

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Karolína Lauerová**

Prevalence užívání psychoaktivních léků ve spojitosti se studiem na vysoké škole  
v populaci studentstva

Prevalence of psychoactive drug use in association with university study  
in the student population

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce:  
Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Praha

2024

Prohlášení:

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

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

V Praze dne

KAROLÍNA LAUEROVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam:

LAUEROVÁ, Karolína. Prevalence užívání psychoaktivních léků ve spojitosti se studiem na vysoké škole v populaci studentstva. [Prevalence of psychoactive drug use in association with university study in the student population]. Praha, 2024. 63 s., Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze. Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

**Poděkování:**

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu své bakalářské práce Mgr. Jaroslavu Vackovi, Ph.D. Jsem moc vděčná, že ač měl původně vedení mé práce předat někomu jinému, tak mým vedoucím zůstal a byl mi nejen odbornou ale i psychickou oporou při všech kolizích a změnách, které v průběhu mého psaní nastaly. Děkuji také svému kamarádovi Bc. Vojtěchu Burketovi za pomoc při mém boji s tabulkami a grafy. Nakonec bych ráda poděkovala svým nejmilejším spolužákům a spolužačkám, bez kterých by tento závěrečný rok byl podstatně náročnější a šedivější.

## **ABSTRAKT**

**Východiska:** Pojem psychoaktivní léky můžeme definovat jako farmaka, která mají psychoaktivní účinek – typicky psychofarmaka nebo opioidní analgetika. V ČR je poměrně vysoká prevalence rizikového užívání těchto léků. Nejčastěji jsou rizikově užívány léky se sedativním, hypnotickým a anxiolytickým účinkem (především benzodiazepiny) a opioidy. Se studiem na vysoké škole se neodmyslitelně pojí stres, který může studium samotné významně znesnadňovat. Kromě užívání výše zmíněných léků je proto pro populaci vysokoškolských studentů významná skupina tzv. „smart drugs“ (neboli „chytré drogy“). Do této skupiny patří nootropika, což jsou léky zlepšující kognitivní funkce, jako je paměť, učení nebo koncentrace (běžně jsou využívána např. při léčbě Alzheimerovy choroby). Vedle nootropik pak může být mezi studenty i zvýšené riziko užívání psychostimulačních léků (např. léky na ADHD) pro zvýšení soustředění, odbourání únavy a zrychlení myšlení.

**Cíl:** Cílem této práce je zmapovat prevalenci užívání psychoaktivních léků ve spojitosti se studiem na vysoké škole v populaci studentstva.

**Metody a výzkumný soubor:** Výzkum byl realizován kvantitativní metodou formou online dotazníku. Dotazník je nestandardizovaný, vznikl kompilací několika otázek několika výzkumných prací nebo studie ESPAD, další otázky byly různými dotazníky inspirovány a zbylé byly vytvořeny na základě stanovených cílů výzkumu. Jeho šíření probíhalo přes sociální sítě, participanti byli získáváni metodou samovýběru. Výzkumným souborem byli studenti vysokých škol. Poměrově je mezi respondenty více žen (obdobně tak ovšem je i v obecné vysokoškolské populaci), zastoupena je většina významných univerzitních měst, stejně tak jsou respondenti různých zaměření studijních oborů a i věkové zastoupení je napříč všemi možnými věkovými kategoriemi. Dotazník vyplnilo celkem 435 respondentů, z toho bylo využito dat ze 431 dotazníků. Data byla zpracována pomocí postupů deskriptivní analýzy.

**Výsledky a závěr:** Z výzkumu vyšla prevalence užívání psychoaktivních léků v souvislosti se studiem celkem 16 %. Z toho vyšší prevalence je v populaci žen (18 %) než mužů (11 %). Nejčastěji užívanými léky jsou léky proti úzkosti nebo na spaní (69 % respondentů), mezi konkrétními léky se nejčastěji objevovaly benzodiazepiny. Dalším zjištěním byla souvislost mezi náročností studia a užíváním, kdy se subjektivně vnímanou náročností studia vzrůstá i prevalence užití. Co se týká rizikového užívání (tzn. užití jinak, než je uvedeno v příbalovém letáku, případně mimo pokyny lékaře, což se může týkat množství léků nebo frekvence jejich užívání, způsobu užití či jeho účelu), tam je prevalence 5 %. Výzkum zmapoval prevalence užívání i rizikové užívání psychoaktivních léků, kromě toho poukazuje také na náročnost studia na vysokých školách a možná nedostatečně uchopenou péči o duševní zdraví studentů, která je kompenzována právě užíváním léků.

**Klíčová slova:** studenti, vysoká škola, psychoaktivní léky

## **ABSTRACT**

**Background:** The term psychoactive drugs can be defined as pharmaceuticals that have a psychoactive effect - typically psychopharmaceuticals or opioid analgesics. There is a relatively high prevalence of risky use of these drugs in the Czech Republic. The most commonly used drugs with sedative, hypnotic and anxiolytic effects and opioids are at risk. Stress is inherent in university study and can make studying itself significantly more difficult. Therefore, in addition to the use of the above-mentioned drugs, the so-called 'smart drugs' are an important group for the university student population. This group includes nootropics, which are drugs that improve cognitive functions such as memory, learning or concentration. In addition to nootropics, students may also be at increased risk of taking psychostimulant drugs to increase concentration, relieve fatigue and accelerate thinking.

**Aim:** The aim of this paper is to map the prevalence of psychoactive medication use in association with college study in the student population.

**Methods and research population:** The research was carried out using a quantitative method in the form of an online questionnaire. The questionnaire is non-standardized, it was created by compiling several questions from several research papers or ESPAD study, other questions were inspired by different questionnaires and the rest were created based on the stated research objectives. Its dissemination was done through social networks, and participants were recruited through a self-selection method. The research population was university students. Proportionally, there are more women among the respondents (similarly, of course, in the general university population), most major university cities are represented, as are respondents from different fields of study, and the age distribution is across all possible age categories. A total of 435 respondents completed the questionnaire, using data from 431 questionnaires. The data were processed using descriptive analysis procedures.

**Results and Conclusion:** The prevalence of study-related psychoactive medication use came out at 16% overall. Of these, the prevalence is higher in the female population (18%) than in the male population (11%). The most commonly used medications are anti-anxiety or sleeping medications (69% of respondents), with benzodiazepines being the most common among specific medications. Another finding was the association between study difficulty and use, with the prevalence of use increasing with subjectively perceived study difficulty. With regard to risky use (i.e. use other than as stated in the package leaflet or outside the doctor's instructions, which may relate to the quantity of the medication or the frequency of use, the method of use or its purpose), the prevalence is 5%. The research has mapped the prevalence of use and risky use of psychoactive drugs, and in addition, it also points to the demanding nature of studying at universities and the possible lack of grasp of mental health care by students, which is offset by the use of medication.

**Keywords:** students, university, psychoactive drugs

## **Obsah:**

<b>Úvod .....</b>	<b>1</b>
<b>Teoretická část .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Psychoaktivní léky.....</b>	<b>2</b>
1.1 Vysvětlení pojmu .....	2
1.2 Psychofarmaka .....	2
1.2.1 Anxiolytika a hypnotika.....	3
1.2.2 Antidepresiva .....	4
1.2.3 Stabilizátory nálady.....	5
1.2.4 Antipsychotika .....	5
1.2.5 Stimulancia.....	6
1.2.6 Léčiva používaná v léčbě demencí a lehkých kognitivních poruch .....	7
1.3 Opioidní analgetika .....	7
<b>2 Rizikové užívání psychoaktivních léků .....</b>	<b>9</b>
2.1 Celková prevalence v rámci ČR.....	9
2.2 Prevalence v rámci EU .....	10
2.3 Prevalence v populaci vysokoškoláků .....	10
2.3.1 Tlumivé léky .....	10
2.3.2 Psychostimulační léky a smart drugs .....	12
<b>3 Charakteristiky studentů VŠ .....</b>	<b>14</b>
3.1 Období vynořující se dospělosti.....	14
3.2 Vliv studia na vysoké škole na psychiku studenta .....	15
3.2.1 Stres.....	15
3.3 Nároky kladené na studenty vysokých škol .....	16
3.3.1 Pozornost.....	16
3.3.2 Učení .....	16
3.3.3 Paměť .....	17
3.3.4 Motivace.....	17
3.3.5 Inteligence .....	17
3.3.6 Myšlení.....	18
<b>Praktická část.....</b>	<b>19</b>
<b>4 Cíle a výzkumné otázky .....</b>	<b>19</b>

4.1	Cíl výzkumu .....	19
4.2	Výzkumné otázky.....	19
<b>5</b>	<b>Použité metody .....</b>	<b>19</b>
5.1	Výzkumný soubor .....	19
5.2	Metody tvorby dat .....	19
5.3	Metody analýzy dat .....	20
5.4	Praktický průběh realizace .....	20
5.4.1	Etické aspekty výzkumu .....	20
<b>6</b>	<b>Zpracování dat a interpretace výsledků .....</b>	<b>21</b>
6.1	Popis výzkumného souboru .....	21
6.2	Odpovědi na výzkumné otázky .....	23
6.2.1	Jaký je výskyt užívání psychoaktivních léků u studentstva vysokých škol v souvislosti se studiem a o jaké léky se jedná? .....	23
6.2.2	Jak souvisí subjektivně vnímaná náročnost studia s užíváním psychoaktivních léků?....	29
6.2.3	Existují souvislosti mezi prevalencí a sociodemografickými specifikami studentstva (případně i konkrétními studovanými obory)? Pokud ano, jaké? .....	30
6.2.4	Jaké je prevalence rizikového užívání psychoaktivních léků v souvislosti se studiem mezi studenty vysokých škol a o jaké léky se jedná? .....	33
<b>7</b>	<b>Diskuze a závěr .....</b>	<b>35</b>
	<b>Seznam literatury.....</b>	<b>39</b>
	<b>Seznam tabulek a grafů.....</b>	<b>42</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>43</b>



# Úvod

Problematika rizikového užívání psychoaktivních léků je v České republice stále trochu skrytým ale přesto významným tématem a problémem. Jak se tato problematika dotýká právě vysokoškolské populace, je tématem této bakalářské práce. Studium na vysoké škole skýtá řadu protektivních faktorů, ať už je to informovanost, nebo předpokládaná zajištěnost studentů (rodinné zázemí, příspěvky od státu apod.). Nabízí se zde ale i spousta ohrožujících faktorů. Těmi mohou být například vysoké nároky kladené na studenty, stres způsobený zkouškami a různými písemnými pracemi, odchod od rodiny, nové prostředí, často i přechod z malého města nebo vesnice do výrazně větších měst a mnoho dalších. Tato výzkumná práce si tedy klade za cíl zmapovat prevalenci užívání a rizikového užívání psychoaktivních léků v souvislosti se studiem na vysoké škole.

V teoretické části se práce zabývá rozdělením psychoaktivních léků a popisu jednotlivých lékových skupin, díky čemuž může čtenář získat základní přehled o charakteristikách a potenciálních rizicích psychoaktivních léků. Druhá kapitola se věnuje rizikovému užívání léků. To je nejprve definováno a navazují jednotlivé podkapitoly s přehledy prevalencí v ČR, Evropě i konkrétně v populaci vysokoškoláků. Poslední kapitola se pak zaměřuje na charakteristiku výzkumné skupiny této práce, což je populace vysokoškoláků. V této části se objevuje pojem „vynořující se dospělost“, pojednává o vlivu studia vysoké školy na psychiku nebo o nárocích kladených na studenty.

Kvantitativní výzkum formou dotazníku je zpracován v praktické části práce. Na začátku jsou popsány cíle, výzkumné otázky a metodologie výzkumu. V popisu výzkumného souboru je porovnání s obecnou vysokoškolskou populací z dat Českého statistického úřadu. Získaná data jsou v následující části zpracována formou deskriptivní analýzy.

Motivací pro výběr tohoto tématu byl zájem o problematiku rizikového užívání psychoaktivních léků, tato problematika je totiž dle mého názoru stále upozadována oproti například užívání drog, jako je pervitin nebo heroin. Závislost nebo obecně užívání nelegálních drog je společností stále velmi odsuzována a stigmatizována, oproti tomu užívání psychoaktivních léků je konkrétně v České republice velmi rozšířeno a většinová populace nebere jeho rizikovost na zřetel. Důvodem zaměření na vysokoškolskou populaci je pak snadná dostupnost participantů a zároveň i zájem zjistit, zda mohou převážit výše zmiňované protektivní nebo ohrožující faktory.

## **Teoretická část**

### **1 PSYCHOAKTIVNÍ LÉKY**

#### **1.1 Vysvětlení pojmu**

Pojem „psychoaktivní léky“ zastřešuje všechny léky, které mají psychoaktivní účinek. Typicky jsou to psychofarmaka nebo například opioidní analgetika.

Psychoaktivní látka je Mezioborovým glosářem pojmů definována jako: „*Látka, která mění duševní procesy, tj. myšlení nebo emoce. Tento pojem, stejně jako jeho ekvivalent – psychotropní látka, je nejvíce neutrální a nejpopsnější a týká se všech druhů látek, povolených i zakázaných. Psychoaktivní neznámá nutně závislost vytvářející*“ (Kalina, 2001, s. 89).

U definice psychotropní látky je ještě navíc upřesněno, že jde o látky, které ovlivňují centrální nervovou soustavu. Tento pojem je hojně využíván právě pro látky určené k léčbě duševních onemocnění (např. anxiolytika, antidepresiva, neuroleptika) nebo pro látky mající riziko vzniku závislosti (např. stimulancia, opiáty, hypnotika) (Kalina, 2001).

#### **1.2 Psychofarmaka**

Slovo psychofarmaka je složeninou slov psyche (latinsky duše) a farmakon (lék). Z toho lze vyvodit, že jsou to léky ovlivňující duševní činnost člověka (Raboch et al., 2005). Jsou to léčiva používaná v psychiatrii. Primárně působí na centrální nervovou soustavu, konkrétně na neurotransmise na úrovni synapsí (Švihovec et al., 2018).

Psychofarmaka se dělí podle primárních indikací – tzn. podle funkcí, které ovlivňují. Podle Martínkové (2018) je dělíme na:

- léky působící na afektivní poruchy (antidepresiva, stabilizátory nálady, anxiolytika),
- léky ovlivňující psychické integrace (antipsychotika, halucinogeny),
- léky využívané při léčbě neurodegenerativních poruch (kognitiva, nootropika, antiparkinsonika),
- léky využívané při poruchách hybnosti (antiepileptika) a
- léky ovlivňující bdělost a stav vědomí (psychostimulancia, sedativa, hypnotika).

Zjednodušeně můžeme psychofarmaka rozdělit do skupin: anxiolytika a hypnotika, antidepresiva, stabilizátory nálady, antipsychotika, stimulancia a léčiva používaná v léčbě demencí a lehčích kognitivních poruch (kognitiva, nootropika) (Raboch et al., 2005).

### 1.2.1 *Anxiolytika a hypnotika*

Anxiolytika jsou léky, jejichž primárním efektem je potlačení úzkostných stavů. Hypnotika jsou léky využívané k terapii poruch spánku. Velké množství zástupců těchto dvou skupin má jak anxiolytický tak hypnotický účinek (např. benzodiazepiny) (Mohr et al., 2017).

**Benzodiazepiny** jsou podle Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP) psychoaktivní tlumivé léky, které jsou využívány při léčbě úzkosti, nespavosti, duševního rozrušení, záchvatů, svalových křečí či jako premedikace při chirurgických nebo stomatologických zákrocích. Ovlivňují účinek neurotransmiteru kyseliny gama-aminomáselné (GABA), který působí sedativně, hypnoticky (navozuje spánek), anxiolyticky, antikonvulzivně (proti křečím) a myorelaxačně. Benzodiazepiny rozdělujeme podle doby působení na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé, kdy krátkodobé a střednědobé jsou upřednostňovány pro léčbu nespavosti a dlouhodobé v terapii úzkostných poruch (Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, 2024).

Rozdělení konkrétních benzodiazepinů do skupin podle Mohra et al. (2017):

- a) krátkodobé (do 12 hodin): midazolam, triazolam, alprazolam, oxazepam, tofisopam,
- b) střednědobé (12–24 hodin): bromazepam, lorazepam, temazepam, tofisopam, chlordiazepoxid,
- c) dlouhodobé (nad 24 hodin): klonazepam, diazepam, klobazam.

Riziko předávkování je u benzodiazepinů poměrně nízké. Fatální může být v případech kombinace s jinými centrálně tlumivými látkami, jako je například alkohol. To potom může dojít k útlumu dechového centra. Antidotem podávaným při předávkování benzodiazepiny je flumazenil (Raboch et al., 2005).

Při dlouhodobém užívání je vysoké riziko nárůstu tolerance a vzniku fyzické závislosti. Prevencí vzniku závislosti je podávání benzodiazepinů pouze v případech, kdy neexistuje bezpečnější varianta, a omezení užívání na co nejkratší dobu (obvykle maximálně 4–6 týdnů). Při vysazení léků hrozí rozvoj abstinčního syndromu, jehož příznaky mohou být například podrážděnost, pocení, zvracení, třes, palpitace, tenze, nespavost nebo bolesti hlavy. U závažnějších případů pak ještě epileptické záchvaty, psychotické stavy, halucinace nebo delirium. Při detoxifikaci je proto nutné postupné snižování dávky a převedení na diazepam (kvůli délce působení). Dalším rizikem může být rebound fenomén (tzv. znovuvzplanutí), kdy se po vysazení znovu objeví symptomy, které byly léky potlačeny (např. úzkost, nespavost nebo tenze) (Mohr et al., 2017).

Podle zprávy o problematickém užívání psychoaktivních léků v ČR za rok 2023 je roční odhad distribuovaných benzodiazepinů 43 miliónů definovaných denních dávek, což

v přepočtu vychází na 4,8 denní dávky na 1 obyvatele ročně. Nejčastěji předepisovanými jsou alprazolam (např. Neurol), diazepam a klonazepam (Chomynová et al., 2023).

Do skupiny **nebenzodiazepinových anxiolytik** řadíme buspiron, hydroxyzin a pregabalin. Každá z těchto látek působí primárně na jiný receptorový systém (buspiron – serotonin, hydroxyzin – histamin, pregabalin – kalciové kanály), odlišné jsou tedy i jejich vlastnosti. V léčbě úzkostných stavů mohou být využívána také některá antidepresiva, typicky například SSRI (Švihovec et al., 2018).

