považovala jsem za vhodné tuto otázku do dotazníku zařadit. Ze závěrů vyplynulo, že 100 % oslovených lékařů s psychofarmaky aktivně pracuje a mohli tak přejít k dalším položkám, které byly tímto faktem podmíněny.

5.2 Příčiny preskripce a skupiny předepisovaných psychofarmak

Úkolem této části práce bude odpovědět na dílčí výzkumnou otázku č. 3 a 4. Třetí parciální výzkumná otázka zní „Jak často a z jakých důvodů jsou jednotlivými skupinami lékařů psychofarmaka předepisována nejčastěji?“ Tuto problematiku šetřily v dotazníku položky č. 10 a 11.

Z odpovědí lékařů uvedených v položce č. 10 vyplynulo, že všichni zúčastnění respondenti předepisují léky s psychoaktivním účinkem minimálně jedenkrát týdně. Specialisté z oblasti psychiatrie a neurologie shodně uvedli, že psychofarmaka indikují a předepisují několikrát denně, u praktických lékařů byla nejčastější odpovědí, tedy modusem, odpověď „denně“. Tato varianta byla v odpovědích všeobecných lékařů také mediánem, tzn. střední hodnotou. 4 praktici, tedy 8 % respondentů této skupiny, označili možnost „1 x týdně“. Přesné výsledky vzniklé zpracováním této položky jsou prezentovány v tabulce č. 8.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
méně než 1x týdně	0	0	0	0	0	0
1 x týdně	4	8	0	0	0	0
2x - 3x týdně	19	40	0	0	0	0
denně	22	46	20	42	0	0
několikrát denně	3	6	28	58	48	100

Tab. 8: Frekvence předpisu léků s psychoaktivní složkou (n=48)

Položka č. 11 šetřila skutečné důvody, kvůli kterým lékaři předepisují léky s psychoaktivním účinkem nejčastěji. I zde měli respondenti vedle šesti alternativních odpovědí na výběr i variantu „Jiné“, kterou však žádný z nich nevyužil. Lékaři byli vyzváni, aby označili 3 nejčastější varianty. Při vyhodnocování jsem jako s hodnotou absolutního počtu pracovala s množstvím lékařů v jednotlivých skupinách, které je $n = 48$. Protože však každý z lékařů mohl zaškrtnout tři odpovědi (tedy 3×48), mohou se na první pohled zdát procentuální výsledky v tabulce č. 9 zavádějící. Platí, že položka, kterou označilo všech 48

lékařů, má hodnotu 100 %. Z důvodu možnosti tří odpovědí se i tato četnost může u každé skupiny lékařů objevit celkem třikrát. Blíže tabulka č. 9.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Pro stimulaci centrální nervové soustavy	11	23	3	6	39	81
K odstranění neuróz (např. strachu, pocitů úzkosti atd.)	21	44	9	19	43	90
Ke zmírnění bolesti	42	88	20	42	3	6
Pro poruchy spánku	48	100	16	33	11	23
Zmírnění projevů onemocnění vyjma bolesti a poruch spánku (např. k potlačení křečí různého původu, ke snížení svalového napětí apod.)	15	31	48	100	0	0
K léčbě diagnostikovaného psychiatrického či neurologického onemocnění	7	15	48	100	48	100

Tab. 9: Skutečné důvody předpisu psychofarmaka lékařem (n=48)

Ze zjištění vyplynulo, že nejčastějším důvodem nasazení psychofarmaka praktikem jsou poruchy spánku. Tuto možnost označili všichni oslovení všeobecní lékaři a koresponduje s nejobvyklejším důvodem, se kterým pacienti podle výsledků šetření s žádostí o psychofarmaka do jejich ordinací přicházejí. Podobně je na tom i druhý nejčastější důvod, a sice „Ke zmírnění bolesti“. I zde došlo ke shodě mezi požadavky pacientů (94 %) a skutečnými důvody, pro které lékař tyto léky indikoval (88 %).

Ve skupině neurologů a psychiatrů má indikace psychoaktivních preparátů nejčastější souvislost s léčbou diagnostikovaného psychiatrického či neurologického onemocnění. Vedle primárního onemocnění 100 % neurologů uvedlo, že tyto medikamenty indikuje také ke zmírnění přídatných symptomů jako zmírnění křečí či hypertonie. Mezi další nejčastěji uváděné důvody této skupiny patřilo „Zmírnění bolesti“ (42 %) a „Poruchy spánku“ (33 %).

Kategorie psychiatrů vedle léčby psychiatrického onemocnění používá těchto preparátů k odstranění neuróz (90 %) a ke stimulaci CNS (81 %), což koresponduje s nejčastějšími zakázkami jejich pacientů vycházejících z tohoto průzkumu.

Odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 4, jejímž cílem je zjistit lékaři nejčastěji používané druhy psychoaktivních látek, má v dotazníku poskytnout položka č. 12. Zde měli lékaři na výběr ze skupin psychofarmak popsanych v kapitole 1.1, která byla klasifikací těchto léků věnována. I v tomto případě mohli dotazovaní označit maximálně tři varianty, čehož

všichni respondenti využili. Vyhodnocení je zachyceno v tabulce č. 10 a probíhalo na základě stejného principu jako u tabulky č. 9.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Analgetika se sedativním účinkem (opiátová a.)	23	48	29	61	0	0
Sedativa a hypnotika	48	100	13	27	48	100
Anxiolytika	43	90	4	8	48	100
Antidepresiva	12	25	3	6	31	65
Antiparkinsonika	1	2	42	87	0	0
Antiepileptika	2	4	48	100	0	0
Psychostimulancia	15	31	5	11	19	35

Tab. 10: Skupiny předepisovaných psychoaktivních látek (n=48)

100 % praktických lékařů uvedlo, že recept na lék s psychoaktivním účinkem nejčastěji vystavují na jednoho ze zástupců hypnotik či sedativ. Mezi další poměrně často předepisovaná psychofarmaka praktiky patří Anxiolytika, tedy léky proti úzkosti (90 %) a Analgetika se sedativním účinkem (48 %).

