

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Bakalářské studium adiktologie
Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1.LF UK a VFN



**KOMBINACE OPIOIDNÍCH ANALGETIK NA
LÉKAŘSKÝ PŘEDPIS S ALKOHOLEM NEBO JINOU
NÁVYKOVOU LÁTKOU**

Autor: Jana Lávičková

Vedoucí: Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D.

Praha

2010

PODĚKOVÁNÍ

Za podporu a spolupráci na této bakalářské práci bych velice ráda poděkovala Mgr. Romanu Gabrhelíkovi Ph.D., Centrum Adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, a Mgr. Haně Voňkové Ph.D. za konzultace v oblasti statistické analýzy získaných výsledků dané pilotní studie, stážistka na RAND Corporation, Santa Monica, California, USA za Department of Econometrics, Tilburg University, The Netherlands.

Dále bych ráda poděkovala za spolupráci při sběru dat níže uvedeným institucím:

Ambulance léčby bolesti, Nemocnice České Budějovice a.s. pod vedením MUDr. Evy Lengálové

Ambulance pro léčbu bolesti, Nemocnice Benešov pod vedením MUDr. Josefa Hanáčka

Centrum pro léčbu bolesti, Fakultní nemocnice Bulovka pod vedením primářky MUDr. Dany Vondráčkové

Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů při Klinice rehabilitace 2. LF UK a FN Motol pod vedením primáře MUDr. Jiřího Kozák

Centrum pro léčbu bolesti, Fakultní nemocnice Olomouc pod vedením MUDr. Tomáše Gabrhelíka Ph.D.

Centrum pro léčbu bolesti, Fakultní nemocnice U Svaté Anny, Brno, pod vedením MUDr. Marka Hakla

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny řádně citovala a uvedla.

V Praze, 14.dubna 2010Jana Lávičková.....

Obsah

Abstrakt	6
1. Cíl	8
2. Úvod	9
2.1 Chronická bolest	9
2.1.1 Pracoviště léčby bolesti na území České republiky.....	10
2.1.2 Diagnózy nejčastěji spojené s chronickou bolestí	11
2.2 Opioidní analgetika	12
2.2.1 Dělení analgetik dle WHO	12
2.2.2 Účinné látky opioidních analgetik	14
2.2.3 Abúzus opioidních analgetik	17
2.2.4 Opiofóbie	20
2.3 Návykové látky a opioidní analgetika.....	20
2.3.1 Ilegální návykové látky	21
2.3.2 Alkohol	22
3. Metodické postupy	25
3.1 Obecný metodologický rámec.....	25
3.2 Výzkumný vzorek.....	25
3.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	26
3.4 Předpokládané výstupy.....	33
3.5 Etické aspekty práce.....	33
4. Výsledky	35
4.1 Výsledky dotazníku pro pacienty s chronickou bolestí	35
4.2 Výsledky expertního dotazníku	45
5. Diskuse	46
5.1 Dotazník pro pacienty s chronickou bolestí	46
5.2 Expertní dotazník	49
6. Závěry	50
7. Bibliografie	51
Přílohy	54
Příloha č. 1 – Přehled ATC skupin v kategorii N02 Analgetika	55
Příloha č. 2 - Dotazník.....	57
Příloha č. 3 – Expertní dotazník	61
Příloha č. 4 – Code booklet	63

Příloha č. 5 – Standardní alkoholický drink	69
Příloha č. 6 – Vyjádřený Centra pro léčbu bolesti VFN v Praze	70

Abstrakt

Východiska

Studie SAMSHA z let 2006 a 2009 poukazující na trend zneužívání opioidních analgetik (léků na bolest) na lékařský předpis. Pilotní studie byla cílená na aplikování dat z uvedených studií do podmínek České republiky v rámci Center a Ambulancí pro léčbu bolesti.

Metody

Data sbírána od října 2009 do února 2010 za pomoci dotazníkové metody na výzkumném vzorku ve věkové kohortě 18 – 64 let. Výzkumný vzorek byl vybrán z pacientů trpících chronickou bolestí a užívající opioidní analgetika na lékařský předpis po dobu alespoň dvou let.

V průběhu ledna 2010 až března 2010 probíhala v rámci této studie substudie. Výzkumný vzorek představovali lékaři a zdravotní sestry Center a Ambulancí pro léčbu bolesti.

Výsledky

Na základě sebraných dat u celkového počtu 83 respondentů jsme poukázali na nedostatek dat, abychom mohli jednoznačně prokázat trend abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem nebo jinou nealkoholovou návykovou látkou.

Na základě nedostatečného počtu respondentů nelze udělat výstup z těchto získaných dat.

Závěry

Doporučení týkající se dalšího postupu v případě pokračování studie. Volba rozdílné metody pro sběr dat a jejich následné vyhodnocování.

Klíčová slova: opioidní analgetika na lékařský předpis, chronická bolest, alkohol, nealkoholové návykové látky, zneužívání

Abstract

Background

Researches SAMSHA done in the years 2006 and 2009 aim to suggest the evidence of the trends in abusing prescribed opioid analgesics. The pilot study was aimed on an application of the data from the above said researches in the conditions of the Centers and Policlinics for pain treatment in the Czech republic.

Methods

Data collected in the survey October 2009 to February 2010 on the study sample in age group of 18 to 64 years. The study sample was chosen from the chronic pain 7pioidn attending the Centers and Policlinics for pain treatment who were using the prescribed opioid analgesics for at least two years.

During the January and March 2010 was set up a subresearch for doctors and nurses working at the Centers and Policlinics for pain treatment.

Results

Based on the collected data in the group of 83 participants in the pilot study was pointed out to the lack of collected data so we could not explicitly manifest the known information about the trend of abusing prescribed opioid analgesics in combination with alcohol or other illegal drugs.

Due to the low amount of the participants the output of the questionnaire couldn't be used as reliable results.

Conclusions

Recommendations referring to the next proceeding in case of continuing in this study. Choose of another method for qualifying data and collecting them.

Keywords: prescribed opioid analgesics, chronic pain, alcohol, illegal drugs, abuse

1. CÍL

Cílem bakalářské práce bylo ověření závěrů studií SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) z roku 2006¹ a 2009² při jejich aplikaci v podmínkách České republiky mezi pacienty Center a ambulancí pro léčbu bolesti. Zmiňované studie SAMSHA byly zaměřeny na užívání opioidních analgetik (léků proti bolesti) na lékařský předpis ve věkové kohortě mladých dospělých (18 – 25 let) a způsoby v užívání opioidních analgetik touto věkovou kohortou ve Spojených státech Amerických.

Významným dílčím cílem této práce je zaměřením se na zjištění, jaké návykové látky legálního i ilegálního charakteru jsou nejčastěji užívány v kombinaci s opioidními analgetiky (léky proti bolesti) na lékařský recept v našich podmínkách u pacientů Center a ambulancí pro léčbu bolesti.

Aby byl cíl práce splněn, zaměřili jsme se na oblasti, které jsou významné potvrzení předpokládaného závěru týkajícího se užívání opioidních analgetik v kombinaci s alkoholem nebo jinými návykovými látkami mezi pacienty center a ambulancí pro léčbu bolesti trpících chronickou bolestí.

Za jeden z hlavních bodů naplnění cíle práce jsme považovali zaměřením se na to, jaká opioidní analgetika jsou v podmínkách České republiky nejčastěji pacientům trpícím chronickou bolestí předepisována lékaři Center a ambulancí pro léčbu bolesti.

Dalším úkolem, který jsme považovali za důležité splnění cíle práce, bylo zjištění, jaké návykové látky, ať už legálního, tak ilegálního charakteru, jsou nejčastěji užívány v kombinaci opioidních analgetik (léků proti bolesti) na lékařský předpis.

Posledním bodem, který jsme si stanovili pro splnění cíle práce, byla nutnost zjistit, zda v podmínkách České republiky dochází ke kopírování trendu abusu opioidních analgetik (léků proti bolesti) na lékařský předpis ve spojitosti s návykovými látkami legálního i ilegálního charakteru tak, jak k tomu dochází v období několika posledních let na území Spojených států Amerických.

¹ <http://oas.samhsa.gov/2k6/getPain/getPain.htm>

² <http://oas.samhsa.gov/2k9/painRelievers/nonmedicalTrends.htm>

2. ÚVOD

V teoretické části této pilotní studie se zaměříme na termíny, které jsou velice úzce spojeny s tématem chronické bolesti a diagnózami, kterou jsou nejčastěji dávány do spojitosti s chronickou bolestí, opioidních analgetik na lékařský předpis a jejich předepisováním a jejich následnou kombinací s alkoholem nebo jinými návykovými látkami nealkoholového typu.

2.1 CHRONICKÁ BOLEST

Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) v roce 1949 zcela jasně definovala pojem zdraví: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (ICD – 10, 1992). Tato definice se v později stala základem pro vznik definic jednotlivých nemocí a zdravotních problémů.

V roce 1979 byla Mezinárodní společností pro výzkum bolesti (*IASP – International Association for the Study of Pain*) přijata obecná definice bolesti: „bolest je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození“ (Mareš, 1997; str. 29, para. 4).

Definice popisující obecně bolest bohužel pro naše účely nepostačuje a pro to je nutné, abychom tuto definici ještě zúžili a zaměřili se přímo na definici popisující chronickou bolest. Aby šlo považovat bolest za chronickou, musí u pacienta trvat déle než 3 – 6 měsíců. Chronická bolest na rozdíl od bolesti akutní, která je popisována náhlým začátkem s dobou trvání v délce hodin až dnů, zřetelným projevem poškození tkání a vegetativní symptomatologií, se liší v tom, že příčina vzniku nebo projevu bolesti není vždy známá. Velice specifickým znakem chronické bolesti je změna psychiky pacienta trpícího tímto zdravím měnící stav, což ve většině případů vede u pacientů ke vzniku depresivních stavů, zatímco pacienti s akutní bolestí prožívají „jen“ krátkodobou epizodu strachu a anxiety. Velice důležitým znakem je také nedostatečná reakce na analgetika u pacientů trpících chronickou bolestí, zatímco u pacientů s akutní bolestí stačí nasadit ve většině případů jen analgetika. Celkově přístup k léčbě chronické bolesti musí být komplexně interdisciplinárního charakteru (Dlouhá, Havlíková, Marek, 2002; str. 578, tab.1).

Poslední výsledky uvádí, že „v Evropě trpí chronickou bolestí 19 % populace“ (Lejčko, 2009; str. 150, para.1; Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, Gallacher; 2006). Od těchto výsledků se také odvíjí současný pohled na problematiku týkající se chronické bolesti a s tím spojené předepisování opioidních analgetik v tomto segmentu evropské populace.

Faktorem, který zvyšuje důležitost tohoto problému je skutečnost, že chronická bolest na rozdíl od akutní bolesti nemá varovný charakter (Lejčko, 2009; str. 150, para. 1). Lejčko (2009) dále uvádí, že „vlastní nemoc spojená s algickým syndromem již často odezněla nebo přešla do chronického stádia“ a „bolest v těchto případech vysloveně škodí, vede k utrpení, devastuje kvalitu života a má zhoubný dopad na lidskou existenci.“ Na základě těchto faktorů se obecně léčbou chronické bolesti sledují tyto základní cíle: úleva od bolesti, zlepšení spánku, zlepšení funkčního stavu a kvality života.

2.1.1. PRACOVISŤE LÉČBY BOLESTI NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Popisem pracovišť specializujících se na léčbu bolesti u pacientů s chronickou neztížitelnou bolestí se zabývají ve své práci Dlouhá, Havlíková, Marek (2002). Tato pracoviště jsou multidisciplinárního charakteru, což eventuálně umožňuje možnost spolupráce s příslušnými profesemi – psychologie, psychiatrie, rehabilitace, neurologie, onkologie, chirurgické obory, atd.

Dlouhá, Havlíková, Marek (2002) rozděluje tyto pracoviště do čtyř kategorií.

1. I. a II. typ pracovišť
 - Mají multidisciplinární charakter
 - První typ pracoviště je zakládán při FN, jeho složení i charakter je totožný s typem II., navíc má za úkol pedagogickou činnost pregraduálních i postgraduálních pro zdravotnické pracovníky všech stupňů, účastní se na výzkumu v rámci problematiky oboru
 - Označují se jako oddělení nebo centrum pro léčbu bolesti; zařízení je začleněno pod klinické pracoviště nebo je zcela samostatné
2. III. typ pracoviště
 - Charakterizuje se jako poradna pro léčbu bolesti, často přiřčená k odbornému oddělení (ARO, neurologie), např. poradna pro bolesti hlavy, bolesti zad, atd.
 - Pracoviště tohoto typu pravidelně spolupracuje s lékaři nejméně dvou dalších oborů, psychologem a psychiatrem
3. IV. typ pracoviště
 - Zahrnuje ambulance – samostatné ordinace
 - Zabývá se určitou léčebnou metodou, také akupunkturou, některými fyzikálními metodami, homeopatií, atd.

V současné době je na území České republiky registrováno 81 pracovišť pro léčbu chronické bolesti (Linka proti bolesti, 2010).

2.1.2. DIAGNÓZY NEJČASTĚJI SPOJENÉ S CHRONICKOU BOLESTÍ

Lejčko (2009) uvádí ve své práci, že mezi nejčastější diagnózy spojené s chronickou bolestí jsou z obecného hlediska tyto:

- chronické bolesti dolních a horních zad (failed back surgery syndrom (FBSS))
- osteoartróza
- revmatická onemocnění
- bolesti hlavy
- neuropatické bolesti – diabetická polyneuropatie, postherpetická neuralgie, bolest u neurologických onemocnění (roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, syringomyelie, aj.)
- posttraumatické a pooperační bolesti
- nádorové bolesti
- chronická viscerální bolest (chronická pankreatitida, chronická intersticiální cystitida, aj.)
- fibromyalgie, myofasciální syndrom
- komplexní regionální bolestivý syndrom (algodystrofie, reflexní sympatická dystrofie)

Lejčko (2009) také dále uvádí, že „standardem je hodnocení intenzity bolesti pomocí numerické či vizuálně analogové škály. Ke kvalifikovanému posouzení chronické bolesti jsou nezbytné i dotazníkové metody umožňující hodnotit další aspekty bolestivého stavu jako je strategie zvládnání bolesti, úroveň psychosociálních vztahů, rozsah funkčního deficitu, konzumpci farmak a kvalitu života (např. Oswestry questionnaire, Brief pain inventory, SF-36)“ (str. 152, para.6).

A na základě získaných poznatků o pacientovi a typu chronické bolesti, kterou pacient trpí, dochází za pomoci MKN – 10 k přesnému určení diagnózy na základě jejího přesného vymezení v oblasti původního předpokladu diagnózy, jenž se zakládá na pouze orientačních vyšetřeních nebo subjektivních pocitech pacienta. Podle MKN – 10 lze následně stanovit soubor nejčastěji se vyskytujících diagnóz u pacientů s chronickou bolestí. Zcela největší oblast diagnóz, odhadem asi tak v 65% až 80% (Atluri, S.; Boswell, M.V.; Hansen, H.C.; Trescot, A.M.; Singh, V. et Jordan, A.E.; 2003) u všech pacientů s chronickou bolestí, je podle MKN – 10 kategorie **M Nemoci svalové a kosterní soustavy**, mezi kterou se nejčastěji objevují diagnózy spojené s postižením meziobratlových plotének s radikulopatií (např. M511 Onemocnění lumbálních a jiných meziobratlových plotének s radikulopatií, M501 Onemocnění krční meziobratlové ploténky s radikulopatií, M510 Onemocnění lumbálních a jiných meziobratlových plotének s myelopatií), dalšími častými diagnózami z kategorie diagnóz **M** jsou M54 Dorsalgie

(např. M541 Radikulopatie, M542 Cervikalgie, M543 Lumbago s ischiasem, M545 Bolesti dolní části zad, M549 Dorzalgie, NS), M45 Ankylozující spondylitida a M480 Zúžení páteře. Další velké kategorie diagnóz podle MKN – 10 objevující se u pacientů s chronickou bolestí jsou diagnózy kategorie **C Novotvary** (např. C 40 maligní novotvary v kostech a kloubních chrupavkách končetin), **G Nemoci nervové soustavy** (např. G439 Migréna, NS, G546 Fantomový končetinový bolestivý syndrom) a **T Poranění, otravy, následky působení vnějších příčin** (např. T926 Následky drtivého poranění (rozdrčení) a traumatické amputace horní končetiny). Zbylou část pacientů s chronickou bolestí tvoří pacienti, jejichž diagnóza je podle MKN-10 např. zařazena do kategorie **I Nemoci oběhové soustavy** nebo **K Nemoci trávicí soustavy** a obtíže bolestivého charakteru spojené s těmito onemocněními.

2.2 OPIDOINÍ ANALGETIKA

V této studii se budeme věnovat výhradně opioidním analgetikům na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem, jinými léky (volně prodejnými léky) nebo jinou návykovou látkou nealkoholového charakteru s výjimkou tabákových výrobků. Je tedy nutné, abychom se alespoň obecně seznámili s problematikou opioidních analgetik na lékařský předpis.

Definice, která zcela nejuvěstižněji popisuje, co si lze pod termínem opioidy představit, byla uveřejněná v materiálech National Institute of Health a National Institute on Drug Abuse: „Opioidy jsou analgetika nebo léky ulevující od bolesti předepisované za normálních podmínek pro léčbu bolesti.“ (NIDA, 2009; str. 2, para. 1,4)

Před tím, než se začneme zabývat problematikou samotných opioidních analgetik, je nutno, abychom se na problematiku farmak používaných v léčbě chronické bolesti podívali z hlediska farmakologických postupů uplatňovaných v léčbě tohoto problému. Tudiž je nutné zmínit okrajově i analgetika neopioidního charakteru.

Analgetika užívaná v léčbě jak chronické, tak akutní bolesti jsou podle WHO dělena do třech kategorií: analgetika I. stupně léčby bolesti dle WHO (neopioidní analgetika), analgetika 2. Stupně léčby bolesti dle WHO (slabé opioidy) a analgetika 3. Stupně léčby bolesti (silné opioidy) (Dlouhá, Havlíková, Marek, 2002).

2.2.1 Dělení analgetik podle WHO

Dlouhá, Havlíková, Marek (2002), Vondráčková (2004) a Lejčko (2009) se tomuto dělení věnují nezávisle na sobě ve svých pracích v podobném rozdělení.