Hypnotika se dělí podle vývoje do několika generací. Do první generace patří barbituráty (chloralhydrát, klomethiazol), které snadno vedou k nárůstu tolerance a vzniku závislosti. Barbituráty byly nahrazeny druhou generací, kterou tvoří benzodiazepiny. Třetí generací jsou pak Z-hypnotika (zolpidem, zopiklon, zaleplon). V dalších generacích jsou například agonisté melatoninových receptorů (melatonin, ramelteon) nebo agonisté orexinových receptorů (suvorexant) (Mohr et al., 2017).

Historicky nejdéle užívanými léčivými jsou právě hypnotika. V minulosti se k navození spánku využívaly různé rostlinné extrakty (např. z kozlíku lékařského, meduňky, chmele apod.). První generace hypnotik (**barbituráty**) začala být podávána při léčbě nespavosti na počátku 20. století. Barbituráty se obdobně jako benzodiazepiny vážily na GABA receptory. Vykazují vysokou toxicitu – mohou způsobit zmatenost, poruchy vědomí, deprese, utlumení dýchacího centra, kožní alergické reakce a další komplikace. Po dlouhodobém užívání hrozí také nárůst tolerance a závislost s abstinenčními příznaky při vysazení. V terapii nespavosti se barbituráty již nevyužívají. Po benzodiazepinech, které jsou popsány výše, přichází generace **Z-hypnotik**. Ty mají oproti svým předchůdcům nižší riziko vzniku závislosti. Široce užívaným hypnotikem je dále **melatonin**, což je přirozeně se vyskytující hormon, který řídí cirkadiální rytmus a synchronizuje cyklus světlo-tma. Melatonin a jeho agonisté jsou proto předepisovány k léčbě insomnie (nespavosti), především v případech, kde je ztížené usínání (Švihovec et al., 2018).

### **1.2.2 Antidepresiva**

Antidepresiva jsou léky primárně využívané v terapii depresivních poruch, k úpravě patologicky pokleslé nálady a úzkostných stavů. Mechanismem účinku je zvýšení nabídky monoaminů (především noradrenalinu a serotoninu). Toho lze docílit buď bloádou jejich zpětného vychytávání, inhibicí enzymů, které se podílejí na jejich odbourávání, nebo přímým působením na receptor (Mohr et al., 2017).

Dle Martínkové (2018) dělíme antidepresiva do základních pěti skupin a to:

- tricyklická antidepresiva,
- inhibitory monoaminoxidázy (MAO),
- selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), kam patří např. citalopram, fluoxetin nebo sertralin,

- selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SRNI) a
- ostatní („atypická“) antidepresiva (např. bupropion, trazadon, ketamin).

### **1.2.3 Stabilizátory nálady**

Thymoprofylaktika, neboli stabilizátory nálady, jsou léčiva používaná v rámci terapie bipolární poruchy. Jejich efektem je snižování závažnosti a počtu manických a depresivních epizod. Do této skupiny léčiv patří typicky lithium, kyselina valproová (valproát), karbamazepin a některá další léčiva původně používaná jako antiepileptika (Dreher & Landa, 2017).

Bipolární afektivní porucha je dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) definována jako porucha, kdy se střídá dvě či více fází, pro které je charakteristická buď zvýšená nálada, energie a aktivita (v těchto případech se jedná o fáze manie nebo hypomanie), nebo naopak nálada, energie i aktivita pokleslá (depresivní fáze) (World Health Organization, 2023).

Pojmem „stabilizátory nálady“ byly původně označovány soli lithia, které jsou účinné nejen pro zmírnění akutních symptomů depresivních a manických epizod (působí antimanicky a antidepresivně), ale při dlouhodobém profylaktickém užívání v terapii bipolární poruchy působí i jako prevence projevů těchto epizod. Výhodou je také, že při léčbě akutních epizod nevyvolávají přesmyk do opačné polarity. Dnes do skupiny kromě lithia zahrnujeme také některá antiepileptika (např. valproát, karbamazepin, topiramát, pregabalin) a atypická antipsychotika (např. risperidon, olanzapin) (Mohr et al., 2017; Švihovec et al., 2018).

### **1.2.4 Antipsychotika**

Antipsychotika jsou léčiva primárně určena k terapii psychotických poruch. Mechanismem jejich účinku je blokace dopaminových receptorů (Mohr et al., 2017). Psychotické poruchy jsou onemocnění mozku, jejichž projevy mohou být například halucinace, kdy mozek vnímá neexistující podněty, nebo bludy, kdy myšlení ovlivňují nějaké smyšlené, nereálné a nevyvratitelné skutečnosti. V populaci nejčastěji se vyskytující psychotickou poruchou je schizofrenie, které postihuje asi 1 % lidské populace. Příznaky schizofrenie dělíme na pozitivní, kam spadají výše zmíněné halucinace, bludy nebo třeba poruchy motoriky a chování, a negativní, což je apatie, emoční oploštělost, pokles až ztráta motivace a vůle nebo anhedonie (neschopnost prožívat radost) (Martínková, 2018).

Tuto skupinu léčiv můžeme obdobně jako hypnotika rozdělit do generací. První generaci neboli klasická antipsychotika či neuroleptika dále dělíme na sedativní (např. chlorpromazin, levomepromazin), které mají výraznější sedativní účinek, a incizivní (haloperidol, melperon), jež jsou významná pro potlačení pozitivních symptomů. Pro druhou generaci je používán termín atypická antipsychotika, která také dělíme do několika skupin,

příkladem mohou být SDA nebo MARTA. Mezi atypická antipsychotika patří sulpirid, risperidon, quetiapin, klozapin a další (Martínková, 2018; Mohr et al., 2017).

### **1.2.5 Stimulancia**

Zásadní význam těchto léčiv je v terapii hyperkinetických poruch (ADHD) nebo také u narkolepsie a hypersomnie. Pro terapii ADHD je u nás předepisován metylfenidát (Ritalin), v zahraničí pak také amfetamin (Adderall) nebo dexamfetamin (Dexedrin). U výše zmíněných poruch spánku je užíván modafinil (Provigil) a zcela výjimečně efedrin. Kromě stimulačních účinků mají také účinky kognitivní. Konkrétně pak zlepšují kvalitu pozornosti, a krátkodobou paměť, zlepšují proces učení, zvyšují akademickou produktivitu a výkonnost. Dlouhodobými nežádoucími účinky stimulancií je například pokles chuti k jídlu, což může mít za následek úbytek váhy, užívání u zdravých osob vede k nárůstu tolerance a vzniku závislosti. U nadužívání je riziko rozvoje toxické psychózy s paranoidním halucinatorním syndromem (Raboch et al., 2005).

Hyperkinetické poruchy jsou charakteristické nepozorností, neschopností delší koncentrace na činnosti, nedostatečnou vytrvalostí a přebíháním od jedné, nedokončené, aktivity ke druhé. Typická je hyperaktivita (nadměrná a špatně regulovaná aktivita) a impulzivita. Tyto vlastnosti pak vytváří obraz nepozorného, zbrklého, roztržité a chaotického jedince. Mezi tyto poruchy patří například ADD, což je zkratka anglického „attention-deficit disorder“ (porucha pozornosti), nebo výše zmiňované ADHD, z anglického „attention-deficit hyperactivity disorder“ (porucha pozornosti s hyperaktivitou) (Orel, 2012; World Health Organization, 2023).

Hypersomnie a narkolepsie patří mezi spánkové poruchy. Hypersomnie je dle MKN-10 definována buď stavy nadměrného spaní přes den, nebo prodlouženým časem přechodu mezi spánkem a plným bděním po probuzení (World Health Organization, 2023). Narkolepsie je záchvatovitě onemocnění typické náhlými a nechtěnými usnutími většinou na několik málo minut. Někdy může být přítomna společně s kataplexií, kdy dochází k náhlé ztrátě svalového napětí. Při záchvatu kombinace těchto onemocnění pak jedinec neočekávaně padá k zemi a usíná (Orel, 2012).

Stimulační účinky léčiv trvají několik hodin, načež je střídá celkový útlum centrální nervové soustavy, apatie, únava a ospalost, pokles nálady a výkonu. Mezi stimulancia se kromě výše zmíněných řadí ještě atomoxetin, který společně s modafinilem nevyvolává lékovou závislost. Atomoxetin může navodit anorexii a výrazný úbytek tělesné hmotnosti (Martínková, 2018).

Dalším využitím stimulačních léků je léčba obezity. Léčiva, nazývaná též anorektika, totiž centrálně působí na příjem potravy a, jak již bylo zmíněno výše, snižují chuť k jídlu. V ČR je ze stimulancií jako anorektikum předepisován fentermin (Švihovec et al., 2018).

### **1.2.6 Léčiva používaná v léčbě demencí a lehčích kognitivních poruch**

Kognitiva pojmenovávají skupinu léků, které mají pozitivní vliv na kognitivní funkce. Do této skupiny patří inhibitory acetylcholinesterázy (donepezil, rivastigmin, galantamin), která jsou významná v terapii Alzheimerovy choroby, a glutamatergní antagonisté (metamin). Nootropika jsou využívána u řady onemocnění centrální nervové soustavy. Zejména pak u těch, kde dochází k nedostatečnému zásobení mozku kyslíkem a glukózou. Zástupci této skupiny jsou například extrakt Ginkgo biloba, piracetam, pyritinol a vinpocetin (Švihovec et al., 2018).

Nootropní látky, zkráceně nootropika, zlepšují metabolismus a prokrvení centrální nervové soustavy (mohou zlepšovat průtok nebo zásobení kyslíkem a glukózou). Účinky nootropik se projevují až po delší době užívání. Na nootropikách nenarůstá tolerance a nevzniká závislost (Mohr et al., 2017). Poměrně velká část látek s nootropickým účinkem je přírodního původu a lze je zakoupit typicky na různých e-shopech jako doplňky stravy. Jako léčivé přípravky vydávané na recept jsou pak například již zmiňovaný piracetam, pyritinol a vinpocetin (Slíva, 2007).

Synonymen pro nootropika může být také pojem „smart drugs“ neboli „chytré drogy“. Smart drugs mohou být přírodní nebo syntetické. Jejich efektem je zvýšení kreativity, energie, pozornosti a kognitivních (poznávacích) schopností. Dále by měly bránit neurodegeneraci a chránit mozkové buňky, zlepšovat spánek a náladu, zvyšovat fyzickou výkonnost, umožnit nové vzorce myšlení a mnoho dalšího (Brand, 2016).

## **1.3 Opioidní analgetika**

Opioidní analgetika (zkráceně opioidy) jsou léky typicky řazené do skupiny léčiv potlačující bolest (analgetik). Působí jak v periferní tak v centrální nervové soustavě (CNS). Efektem v CNS je sedace a celkové zklidnění, změny nálad (euforie či dysforie), mióza a ovlivnění sekrece hormonů v hypothalamu (Švihovec et al., 2018). Psychotropní účinek opioidů závisí na typu léku, dávce a způsobu užití. Opioidy mohou vyvolat euforii (pocity uvolnění, pohody), která potlačuje úzkost a podporuje analgezii, což je primární funkce opioidů (Martínková, 2018).

Dalšími efekty vedle tlumení bolesti jsou již zmíněná euforie, dále pak spavost, mióza, snížení dechové frekvence, antitusický účinek, zácpa, nauzea i zvracení. Dle farmaceutického hlediska je dělíme na plné agonisty (morfin, fentanyl, oxycodon), částečné agonisty (buprenorfin) a antagonisty (naloxon – využití při předávkování opioidy) (Perlík, 2011).

Během opakovaného užívání opioidů je obvyklý nárůst tolerance. Návyk vzniká právě na centrální účinky opioidů. Samotná závislost může být kromě nárůstu tolerance podmíněna ještě euforizujícím účinkem, po jehož odeznění se mohou vyskytnout abstinční příznaky (Lüllmann et al., 2020).

Dle WHO jsou opioidy rozdělovány do dvou kategorií na slabé a silné. Do kategorie slabých opioidů patří kodein (slabý analgetický účinek, využíván v kombinaci s paracetamolem), dihydrokodein a tramadol. Zástupci silných opioidů jsou například morfin (standardní využití při léčbě silné bolesti), fentanyl, oxycodon či metadon (v ČR využíván v substituční léčbě) (Nechanská et al., 2012).



## 2 RIZIKOVÉ UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÉKŮ

Rizikové užívání léku, nebo také zneužívání léků, může být definováno jako užití léku jiným způsobem, než bylo zamýšleno – tzn. jinak, než je uvedeno v příbalovém letáku, případně mimo pokyny lékaře. To se může týkat množství léků nebo frekvence jejich užívání, způsobu užití či jeho účelu (motivů). Motívem může být samoléčba, rekreační užívání (navození libých pocitů), potažmo v případě závislosti potlačení abstinčních příznaků. Dalším aspektem je také způsob získávání léčiv (např. černý trh). Často je zneužívání léků spojené s převahou rizik nad benefity užití (Nechanská et al., 2012).

Diagnózy související s rizikovým užíváním psychoaktivních léků se dle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) řadí do kategorií F10 – F19 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním návykových látek). Konkrétně to mohou být diagnózy F11 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů), F13 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik), F15 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu) a F19 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek). Jednotlivé diagnózy, vztahující se ke konkrétním kategoriím (F10 – F19), jsou akutní intoxikace, škodlivé požití, syndrom závislosti, odvykací stav atd. Tyto diagnózy jsou pak zapsány číslem 1 – 9 jako čtvrtý znak kódu (např. F13.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik, syndrom závislosti) (World Health Organization, 2023).

### 2.1 Celková prevalence v rámci ČR

Nejčastěji jsou v České republice rizikově užívány léky se sedativním, hypnotickým a anxiolytickým účinkem (zejména benzodiazepiny a Z-hypnotika) a opioidní analgetika. Méně často jsou to pak například stimulantia, antiepileptika (např. pregabalin) a další. V prostředí ČR je specifickým problémem lék buprenorfin, který je předepisován jako substituční látka při závislosti na opioidech. Často je prodáván na černém trhu a užíván injekčně (ač se jedná o sublingvální tabletu). Dále pak využívání léčiv obsahujících efedrin nebo pseudoefedrin pro výrobu pervitinu. Dlouhodobé užívání některých lékových skupin může vyvolat závislost. Ta často vzniká kvůli nevhodné indikaci a nedostatečné kontrole lékaře, případně jako následek samoléčby při potížích se spánkem, úzkostí nebo při bolestech. Pacienti často totiž o riziku vzniku závislosti nevědí a lékaři je o tomto riziku neinformují (Chomynová et al., 2023).

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (dále jen ESPAD) z roku 2019, která monitoruje prevalence užívání návykových látek v populaci šestnáctiletých studentů, je celková prevalence rizikového užívání léků **14,4 %**. Procentuálně vyšší prevalence je v populaci dívek (17,6 %) oproti 11,4 % chlapců (Chomynová et al., 2020).

Trend rizikového užívání benzodiazepinů a barbiturátů dlouhodobě klesá. Roste ovšem množství případů rizikového užívání Z-hypnotik, pregabalínu a opioidních analgetik. V roce 2022 rizikově užívalo léky v posledních 12 měsících celkem **8–13 %** dospělé populace starší 15 let. Ženy užívají psychoaktivní léky až dvakrát častěji než muži (v roce 2022 rizikově užívalo 9–14 % žen a 7–12 % mužů). Prevalence roste také s věkem. U mladších (pod 35 let) je častější užívání opioidních analgetik, ve starší populaci pak převažuje užívání sedativ a hypnotik. Největší podíl osob, které v posledních 12 měsících užili psychoaktivní léky v kombinaci s alkoholem, byl zařazen ve skupině 55–64 let a také v nejmladších věkové kategorii (15–24 let). Odhaduje se, že v České republice je celkově 740 tisíc až 1,2 miliónu osob vykazujících známky rizikového užívání psychoaktivních léků (Chomynová et al., 2023).

## 2.2 Prevalence v rámci EU

Podle studie ESPAD mohou šestnáctiletí studenti zneužívat léčiva z řady důvodů, ať už vyvolání euforie, posílení účinků alkoholu a jiných drog, samoléčby nemoci nebo zranění, zmírnění abstinčních příznaků po alkoholu a jiných drogách či pro zlepšení školního výkonu. Celoživotní prevalenci rizikového užívání psychoaktivních léků uvedlo v průměru **9,2 %** studentů, přičemž mezi jednotlivými zeměmi jsou poměrně velké rozdíly. Nejvyšší prevalence byla zjištěna na Slovensku (23 %), následovalo Lotyšsko (22 %) a Litva (21 %). Nejnižší výskyt byl zjištěn na Ukrajině (2,8 %), v Gruzii, na Faerských ostrovech, v Bulharsku a Itálii (4–5 %). V naprosté většině zemí byla prevalence vyšší v populaci dívek. Nejčastěji užívanými byly léky na uklidnění nebo sedativa (6,6 %), následované léky proti bolesti (4 %) (ESPAD Group, 2020).

## 2.3 Prevalence v populaci vysokoškoláků

Prevalence užívání psychoaktivních léků v takto specifické populaci není plošně mapována. Následující souhrn dat je proto vybrán z několika výzkumných prací, především pak bakalářských a diplomových prací studentů a studentek z různých univerzit. Kvůli různosti postupů jednotlivých autorů nelze přímo porovnávat prevalence jednotlivých lékových skupin, na které léky rozdělují ve svém výzkumu já. Pro lepší orientaci jsem tedy prevalence rozdělila alespoň do dvou kategorií a to je kategorie tlumivé léky a kategorie smart drugs společně s psychostimulačními léky.

### 2.3.1 Tlumivé léky

Nejstarší ze zde zmiňovaných výzkumů týkající se prevalence tlumivých léků porovnává drogovou scénu na univerzitě v Lublani a na Masarykově univerzitě v Brně. Z kategorie léků a léčivých přípravků zmapoval výzkum prevalenci **sedativ a hypnotik** neboli „prostředky navozující spánek či uklidnění bez lékařského předpisu“, která byla na univerzitě v Brně **7,6 %** a prevalence **heroinu a jiných opiátů** (morfin, kodein, léky obsahujících opiáty bez lékařského předpisu) zde byla **2 %** (Klech, 2009).