Podobné zvyklosti mají také specialisté z oboru psychiatrie, kteří ve 100 % případů uvedli jako dvě nejčastěji předepisované skupiny Sedativa a hypnotika a Anxiolytika. Třetím nejčastějším druhem jsou psychoaktivní léky ze skupiny antidepresiv.

Oproti předchozím dvěma zmiňovaným skupinám neurologové k léčbě nejčastěji indikují Antiepileptika (100 %) a Antiparkinsonika (87 %). Často pracují také s Analgetiky se sedativním účinkem (61 %).

5.3 Zkušenosti lékařů s návyky a zneužíváním psychofarmak

Zkušenostmi lékařů jednotlivých odborností s návyky a zneužíváním jimi předepisovaných potenciálně psychoaktivních léčiv se v dotazníku zabývají položky 13 až 18. Hned první z nich zjišťuje, jakou praxi s užíváním psychofarmak lékaři mají, tedy zda pacienti dodržují dávkování a užívají je podle pokynů, nebo si upravují dávkování. Z výsledků prezentovaných v tabulce č. 11 vyplývá, že nejlepší zkušenosti s dodržováním léčebného plánu mají neurologové. Naopak více než 75 % respondentů ze skupiny psychiatrů a všeobecných lékařů se shodlo, že pacienti nedodržují dávkování, a to spíše směrem ke snižování dávek, kde se u obou skupin pohyboval modus i medián. Ve skupině praktických lékařů tuto možnost označilo 40 % dotazovaných a ve skupině psychiatrů tomu bylo ještě více

– téměř jedna polovina. 37 % praktiků se setkává spíše s opačným problémem, tedy že jejich pacienti berou léky častěji nebo si zvyšují dávky. Stejnou tematiku řeší i 31 % psychiatrů a 12 % neurologů.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatri	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Pacienti dodržují dávkování	11	23	39	82	10	21
Nedodržují - vynechávají nebo snižují dávky léků	19	40	3	6	23	48
Nedodržují - berou léky častěji než mají nebo zvyšují dávky	18	37	6	12	15	31

Tab. 11: Dodržování léčebného plánu pacienty (n=48)

Otázkou, zda se lékaři ve své praxi setkali s pacientem (s pacienty), u kterého (kterých) během léčby došlo k vytvoření návyku nebo závislosti na jím předepsaném psychoaktivním léku, se zabývá položka č. 14. Jak lze vyčíst z výsledků uvedených v tabulce č. 12, je tento problém především v kategorii specialistů velmi aktuální. 94 % psychiatrů a 85 % neurologů uvedlo, že u více než jednoho pacienta došlo během jejich léčby ke vzniku nežádoucího návyku.

Tento výsledek jen potvrzuje nebezpečnost psychoaktivních látek a opatrnost, se kterou s nimi musí být nakládáno. V ordinacích všeobecných lékařů, kde obvykle nedochází k tak dlouhodobé léčbě těmito medikamenty, se se vznikem návyku či závislosti na předepsaný lék z této skupiny alespoň v jednom případě setkala 35 % respondentů.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatri	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Ne	31	65	1	2	0	0
Ano, jen 1x	5	10	6	13	3	6
Ano, více než 1x	12	25	41	85	45	94

Tab. 12: Zkušenost s vytvořením návyku pacienta po předpisu psychofarmaka (n=48)

Položkou č. 15 přecházíme k souboru otázek týkajících se zneužití předepsaných léků pacientem. Hned úvodní položka této části šetří, zdali se lékaři během své odborné praxe setkali s pacientem (s pacienty), kteří se jakýmkoliv způsobem snažili zneužít nebo zneužili jimi předepsaná psychofarmaka. Také závěry tohoto šetření mě překvapily a opět zdůraznily potřebu opatrnosti při indikaci těchto látek. Výsledky prezentované v tabulce č. 13 ukazují, že 100 % psychiatrů se někdy během své praxe setkala s pokusem

o zneužití či přímo se zneužitím preparátu, který předepsali. Obdobnou zkušenost má 83 % praktických lékařů a 19 % neurologů. Samozřejmě jsem přemýšlela, čím je tak výrazný rozdíl mezi neurology a ostatními skupinami způsoben. Podle mého názoru může být důvodem závažnost a druh neurologických onemocnění, stejně jako poměrně specifická skupina pacientů.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Ne	8	17	39	81	0	0
Ano, jen 1x	21	43	8	17	5	10
Ano, více než 1x	19	40	1	2	43	90

Tab 13: Zkušenost se zneužitím předepsaného psychofarmaka (n=48)

Položka č. 16 byla určena pouze lékařům, kteří se ve své praxi setkali se zneužitím popisovaným v předchozí otázce, tedy 40 praktiků, 9 neurologů a všech 48 psychiatrů. Jejím účelem je zjistit, jakým způsobem ke zneužití předepsaných psychofarmak pacientem/pacienty došlo a respondenti dostali možnost zaškrtnout maximálně tři odpovědi. Kromě pěti alternativních odpovědí měli lékaři také doplňující možnosti „Jiným způsobem“, kterou však žádný z nich nevyužil.

Jak lze vyčíst z výsledků prezentovaných v tabulce č. 14, nejčastější zkušenosti všeobecných lékařů, psychiatrů i neurologů se zneužíváním předepsaných léků jsou prostřednictvím jejich darování příbuzným nebo známým. Tuto možnost označilo 75 % praktiků a neurologů a 70 % psychiatrů, kteří se se zneužitím ve vlastní praxi setkali.