1. Analgetika I. stupně dle WHO

Jedná se o neopioidní analgetika – analgetika antipyretika a nesteroidní antiflogistika. Tato analgetika jsou vhodná pro bolest zánětlivou, bolest kostní, bolest degenerativních onemocnění a u některých typů migrény. U těchto analgetik je stropní efekt (zvýšení nad terapeutickou dávkou nezvýší analgetický efekt, ale zvyšuje riziko jejich nežádoucích účinků) (Dlouhá, Havlíková, Marek, 2002).

- a. Nesteroidní antirevmatika (NSA) – nemocní s chronickou bolestí je užívají často řadu let, léčba bývá vedena nesystematicky, často je neúčinná, vedlejší účinky ze strany trávicího traktu (gastropatie, GIT hemoragie) někdy brání jejich dalšímu použití. Při polymorbiditě těchto pacientů mohou být významné i lékové interakce (např. antikoagulancia, antidiabetika). Přichází-li nemocný s nedostatečnou kontrolou bolesti, který NSA užívá chronicky, vyplatí se tyto léky vysadit a sledovat, jakou skutečnou roli v analgezií hrají. Nežřídko zjistíme, že nechybí. Jejich místo v léčbě chronické bolesti náleží v epizodickém užití, např. při aktivaci osteoporózy nebo u čerstvé kompresivní fraktury při osteoporóze. NSA mají opodstatnění i u okruhu revmatických onemocnění. Toxicita NSA stoupá s věkem (Lejčko, 2009).

U NSA lze v poslední době sledovat vzestup užívání těchto léčiv pacienty. Obzvláště u léčiv, která jsou dostupná ve volném prodeji, jako jsou léky obsahující např. tyto účinné látky – diclofenac, ibuprofen. U těchto účinných látek a léčiv, která je obsahují, lze pozorovat až jejich abúzus ze strany pacientů trpících chronickou bolestí v případech nedostatečné medikace (NIDA, 2009).

- b. Analgetika – antipyretika – paracetamol je analgetikem první volby, má dobrou tolerabilitu, nízkou toxicitu, je ho možné podávat v průběhu celé gravidity. Paracetamol je vhodný u seniorů a u pacientů na antikoagulační léčbě. Analgeticky efektivní je i metamizol.
- c. Adjuvantní analgetika – jsou to léčiva, kde primární indikací je jiný patologický stav než bolest. Patří sem některá antidepresiva, jež mají své místo v léčbě chronické neuropatické bolesti charakteru kontinuální dysestezie jako např. bolestivá forma diabetické polyneuropatie. Antikonvulziva (gabapentin, pregabalin, karbamazepin, clonazepam, valproáty) jsou indikovány hlavně tam, kde bolest má paroxysmální charakter (např. bolest dolních zad s projevy radikulární iritace, post herpetická neuralgie) (Lejčko, 2009).

2. Analgetika II. stupně dle WHO

Tuto skupinu tvoří slabé opioidy. Jsou vhodná pro silnou a střední bolest (při maligním onemocnění, u chronických vertebrogenních onemocnění, postdiskotomických bolestí, chronických revmatických bolestí, osteoartritid). Účinnou dávku upravujeme titrováním³, podáváme je v pravidelném intervalu, sledujeme nežádoucí účinky a předcházíme jim.

Mezi slabé opioidy vhodné pro léčbu chronické bolesti řadíme codein a tramadol. K jejich nežádoucím účinkům patří útlum dechu, obstipace (není u tramadolu), v počátku léčby nauzea, zvracení, sedace, ospalost, svědění (Dlouhá, Havlíková, Marek, 2002).

3. Analgetika III. stupně dle WHO

Tuto kategorii analgetik tvoří silné opioidy. Silné opioidy jsou indikovány u bolesti silné, především bolesti nádorové. Řadíme k nim morfin, oxykodon, fentanyl – čistí antagonisté opioidních receptorů; butorfanol, pentazoicin – agonisté – antagonisté; buprenorphin – částečný agonista.

Nežádoucí účinky jsou stejné jako u slabého opioidu codeinu, hlavně myslíme na možnost útlumu dechu.

Základním lékem této skupiny je morfin, který byl po dlouhou dobu k dispozici pouze v injekční formě, nebo jako magistraliter připravený roztok nebo čípky.

V současné době jsou k dispozici morfinové preparáty ve formě tablet s řízeným dlouhodobým uvolňováním, které kontinuálně vyrovnanou účinnou hladinu analgetika (např. MST cosinus, Sevredol, Oxy-Contin, Duragesic atd.) (Dlouhá, Havlíková, Marek, 2002).

2.2.2. Účinné látky opioidních analgetik

Opioidní analgetika se dělí do dvou kategorií na slabé a silné opioidy. Farmakologickým profilům daných opioidních analgetik se ve své práci věnují Adam, Ševčík (2006).

Kozák (2009) ve své práci uvádí, že v České republice jsou v současné době k dispozici tyto slabé opioidy (str. A 18, para. 5):

- **Tramadol** – jeho hlavní výhodou je relativně nízké riziko zácpy, dobrá biologická dostupnost po perorální aplikaci a velký počet lékových forem. Analgetický účinek tramadolu se však dá podstatně zvýšit současným podáváním paracetamolu. Kombinace paracetamolu s tramadolem se výborně umístila v lize analgetik.

³ Přen. určení přesné dávky léku pomocí zkusného dávkování od nižší k vyšší dávce s pečlivým sledováním efektu (Velký lékařský slovník, 2009)

- **Kodein** – je analgeticky poměrně slabý, a proto se používá prakticky jen v kombinacích, nejlépe s paracetamolem. Adam, Ševčík (2006) k tomuto opioidnímu analgetiku uvádějí, že přestože se jedná o agonistu opioidních receptorů, tak je jeho analgetický účinek slabý.
- **Dihydrokodein** – jeho analgetická účinnost je však po perorální aplikaci obdobná jako u samotného kodeinu.
- **Pentazocin, butorfanol a nalbufin** – jsou určeny pro akutní nebo krátkodobou bolest, nejsou vhodné pro chronickou bolest. Patří mezi tzv. smíšené agonisty-antagonisty a mají malou biologickou dostupnost per os, takže se musí podávat parenterálně s výjimkou pentazocinu. U této skupiny se uplatňuje stropový efekt (další zvyšování dávek nezvyší analogický efekt, pouze nežádoucí účinky).

Kozák (2009) ve své práci dále poukazuje na skupinu silných opioidů, která je tvořena níže uvedenou skupinou zástupců opioidů, a zdůrazňuje, že tyto opioidy jsou určeny pro silné, neztížitelné bolesti, které nelze dostatečně mírnit 15opioidními15 analgetiky nebo slabými opioidy. Maximální denní dávky nejsou určeny a nejsou limitovány stropovým efektem (str. A 18, para. 10).

- **Morfin** – je klasickým standardem v léčbě silné bolesti. Injekční forma je vhodná pro léčbu silné akutní bolesti, per os formy s postupným uvolňováním jsou určeny pro chronickou bolest. Pro léčbu průlomové bolesti je vhodný s bezprostředním uvolňováním. Adam, Ševčík (2006) zdůrazňují, že „je nejvíce používaným silným analgetikem“ ze všech silných opioidů.
- **Fentanyl** – vhodný pro léčbu silné chronické bolesti. Pro léčebné účely v případech silné chronické bolesti se vyskytuje ve dvou formách. Ve formě transdermální a formě určené pro nitrožilní aplikaci (Adam, Ševčík, 2006).
- **Hydromorfon** – vyskytuje se v per orální formě a lze jej uplatnit obecně v rámci rotace opioidů. Je to polysyntetický analog morfinu s dobrou biologickou dostupností (Adam, Ševčík, 2006).
- **Oxykodon** – další ze skupiny silných opioidů pro léčbu silné chronické nenádorové bolesti a v některých případech i akutní. Jedná se o polysyntetický derivát z analgeticky neúčinného opioidového alkaloidu tebainu (Adam, Ševčík, 2006).
- **Buprenorfin** – jedná se jak o parciálního agonistu, tak antagonistu. Navzdory této charakteristice je řazen do skupiny silných opioidů vzhledem k tomu, že jeho vyšší dávky jsou ekvivalentní vůči jiným silným opioidům.
- **Pethidin/merepidin** – má ve srovnání s morfinem nižší spazmogenní efekt, je tudíž vhodnější u akutní kolikové bolesti. Pethidin má však kratší trvání účinku a

navíc není vhodný pro chronickou léčbu z důvodu nebezpečí hromadění toxického metabolitu norpethidinu.

- **Piritramid** – v injekční formě je vhodný pro silnou bolest. Jeho účinek je delší než u pethidinu, snášenlivost je statisticky podobná jako u jiných opioidů.
- Opioidy **sufentanil, alfentanil a remifentanil** je možno podávat pouze v anesteziologickém prostředí. **Metadon**, opioid se specifickými vlastnostmi, je v ČR zatím určen jen pro detoxifikační léčbu psychické závislosti na opioidy ve specializovaných centrech.

Tyto účinné látky jsou obsaženy v těchto předepisovaných preparátech, které byly uvolněny a schváleny Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SUKL) pro lékařské potřeby na území České republiky. Jedná se o preparáty, které jsou podle statistik Státního ústavu pro kontrolu léčiv nejčastěji předepisovány pacientům s chronickou bolestí, což lze následně doložit dle hlášení lékáren SUKLu (3.čtvrtletí 2009) týkajících se počtu a typu vydaných léčiv s ATC skupinou N02⁴.

Ze skupiny slabých opioidů jsou nejčastěji předepisovány tyto preparáty: tramadol dostupný v lékové formě jako Tramal ve formě kapslí, kapek a čípků (zařazen do ATC skupiny N02AX02 – Tramadol)⁵, a četná generika tohoto opioidu. Kodein je předepisován ve formě tablet jako Codein jen jako doplňující přípravek pro kombinaci s jiným opioidním, ale i neoploidním analgetikem (zařazen do ATC skupiny N02AA59). Oproti kodeinu jsou preparáty s účinnou látkou dihydrokodeinem předepisovány pacientům trpícím chronickou bolestí s větší pravidelností ve formě léku DHC Continus. Lékové preparáty obsahující účinné látky pentazocin (zařazen do ATC skupiny N02AD01), butorfanol (zařazen do ATC skupiny N02AF01) a nalbufin (zařazen do ATC skupiny N02AF02) se pro léčbu chronické bolesti nepoužívají.

Dle dat získaných ze statistik Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SUKL), které vycházejí z hlášení lékáren o spotřebě opioidních analgetik na lékařský předpis na území celé České republiky, jsou ze skupiny silných opioidů nejčastěji předepisovány tyto preparáty: účinná látka morfin (zařazen do ATC skupiny N02AA01) je na našem trhu dostupná v lékové formě jako MST Continus, Vendal 16poid a Sevredol ve formě tablet. Léky obsahující účinnou látku fentanyl (zařazen do ATC skupiny N02AB03) jsou podle statistik SUKLu dostupné pro pacienty trpící chronickou bolestí dostupné ve dvou formách. Za prvé je dostupný jako preparát pro nitrožilní aplikaci, Fentanyl 2ml a 10ml. Za druhé je pro pacienty dostupný v transdermální lékové formě jako náplasti Durogesic. Dále je velice často předepisován preparát Palladone – SR ve formě kapslí, který obsahuje účinnou

⁴ ATC skupina N02 představuje skupinu léčiv analgetického typu.

⁵ Přehled účinných látek řadících se do ATC skupiny N02 blíže viz příloha č.1

látku hydromorfon (zařazen do ATC skupiny N02AA03). Dalším z preparátů, který je ve vysokém procentu předepisován lékaři pacientům s chronickou bolestí, je Oxycontin ve formě retardovaných tablet (preparát s dlouhodobým postupným uvolňováním účinné látky), který obsahuje účinnou látku oxykodon (zařazen do ATC skupiny N02AA05). Mezi tyto hojně předepisované preparáty ze skupiny opioidních analgetik patří i analgetika s účinnou látkou buprenorfinem (zařazen do ATC skupiny N02AE01) v transdermální formě pod názvem Transec. Ze skupiny léků obsahujících účinnou látku pethidin/meperidin (zařazen do ATC skupiny N02AB02) je pacientů center a ambulancí pro léčbu bolesti předepisován přípravek Dolsin v injekční formě. A jako poslední skupina léků, které se ve větším objemu předepisují pacientům trpícím chronickou bolestí, je skupina preparátů s účinnou látkou piritramidem (zařazen do ATC skupiny N02AC03), který je zastoupen preparátem s názvem Dipidolor a který je distribuován v injekční formě.

2.2.3 ABÚZUS OPIOIDNÍCH ANALGETIK NA LÉKAŘSKÝ PŘEDPIS

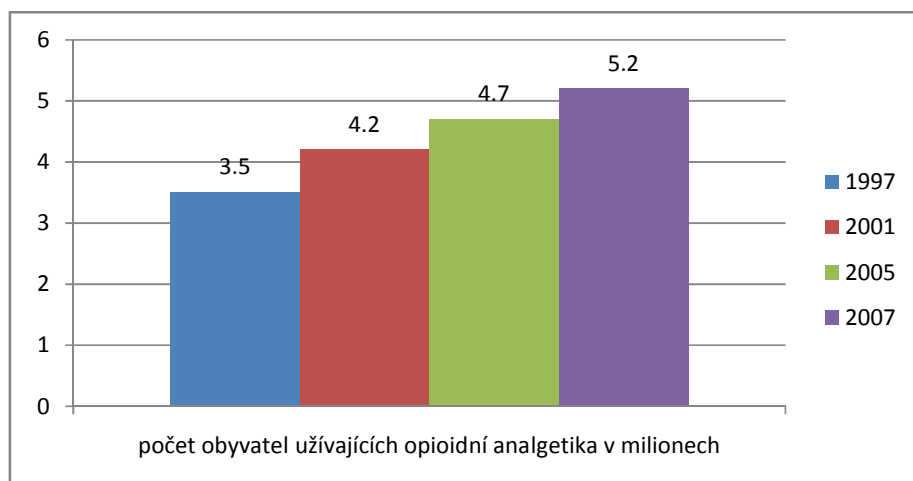
Léky, které jsou dostupné pouze na lékařský předpis a mezi které lze řadit také opioidní analgetika, jsou velice účinnými v léčbě různých zdravotních problémů, které se pojí s léčbou akutní nebo chronické bolesti. Opioidní analgetika jsou převážně určena pro pacienty trpící chronickou bolestí za účelem usnadnění vedení produktivnějšího života ze strany pacientů.

„Většina lidí, kteří užívají léky na lékařský předpis, užívá tento typ léků zodpovědně. Ale pokud dochází k jejich zneužívání, tak to znamená, že jsou buď užíváni jinou osobou než které je daný lék určen, nebo jsou tyto léky užívány jiným způsobem nebo v jiné dávce, než bylo lékařem předepsáno. Léky na lékařský předpis mohou vyvolávat velice závažné komplikace zdravotního stavu včetně vzniku závislosti“ (NIDA, 2009, str.1, para.2). Vzhledem k faktu, že v případě vzniku závislosti na opioidech závisí na typu jejich administrace, musíme uvést, že „opioidy mohou být užívány per orální formou, nebo mohou být tablety rozdrceny a ve formě prášku šňupány nebo užívány injekční formou. Šňupání nebo užívání opioidních analgetik injekční formou vede k rychlému uvolnění drogy do krevního oběhu a vystavuje jedince vyšším dávkám dané látky a může způsobit mnoho hlášených reakcí z předávkování“ (NIDA, 2009, str.2, para.8).

Na základě výše uvedených informací můžeme jednoznačně říci, že „opakované zneužívání opioidních analgetik a opioidů samotných může vést ke vzniku závislosti – chronickému, recidivujícímu onemocnění charakterizovanému nutkavým užíváním návykových látek a jejich zneužívání navzdory jejich škodlivým důsledkům“ (NIDA, 2009, str.2, para.11). Ve velké většině případů tohoto abúzu opioidních analgetik na lékařský

předpis se jedná o užití preparátu, které můžeme klasifikovat jako non-medical use (podání léků bez jakékoli zdravotní indikace), a jen malé procento případů můžeme bezpečně určit jako zneužití opioidních analgetik ze strany pacientů trpících chronickou bolestí. Non-medical use je definován jako způsob užívání předepisovaného typu léků osobami, pro které tyto preparáty nebyly určeny, a nebo byly tyto preparáty užity za účelem získání prvotní zkušenosti s tímto typem legální návykové látky nebo pro pocitu, jež tyto látky vyvolávají (NSDUH, 2007; str.1, para.2).

Podle posledních dostupných statistik NSDUH (2008) (Celonárodní průzkum zaměřený na užívání návykových látek a zdraví), dříve National Household Survey on Drug Abuse z roku 2007 můžeme konstatovat, že užití opioidních analgetik bez jakékoli zdravotní indikace bylo zjištěno v případě prevalence týkající se užití opioidních analgetik za poslední rok u osob starších 12 let na území Spojených států Amerických u 5.2 milionu obyvatel (vývoj viz graf č.1).



Graf č. 1 Vývoj v užívání opioidních analgetik pro jiné než lékařské účely v populaci USA v letech 1997 – 2007 (v milionech obyvatel)

Výsledky prováděného výzkumu NSDUH (2006; 2008) poukazují také na to, jakým způsobem si věková kohorta osob starších 12 let v populaci obyvatelstva Spojených států Amerických obstarává opioidní analgetika na lékařský předpis pro svou potřebu za účelem užívání této skupiny léčiv bez jakékoli zdravotního důvodu. Tato skupina uvedla, že se k opioidním analgetikům v 56,5% dostali přes někoho známého a za uvedené léky nic neplatili. Načež 81% respondentů z těch, kteří odpověděli, že opioidní analgetika získali od známého nebo příbuzného, uvedlo v navazující otázce, že daná osoba, která jim opioidní analgetika dala, získala výše zmíněné léky od lékaře. 18,1% respondentů odpovědělo, že opioidní analgetika získali přímo od lékaře, a to buď jejich praktického

lékaře, nebo lékaře sloužícího na pohotovosti. Pouhá 4,1% respondentů uvedla, že opioidní analgetika získali koupí na ulici přímo od dealera nebo zcela neznámé osoby. Zcela zanedbatelná skupina respondentů v počtu pouhého 0,5% uvedla, že dané léky si obstarala nákupem na internetu.

Současné trendy týkající se zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis se dotýkají převážně několika skupin celosvětové populace. Mezi tyto ohrožené skupiny řadíme adolescenty věkové kohorty 12 – 17 let a věkovou kohortu mladých dospělých 18 – 24 let, věkovou kohortu dospělých zastoupenou dvěma kategoriemi – 1. Skupina ve věku 50 – 64 let a 2. Skupina ve věku nad 65 let, a poslední skupinu představují ženy.

Kohorta adolescentů a mladých dospělých byla zkoumána za pomoci následujících průzkumů, které proběhly v letech 2007 – 2008. Kohorta adolescenti ve věkovém rozmezí 12 až 17 let byla podrobena průzkumu Monitoring the Future v roce 2008, který se zaměřuje na žáky navštěvující poslední ročník 2. stupně základní školy a na studenty 2.ročníku a 4.ročníku střední školy na území Spojených států Amerických. V tomto průzkumu, který se zabývá monitorováním situace užívání alkoholu, ilegálních návykových látek a léků dostupných pouze na lékařský předpis mezi žáky 2.stupně základní školy a mezi studenty středních škol, bylo zjištěno, že okolo 15,4% respondentů v posledním roce užívali opioidní analgetika na lékařský předpis z důvodů jiných, než jsou zdravotní obtíže (NIDA, 2009; str. 7, para. 2).

Naproti tomu průzkum National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) probíhající ve věkové kohortě 18 – 25 let na území Spojených států Amerických poukázal na to, že v posledním roce zneužilo opioidní analgetika na lékařský předpis 6% respondentů. Velice častým jevem je u této skupiny užívání více návykových látek najednou. Nejčastěji se jednalo o kombinaci opioidních analgetik a alkoholu nebo opioidních analgetik a marihuany. Kombinace alkoholu ve formě tzv. binge drinking s opioidními analgetiky na lékařský předpis se objevuje 4 krát více u této věkové kategorie (představována univerzitními studenty) než u stejně věkově ohraničené populace, u které nedocházelo k zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis pro nelékařské účely (McCabe et al., 2005a).

Mezi tyto vysoce ohrožené skupiny patří také staří lidé ve věkové kohortě nad 65 let. Např. v USA představuje tato věková kohorta pouze 13 % z celkové populace, přesto lze jednoznačně říci, že v průměru jedna třetina všech předepsaných léků na území Spojených států Amerických. Podobná situace je u populace v případě Evropy, kde celková populace trpící chronickou bolestí představuje 19 % z celkové populace. V případě Evropy se jedná o stejně velkou skupinu, ale v případě předepisování

opioidních analgetik dochází k menší předepisovanosti, než v případě Spojených států Amerických podle dat Mezinárodního úřadu pro kontrolu narkotik za roky 1998 – 2003 (ICNB, 2004). Podle výše uvedených údajů, které se týkají průměrné spotřeby opioidů za den na jeden milión obyvatel, obsadila Česká republika až 44. Místo ve světě, před námi se umístily takové státy jako Bulharsko (22.), Slovensko (18.). První místa obsadily země západní Evropy a USA. Situace v předepisování opioidních analgetik se podle dat uveřejněných ICNB za rok 2006 – 2008 v rámci České republiky zlepšila a ČR se v současnosti pohybuje na 33. Místě.

U starších pacientů dochází s větší pravděpodobností k předepisování více druhů léků, což může následně vést k nezáměrnému zneužívání. Jedinci starší 65 let jsou v riziku zneužívání léků na lékařský předpis, které účelně užívají, ale ne vždy v rámci správné lékařské indikace. Navíc velké procento populace této věkové kohorty užívá s předepsanou medikací léky dostupné ve volném prodeji a doplňky výživy (NIDA, 2005; str. 5, para. 32).

Poslední skupinu představují ženy, u kterých dle studií věnujících se trendům v užívání léků na lékařský předpis existuje větší predispozice abusu tohoto typu látek než u mužů, hlavně v případech, které se týkají narkotik a léků určených k léčbě úzkostných stavů (NIDA, 2005; str. 6, para. 37).

Všeobecně můžeme říci, že na základě studie, která byla v roce 2005 provedena ve Spojených státech Amerických u pacientů s chronickou bolestí na území spojených států, Manchikanti, Cash, Damron, Manchukonda, Pampati, MacManus (2006) prokázali, že zhruba u 9% všech pacientů, které se léčí opioidními analgetiky na lékařský předpis, dochází k abusu těchto léků.

2.2.4 OPIOFÓBIE

Opiofobie je fenomén, jehož zdrojem jsou mylné představy o vedlejších účincích opioidů a jejich indikacích, neboť přetrvává názor, že opioidy jsou lékem konce života. Opiofobie představuje významnou bariéru v užití opioidů v léčbě těžko ovlivnitelné chronické bolesti (Lejčko, 2009).

2.3 NÁVYKOVÉ LÁTKY A OPIOIDNÍ ANALGETIKA

Na základě již proběhlých výzkumů (McCabe et al, 2005; Manchikanti et al, 2006; Zacny et al, 2003; Ekholm et al., 2009; Brennan et al., 2005, aj.) lze říci, že nejčastěji zneužívané

návykové látky jak alkoholového, tak nealkoholového charakteru jsou následující: alkohol, marihuana, kokain a amfetaminy/metamfetaminy.

2.3.1 ILEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY

Manchikanti, Cash, Damron, Manchukonda, Pampati, MacManus (2006) ve spojitosti s užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis u pacientů trpících chronickou bolestí uvádí užívání nealkoholových návykových látek, které jsou nejčastěji tohoto typu: marihuana, kokain a amfetaminy (tabulka č. 1). Dané návykové látky jsou pacienty s chronickou bolestí užívány asi u 16 % této skupiny. Tato studie uvádí, že nejvíce užívanou ilegální látkou v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis je marihuana, která podle dat získaných v roce 2005 převažovala v užívání hlavně mezi ženami.

Zneužívané návykové látky	Muži	Ženy	Celkem
Marihuana	7%	13%	11%
Kokain	5%	5%	4,8%
Metamfetaminy, amfetaminy	1%	3%	2%

Tabulka č. 1 Prevalence užívání návykových látek u pacientů s chronickou bolestí v roce 2005 (Manchikanti et al., 2006)

Na problematiku užívání nealkoholových návykových látek, přesněji marihuany, kokainu a amfetaminů, bylo ve studii Manchikanti et al. (2006) pohlíženo taky z pohledu zastoupení tohoto problému ve vymezených věkových kohortách, jež jsou tyto: (1) 18 – 45 let, (2) 45 – 64 let a (3) 65 let a více. Největší procentuální zastoupení z řad pacientů trpících chronickou bolestí se objevilo ve věkové kohortě 18 – 45 let (tabulka č. 2).

	< 45 let			45 – 64 let			≥ 65 let		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Zneužívané NL	15%	31%	25%	12%	13%	13%	0%	0%	0%

Tabulka č. 2 Prevalence užívání návykových látek u pacientů s chronickou bolestí v roce 2005 v různých věkových kohortách (Manchikanti et al., 2006)

Manchikanti et al. (2006) se zabývají problémem užívání nealkoholových ilegálních návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis také z pohledu délky trvání bolesti u pacientů trpících chronickou bolestí a zda tento faktor hraje roli v užívání těchto návykových látek. Nejvyšší prevalence užívání nealkoholových návykových látek byla na základě získaných výsledků zjištěna ve skupině respondentů, kteří trpěli chronickou bolestí po dobu kratší 5 let. Celková prevalence byla u zkoumané populace v tomto segmentu 20%, u žen prevalence dosahovala 22% a u mužů 16%.

S prodlužující se dobou trvání chronické bolesti se celková prevalence užívání nealkoholových návykových látek snižovala. Navzdory tomuto trendu přetrvávala vyšší prevalence v užívání ilegálních látek u žen oproti prevalenci vyskytující se u mužů (tabulka č. 3).

	< 5 let			5 – 9 let			≥ 10 let		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Zneužívané NL	16%	22%	20%	12%	16%	14%	11%	18%	15%

Tabulka č. 3 Prevalence užívání návykových látek u pacientů s chronickou bolestí v závislosti na délce trvání bolesti v roce 2005 (Manchikanti et al., 2006)

Užívání ilegálních návykových látek ve spojitosti s lékaři předepisovanými opioidními analgetiky byl na základě studie zjištěn u přibližně 34% pacientů trpících chronickou bolestí. V převážné většině se jednalo o pacienty, kteří byli mladší 45 let a ženského pohlaví. Pokud se jednalo o užívání ilegálních návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis mezi pacienty s chronickou bolestí, kteří byli ve věku 65 let a více, studie došla k závěru, že trend, který by odpovídal užívání opioidních analgetik na lékařský předpis spolu s ilegálními návykovými látkami, se v této věkové kohortě nevyskytuje.

Získaná data korelují s určitými atributy, které ilustrují jak trendy v užívání ilegálních návykových látek, tak trendy abusu opioidních analgetik na lékařský předpis. Ze získaných dat byl sestaven profil typického pacienta s chronickou bolestí užívajícího ilegální návykové látky: pacienti ženského pohlaví mladší 45 let, kteří trpěli chronickou bolestí vznikající jako následek automobilové nehody, s výskytem chronické bolesti ve více místech těla a předešlou historií v užívání ilegálních návykových látek. Drogou první volby byla pro ženy marihuana (Manchikanti et al., 2006).

2.3.2 ALKOHOL

Alkohol představuje další typ návykové látky, v tomto případě legálního charakteru, která je velice často zneužívána v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis. Zneužívání tohoto typu návykové látky není vázáno na jednu věkovou nebo sociálně-ekonomickou skupinu jako to může být v případě ilegálních návykových látek. Vzhledem k legalitě, větší dostupnosti a toleranci k této návykové látce se zneužívání alkoholu objevuje napříč celou populací.

V rámci problematiky chronické bolesti, opioidních analgetik na lékařský předpis a jejich kombinace s alkoholem není dostupné dostatečné množství výzkumů, které by se touto

problematikou zabývaly jako celkem. Existuje jen řada studií a výzkumů, které se vždy zabývají touto problematikou v rámci předem vyspecifikovaného segmentu populace.

Kombinování přepsaných opioidních analgetik s alkoholem představuje výrazné riziko pro pravidelné konzumenty alkoholických nápojů (Dart, 2001).

Na základě rozsáhlé celonárodní epidemiologické studie, která proběhla v roce 2005 na území Dánska v populaci starší 16 let zaměřené na spojitost užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u pacientů s chronickou bolestí dohromady spolu s alkoholem se lze podívat blíže na tuto problematiku (Ekholm, Gronbaek, Peuckmann, Sjogren, 2009). Otázky týkající se množství užitého alkoholu ve spojitosti s opioidními analgetiky se respondentů dotazovaly na frekvenci užívaného množství alkoholu a způsobu užívání alkoholu.

	%	OR	95% CI	N
<i>Vysoké dávky alkoholu</i>				
Celkem	14.2			5159
Chronická bolest a užívání opioidních analgetik	10.8	0.71	0.39-1.31	119
Chronická bolest a neužívání opioidních analgetik	13.5	0.91	0.74-1.13	943
Bez chronické bolesti	14.4	1		4097
<i>Binge drinking alespoň jednou za měsíc</i>				
Celkem	48.8			5186
Chronická bolest a užívání opioidních analgetik	22.3	0.36	0.22-0.57	120
Chronická bolest a neužívání opioidních analgetik	42.5	0.87	0.74-1.02	953
Bez chronické bolesti	50.9	1		4113
<i>Konzumace alkoholu méně než jednou měsíčně</i>				
Celkem	17.1			5178
Chronická bolest a užívání opioidních analgetik	33.1	2.41	1.58-3.67	120
Chronická bolest a neužívání opioidních analgetik	21.9	1.44	1.19-1.73	951
Bez chronické bolesti	15.6	1		4107

Tabulka č. 4 Výsledky multivariální regresní analýzy poukazující na spojitost mezi chronickou bolestí a konzumací alkoholu (Ekholm et al, 2009)

Za vysoké dávky alkoholu bylo v této studii považováno množství alkoholu konzumované za týden u muže v množství, které překročilo 21 standardních alkoholických nápojů⁶, a žen se jednalo o množství, kdy bylo konzumováno více než 14 standardních alkoholických nápojů (příloha č. 5).

⁶ Standardní alkoholický nápoj obsahuje vždy stejné množství alkoholu bez ohledu na velikost nebo typ alkoholického nápoje. V rámci Dánska se jedná o množství 15.2ml (12g) čistého alkoholu.

Tzv. binge drinking představovalo množství konzumovaného alkoholu v podobě pěti a více alkoholických nápojů v rámci jedné příležitosti.

Osoby trpící chronickou bolestí, které užívají opioidní analgetika na lékařský předpis, konzumovali v menší míře vyšší dávky alkoholu, než tomu bylo u osob, které chronickou bolestí netrpěli. Pacienti s předepsanou medikací ve formě opioidních analgetik se také s menší pravděpodobností provozují tzv. binge drinking v intervalu alespoň jednou za měsíc v porovnání s osobami, které chronickou bolestí netrpí a jejichž prevalence binge drinking je alespoň 2 krát vyšší. A co navíc, výše uvedené výsledky multivariantní regresní analýzy v tabulce č. 4 poukazují na skutečnost, že větší část pacientů užívajících opioidní analgetika na lékařský předpis užívali alkohol ve frekvenci, která je nižší než jednou měsíčně.

Na základě těchto skutečností lze stanovit, že pacienti trpící chronickou bolestí s menší pravděpodobností užívají alkohol v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis, než je tomu u osob, které chronickou bolestí netrpí, nebo u pacientů s chronickou bolestí, kteří dostávají léky z kategorie analgetika I. stupně dle WHO. Faktory týkající se prevalence užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem lze podložit výsledky celonárodního průzkumu probíhající na území Spojených států Amerických v roce 2006, kdy bylo explicitně stanoveno, že mezi respondenty tohoto průzkumu nedošlo k žádnému statisticky významnému navýšení počtu pacientů trpících chronickou bolestí s historií v užívání alkoholu spolu s předepsanými opioidními analgetiky (Edlund, Sullivan, Steffick, Harris, Wells, 2007).

Jedinou výjimku týkající se užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem tvoří pacienti s chronickou bolestí ve věkové kohortě 64 let a více, kdy je tato společenská kategorie spojována s vysokou prevalencí bolestivosti a s tím související větší pravděpodobnost kombinace předepisovaných medikamentů s alkoholem za účelem lepšího zvládnutí projevů bolesti (Brennen, Schutte, Moos, 2005).

3. METODICKÉ POSTUPY

3.1 OBECNÝ METODOLOGICKÝ RÁMEC

Pro tuto pilotní studii jsme si zvolili formu dotazníkového výzkumu. Po zvolení základních podmínek, za kterých měla daná pilotní studie týkající se kombinace opioidních analgetik s alkoholem nebo jinou návykovou látkou probíhat, jsme se rozhodli pro použití dotazníkové metody za účelem sběru dat mezi respondenty zařazenými do výzkumného vzorku.

Dotazník (příloha č. 2), který byl sestaven pro účely této kvantitativní studie, obsahuje patnáct otázek. Některé z otázek jsme stanovili metodou de novo, zatímco zbylé otázky jsme sestavili za pomoci již dostupných dotazníků. Otázky č. 1 až 4, které jsme použili z již dříve publikovaných dotazníků, byly otázky zabývající se demografickými a environmentálními údaji týkající se respondentů v daném výzkumu. K těmto účelům jsme využili dotazník CANLONG (Vliv psychosociálních faktorů a pettingů na akutní a dlouhodobý efekt užívání kanabis z hlediska psychiatrických, psychologických a sociálních rizik; Miovský, M., Čermák, I.; Grant GAČR č. 406/02/1449A) a dotazník AMSY (amotivační syndrom u uživatelů konopných drog) a z nich vybrali standardizované otázky zaměřující se na tyto faktory: pohlaví, vzdělání a ekonomické zajištění za posledních 30 dní u všech respondentů. Otázka č.8 zaměřující se na množství užitého alkoholu v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis byla sestavena z otázek číslo 14a, 14d a 14e, které se nacházejí v dotazníku ESPAD 2007 (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Zbylé otázky dotazníku jsme sestavovali metodou „de novo“.

Výběr Center a Ambulancí pro léčbu bolesti probíhal klustrovým totálním výběrem, kdy jsme z celkového počtu 81 Center a Ambulancí za pomoci této metody zvolili sedm později námi oslovených zdravotnických pracovišť. Pro výběr respondentů, kteří byli pacienti těchto pracovišť a kteří byli zapojeni do této studie, jsme zvolili metodu stratifikované výběru za pomoci nuceného výběru.

3.2 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumný vzorek, jenž byl vybrán do této studie, tvořil základní soubor ve věkové kohortě 18 - 64 let, kterou jsme následně rozdělili na dva soubory. První soubor představovala věková kohorta 18 – 24 let (mladí dospělí), u které jsme se snažili zjistit, zda existuje abúzus opioidních analgetik na lékařský předpis na bázi přítomnosti chronické bolesti u účastníků studie. Zbytek výzkumného vzorku ve věkové kohortě 25 – 64 let jsme

rozdělili do dvou podskupin: věkové kohorty v rozmezích 25 – 49 let a 50 – 64 let. Počet respondentů v těchto skupinách lze považovat za náhodné.

Do základního souboru výzkumného vzorku byli zařazeni respondenti, kteří splňovali základní podmínku nutnou pro zařazení. Tuto podmínku jsme stanovili následovně. Jedinec, který mohl být zařazen mezi respondenty pilotní studie, musel být pacientem Centra nebo ambulance pro léčbu bolesti, jenž má zdravotní problémy spojené s chronickou bolestí a po dobu alespoň dvou let užívá opioidní analgetika na lékařský předpis.

Sběr dat měl původně probíhat v pěti náhodně vybraných Centrech a ambulancích pro léčbu bolest na území České republiky. Původně zamýšlená a na začátku oslovená centra a ambulance byly tyto: Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů při Klinice rehabilitace 2. LF UK a FN Motol, Centrum pro léčbu bolesti FN Bulovka, Centrum pro léčbu bolesti při VFN v Praze, Centrum pro léčbu bolesti FN Olomouc a Ambulance léčby bolesti při Anesteziologicko-resuscitačním oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. V každém z center nebo ambulancí mělo dojít k výběru třiceti jedinců, kteří splňovali námi stanovenou podmínku pro možnost zařazení do studie. Ve čtyřech z pěti předem nakontaktovaných zařízení se sběr dat pomocí dotazníků rozběhl bez větších potíží. Jediný problém se vyskytl u Centra pro léčbu bolesti při VFN v Praze, kde jsme byli na základě nesouhlasného postoje s navrženými otázkami v dotazníku ze strany pracovníků centra odmítnuti s odůvodněním, že by otázky mohly na pacienty Centra působit nemotivačně a vést k následným projevům depresí. Vzhledem k této situaci bylo nutno vyhledat jiné pracoviště pro léčbu chronické bolesti, které by bylo ochotné na svém pracovišti provést tuto studii. Po oslovení několika různých typů pracovišť z regionů Středních Čech a Jižní Moravy, jsme obdrželi souhlasné stanovisko se spoluprací na této studii z Ambulance léčby bolesti z Nemocnice Benešov a Centra pro léčbu bolesti při Anesteziologicko-resuscitační klinice FN u Sv. Anny v Brně.

Původní předpoklad týkající se počtu respondentů v této pilotní studii se pohyboval o velikosti výzkumného vzorku o 150 osobách. Nakonec došlo k rozšíření počtu respondentů pilotní studie na velikost výzkumného vzorku o velikosti 180 osob ve věkové kohortě 18 – 64 let (základní věková kohorta).

3.3 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Pro každého z respondentů této studie jsme zvolili unikátní kód, který byl složen z pěti čísel. (1) číslo 1 na začátku každého kódu představovalo určení, že se jedná o pilotní studii. (2) čísla od 0 do 5 představují v kódu respondenta Centrum nebo Ambulanci pro

léčbu bolesti, kde proběhl sběr dat pro danou pilotní studii. (3) čísla 001 – 180 představují číslo respondenta v dané studii.

Demografické údaje se zkoumaly za pomoci několika určujících faktorů, jako jsou věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a ekonomická aktivita za posledních 30 dnů u respondentů tohoto výzkumu.

Dále jsme se blížeji zabírali pohledem na užívaná opioidní analgetika na lékařský předpis z hlediska typu užívaného opioidního analgetika, jeho doby užívání a celkového počtu předepsaných léků ze strany lékaře, což sloužilo jako faktor poukazující na skutečnost zda u lékařů pracujících v Centrech a Ambulancích pro léčbu bolesti i v současné době existuje fenomén opiofobie v předepisování opioidních analgetik.

V tomto bodě jsme hodnotili počet předepsaných léků za pomoci určující škály obsahující hodnoty „0“ a „1“, přičemž „0“ jsme přisoudili všem respondentům, kteří v dotazníku napsali pouze jeden typ opioidních analgetik, a „1“ respondentům, kteří do dotazníku vepsali, že v době, kdy pilotní studie probíhala, užívala více než jeden lék.

Abychom mohli nějak účinně kvantifikovat data týkající se užívaných typů opioidních analgetik na lékařský předpis, bylo nutno všechny odpovědi následně náležitě okódotovat. Protože se nám ve výčtu užívaných léků ocitli i léky, které se neřadily do kategorie opioidních analgetik dostupných na lékařský předpis, ale i tzv. adjuvantní léčiva jako např. antidepressiva, hypnotika a léky dostupné ve volném prodeji, byli jsme nuceni k následné kategorizaci získaného seznamu užívaných léků. Opioidní analgetika jsme rozdělili do několika skupin podle četnosti výskytu v odpovědích respondentů pilotní studie. Zbylé léky jsme rozdělili podle typu účinných látek, jež předepsané medikamenty obsahovaly. Skupiny léků byly rozděleny na škále od 0 do 16 následovně: (0) DHC, (1) Durogesic, (2) Fentanyl, (3) Journista, (4) Morfin, (5) MST, (6) Oxycontin, (7) Palladone, (8) Sevredol, (9) Transec, (10) Vendal, (11) léky na spaní, (12) hypnotika, (13) Opioidy (metadon, buprenorfin), (14) OTC (volně prodejné léky), (15) ostatní léky proti bolesti a (16) ostatní uvedené a na základě vysokého počtu rozdílných skupin účinných látek nezařazené léky.

Protože se v současné době čím dál více objevuje v celém světě tzv. non-medical use opioidních analgetik na lékařský předpis u osob, kteří tyto preparáty s účinnou látkou v kategorii N02 Analgetika normálně neužívají, tak nás zajímalo, zda se tento fenomén může objevovat také u pacientů trpících chronickou bolestí léčících se v Centrech a Ambulancích pro léčbu bolesti na území České republiky. Danou otázku, která se zabývala tímto fenoménem, jsme specifikovali následovně: „Užil/a jste někdy předepsanou medikaci z některého z následujících důvodů, které ale nesouvisely s pociťovanou bolestí?“. V této otázce jako jedné z mála v celém dotazníku jsme dali

možnost zaškrtnutí více možností. Dané možnosti jsme následně po ukončení sběru dat pro studii hodnotili na škále od 1 do 5 takto: (1) změna nálady, (2) zlepšení smyslové zkušenosti a rozkoše, (3) stimulace umělecké kreativity a výkonu, (4) relaxovat anebo (5) jiné důvody nesouvisející s bolestí.

Neboť se tato pilotní studie zabývala kombinací opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinými návykovými látkami, dalším naším krokem bylo rozdělení těchto problémů do dvou kategorií, alkohol v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis a návykové látky v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis (všechny návykové látky legálního a ilegálního charakteru s výjimkou všech tabákových výrobků), a podle toho jsme i následně formulovali otázky, které byly hodnoceny na základě získaných odpovědí od respondentů studie tímto způsobem.

Prvotní otázka týkající se kategorie zabývající se kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis a alkoholu byla naformulována takto: „Užil/a jste někdy v kombinaci s opioidními analgetiky alkohol?“ a následně byla hodnocena na škále, kterou jsme určili uzavřenou odpovědí ano/ne, (1) ano a (2) ne. Na základě zvolené odpovědi se respondent následně zaobíral odpověďmi na následující otázky, které detailněji rozebíraly odpověď na předcházející otázku, za pomoci užití formulací, které se zabývaly jaké množství alkoholu a jak často uváděné množství alkoholu v kombinaci s opioidními analgetiky respondent užíval.

Pokud respondent zvolil jako odpovědní hodnotu (2) ne, následující otázky byly kódovány hodnotou 0. Při kladné odpovědi respondenta (1) ano, respondent odpovídal na otázku „O jak velké množství alkoholu se obvykle jednalo/jedná?“, která byla hodnocena na škále od (1) do (4). Tato škála brala v potaz různorodost užívání alkoholických nápojů, tudíž se nedotazovala na všeobecné užívání alkoholu, ale byla rozdělena do třech nejčastěji užívaných kategorií alkoholických nápojů, které představují u konzumentů z řad populace České republiky víno, pivo a tvrdý alkohol. Hodnotící škála pro tuto otázku byla formulována takto: (1) 0,2 – 0,4l vína/0,5l piva/0,05 – 0,1dcl tvrdého alkoholu, (2) 0,4 – 0,7l vína/0,5 – 1,5l piva/0,15 – 0,25dcl tvrdého alkoholu, (3) 0,8 – 1,2l vína/1,5 – 2,5l piva/0,3 – 0,5dcl tvrdého alkoholu, a (4) nad 1,3l vína/ nad 2,5l piva/nad 0,5dcl tvrdého alkoholu (ESPAD, 2007).

Následně respondenti odpovídali na otázku, která se dotazovala na to, jak často užívají jimi udávaného množství konzumovaného alkoholu. Pro účely vyhodnocení těchto dat jsme vygenerovali škálu, která obsahovala hodnoty od (1) do (5) s těmito možnostmi: (1) jednou v posledním roce, (2) více než jednou za rok, (3) jednou nebo vícekrát za měsíc, (4) jednou nebo vícekrát za týden, a (5) každý den.

Druhou oblastí, kterou se tato pilotní studie zabývá, je kombinace opioidních analgetik s jinými návykovými látkami jak legálního, tak ilegálního charakteru s výjimkou všech tabákových výrobků. Respondentů této studie jsme se dotazovali, zda někdy užíli návykovou látku v kombinaci s opioidními analgetiky, které jim byly předepsány jejich lékaři z Center a Ambulancí pro léčbu bolesti.

Otázky směřované na tuto problematiku jsme formulovali takto: „Užil/a jste někdy s opioidními analgetiky nealkoholovou návykovou látku?, O jakou návykovou látku se jednalo?, a Jak často jste užíval/a předepsaná opioidní analgetika (léky proti bolesti) spolu s nealkoholovou návykovou látkou?“

První otázka („Užil/a jste někdy s opioidními analgetiky nealkoholovou návykovou látku“) byla námi formulována jako uzavřený typ otázky, který byl hodnocen za pomoci škály a hodnot zvolených v limitu (1) ano a (2) ne. Pokud respondent zvolil jako odpověď hodnotu (2) ne, byly následující otázky dotazující se na detaily související s užitým typem nealkoholové návykové látky a jak často byla uvedená látka respondentem užitá pro naše účely kódovány hodnotou 0. Při kladné odpovědi respondenta v této pilotní studii byly následující otázky hodnoceny za pomoci námi navržené škály hodnot, které ve svých odpovědích přímo odrážely problematiku naformulovaných otázek.

Otázka zabývající se tím, o jaký typ nealkoholové návykové látky se v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis jednalo, byla po vyhodnocení získaných výsledků hodnocena na škále od (1) do (11) následujícím způsobem: (1) marihuana, (2) hašiš, (3) extáze, (4) halucinogeny (např. LSD), (5) opiáty (heroin, braun, metadon, buprenorfin, aj.), (6) kokain, (7) amfetaminy (včetně pervitinu), (8) těkavé látky, (9) kolchicin, (10) jiné léky proti bolesti (léky dostupné ve volném prodeji, např. anxiolytika, hypnotika, sedativa), a (11) jiné. Možnost odpovědi hodnocené na škále jako (11) jiné, byla pojata jako odpověď psanou formou, která byla hodnocena samostatně až v následujících otázkách, kde se daná odpověď vyskytovala vždy ještě jednou a to v kombinaci ještě s jiným typem nealkoholové návykové látky.

Z důvodů zajištění objektivity dané pilotní studie a ověření si, že respondenti jsou si vědomi toho, co patří do skupiny nealkoholových návykových látek, jsme do této otázky zahrnuli kontrolní položku ve formě slepé odpovědi na danou otázku, která byla obsažena v odpovědi hodnocené námi jako (9) kolchicin.

Hodnotící škálu pro otázku „Jak často jste užíval/a předepsaná opioidní analgetika (léky proti bolesti) spolu s nealkoholovými návykovými látkami?“ jsme rozvrhli v limitu od (1) do (6) následujícím způsobem: (1) jednou za rok, (2) jednou za šest měsíců, (3) více než jednou za rok, (4) více než jednou za měsíc, (5) více než jednou za týden a (6) každý den.

Problematiku užívání nealkoholových návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky (léky proti bolesti) na lékařský předpis jsme ještě více načtrli v následujících otázkách, které jsme formulovali se záměrem zjistit, zda pacienti trpící chronickou bolestí mají ve zvyku užívat v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis pouze jeden typ nealkoholové návykové látky nebo kombinují dohromady více typů nealkoholových návykových látek, popřípadě zda se u některých respondentů nevyskytla v této sledované kombinaci i konzumace alkoholických nápojů.

První otázka reflektující skupinu otázek zaměřených na tuto problematiku byla námi formulována jako uzavřený typ otázky, kde byli možnosti odpovědi stanoveny jednoznačně ano nebo ne. V závislosti na této skutečnosti jsme vytvořili hodnotící škálu s limity (1) ano a (2) ne, které jsme použili pro kódování výsledků získaných po vyplnění dotazníků respondenty pilotní studie. Pokud respondent zvolil jako odpověď hodnotu (2) ne, byly následující otázky pro naše účely kódovány hodnotou 0.

Zbylé dvě otázky, „Jaké návykové látky jste užil/a dohromady s předepsanými léky proti bolesti (opioidními analgetiky)?“ a „V jaké situaci jste naposledy danou kombinaci léků proti bolesti (opioidní analgetika) s návykovou látkou užil/a?“ byly formulovány tak, že respondenti poskytovaly možnost písemné formy odpovědi namísto formy výběru více možností odpovědí jejich zaškrtnutím, jak tomu bylo v převážné většině otázek dotazníků použitého pro účely této studie, z důvodů existence velké variability užívaných látek ze strany respondentů této studie. Pro jednotlivé otázky jsme na základě získaných dat sestavili speciální kódovací klíč, který nám pomáhal určit důvody užívání několika různých druhů návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky.

Pro účely vyhodnocení odpovědí na otázku „Jaké návykové látky jste užila/a dohromady s předepsanými léky proti bolesti (opioidními analgetiky)?“ jsme jako škálu hodnocení odpovědí využili již dříve sestavenou škálu hodnot v limitech od (1) do (11), kterou jsme používali pro vyhodnocení dat získaných u otázky dotazující se na typ užití nealkoholové návykové látky v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis. Kvůli možnosti výskytu kombinace alkoholu, nealkoholové návykové látky a opioidních analgetik na lékařský předpis jsme danou škálu rozšířili o jednu hodnotu, tudíž limit hodnotící škály se pohyboval od (1) do (12), přičemž hodnotu (12) jsme přiřadili alkoholu.

Poslední otázka, na kterou respondenti v případě volby kladné odpovědi u otázky „Užil/a jste někdy více než jeden typ návykové látky spolu s předepsanými léky proti bolesti (opioidními analgetiky)?“ odpovídali, se týkala získání dat, která by nám přinesla informace o důvodech vedoucích k takovému typu chování u pacientů trpících chronickou bolestí. Ze získaných dat v pilotní studii se nám nakonec podařilo vytvořit

následující hodnotící škálu, jejíž hodnoty se pohybují v limitech od (1) do (9). Daná škála byla ve své konečné formě stanovena takto: (1) silná bolest, (2) stres, (3) zvýšená zátěž, (4) deprese, (5) problémy v rodině nebo zaměstnání, (6) psychiatrická dekompenzace, (7) akutní bolest, (8) nachlazení a (9) bolesti v kloubech.

Protože dané šetření dotazníkovou formou probíhalo v Centrech a Ambulancích pro léčbu bolesti za pomoci zdravotnického personálu daných zařízení, mohlo dojít k částečnému zkreslení získaných dat ze strany pacientů z důvodů, že pacienti léčící se v těchto Centrech a Ambulancích podepisují při vstupu do léčby kontrakt, kde se zavazují, že po dobu léčby opioidními analgetiky na lékařský předpis nebudou užívat alkohol, nealkoholové návykové látky anebo jiné léky než ty, které jim byly předepsány jejich ošetřujícím lékařem. K tomuto mohlo dojít na základě obav pacientů z perzekuce ze strany ošetřujícího personálu, přestože celá studie probíhala zcela na bázi anonymního získávání dat bez možnosti zjištění odpovědí respondentů ošetřujícím personálem daných zdravotnických specializovaných zařízení. Na základě těchto informací jsme se rozhodli, že sestavíme ještě jeden, pro tuto studii data doplňující dotazník, který by byl určen lékařům nebo zdravotním sestřím pracujícím v Centrech a Ambulancích pro léčbu bolesti na území České republiky. Daný dotazník měl sloužit jako nástroj pro zjištění informovanosti o daném problému v řadách odborné veřejnosti.

Expertní dotazník jsme se rozhodli distribuovat do Center a Ambulancí pro léčbu bolesti za pomoci internetového dotazníkového formuláře⁷ z důvodů usnadnění vyplnění pro zdravotnický personál a menšímu zatížení ze strany nutnosti papírování personálu těchto zdravotnických zařízení.

Daný dotazník obsahoval celkem 16 otázek, které byly formulovány za pomoci odborné spolupráce jednoho z pracovníků tohoto typu specializovaného zařízení MUDr. Tomáše Gabrhelíka Ph.D. Expertní dotazník byl také formulován ve formě odpovědí anonymního charakteru, ve kterém jsme zjišťovali tyto demografické faktory: pracoviště; okres a obec, ve kterém dané specializované zdravotnické pracoviště působí, a pracovníka, který se vyplňování tohoto dotazníku věnoval, jeho věk a délku působení v oboru léčby chronické bolesti.

Dotazník se dále věnoval problematice pacientů léčících se s chronickou bolestí v daných pracovištích a jejich procentuálního zastoupení z hlediska pohlaví a věkového rozvrstvení. Konečná data získaná z odpovědí pracovníků jsme v případě procentuálního zastoupení u pohlaví kódovali na hodnotící škále za pomoci hodnot v limitu (1) až (2): (1) muži a (2)

⁷ <http://kombinace-opioidnich-analgetik-na-lekarsky-predpis-s-alkohol.vyplnto.cz/>

ženy. V případě procentuálního zastoupení všech věkových skupin mezi pacienty Center a Ambulancí pro léčbu bolesti jsme zvolili hodnotící škálu v limitu od (1) do (4): (1) pacienti do 24 let, (2) pacienti ve věku 25 – 49 let, (3) pacienti ve věku 50 – 64 let a (4) pacienti starší 65 let.

Dále jsme otázky na odbornou veřejnost směřovali přímo na problematiku alkoholových i nealkoholových návykových látek a jejich užívání v kombinaci s opioidními analgetiky následující formulací: „Jste si jisti nebo máte podezření, že vaši pacienti v kombinaci s předepsanou medikací užívají také alkohol nebo jiné návykové látky?“, což bylo následně hodnoceno za pomoci limitu (1) až (2) na hodnotící škále: (1) mám podezření, (2) jsem si jist/a. K této otázce byla přidružena podotázka („Kolika procent pacientů si myslíte, že se to přibližně týká?“), která se přímo zabývala typem užívaných návykových látek u pacientů s chronickou bolestí. Hodnocení těchto podotázek bylo hodnoceno procentuálně z pohledu pracovníka, který zpracovával daný dotazník za specializované pracoviště pro léčbu bolesti. Typy návykových látek, na které jsme se dotazovali v podotázce, byly zcela shodné s návykovými látkami uvedenými v dotazníku, který jsme distribuovali mezi pacienty Center a Ambulancí pro léčbu bolesti.

Následně jsme se pracovníků těchto specializovaných zdravotnických zařízení dotazovali, jak postupují v případě, že mají podezření týkající se zneužívání alkoholu nebo nealkoholové návykové látky u pacienta a jejich následný postup v léčbě pacienta v případě, že dojde k potvrzení dané domněnky. Odpovědi na obě otázky jsme pro naše účely hodnotili na škále, která pro případ první otázky byla určena limity (1) a (2): (1) screeningové vyšetření a (2) orientační alcotest; a pro účely druhé otázky dotazující se na tento problém jsme použili hodnotící škálu s limity od (1) do (4): (1) snížení dávkování předepsané medikace, (2) opakované namátkové testy na přítomnost alkoholu nebo ilegálních drog, (3) neuplatňuji žádné restriktce nebo omezení vůči pacientovi, a (4) jiná možnost.

Pokud došlo k potvrzení domněnky ošetřujícího lékaře, že pacient užívá v kombinaci s opioidními analgetiky (léky proti bolesti) na lékařský předpis jakýkoli typ návykové látky s výjimkou všech tabákových výrobků, byla pracovníkovi následně položena otázka, jejíž odpovědi jsme vygenerovali na podkladech dat získaných z odpovědí respondentů pilotní studie probíhající na půdě Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Odpovědi, které reflektovaly tyto nejčastěji zmiňované problémy: stres, problémy v rodině, problémy v zaměstnání, zhoršení zdravotního stavu a zvýšení bolestivosti; jsme následně hodnotili na škále dané limity od (1) do (5): (1) velmi významný, (2) významný, (3) středně významný, (4) nevýznamný; a (5) zcela nevýznamný.

Poslední oblast expertního dotazníku se zabývala informovaností o daném problému mezi pracovníky Center a Ambulancí pro léčbu bolesti a následující otázky byly formulovány jako uzavřený typ otázek, jejichž odpovědi byly hodnoceny následně na hodnotící škále za použití limitů v rozmezí (1) až (2): (1) ano a (2) ne. Otázky, které jsme použili k zjištění těchto informací, byly tyto: „Máte pocit, že jste dostatečně informováni o problematice užívání alkoholu a ilegálních návykových látek ve spojitosti s léčbou bolesti?“; „Myslíte si, že víte, jak byste měli v případě zjištění těchto skutečností správně postupovat?“; „Přivítali byste, kdyby byly dostupné pokyny pro řešení této situace např. ve formě metodického manuálu, aj.?“

3.4 PŘEDPOKLÁDANÉ VÝSTUPY

Jednou z oblastí, na kterou jsme se zaměřili po prozkoumání sebraných dat, je existence závislosti mezi těmito proměnnými. V závislosti na předepisování opioidních analgetik (léků proti bolesti) jsme uvažovali, zda lze najít nějakou souvislost mezi věkem a pohlavím pacienta a typem opioidních analgetik, které jim byly předepsány ošetřujícími lékaři.

Dále jsme se zaměřili na data vycházející z otázky dotazující se na užití předepsané medikace pacienty trpící chronickou bolestí z jiného důvodu, než představuje sama bolest a rozhodli jsme se sledovat, zda tento faktor také závisí na pohlaví a věku respondenta participujícího v této studii.

Významnou část této studie tvoří data poukazující na situaci související s užíváním alkoholu a nealkoholových návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky (léky proti bolesti) na lékařský předpis. V této části jsme se na základě kombinace proměnných jako je věk, pohlaví a typ užívané návykové látky (ať už se jednalo o alkoholový nebo nealkoholový typ návykové látky), zajímali o to, zda trend abusu opioidních analgetik (léků proti bolesti) na lékařský předpis mezi pacienty trpících chronickou bolestí Center a Ambulancí pro léčbu bolesti v současné době probíhá také na území České republiky.

Potvrzení hypotézy poukazující na závislost mezi užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis a jejich kombinací s návykovými látkami v populaci mladých dospělých (18 - 24 let) založené na podkladu již dříve publikovaných výsledků studií SAMSHA 2006 a 2009.

Dále je nutno vzít v potaz existenci kopírování trendu v abúzu opioidních analgetik samotných ze strany pacientů trpících chronickou bolestí na území České republiky tak, jak jej známe ze Spojených států Amerických. Více propadají abúzu opioidních analgetik ženy s chronickou bolestí ve věkových kohortách 50 – 64 let a 65 let a více.

3.5 ETICKÉ ASPEKTY PRÁCE

Dotazníkové šetření jak mezi pacienty, tak mezi odbornou veřejností probíhalo ve formě odpovědí anonymního charakteru. Anonymita byla jedna ze základních podmínek, kterou jsme stanovili na počátku přípravy pilotní studie z důvodu volby dotazníkové sběru dat, které probíhalo na půdě pracovišť specializovaných na léčbu bolesti v případě sběru dat od pacientů těchto zdravotnických pracovišť.

Pokud se jedná použití internetové formy dotazníku, zde došlo k zachování anonymity hned dvěma způsoby. Zaprvé jsme v dotazníku nepoužili žádné údaje, které by explicitně mohli identifikovat, o koho z pracovníků daného pracoviště pro léčbu bolesti se jedná. Zadruhé v případě internetového nástroje došlo ke skrytí IP adres daných Center a Ambulancí pro léčbu bolesti ze strany poskytovatele internetového zdroje pro uveřejnění dotazníku.

Etické problémy ani námítky, které by se dotýkaly formulace otázek obsažených jak v dotaznících distribuovaných mezi pacienty Center a Ambulancí pro léčbu bolesti, tak v internetovém dotazníku zaměřeného na odbornou veřejnost, se v průběhu pilotní studie neobjevily. Jediný problém s formulací otázek jsme zaznamenali u pracoviště, které je součástí Anesteziologicko – resuscitačního oddělení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kdy jsme byli nakonec odmítnuti s tím, že otázky by se pacientům mohli zdát přílišně sugestivní a tím by mohly následně pacienty demotivovat v pokračování v další léčbě a plnění kontraktu uzavřeném s daným specializovaným pracovištěm (příloha č. 6).

4. VÝSLEDKY

4.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU PRO PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ

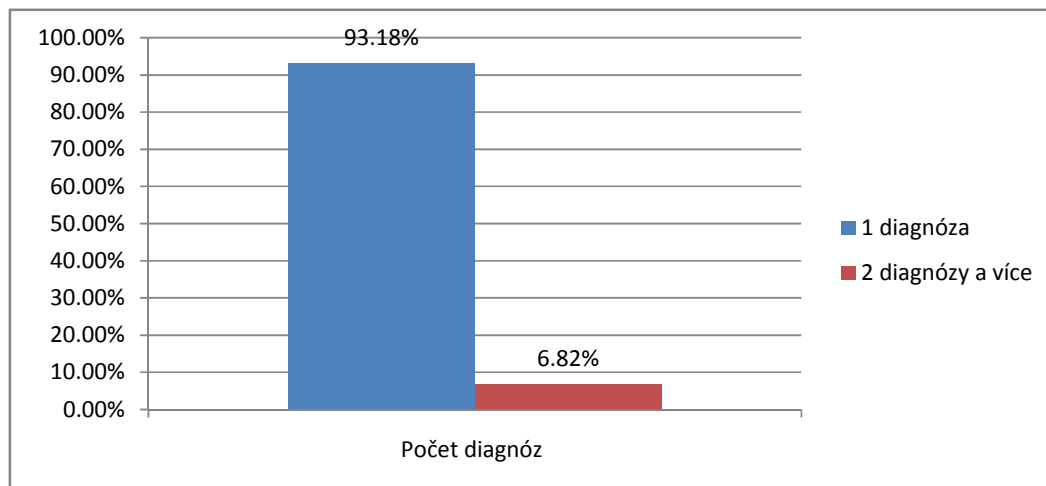
Statistické vyhodnocení dat získaných z vyplněných dotazníků bylo provedeno pomocí statistického softwaru R 2.10.1 a Microsoft Office Excel 2007.

Z původně předpokládaného výzkumného vzorku o počtu 180 respondentů se nám podařilo získat konečný vzorek, který obsahoval počet 99 respondentů ze čtyř ze šesti zamýšlených Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Zbylá dvě centra nedodala zpracované dotazníky ve stanoveném období, a tudíž tyto výsledky nemohly být nakonec zavzaty do konečných výsledků.

Z konečného počtu 99 respondentů došlo u 83 respondentů ke splnění podmínky týkající se stanoveného základního výzkumného vzorku, pro který byla stanovena podmínka, že základní věková kohorta byla stanovena v rozmezí 18 – 64 let.

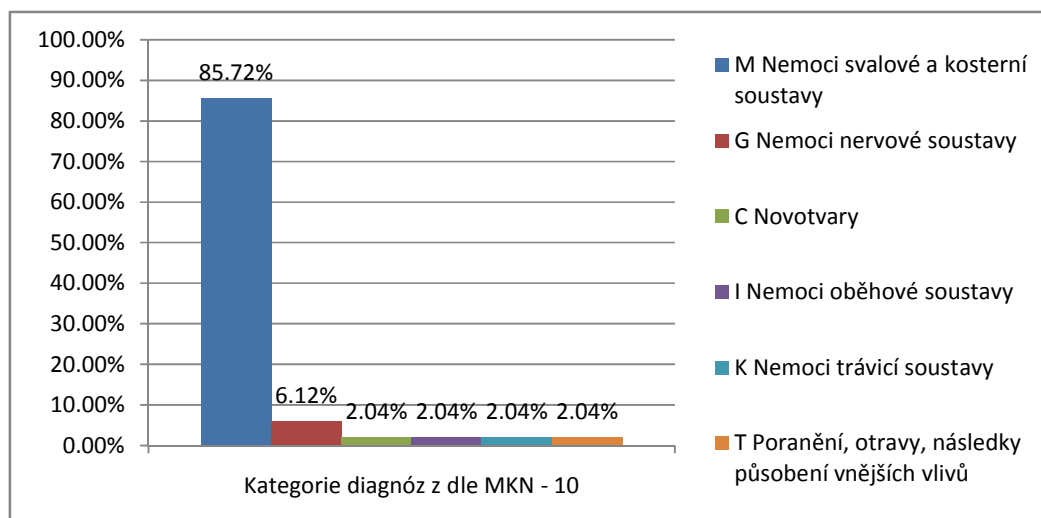
U výzkumného vzorku jsme sledovali diagnózy, na základě kterých se pacienti trpící chronickou bolestí v Centrech a Ambulancích pro léčbu bolesti léčili. Diagnózy pacientů se nám nakonec podařilo zjistit u 44 respondentů z celkového počtu 99 respondentů.

U pacientů jsme zkoumali počet diagnóz, které byly u jednotlivých pacientů diagnostikovány (graf č. 2).



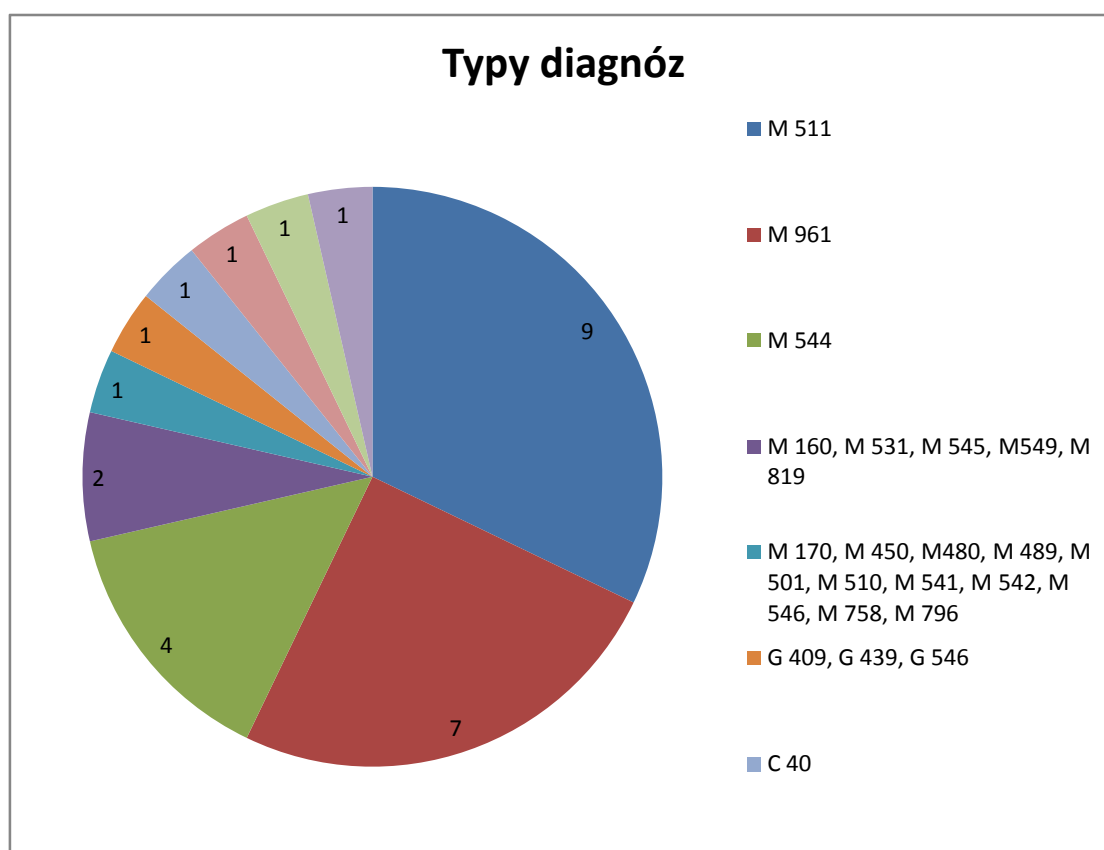
Graf č. 2 Počet stanovených diagnóz u pacientů trpících chronickou bolestí u všech participantů

Následně jsme sledovali, o jaké diagnózy se na základě kategorií podle MKN – 10 jednalo. Na základě výsledků získaných pilotní studií jsme zjistili, že u 44 respondentů bylo stanoveno celkem 49 diagnóz (graf č. 3).



Graf č. 3 Kategorizace zjištěných diagnóz na základě MKN – 10

U pacientů trpících chronickou bolestí jsme se také zajímali o to, jaké diagnózy byly u těchto pacientů stanoveny a do jaké kategorie podle MKN – 10 byly zařazeny (graf č. 4).

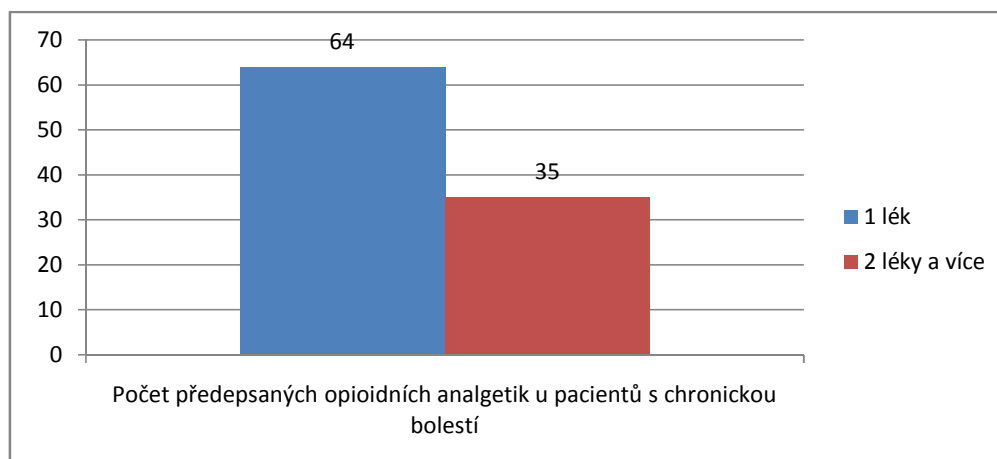


Graf č. 4 Počet jednotlivých diagnóz stanovených u pacientů trpících chronickou bolestí na základě kategorií v MKN – 10

Ve spojitosti s předepisovanými opioidními analgetiky nás zajímalo, zda opioidní analgetika uvedená Kozákem (2009) se opravdu řadí mezi nejčastěji předepisovaná opioidní analgetika pacientům s chronickou bolestí v Centrech a Ambulancích pro léčbu bolesti.

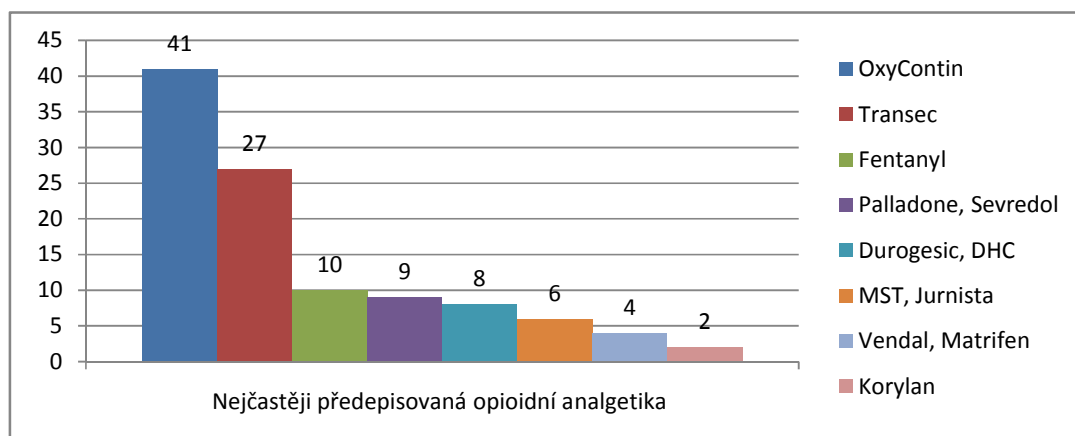
Zároveň nás i zajímalo, jaký v současné době panuje trend v předepisování opioidních analgetik ošetřujícími lékaři a jak velkému počtu respondentů je předepisováno právě více než jeden typ opioidního analgetika.

Graf č. 5 popisuje počet předepsaných léků u respondentů studie. Z počtu 99 respondentů byl 64 předepsán pouze jeden typ opioidního analgetika a u 35 respondentů došlo k předepsání více než jednoho opioidního analgetika a velice často bylo v případě této skupině předepsáno i tzv. adjuvantní analgetikum řadící se do I. skupiny analgetik.

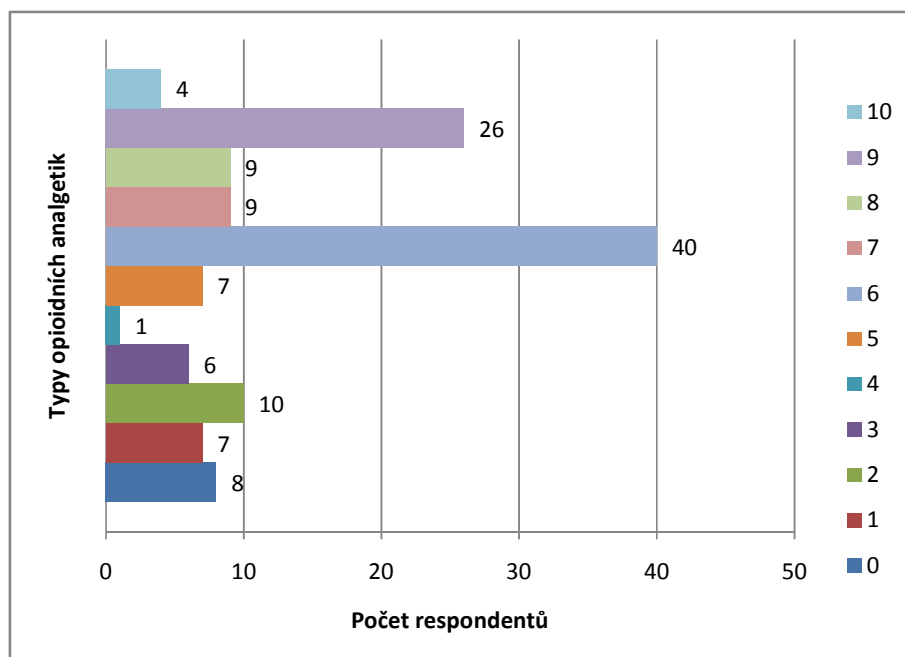


Graf č. 5 Počet předepsaných opioidních analgetik u pacientů s chronickou bolestí

Graf č. 6 ukazuje jaká opioidní analgetika na lékařský předpis a kolikrát byly ošetřujícími lékaři předepsány respondentům pilotní studie v závislosti na sebraných datech z otázky č. 5 dotazníku určeného pro pacienty Center a Ambulancí pro léčbu bolesti.



Graf č. 6 Počet nejčastěji předepsaných opioidních analgetik u pacientů s chronickou bolestí



Graf č. 7 Počet předepsaných opioidních analgetik u výzkumného vzorku studie. Kódování na základě přílohy č.4

Na základě grafu č. 6, který zobrazuje nejčastěji předepisovaná opioidní analgetika na lékařský předpis, jsme v grafu č. 7 zobrazili předepsaná opioidní analgetika u konečného souboru respondentů, který čítá 83 osob.

V grafu č. 6 a 7 uvedená opioidní analgetika na lékařský předpis jsme sledovali také z hlediska doby užívání jednotlivých typů opioidních analgetik na lékařský předpis (příloha č. 4 – tabulka č. 6: opioidní analgetika na hodnotící škále (0) až (10)). Sebrané výsledky jsme zanesli do tabulky četnosti (tabulka č.5).

Průměrná doba odpovídající užívání některého opioidního analgetika odpovídá ve vzorku 83 osob v základní věkové kohortě době dlouhé 8,44 měsíců.

počet měsíců	0.3	0.5	1	2	3	4	5	6	11	12	18	20	22	23	24	26	29	30	31	36	46	48	55	60	72	120
počet léků	1	1	1	2	4	4	1	6	3	15	2	1	1	1	34	1	1	2	1	20	1	10	1	12	2	1

Tabulka č. 5 Délka užívání opioidních analgetik u opioidních analgetik

Ze sebraných dotazníků jsme získali data týkající se věkového zastoupení mezi respondenty pilotní studie (tabulka č. 6).

věk	18-64 let	65 + let
Počet respondentů	83	16

Tabulka č. 6 Věkové rozdělení respondentů do dvou věkových kohort: 18 – 64 let a 65 let a více

Na základě těchto údajů jsme jednotlivé respondenty rozdělili do námi předem stanovených věkových kohort a následně jsme pro další účely vyřadili skupinu respondentů ve věkové kohortě 65 let a více (3) (tabulka č. 7).

věk	18-24	25-49	50-64	65+
Počet respondentů	0	26	57	16

Tabulka č. 7 Věkové rozložení všech respondentů pilotní studie

Z počtu 83 osob, které splnili podmínky stanovené pro zařazení do výzkumného vzorku v základní věkové kohortě 18 – 64 let, jsme pak rozdělili daný vzorek podle pohlaví odpovídajícího participanta (tabulka č. 8).

Pohlaví	Muž	žena
Počet respondentů	40	43

Tabulka č. 8 Počet mužů a žen v základní věkové kohortě 18 – 64 let

Dotaz, který měl ze socio-demografického hlediska spojitost s nejvyšším dosaženým vzděláním u odpovídajících respondentů, jsme graficky zobrazili jako tabulku četnosti odpovídající nejvyššímu dosaženému vzdělání. Podařilo se nám získat odpovědi od 82 respondentů z celkového počtu 83 respondentů. Jeden z respondentů tuto položku socio-demografické části dotazníku nezodpověděl (tabulka č. 9).

Vzdělání	ZŠ	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	VŠ	Obor VŠ,SŠ
Počet respondentů	8	40	30	2	2

Tabulka č. 9 Tabulka četnosti týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání u respondentů studie v základní věkové kohortě 18 – 64 let

Poslední otázku socio-demografické části dotazníku představoval dotaz týkající se ekonomické aktivity respondentů v posledních 30 letech. V této otázce bylo dosaženo vyššího množství odpovědí, než bylo respondentů, neboť se jednalo o otázku s možností výběru více odpovědí (tabulka č. 10). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 5.

Ekon. aktivita	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Počet respondentů	0	10	5	4	0	65	1	1	1

Tabulka č. 10 Rozložení ekonomické aktivity za posledních 30 dnů u respondentů studie v základní věkové kohortě 18 – 64 let

Z původního výzkumného vzorku o velikosti 99 respondentů (viz graf č. 5), který jsme zúžili o segment představující věkovou kohortu 65 let a více, jsme u 83 zbylých respondentů, kteří představují základní věkovou kohortu 18 – 64 let, jsme sledovali počet předepisovaných léků. Zda byl předepsán pouze jeden typ léků nebo bylo předepsáno více než jeden typ léků (tabulka č. 11).

Počet léků	1	>1
Počet respondentů	50	33

Tabulka č. 11 Počet užívaných léků u respondentů studie v základní věkové kohortě 18 – 64 let

Následně jsme se zabývali tím, v jaké četnosti jsou medikamenty opioidního charakteru předepisovány a v jakém množství (tabulka č. 12).

počet léků	1	2	3	4	5	6	7	8
počet pacientů	50	11	7	8	5	1	0	1

Tabulka č. 12 Četnost předepsání jednotlivých léků v základní věkové kohortě 18 – 24 let.

Po rozdělení počtu léků, které jednotliví respondenti užívali, jsme se rozhodli jednotlivé léky rozdělit podle účinné látky, kterou obsahují, do tabulky četnosti (tabulka č. 13). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 6.

Typ NL	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Počet respondentů	8	7	8	5	1	6	36	6	9	23	4	1	10	4	3	20	11

Tabulka č. 13 Přehled předepsaných léků podle typu účinné látky

V otázce č. 6 „Užil/a jste někdy předepsanou medikaci z některého z následujících důvodů, které ale nesouvisely s pociťovanou bolestí“ jsme se zaměřili na sledování fenoménu užívání opioidních analgetik na lékařský předpis bez předešlé lékařské indikace. Získané výsledky jsou prezentovány v tabulce výskytu četnosti tohoto fenoménu (tabulka č. 14).

Otázka č.6	ne	ano
Počet respondentů	66	17

Tabulka č. 14 Četnost užití opioidních analgetik jiným než předepsaným způsobem

Otázka č. 6 byla zodpovězena pozitivně v případě 17 respondentů této studie v základní věkové kohortě 18 – 64 let, 9 mužů a 8 žen (tabulka 14a, tabulka 15).

Otázka č.6	Muži	ženy
Počet respondentů	9	8

Tabulka č. 14a Četnost užití opioidních analgetik jiným než předepsaným způsobem v rámci pohlaví

	25 – 49 let	50 – 64 let
Muži	2	8
Ženy	4	3

Tabulka č. 15 Počet respondentů dle věku a pohlaví užívající opioidní analgetika jiným než předepsaným způsobem

Vzhledem k možnosti označení více odpovědí bylo v tomto případě získáno více odpovědí, než byl počet respondentů odpovídajících pozitivně na tuto otázku (tabulka č. 16). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 7.

proměnná	1	2	3	4	5
Počet respondentů	8	1	2	5	2

Tabulka č. 16 Typ jiné administrace opioidních analgetik

Otázky číslo 7 až 9 se zabývají problematikou poukazující na kombinaci opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem. Pozitivní odpověď jsme získali v tomto případě od 19 respondentů z celkového počtu 83 respondentů v základní věkové kohortě 18 – 64 let (tabulka č. 17).

Otázka č.7	ano	ne
Počet respondentů	19	64

Tabulka č. 17 Četnost kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem

V další otázce, která se zabývala množstvím užitého alkoholu v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis, jsme data získaná z odpovědí 19 pozitivně odpovídajících respondentů uvedli do tabulky četnosti konzumovaného množství alkoholu (tabulka č. 18). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 9.

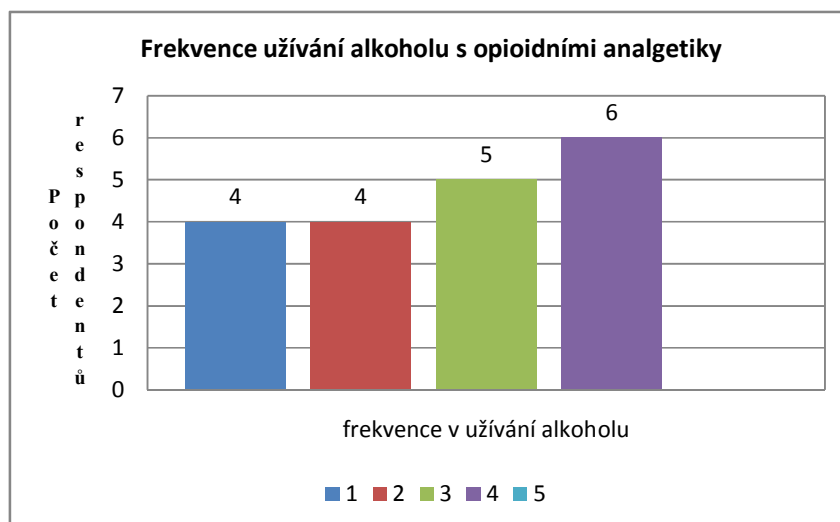
proměnná	1	2	3	4
Počet respondentů	11	5	2	1

Tabulka č. 18 Množství alkoholu kombinovaného s opioidními analgetiky

Následně jsme zkoumali, jak často docházelo ke konzumaci alkoholu spolu s opioidními analgetiky u skupiny 19 respondentů ve věkové kohortě 18 – 64 let. Výsledky byly zaneseny do níže uvedené tabulky četností, které reflektují frekvenci užívání této kombinace (tabulka č. 19, graf č. 8). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 10.

Proměnná	1	2	3	4	5
Počet respondentů	4	4	5	6	0

Tabulka č. 19 Frekvence užívání kombinace opioidních analgetik s alkoholem



Graf č. 8 Frekvence v užívání alkoholu v kombinaci s opioidními analgetiky

Pro otázky č. 8 a č. 9 jsme se rozhodli zjistit, zda lze mezi těmito hodnotami stanovit závislost. Rozhodli jsme se zjistit míru lineární závislosti pomocí korelačního koeficientu. Vypočítaný korelační koeficient je roven 0.33 a není signifikantně odlišný od nuly na hladině významnosti 5 procent. Nelze tedy prokázat závislost množství alkoholu konzumovaného v kombinaci s opioidními analgetiky a frekvenci užívání této kombinace.

Otázky číslo 10 až 12 byly zaměřeny na problematiku kombinace nealkoholových návykových látek s opioidními analgetiky na lékařský předpis u pacientů s chronickou bolestí. Otázku týkající se užívání této kombinace zodpovědělo pozitivně 17 respondentů z celkového počtu 83 respondentů zařazených do základního výzkumného vzorku (tabulka č. 20).

Otázka č. 10	ano	ne
Počet respondentů	17	66

Tabulka č. 20 Četnost kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami

V rámci této otázky jsme se rozhodli zjistit, zda existuje závislost mezi pohlavím a užíváním nealkoholových návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis (tabulka č. 21).

		Pohlaví	
		muž	žena
Užívání	ano	9	8
	ne	31	35

Tabulka č. 21 Závislost pohlaví (otázka č. 2) na užívání nealkoholových návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky (otázka č. 10)

Korelační koeficient $p = 0.795$, což představuje výsledek, který jednoznačně jakoukoli závislost mezi těmito dvěma otázkami popírá.

P-hodnota chi-kvadrat testu je pro tuto kontingenční tabulku rovna 0.87, což implikuje, že závislost mezi pohlavím a užíváním nealkoholových návykových látek společně s předepsanými léky nebyla prokázána.

U 17 respondentů, kteří zvolili odpověď okódovanou hodnotou (1), jsme z dostupných výsledků zkoumali, jaký typ nealkoholové návykové látky byl touto skupinou respondentů nejčastěji užíván v kombinaci s opioidními analgetiky. Ze získaných dat uvedených v tabulce jsme zjistili, že nejužívanějším typem byl na základě odpovědí získaných od respondentů, byla odpověď okódovaná hodnotou (11). V získaných výsledcích nebyla jedinkrát vybrána odpověď kódovaná jako (9), slepá odpověď (tabulka č. 22). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 13.

proměnná	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Počet respondentů	1	0	0	0	1	0	1	0	0	2	14

Tabulka č. 22 Typy nealkoholových návykových látek kombinovaných s opioidními analgetiky na lékařský předpis

Následně jsme zkoumali, jak často docházelo ke konzumaci nealkoholových návykových látek spolu s opioidními analgetiky u skupiny 17 respondentů ve věkové kohortě 18 – 64 let. Výsledky jsme zanesli do níže uvedené tabulky četností, která reflektuje frekvenci užívání této kombinace (tabulka č. 23). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 14.

proměnná	1	2	3	4	5	6
Počet respondentů	1	2	2	5	4	3

Tabulka č. 23 Frekvence užívání kombinace opioidních analgetik s nealkoholovými návykovými látkami

Otázka číslo 13 byla zaměřena, jako follow-up otázka rozebírající dále kombinaci opioidních analgetik na lékařský předpis. Tentokrát se jednalo o zjištění prevalence užívání více typů návykových látek, jak alkoholového, tak nealkoholového charakteru, u participantů pilotní studie. Odpověď kódovanou hodnotou (1) zvolilo 12 respondentů z celkového počtu 83 respondentů základního výzkumného vzorku (tabulka č. 24).

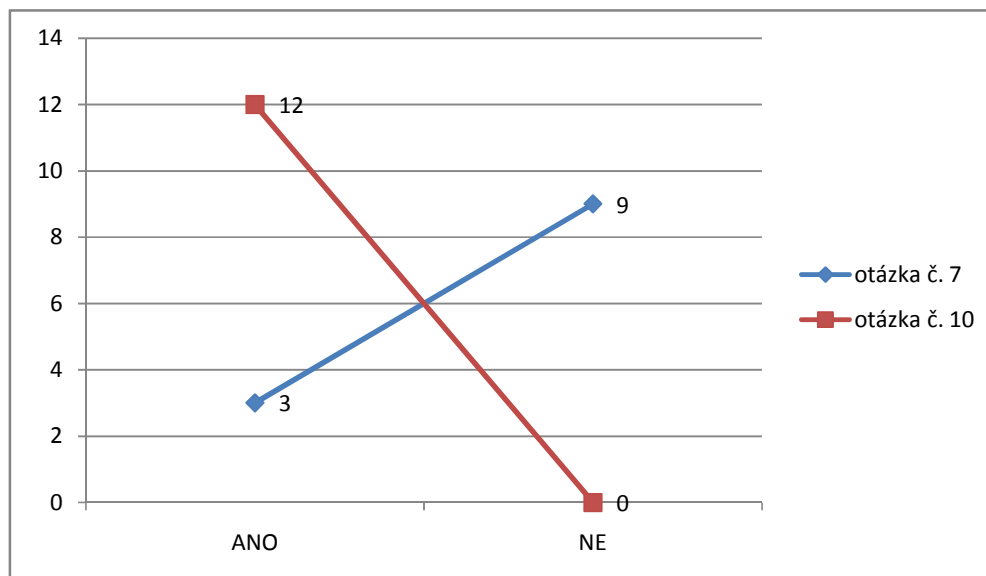
Otázka č. 13	ano	ne
Počet respondentů	12	71

Tabulka č. 24 Četnost kombinace opioidních analgetik s více než jednou návykovou látkou nealkoholového charakteru

Z tohoto počtu 12 respondentů 3 partcipienti odpověděli pozitivně jak v otázce číslo 7 (kombinace opioidních analgetik s alkoholem), tak v otázce číslo 10 (kombinace opioidních analgetik s nealkoholovou návykovou látkou (graf č. 9). Z genderového hlediska se jednalo o rozložení respondentů následovně: 2 muži:1 žena (tabulka č. 25).

Pohlaví	muž	žena
Počet respondentů	7	5

Tabulka č. 25 Genderové rozdělení respondentů odpovídajících kladně na otázku číslo 13



Graf č. 9 Spojitost odpovědí respondentů mezi otázkou č. 7 a 10 dotazníku

Na základě získaných odpovědí jsme přistoupili ke zjišťování, které návykové látky alkoholového i nealkoholového charakteru, byly nejčastěji respondenty studie zmíněny v odpovědích na otázku č. 14. Přehled těchto odpovědí jsme zařadili do níže uvedené tabulky (tabulka č. 26). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 18.

proměnná	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Počet respondentů	1	0	0	0	6	0	0	0	0	5	6	2

Tabulka č. 26 Typy nealkoholových návykových látek kombinovaných s opioidními analgetiky na lékařský předpis

Poslední faktor, který souvisí s problematikou kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou, jsme zkoumali na základě odpovědí respondentů týkající se situace, v jaké danou kombinaci léků s návykovou látkou užíli. Na základě získaných a okódovaných odpovědí jsme stanovili níže uvedenou tabulku. Vzhledem k možnosti volby více než jedné odpovědi, bylo zaznamenáno více odpovědí, než byl počet respondentů ve skupině, která odpověděla kladně na otázku číslo 13 (tabulka č. 27). Kódování viz příloha č. 4 – tabulka č. 19.

proměnná	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Počet respondentů	6	2	1	1	1	2	0	1	1

Tabulka č. 27 Přehled situací vedoucích ke kombinaci opioidních analgetik s více než jednou návykovou látkou nealkoholového typu

Hypotéza týkající se závislost vyskytující se mezi užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis a jejich kombinací s návykovými látkami v populaci mladých dospělých (18-24 let) byla námi na základě nízkého počtu respondentů a tudíž i neúčasti respondentů v populačním segmentu mladí dospělí, zamítnuta.

Přestože číslo respondentů této pilotní studie nebylo dostatečně vysoké, lze ze sebraných dat určit, že abúzus opioidních analgetik na lékařský předpis samotných se na území České republiky vyskytuje, tudíž jsme tuto hypotézu mohli přijmout.

Co se týče hypotézy, že ženy užívají více opioidní analgetika ve věkových kohortách 50 – 64 let a 65 let a více, musela být námi na základě výsledků (tabulka č. 14) zamítnuta.

4.2 VÝSLEDKY EXPERTNÍHO DOTAZNÍKU

Výsledky získané na základě expertního dotazníku jsou po jejich vyhodnocení nepoužitelné z důvodů nízké odpovědní hodnoty subjektů, které se daného šetření zúčastnili. Z počtu 81 oslovených Center a Ambulancí pro léčbu bolesti zodpovědělo tento dotazník pouze zástupci 4 institucí.

Na základě tohoto výstupu jsme museli upustit od použití získaných výsledků.

5. DISKUSE

5.1 DOTAZNÍK PRO PACIENTY S CHRONICKOU BOLESTÍ

Z předem předpokládaného počtu 180 respondentů se nám bohužel podařilo získat pouhých 99 participantů, z nichž jen 83 respondentů splňovalo základní podmínky, které jsme stanovili na začátku této pilotní studie, pro zařazení do základního výzkumného vzorku. Sběr dat probíhal dotazníkovou metodou na půdě námi oslovených Center a Ambulancí pro léčbu bolesti v několika regionech České republiky.

Možným důvodem nesplnění kvót původního předpokladu spatřujeme, že jsme byli odkázáni na personál pracovišť pro léčbu bolesti v případě sběru dat. Respondenti se z tohoto důvodu nemuseli cítit bezpečně v této situaci, přestože se jednalo o anonymní dotazníkový sběr dat, kdy lékař nebo zdravotní sestra daného pracoviště pro léčbu bolesti neměli přístup k zodpovězeným dotazníkům, a tudíž i odpovědím na otázky, které dotazník obsahoval. Vzhledem k tomu, že respondenti s Centry a Ambulancemi pro léčbu bolesti uzavírají kontrakt týkající se neuzívání alkoholu, nealkoholových návykových látek a jiných léků, které nebyly předepsány lékařem centra nebo jiným specializovaným lékařem, v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis, které jsou respondentů předepisovány lékaři těchto zdravotnických zařízení.

Jako další faktor, který se prvotně mohl zdát jako nedůležitý, byla barva obálek. Prvotně distribuované obálky s dotazníky byly bílé barvy. V období, kdy byly používány tyto obálky, respondenti se méně vyjadřovali k otázkám souvisejícím s alkoholem a nealkoholovými návykovými látkami a jejich kombinací s opioidními analgetiky na lékařský předpis. Zde se mohla projevit obava participantů z prozrazení jejich odpovědí. Po změně obálek z bílých na obálky šedé, došlo ke změně tohoto fenoménu a respondenti odpovídali více na otázky týkající se problematiky alkoholu a nealkoholových návykových látek. Přestože se může jednat o náhodu, tento poznatek pokládáme za velmi důležitý pro realizaci dalších šetření s touto populací.

Další proměnou, kterou jsme se pokoušeli sledovat u všech respondentů, byla diagnóza, se kterou se léčili v daném zařízení. Bohužel jsme byli jen částečně úspěšní a podařilo se nám získat diagnózy jen u 44 respondentů. Počet získaných diagnóz byl 49, neboť u tří respondentů se objevily 2 a více diagnóz.

Převážná většina diagnóz uvedená u respondentů se řadí do kategorie M Nemoci svalové a kosterní soustavy podle diagnostického manuálu MKN – 10. Procentuální zastoupení

odpovídající 85,72% v případě této kategorie diagnóz odpovídá výsledkům, které byly uvedeny Atlurim et al. (2003).

Z počtu 44 respondentů odpovědělo celkem 20 kladně na otázku č. 7 nebo otázku č. 10, kdy jsme se dotazovali na kombinaci návykových látek (alkohol a nealkoholové návykové látky) s předepisovanými opioidními analgetiky. U dvou ze tří respondentů s větším počtem diagnóz byly kladné odpovědi na tyto otázky taky zaznamenány.

Na základě předpokládaných výstupů, jsme se zaměřili na stanovení závislostí mezi předem zvolenými proměnnými.

Nejprve jsme se zaměřili na stanovení závislosti mezi proměnnými, které představovaly věk, pohlaví a počet předepsaných léků participantům této studie (tabulka č. 28). Vzhledem k nízkému počtu respondentů jsme nakonec dospěli k zjištění, že závislost mezi těmito proměnnými nelze prokázat.

		věková kategorie	
		25 – 49 let	50 – 64 let
Počet léků	1	15	35
	2 a více	11	22

Tabulka č. 28 Závislost otázky č. 5 na věku a pohlaví

Korelační koeficient $p = 0.1029$.

Další sledovanou závislost představovalo užití předepsané medikace z jiného důvodu, než představovala sama bolest ve spojitosti s pohlavím a věkem respondenta. Zde jsme dospěli k výsledku, že čtyři ženy ve věkové kohortě 25 – 49 let a tři ženy ve věkové kohortě 50 – 64 let užívaly předepsanou medikaci z jiného důvodu, než představovala sama bolest (tabulka č. 29). U mužů bylo zastoupení týkající se této závislosti následující: dva muži ve věkové kohortě 25 – 64 let a osm mužů ve věkové kohortě 50 – 64 let. Přesto nelze jednoznačně prokázat existenci závislosti mezi těmito proměnnými. P-hodnota chi-kvadrat testu je pro tuto kontingenční tabulku roven 0.50. Závislost mezi věkem a počtem léků tedy nebyla prokázána.

	1	2
1	4	3
2	2	8

Tabulka č. 29 Závislost otázky č. 6 - užití opioidních analgetik z jiného důvodu než samotná bolest, na věku a pohlaví

Výsledky získané z odpovědí respondentů na otázky dotazující se na zneužívání opioidních analgetik samotných nebo zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem nebo nealkoholovými návykovými látkami poukazují na to, že tento trend na území České republiky existuje a má své zastoupení mezi populací výzkumného souboru ve věkových kohortách 25 – 49 let a 50 – 64 let.

Celkové zastoupení kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou nealkoholového charakteru představovalo 33 respondentů z celkového počtu 83 respondentů základní věkové kohorty (18 – 64 let), 39,76%.

Data získaná z otázek č. 7 a 10 viz. tabulky č. 17 a 20 v kapitole 4.1.

Pouze 3 respondenti ze souboru 33 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázky týkající se kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem a nealkoholovými návykovými látkami, odpověděli kladně na obě otázky. Tato skupina respondentů taktéž odpověděla kladně na otázku týkající se užití více než jednoho typu návykové látky v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis.

Na začátku studie jsme se zaměřili na věkovou kohortu 18 – 24 let (mladí dospělí), kdy jsme původně předpokládali, že trend zneužívání opioidních analgetik v kombinaci s alkoholem nebo jinou nealkoholovou návykovou látkou bude převládat v této kohortě a bude tak docházet ke kopírování současného trendu, který v současnosti sledován v tomto segmentu populace na území Spojených států Amerických. Bohužel vzhledem k námi stanovené podmínce, že jedinec zařaditelný do výzkumného vzorku v základní věkové kohortě 18 – 64 let musí být pacientem Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti po dobu alespoň dvou let (pacienti trpící chronickou bolestí) a užívat opioidní analgetika.

V našem výzkumném vzorku se bohužel neobjevil ani jeden respondent, který by mohl být řazen do věkové kohorty mladí dospělí. Na základě tohoto faktu jsme dospěli k závěru, že v našich podmínkách se tato skupina objevuje v rámci segmentu pacientů, kteří trpí akutní bolestí a tento typ medikace užívají po dobu ne delší tří měsíců. Na základě informací získaných ze Spojených států Amerických tato skupina pacientů nejčastěji užívá nadále i po skončení léčby těmito medikamenty. Nadále užívají tyto medikamenty bez další

lékařské indikace v kombinaci s ilegálními návykovými látkami a alkoholem (McCabe et al, 2005a; Zacny et al., 2003).

Na základě těchto faktů by bylo dobré se v dalším výzkumu zaměřit na tuto skupinu v souvislosti s pokračováním v jejich užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem nebo jinou nealkoholovou návykovou látkou.

5.2 EXPERTNÍ DOTAZNÍK

Sběr dat v případě expertního dotazníku neproběhl úspěšně. Na žádost o vyplnění dotazníku jsme dostali kladnou odpověď pouze od čtyř z celkového počtu osmdesáti jedna Center a Ambulancí pro léčbu bolesti na území České republiky.

Celé šetření probíhalo formou dotazníku v internetové podobě. K využití tohoto nástroje jsme přistoupili na základě předpokladu, že takto dojde k ušetření času, který bychom strávili papírováním v případě použití tištěné verze expertních dotazníků (viz příloha č. 3).

Tuto nízkou úspěšnost týkající se došlých vyplněných dotazníků lze přičíst faktoru, že celá pilotní studie v průběhu svého běhu neměla zastřešení nějaké známé instituce nebo odborné lékařské společnosti, která se věnuje této problematice, a tudíž došlo k nevědomé ignoraci této žádosti.

Výsledky získané z odpovědí lze tudíž pro nízký počet respondentů považovat za inkonklusivní a tudíž i nemožnosti jejich využití v případě zjištěných faktů v rámci dotazníkové studie, která probíhala mezi pacienty s chronickou bolestí na půdě vybraných Center a Ambulancí pro léčbu bolesti na území České republiky.

Bylo by velmi záhodno pokus o tento dotazníkový průzkum zopakovat vzhledem k existenci podprahové informovanosti o tomto problému mezi lékaři a zdravotními sestrami těchto zdravotních zařízení. V případě opakovaného pokusu je nutné mít zastřešení některého typu z výše zmíněných organizací.

6. ZÁVĚRY

Studie SAMSHA z roku 2006 a 2009 poukazující na nadměrné užívání opioidních analgetik (léků proti bolesti) na lékařský předpis ve věkové kohortě mladých dospělých (18 – 25 let), která v uvedených letech proběhla na území Spojených států Amerických, se nám na základě pokusu implementace do zkoumaného vzorku pacientů Center a ambulancí pro léčbu bolesti nepodařilo prokázat, neboť v našich podmínkách se nevyskytují pacienti trpící chronickou bolestí v této věkové kohortě. Pokud tato věková kohorta užívá tento typ léků, pak se jedná o případy, kdy jedinci trpí akutním typem bolesti, která je intervalově vymezena od 0 do 3 měsíců délky svého trvání, nebo se jedná o užívání opioidních analgetik na základě získání z jiného než lékařského zdroje a jejich následné zneužití pro jiné než zdravotní problémy. Lze tudíž říci, že zneužívání opioidních analgetik se v této věkové kohortě bude odehrávat na základě cravingu a to velice často v kombinaci s alkoholem nebo marihuanou. Zatímco na druhou stranu můžeme říci, že populace pacientů trpící jak akutním typem bolesti, tak chronickým typem bolesti ve věkové kohortě starší 25 let užívá opioidní analgetika více pod lékařským dohledem v Centrech a ambulancích specializujících se na léčbu bolesti hlavně u pacientů s chronickou bolestí. Nejvíce početné skupiny pacientů užívající tento typ medikace jsou pacienti trpící chronickou bolestí ve věkových kohortách 50 – 64 let a pacienti starší 65 let.

Nedostatky této pilotní studie spatřujeme hlavně ve zvolené metodě sběru dat – dotazníkové metodě. Vzhledem k tomu, že jsme byli odkázáni na spolupráci zdravotnického personálu jednotlivých Center a Ambulancí pro léčbu bolesti během sběru dat od pacientů těchto zařízení, zcela jistě došlo ke zkreslení získaných dat, neboť respondenti nemuseli mít pocit zachování anonymity v této studii a mohli mít obavy, že v případě volby odpovědí týkajících se kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou nealkoholového charakteru by mohli být nějakým způsobem perzekuováni od svých lékařů.

V rámci tohoto by bylo dobré v případě dalšího pokračování práce na této studii přistoupit ke změně sběru dat a zvolit formu interview, kde se lze respondenta dotázat na řadu otázek, které nás nenapadne zahrnout do dotazníku a v konečném důsledku by mohli být velice důležité, a zároveň bychom lépe zachovali anonymitu respondenta než u dotazníkové formy sběru dat.

7. BIBLIOGRAFIE

1. Adam, Z., & Ševčík, P. A. (2006). Opioidní analgetika. *Postgraduální Medicína*, 8(4), 395-408. Retrieved from <http://www.zdn.cz/news/check-sub?id=264351>
2. Dlouhá, J., Havlíková, J., & Marek, O. (2002). Léčba chronické bolesti. *Interní Medicína Pro Praxi*, 4(12), 578-581. Retrieved from <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/12/02.pdf>
3. *The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (1992). (10.th ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization, WHO.
4. Kozák, J. (2009). Nové názory na dlouhodobou léčbu opioidy. *Medicina Pro Praxi*, 6(supplementum A), A15-A24. Retrieved from <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/15.pdf>
5. Lejčko, J. (2009). Možnosti léčby chronické bolesti. *Medicina Pro Praxi*, 6(3), 150-154. Retrieved from <http://medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/03/08.pdf>
6. Lejčko, J. (2006). Silné opioidy v léčbě chronické bolesti. *Neurologie Pro Praxi*, 7(3), 141-144. Retrieved from <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/03/07.pdf>
7. Lejčko, J. (2009). Přehled opioidních analgetik. *Praktické Lékárenství*, 5(4), 172-175. Retrieved from <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/04/05.pdf>
8. Manchikanti, L., Cash, K. A., Damron, K. S., Manchukonda, R., Pampati, V., & McManus, C. D. (2006). Controlled substance abuse and illicit drug use in chronic patients: An evaluation of multiple variables. *Pain Physician*, 9(3), 215-226.
9. Mareš, J., et kol. (1997). Snahy o definování bolesti. *Dítě a bolest* (ppara. 29-30). Praha. Grada Publishing a.s.
10. *Prescription and over-the-counter medications* (2009). (InfoFacts No. 6). National Institute of Health: National Institute on Drug Abuse. Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/infofacts/PainMed.html>. (prescription medications, abuse, opioids)

11. Vondráčková, D. (2004). Chronická bolest: Patofyziologie a léčba. *Neurologie Pro Praxi*, 5(6), 337-344. Retrieved from <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/06/10.pdf>
12. Zacny, J., Bigelow, G., Compton, P.A., Foley, K., Iguchi, M., & Sannerud, C. (2003). College on problems of drug dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: Position statement. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(3), 215-232. Doi: 10.1016/S0376-8716(03)00003-6
13. McCabe, S.E., Teter, C.J., & Boyd, C.J. (2005). Illicit use of pain medication among college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(1), 37 – 47. ISSN:0376 – 8716.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (April 6, 2007). *The NSDUH Report: Patterns and Trends in Nonmedical Prescription Pain Reliever Use: 2002 to 2005*. Rockville, MD.
15. Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Office of Applied Studies (Issue 39, 2006). *The NSDUH Report: How Young Adults Obtain Prescription Pain Relievers for Nonmedical Use*. Rockville, MD.
15. Lávičková, J. – *Kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo ji (výsledky průzkumu)*, 2010. Dostupné online na <http://kombinace-opioidnich-analgetik-na-lekarsky-predpis-s-alkohol.vyplnto.cz>.
16. Ekholm, S., Grønbaek, M., Peuckmann, V., & Sjøgren, P. (2009). Alcohol and smoking behavior in chronic pain patients: The role of opioids. *European Journal of Pain*, 13(2009), 606 – 612. Doi: 10.1016/j.ejpain.2008.07.006
17. United Nations, United Nations Publications. *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2010 – Statistics for 2008 (2010)*. New York
18. Breikvik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10(2006), 287 – 333. Doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

19. Brennan, P., Schutte, K., & Moos, R. (2005). Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction*, 2005, 100(6), 777-786. Retrieved from SPORTDiscus with Full Text database.
20. Edlund, M.J., Sullivan, M., Steffick, D., Harris, K.M., & Wells, K.B. (2007). Do users of regularly prescribed opioids have higher rates of substance use than nonusers? *Pain Med*, 8(2007), 647 – 656.
21. Dart, R. C. (2001). The use and effect of analgesics in patients who regularly drink alcohol. *The American Journal of Managed Care*, 7(19, SUP.), S597-S601.
22. McCabe, S.E., Cranford J.A., & boyd, C.J. (2006). The relationship between past year drinking behaviors and nonmedical use of prescription drugs: Prevalence of co-occurrence in a national sample. *Drugs and Alcohol Dependence*, 84(3), 281 – 288.
23. Atluri, S., Boswell, M.V., Hansen, H.C., Trescot, A.M., Singh, V., & Jordan, a.E. (2003). *Pain Physician*, 6(3), 233 – 257.
24. International Center for Alcohol Policies (ICAP). (2009). *International drinking guidelines*. Washington, DC: ICAP

Přílohy

PŘÍLOHA Č.1

PŘEHLED ATC SKUPIN V KATEGORII N02 ANALGETIKA

N02 ANALGETIKA	
N02AA Přírodní opioidové alkaloidy:	N02AA01 Morfin
	N02AA02 Opium
	N02AA03 Hydromorfon
	N02AA04 Nikomorfin
	N02AA05 Oxykodon
	N02AA08 Dihydrokodein
	N02AA09 Diamorfin
	N02AA10 Papaveretum
	N02AA51 Morfin, kombinace
	N02AA55 Oxykodon, kombinace
	N02AA58 Dihydrokodein, kombinace
	N02AA59 Kodein, kombinace kromě psycholeptik
	N02AA79 Kodein, kombinace s psycholeptiky
N02AB Deriváty fenylpiperidinu:	N02AB01 Ketobemidon
	N02AB02 Pethidin
	N02AB03 Fentanyl
	N02AB52 Pethidin, kombinace kromě psycholeptik
	N02AB72 Pethidin, kombinace s psycholeptiky
N02AC Deriváty difenylpropylaminu:	N02AC01 Dextromoramid
	N02AC03 Piritramid
	N02AC04 Dextropropoxyfen
	N02AC05 Bezitramid
	N02AC52 Methadon, kombinace kromě psycholeptik
	N02AC54 Dextropropoxyfen, kombinace kromě psycholeptik
	N02AC74 Dextropropoxyfen, kombinace s psycholeptiky
N02AD Deriváty benzomorfanu:	N02AD01 Pentazocin

	N02AD02 Fenazocin
N02AE Deriváty oripavinu	N02AE01 Buprenorfin
N02AF Deriváty morfinanu:	N02AF01 Butorfanol
	N02AF02 Nalbufin
N02AG Opioidní analgetika v kombinaci se spasmolytiky:	N02AG01 Morfin a spasmolytika
	N02AG02 Ketobemidon a spasmolytika
	N02AG03 Pethidin a spasmolytika
	N02AG04 Hydromorfon a spasmolytika
N02AX Jiná opioidní analgetika	N02AX01 Tilidin
	N02AX02 Tramadol
	N02AX03 Dezocin
	N02AX52 Tramadol, kombinace

PŘÍLOHA Č.2

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc při sběru dat. Tento dotazník bude sloužit pro účely zpracování studie v rámci oboru adiktologie na 1. Lékařské fakultě v Praze. Dotazník se zabývá užíváním opioidními analgetiky na lékařský předpis, tj. léky proti chronické bolesti, a jejich kombinací s alkoholem a jinými návykovými látkami.

Šetření je dobrovolné a anonymní, veškeré informace získané formou dotazníků jsou důvěrné a nebudou použity k jiným účelům, než pro zmíněnou studii.

Děkuji za Váš čas a spolupráci!

Jana Lávičková

Vedoucí studie

Instrukce:

1. Pečlivě si přečtete každou otázku a možné/navrhované odpovědi. Odpovězte pravdivě na každou otázku.
2. U každé otázky zaškrtněte/vyberte, prosím, vždy **POUZE JEDNU ODPOVĚĎ**.
V případě otevřených otázek uveďte, prosím, stručnou odpověď, a nebo vyberte více odpovědí, které odpovídají Vaší situaci.
3. **Nealkoholovými návykovými látkami se v tomto dotazníku rozumí všechny dostupné návykové látky s výjimkou tabákových výrobků.**
4. Po vyplnění vložte prosím dotazník do obálky a předejte obálku do rukou zdravotní sestry.

Kód participanta (nevyplňovat):

Datum:

1. Věk:

2. Pohlaví: 1 Muž

2 Žena

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

1 Základní škola

4 Vysokoškolské

2 Učební obor bez maturity

5 Obor (SŠ, VŠ):

3 Středoškolské s maturitou

4. Ekonomická aktivita za posledních 30 dnů (Ize označit více odpovědí):

1 Student, žák

2 Stálé zaměstnání

3 Příležitostná práce

4 Nezaměstnaný s podporou v nezaměstnanosti

5 Nezaměstnaný (nevidován)

6 Důchody, dávky, sociální zabezpečení

7 Práce na černo

8 Žena/muž v domácnosti

9 Jiné:

5. jaká opioidní analgetika, tj. léky proti bolesti, v současnosti užíváte? Jak dlouho předepsanou medikaci užíváte?

Název léku	Doba užívání	Od kterého data do kterého data

6. Užil/a jste někdy předepsanou medikaci z některého z následujících důvodů, které ale nesouvisely s pocíťovanou bolestí (Ize označit více odpovědí)?

1 Změnit náladu

2 Zlepšit smyslovou zkušenost a rozkoš

3 Stimulovat uměleckou kreativitu a výkon

4 Relaxovat

5 Jiné důvody nesouvisející s bolestí, jak?

7. Užil/a jste někdy v kombinaci s opioidními analgetiky (předepsanými léky proti bolesti) alkohol?

1 Ano

2 Ne

8. O jak velké množství alkoholu se obvykle jednalo/jedná?

- 1 0,2 l – 0,4 l vína/ 0,5 l piva/0,05 – 0,1 dcl tvrdého alkoholu
- 2 0,4 – 0,7 l vína/ 0,5 – 1,5 l piva/0,15 – 0,25 dcl tvrdého alkoholu
- 3 0,8 – 1,2 l vína/1,5 l -2,5 l piva/0,3 – 0,5 dcl tvrdého alkoholu
- 4 nad 1,3 l vína/nad 2,5 l piva/více než 0,5 dcl tvrdého alkoholu

9. Pokud ano, jak často jste tuto kombinaci užil/a?

- 1 Jednou v posledním roce
- 2 Více než jednou za rok
- 3 Jeden nebo vícekrát za měsíc
- 4 Jeden nebo vícekrát týdně
- 5 Každý den

10. Užil/a jste někdy spolu s opioidními analgetiky nealkoholovou návykovou látku?

- 1 Ano
- 2 Ne

11. O jakou návykovou látku se jednalo?

- 1 Marihuana
- 2 Hašíš
- 3 Extáze
- 4 Halucinogeny (např. LSD)
- 5 Opiáty (heroin, braun, metadon, buprenorfin, aj.)
- 6 Kokain
- 7 Amfetaminy (včetně pervitinu)
- 8 Těkavé látky
- 9 Kolchicin
- 10 Jiné léky proti bolesti (- dostupné ve volném prodeji, např. anxiolytika, sedativa, hypnotika)
- 11 Jiná:

12. Jak často jste užíval/a předepsané léky proti bolesti spolu s nealkoholovými návykovými látkami?

- 1 Jednou za rok
- 2 Jednou za 6 měsíců
- 3 Více než jednou za rok
- 4 Více než jednou za měsíc
- 5 Více než jednou za týden
- 6 Každý den

13. Užil/a jste někdy více než jeden typ návykové látky spolu s předepsanými léky proti bolesti?

- 1 Ano

2 Ne

14. Jaké návykové látky jste užil/a dohromady s předepsanými léky proti bolesti?

.....

15. V jaké situaci jste naposledy danou kombinaci léků proti bolesti spolu s návykovou látkou užil/a?

.....

Děkujeme za Vaši spolupráci při vyplňování tohoto dotazníku.

PŘÍLOHA Č. 3

EXPERTNÍ DOTAZNÍK

1. Pracoviště: _____

2. Obec: _____ 3. Okres: _____

4. Vyplňuje: 1 primář centra/ vedoucí lékař ambulance
2 lékař/ka
3 zdravotní sestra

5. Kolik pacientů užívajících opioidní analgetika na lékařský předpis let máte v současné době registrovaných v rámci centra/ ambulance pro léčbu bolesti? _____

5a. z toho mužů: _____

5b. z toho žen: _____

6. Tato skupina pacientů je ve věku (odhadněte procentuálně):

6a. do 24 let: _____ %

6b. mezi 25 a 49 lety: _____ %

6c. mezi 50 a 64 lety: _____ %

6d. 65 let a více: _____ %

= 100 %

7. Jste si jisti nebo máte podezření, že vaši pacienti v kombinaci s předepsanou medikací užívají také alkohol nebo jiné návykové látky?

Jsem si jist/a 1 Mám podezření 2

7a. Kolika procent pacientů si myslíte, že se toto přibližně týká? _____ %

7b. V kolika procentech se to týká alkoholu? _____ %

7c. V kolika procentech se to týká marihuany? _____ %

7d. V kolika procentech se to týká extáze? _____ %

7e. V kolika procentech se to týká hašiše? _____ %

7f. V kolika procentech se to týká halucinogenů (např. LSD)? _____ %

7g. V kolika procentech se to týká opiátů (heroin, braun, metadon, aj.)? _____ %

7h. V kolika procentech se to týká kokainu? _____ %

7i. V kolika procentech se to týká amfetaminů (pervitin)? _____ %

7j. V kolika procentech se to týká těkavých látek? _____ %

7k. V kolika procentech se to týká benzodiazepinů? _____ %

7l. V kolika procentech se to týká anxiolytik? _____ %

7m. V kolika procentech se to týká hypnotik? _____ %

7n. V kolika procentech se to týká léky nepředepsaných jiných opioidů? _____ %

8. Jak postupujete v případě, že máte podezření, že pacient v kombinaci s předepsanou medikací užil alkohol nebo ilegální návykovou látku?

8a. screeningové vyšetření 1

8b. orientační alcotest 2

9. Jak postupujete v případě, že se dané podezření potvrdilo (můžete vybrat nejméně jednu možnost)?

9a. snížení dávkování předepsané medikace 1

9b. opakované namátkové testy na přítomnost alkoholu nebo ilegálních drog 2

9c. neuplatňuji žádné restrikce nebo omezení vůči pacientovi 3

9d. jiná možnost(specifikujte): _____ 4

10. Jaká situace je dle Vás spouštěcím faktorem mechanismu (zaškrtněte na škále významnost u každého spouštěcího faktoru)?

	1 Velmi významný	2 Středně významný	3 Zcela nevýznamný
Stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problémy v rodině	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problémy v zaměstnání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zhoršení zdravotního stavu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvýšení bolestivosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Máte pocit, že jste dostatečně informováni o problematice užívání alkoholu a nelegálních drog ve spojitosti s léčbou bolesti?

ANO 1 NE 2

12. Myslíte si, že víte, jak byste měli v případě zjištění těchto skutečností správně postupovat?

ANO 1 NE 2

13. Přivítali byste, kdyby byly dostupné pokyny pro řešení této situace např. ve formě metodického manuálu, aj.?

ANO 1 NE 2

PŘÍLOHA Č. 4
CODE BOOKLET

Max. počet respondentů	180
Počet center	6
Počet otázek v dotazníku	15

1.

KODY	ČÍSLA KÓDŮ
Pilotní studie	1
Respondenti	001 – 180
Centra	
Fakultní nemocnice Motol (FNM)	0
Fakultní nemocnice Bulovka (FNB)	1
Nemocnice České Budějovice (FNČB)	2
Fakultní nemocnice Olomouc (FNO)	3
Nemocnice Benešov (NB)	4
Fakultní nemocnice u Svaté Anny (FNSA)	5

2.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Věkové skupiny	
18 – 24	0
25 – 49	1
50 – 64	2
64 +	3
Překročení ve věku u zkoumaného vzorku	
18 – 64	0 (nepřekročili)
65 +	1 (překročili)

3.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pohlaví	

Muž	1
Žena	2

4.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Vzdělání	
ZŠ	1
Učební obor bez maturity	2
SŠ s maturitou	3
VŠ	4
Obor (SŠ, VŠ)	5

5.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Ekonomická aktivita za posledních 30 dnů	
Student, žák	1
Stálé zaměstnání	2
Příležitostná práce	3
Nezaměstnaný s podporou v nezaměstnanosti	4
Nezaměstnaný (nevidován)	5
Důchody, dávky, soc. zabezpečení	6
Práce na černo	7
Žena/muž v domácnosti	8
Jiné	9

6.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Léky	
Předeepsaný 1 lék	0
Předeepsáno 2 a více léků	1
Jednotlivé léky	
DHC	0
Durogesic	1
Fentanyl	2
Jurnista	3
Morfin	4

MST	5
Oxycontin	6
Palladone	7
Sevredol	8
Transec	9
Vendal	10
Léky na spaní	11
Hypnotika	12
Opioidy	13
OTC(volně prodejné léky)	14
Ostatní léky proti bolesti	15
Ostatní	16

7.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Jiné užití medikace	
Změnit náladu	1
Zlepšit smyslovou zkušenost a rozkoš	2
Stimulovat uměleckou kreativitu a výkon	3
Relaxovat	4
Jiné důvody nesouvisející s bolestí	5

8.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Alkohol v kombinaci s opioidy	
Ano	1
Ne	2

9.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud ano, tak v jakém množství	
0,2-0,4l vína/0,5l piva/0,05-0,1dcl tvrdého	1
0,4-0,7l vína/0,5-1,5l piva/0,15-0,25dcl tvrdého	2
0,8-1,2l vína/1,5-2,5l piva/0,3-0,5dcl tvrdého	3
Nad 1,3l vína/nad 2,5l piva/více než 0,5dcl	4

tvrd.

10.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud ano, jak často	
Jednou v posledním roce	1
Více než jednou za rok	2
Jednou nebo vícekrát za měsíc	3
Jednou nebo vícekrát za týden	4
Každý den	5

11.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud odpověď ne, na otázku alkohol s opioidy	
Odpověď nic na množství	0
Odpověď nic na jak často	0

12.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Užití nealkoholové NL s opioidy	
Ano	1
Ne	2

13.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud ano, tak o jakou NL šlo	
Marihuana	1
Hašiš	2
Extáze	3
Halucinogeny	4
Opiáty	5
Kokain	6
Amfetaminy	7
Těkavé látky	8
Kolchicin	9

Jiné látky proti bolesti	10
Jiné	11

14.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud ano, jak často	
Jednou za rok	1
Jednou za 6 měsíců	2
Více než jednou za rok	3
Více než jednou za měsíc	4
Více než jednou za týden	5
Každý den	6

15.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud odpověď ne na NL s opioidy	
Odpověď nic na typ NL	0
Odpověď nic na jak často	0

16.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Užití více než jedné NL s opioidy	
Ano	1
Ne	2

17.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud odpověď ne na užití více NL s opioidy	
Odpověď nic	0
Odpověď nic	0

18.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud ano na užití více NL s opioidy, tak jaké	
Marihuana	1
Hašiš	2
Extáze	3

Halucinogeny	4
Opiáty	5
Kokain	6
Amfetaminy	7
Těkavé látky	8
Kolchicin	9
Jiné látky proti bolesti	10
Jiné	11
Alkohol	12

19.

KÓDY	ČÍSLA KÓDŮ
Pokud ano na užití více NL s opioidy, tak proč	
Silná bolest	1
Stres	2
Zvýšená zátěž	3
Deprese	4
Problémy v rodině nebo zaměstnání	5
Psychiatrická dekompenzace	6
Akutní bolest	7
Nachlazení	8
Bolesti v kloubech	9

PŘÍLOHA Č. 5

PŘEHLED STANDARDNÍCH ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ VE VYBRANÝCH ZEMÍCH

Pozn. Standardním alkoholickým nápojem vždy obsahuje stejné množství alkoholu bez ohledu na velikost nebo typu alkoholického nápoje. Standardní alkoholický nápoj je termín čistě technického charakteru. Množství alkoholu je vyjádřeno v gramech a mililitrech (ICAP,2009).

ZEMĚ	MNOŽSTVÍ	OBJEM
Austrálie	10 g	12.7 ml
Dánsko	12 g	15.2 ml
Finsko	11 g	13.9 ml
Francie	10 g	12.7 ml
Irsko	10 g	12.7 ml
Island	9.5 g	12 ml
Itálie	12 g	15.2 ml
Japonsko	19.75 g	25 ml
Kanada	13.6 g	17.1 ml
Maďarsko	10 g	12.7 ml
Nizozemí	9.9 g	12.5 ml
Nový Zéland	10 g	12.7 ml
Polsko	10 g	12.7 ml
Portugalsko	14 g	17,7 ml
Rakousko	6 g	7.62 ml
Spojené království	8 g	10 ml
Spojené státy Americké	14 g	17.7 ml
Španělsko	10 g	12.7 ml

PŘÍLOHA č. 6

UYJÁDŘENÍ CENTRA PRO LÉČBU BOLESTI PŘI VFN V PRAZE

KLINIKA ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY



Univerzity Karlovy v Praze - 1. lékařská fakulta
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Přednosta: doc. MUDr. Martin Stráteský, CSc.

Primář: MUDr. Jan Křištof

Centrum pro léčbu bolesti VFN

vedoucí lékař: MUDr. Jitka Fricová



Vážená studentko, milá kolegyně,

Reaguji na vaši žádost o spolupráci s naším Centrem pro léčbu bolesti VFN při vaší magisterské práci s tématem „Kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou“.

Dotazníky, které jste nám pro pacienty doručila jsme prostudovali a jak lékaři našeho centra, tak psycholog CLB Vám po vzájemné dohodě doporučujeme formulace některých otázek zásadně přepracovat.

A to z toho důvodu, že otázky by mohly pacienty demotivovat k pokračování v další léčbě opioidy, popřípadě by mohli mylně předpokládat, že jsou podezřelí z narkománie a abúzu alkoholu v souvislosti s užíváním opioidů.

Všichni pacienti léčení opioidy v Informovaném souhlasu o léčbě opioidy schváleném SSLB podepsali, že nebudou takovéto látky v kombinaci s opioidy užívat nebo o užívání budou neprodleně lékaře informovat, tak nevím jaké čekáte odpovědi? Proto při prakticky nezaručitelné anonymitě (alespoň z hlediska pacientů) by mohli na dotazník reagovat negativně a tím by následně zpochybnili věrohodnost získaných dat.

Další pro nás nepodstatným problémem je organizace celé vaší dotazníkové akce, na které se prakticky nijak nepodílíte. Předpokládali jsme, že se na sběru dat budete chtít aktivně podílet a pacientům celý problém vysvětlíte, popřípadě pokud anonymně tak také s řádným písemným výkladem. Váš návrh aby naše sestry sběr dat organizovaly je pro nás technicky náročné a pokud se jedná se o vaši práci i nepochopitelné. Vaše argumentace o nedostatku vašeho času vyvážím argumentací že sestry specialistky v rámci Centra pro léčbu bolesti pracují zároveň v Poradně pro hojení ran a v Centru pro implantace portů a tudíž jsou vytíženy na 100 %.

Vaši žádost o sběr a organizaci při získávání dat na vaši magisterskou práci, spíše tedy asi jste měla namysli prosbu vnímáme jako dobrovolnou a podílet se v rámci Centra pro léčbu bolesti nebudeme.

Pokud byste přehodnotila celou situaci a skutečně se vlastní práci chtěla věnovat sama a otázky chtěla přehodnotit jsme Vám plně k dispozici.

V tom případě celou problematiku s vaším školitelem rádi prodiskutujeme a budeme spolupracovat na vaší bakalářské práci.

MUDr. Jitka Fricová
Centrum pro léčbu bolesti VFN
Vedoucí lékař

Doc. PhDr. Karel Balcar CSc.
Klinický psycholog CLB

MUDr. Pavlína Nosková
zástupce vedoucího lékaře CLB

Iva Krausová D.s.
Staniční sestra CLB

Telefon: +420 224 962 243, fax: +420 224 962 118, e-mail: karim@vfn.cz, <http://www.karim-vfn.cz/>