Kachlík ve své publikaci „Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě“ z roku 2011 mapuje drogovou scénu taktéž na Masarykově univerzitě. Jako výzkumnou metodu autor využil nestandardizovaný dotazník a jeho výzkumu se zúčastnilo přes 2000 respondentů. Z psychoaktivních léků zaznamenává prevalenci rizikového užití **léků s tlumivým účinkem** u **8 %** respondentů (6 % mužů a 9 % žen).

Práce s názvem „Užívání návykových látek jako podpora studijních výkonů vysokoškolského studia“ z roku 2016 (Josif) mapuje prevalenci užívání návykových látek mezi studenty vysokých škol v Hradci Králové pomocí nestandardizovaného dotazníku. Mimo jiné látky tato práce udává prevalenci užití **antidepresiv a anxiolytik – 8,7 % a hypnotik – 5 %**.

V pořadí další práce rozděluje léky do více podrobnějších kategorií. Zaznamenává prevalenci **benzodiazepinů – 4,8 %, nebenzodiazepinových hypnotik – 1,6 % a analgetik (včetně neopioidních) – 23,2 %**. Data byla sesbírána skrze online dotazník. Podmínkou účasti pro respondenty bylo studium na vysoké škole, celkem se jich zúčastnilo 220 (Kubičová, 2017).

Další práce měla jako cílovou skupinu studenty brněnských univerzit, velikost souboru byla celkem 962 respondentů. Jako výzkumný nástroj autorka využila elektronický dotazník, který byl šířen pomocí metody sněhové koule skrze sociální síť. Z kategorie léků s tlumivým účinkem autorka mapovala prevalenci užívání **sedativ**, která byla podle jejího výzkumu **14,2 %** (Novotná, 2020).

Práce nesoucí název „Vliv návykových látek na výkonnost studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně“ autora Fojtíka (2021) se zabývá vlivem užívání návykových látek na studijní výkon. Autor zaznamenal v populaci studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně prevalenci užívání **anxiolytik – 11,7 % a antidepresiv – 7,8 %**. Na dotazníkovém šetření participovalo celkem 154 respondentů.

Poslední prací z tohoto výčtu je práce, jež zaznamenává prevalenci užívání nealkoholových drog mezi vysokoškolskými studenty, udává prevalenci užívání **návykových léků** (analgetika, sedativa, hypnotika, anxiolytika) **6,1 %**. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 100 studentů převážně z Technické univerzity v Liberci a Univerzity Hradec Králové (Havlíčková, 2021).

Z jednotlivých výsledků můžeme vyčíst, že prevalence tlumivých léků se pohybuje v rozpětí **od 2 do 15 %** (vyjma 23,2% prevalence analgetik v práci Kubičové, která do kategorie zahrнула i neopioidní analgetika). Průměr těchto výsledků by byl **7 %**, pokud bychom nezahrnuli kategorii s neopioidními analgetiky, a **8,4 %**, pokud ano. Tyto výsledky se pohybují v podobném rozmezí jako zmíněné výsledky z celopopulačních výzkumů.

Prevalence v posledních 12 měsících v dospělé populaci byla 8–13 %. V populaci šestnáctiletých v ČR byla mapována celoživotní prevalence – 14,4 %.

Výše zmíněné prevalence od jednotlivých autorů jsou pro větší přehlednost shrnuty do tabulky č. 1. Hodnoty prevalence byly zprůměrovány tak, aby u každého autora byla jedna hodnota prevalence užití tlumivých léků.

Tabulka 1 - Prevalence užití tlumivých léků

Autor*ka	Rok	Prevalence	Velikost souboru	Charakteristik souboru
<b>Klech</b>	2009	4,8%	262	MUNI, Brno
<b>Kachlík</b>	2011	8%	2475	MUNI, Brno
<b>Josif</b>	2016	6,85%	242	VŠ v Hradci Králové
<b>Kubičová</b>	2017	9,87%	220	jakákoliv VŠ
<b>Novotná</b>	2020	14,2%	962	VŠ v Brně
<b>Fojtík</b>	2021	9,75%	154	UTB, Zlín
<b>Havlíčková</b>	2021	6,1%	99	jakákoliv VŠ

### 2.3.2 Psychostimulační léky a smart drugs

Z již výše zmiňovaných prací se některé z nich zaměřily i na kategorii psychostimulačních látek nebo smart drugs. Je to například práce Josifa (2016), kde autor zaznamenává také zkušenost s **nootropiky** u **12,8 %** respondentů. Dále autorka Kubičová (2017) udává ve své práci prevalenci **nootropik** – **16 %** a léčiv pro léčbu ADHD (**psychostimulační léky**) – **4 %**. V práci Novotné (2020) je mapována také prevalence **léků na podporu soustředění** – **17,6 %**. Práce Fojtíka (2021) zkoumá také **nootropika**. Ve výzkumné skupině udává prevalenci **13 %**.

Jedna z prací zaměřující se přímo na užívání chytrých drog nese název „Užívání chytrých drog studenty vysokých škol“. Výzkumným nástrojem byl online dotazník, respondentů se zúčastnilo celkem 520. Výsledky udávají, že **38,3 %** studentů někdy užilo během studia nějakou **podpurnou látku**, kam autorka řadí kromě psychofarmak také čokoládu, kofein, marihuanu a různé doplňky stravy a vitaminy (Komůrková, 2021).

Práce s názvem „Nootropika – zkušenosti s užíváním u studentů vysokých škol“ udává zkušenost s užitím **nootropik** u **56,64 %** vysokoškolských studentů. Dotazníkového šetření se účastnilo 143 respondentů. Dotazník byl v online podobě šířen prostřednictvím sociálních sítí (Říha, 2024).

Prevalence psychostimulačních léků a smart drugs se oproti předchozí kategorii tlumivých léků pohybuje ve vyšších číslech. Rozpětí výsledků je opět poměrně široké. Důvodem je pravděpodobně, že každý autor zahrnuje do skupiny smart drugs nebo podpurných látek pro učení, různé spektrum látek. Autoři Josif, Kubičová, Novotná a Fojtík se zaměřili pouze na nootropika jakožto léky případně doplňky stravy a jejich výsledky jsou

v rozmezí **od 13 do 18 %**. Průměrnou hodnotou pak je **14,85 %**, což je oproti tlumivým lékům vyšší.

V tabulce č. 2 můžeme vidět obdobný souhrn jako v tabulce č. 1.

*Tabulka 2 - Prevalence užití stimulačních léků a smart drugs*

<b>Autor*ka</b>	<b>Rok</b>	<b>Prevalence</b>	<b>Velikost souboru</b>	<b>Charakteristika souboru</b>
<b>Josif</b>	2016	12,8%	242	VŠ v Hradci Králové
<b>Kubičová</b>	2017	10%	220	jakákoliv VŠ
<b>Novotná</b>	2020	18%	962	VŠ v Brně
<b>Fojtík</b>	2021	13%	154	UTB, Zlín
<b>Komůrková</b>	2021	38,3%	520	jakákoliv VŠ
<b>Říha</b>	2024	56,64%	143	jakákoliv VŠ

### 3 CHARAKTERISTIKY STUDENTŮ VŠ

Největší podíl populace studentstva na VŠ tvoří dle Českého statistického úřadu (2023) lidé v rozmezí 20 až 25 lety věku. Osoby v tomto věkovém rozpětí jsou z pohledu vývojové psychologie řazeny do kategorie mladé nebo také rané dospělosti (Thorová, 2015; Vágnerová et al., 2007).

Americký psycholog Jeffrey Jensen Arnett nazval období mezi 18 až 25 lety jako „emerging adulthood“ – do češtiny překládáno jako „vynořující se dospělost“. Toto období zaujímá prostor mezi dětstvím (respektive dospíváním či adolescencí) a zralou dospělostí, která je charakterizována například nezávislostí, ekonomickou soběstačností, kontrolou emocí nebo schopností reálného plánování budoucnosti. Jedinci ve „vynořující se dospělosti“ využívají výhod dospělé nezávislosti, nejsou ale připravení přijmout plnou zodpovědnost za sebe svého partnera či partnerku a později za své potomky (Thorová, 2015).

#### 3.1 Období vynořující se dospělosti

Pro většinu lidí je to období plné nových situací a zkoumání, kdy zkoumají životní možnosti, které se jim otevírají. Díky tomu je toto období také plné změn a nestability. Postupně „vynořující se dospělí“ dospívají k trvalejším rozhodnutím v oblastech milostných vztahů, práce a názorů na svět a dění kolem sebe. Další charakteristikou tohoto období je vysoká prevalence některých typů rizikového chování (například nechráněný pohlavní styk, užívání návykových látek a rizikové chování při řízení). Příčiny zřejmě souvisí se zkoumáním jejich identity a vyhledáváním nových zážitků a zkušeností. Období vynořující se dospělosti se jeví jako ideální pro zkoušení nových, a často právě rizikových, věcí, protože během dospívání byla svoboda omezena dohledem rodičů a v dospělosti bude omezena rolemi, do kterých dospělí jedinec vstupuje (partnerská a rodičovská role) (Arnett, 2000).

Thorová (2015) shrnula charakteristiky vynořující se dospělosti do pěti bodů:

- hledání identity,
- orientace na vlastní osobu,
- nestabilita (období změn v bydlení, vztazích nebo studiu),
- možnosti,
- pocity na půli cesty (autonomie a zároveň připoutání k původním rodinám).

Pro mnoho jedinců znamená toto období nástup a studium na vysoké škole. To s sebou pro spoustu studentů nese také další změny jako třeba změnu bydliště, odchod od rodičů a velmi odlišné univerzitní prostředí, které nabízí větší svobodou bez dohledu (Lefkowitz, 2005).

## 3.2 Vliv studia na vysoké škole na psychiku studenta

Přechod na vysokou školu je povětšinou výraznou změnou v životě jedince. Kromě studia samotného se i celkově mění zdravotní a pracovní styl jedince, mění se jeho postavení v rodině a často i bydliště. Kohoutek (1998) rozdělil tři základní oblasti problémů, se kterými se mohou studenti vysokých škol potýkat.

První je **studijní maladaptace**, která bývá aktuální ve zkouškovém období a těsně po něm, kdy zkoušky nemusely dopadnout tak, jak si student přál. Nadměrná zátěž při kumulaci zkoušek v krátkém časovém období pak může u řady studentů a studentek být příčinou různých psychických poruch. Další oblastí je **maladaptace sociální** nebo společenská, kdy se mohou u některých studentů objevovat pocity nesounáležitosti, nejistoty či méněcennosti, což může vést ke změnám chování, izolaci a neschopnosti spolupráce se skupinou. Poslední oblastí je **maladaptace v oblasti rodinných a erotických vztahů**. Rodinné vztahy mohou být v některých případech narušeny odstěhováním se jedince z domova. Vznikají konflikty, pocity nevědku a zklamání. Zdrojem psychických problémů bývají v tomto životním období i eroticko-sexuální vztahy (Kohoutek, 1998).

### 3.2.1 Stres

Stres může být definován mnoha způsoby. V české terminologii by se za ekvivalent slova „stres“ dal považovat termín „zátěž“. Pro definování stresové situace je důležitý poměr mezi intenzitou stresoru (což je zatěžující faktor nebo situace) a schopností danou situaci zvládnout. Stres se objeví ve chvíli, kdy míra stresoru převyšuje schopnost člověka situaci zvládnout (Křivohlavý, 2009).

Zdrojů stresu neboli stresorů může být podle Atkinson et al. (2012) mnoho a u různých lidí se liší. Typickým stresorem může být změna – to buď změna ovlivňující život více lidí (např. války či přírodní katastrofy), nebo změna na úrovni jedince. Takovou změnou na úrovni jedince mohou být různé životní události jako například zahájení nebo ukončení studia, změna bydliště, změna školy, změna zaměstnání, rozvod, úmrtí v rodině a další.

Stresory působící na studenty rozdělili ve svém výzkumu Kuric et al. (1980) do pěti skupin. První skupinou jsou **faktory prostředí**, kde student bydlí (např. málo prostoru, nutnost dojíždění, obtěžující hluk), druhá skupina pak zahrnuje **životosprávu** studenta (nedostatek spánku, spěch, nepravidelné stravování a další). Třetí, a se studiem nejvíc související, skupina se věnuje **náročnosti studia**, kam patří náročnost a hromadění zkoušek, účast na přednáškách a seminářích nebo domácí studium. Čtvrtá a pátá skupina pak obsahuje **stresory ve vztazích** (rodinných, partnerských či vrstevnických) a **stresory vnitřní**, vycházející z psychiky studenta (problémy s rozhodováním, stavy beznaděje a úzkosti, potíže se soustředěním, pocity závislosti apod.).

Stresové situace vyvolávají nějakou emoční odezvu. Nejčastější psychickou reakcí člověka na stres je úzkost, dále je běžný vztek a agrese, apatie a deprese či oslabení

kognitivních funkcí (např. potíže se soustředěním a s logickým uvažováním). Mezi fyziologické reakce pak patří zrychlení metabolismu a srdeční činnosti, rozšíření zornic, zvýšení krevního tlaku, zrychlené dýchání, svalové napětí a další (Atkinson et al., 2012).

### 3.3 Nároky kladené na studenty vysokých škol

Faktorů, které ovlivňují to, zda student bude ve svém studiu úspěšný či ne, je mnoho. Kromě vnějších okolností jako je rodinné zázemí (socioekonomický status, výchovný styl nebo etnická příslušnost), média, geografické faktory, škola, spolužáci a vyučující, jsou důležité také osobnostní charakteristiky. Mezi ně patří hodnoty a postoje, dovednosti, schopnosti a vlohy (učení, organizační dovednosti, odolnost vůči stresu, schopnost soustředit se, inteligence apod.), motivace a vůle, charakterové a temperamentové vlastnosti a fyzické a fyziologické vlastnosti (pohlaví, věk a zdravotní stav). Takový úspěšný student by tedy měl mít dostatečně rozvinuté zmiňované dovednosti, schopnosti a vlohy, měl by být motivovaný a mít zájem o jím studovaný obor, výhodou také je, pokud je ambiciózní, proaktivní, přizpůsobivý, pilný, vytrvalý, svědomitý a tak dále (Matošková & Potočková, 2016).

#### 3.3.1 Pozornost

Můžeme ji definovat jako soubor procesů využívaných pro výběrové a záměrné vnímání (Collin et al., 2019). Selektivní neboli výběrová pozornost pomáhá soustředit se na podněty, na které se soustředit chceme. Způsobuje tedy, že člověk vybírá podněty pro další zpracování a jiné ignoruje. Nevýhodou může být fakt, že jedinec přehlédne jiné skutečnosti, které by mohly být důležité. Pozornost také úzce souvisí s pamětí, kdy si dokážeme zapamatovat většinou jen to, čemu věnujeme pozornost (Atkinson et al., 2012).

Pozornost představuje zaměření našeho vědomí či soustředění na určité podněty nebo informace. Rozlišujeme pozornost volní (záměrná, úmyslná), mimovolní (spontánní, bezděčná, je automatickou reakcí, která pomáhá registrovat potenciálně významné podněty např. ohrožení) a protivolní (obtěžující, vnucující se, např. bolest). Mezi vlastnosti pozornosti patří soustředění (koncentrace), selektivita (výběrovost), kapacita (rozsah), distribuce (rozdělení), vytrvalost a intenzita (síla), která je do jisté míry stabilní, ale běžně kolísá (Orel, 2012).

#### 3.3.2 Učení

*„Učení je proces, jehož výsledkem je získání nových poznatků či rozvoj dovedností, případně trvalejší změna v oblasti prožívání, uvažování či chování“* (Vágnerová, 2016, s. 133). Během učení se do mozku ukládají informace. Na základě učení se rozvíjejí různé psychické funkce, pomáhá také k lepší orientaci a adaptaci. Může probíhat na vědomé úrovni, v tom případě se jedná o učení explicitní, nebo na úrovni nevědomé, což je učení implicitní. Dalším možným dělením je učení asociační, kognitivní a sociální. **Asociační učení** je založeno na spojení například dvou předmětů, nebo konání a následku. Do této skupiny patří podmiňování, kdy se pevně spojují dvě věci, nebo akce a reakce, kdy toto



spojení může působit pozitivně nebo negativně (např. odměna posiluje efekt učení, podporuje žádoucí chování a trest naopak chování potlačuje). **Kognitivní učení** souvisí s rozvojem poznávacích schopností a dovedností. Jde o získávání poznatků, pochopení souvislostí a vztahů mezi nimi, odvozování obecně platných pravidel a osvojování způsobů, jak získané poznatky zpracovávat. **Sociální učení** je zprostředkováno skrze interakci s jinými lidmi. Může jít o nápodobu, kdy jedinec přejímá vzorce chování, které vidí u druhé osoby, nebo identifikaci, která znamená ztotožnění se s druhou osobou – tzn. nejen nápodoba chování, ale i přejímání názorů a postojů (Atkinson et al., 2012; Vágnerová, 2016).

### 3.3.3 *Paměť*

Schopnost vštípení nových informací, jejich uchování a následná reprodukce (vybavení) jsou jednotlivé složky a zároveň samotná definice paměti. Nedílnou součástí těchto procesů je také zapomínání. Faktory, které paměť a její složky ovlivňují, jsou například věk, motivace, úroveň bdělosti, emoce apod. Dělit můžeme paměť podle délky uchování informace na krátkodobou a dlouhodobou, nebo podle charakteru podnětů na sématickou (pro slova, symboly a fakty) a epizodickou (pro události a zkušenosti) (Orel, 2012). K rozdělení paměti podle délky uchování informace můžeme přidat ještě typ sensorické paměti, do které se dostávají všechny informace získané skrze smyslové orgány. Tyto informace, pokud nepřejdou do krátkodobé paměti, setrvávají v paměti pouhé desetiny až několik sekund (Atkinson et al., 2012).

Paměť zkoumal Hermann Ebbinghaus. Jeho experimenty například ukázaly, že smysluplné věci si pamatujeme desetkrát déle než nesmyslné (např. básně oproti náhodným slabikám), že nejvíce zapomínáme v prvních devíti hodinách nebo že to, co jsme se již jednou naučili, ale zapomněli, se naučíme rychleji než něco, co se učíme poprvé, a informace, které jsou pročteny důkladně, si pamatujeme déle apod. (Collin et al., 2019).