Závažným problémem je také zneužití psychoaktivních léků pacienty se sklony k sebevražednému chování. S touto obtížně řešitelnou situací se setkali 3 praktičtí lékaři, 2 neurologové a 12 psychiatrů. S trestně postižitelným jednáním, tedy se zneužitím psychofarmak k jejich prodeji nebo k výrobě drogy se u svých pacientů setkalo 7 praktiků a 8 psychiatrů.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Pacient/i dával/i léky příbuzným či známým	30	75	7	75	28	70
Pacient/i dával/i či prodával/i léky cizím lidem	5	12	0	0	8	20
Pacient/i se snažil/i poškodit nebo způsobit újmu na zdraví jiné osobě	0	0	0	0	0	0
Pacient/i se snažil/i o sebevraždu předávkováním léky	3	8	2	25	12	10
Pacient/i z léků vyráběl/i drogy	2	5	0	0	0	0

Tab 14: Typ zkušenosti se zneužitím předepsaného psychofarmaka

Následující dvě položky zjišťují faktory, které podle mínění lékařů může ovlivňovat sklon ke zneužívání léků s psychoaktivním účinkem. V otázce č. 17 dostali respondenti za úkol zaškrtnout maximálně tři demografické ukazatele, které mají dle jejich názorů největší vliv na zneužívání psychofarmak pacienty. Alternativní odpovědi zahrnovaly věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, povolání a místo bydliště. Opět byla přiřazena doplňková varianta „Jiné“. Ani v tomto případě ji však žádný z respondentů nevyužil. I v tomto případě probíhalo vyhodnocení stejně jako u tabulky č. 9. Při vyhodnocování jsem tedy jako s hodnotou absolutního počtu pracovala s množstvím lékařů v jednotlivých skupinách, které je $n = 48$. Položka, kterou označilo všech 48 lékařů, má hodnotu 100 %. Z důvodu možnosti tří odpovědí se však i tato četnost může u každé skupiny lékařů objevit celkem třikrát. Přesné výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 15.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Věk	48	100	48	100	42	87
Rodinný stav	12	25	5	10	20	42
Nejvyšší dosažené vzdělání	45	94	39	80	29	60
Povolání	6	12	5	10	15	20
Místo bydliště	33	69	15	20	38	79

Tab. 15: Demografické faktory ovlivňující sklon ke zneužití psychofarmak (n=48)

Jak je z tabulky patrné, nejvyšší důraz kladou všechny tři skupiny odborností na ovlivnění věkem. Jako druhý nejvýznamnější faktor uvádějí shodně neurologové (80 %) a praktičtí lékaři (94 %) nejvyšší dosažené vzdělání. U psychiatrů je tento ukazatel nahrazen místem bydliště (79 %), nejvyšší dosažené vzdělání je však i u těchto odborníků hned za ním a poukazuje na opodstatněnost a na nutnost posílení prevence rizikového chování od co nejtělejšího věku.

Položka č. 18 rozšiřovala tyto ukazatele o faktory biopsychosociální povahy. V alternativních možnostech byly zahrnuty tíživé životní situace, zdravotní stav, rodinné zázemí, predispozice k nonkonformnímu jednání a vliv nebo nátlak příbuzných, přátel nebo známých. U této položky celkem 65 lékařů využilo možnost vlastní odpovědi v kolonce „Jiné“, kde shodně uvedli vliv faktorů souvisejících s výchovou jedince. I zde dostali lékaři možnost označit tři varianty, čehož všichni využili. Vyhodnocování proběhlo stejně jako u tabulky č. 9. Blíže demonstruje tabulka č. 16.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Tíživé životní situace (ztráta blízké osoby, finanční problémy, stresující pracovní prostředí apod.)	35	73	28	58	32	67
Zdravotní stav	1	2	2	4	1	2
Rodinné zázemí	31	65	41	85	43	90
Vrozené/získané predispozice k nonkonformnímu jednání	3	6	9	19	6	13
Vliv/nátlak rodiny, příbuzných, přátel či kamarádů	26	54	21	44	29	60
Jiné - Výchova	20	42	12	25	33	69

Tab. 16: Biopsychosociální faktory ovlivňující sklon ke zneužití psychofarmak (n=48)

Jak je patrné, skupina lékařů z psychiatrických a neurologických ordinací klade největší důraz na rodinné zázemí. Tato položka skórovala také u praktiků, kteří ji hodnotili jako druhou nejčastěji označovanou. Největší vliv na případné zneužívání mají podle této skupiny lékařů tíživé rodinné situace, jako je ztráta blízké osoby, finanční problémy, stresující pracovní prostředí apod. Tomuto faktoru přikládá význam také 67 % psychiatrů a 58 % neurologů. Značná část psychiatrů (69 %) využila také položky „Jiné“, kde shodně uvedli vliv výchovy a označili ji jako jeden ze tří nejvlivnějších faktorů.

5.4 Stav prevence

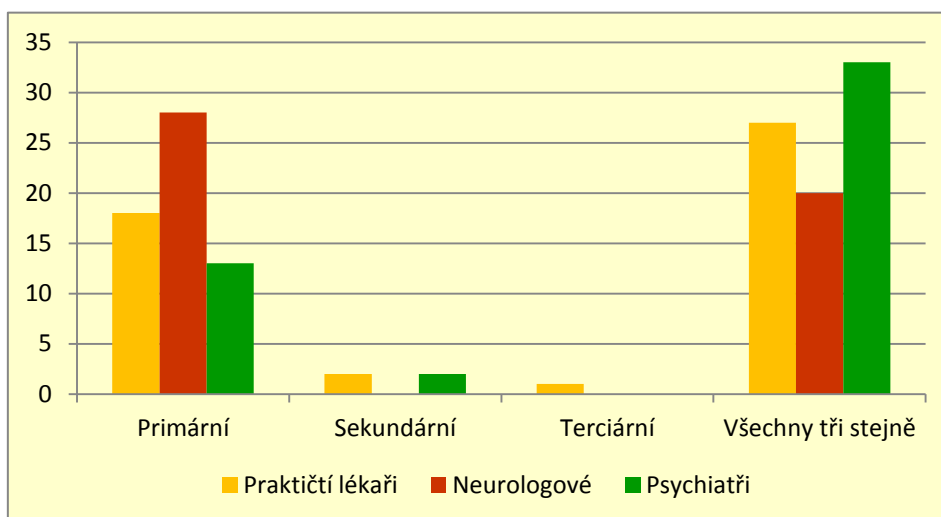
Závěrečné dvě položky dotazníku zjišťovaly, jak lékaři vnímají současný stav osvěty související s problematikou psychoaktivních látek a jejich cílem bylo odpovědět na dílčí výzkumnou otázku č. 8.

První položkou tohoto oddílu byla položka č. 19, která zjišťovala názor odborníků na efektivitu jednotlivých institucí, prostřednictvím kterých je prevence realizována. Lékaři měli mezi variantami „Média“, „Internet“, „Školy a školská zařízení“, „Protidrogové poradny“ a „V rámci rodiny“ zvolit jednu, v nichž osvětu vnímají jako nejúčinnější. Ze závěrů prezentovaných v tabulce č. 17 je patrné, že u všech třech skupin lékařů nejvýše skórovala položka „V rámci rodiny“, již označilo 50 % neurologů, a po čtyřiceti procentech praktiků a psychiatrů. Jako druhou nejúčinnější vnímají opět v souladu všechny tři skupiny „Školy a školská zařízení“, kterou označilo 40 % praktických lékařů, 38 % neurologů a 25 % psychiatrů. Účinnost preventivních programů realizovaných prostřednictvím protidrogových poraden se do první trojice vešla pouze u jedné desetiny lékařů z řad psychiatrie.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Média	9	18	6	12	12	25
Internet	1	2	0	0	0	0
Školy a školská zařízení	19	40	18	38	12	25
Protidrogové poradny	0	0	0	0	5	10
V rámci rodiny	19	40	24	50	19	40

Tab. 17: Efektivita prevence (n=48)

Položka č. 20 vyzvala lékaře, aby uvedli, kterou z forem prevence vnímají jako nejučinnější. Vedle tří základních stupňů mohli také zvolit variantu „Všechny tři stejně“ nebo využít možnosti „Nevím“. Z výsledků zaznamenaných na obrázku 3 je patrné, že největší část psychiatrů (67 %) a praktických lékařů (56 %) klade stejný důraz na všechny tři stupně preventivních programů. Tuto položku označilo také 42 % neurologů, v této skupině ale výše skórovala efektivita primární prevence (58 %).



Obrázek 3: Účinnost jednotlivých stupňů prevence

Předposlední položka dotazníku zjišťovala, zda lékaři vnímají osvětu související s problematikou psychoaktivních látek za dostačující. Na tento přímý dotaz odpovědělo 90 % praktických lékařů a 96 % psychiatrů, že tomu tak není. Přesné výsledky jsou zachyceny v tabulce č. 18.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatři	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
Ano, je postačující	5	10	33	69	2	4
Ne, měla by se posílit	43	90	8	17	46	96
Nevím	0	0	7	14	0	0

Tab. 18: Postoj lékařů k současnému stavu prevence (n=48)

V závěrečné položce dotazníku dostali lékaři příležitost označit tři možnosti, prostřednictvím kterých institucí by uvítali posílení prevence. Měli na výběr z celkem šesti možností - „V médiích“, „Na internetu“, „Ve školách a školských zařízeních“, „V rámci materiálů protidrogové prevence“, „V rámci rodiny“ a doplňkovou možnost „Jinde“, kterou žádný z respondentů nevyužil.

	Praktičtí lékaři		Neurologové		Psychiatri	
	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)	abs. (n)	rel.(%)
V médiích	16	33	15	31	24	50
Na internetu	2	4	0	0	0	0
Ve školách a školských zařízeních	22	46	24	50	19	40
V rámci materiálů protidrogové prevence	3	6	9	19	5	10
V rámci rodiny	5	11	0	0	0	0

Tab. 19: Oblasti vhodné pro rozšíření prevence (n=48)

Jak lze z tabulky č. 19 vyčíst, 50 % neurologů, 46 % praktiků a 40 % psychiatrů zařadilo do svých vybraných odpovědí položku „Ve školách a školských zařízeních“ a celkově tato položka skórovala nejvýše. 50 % specialistů v oboru psychiatrie by uvítalo posílení osvěty prostřednictvím médií, podobně jako 31 % neurologů a 33 % praktiků. Více než třetina všech respondentů by přivítala případné rozšíření materiálů protidrogové prevence.

5.5 Shrnutí empirické části

Anonymní průzkum mezi všeobecnými lékaři, neurology a psychiatry si stanovil za cíl popsat zkušenosti lékařů s předepisováním léků s psychoaktivním účinkem. Shrnutí výsledků dotazníkového šetření interpretuji z hlediska kladených výzkumných otázek a stanovených dílčích cílů.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit obvyklý profil pacienta přicházejícího do ordinace lékaře pro lék mající schopnost ovlivnit psychiku, a to z pohledu pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a důvodu, který ho k lékaři přivádí.

K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly dvě výzkumné otázky:

1. Jaká skupina pacientů s ohledem na pohlaví, věk a vzdělání nejčastěji přichází s žádostí o předpis psychofarmaka?
2. Jaké jsou nejčastější důvody pacientů žádající o předpis psychofarmak?

K naplnění prvního parciálního cíle jsem použila položky č. 5 až 8, které zjišťovaly pohlaví, věkovou kategorii, nejvyšší dosažené vzdělání a důvody, pro které pacient o léčivo s psychoaktivní složkou žádá.

Výsledky ukázaly, že se základní charakteristiky typického pacienta, vzešlého z mého průzkumu a přicházejícího do ordinace lékaře s přáním o předpis léku s psychoaktivním účinkem, u jednotlivých odborností liší.

V ordinaci praktického lékaře je nejčastější představitelkou žena ve střední dospělosti se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním.

V ordinaci neurologa to bude s mírně vyšší pravděpodobností žena (celkový rozdíl mezi oběma skupinami je 10 %) ve věku střední dospělosti a spíše se základním vzděláním.

V psychiatrické ambulanci touto pacientkou bude nejpravděpodobněji také žena středního věku, u níž lze předpovídat vysokoškolské vzdělání.