### 3.3.4 *Motivace*

Motivace řídí a aktivuje chování. Zdroje motivace mohou být vnitřní (pudové) a vnější (incentivní) faktory (Atkinson et al., 2012). David C. McClelland píše o motivaci jako o hnací síle výkonu. Rozlišil tři základní druhy a těmi je **výkon**, kdy se jedinec snaží ve všech činnostech uspět a zlepšovat se, **moc**, která souvisí se snahou ovlivňovat a řídit druhé, a **afiliace (příchylnost)** k druhým, snaha si vytvářet a udržovat vztahy (Collin et al., 2019).

S motivací souvisí také vůle. „*Vůle představuje schopnost zvážit, rozhodnout se a zaměřit své úsilí a uvědomovanou činnost k dosažení nějakého cíle.*“ Zdroje mohou být vrozené (pudy, instinkty) nebo získané (potřeby, zájmy). Zásadní je vždy právě motivace a motivy (Orel, 2012, s. 314).

### 3.3.5 *Inteligence*

Souvisí s řešením teoretických problémů. Částečně je vrozená, částečně se může během života rozvíjet. K jejímu vyjádření se využívá hodnota inteligenční kvocient (IQ)

(Orel, 2012). Může být rozlišena na fluidní a krystalickou inteligenci. Fluidní inteligence jsou nějaké kognitivní schopnosti, které nám pomáhají se zpracováním nových informací a abstraktních pojmů. Oproti tomu krystalická inteligence zahrnuje znalosti a zkušenosti, zaměřuje se na interpretaci a řešení problému. V období mladé dospělosti je více rozvinutá fluidní složka. V tomto období se také výrazně vyvíjí praktická inteligence, která napomáhá při zvládnání každodenních úkolů. Zahrnuje také různé sociální kompetence a emoční inteligenci (Vágnerová et al., 2007).

### **3.3.6 Myšlení**

*„Myšlení jako nejvyšší forma poznávání nám umožňuje poznávat skutečnost, pojímat vztahy, interpretovat, nacházet souvislosti, pracovat s představami a pojmy“* (Orel, 2012, s. 283). Myšlení dělíme na propoziční a imaginativní. Propoziční myšlení můžeme označit také jako výrokové, toto myšlení se zabývá určitými pojmy, jejich souvislostmi a prací s nimi. Oproti tomu imaginativní myšlení jsou vlastně vizuální představy, které člověk „v duchu vidí“ (Atkinson et al., 2012).

V období mladé dospělosti se jedinec dostává do fáze postformálního myšlení. Mezi základní znaky této fáze patří sebekritičnost (člověk je schopen dělat kompromisy), smíření s nejednoznačností a proměnnou (problémy a jejich řešení může být složité a v průběhu času se může měnit) a práce s protiklady (vědomí, že se nemusí vzájemně vylučovat. Mladému dospělému se také rozvíjí metakognice, kdy dokáže sledovat a korigovat své myšlenky, odhadnout své kompetence a díky tomu si uvědomit své limity (Vágnerová et al., 2007).

## **Praktická část**

### **4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

#### **4.1 Cíl výzkumu**

Cílem této výzkumné práce je zmapovat prevalenci užívání psychoaktivních léků ve spojitosti se studiem na vysoké škole v populaci studentstva.

#### **4.2 Výzkumné otázky**

1. Jaký je výskyt užívání psychoaktivních léků u studentstva vysokých škol v souvislosti se studiem a o jaké léky se jedná?
2. Jak souvisí subjektivně vnímaná náročnost studia s užíváním psychoaktivních léků?
3. Existují souvislosti mezi prevalencí a sociodemografickými specifickými studentstva (případně i konkrétními studovanými obory)? Pokud ano, jaké?
4. Jaké je prevalence rizikového užívání psychoaktivních léků v souvislosti se studiem mezi studenty vysokých škol a o jaké léky se jedná?

### **5 POUŽITÉ METODY**

#### **5.1 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor pro tuto bakalářskou práci tvoří studenti vysokých škol. Podmínkou pro participaci na tomto výzkumu bylo tedy aktuální studium na jakékoli vysoké škole. Velikost výzkumného souboru je 431 respondentů – původně bylo získáno 435 vyplněných dotazníků, 4 z nich ale musely být kvůli nesprávnému vyplnění vyřazeny. Podle Českého statistického úřadu bylo v roce 2022 celkem 304 518 studentů vysokých škol. Výzkumný soubor tedy tvoří přibližně 0,14 % z celkové populace vysokoškolských studentů. V kapitole 6.1 můžeme vidět podrobnější charakteristiku výzkumného souboru a jeho porovnání se statistikami ČSÚ (Český statistický úřad, 2023).

Respondenti a respondentky byli získáváni příležitostným nenáhodným výběrem a principu dobrovolnosti (samovýběr), kdy byl odkaz na online dotazník spolu s prosbou o jeho vyplnění sdílen na osobním profilu autorky na sociálních sítích (Instagram a Facebook), a metodou snowball, kdy někteří respondenti rozesílali dotazník i mezi další lidi nebo jej sdíleli na své profily na sociálních sítích.

#### **5.2 Metody tvorby dat**

Pro výzkum byl využit kvantitativní metodologický přístup. Data byla sesbírána pomocí elektronického dotazníku, konkrétně byl vytvořen na platformě Google Forms a šířen prostřednictvím sociálních sítí.

Dotazník je nestandardizovaný, autorka ho sestavila na základě stanovených cílů a výzkumných otázek. Vznikl kompilací několika otázek z již výše zmiňovaných výzkumných

prací nebo studie ESPAD, další otázky byly různými dotazníky inspirovány a zbylé byly vytvořeny na základě stanovených cílů výzkumu. Obsahuje převážně otázky uzavřené, některé z nich pak mají možnost zvolit více než jednu odpověď, dále několik škál a pár otevřených otázek pro doplnění podrobnějších informací.

V úvodu si mohou respondenti přečíst informace o výzkumu – představení autorky, účel výzkumu, instrukce pro vyplnění, komu je dotazník určen atd. Součástí tohoto textu je i informovaný souhlas, zajištění anonymity a kontakty, kam se mohou respondenti obrátit s případnými dotazy či stížnostmi. První část otázek se zaměřuje na sociodemografické informace o respondentovi, dále dotazník mapuje subjektivně vnímanou náročnost studia, pak samotnou prevalenci užívání psychoaktivních léků a informace o užívání u respondentů, mapuje i rizikové užívání, dále užívání mezi lidmi z okolí respondentů a pro srovnání obsahuje i otázky na prevalenci užívání jiných psychoaktivních látek. V závěru jsou k poděkování připojeny dva odkazy na případnou adiktologickou pomoc.

### **5.3 Metody analýzy dat**

Získaná data byla zpracována v programech Microsoft Office Excel a Microsoft Power BI. Zvolenou metodou pro analýzu dat byla deskriptivní analýza, kdy jsou získaná data shrnuta a prezentována v tabulkách nebo grafech.

### **5.4 Praktický průběh realizace**

Sběr dat byl spuštěn 18. března 2024, kdy autorka sdílela odkaz na dotazník na „stories“ (tzn. příspěvek, který si lze zobrazit 24 hodin, potom zmizí) na svém osobním profilu na sociální síti Instagram. Spolu s prosbou o samotné vyplnění byli potenciální respondenti požádáni i o sdílení mezi své známé nebo přímo na své profily. Během týdne byl pak odkaz s prosbou sdílen i na osobním profilu na síti Facebook. Sběr dat byl ukončen 30. března 2024, celkem tedy probíhal 13. dní, během nichž byl odkaz na dotazník sdílen opakovaně.

#### **5.4.1 Etické aspekty výzkumu**

V textu na začátku dotazníku byli respondenti informováni o výzkumu, jeho účelu a o dobrovolnosti jejich účasti. V úvodu jim byla také zaručena anonymita, ta je podpořena už samotnou platformou, na které byl dotazník vytvořen (Google Forms). Dále text obsahoval informaci, že vyplněním dotazníku respondenti souhlasí s využitím dat pro zpracování výzkumu k bakalářské práci.

## 6 ZPRACOVÁNÍ DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 6.1 Popis výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo více žen než mužů. Konkrétně je to poměr 76 % a 23 %. Do kategorie jiné pak spadá 1 % respondentů. Oproti tomu ČSÚ, jak je vidět v tabulce č. 3, uvádí v populaci studentstva podíl žen 56 % a mužů 44 % (jinou kategorii ČSÚ do statistik nezahrnuje).

Tabulka 3 - Pohlaví

POHLAVÍ	Vzorek		ČSÚ		
	Hodnota	počet	procenta	počet	procenta
Muži		101	23%	135339	44%
Ženy		327	76%	169179	56%
Jiné		3	1%	0	0%
Celkem		431	100%	304518	100%

Co se věkového rozložení mezi respondenty týče, nejvíce respondentů uvedlo věk 21 (24 %) a 22 let (24 %). Dále to bylo u 16 % respondentů věk 23 let a u 11 % 20 let, další věkové skupiny se pohybovaly pod 10 %. V tabulce č. 4 jsou respondenti rozdělení podle věku do 4 kategorií. Největší zastoupení má kategorie 20 – 24 let obdobně to vychází i ze statistik ČSÚ.

Tabulka 4 - Věk

VĚK	Vzorek		ČSÚ		
	Hodnota	počet	procenta	počet	procenta
pod 20		20	5%	28367	9%
20-24		357	83%	183729	60%
25-29		36	8%	50810	17%
30 a více		18	4%	41612	14%

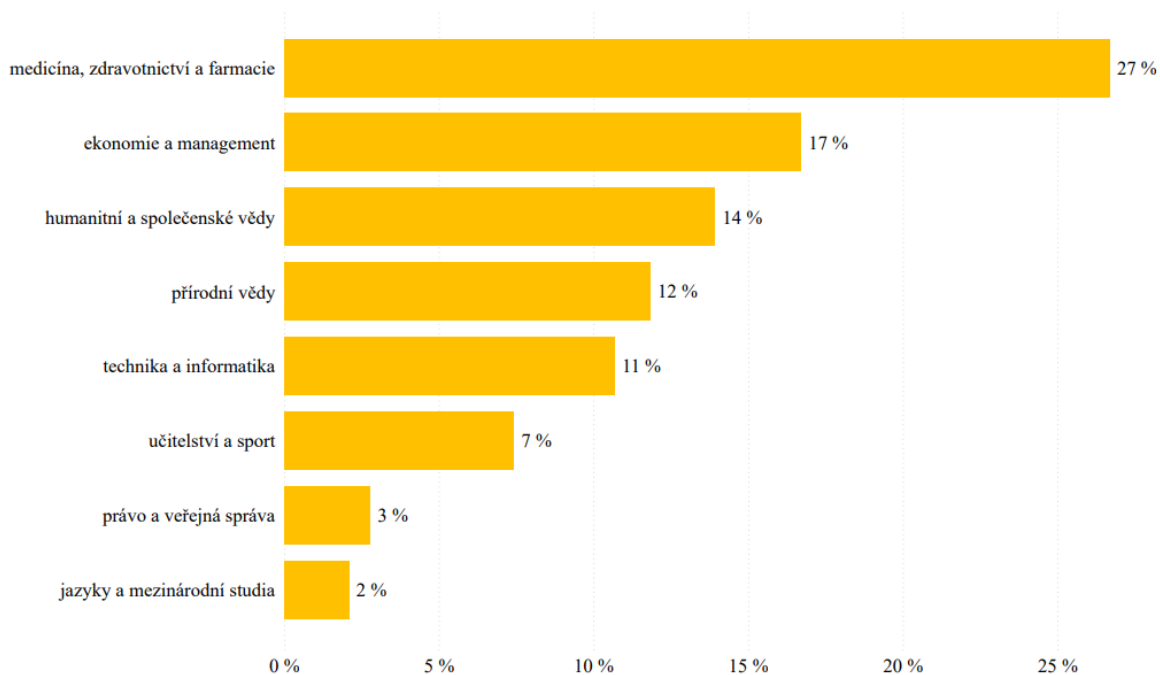
Tabulka č. 5 zobrazuje rozdělení respondentů podle města, kde aktuálně studují. Největší podíl respondentů studuje v Praze (konkrétně 52 % ze všech respondentů). Časté je také zastoupení studentů a studentek z Brna (10 %), Olomouce (6 %) a Ostravy (3 %), obdobně jako u statistik ČSÚ. Značné množství respondentů (30 %) by podle ČSÚ patřilo do kategorie „ostatní“, v tomto výzkumu má však významný podíl vzorek například z Pardubic (9 %), Zlína (6 %), Hradce Králové (6 %), Liberce (5 %) a dalších měst.

Tabulka 5 - Město studia

MĚSTO	Vzorek		ČSÚ		
	Hodnota	počet	procenta	počet	procenta
Praha		223	52%	121891	40%
Brno		42	10%	62661	21%
Olomouc		27	6%	23033	8%
Ostrava		11	3%	20014	7%
Plzeň		0	0%	13227	4%
ČB		0	0%	11502	4%
ostatní		128	30%	pod 10000	pod 3 %

Nejčastější zaměření studijních oborů respondentů je vyobrazeno v grafu č. 1. Od procentuálně nejvíce zastoupeného zaměření je to medicína, zdravotnictví a farmacie (27 %), ekonomie a management (17 %), humanitní a společenské vědy (14 %), přírodní vědy (12 %), technika a informatika (11 %), učitelství a sport (7 %) a právo a veřejná správa (3 %). Zbývající zaměření nebo jejich kombinace pak zastupují méně než 3 % respondentů. Patří tam například zaměření jazyky a mezinárodní studia, kultura a umění, zemědělství a veterina a další kombinace již zmiňovaných zaměření.

Graf 1 - Zaměření studijních oborů

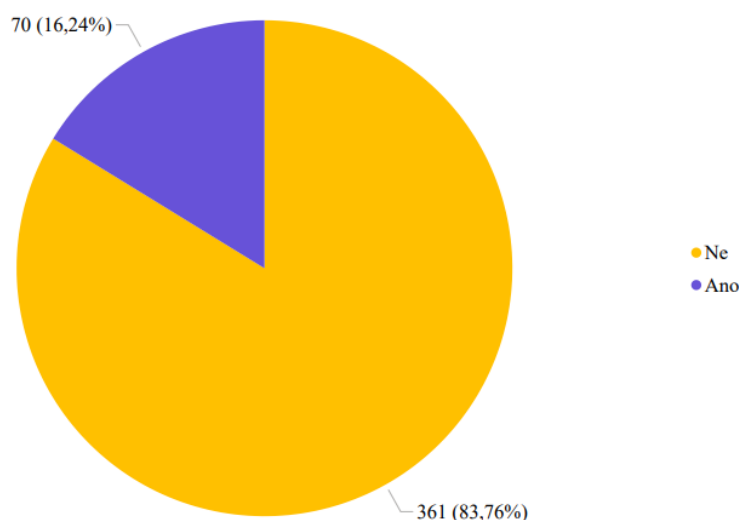


## 6.2 Odpovědi na výzkumné otázky

### 6.2.1 Jaký je výskyt užívání psychoaktivních léků u studentstva vysokých škol v souvislosti se studiem a o jaké léky se jedná?

Na otázku: „Užil\*a jste někdy nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s vaším nynějším studiem na VŠ (např. za účelem úlevy od stresu/úzkosti nebo zvýšení výkonu, usnadnění učení)?“ odpovědělo celkem 70 respondentů (16 %) kladně a 361 (84 %) záporně. Tento výsledek je vyobrazen v grafu č. 2.

Graf 2 - Prevalence užití psychoaktivních léků



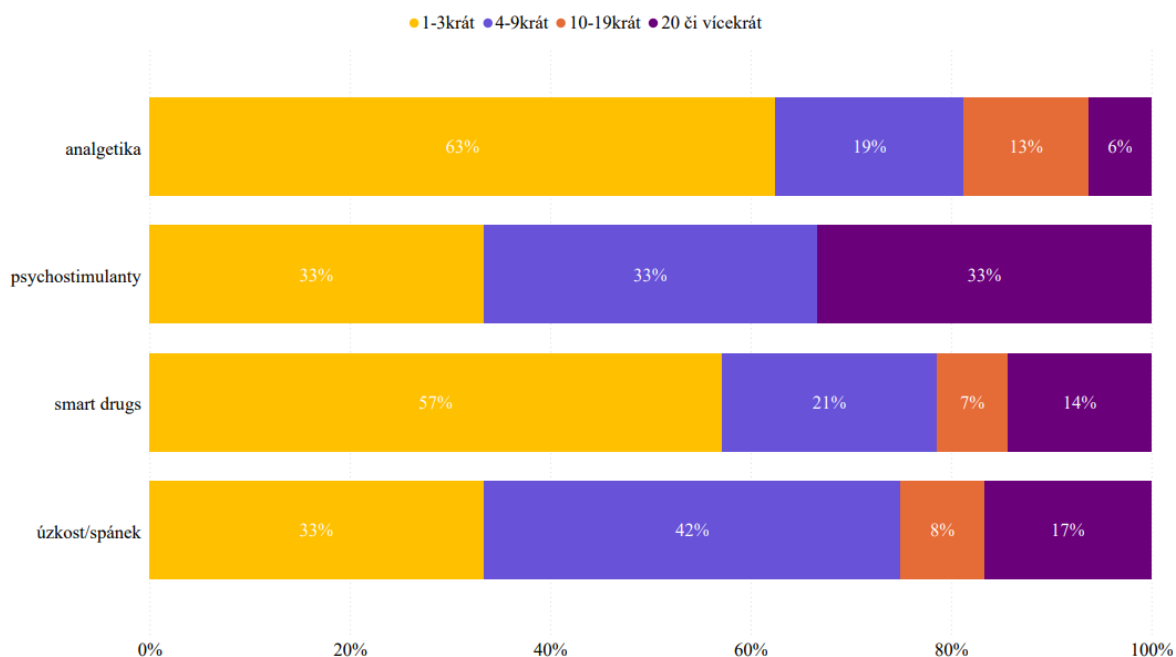
Výzkum také zkoumal množství respondentů, kteří užívají psychoaktivní léky na předpis, a souvislost právě s užíváním kvůli studiu na VŠ. Na otázku, jež zjišťovala, zda respondenti užívají nějaké psychoaktivní léky na předpis, kladně odpovědělo 34 respondentů (8 %). Z těchto 34 respondentů někdy užilo léky v souvislosti se studiem celkem 27 z nich – to znamená, že 7 respondentů nikdy neužilo své léky v souvislosti se studiem. Z celkového vzorku se zkušeností užití léků v souvislosti se studiem (70 respondentů, tj. 16 % z celého souboru) uvedlo, že léky na předpis užívá 36 % z nich.

Další otázky se zaměřovaly na konkrétní skupiny léků. Na tyto otázky odpovídalo již pouze těch 70 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku, zda někdy léky v souvislosti se studiem užili. Následující hodnoty v procentech jsou tedy počítány ze souboru respondentů, kteří uvedli nějakou zkušenost. V dotazníku byly léky rozřazeny do kategorií smart drugs (nootropika), léky proti úzkosti / na spaní (benzodiazepiny), psychostimulační léky (léky na ADHD) a opioidní analgetika. Největší počet respondentů uvedlo zkušenost s léky na úzkost nebo na spaní (celkem 69 %), dále byla kategorie smart drugs (40 %), méně frekventovaná je pak zkušenost s opioidními analgetiky (23 %) a nejméně je to u psychostimulačních léků (13 %).

Součástí dotazníku byla také otevřená otázka na konkrétní léky, které respondenti užívali. V odpovědích se nejčastěji objevovaly benzodiazepiny, konkrétně pak Neurol (14x), Lexaurin (6x) nebo Rivotril (5x), kromě těchto nejčastějších se také objevil Diazepam a Xanax. Další častou skupinou byla nootropika neboli smart drugs – Piracetam (5x), Ginkgo biloba (3x), časté byly i různé potravinové a vitamínové doplňky, které jsou volně dostupné na internetu (Madmonq, Brainactive, Guarana, Mindflow). Značná část respondentů zmiňovala i antidepresiva – Escitalopram (Elicea, Escitil) byl napsán hned 4x, dále například Trazodon, Coaxil, Zoloft, Citalopram a Brintellix. Z léků proti úzkosti se, kromě zmiňovaných benzodiazepinů, objevil 2x Atarax, z léků na spaní pak Melatonin (2x) a Zolpidem. Frekventovanou skupinou byly také neopioidní léky na bolest – Ibuprofen (6x), Aulin (2x), Tramadol a Algifen. Dále se objevila homeopatika (natrum sulfuricum, kaliu phosphoricum), antihistaminikum (diphenhydramind hydrochloride) a 3x mukolytikum Guajacuran.

Graf č. 3 zaznamenává četnost užití jednotlivých skupin léků, konkrétně zněla otázka: „Užil\*a jste někdy nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s nynějším studiem na VŠ? Pokud ano, o jaké léky šlo a kolikrát se tak stalo?“

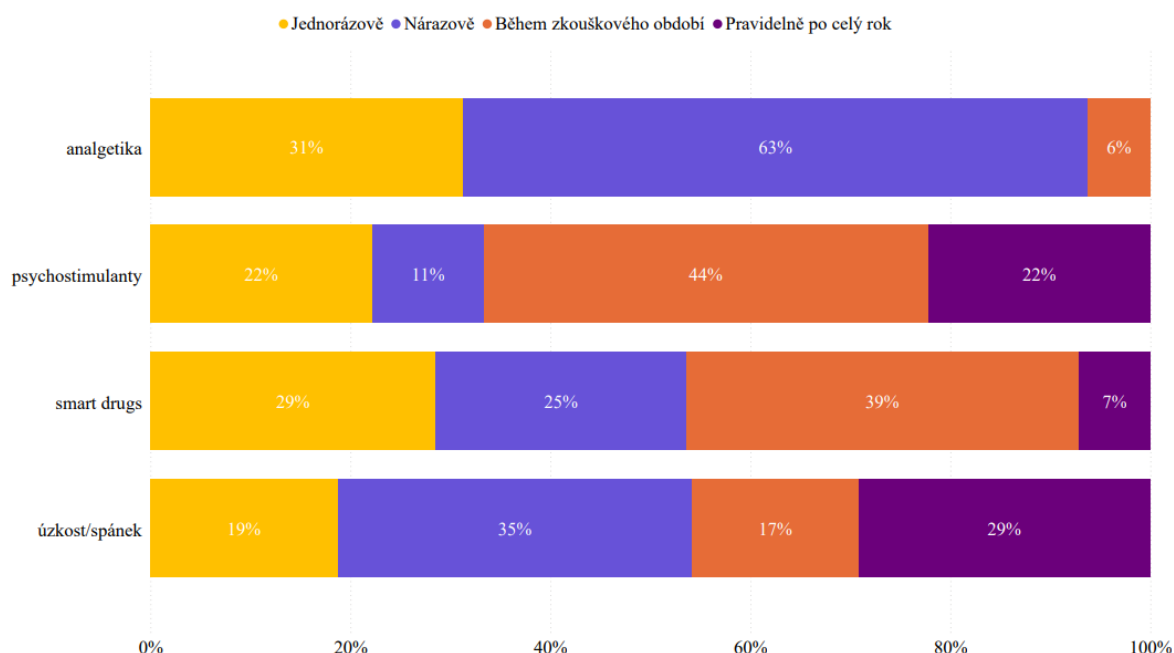
Graf 3 - Četnost užití jednotlivých skupin léků





Další graf (č. 4) zaznamenává odpovědi na otázku: „V jaké frekvenci jste užíval\*a nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s vaším nynějším studiem na VŠ?“. U skupin opioidní analgetika a léky proti úzkosti / na spaní byla nejčastěji volena odpověď „nárazově, když bylo potřeba nebo byla příležitost“, zatímco u smart drugs a u psychostimulačních léků převládá odpověď „během zkouškového období“. U skupiny léky proti úzkosti / na spaní je také výrazný podíl respondentů (29 %), kteří léky užívají pravidelně po celý rok.

Graf 4 - Frekvence užívání jednotlivých skupin léků



Druhá otevřená otázka zjišťovala kontext situace prvního užití psychoaktivního léku v souvislosti se studiem. Její konkrétní znění bylo: „Ve kterém ročníku a v jakém kontextu / situaci došlo k prvnímu užití?“. Nejvíce respondentů uvedlo první užití v prvním ročníku (41 %), několik respondentů začalo s užíváním již na střední škole, ve většině případů v souvislosti s maturitou a přijímacími zkouškami na VŠ. Nejčastěji uváděným kontextem bylo zkouškové období (39 %), konkrétně to bylo například náročné zkoušky, velké množství zkoušek, neúspěšné pokusy nebo první zkouškové po nástupu na VŠ. V několika případech se také objevoval stres, úzkosti, vysoké nároky, nápor povinností, psaní závěrečných prací, propojení školy a práce, problémy se spánkem (nadměrná únava nebo nespavost), bolesti hlavy, potíže se soustředěním nebo různé náročné životní události (např. odstěhování od rodiny, přechod na VŠ, úmrtí v rodině atd.). Dále několik respondentů zmínilo diagnózu nějaké duševní poruchy (ADHD, GAD, deprese).

Nejčastěji uváděným důvodem užívání psychoaktivních léků byla úleva od stresu a úleva od úzkosti (obě kategorie byly zvoleny ve 30 % případů). Dále to byla podpora soustředění a zlepšení procesu učení (22 %) a zvýšení energie (11 %). Důvody, které respondenti připisovali do kategorie „jiné“ bylo například podpora spánku, úleva od bolesti nebo deprese.

Dotazník také zjišťoval, kde respondenti léky získávali. V této otázce mohli respondenti volit více možností. Nejčastějším zdrojem byl přímo lékař (56 %), dále přátelé či známí (26 %), od rodiny (23 %), přes internet (16 %) a v lékárně (9 %).

Pro širší přehled o užívání v populaci studentstva obsahuje dotazník i otázky, které mapují okolí respondentů. Na otázku: „Víte, že byste měl\*a ve svém okolí někoho, kdo v souvislosti se studiem nějaké léky užívá? Pokud ano, víte, o jaké léky se jedná?“ kladně odpovědělo 248 respondentů (tj. 58 %). Konkrétně pak nejvíce uváděli lékovou skupinu léky na úzkost a spánek (115 respondentů – tzn. 46 % z kladně odpovídajících), 41 % nevědělo, o jaké konkrétní léky šlo, 29 % uvedlo léky na podporu učení, 23 % psychostimulační léky a nejméně respondentů (6 %) zaškrtnulo možnost opioidní analgetika. Otázka na množství osob se zkušeností v okolí respondentů ukázala, že u většiny (82 %) se jedná o pár jednotlivců.

Co se srovnání prevalence užití samotných respondentů a užívání lidí v jejich okolí týče, tak z výzkumu vyplývá, že u respondentů, kteří uvedli užití v jejich okolí, je prevalence užití jich samotných ve 22 % případů, oproti tomu mezi respondenty, kteří ve svém okolí o nikom takovém neví, je prevalence 8 %.

V závěru sekce o mapování okolí byla položena dobrovolná otevřená otázka, která se ptala na doplňující informace ohledně užívání v okolí respondentů. V odpovědích se nejčastěji objevovaly benzodiazepiny (4x Lexaurin, 3x Neurol, 1x Rivotril a Diazepam). Další často zmiňovanou skupinu léků byla antidepresiva (např. Sertralin). Častým kontextem užití bylo opět zkouškové období, stres nebo snaha zvýšit kognitivní schopnosti kvůli učení. Například jedna respondentka napsala konkrétně toto: „Na medině jsem se s ničím jiným než piracetamem nesešla. Ale zas jsem to nevyhledávala. Jsem si téměř jistá, že se mezi studenty točí další stimulanty – ku příkladu kokain etc.“ Právě psychostimulační léky, specificky léky na ADHD (Ritalin), se v odpovědích také opakovaly. Zmíněny byly také léky na spaní (Trittico), v souvislosti s problémy se spánkem kvůli stresu. Poslední zmiňovanou skupinou byly různé bylinné přípravky a kapky pro uklidnění.

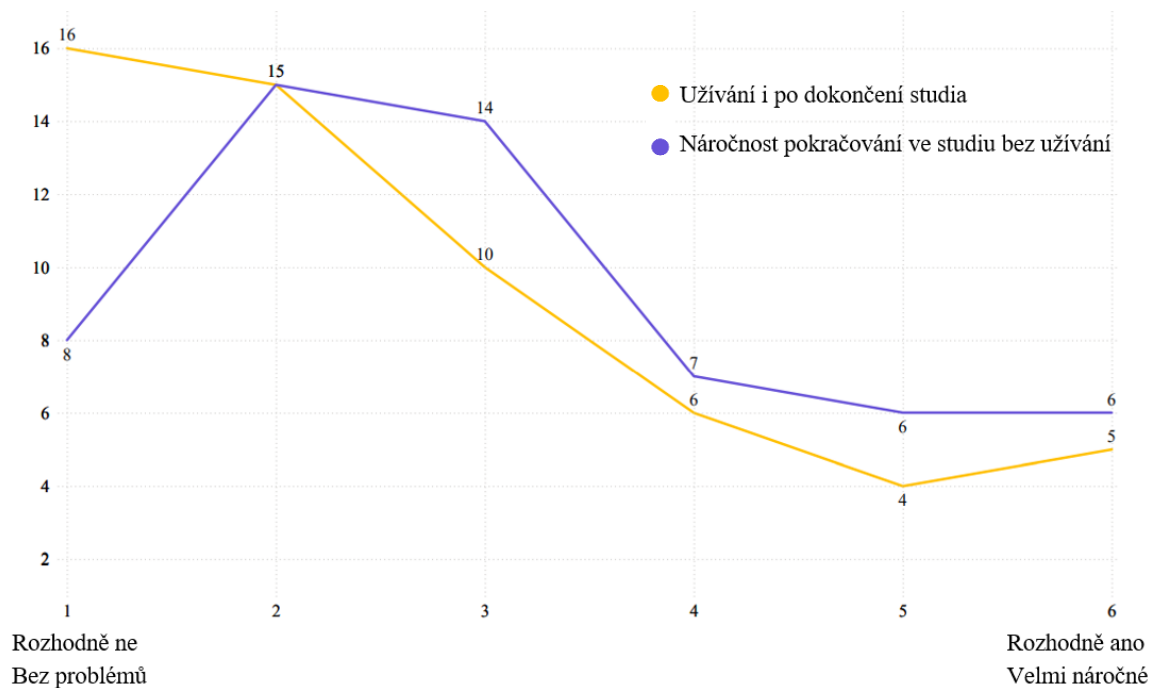
Kromě celoživotní prevalence dotazník obsahoval otázku na prevalenci v posledních 12 měsících. Zkušenost v posledních 12 měsících uvedlo 56 respondentů (13 % z celkového vzorku). V tabulce č. 6 lze pozorovat porovnání prevalence (celoživotní a v posledních 12 měsících) jednotlivých lékových skupin. Užití podle jednotlivých skupin je obdobné, rozdíl je v prevalencích u smart drugs a malý rozdíl je i u léků proti úzkosti / na spaní.

Tabulka 6 - Porovnání prevalencí

PREVALENCE	celoživotní	posledních 12 m
Smart drugs	40%	29%
Léky proti úzkosti, na spaní	69%	66%
Opioidní analgetika	23%	23%
Psychostimulační léky	13%	13%
Počet respondentů	70	56

Na zjišťování prevalence v posledních 12 měsících navazovaly dvě otázky se škálami, kdy měli respondenti zhodnotit na škále od 1 do 6, kdy 1 označovala nejmenší hodnotu a 6 největší (bez problémů až velmi náročné, nebo rozhodně ne až rozhodně ano), jak by pro ně bylo náročné studovat bez užívání léku a zda si myslí, že budou lék užívat i po dokončení studia. Z grafu č. 5 lze vyčíst, že většina respondentů si myslí, že po dokončení studia užívat léky nebude. Na škále zvolilo hodnoty 1, 2, 3, kdy 1 je „rozhodně ne“, 41 respondentů, což je 73 % ze všech respondentů, co na tuto otázku odpovídali. Pro náročnost studia bez léku zvolilo nejvíce respondentů na škále hodnotu 2 a 3 (1 označovala „bez problémů“). Oproti tomu bylo 44 % respondentů, kteří zaškrtnuli hodnoty blíže k variantě „velmi náročné“.

Graf 5 - Náročnost studia bez léku a užívání po studiu

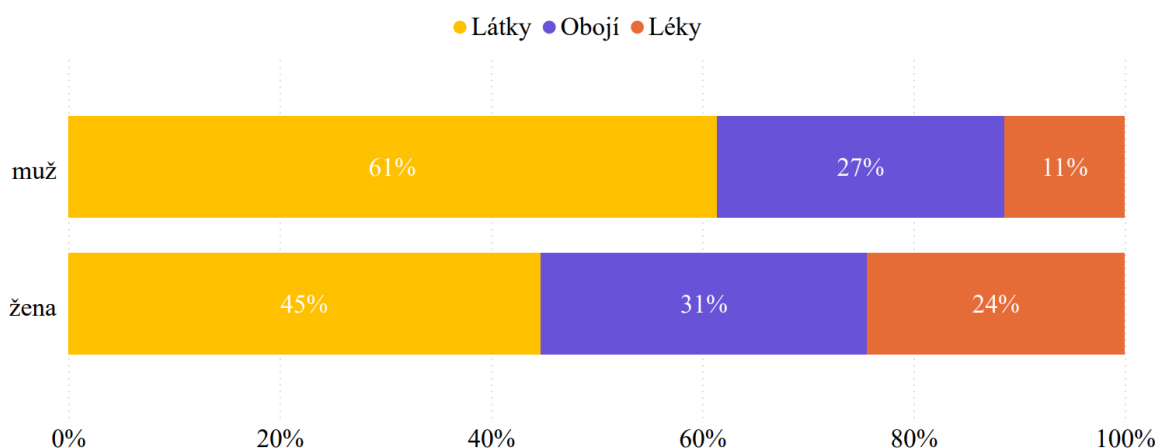


Součástí dotazníku byla také otázka na prevalenci užití jiných návykových látek (vyjma léků) v souvislosti se studiem. Celkem kladně odpovědělo 103 respondentů (29 mužů a 74 žen), což je 24 % z celého souboru. Pokud vztáhneme procentuální zastoupení užití na pohlaví, vychází, že prevalence užití psychoaktivních látek je 29 % u mužů a 23 % u žen.

Nejčastěji uváděnou skupinou látek jsou kanabinoidy (85 %), menší množství respondentů pak uvedlo kratom (28 %) a stimulační látky (13 %) a v jednotkách procent se pak pohybují halucinogenní (6 %) a tlumivé látky (2 %).

V grafu č. 6 lze pozorovat tuto prevalenci v porovnání s prevalencí užívání psychoaktivních léků. Hodnoty respondentů, kteří užili látky, léky nebo obojí jsou zobrazeny v souvislosti s pohlavím. U mužů lze pozorovat převahu těch, kteří užili pouze látky (61 %, tj. 24 respondentů), zatímco u žen je prevalence pouze látek 45 % (39 respondentek).

Graf 6 - Užití psychoaktivních látek vs. léků v souvislosti s pohlavím

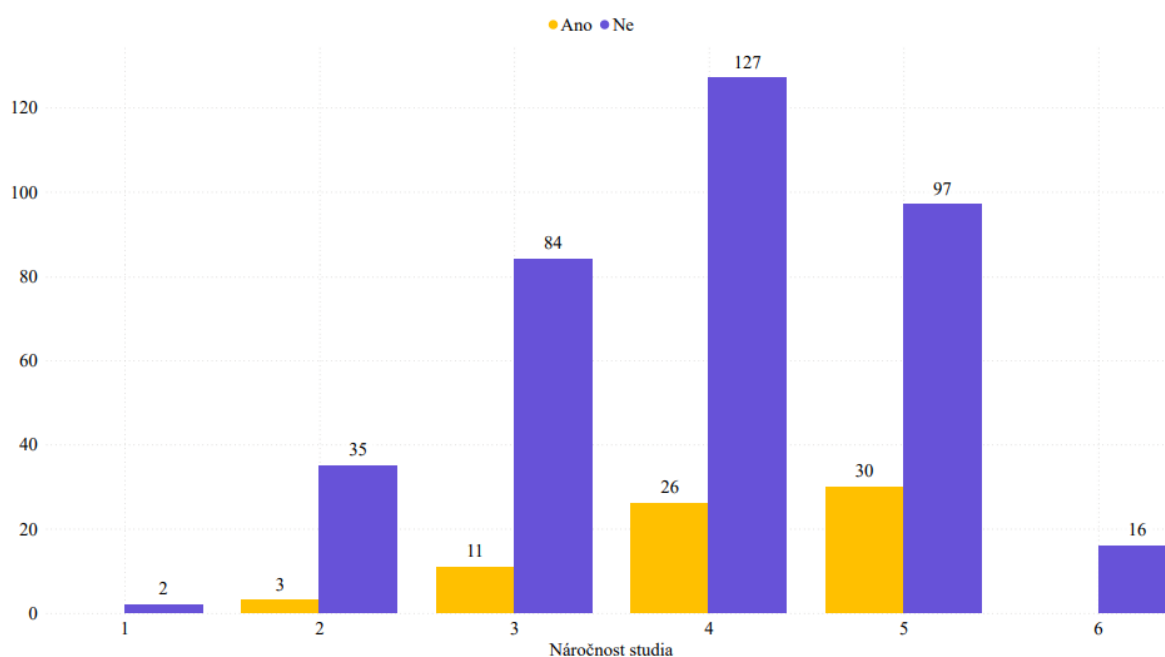


Respondenti, kteří uvedli zkušenost s užitím v souvislosti se studiem jak léků, tak jiných látek, odpovídali ještě na otázku, která z těchto dvou skupin pro ně byla primární (častěji užívaná, významnější). Z výsledků zde vychází poměr 54 % pro jiné látky a 46 % pro psychoaktivní léky.

### 6.2.2 Jak souvisí subjektivně vnímaná náročnost studia s užíváním psychoaktivních léků?

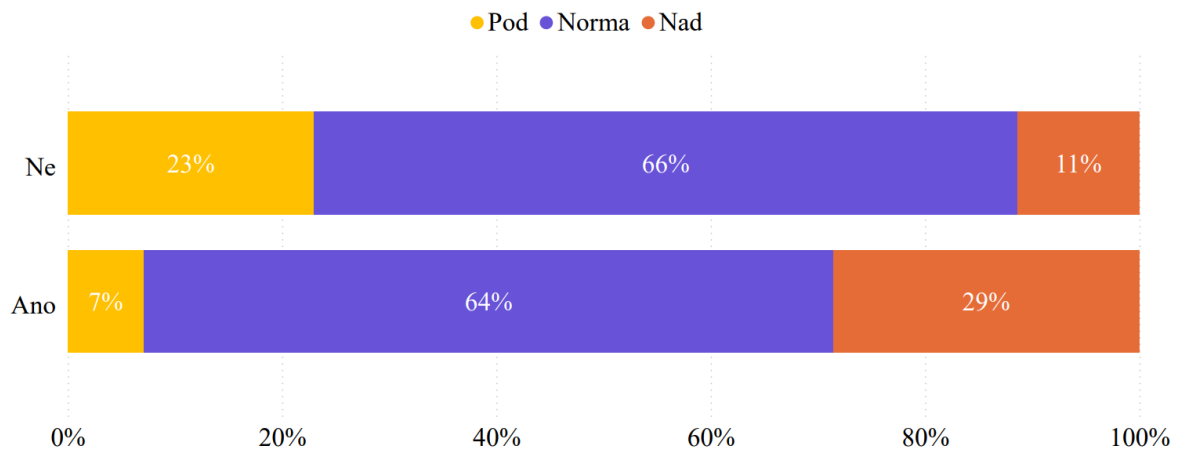
V dotazníku byly tři otázky, které mapovaly subjektivní náročnost studia. Byly to konkrétně: „Jak moc je pro vás studium náročné?“, „Máte někdy pocit, že studium nezvládáte?“ a „Míváte v souvislosti se studiem pocity úzkosti či beznaděje?“. V otázkách byla vždy škála od 1 do 6, kdy 1 označovala nejmenší hodnotu a 6 největší (jednoduché až velmi náročné, nebo nikdy až téměř pořád). Odpovědi na otázku o náročnosti studia jsou vyobrazeny v souvislosti s tím, zda daný respondent někdy užil psychoaktivní lék v souvislosti se studiem na VŠ, či nikoliv. Pokud se výsledné hodnoty propojí spojnicí, vychází u respondentů, kteří lék neužili, téměř Gaussova křivka. Oproti tomu u respondentů, kteří lék někdy užili, má spojnice vzestupnou tendenci.

Graf 7 - Souvislost užití se subjektivně vnímanou náročností studia



Ze tří již výše zmíněných otázek byla vypočítána u každého respondenta průměrná hodnota, díky čemuž vzniklo „skóre náročnosti studia na VŠ“. Dalším krokem byl výpočet celkového průměru ze všech skóre a následně směrodatné odchylky od vypočtené hodnoty. Graf č. 8 znázorňuje rozložení respondentů, zda se „vešli do normy“, která výpočty vznikla, nebo se vychylují jedním, či druhým směrem. Tyto hodnoty jsou vyobrazeny v kontextu, zda respondent užil či neužil lék v souvislosti se studiem. Většina respondentů, kteří nikdy lék neužili, se nachází v normě nebo pod průměrem. Respondenti, kteří zkušenost s užitím mají, jsou naopak více v nadprůměrných hodnotách.

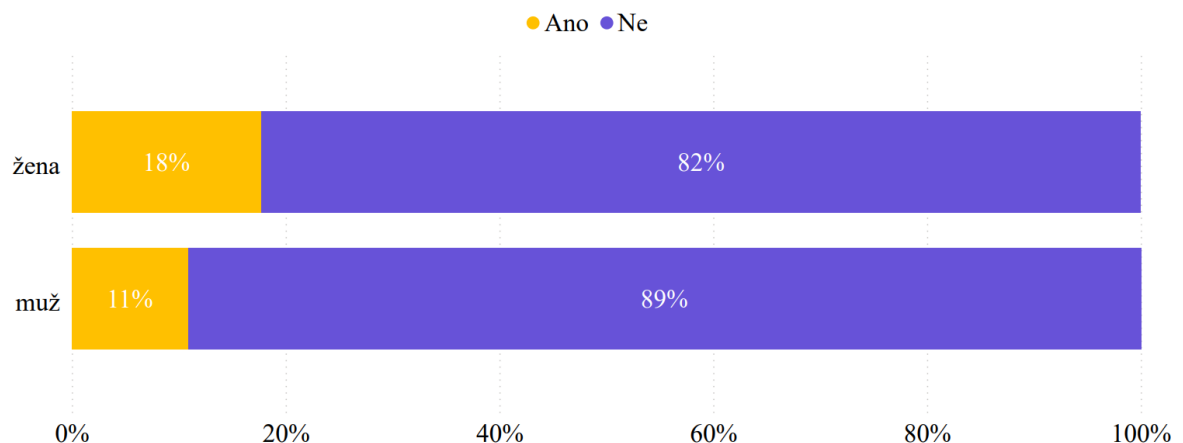
Graf 8 - Skóre náročnosti studia na VŠ v souvislosti s užitím



### 6.2.3 Existují souvislosti mezi prevalencí a sociodemografickými specifickými studentstva (případně i konkrétními studovanými obory)? Pokud ano, jaké?

Z celkového počtu respondentů, kteří někdy užívali psychoaktivní léky v souvislosti se studiem (70 respondentů), odpovídaly kladně častěji ženy. V grafu č. 9 je porovnání procentuálního zastoupení kladných a záporných odpovědí mezi muži a ženami. Ve výzkumném souboru byla mezi ženami zaznamenána celoživotní prevalence u 59 respondentek (18 %), oproti tomu u mužů je prevalence 11 % (11 respondentů). V porovnání s tím, již výše v grafu č. 6, který vyobrazoval užití i jiných psychoaktivních látek, lze pozorovat u mužů vyšší procenta prevalence užití právě jiných psychoaktivních látek, zatímco u žen je vyšší prevalence v užívání léků.

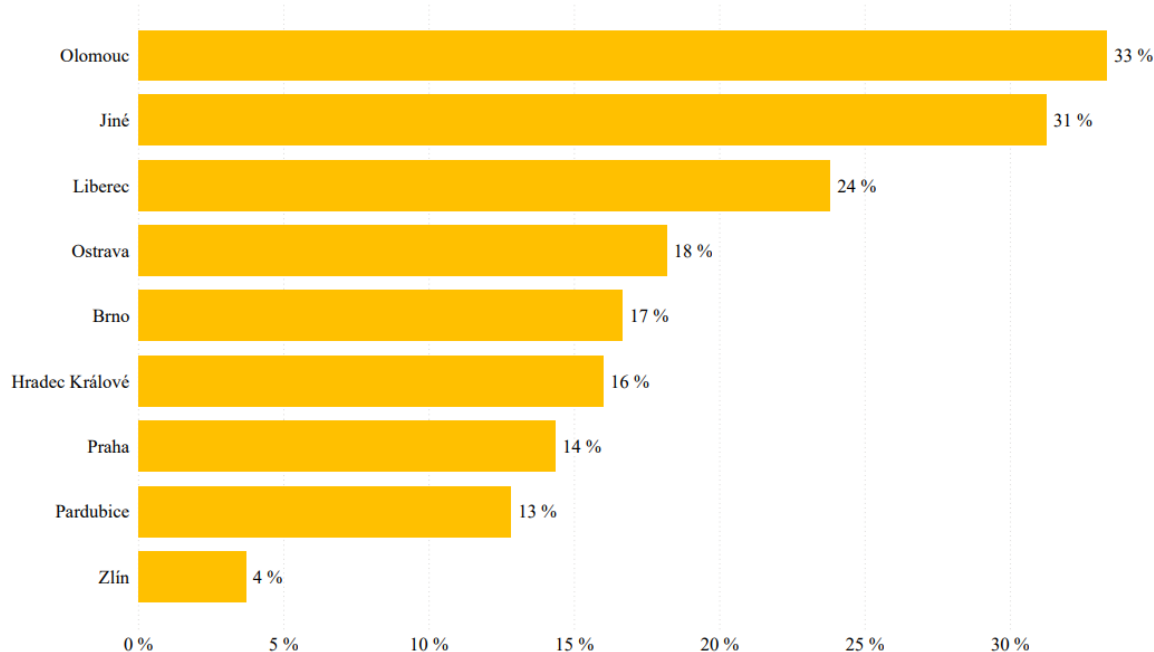
Graf 9 - Užití v souvislosti s pohlavím



Další proměnnou, kterou lze v souvislosti s prevalencí užití psychoaktivních léků sledovat, je věk respondentů. Nejvyšší prevalence užití byla u respondentů ve věku 22 a 24 let (23 % a 22 %). U věku 23 let to bylo 18 %, v kategorii 20 let a mladší byla prevalence 15 % stejně jako v kategorii 27 let a více. Nejnižší hodnoty pak vycházejí u respondentů ve věku 21 (9%), 25 a 26 let (11 %).

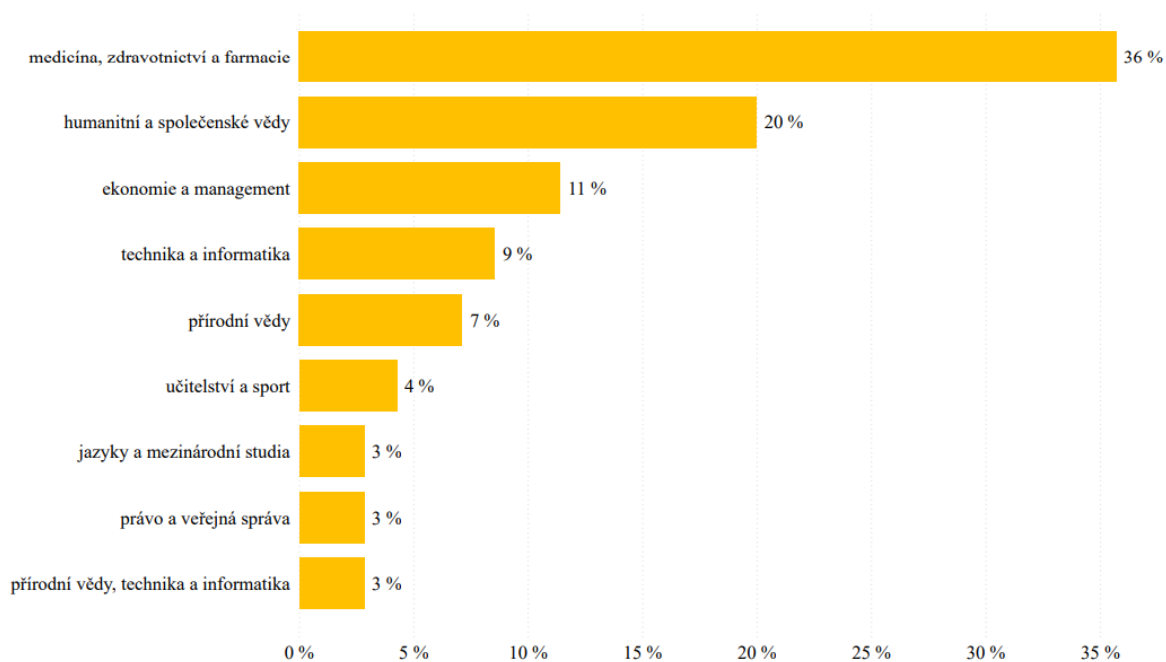
Graf č. 10 vyobrazuje souvislost mezi užitím psychoaktivních léků a městem studia. Podle získaných dat je největší prevalence v Olomouci (33 %), v kategorii „jiné“ (31 %), kam spadají např. města jako Ústí nad Labem, České Budějovice, Plzeň a řada dalších, dále Liberec (24 %), Ostrava (18 %), Brno (17 %), Hradec Králové (16 %), Praha (14 %), Pardubice (13 %) a Zlín (4 %).

Graf 10 - Užití v souvislosti s městem studia



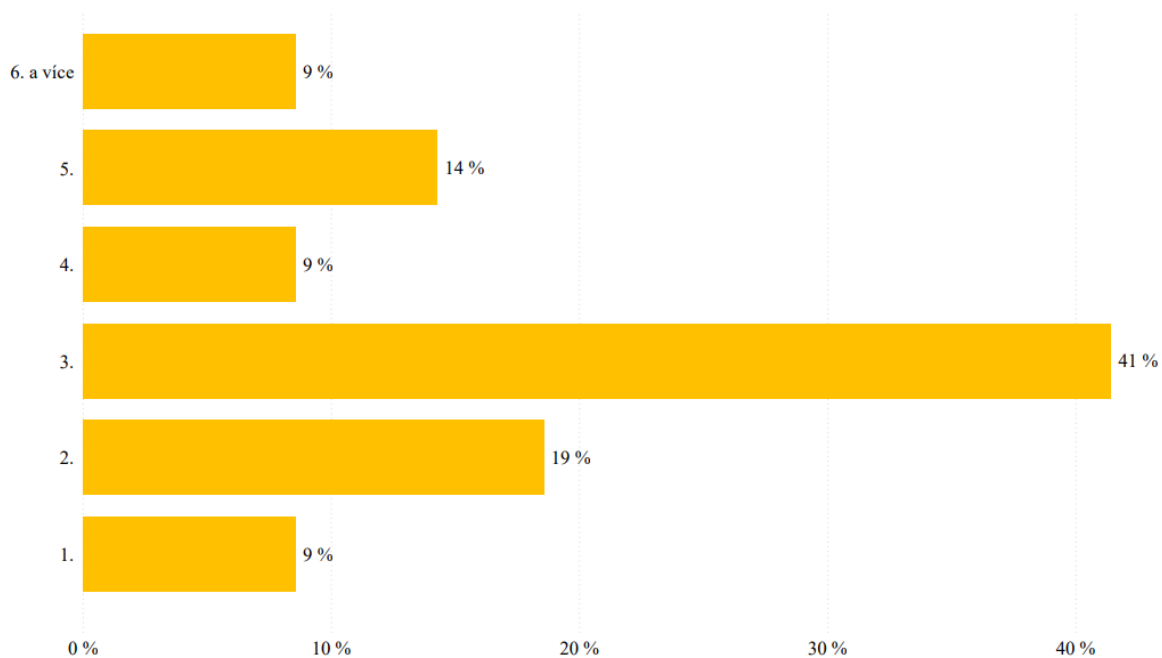
Dalším možným aspektem pozorování je souvislost užití se zaměřením studijního oboru. Nejvyšší prevalenci lze vidět u zaměření medicína, zdravotnictví a farmacie (36 %) na druhém místě jsou humanitní a společenské vědy (20 %), dále ekonomie a management (11 %) a další zaměření jsou pod 10 %. Naopak nejnižší prevalence je u mezinárodních studií a zaměření právo a veřejná správa (3 %).

Graf 11 - Užití v souvislosti se studijním zaměřením



Poslední informací, zkoumanou v kontextu prevalence užití, je rok studia na VŠ. V grafu č. 12 lze přehledně zjistit, že nejvyšší prevalence je v kategorii 3. rok studia (41 %), dále 2. rok (19 %) a 5. rok (14 %).

Graf 12 - Užití v souvislosti s roky studia

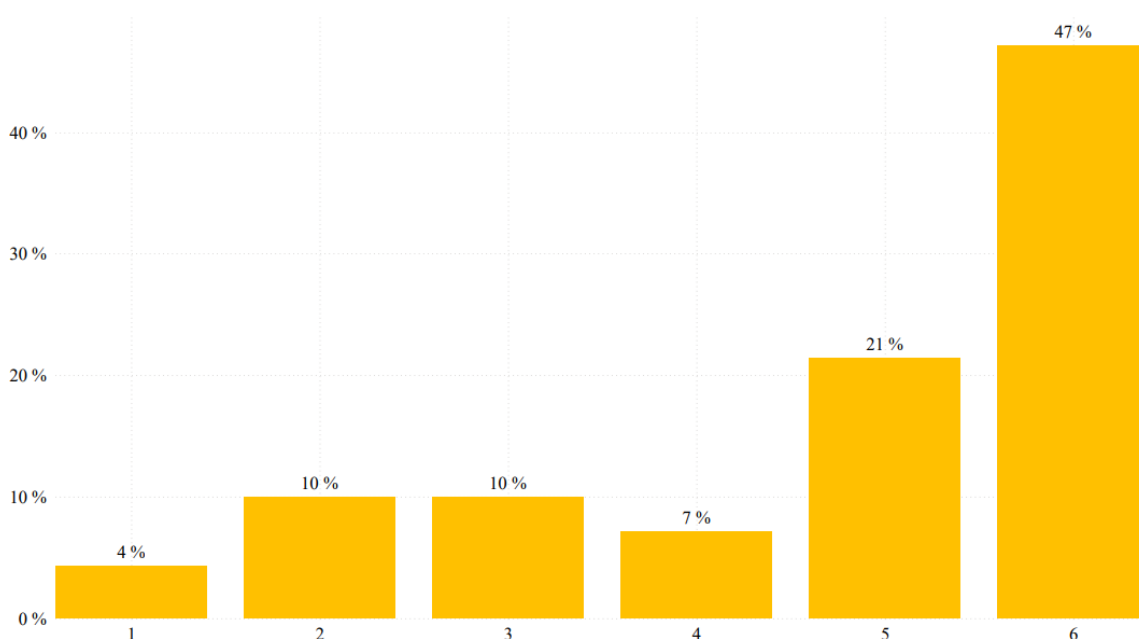




#### 6.2.4 Jaké je prevalence rizikového užívání psychoaktivních léků v souvislosti se studiem mezi studenty vysokých škol a o jaké léky se jedná?

Souvislost s rizikovým užíváním má právě i informovanost respondentů o užívaném léku. Respondenti proto měli na škále od 1 do 6, kdy 1 je „nic jsem nevěděl\*a“ a 6 „věděl\*a jsem vše“, znázornit míru své informovanosti o rizicích užití psychoaktivního léku. Výsledky této otázky prezentuje graf č. 13, ze kterého lze vyvodit, že většina respondentů subjektivně vnímá, že měla dostatek informací (47 % respondentů označilo na škále hodnotu 6). Zdrojem informací pak byl nejčastěji příbalový leták (v 66 % případů), internet (51 %), lékař (46 %), osoba, od které respondent lék získal (27 %), lékárna (20 %) a několik respondentů připsalo možnost studium na VŠ (4 %).

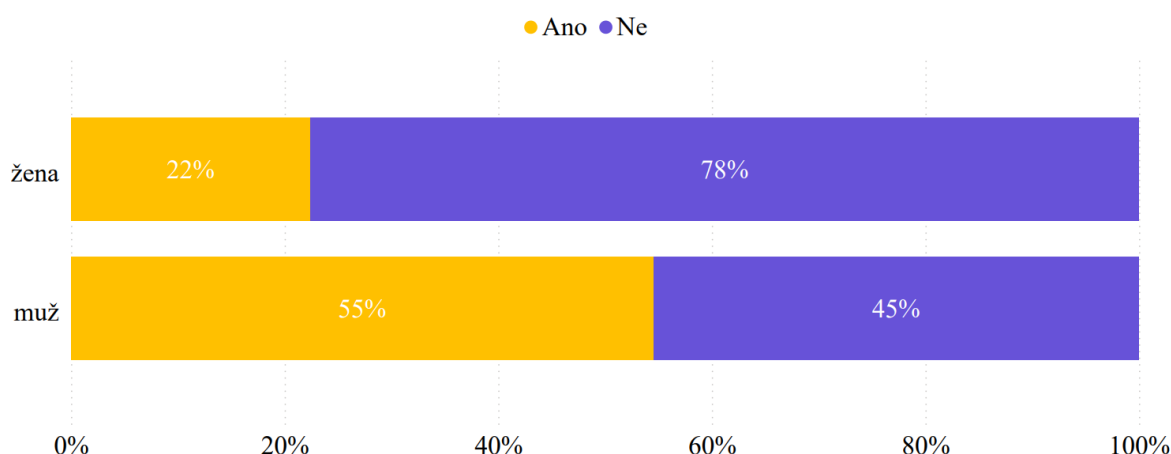
Graf 13 - Míra informovanosti



Dále je mapováno samotné rizikové užití. Otázka zjišťující tuto prevalenci zněla takto: „Užil\*a jste někdy nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s nynějším studiem na VŠ bez lékařského předpisu, mimo pokyny lékaře nebo jinak než je uvedeno v příbalovém letáku (případně za jiným účelem, než je určeno)?“. Kladně odpovědělo celkem 20 respondentů (což je 29 % z těch, co někdy užíli), z toho 13 žen a 6 mužů (plus jeden dotazník z kategorie „jiné“). V tabulce č. 7 na konci této kapitoly je mimo jiné zaznamenáno i procentuální zastoupení právě respondentů a respondentek, kteří někdy rizikově užíli, z celkového vzorku.

Graf č. 14 zobrazuje prevalenci rizikového užití v kontextu pohlaví. Na grafu lze pozorovat, že ač respondentky častěji užívají psychoaktivní léky (59 respondentek, 18 % z celkového vzorku žen), rizikově je užívá 22 % z nich, oproti tomu respondentů užívá méně (11 respondentů, 11 % z celku), ale rizikově užívá 55 % z nich.

Graf 14 - Srovnání pohlaví v souvislosti s rizikovým užíváním



V návaznosti na předchozí otázku byl výzkumný soubor dotázán na to, jakým způsobem bylo jejich užití rizikové. Nejčastější odpovědí byla samoléčba, tzn. léky na předpis byly užity bez indikace lékaře (80 %), dále užití za jiným účelem, než ke kterému byly léky určeny (30 %), užití jiným způsobem než je určeno (25 %) a nejméně frekventované je užití většího množství, tzv. nadužití (10 %).

Součástí i této sekce otázek byla jedna otevřená na konkrétní léky. Nejčastěji se objevovaly opět benzodiazepiny (3x Lexaurin, 2x Rivotril, 1x Neuro1), dále nootropika (Piracetam, Akineton, Chlorprothixen), léky na ADHD (Concerta), nebenzodiazepinové anxiolytikum (Atarax) a 2x kodein.

Následující dva dotazy pak směřovaly k dotazování na závislostní chování. Dotazy zněly: „Měl\*a jste někdy pocit, že si musíte dát lék, abyste zvládl\*a fungovat?“ a „Přemýšlel\*a jste někdy nad tím, že byste chtěl\*a s užíváním léku přestat?“ Tabulka č. 7 shrnuje počty respondentů, kteří lék někdy užili, užili jej rizikově a výsledky dvou zmiňovaných otázek.

Tabulka 7 - Shrnující tabulka

	Ženy (n = 327)	Muži (n = 101)	Celkový počet (N = 431)
<b>Prevalence užití psych. léků</b>	18%	11%	16%
<b>Prevalence rizikového užití</b>	4%	6%	5%
<b>Nezvládnou bez léku fungovat</b>	2%	3%	3%
<b>Zkoušelo léky vysadit</b>	2%	1%	2%

## 7 DISKUZE A ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zmapovat prevalenci užívání psychoaktivních léků v souvislosti se studiem v obecné studentské populaci. Kvůli šíření dotazníku skrze osobní profil autorky na Instagramu a Facebooku se dostal dotazník spíše jen mezi užší okruh studentstva. O tom vypovídají právě sociodemografické informace o respondentech (tabulka č. 3, 4 a 5) – 52 % uvedlo město studia Prahu (což je i město studia autorky), dále pohlaví, kdy převažují ženy, a věk (nejčastěji 22 a 23 let), což jsou opět vrstevníci autorky. Dalším takovým údajem bylo i zaměření studijního oboru, kdy nejvíce respondentů vybralo možnost “medicína, zdravotnictví a farmacie”, kam opět spadá i zaměření oboru autorky. Díky těmto faktorům mohlo dojít k menší reprezentativě vzorku populace studentstva a určitému zkreslení výsledků, nicméně jsou zastoupena téměř všechna velká města, věkové kategorie a i všechny kategorie zaměření studijních oborů. Co se poměru žen a mužů týče, i podle ČSÚ studuje na vysokých školách větší poměr žen než mužů. Pro získání reprezentativnější výzkumné skupiny by se mohlo získávání participantů provést systematictěji. Například by se mohl udělat seznam univerzit v ČR vybrat každou x-tou, oslovit konkrétní studentské spolky či studijní obory. Otázkou je také poutavost příspěvku, kterým byli studenti na sociálních sítích oslovováni. Bohužel se nedá zjistit, kolik potenciálních respondentů příspěvek vidělo a kolik z nich dotazník vyplnilo. Nedá se tedy říct, zda tento aspekt byl proveden dostatečně dobře.

Další faktor, který potenciálně mohl zkreslit výsledky, je nejasnost pojmu “smart drugs”. V různých pracích je tento pojem definován různě – podle různých autorů to mohou být kromě léků typu nootropik i různé doplňky stravy, vitamíny, ale třeba i čokoláda nebo káva. V kontextu této práce byly tímto pojmem myšleny právě „léky pro podporu učení”. V otevřených otázkách, kam respondenti psali konkrétní názvy léků, se ale objevovaly i názvy různých homeopatik, kofeinových přípravků apod. Tomuto se dalo předejít jasným definováním pojmu, případně používáním jiného, jasnějšího označení (např. právě “léky pro podporu učení”).

Zavádějící mohou být také otázky navazující na otázku zjišťující prevalenci v posledních 12 měsících. Otázky se totiž zaměřují na aktuální a budoucí užívání, což nepočítá s variantou, že například respondent v posledním roce s léky jednorázově experimentoval nebo během těch 12 měsíců s užíváním přestal (do jedné otevřené otázky respondentka psala, -že léky vysadila před 10 měsíci a od té doby je neužíla). Částečným řešením by mohlo být zkrácení dotazovaného časového horizontu (např. na 1 měsíc).

Z celkového souboru dotazníků byly vyřazeny čtyři z nich, kdy dva byly vyplněny studentkami vyšší odborné školy a dva obsahovaly irelevantní odpovědi (např. odpověď „nevím“ na otázku: „Kolik je vám let?“). Zbylých 341 dotazníků bylo kompletně vyplněno a obsahovalo relevantní data, ze kterých mohlo být pro práci čerpáno. Z toho lze vyvodit, že bylo vše, dotazník i jednotlivé otázky, pro respondenty srozumitelné.

První výzkumná otázka zjišťovala prevalenci užívání psychoaktivních léků v souvislosti se studiem v populaci studentstva, a jaké konkrétní lékové skupiny jsou v populaci nejčastější. Z výsledků vyplývá celková prevalence 16 %, což je v porovnání se studii zmiňovanými v kapitole 2 vyšší procento. Nejvíce zastoupenou lékovou skupinou byly léky na úzkost nebo na spaní (celkem 69 %), dále byla kategorie léky na podporu učení (smart drugs) (40 %). Právě benzodiazepiny, nebo jiné léky na úzkost či spánek, jsou nejčastěji zneužívány psychoaktivními farmaky v České republice (Chomynová et al., 2023). Užívání léků na podporu učení pak dává smysl v souvislosti s náročností vysokoškolského studia. To dokazují i výzkumné práce zaměřené na vysokoškolské studenty zmiňované v kapitole 2.3.

Nejčastějším důvodem užívání byla úleva od stresu a úleva od úzkosti, což koresponduje s nejvíce užívanou lékovou skupinou. Kromě toho to také dává smysl s kontextem studia na VŠ, během kterého jsou studenti vystavováni řadě vnějších i vnitřních stresorů, které se pojí se studiem samotným i různými změnami spojenými s přechodem na vysokou školu (Kuric et al., 1980).

U otázky dotazující se na frekvenci užívání se u kategorie psychostimulantů a smart drugs je nejčastější varianta „během zkouškového období“, což dává smysl v kontextu nároků kladených na studenty v této době. V tomto období mohou mít studenti často potřebu zvyšovat svůj kognitivní výkon nebo potlačovat únavu a spánek kvůli učení se na zkoušky. U opioidních analgetik je pak nejčastější jednorázovost nebo nárazovost, kontinuální užívání po celý rok se zde nevyskytlo. Za nejvíce rizikové by se v tomto ohledu dala označit skupina léků na úzkost a spánek, kdy můžeme podle odpovědí na otevřené otázky, kde se zjišťovaly konkrétní léky, předpokládat, že se jedná převážně o benzodiazepiny. Nejvíce volenou odpovědí byla opět nárazovost (35 %), to by ovšem nemusel být vzhledem k povaze léků až takový problém. Nicméně druhou nejčastější možností (29 %) bylo pravidelné užívání po celý rok, což vzhledem k nebezpečí nárůstu tolerance a vzniku fyzické závislosti, může být potenciálně velmi rizikové (Mohr et al., 2017).

Otázky na prevalenci v okolí respondentů ukázaly, že ve svém okolí registruje, že někdo užívá psychoaktivní léky, 58 % respondentů. U těchto respondentů, kteří ve svém okolí někoho takového registrují, je prevalence užití ve 22 % případů. Oproti tomu respondenti, kteří ve svém okolí někoho takového nemají, je prevalence jejich vlastního užití 8 %. Tyto výsledky byly očekávány. Důvodem může být, že je respondent v „sociální bublině“, kde buď jeho blízké osoby i spolu s ním užívají, nebo naopak ne. Případně se může jednat o zvýšenou všímavost vůči jevu, který se vyskytuje u samotného respondenta.

Graf č. 5 spojuje dvě otázky, kdy jedna zjišťuje, jaká je pravděpodobnost, že bude respondent užívat léky i po dokončení studia, a jak obtížné by pro něj bylo pokračovat ve studiu bez užívání. Odpovědi vycházejí u obou otázek podobně, jediný rozpor je u hodnoty 1, která označuje „rozhodně ne“ a „bez problémů“. Nejvíce respondentů je přesvědčeno, že

léky po studiu rozhodně užívat nebude a postupně počet respondentů klesá až k hodnotě 6 (rozhodně po studiu užívat bude). Oproti tomu náročnost studia bez léků je u hodnoty 1 („bez problémů“) o polovinu méně respondentů než u hodnoty 2, odkud počet opět klesá až k číslu 6 („velmi náročné“). Z tohoto grafu, dle mého názoru vyplývá, že většina respondentů je přesvědčena, že s užíváním jednou přestane, ale teď by to pro ně bylo kvůli okolnostem náročné. Díky tomu vyvstává otázka, zda pro ně bude období po dokončení VŠ méně náročné a budou moct bez problémů léky vysadit. Pokud by se jednalo o užívání právě již zmiňovaných benzodiazepinů, může navíc vzniknout velmi silná závislost, která představu snadného vysazení léků po dokončení studia téměř vylučuje.

Druhá otázka řeší subjektivně vnímanou náročnost studia v souvislosti právě s prevalencí. Subjektivně vnímaná náročnost studia souvisí s prevalencí očekávaně. Zatímco část respondentů, kteří lék v souvislosti se studiem nikdy neužili, jsou rozloženi na škále náročnosti studia do tvaru Gaussovy křivky (nejvíce je středních hodnot a do extrémních hodnot počty respondentů klesají), množství respondentů, kteří lék někdy užívali, stoupá s náročností studia. Zajímavé je, že obě krajní hodnoty jsou bez respondentů. U dolní hodnoty („jednoduché“) se dal tento výsledek očekávat, naopak u nejvyšší hodnoty („velmi náročné“), kde bylo očekáváno (i vzhledem k vzestupnosti hodnot) největší množství respondentů, taktéž žádný respondent není. Otázkou tedy je, zda je to způsobeno tím, že respondenti vnímají studium náročné na nižších hodnotách právě díky užívání psychoaktivních léků, nebo zda jsou přesvědčeni, že oni to nezvládají, ač studium tak náročné není.

Výpočtem „skóre náročnosti studia na VŠ“ a následným výpočtem směrodatné odchylky od průměru jsou získány hodnoty vyobrazené v grafu č. 8. Výsledek dopadl opět podle očekávání, kdy respondenti, kteří někdy užívali psychoaktivní léky, se v hodnotách skóre náročnosti výrazněji pohybují v průměru až spíše nadprůměru. Důvodem může být právě očekávaná souvislost – vyšší subjektivní náročnost studia se pojí s vyšší prevalencí užití.

Třetí výzkumná otázka zkoumala souvislosti prevalence se sociodemografickými informacemi. U žen vyšla vyšší prevalence (18 %) než u mužů (11 %), oproti tomu prevalenci užívání jiných psychoaktivních látek uvedlo 29 % mužů a 23 % žen. Tyto výsledky opět korespondují s výsledky jiných studií, kdy prevalence užívání psychoaktivních léků bývá u žen vyšší než u mužů a naopak prevalence jiných psychoaktivních látek bývá vyšší v mužské populaci (Chomynová et al., 2020; Chomynová et al., 2023).

Zajímavý výsledek přinesla otázka na město studia, která ukázala, že nejvyšší prevalence užití je v Olomouci (33 %). Oproti tomu Praha, která byla očekávána na předních příčkách, ať už kvůli dostupnosti léků nebo obecně psychoaktivních látek, nebo množství studentů, zaujímá až 7. místo v pořadí s pouhými 14 %. Zdůvodnění takovýchto výsledků je sporné. Zda to může mít skutečně výpovědní hodnotu a v Olomouci je skutečně výraznější

prevalence, nebo je to způsobeno tím, že se dotazník dostal do okruhu studentů, kteří užívají. Obdobně tak s výsledky z Prahy, kdy mohlo dojít ke zkreslení vlivem šíření dotazníku po sociálních sítích, což mohlo způsobit, že se mohl dostat jen do určitých okruhů studentů.

Nejvyšší prevalence, co se zaměření studovaného oboru týče, je zaznamenána u zaměření medicína, zdravotnictví a farmacie. To by se dalo odůvodnit náročností oborů, ať už co se množství učiva a nároků kladených na studenty týká, psychickou náročností, která pomáhající profese doprovází, nebo i potenciálně snadnou dostupností farmak.

Poslední výzkumná otázka se týkala rizikového užívání, což je užití léku jiným způsobem, než bylo zamýšleno – tzn. jinak, než je uvedeno v příbalovém letáku, případně mimo pokyny lékaře (Nechanská et al., 2012). Rizikové užívání se objevilo u 20 respondentů. Z toho procentuálně je častější rizikové užívání u mužů než u žen.

V rámci této otázky byla zjišťována i subjektivní míra informovanosti studentů o rizicích psychoaktivních léků. Téměř polovina respondentů na škále označila nejvyšší hodnotu informovanosti („věděl\*a jsem vše“), což není v dotazníku nijak objektivně ověřeno. Nicméně dostatečná informovanost by mohla být dobrým ochranným faktorem před potenciálními riziky užívání.

Subjektivní pocit dostatečné informovanosti dost možná i odůvodňuje nejčastější způsob rizikového užívání, což je užití bez indikace lékaře. Tato „samoléčba“ by se dala odůvodnit i výše zmiňovaným nejčastějším zaměřením studijního oboru, což je medicína, zdravotnictví a farmacie, u kterých se předpokládá, že budou mít do problematiky vhléd a značné množství informací.

Stanovený cíl byl naplněn a všechny výzkumné otázky zodpovězeny. Práce kromě samotné prevalence užívání psychoaktivních léků poukazuje také na náročnost studia na vysokých školách a možná nedostatečně uchopenou péči o duševní zdraví studentů, která je kompenzována právě užíváním léků. Domnívám se, že v budoucnu by měl být veden větší apel na duševní zdraví a psychohygienu vysokoškoláků. Další výzkumy by se mohli zaměřit na užívání léků nebo jiných psychoaktivních látek právě v souvislosti s psychickou odolností, coping mechanismy nebo obecně wellbeingem studentů.

## Seznam literatury

Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9e13f664-4395-465e-9475-b4ebc08c0557%40redis>

Atkinson, R. L., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., Wagenaae, W. A., Hilgard, E. R., Nolen-Hoeksema, S., & Antonínová, H. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Vydání 3., přepracované). Portál.

Brand, E. (2016). *The everything guide to nootropics: boost your brain function with smart drugs and memory supplements*. Adams Media.

Collin, C., Benson, N. C., Ginsburg, J., Grand, V., Lazyan, M., Weeks, M., Buchtelová, M., Mičínová, I., & Vochoč, O. (2019). *Kniha psychologie* (Vydání druhé). Euromedia Group.

Český statistický úřad. (2023, 22. května). *Studenti a absolventi vysokých škol v České republice - 2001–2022*. <https://www.czso.cz/csu/czso/studenti-a-absolventi-vysokych-skol-v-ceske-republice-gr402tsw19>

Dreher, J., & Landa, L. (2017). *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Grada Publishing.

ESPAD Group. (2020). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. EMCDDA Joint Publications. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Fojtík, M. (2021). *Vliv návykových látek na výkonnost studentů Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně*. [Bakalářská práce, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně]. Digitální knihovna UTB. [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/46535/fojt%20c3%20adk\\_2021\\_dp.pdf](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/46535/fojt%20c3%20adk_2021_dp.pdf)

Havlíčková, A. (2021). *Zneužívání nealkoholových drog studenty vysokých škol*. [Bakalářská práce, Univerzita Hradec Králové]. Theses.cz. <https://theses.cz/id/tc378q/STAG94478.pdf>

Chomynová, P., Csémy, L. & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno* 6 (5), 1–20. [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33292/1057/Zaostreno%202020-05\\_ESPAD%202019.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33292/1057/Zaostreno%202020-05_ESPAD%202019.pdf)

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Černíková, T., Galandák, D., Franková, E. (2023). *Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2023 [Report on Problematic Psychoactive Medicines Use in the Czech Republic 2023]*. Úřad vlády České republiky.

Josif, J. (2016). *Užívání návykových látek jako podpora studijních výkonů vysokoškolského studia*. [Bakalářská práce, Univerzita Hradec Králové]. Theses.cz. <https://theses.cz/id/ivkhxw/18833176>

Kachlík, P. (2011). *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. Masarykova univerzita.

Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia-Nova.

Klech, R. (2009). *Komparace drogové scény u vybraného vzorku vysokoškolských studentů v České republice a ve Slovinsku*. [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. [https://is.muni.cz/th/fp4pw/Diplomka\\_final.pdf](https://is.muni.cz/th/fp4pw/Diplomka_final.pdf)

Kohoutek, R. (1998). *Osobnost a sebepoznání studentů*. Akademické nakladatelství CERM.

Komůrková, Z. (2021). *Užívání chytrých drog studenty vysokých škol*. [Bakalářská práce, AMBIS, vysoká škola, a. s.]. Univerzitní repozitář AMBIS. [https://is.ambis.cz/th/dsju6/BP\\_Komurkova\\_-\\_Uzivani\\_chytrych\\_drog\\_studenty\\_vs.pdf](https://is.ambis.cz/th/dsju6/BP_Komurkova_-_Uzivani_chytrych_drog_studenty_vs.pdf)

Kubičová, L. (2017). *Užívání návykových látek u studentů adiktologie*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/85988/BPTX\\_2016\\_2\\_11110\\_0\\_440304\\_0\\_189966.pdf](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/85988/BPTX_2016_2_11110_0_440304_0_189966.pdf)

Kuric, J., Míček, L., & Slováčková, S. (1980). Stressové faktory v životě vysokoškolských studentů. In *Sborník prací filozofické fakulty Brněnské univerzity*. Brno: Univerzita J. E. Purkyně (s. 141-158). Dostupné z: <https://hdl.handle.net/11222.digilib/112965>

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (Vydání třetí). Portál.

Lefkowitz, E. S. (2005). Things Have Gotten Better: Developmental Changes Among Emerging Adults After the Transition to University. *Journal of adolescent research*, 20(1), 40-63. <https://doi.org/10.1177/0743558404271236>

Lüllmann, H., Mohr, K., Hein, L., & Slíva, J. (2020). *Barevný atlas farmakologie* (5. české vydání). Grada Publishing.

Martínková, J. (2018). *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů, 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. Grada.

Matošková, J., & Potočková, G. (2016). Život úspěšného studenta na vysoké škole. *Psychologie pro praxi*, 51(3-4), 21-34



Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistik ČR. (2024). *Národní zdravotnický informační portál*. <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/2638>

Mohr, P., Kopeček, M., Brunovský, M., & Páleníček, T. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Maxdorf.

Nechanská, B., Mravčík, V., & Popov, P. (2012). *Zneužívání psychoaktivních léků v České republice: identifikace a analýza zdrojů dat*. Úřad vlády České republiky.

Novotná, M. (2020). *Prevalence užívání a dostupnost návykových látek mezi studenty vysokých škol v Brně*. [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. [https://is.muni.cz/th/jo26s/DP\\_425551\\_NovotnaM\\_Final.pdf](https://is.muni.cz/th/jo26s/DP_425551_NovotnaM_Final.pdf)

Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Grada.

Perlík, F. (2011). *Základy farmakologie* (2., přeprac. a dopl. vyd). Galén.

Raboch, J., Jiráček, R., & Paclt, I. (2005). *Psychofarmakologie pro praxi*. Triton

Říha, M. (2024). *Nootropika – zkušenosti s užíváním u studentů vysokých škol*. [Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích]. Theses.cz. [https://theses.cz/id/hur7qg/Nootropika\\_-\\_zkušenosti\\_s\\_uživáním\\_u\\_studentů\\_vysokých\\_sk.pdf](https://theses.cz/id/hur7qg/Nootropika_-_zkušenosti_s_uživáním_u_studentů_vysokých_sk.pdf)

Slíva, J. (2007). Současnost a budoucnost nootropik. *Postgraduální medicína*. 9 (5). 492-494

Švihovec, J., Bultas, J., Anzenbacher, P., Chládek, J., Příborský, J., Slíva, J., Votava, M., & Barták, M. (2018). *Farmakologie*. Grada Publishing.

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.

Vágnerová, M., Svoboda, M., & Hady-Mousová, Z. (2007). *Vývojová psychologie. II., Dospělost a stáří*. Karolinum.

Vágnerová, M. (2016). *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum.

World Health Organization. (2023). *MKN-10*. <https://mkn10.uzis.cz/>

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 - Prevalence užití tlumivých léků .....	12
Tabulka 2 - Prevalence užití stimulačních léků a smart drugs .....	13
Tabulka 3 - Pohlaví.....	21
Tabulka 4 - Věk .....	21
Tabulka 5 - Město studia .....	22
Tabulka 6 - Porovnání prevalencí .....	27
Tabulka 7 - Shrnující tabulka.....	34
Graf 1 - Zaměření studijních oborů .....	22
Graf 2 - Prevalence užití psychoaktivních léků .....	23
Graf 3 - Četnost užití jednotlivých skupin léků.....	24
Graf 4 - Frekvence užívání jednotlivých skupin léků.....	25
Graf 5 - Náročnost studia bez léku a užívání po studiu .....	27
Graf 6 - Užití psychoaktivních látek vs. léků v souvislosti s pohlavím.....	28
Graf 7 - Souvislost užití se subjektivně vnímanou náročností studia .....	29
Graf 8 - Skóre náročnosti studia na VŠ v souvislosti s užitím .....	30
Graf 9 - Užití v souvislosti s pohlavím .....	30
Graf 10 - Užití v souvislosti s městem studia .....	31
Graf 11 - Užití v souvislosti se studijním zaměřením .....	32
Graf 12 - Užití v souvislosti s roky studia .....	32
Graf 13 - Míra informovanosti.....	33
Graf 14 - Srovnání pohlaví v souvislosti s rizikovým užíváním .....	34

## **Seznam příloh**

Příloha 1 - Dotazník

# Dotazník k bakalářské práci

Vážené respondentky a respondenti, jsem studentka třetího ročníku oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci na téma "Prevalence užívání psychoaktivních léků ve spojitosti se studiem na vysoké škole v populaci studentstva".

Získaná data budou využita výhradně pro účely zpracování bakalářské práce případně pro další odborné publikace.

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a anonymní.

Vaše odpovědi zaškrtněte, popřípadě napište na řádek. Pokud nenajdete ve výběru možnost, která by přesně odpovídala, vyberte tu, která je vaši odpovědi nejbližší, případně svou odpověď vepište do kolonky "jiné".

Tento dotazník je určen výhradně pro **aktuální studenty vysokých škol**.

Pojem "psychoaktivní léky" užívaný v dotazníku znamená: Léky, které mají vliv na mozek, psychické procesy a stavy. Typicky jsou využívány například v psychiatrii.

Vyplnění dotazníku vám zabere 10-15 minut.

**Vyplněním dotazníku souhlasíte s tím, že budou získaná data anonymně využita pro bakalářskou práci.**

S případnými dotazy či stížnostmi se můžete obrátit na mne (karolina.lauerova@seznam.cz), mého vedoucího práce (jaroslav.vacek@lf1.cuni.cz) či etickou komisi kliniky adiktologie 1. LF UK.

Děkuji Vám za spolupráci.

\* Označuje povinnou otázku

- 
1. Kolik je vám let? (uved'te prosím v číslech) \*

---

2. Jaké je vaše pohlaví? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

muž

žena

Jiné: \_\_\_\_\_

3. V jakém městě aktuálně studujete? \*

\_\_\_\_\_

4. Jakého zaměření je váš aktuální studijní obor? (V případě studia více oborů zároveň, lze zaškrtnout více možností.) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

ekonomie a management

humanitní a společenské

vědy jazyky a mezinárodní

studia kultura a umění

medicína, zdravotnictví a farmacie

právo a veřejná správa

přírodní vědy

technika a informatika

učitelství a sport

zemědělství a veterina

Jiné: \_\_\_\_\_

5. Jaký je konkrétní název vašeho oboru?

\_\_\_\_\_

6. Kolikátým rokem aktuálně studujete na VŠ? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

1.  
 2.  
 3.  
 4.  
 5.  
 6. a více

7. Jak moc je pro vás studium náročné? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- 1 2 3 4 5 6  
jednoduché       velmi náročné

8. Máte někdy pocit, že studium nezvládáte? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- 1 2 3 4 5 6  
nikdy       téměř pořád

9. Míváte někdy v souvislosti se studiem pocitu úzkosti či beznaděje? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- 1 2 3 4 5 6  
nikdy       téměř pořád

10. Užíváte nějaké psychoaktivní léky na předpis? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Ano

Ne

11. Užil\*a jste někdy nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s vaším nynějším studiem na VŠ (např. za účelem úlevy od stresu/úzkosti nebo zvýšení výkonu, usnadnění učení)? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Ano

Ne *Přeskočte na otázku 29*

## O užívání

12. Užil\*a jste někdy nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s nynějším studiem na VŠ? Pokud ano, o jaké léky šlo a kolikrát se tak stalo? \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Nikdy	1-3krát	4-9krát	10-19krát	20 či vícekrát
<b>Léky pro podporu učení, "Smart drugs" (nootropika)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Léky proti úzkosti, na spaní (např. benzodiazepiny)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Psychostimulační léky (léky na ADHD)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Opioidní analgetika (léky na bolest)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. O jaké konkrétní léky šlo?

\_\_\_\_\_



14. Za jakým účelem jste léky užil\*a? (Zaškrtněte všechny platné možnosti.) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Úleva od stresu
- Úleva od úzkosti
- Zvýšení energie
- Podpora soustředění, zlepšení procesů učení
- Jiné: \_\_\_\_\_

15. Jakým způsobem jste léky získal\*a? (Zaškrtněte všechny platné možnosti.) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- od lékaře
- od přátel / známých
- od rodiny
- přes internet
- nevím / nechci uvádět
- Jiné: \_\_\_\_\_

16. V jaké frekvenci jste užíval\*a nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s vaším nynějším studiem na VŠ? \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Nikdy	Jednorázově	Nárazově, "když bylo potřeba/byla příležitost"	Během zkouškového období	Pravidelně po celý rok
<b>"Smart drugs" - nootropika</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Léky proti úzkosti, na spaní (např. benzodiazepiny)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Psychostimulační léky (léky na ADHD)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Opioidní analgetika (léky na bolest)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Ve kterém ročníku a v jakém kontextu / situaci došlo k prvnímu užití. \*

---



---



---

18. Byl\*a jste před prvním užitím informován\*a o možných rizicích užití psychoaktivního léku? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

	1	2	3	4	5	6	
Ne, neznal*a jsem žádná možná rizika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ano, věděl*a jsem vše

19. Odkud jste informace o možných rizikách získal\*a? (Zaškrtněte všechny platné možnosti.) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- žádné informace jsem neměl\*a  
 od lékaře  
 v lékárně  
 od osoby, od které jsem léky získala (známý / člen rodiny)  
 z příbalového letáku  
 z internetu  
 jiné: \_\_\_\_\_

20. Užil\*a jste nějaké psychoaktivní léky v souvislosti se studiem v posledních 12 měsících? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano  
 Ne *Přeskočte na otázku 24*

#### Aktuální a budoucí užívání

21. Jaké léky jste v souvislosti se studiem v posledních 12 měsících užil\*a? (Zaškrtněte všechny platné možnosti.) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- "Smart drugs" (nootropika)  
 Léky proti úzkosti, na spaní (např. benzodiazepiny)  
 Psychostimulační léky (léky na ADHD)  
 Opioidní analgetika (léky na bolest)

22. Jak moc si myslíte, že by pro vás bylo náročné pokračovat ve studiu bez užívání daného léku? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

	1	2	3	4	5	6	
bez problémů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	velmi náročné

23. Myslíte si, že budete užívat léky i po dokončení studia? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

	1	2	3	4	5	6	
rozhodně ne	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> hod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	rozhodně ano

Užívání léků bez předpisu, mimo pokyny nebo jinak než je uvedeno v příbalovém letáku.

24. Užil\*a jste někdy nějaké psychoaktivní léky v souvislosti s nynějším studiem na VŠ bez lékařského předpisu, mimo pokyny lékaře nebo jinak než je uvedeno v příbalovém letáku (případně za jiným účelem, než je určeno)? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne *Přeskočte na otázku 29*

O užívání bez předpisu, mimo pokyny nebo jinak než je uvedeno v příbalovém letáku.

25. Užil\*a jste někdy psychoaktivní léky některým z níže popsaných způsobů? \*  
(Zaškrtněte všechny platné možnosti.)

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Užil\*a jsem větší množství léků
- Užil\*a jsem léky na předpis bez indikace lékaře (formou samoléčby)
- Užil\*a jsem léky pro jiný účel, než pro který jsou určeny
- Užil\*a jsem léky jiným způsobem než jak bylo určeno (lékařem / v příbalové informaci)
- Jiné: \_\_\_\_\_

26. O jaké konkrétní léky šlo?

\_\_\_\_\_

27. Měl\*a jste někdy pocit, že si musíte dát lék, abyste zvládl\*a fungovat? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne

28. Přemýšlel\*a jste někdy nad tím, že byste chtěl\*a s užíváním léku přestat? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne

## Mapování okolí

29. Víte, že byste měl\*a ve svém okolí někoho, kdo v souvislosti se studiem nějaké léky užívá? Pokud ano, víte, o jaké léky se jedná? (Zaškrtněte všechny platné možnosti.) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Ne
- Ano, ale nevím, jaké léky
- Ano, léky pro podporu učení (tzv. smart drugs - nootropika)
- Ano, psychostimulační léky (pro zvýšení bdělosti, pozornosti - např. léky na ADHD)
- Ano, léky na úzkost, uklidnění, spánek (např. benzodiazepiny)
- Ano, opioidní analgetika (léky na bolest)
- Jiné: \_\_\_\_\_

30. Jaké množství studentů ve vašem blízkém okolí takto psychoaktivní léky užívá? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Nikdo, o nikom takovém nevím
- Pár jednotlivců
- Méně než polovina
- Přibližně polovina
- Více než polovina
- Téměř všichni, všichni

31. Máte nějaké doplňující informace o užívání psychoaktivních léků ve vašem okolí (konkrétní léky, frekvence a kontext užití apod.)?

---

---

---

## Jiné psychoaktivní látky

32. Užil\*a jste někdy nějaké jiné psychoaktivní látky (mimo léků) v souvislosti s vaším aktuálním studiem na VŠ (např. za účelem úlevy od stresu/úzkosti nebo zvýšení výkonu, usnadnění učení)? Pokud ano, jaké (mimo tabákové/nikotinové výrobky a alkohol)? (Zaškrtněte všechny platné možnosti.) \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Ne
- Stimulační látky (např. kokain, pervitin)
- Tlumivé látky (např. heroin, opiáty)
- Halucinogenní látky (např. LSD, houbičky)
- Kanabinoidy (THC, HHC, CBD)
- Kratom
- Jiné: \_\_\_\_\_

33. Pokud jste užívali psychoaktivní léky i nějaké jiné návykové látky v souvislosti se studiem, která z těchto dvou skupin pro vás byla primární (častěji užívaná, významnější)? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Neužíval\*a
- Léky
- Jiné psychoaktivní látky

Děkuji vám za vyplnění dotazníku!)

Pokud byste někdy potřebovali vyhledat nějakou adiktologickou službu, níže přikládám odkaz na "Mapu pomoci" - obsahuje kontakty na zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí. <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>

Další možností pomoci může být telefonní číslo 800 350 000 na Národní linku pro odvykání (níže přikládám odkaz na jejich webové stránky). <https://chciodvykat.cz/>