Odlišné jsou také důvody, které z úst pacientů při žádosti o předpis psychofarmaka v jednotlivých ordinacích zaznívají.

U praktických lékařů jsou nejčastějšími důvody zmírnění bolesti a problémy se spánkem. V neurologických ambulancích mají léky přinést úlevu od bolesti zmírnění symptomů jiných onemocnění.

V ordinaci psychiatrů pacienti jako nejčastější důvod uvádějí „Na povzbuzení, k potlačení smutku a zlepšení nálady“ a „Zmírnění duševního napětí či úzkosti, uklidnění“.

V absolutním součtu všech oslovených lékařů byla nejčastěji označovanou variantou možnost související s poruchami spánku.

Dílčí cíl č. 2: Identifikace důvodů, pro které lékaři psychofarmaka skutečně předepisují, a lékových skupin, jež patří u jednotlivých odborností lékařů k těm nejčastěji používaným.

K tomuto cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 3 a č. 4:

3. Jak často a z jakých důvodů jsou jednotlivými skupinami lékařů psychofarmaka předepisována nejčastěji?
4. Jaké jsou nejčastější skupiny předepisovaných psychofarmak?

Ke zjištění potřebným pro naplnění dílčího cíle č. 2 jsem využila informací z položek 11 a 12, které tuto problematiku šetřily. Účelem tohoto cíle bylo zjištění sourodosti mezi pohnutkami, se kterými pacienti do ordinací lékařů přicházejí, a skutečnými důvody, proč jsou jim medikamenty předepisovány.

Praktičtí lékaři uvedli, že nejčastějšími důvody pro psychofarmakum indikují, jsou poruchy spánku následované útlumem bolesti, což je plně v souladu s uváděnými pohnutkami pacientů. Nejčastěji předepisují léky ze skupiny hypnotik, sedativ a anxiolytik.

Vedle léčby primárního onemocnění 100 % neurologů uvedlo, že psychofarmaka indikují ke zmírnění přídatných symptomů jako zmírnění křečí či hypertonie, což koresponduje s důvody uváděnými pacienty. Nejčastěji předepisují antiepileptika, antiparkinsonika a analgetika se sedativním účinkem (opiáty).

Kategorie psychiatrů vedle terapie psychiatrického onemocnění používá psychoaktivních preparátů k odstranění neuróz (90 %) a ke stimulaci CNS (81 %), což koresponduje s nejčastějšími zakázkami jejich pacientů vycházejících z tohoto průzkumu. Podobně jako všeobecní lékaři nejčastěji vydávají recept na sedativa, hypnotika a anxiolytika.

Dílčí cíl č. 3: Popsat zkušenosti lékařů se vznikem návyku nebo s pokusem o zneužití preparátu pacientem, kterému byl předepsán, a vytýčení rizikových faktorů v životě ošetřovaných ovlivňujících sklon k tomuto chování.

K tomuto cíli se vztahovaly dílčí výzkumné otázky č. 5, 6 a 7.

5. Jaké jsou zkušenosti jednotlivých skupin lékařů s vytvořením návyku na lék s psychoaktivním účinkem?
6. Jaké jsou zkušenosti jednotlivých skupin lékařů se zneužitím předepsaných psychoaktivních látek?
7. Jaké faktory mohou dle lékařů nejspíše vést ke zneužívání psychofarmak pacienty?

Tyto otázky řešily položky dotazníku č. 14 – 18.

S vytvořením vzniku návyku nebo závislosti na předepsaný preparát má zkušenost 12 % praktických lékařů, 98 % neurologů a 100 % psychiatrů.

Se zneužitím předepsaných léků se setkalo 85 % praktických lékařů, 19 % neurologů a 100% psychiatrů. 75 % těchto případů souviselo s podáním léku někomu ze svých blízkých či známých. Se zneužitím psychoaktivních léků pacienty se sklony k sebevražednému chování se setkali 3 praktičtí lékaři, 2 neurologové a 12 psychiatrů. S trestně postižitelným jednáním, tedy se zneužitím psychofarmak k jejich prodeji nebo k výrobě drogy, se u svých pacientů setkalo 7 praktiků a 8 psychiatrů.

100 % respondentů uvedlo, že z demografických faktorů ovlivňujících sklon k rizikovému chování vedoucího ke zneužívání léků je nejdůležitější věk. Jako druhý nejvýznamnější faktor uvádějí shodně neurologové (80 %) a praktičtí lékaři (94 %) nejvyšší dosažené vzdělání. U psychiatrů je tento ukazatel nahrazen místem bydliště (79 %), nejvyšší dosažené vzdělání je

však i u těchto odborníků hned za ním (60 %). Z ukazatelů biopsychosociální povahy klade 65 % praktiků, 85 % neurologů a 90 % psychiatrů důraz na rodinné zázemí. U všech tří skupin je dále zdůrazňován vliv tíživých situací a výchovy.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit názor lékařů na aktuální stav prevence a odhalit zdroje osvěty, které ze své praxe vnímají jako nejprínosnější.

Ke čtvrtému dílčímu cíli se vztahovala výzkumná otázka č. 8.

8. Jaké jsou názory lékařů na osvětu související s prevencí zneužívání psychofarmak?

Závěrečnou výzkumnou otázku šetřily závěrečné položky dotazníku, tedy položky 19 – 22.

50 % neurologů, 40 % praktiků a 40 % psychiatrů vnímá jako nejefektivnější prevenci zprostředkovanou v rámci rodiny. Následována je školou a školskými zařízeními (40 % praktických lékařů, 38 % neurologů a 25 % psychiatrů).

90 % praktických lékařů, 96 % psychiatrů a 17 % neurologů vnímá současnou prevenci jako nedostatečnou.

50 % neurologů, 46 % praktiků a 40 % psychiatrů by přivítalo posílení prevence ve školách a školských zařízeních.

Průzkum ukázal, jak velký význam kladou lékaři napříč zkoumanými odbornostmi na vliv výchovy a vzdělání získaných prostřednictvím škol a školských zařízení. Nejvyšší dosažené vzdělání je téměř osmdesát procenty lékařů vnímáno jako důležitý faktor ovlivňující sklon jedince k patologickému jednání (v případě popsaného průzkumu ke zneužívání léků s psychoaktivním účinkem). Zároveň více než polovina lékařů vnímá současný stav prevence za nedostatečný a téměř polovina z nich by přivítala posílení preventivních opatření proti zneužívání psychoaktivních látek přímo ve školách a dalších vzdělávacích institucích.

Odtud plyne doporučení pramenící z výsledků průzkumu, které spatřuji v posílení preventivních programů ve školách, a to nejen ve vztahu ke „klasickým drogám“, ať se jedná o tvrdé či měkké, legální či nelegální, ale také ke skupině léků s psychoaktivním účinkem, které v preventivních programech na své pevné místo teprve čekají.

Závěr

Svou bakalářskou práci jsem věnovala jednomu ze žhavých témat dnešní doby, které se blíže dotýká čím dál většího množství populace a jako chobotnice obepíná stále širší spektrum zainteresovaných. Ústřední téma znělo návyky a zneužívání psychoaktivních látek. Protože se již osmým rokem pohybuji v prostředí farmaceutických společností, které lékařům z řad specialistů i všeobecných lékařů nabízejí léky ovlivňující centrální nervovou soustavu, rozhodla jsem se využít svých zkušeností a kontaktů a popsat jejich preskripční zvyklosti.

Závislostem na lécích obecně není z mého pohledu věnována dostatečná pozornost. Ve středu zájmu společnosti stojí spíše zneužívání ilegálních látek, případně alkoholických nápojů a tabákových výrobků, na předepisovaná léčiva mající schopnost ovlivnit lidskou psychiku se však v preventivních programech nezdá zapomínat. Přitom se jedná o látky, které se v současné době provázené shonem a tlaky na všeobecnou dokonalost staly častým předmětem užívání i v případech, kdy nejsou lékařem indikovány. Zkušenost s psychofarmakem má čím dál větší část populace a pomalu se stávají běžnou součástí domácích lékárníček. Tato skutečnost byla druhým z důvodů volby tématu bakalářské práce.

Problematiku návyků a zneužívání léků s potenciálem ovlivnění psychických funkcí jsem ve své práci zpracovala nejprve pomocí teoretických zdrojů. Definovala jsem základní pojmy jako psychofarmakum, návyky a zneužívání. Podrobně jsem se věnovala klasifikaci psychoaktivních léků a prevenci rizikových situací, které jejich užíváním mohou nastat.

V empirické části jsem si stanovila jeden obecný a čtyři dílčí cíle. Ty jsem naplnila pomocí orientačního průzkumu mezi skupinami lékařů, kteří mají průřezově s léčivou této povahy nejvíce zkušeností. Pracovala jsem s kategoriemi praktických lékařů, neurologů a psychiatrů, které jsem oslovila buď přímo, nebo prostřednictvím čtyř spolehlivých kolegů. S jejich pomocí jsem mezi lékaře rozšířila dotazník, který jsem následně vyhodnotila za pomoci metod deskriptivní statistiky.

Ze vzešlých závěrů na mě velmi příjemně zapůsobil význam, který lékaři napříč specializacemi výchově probíhající na půdě škol a školských zařízení přikládají. Ve všech položkách, kde byl odhalován vliv jednotlivých institucí, vždy škola a vzdělání skórovaly velmi vysoko. Jako přínosné vnímám i negativní zjištění, že 90 % praktiků a 97 % psychiatrů není spokojená se současným stavem prevence. Jako nejefektivnější způsob osvěty byly vedle rodinného zázemí opět shodně uváděny školy a školská zařízení. Je jistě přínosné znát svá slabá místa a práce na nich je vždy velkou výzvou.

Seznam použité literatury

1. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
2. FIŠAR, Zdeněk a kolektiv. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. ISBN 978-80-247-2737-0.
3. FÜRST, M. *Psychologie: včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80- 7198- 199- 0.
4. HAMPL, František, PALEČEK, Jaroslav. *Farmakochemie*. Praha: Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2002. ISBN 80-7080-495-5.
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Portál s.r.o. 2005. ISBN: 80-71-78-303-X
6. HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. 2. vydání. Praha: Triton, 2001. 520 s. ISBN 80-7254-181-1.
7. HYNIE, S. *Psychofarmakologie v praxi*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-17-5.
8. Hypnotika 4. generace nepůsobí závislost. *Zdravotnické noviny* [online] 2009 [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/hypnotika-4-generace-nepusobi-zavislost>.
9. CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 265s. ISBN: 978-80-247-1369-4
10. JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. 342 s. 80-201-0087-3
11. 13. KALINA, K., KOLEKTIV. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2002. 319s. ISBN: 80-86734-056
12. Klasifikace, tabulky. [online]. [cit. 2013-04-16]. Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/mkn>

13. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN:978-80-247-1284-3
14. Lékařské slovníky [online] 2013 [cit. 2013-05-02] Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/psychofarmaka-3>
15. LINCOVÁ, D., FARGHALI, H. a kolektiv. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 978-80-7262-373-0.
16. MATÍNKOVÁ, J. a kolektiv. Farmakologie - skripta Lékařské fakulty UK v Hradci Králové, 2011
17. Mezinárodní klasifikace nemocí: info: základní informace. *Uzis.cz* [online] 2013 Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
18. MRAVČÍK, V. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2005*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 97S. ISBN: 978-80-87041-22-2
19. NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK V., POPOV, P. *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice*. 1. Vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012, 146 s. ISBN 978-80-7440-073-5
20. NOVOTNÁ, J. *Drogové závislosti: Symptomatika a léčba pro praktické lékaře*. Brno: KHS a Agentura AISA, 1997.
21. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997. 347 s. ISBN 80-85917-36-X
22. OREL, Miroslav, FACOVÁ, Věra a kolektiv. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009, 256 s. ISBN 978-80-247-2617-5.
23. SLÍVA, J., VOTAVA, M. Hypnotika. *Medicabaze.cz* [online] 2010 [cit. 2012-10-26]. Dostupné z: http://www.medicabaze.cz/index.php?&sec=term_detail&termId=3033&tname=Hypnotika.
24. *Stimulancia podrobně* [online] 2013 [cit. 2013-05-06] Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne

25. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Praha: Karolinum. 2007, 461 s. ISBN: 978-80-246-1318-5
26. VINAŘ, O. *Psychofarmakologie je už šedesátiletá*. Klin Farmakol Farm 2012; 26(1): 14-17. [online] 2013 [cit.2013-05-06].
Dostupné z: <http://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2012/01/04.pdf>

Seznam zkratek

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
OPL	Omamné a psychotropní látky
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č. 1: Rozdělení omamných látek podle Mezinárodní klasifikace nemocí.....	11
Tabulka č. 2: Léky s možným vznikem závislosti	12
Tabulka č. 3: Slabé opioidy.....	13
Tabulka č. 4: Silné opioidy.....	14
Tabulka č. 5: Přehled a účinek jednotlivých generací hypnotik.....	17
Tabulka č. 6: Pacienti s požadavkem předpisu léku s psychoaktivním účinkem.....	29
Tabulka č. 7: Nejčastější důvody pacientů při žádosti o předpis psychofarmaka.....	32
Tabulka č. 8: Frekvence předpisu léků s psychoaktivní složkou.....	33
Tabulka č. 9: Skutečné důvody předpisu psychofarmaka lékařem.....	34
Tabulka č. 10: Skupiny předepisovaných psychoaktivních látek.....	35
Tabulka č. 11: Dodržování léčebného plánu pacienty.....	36
Tabulka č. 12: Zkušenost s vytvořením návyku pacienta po předpisu psychofarmaka.....	36
Tabulka č. 13: Zkušenost se zneužitím předepsaného psychofarmaka.....	37
Tabulka č. 14: Typ zkušenosti se zneužitím předepsaného psychofarmaka.....	37
Tabulka č. 15: Demografické faktory ovlivňující sklon ke zneužití psychofarmak.....	38
Tabulka č. 16: Biopsychosociální faktory ovlivňující sklon ke zneužití psychofarmak.....	39
Tabulka č. 17: Efektivita prevence.....	40
Tabulka č. 18: Postoj lékařů k současnému stavu prevence.....	40
Tabulka č. 19: Oblasti vhodné pro rozšíření prevence.....	41
Obrázek č. 1: Věková struktura pacientů žádající o předpis psychofarmaka.....	30
Obrázek č. 2: Vzdělanostní struktura pacientů žádající o předpis psychofarmaka.....	31
Obrázek č. 3: Účinnost jednotlivých stupňů prevence.....	40

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Lucie Kopová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Pedagogika – Veřejná správa při Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, sloužícího pro účely mé bakalářské práce, jejíž název zní „Návyky a zneužívání psychofarmak“. Dotazník má celkem 21 položek a jeho vyplnění Vám zabere přibližně 15 minut.

Předesílám, že výzkum je zcela anonymní a slouží pouze pro účely shora uvedené práce.

Předem mnohokrát děkuji za Vaši laskavou pomoc.

1. Jste:

Muž

Žena

2. Zaškrtněte prosím Vaší odbornost:

Praktický lékař

Psychiatr

Neurolog

3. Napište prosím délku Vaší odborné praxe:

.....let

4. Jak často se setkáte s požadavkem pacienta na předpis léku s psychoaktivním účinkem (ve formě přání léku na spaní, na uklidnění, na povzbuzení apod.)?

S tímto požadavkem se nesetkávám

Méně než 1x týdně

1x týdně

2x – 3x týdně

Denně

Několikrát denně

5. Skupinu pacientů, kteří k Vám přicházejí s žádostí o léky ze skupiny psychoaktivních látek, tvoří spíše:

Muži , a to z%

Ženy , a to z%

6. Pokuste se prosím odhadnout procentuální zastoupení jednotlivých věkových skupin pacientů s požadavkem o předepsání psychofarmaka tak, aby celkový součet tvořil 100 %.

18 – 30 let%	60 – 75 let%
30 – 45 let%	75 – 90 let%
45 – 60 let%	Nad 90 let%

7. Pokuste se prosím určit procentuální zastoupení jednotlivých vzdělanostních skupin pacientů s požadavkem o předepsání léků s psychoaktivním účinkem tak, aby celkový součet tvořil 100 %.

ZŠ a nižší%
Střední bez maturity%
Střední s maturitou%
VŠ%

8. S jakými důvody žádosti o předpis psychofarmaka k Vám pacienti přicházejí nejčastěji? (zaškrtněte prosím max. 3 odpovědi)

- Na povzbuzení, k potlačení smutku a zlepšení nálady
- Zmírnění duševního napětí či úzkosti, uklidnění
- Útlum bolesti
- Problémy se spánkem
- Zmírnění projevů některých onemocnění vyjma bolesti a poruch spánku (např. k potlačení křečí různého původu, ke snížení svalového napětí apod.)
- Diagnostikované psychiatrické či neurologické onemocnění
- Jiné (uveďte prosím).....

9. Předepisujete svým pacientům psychofarmaka ve formě léků?

- Ano
- Ne, tuto problematiku neřeším
- Ne, pacientovi raději doporučím konzultaci u odborníka (psychologa či psychiatra)
- Ne, pouze doporučuji bylinné produkty

Položky 10 -17 jsou určeny pouze pro ty z Vás, kteří jste na otázku č. 9 odpověděli Ano.

10. Jak často předepisujete pacientům psychofarmaka?

- Méně než 1x týdně
- 1x týdně
- 2x – 3x týdně
- Denně
- Několikrát denně

11. Z jakých důvodů předepisujete pacientům psychofarmaka nejčastěji? (zaškrtněte prosím max. 3 odpovědi)

- Pro stimulaci centrální nervové soustavy
- K odstranění neuróz (např. strachu, pocitů úzkosti atd.)

- Ke zmírnění bolesti
- Pro poruchy spánku
- Ke zmírnění projevů některých onemocnění
- (např. k potlačení křečí různého původu, ke snížení svalového napětí apod.)
- K léčbě diagnostikovaného psychiatrického či neurologického onemocnění
- Jiné (uveďte prosím).....

12. Kterou skupinu léků s potenciálním psychoaktivním účinkem předepisujete pacientům nejčastěji? (zaškrtněte prosím max. 3 odpovědi)

- Analgetika se sedativním účinkem
- Sedativa a hypnotika
- Anxiolytika
- Antidepresiva
- Antiparkinsonika
- Antiepileptika
- Psychostimulancia
- Jiné (uveďte prosím).....

13. Jakou máte zkušenost s užíváním Vámi předepsaných psychofarmak pacienty?

- Pacienti přesně dodržují předepsané dávkování léků
- Pacienti nedodržují předepsané dávkování léků, dávky psychofarmak si snižují nebo neužívají vůbec
- Pacienti nedodržují předepsané dávkování léků, dávky psychofarmak si sami zvyšují

14. Setkal/a jste se již v průběhu své odborné lékařské praxe s pacientem/pacienty, u kterých během léčby došlo k vytvoření návyku/závislosti na Vámi předepsaná psychofarmaka?

- Ne
- Ano, jen jednou
- Ano, více než jednou

15. Setkal/a jste se již v průběhu své odborné lékařské praxe s pacientem/pacienty, kteří se jakýmkoliv způsobem snažili zneužít nebo zneužili Vámi předepsaná psychofarmaka?

- Ne
- Ano, jen jednou
- Ano, více než jednou

Položka č.16 je určena pouze pro ty z Vás, kteří jste na otázku č. 15 odpověděli Ano.

16. Jakým způsobem ke zneužití Vámi předepsaných psychofarmak pacientem/pacienty došlo? (zaškrtněte prosím max. 3 odpovědi)

- Pacient/i dával/i či prodával/i léky členům své rodiny,
příbuzným, známým, přátelům či kamarádům
- Pacient/i dával/i či prodával/i léky cizím lidem
- Pacient/i se snažil/i poškodit nebo způsobit újmu na zdraví jiné osobě
- Pacient/i se snažil/i o sebevraždu předávkováním léky
- Pacient/i z léků vyráběl/i drogy
- Jiným způsobem (uveďte prosím).....

17. Které z níže uvedených demografických údajů dle Vašeho názoru mají nebo by mohly mít vliv na zneužívání psychofarmak pacienty? (zaškrtněte prosím max. 3 odpovědi)

- Věk
- Rodinný stav
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Povolání
- Místo bydliště
- Jiné (uveďte prosím).....

18. Jaké další faktory dle Vašeho názoru ovlivňují nebo by mohly ovlivňovat dispozice pacientů ke zneužívání psychofarmak? (zaškrtněte prosím max. 3 odpovědi)

- Těživé životní situace (ztráta blízké osoby, finanční problémy,
stresující pracovní prostředí apod.)
- Zdravotní stav
- Rodinné zázemí
- Vrozené/získané predispozice k nonkonformnímu jednání
- Vliv/nátlak příbuzných, přátel nebo známých
- Jiné (uveďte prosím)

19. Uveďte prosím, prostřednictvím které instituce vnímáte šíření prevence jako nejúčinnější:

- Média
- Internet
- Školy a školská zařízení
- Protidrogové poradny

V rámci rodiny
Jinde (uveďte prosím)

20. Uveďte prosím, jaký druh prevence vnímáte jako nejúčinnější

Primární (tj. předcházení prvnímu styku s drogou)
Sekundární (tj. bránění vzniku návyku při rekreačním užívání drogy)
Terciární (harm reduction)
Všechny tři vnímám jako stejně důležité
Nevím

21. Máte pocit, že je osvěta, související s problematikou psychoaktivních látek, dostačující?

Ano
Ne
Nevím

22. Pokud jste v předchozí otázce označil/a možnost Ne, uveďte prosím, kde byste se rád/a setkal/a s rozšířenou nabídkou informací

V médiích
Na internetu
Ve školách
V rámci materiálů protidrogové prevence
V rámci rodiny
Jinde (uveďte prosím)

To je vše, mnohokrát děkuji za Vaši pomoc a trpělivost při vyplňování.

Anotace

Jméno a příjmení:	Lucie Kopová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PhDr. Linda Švrčinová

Rok obhajoby:	2013
----------------------	------

Název práce:	Návyky a zneužívání psychofarmak
Název v angličtině:	Habits and abuse of psychotropic drugs
Anotace práce:	Hlavním cílem této práce je popsat zkušenosti lékařů s návyky a zneužíváním léků s potenciálem ovlivnění psychických funkcí. Tato oblast bude nejprve zpracována pomocí teoretických zdrojů. Definovány budou základní pojmy jako psychofarmakum, návyky a zneužívání. Část bude věnována klasifikaci psychoaktivních léků a prevenci rizikových situací, které jejich užíváním mohou nastat. Cíle empirické části budou naplněny pomocí orientačního průzkumu mezi skupinami všeobecných lékařů, neurologů a psychiatrů.
Klíčová slova:	Psychofarmakum, psychoaktivní, návyk, zneužívání, prevence
Anotace v angličtině:	The main objective of this paper is to describe the experiences of doctors with habits and drug abuse with the potential to affect mental functions. This area will be first processed using theoretical sources. Basic concepts are defined as psychotropic drugs, habits and abuse. Section will be devoted to the classification of psychoactive drugs and preventing risky situations that their use may occur. The objectives of the empirical part will be filled with an indicative survey of groups of general practitioners, neurologists and psychiatrists.
Klíčová slova v angličtině:	Psychotropic drugs, psychoactive, addiction, abuse, prevention
Přílohy vázané v práci:	1
Rozsah práce:	49 stran + 6 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk