

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Kamila Máčková



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Srovnání využívání anxiolytik u studentů ZSF a ZF JČU
během studia

Vypracovala: Kamila Máčková
Vedoucí práce: Mgr. Vít Dvořák

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou užívání anxiolytik. Skládá se ze dvou částí- teoretické a praktické. Teoretická část je věnována aktuálnímu stavu užívání antidepressiv, jsou zde popsána samotná anxiolytika, jejich mechanismus působení, druhy, nežádoucí účinky, kontraindikace a interakce s alkoholem. Dále jsou zde kapitoly o stresu, depresi, úzkosti, jejich vlivu na učení a paměť a zvládání stresu.

V praktické části se pomocí kvantitativní výzkumné metody formou dotazníkového šetření srovnává užívání těchto medikamentů u studentů Zdravotně sociální fakulty se studenty Zemědělské fakulty. Tato práce se zaměřuje na důvody, které studenty vedou k užívání anxiolytik, řeší otázku, kde se studenti poprvé setkávají s takovými léky, jak se k nim dostanou, jak často a v jaké formě je užívají a snaží-li se vyřešit nejdříve problém jinou cestou například návštěvou psychologa či psychiatra. Cílem této bakalářské práce je zjistit na základě analýzy a vyhodnocení dotazníků rozsah, formy a frekvenci užívání anxiolytik u studentů ZSF a ZF. Dále zmapovat okolnosti užívání. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků. Polovinu z nich vyplnili studenti ze ZSF a druhou polovinu studenti ze ZF. Byly stanoveny dvě hypotézy, které byly statisticky otestovány chí-kvadrát testem.

V naší společnosti dochází v poslední době k patrnému nárůstu užívání antidepressiv. Příčinou toho mohou být stoupající nároky na společnost, rychlý životní styl, změna priorit a také pohodlnost dnešní populace. Lidé se v mnoha různých situacích potýkají se stresem a to se dříve nebo později podepisuje na jejich duševním stavu. V této práci jsme se zaměřila na studenty a jejich zkušenosti s anxiolytiky během studia. Bylo zjištěno, že studenti Zdravotně sociální fakulty užívají anxiolytika ve větším počtu než studenti Zemědělské fakulty a ženy užívají anxiolytika častěji než muži.

Abstract

Bachelor thesis dealing with issues the use of anxiolytics. It consists of two parts - theoretical and practical. The theoretical part is devoted to the current state of antidepressant medication, here are describe anxiolytics, their mechanism of action, types, side effects, contraindications and interactions with alcohol. There are also chapters on stress, depression, anxiety, their impact on learning and memory, and stress management.

Using quantitative research methods through the questionnaires compares the use of these drugs among students of the Faculty of Health and Social Studies and Faculty of Agricultural Sciences. This work focuses on the reasons that lead students to the use of anxiolytics, deals with question of where the students first encounter with such drugs as they get, how often and in what form is used and seek to solve the first problem in a different way, for example, a visit to a psychologist or psychiatrist. The aim of this thesis is to determine based on the analysis and evaluation of questionnaires scope, form and frequency of use of anxiolytics among students of the Faculty of Health and Social Studies and Faculty of Agricultural Sciences. Next to map conditions of use. A total of 200 questionnaires were distributed. Half of them complete by the students of the Faculty of Health and Social Studies and second half complete students of Faculty of Agricultural Sciences. Were determined two hypotheses and that were statistically tested by chi-square test.

Recently there is an increase in use of antidepressants in our society. The reason for this may be the increasing demands on society, fast lifestyle, changing priorities and convenience of today's population. People in many different situations faced with stress and that sooner or later he signed on their mental state. In this work, we focused on the students and their experience with anxiolytics during the study. It was found that students of the Faculty of Health and Social Studies taking anxiolytics in larger numbers than students from the Faculty of Agriculture and women use anxiolytics more often than men.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30.4.2015

.....

(Kamila Máčková)

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila své poděkování Mgr. Vítu Dvořákovi za jeho cenné připomínky, trpělivost a ochotu při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a trpělivost při zpracování práce.

OBSAH:

1	ÚVOD	9
1.1	CÍL PRÁCE	10
2	TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1	NÁRŮST POČTU ÚŽÍVÁNÍ ANTIDEPRESIV	11
2.2	ANXIOLYTIKA – CHARAKTERISTIKA.....	12
2.3	MECHANISMUS PŮSOBENÍ ANXIOLYTIK	13
2.4	ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ ANXIOLYTIK	14
2.4.1	NEBENZODIAZEPINOVÁ ANXIOLYTIKA	14
2.4.2	BENZODIAZEPINOVÁ ANXIOLYTIKA.....	15
2.4.3	OSTATNÍ PSYCHOFARMAKA S ANXIOLYTICKÝMI ÚČINKY	17
2.5	NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY ANXIOLYTIK	18
2.5.1	PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI	18
2.5.2	ABSTINENČNÍ SYNDROM.....	20
2.6	KONTRAINDIKACE ANXIOLYTIK	21
2.6.1	INTERAKCE ANXIOLYTIK A ALKOHOLU	21
2.7	STRES.....	22
2.7.1	DRUHY STRESU.....	22
2.7.2	STRESORY	23
2.7.3	VLIV STRESU NA UČENÍ A PAMĚŤ	24
2.8	ZVLÁDÁNÍ STRESU	25
2.9	ÚZKOST	25
2.10	DEPRESE	27
3	METODIKA VÝZKUMU – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	29
3.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR	29
3.2	SBĚR A POPIS DAT.....	29
3.3	DOTAZNÍK	30
3.4	ROZBOR OTÁZEK V DOTAZNÍKU – POPISNÁ STATISTIKA.....	34
3.4.1	OTÁZKA Č. 1 - POHLAVÍ.....	34

3.4.2	OTÁZKA Č. 2 a 5 - VĚK	37
3.4.3	OTÁZKA Č. 3, 6 a 7 - ROZDĚLENÍ STUDENTŮ, KTEŘÍ UŽÍVAJÍ ANXIOLYTIKA PODLE FAKULT	38
3.4.4	OTÁZKA Č. 4- FORMA STUDIA.....	42
3.4.5	OTÁZKA Č. 6.1 - KDE SE STUDENTI S ANXIOLYTIKY SETKALI.....	43
3.4.6	OTÁZKA Č. 7.1– DŮVOD UŽÍVÁNÍ ANXIOLYTIK	44
3.4.7	OTÁZKA Č. 8- ČETNOST UŽÍVÁNÍ.....	45
3.4.8	OTÁZKA Č. 9- DRUHY ANXIOLYTIK	46
3.4.9	OTÁZKA Č. 10- POCITY PŘI UŽÍVÁNÍ	48
3.4.10	OTÁZKA Č. 11- CESTA K ANXIOLYTIKŮM.....	49
3.4.11	OTÁZKA Č. 12- CRAVING	50
3.4.12	OTÁZKA Č. 13 a 13.1- ZVYŠOVÁNÍ DÁVKY	51
3.4.13	OTÁZKA Č. 14 a 14.1- ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY	52
3.4.14	OTÁZKA Č. 15 - FORMY UŽÍVÁNÍ.....	53
3.4.15	OTÁZKA Č. 16- VYHLEDÁNÍ JINÉ POMOCI PŘED SAMOTNÝM UŽÍVÁNÍM	54
3.4.16	OTÁZKA Č. 17 - POCÍŤOVÁNÍ STAVŮ PŘI UŽÍVÁNÍ.....	55
3.5	STATISTICKÁ ANALÝZA A POPIS VÝSLEDKŮ – PEARSONŮV CHÍ-KVADRÁT TEST.....	56
3.6	DISKUZE.....	57
4	ZÁVĚR	62
5	KLÍČOVÁ SLOVA	64
6	POUŽITÁ LITERATURA.....	65

1 ÚVOD

Antidepresiva se v České republice stala běžnou součástí domácích lékárníček. Jejich spotřeba se za deset let ztrojnásobila.

Zkusme se nad dnešní příčiny stresu, úzkosti, deprese podívat z té druhé strany a s trochou sebekritiky. Stres se objevuje tehdy, když člověk přestává být schopen vyrovnat se se zátěží každodenního života. Psychický stres může vznikat jak z pozitivních (např. nástup do nového zaměstnání), tak negativních příčin (např. ztráta zaměstnání) a v obou případech má na tělo podobné účinky. Se stresem se bohužel setkáváme dnes a denně. To ovšem neznamená, že si každý z nás musí automaticky vzít příklad z reklamy farmaceutických firem a sáhnout po antidepresivech.

V tomto století se život stává stále hektičtější a plným toxických látek, kterými si lidé s oblibou otravují už dost oslabený organismus velkým tlakem, vysokými nároky a životním stylem. Jednou z rizikových skupin jsou studenti, kterých se má bakalářská práce týkat. Učení by pro člověka mělo být radostí z nových poznatků a rozvíjení osobnosti. V dnešní době se však setkáváme spíše se situacemi, kdy jsou studenti bezradní, unavení, přepjatí a vyčerpaní. Naučili jsme se žít tak, že zkusíme uspokojit požadavky jiných lidí, žít podle názorů ostatních, protože máme strach z toho, že nebudeme přijímáni a že nebudeme pro ostatní dostatečně dobří. Jednoduše řečeno nejsme sami sebou.

Dovolím si zde přirovnat naše tělo k motoru auta. Zkuste si prosím představit, jak do dieselového motoru naléváte benzin. Nebo v opačném případě nenaléváte nic, ani olej. Pojede vaše auto? Myslím, vlastně jsem o tom přesvědčená, že ne. Kam tím mířím?

Osoby trpící depresí mají tendenci přejídat se sladkostmi, tedy potravinami s velmi nízkou nutriční hodnotou, rovněž mohou mít chuť na potraviny obsahující nasycené tuky, které se nacházejí v masných výrobcích. Tento druh stravy zhoršuje depresi a uzavírá člověka do bludného kruhu. Věda i praxe potvrzují, že strava hraje důležitou roli při poruchách chování. Uvedu zde příklad. Mozek potřebuje pro svojí běžnou činnost jen dvě látky: kyslík a glukózu, ale k zabezpečení vyšších funkcí jako je myšlení, paměť a sebeovládání, je zapotřebí mnohem více živin. Správnou funkci

mozku a nervové soustavy nejvíce ovlivňují vitaminy skupiny B, například nedostatek vitamínu B1 zapříčiňuje podrážděnost a depresi a vitamínu B6 nervozitu a únavu. Také minerály ovlivňují činnost neuronů. Například vznikne-li v těle nedostatek hořčíku, může to vyvolat pocit nervozity a úzkosti.

Tyto faktory přispívají ke zhoršení stavu a jistě mají souvislost s narůstajícím počtem užívání antidepresiv.

Proto je důležité, aby lidé trpící depresemi věděli, že pokud to není nezbytně nutné, je lepší antidepresiva neužívat a ujasnit si nejdříve své priority. Zda není lepší nejprve změnit svůj životní styl, než sáhnout po pohodlnější, ale nebezpečné variantě, kterou je „záračná“ pilulka, která ale místo zázraků vyvolá další nepříjemnosti v životě člověka.

1.1 CÍL PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je zjistit rozsah, formu a frekvenci užívání anxiolytik u studentů Zdravotně sociální fakulty a u studentů Zemědělské fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a mapování okolností užívání těchto léků.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 NÁRŮST POČTU ÚŽÍVÁNÍ ANTIDEPRESIV

V dnešní době je moderní, všechny problémy léčit pomocí léků, tedy tlumit symptomy, ale zapomíná se při tom na skutečnou příčinu problému. Tyto léky v našem případě antidepresiva jsou ale zrádné a mohou člověka dostat do bludného kruhu, ze kterého není úniku. Začínající deprese by měl člověk podchytit hned z počátku a nespolehat na okamžitou a pohodlnou pomoc léku. Varovnými signály jsou dlouhodobá únava, dlouhodobý stres a vyčerpání (19).

Čísla nárůstu antidepresiv jsou alarmující, je k zamyšlení, že čím více lidé žijí v blahobytu, tím spíše se potýkají s větší životní krizí. Lidé mají oproti dřívější době pohodlný způsob života, veškeré domácí práce za ně vykonávají spotřebiče. Všechny tyto technologie automatizují náš život. S porovnáním životního stylu v dřívější době, kdy se lidé museli starat o své živobytí, trávili většinu času na čerstvém vzduchu manuální prací, dnes člověk přežívá mezi čtyřmi stěnami v zaměstnání, uzavírá se do svých domovů a převažuje sedavý způsob života. Tento pohodlný způsob změnil i veřejné smýšlení naší populace, lidé si zvykli mít všechno rychle ne-li hned. A tímto se dostáváme zpět k antidepresivům. Člověk trpící depresí upřednostní před snahou vyřešit její příčinu a změnou životního stylu, která stojí úsilí, rychlou pomoc pilulky bez jakékoliv námahy (12).

Deprese se stávají něčím běžným, třeba jako vysoký krevní tlak a dochází tak detabuizaci psychiatrie. Stále více lidí přichází do ordinací za účelem předepsání antidepresiv. Podle odhadů WHO bude soubor klinických projevů označovaných termínem deprese do roku 2030 patřit mezi největší světové zdravotní zátěže. Podle souhrnných údajů o dodávkách antidepresiv v letech 2002-2012 počty dodaných balení pozvolna stouply od 3 081 499 kusů balení až k 6 015 993 kusů balení, za sledované období tato čísla představují až 95% nárůst. Výraznější nárůst než dodaná balení měly ve sledovaném časovém období počty DDD. Od celkem dodaných 52 983 199 DDD antidepresiv po 177 977 408 DDD léčivých přípravků určených k léčbě deprese. Jedná

se o nárůst o téměř 236%. Z tohoto údaje vyplývá, že častěji jsou předepisována velká balení antidepresiv (8).

Podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv počty pacientů léčených v psychiatrických ambulantních zařízeních stouply v průběhu let 2006–2011 téměř o pětinu. V roce 2011 přesáhl počet ambulantně léčených pacientů s depresí poprvé počet 100 000. Podle odhadů odborníků je však tento počet ještě větší a blíží se počtu půl milionu lidí s touto diagnózou. V nemocnicích za sledované období let 2006–2011 stouply počty hospitalizovaných pacientů o téměř 60 tisíc. Vývoj výdeje léčivých přípravků na nervový systém pro rok 2014 je 16,1% (8).

Rostoucí trend spotřeby antidepresiv je způsoben vedle vzrůstajícího počtu lidí trpících některou z duševních poruch, i faktem, že se tyto léky předepisují i pro jiné diagnózy, než jen deprese, například k léčbě nespavosti. Svoji roli tady ale sehrává také skutečnost, že někdy jsou antidepresiva předepisována i v případech, kdy nejsou třeba a kdy již existují specifické léky, které by měli lékaři pacientům nabídnout (13).

2.2 ANXIOLYTIKA – CHARAKTERISTIKA

Anxiolytika se řadí do skupiny psychofarmak, které působí selektivně tlumivým účinkem na centrální nervovou soustavu. V 60. letech F. Berger a B. Ludwig vyvinuli meprobamat jako první anxiolytikum a J. Cohen objevil chlordiazepoxid (Librium) patřící mezi první benzodiazepiny. V následující době vznikají další desítky benzodiazepinů (2). V 70. letech nastává největší rozvoj terapie benzodiazepiny, hlavní rizika jejich používání byla objevena až o desítky let později (4).

Anxiolytika mohou být doplňkem psychoterapie zejména v léčbě úzkostných, reaktivních a psychosomatických poruch (5).

Antianxiozní látky nebo antifobika, jsou léky snižující úzkost, strach a psychické napětí. Působení těchto látek můžeme rozdělit na anxiolytické, hypnosedativní, antikonvulzivní (protikřečové) a myorelaxační (snižují napětí svalstva). Díky účinkům, kterými se vyznačují, mají široké indikační spektrum. Na rozdíl od antidepresiv a

neuroleptik se často předepisují i v indikacích, které se nevztahují na psychiatrická onemocnění. Spolu s analgetiky patří anxiolytika do nejčastěji předepisovaných skupin léčiv (9). Předepisují se za účelem potlačení strachu. Pomáhají pacientovi snížit psychické napětí a působí pozitivně na jeho celkové rozpoložení a celkový stav útlumem negativních emocí (17). Anxiolytika se mohou předepisovat i v rámci léčby deprese, pokud se spolu s depresí také vyskytuje úzkostná symptomatika (23).

Využívají se například v léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy, neurastenie, fobických stavů a lehčích duševních poruch (11).

Účinek těchto látek působí na exogenní a endogenní stimuly, které narušují pocit pohody. Dochází k celkovému útlumu, lhostejnosti a snížení iniciativy. Antianxiozní látky zpomalují interneurální šíření vzruchu, to znamená, že se do vyšších oddílů mozku dostaví méně impulzů z limbického systému a z retikulární formace. Vyšší dávky působí na snížení napětí kosterního svalstva tím, že snižují rozšíření vzruchu v motorickém systému (17).

Podle mechanismu účinku můžeme zařadit anxiolytika do několika skupin. Nejčastěji předepisovány jsou benzodiazepiny, jejichž účinek se dostavuje krátce po aplikaci (17).

2.3 MECHANISMUS PŮSOBENÍ ANXIOLYTIK

Benzodiazepinové receptory jsou uloženy v různých částech mozku, v největším množství se nachází v kůře mozkové a v limbickém systému (15). Podávání nízkých dávek ovlivňuje retikulární formace a limbický systém, který je pravděpodobně ve velké míře odpovědný za psychický stav člověka. V těchto oblastech dochází k elektrické aktivitě, která se účinkem anxiolytik, přesněji benzodiazepinů snižuje. Dochází ke snížení zevních i vnitřních podnětů na vyšší psychická centra a k distancování se od zevních a vnitřních prožitků. Anxiolytika nemají na rozdíl od neuroleptik antipsychotický účinek (17).

Benzodiazepiny mají vysokou vazebnost na jiné chemické látky, pojí se s jednou částí receptorového proteinu pro kyselinu gamaaminomáselnou (GABA).

Jedná se o receptorový podtyp GABA_A. Vazebná místa pro diazepiny se tedy vyskytují převážně v takových oddílech mozku, kde GABA zastává úlohu inhibičního transmitteru. Účinnost gamaaminomáselné kyseliny se zvyšuje alostericky navázáním benzodiazepinů. Gaba zvyšuje membránový potenciál buňky (dochází k hyperpolarizaci) tím, že zvyšuje transmembránový vstup Cl⁻ iontů chloridovým iontovým kanálem receptorového proteinu. Díky zvýšenému vstupu chloridových iontů je větší pravděpodobnost otevření chloridového kanálu, dochází k jeho častějšímu otevírání. Podobné působení na chloridový kanál vyvolávají i barbituráty, neovlivňují však frekvenci otevírání, ale prodlužují dobu jednotlivého otevření (17).

2.4 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ ANXIOLYTIK

Jednotlivá farmaka této skupiny mají specifickou farmakokinetiku a odlišují se v intenzitě svých účinků (15).

Anxiolytika podle různého chemického složení dělíme na nebenzodiazepinová, kam se řadí propandioly, hydroxyzin, buspiron, benzodiazepinová a psychofarmaka s anxiolytickým působením(2).

Benzodiazepinová anxiolytika se dále dělí podle délky účinku na krátkodobě účinné s průměrným biologickým poločasem <5 hodin (např. midazolam, oxazepam) střednědobě účinné s biologickým poločasem 6-12 hodin (flunitrazepam, alprazolam, bromazepam) a dlouhodobě účinné s biologickým poločasem >12 hodin (chlordiazepoxid, diazepam, medazepam, klobazam, nitrazepam, klonazepam) (28).

2.4.1 NEBENZODIAZEPINOVÁ ANXIOLYTIKA

Mezi anxiolytika klasifikovaná jako nebenzodiazepinová patří:

- a) Meprobamat dnes není častým lékem, byl používán a oblíbený před rozšířením benzodiazepinů. Působí anxiolyticky a myorelaxačně, indikuje se tedy při svalové spasticitě úzkosti (2).
- b) Guaifenzin má převážně myorelaxační účinky, je tedy předepisován na potíže způsobené zvýšeným svalovým napětím, algické svalové potíže, cefalalgie, strach, trému (2).
- c) Buspiron je serotonergní anxiolytikum, které má oproti ostatním lékům tohoto typu výhodu a to takovou, že při jeho účinku snižování úzkosti, zůstávají pozornost, bdělost a psychomotorický výkon neovlivněny. Předpokládají se jeho příznivé účinky při léčbě alkoholové závislosti a výrazně zmírňuje příznaky depresí. Anxiolytický účinek nastává po 7-10 dnech (2).
- d) Hydroxyzin díky své odlišné chemické struktuře nezpůsobuje závislost. Účinně snižuje vnitřní neklid, psychosomatické příznaky depresí a zlepšuje kognitivní funkce. Po vysazení nevzniká abstinenční syndrom. Lze ho použít jako sedativum před celkovou anestezií (2).

2.4.2 BENZODIAZEPINOVÁ ANXIOLYTIKA

Benzodiazepiny jsou látky s rychlým a spolehlivým účinkem. Snášenlivost těchto léků je dobrá a mají široké spektrum využití v terapii. Při podávání je velmi důležitá odpovědná indikace. V opačném případě s sebou jejich užívání přináší svá rizika. Důležitými symptomy pro předepisování benzodiazepinů jsou strach, svalové napětí, duševní neklid, podrážděnost a poruchy spánku. Po užití dochází k rychlému uvolnění napětí a celkovému uklidnění. Nižší dávky nevyvolávají ospalost. K udržení sníženého napětí není potřeba zvyšování dávek, vyvíjí se však tolerance k účinkům sedativním, myorelaxačním a antikonvulzivním, v takovémto případě se předpokládá zvyšování dávek benzodiazepinů. Při terapii benzodiazepiny se upřednostňuje monoterapie, kdy se podávají co nejnižší účinné dávky (2).

U benzodiazepinových anxiolytik se nesetkáváme s příliš vysokým rizikem závislosti, nicméně může vzniknout slabá fyzická a silná psychická závislost (6).

Benzodiazepiny se podávají v případě anxiózních stavů se zvýšeným psychickým napětím, strachem, fobiemi doprovázených různými somatickými projevy jako jsou bušení srdce, nevolnost a průjem. Dalšími indikacemi jsou febrilní křeče, premedikace v anestezii, krátkodobé chirurgické výkony a kardioverze (9).

- a) Referenční látkou této skupiny je diazepam. Účinek tohoto léku nastává již při jednorázovém podání. Je možné i podání parenterální. Jeho účinek je velmi silný a přináší s sebou riziko návyku. Opatrné podávání je třeba u pacientů se sníženou funkcí ledvin. Indikace diazepamu jsou při úzkostných stavech, poruchách spánku, bolestivých syndromech (diskopatie), u infarktu myokardu, v injekční formě u status epilepticus, dále u spastických stavů hlavně v neurologii a při předoperační sedaci.
- b) Dalším benzodiazepinem je oxazepam, který má ve srovnání s diazepamem kratší a slabší účinek (9).

Tento lék je vhodný pro různě staré ambulantní pacienty díky minimálním vedlejším účinkům a také díky jeho vylučování z organismu nezávisle na věku. Má slabé hypnosedativní účinky a nekumuluje se v organismu. Na základě účinků se oxazepam indikuje například při odvykání závislosti na alkoholu, při úzkostných poruchách (2).

- c) Alprazolam se specifickým anxiolytickým účinkem je předepisován při léčbě depresí, na panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy, premenstruační dysforické poruchy a při krátkodobé terapii nespavosti neurotického typu. Má minimální sedativní účinek a v podstatě žádné myorelaxační a antikonvulzivní účinky (2).
- d) Bromazepam svými účinky se podobá diazepamu, ale působí více tlumivě. Tento lék patří u nás k nejčastěji předepisovaným anxiolytikům spolu s diazepamem a alprazolamem. Snášenlivost bromazepamu je obecně dobrá a ve vyšších dávkách má dobrý antidepressivní účinek (2).

- e) Chloridazepoxid byl do léčby psychických poruch zaveden jako první z benzodiazepinů. Indikace je podobná jako u diazepinu, spolu s anxiolytickým účinkem má i účinky myorelaxační a antikonvulzivní. Je předepisován na neurotické a funkční organické onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, GIT apod.) (2).
- f) Klobazam je benzodiazepin s aktivním metabolitem, který prodlužuje vylučovací poločas. Kvůli tomu může docházet ke kumulaci látky při delším podávání. U tohoto léku je vhodné krátkodobé podávání zejména u vnitřního neklidu a úzkosti.
- g) Klonazepam se řadí jak k lékům s anxiolytickým účinkem tak i mezi antikonvulziva. Je indikován u onemocnění provázených záchvaty například u epilepsie (2).
- h) Klorazepát je doporučován při akutních projevech alkoholového abstinčního syndromu nebo u funkčních poruch gastrointestinálních, kardiovaskulárních, gynekologických (2).
- i) Tofizopam je benzodiazepin s krátkým poločasem rozpadu (5-6 hodin). Jeho účinek nastupuje velmi rychle. U tohoto léku chybí myorelaxační působení a hypnosedativní účinek je velmi slabý. Předepisuje se na úzkostné stavy a všeobecné neurotické potíže (2).

2.4.3 OSTATNÍ PSYCHOFARMAKA S ANXIOLYTICKÝMI ÚČINKY

Mezi ostatní psychofarmaka s anxiolytickým působením patří antidepresiva a antipsychotika a beta-adrenergní blokátory, do kterých se řadí propranolol, metipranolol, pindolol, atanelol, metoprolol, alprenolol (2).

Beta-adrenergní blokátory se podávají především na úzkostné poruchy a to hlavně se somatickými projevy (například srdeční palpitace, tachykardie, pocity nepravidelného srdečního tepu), u třesu po užívání lithia, při abstinčních příznacích u závislých na alkoholu, u chronické agresivity při organickém poškození mozku (2).

Dalšími léky, které do této skupiny patří spíše z historických důvodů, jsou barbituráty. Tato farmaka byla jako první používána jako anxiolytika a hypnotika.

Užívaly se až do počátku 20. století a v 50. letech byly omezeny meprobamátem a později benzodiazepiny. Barbituráty jsou užívány v omezeném množství i v současnosti, ale výhradně k léčbě některých typů epilepsie (fenobarbital), v léčbě novorozeneckých křečí nebo v anesteziologii (thiopental). Kvůli snadnému vzniku tolerance a závislosti je jejich používání v léčbě úzkostných poruch zcela nepřijatelné. Dalším důvodem, který vedl k výraznému omezení tohoto léku, byla možnost ho využít k sebevražedným účelům(28).

2.5 NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY ANXIOLYTIK

Mezi nežádoucí účinky patří např.:

- amotivační syndrom: apatie a nechuť k samostatnému řešení problému
- stavy podráždění až vzteku, euforizace, nespavost
- denní únava a ospalost s ovlivněním pozornosti a reakční schopnosti
- u rychlé i.v. aplikaci může dojít k dechové nedostatečnosti, k poklesu krevního tlaku a tím dokonce k srdeční zástavě (10).

2.5.1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI

Definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí: Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (21).

Závislost je charakterizována určitými znaky, přičemž jednotlivé znaky spolu souvisejí. Patří mezi ně:

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení):

Při tomto stavu člověk pociťuje touhu užít psychoaktivní látku, se kterou měl v minulosti zkušenost. Bažení se rozlišuje na psychické a tělesné, při čemž každé z nich má své specifické projevy.

U psychického se aktivují centra s emocemi a pamětí a objevuje se i po delší abstinenci. Projevuje se například oslabením paměti, zhoršeným postřehem nebo zvýšením tepové frekvence. Tělesné bažení nastává při nebo po odeznívání intoxikace návykovou látkou a jeho projevy závisejí na druhu látky (21).

2. Zhoršené sebeovládání:

Tento znak závislosti úzce souvisí s bažením, ale není totožný. Je pravdou, že bažení zhoršuje sebeovládání, ale existují i lidé trpící silnou touhou po droze, kteří sebeovládání mají zachované. Tento vztah ale platí i naopak: Lidé se mohou přestat ovládat ve vztahu k návykové látce i přesto, že silné bažení nepociťují (21).

3. Somatický (tělesný) odvykací stav:

Pro diagnosu odvykací stavu musí být splněna některá kritéria. U sedativ a hypnotik to musejí být alespoň tři z následujících: zrychlený tep, bolesti hlavy, velké epileptické záchvaty, pokles svalového tonu ve stoji, psychomotorický neklid, pocit slabosti, nevolnost či zvracení, paranoidní představy (21).

4. Růst tolerance:

Tolerance se projevuje potřebou zvyšovat dávky pro dosažení stejného účinku a nižším účinkem stejné dávky. Vznik tolerance není zcela objasněn, pravděpodobně může nastat, pokud je látka v organismu rychleji odbourávána nebo při nižší reaktivitě centrálního nervového systému (21).

5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů:

Touto důležitou a často se vyskytující známkou závislosti se rozumí věnování zvýšeného množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku (21).

6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků:

V tomto případě se jedná o znak závislosti, pokud je pacient o škodlivých následcích informován a přesto v návykovém chování pokračuje (21).

Při pravidelném užívání anxiolytik konkrétně benzodiazepinů se také může vyvinout léková závislost. Při odnětí se dostávají příznaky neklidu, zvýšené dráždivosti, nervozity a úzkostlivosti. Výše uvedené symptomy jsou těžko rozeznatelné od těch, které vedly k ordinování benzodiazepinů (16).

2.5.2 ABSTINENČNÍ SYNDROM

Se závislostí úzce souvisí abstinенční syndrom. U benzodiazepinů dochází k projevu abstinенčních příznaků po náhlém vysazení. Abstinенční syndrom se po náhlém odejmutí těchto léků vyskytuje až u 50% pacientů, kteří ho užívali déle jak jeden rok a u 5% při užívání kratším než tři měsíce (2).

V knize Psychofarmaka v medicíně byly popsány tři druhy abstinенčních příznaků. Do první skupiny se řadí rebound příznaky, které po rychlém nástupu za několik dní odezní. Jsou to neklid, nespavost a strach. V druhé skupině je tak zvaný návrat příznaků, tyto příznaky velmi těžko rozeznáváme od základních příznaků poruchy. O příznaky z vysazení se jedná tehdy, pokud potíže zmizí za krátkou dobu po vysazení benzodiazepinů. Vlastní abstinенční příznaky jsou charakteristické tím, že se u pacienta nevyskytovaly před ordinováním léku (2).

Abstinenční příznaky se dále dělí na lehké a těžké odvykací příznaky. Mezi lehké příznaky patří například zvýšený strach, vnitřní neklid, nespavost, nauzea, zvracení, pocení a třes. Do těžkých odvykacích příznaků se řadí stavy zmatenosti, deliria, psychotické stavy, svalový třes a spavost (2).

Při dlouhodobém podávání zejména vyšších dávek benzodiazepinů, se mohou objevit příznaky jako zapomnětlivost, snížení výkonu, snížení libida event. menstruační poruchy, extrémní svalová slabost a ztráta reflexů (2).

K zabránění vzniku abstinčního syndromu je důležité nevysazovat léky náhle, ale postupně snižovat dávky. Vysazování je nutné provádět podle pravidel po dobu několika týdnů. Takové opatření se vyžaduje zejména při odvykání od vysoce účinných, krátce působících benzodiazepinů (2).

2.6 KONTRAINDIKACE ANXIOLYTIK

Benzodiazepiny jsou kontraindikovány například při:

- přecitlivělosti na benzodiazepiny
- akutní intoxikaci alkoholem, hypnotiky, analgetiky a psychofarmaky s tlumivým účinkem na CNS
- graviditě a laktaci
- ambulantním předpisu u známé anamnézy závislosti (2).

2.6.1 INTERAKCE ANXIOLYTIK A ALKOHOLU

Kombinace anxiolytik zejména benzodiazepinů s alkoholem je velmi nebezpečná. Již při užití malých dávek alkoholu spolu s benzodiazepiny může vyvolat

toxickou psychózu jako delirantní mráкотný stav. Vzájemné zesílení účinku na centrální nervovou soustavu může vést k akutnímu útlumu dechového centra (18).

Synergistický účinek s alkoholem se může projevit ještě po deseti hodinách po užití poslední dávky diazepamu. Již po malých dávkách dochází k silnějšímu negativnímu ovlivnění psychomotoriky než při požití alkoholu nebo benzodiazepinu samotného. Může dojít například k zvýšení sedace, ospalosti, snížené pozornosti (2).

2.7 STRES

Již v polovině dvacátého století vymezil pojem stres endokrinolog Hans Selye. Definoval ho jako fyziologickou odpověď na poškození nebo ohrožení organismu projevující se prostřednictvím adaptačního syndromu. Jedná se o selhání homeostatických mechanismů těla. Teorií stresu se zabývalo již mnoho vědců a ty upozornili i na to, že lze pozorovat velké individuální rozdíly v jeho prožívání. Výsledný stresový stav ovlivňuje kombinace individuálních fyziologických reakcí, kognitivních procesů a zpětné vazby (1).

Stresem se označuje stav živého organismu, který je vystaven mimořádným podmínkám. Následkem stresu je obranná reakce, která má úkolem zachovat homeostázu a zabránit poškození organismu nebo dokonce smrti organismu (26).

2.7.1 DRUHY STRESU

Dle kvantitativního a kvalitativního hlediska dělíme stres na 4 typy:

- a) Hypostres – stres nedosahující obvyklých tolerancí (např. ministresory, negativní vlivy monotónnosti, frustrace, nuda)
- b) Hyperstres – stres překračující hranice adaptability, není možné se se stresem vyrovnat
- c) Eustres – stres, který působí kladně (např. očekávání něčeho příjemného)

d) Distres – negativní stres (např. vztek, obavy, úzkost) (14).

Eustres a distres vyvolávají v organismu stejné reakce, protože je potřeba velká míra přizpůsobení konkrétního jedince. Rozdíl je v tom, že emočně pozitivní stimulace nemá tak silný a dlouhotrvající vliv na aktivační systémy organismu než stimulace záporná (20).

2.7.2 STRESORY

Stresor lze chápat jako negativně působící vliv, který ovlivňuje člověka. Tyto vlivy většinou pocházejí ze životního stylu (např. rodina, domov, práce, škola, život ve velkoměstě, atd.) (20).

Psychický stres má svou odezvu ve fyzických funkcích a naopak fyzický stres má odezvu v psychice. Tak existuje rozdělení stresorů podle různých kritérií (27).

1. Podle povahy:

- a. **Fyzikální** – UV a IR paprsky, nízký obsah kyslíku ve vzduchu, radiace, hluk, vibrace, otřesy
- b. **Biologické** – úrazy, bakterie, chemikálie, hormonální nerovnováha, těhotenství
- c. **Psychologické** – událost v životě (např. smrt, svatba, ztráta zaměstnání, atd. ...), běžné vlivy (nespokojenost, časový tlak, finanční nejistota, ...), vliv osobnosti (nízké sebevědomí, neschopnost stanovení priorit, závislost na něčem, netrpělivost, ...)
- d. **Sociální** – mnoho lidí na jednom místě, sociální konflikty, pocit osamění, atd. (20).

2. Z kvalitativního hlediska:

- a. **Mikrostresory** – mírně působící stresory (např. dlouhodobý nedostatek lásky, dlouhodobé ponižování, ...) Jedná se o kumulující se mikrostresory, které v určitý čas dosáhnou neúnosné hranice a v jedinci vyvolají vnitřní tíseň.

- b. **Makrostresory** – děsivé, deptající vlivy s destruktivním účinkem. Tyto stresory přesahují hranici zvladatelnosti(14).

3.Dle délky působení:

- a. **Dlouhodobé** – neshody v rodině, atd. ...
- b. **Krátkodobé** – bolest, vyrušení, neúspěch, atd. ...

4.Podle zdroje působení:

- a. **Vnitřní**
- b. **Vnější**

Vlivy ohrožující člověka mohou být reálné nebo domnělé. Všechny tyto stresory vyvolávají v těle organismu fyziologickou odpověď, aby nedošlo k jeho poškození (14).

2.7.3 VLV STRESU NA UČENÍ A PAMĚŤ

Psycholog Howard Gardner ve své knize Frames of mind tvrdí, že se donedávna předpokládalo, že naší školní, pracovní výkonnost a životní úspěšnost určuje míra inteligence tedy hodnota našeho IQ. Mnoho vědeckých výzkumů a praxe však ukazují, že výška IQ není rozhodujícím faktorem pro naši výkonnost a úspěšnost (7).

Výkonnost je schopnost jedince vykonávat určitou pohybovou, intelektuální či kombinovanou činnost, jako je učení, práce a sport (7).

Stres je jedním z faktorů ovlivňující učení a paměť. Když se cítíme být ohroženi, jsem ve stresu, nemůžeme se učit, protože učení je spojeno s myšlením, to je v tuhle chvíli zablokováno. V těchto situacích je naše mysl zaměřená především na to, abychom se z ohrožení dostali. Ve stresu je možné podat výkon, vydat ze sebe již naučené, ale nelze se učit něco nového. Čím více ohrožení studenti ve škole pociťují, tím hůře nastává proces učení (22).

2.8 ZVLÁDÁNÍ STRESU

Pro vyrovnání se se stresem, je důležité uvědomit si a smířit se s tím, že neúspěchy a potíže patří k životu a je třeba s nimi počítat. Je třeba přijmout věci, které v životě nelze ovlivnit a uvědomit si, že i z našich chyb si máme vzít ponaučení (24).

Dalším důležitým krokem pro zvládnutí stresu je změna životního stylu. Je důležité odolávat alkoholu, špatné životosprávě, kouření, omezit příjem kofeinu a omezit tuky a cukry a zajistit si kvalitní spánek (24).

Pro zvládnutí stresu a prevenci před stresem je důležité také fyzické cvičení. Tělo, ve kterém přebýváme, se postupem času rekonstruovalo a utvářelo tak, aby zvládlo celodenní tělesnou námahu, bylo pružné, silné a vytrvalé. Pohyb je přirozenou potřebou pro naše tělo, podobně jako dýchání a příjem vody a potravy. Při nedostatku pohybu naše tělo chátrá. Ve vegetativním nervovém systému začne převládat sympatikus, tělo tak začne bez pohybu prožívat stres. Pravidelný pohyb je tedy základním prostředkem proti stresu, neboť se spaluje nadbytečný adrenalin a tím dochází k zvýšení tonu parasympatiku, zpomaluje se srdeční akce, zlepšuje držení těla, stoupá pocit síly, pružnosti, zdraví a klidu. Člověk oslabený stresem se po cvičení cítí fyzicky i psychicky svěží. Cvičení zvyšuje touhu po zdravém hlubokém spánku. Navíc lidé, kteří se tělesně nenamáhají, bývají postiženi úzkostí a depresí přibližně dvakrát častěji, než lidé, kteří mají pravidelný aerobní pohyb (24).

2.9 ÚZKOST

Úzkost můžeme definovat jako nepříjemný emoční stav, u kterého nelze popsat jeho reálnou příčinu. Při úzkosti prožívá postižený stresovou reakci s domněním, že se má stát něco pro něj ohrožujícího. Pacient většinou přichází k lékaři z důvodu somatických projevů, které lze snadno zaměnit s astmatickým záchvatem, ICHS a jinými chorobami. Tyto projevy přetrvávají i po vyloučení somatické nemoci. Pokud se úzkostné poruchy nerozpoznají a včas neléčí, přecházejí do chronického stavu a jsou často provázeny depresivní poruchou (až v 70%)(18).

Úzkost je nebezpečná z mnoha důvodů. Může například ohrozit osobnostní integritu člověka, jeho rozhodování, fyzické zdraví, ale také pracovní činnost a interpersonální vztahy (3).

Strach je normálním lidským projevem při reakci na konkrétní nebezpečí. Pokud se dostavuje i v situacích, ve kterých se obvykle lidé nebojí, a je příliš silný, nazývá se jako fobie a významně omezuje život (18).

Úzkostné poruchy jsou jedny z nejčastějších duševních poruch postihující lidskou populaci. Úzkostná porucha je kombinací psychických a tělesných projevů úzkosti. Může se projevovat v záchvatech nebo přejít do chronického stavu (18).

Existuje několik různých druhů úzkostných poruch. Řadíme mezi ně například sociální fobie, je to strach z posuzování druhými lidmi. Narušuje tak pracovní, společenské a osobní vztahy. Nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami provázené třesem a bolestmi ve svalech se nazývá generalizovaná úzkostná porucha. Mezi úzkostné poruchy dále patří obsedantně-kompulzivní porucha projevující se nutkavými impulzy (obsesemi), mající za následek nutkavé úkony nebo rituály. Dále do této skupiny můžeme zařadit specifické fobie jako strach z létání, pavouků, bouřky a jiné (18).

Úzkost a strach se projevují v rovině somatické, emocionální i kognitivní. Projevy úzkosti a strachu můžeme vidět z několika úhlů. Může jít o poruchu osobnosti, tedy o osobní rys, nebo symptomy provázející jiné poruchy a onemocnění (29).

Pokud jsou strach nebo úzkost přiměřené situaci a vedou k jejímu zvládnutí, považují se užitečné. Mezi běžnou lidskou obavou a patologickým projevem je tenká hranice, proto se jedno od druhého velmi obtížně rozeznává. Nadměrné obavy a starosti nejlépe odhadneme podle toho, zda brání fungování v práci, v rodinném životě, narušují životní styl a vedou k závažnému distresu (25).

Podle behaviorálního pohledu má za následek vzniku nepřiměřeného strachu a úzkosti maladaptivní učení, které má stejné zákonitosti jako učení vůbec. Oproti tomu modernější pohledy uvádějí vliv genetických, interpersonálních, kognitivních a

evolučních faktorů. Vzhledem k tomu připouštějí i geneticky podmíněné „vrozené strachy“, které se objevují i bez předchozí negativní zkušenosti (25).

Úzkost a strach se také dají naučit pomocí klasického podmiňování, učení nápodobou nebo předáním informace. Podle výše zmiňovaného behaviorálního pohledu mohou vrozené i získané strachy zmizet, pokud dojde k opakovanému netraumatickému setkání s původně obávaným podnětem (25).

2.10 DEPRESE

Depresí se rozumí nemoc celého organismu. Má stejné somatické příznaky jako jiná onemocnění, jako je např. vysoký tlak, žaludeční vředy nebo cukrovka. Deprese často navazuje na nepříznivé události v životě. U většiny lidí je to léčitelné onemocnění. Nedojde-li k včasnému vyléčení deprese, dochází ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti ze života a celkovému zhoršení zdravotního stavu, snižuje obranyschopnost organismu (24).

Je třeba rozlišit normální smutek provázející každého člověka od deprese jako nemoci organismu. Smutek i kolísání nálad patří k normálním životním reakcím. Tyto poklesy nálad však rychle odeznívají. Rozdíly jsou individuální, u některých z nás může k zlepšení nálady docházet déle, patří to stále k normálním reakcím, ale tito lidé mají k prožívání deprese o něco blíže. Mají sklony vybírat si z prožitých událostí hlavně ty negativní (24).

Smutek je také normální reakcí, pokud ale dojde k jeho prohloubení, přechází do deprese. Jedná se o vysokou intenzitu smutku, ale také o hluboký zásah do každodenního života. Depresi tak od smutku můžeme rozlišit několika znaky. Deprese trvá déle, je intenzivnější a hlubší a narušuje každodenní fungování (24).

S klinicky významnou depresí se alespoň jednou v životě setká každý pátý člověk. Patří k tedy k jednomu z nejčastějších problémů, které ztěžují lidský život. Ženy jsou k onemocnění depresí náchylnější dvakrát více než muži. Toto onemocnění se však

nevyhýbá nikomu, žádnému věku, povolání ani inteligenci. S vyšším rizikem vzniku deprese jsou spojena ta období, ve kterých dochází k zásadním změnám (24).

Můžeme odlišit mírnou depresi, kdy není omezeno každodenní fungování a člověk je schopen chodit do zaměstnání a věnovat se jiným činnostem, ale vše mu jde pomaleji a hůře, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe. V situacích, kdy je již zhoršená schopnost plnit každodenní povinnosti a většinu času je člověk nešťastný, zpomalený a nedokáže se soustředit, mluvíme o středně těžké depresi. Při těžkých depresích se postižený není schopný starat sám o sebe a má tendence pouze ležet v posteli. Poruchu nálady nelze změnit vnějšími podněty. Člověk je plný neklidu, zpomalený v mluvě i myšlení, ztrácí pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity a objevuje se u něj sebevražedné myšlení (24).

Nejzávažnější formou deprese je melancholie. Postižený je v tomto stavu přesvědčen, že jedinou možností vysvobození je smrt (24).

3 METODIKA VÝZKUMU – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Pro účely mé práce používám metody dotazníkového šetření (kvantitativní metodu). Jedná se o standardizovanou metodu vědeckého výzkumu, která popisuje zkoumanou skutečnost pomocí proměnných, které lze vyjádřit čísly. Tyto čísla jsou dále zpracovávána obvyklými statistickými metodami. Výstupy těchto metod jsou pak prezentovány a výhodou je jejich srozumitelnost, jasnost a především přehlednost.

3.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Cílem dotazníku je zjištění rozsahu, forem a s jakou frekvencí jsou užívány anxiolytika u studentů Zdravotně – sociální a u studentů Zemědělské fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dále je cílem dotazníku zmapovat jaké okolnosti vedou studenty k užívání těchto látek. Zaměřila jsem se na užívání anxiolytik na lékařský předpis.

3.2 SBĚR A POPIS DAT

Pro sběr dat jsem použila dotazník s 17 otázkami, z nichž některé jsou rozšířené. Celkový počet rozdaných dotazníků je 200, z toho 100 dotazníků bylo rozdáno na Zdravotně sociální fakultě a 100 dotazníků na Zemědělské fakultě. Tento dotazník jsem osobně rozdávala studentům jak v areálu Zdravotně-sociální fakulty, tak i Zemědělské fakulty. Otázkami v dotazníku jsem se snažila zjistit, jak jsou na tom studenti z výše uvedených fakult s užíváním anxiolytik. Kolik studentů užívá tyto léky, jak často, v jaké formě, které důvody je k tomu vedly a jak se při užívání anxiolytik cítili.

3.3 DOTAZNÍK

Prosím o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Údaje budou použity zcela anonymně a jen pro účely mé bakalářské práce. Cílem dotazníku je zjištění rozsahu, forem a frekvence s jakou jsou užívána anxiolytika. (léky určené k léčbě stavů úzkosti a napětí)

V dotazníku prosím zaškrtněte křížkem Vaší odpověď. U některých otázek může být zaškrtnuto více odpovědí. Děkuji.

Otázky:

1. Pohlaví

Muž

Žena

2. Věk

Prosím vypište:

3. Jakou fakultu Jihočeské univerzity v ČB studujete?

Zdravotně – sociální fakultu

Zemědělskou fakultu

4. Forma studia

Prezenční

Kombinované

5. Ročník studia

1. ročník

2. ročník

3. ročník

4. ročník

5. ročník

6. Setkal(a) jste se někdy ve svém okolí s užíváním anxiolytik?

Ano

Ne

6.1. Pokud ANO kde?

- Rodina
- Přátele
- Zaměstnání
- Studium
- Jiné – uveďte:.....

7. Užíval(a) jste někdy během svého studia některou formu anxiolytik?

- Ano Ne

7.1. Pokud ANO při jaké situaci to bylo?

- Stres při studiu
- Pracovní stres
- Poruchy spánku
- Únava a vyčerpání

8. Jak často jste užíval(a) anxiolytika?

- | | Počet |
|----------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Denně | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Týdně | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Měsíčně | <input type="text"/> |

9. Jaký druh anxiolytik jste užíval(a)? (Firemní název) – vypište:

.....
.....

10. Jak jste se při užívání anxiolytik cítil(a)?

- Ospale Příjemně Apaticky
 Utlumeně Dezorientoaně Jinak

.....

11. Jak jste se k uvedeným anxiolytikům dostal(a)?

- Rodina
 Přátele
 Psychiatr
 Obvodní lékař
 „Černý trh“
 Jinak

12. Pociťoval(a) jste při užívání anxiolytik craving (silnou touhu po užití léku)?

- Ano Ne

13. Musel(a) jste při užívání anxiolytik zvyšovat dávku?

- Ano Ne

13.1. Pokud ANO z jakého důvodu?

- Pocit svírání na hrudi
 Zhoršené vnímání
 Bušení srdce
 Nespavost
 Jinak

14. Pociťoval(a) jste po ukončení užívání anxiolytik abstinenční příznaky?

Ano

Ne

14.1. Pokud ANO, které z níže uvedených?

Zvýšený strach

Bolesti hlavy

Pocení

Třes

Neklid

Jinak

15. V jaké formě jste anxiolytika užíval(a)?

Tablety

Kapky

Injekčně

Čaje

16. Vyhledal(a) jste před užíváním anxiolytik jinou pomoc (rodina, přátelé, odborná pomoc - psycholog)? Vypište:

.....
.....

17. Pociťoval(a) jste při užívání některý z níže uvedených stavů?

Zimnice

Horečka

Průjem

Bolesti (kostí, svalů, hlavy)

Křeče

Jiné

Děkuji za Váš čas strávený nad vyplňováním tohoto dotazníku.

Kamila Máčková

3.4 ROZBOR OTÁZEK V DOTAZNÍKU – POPISNÁ STATISTIKA

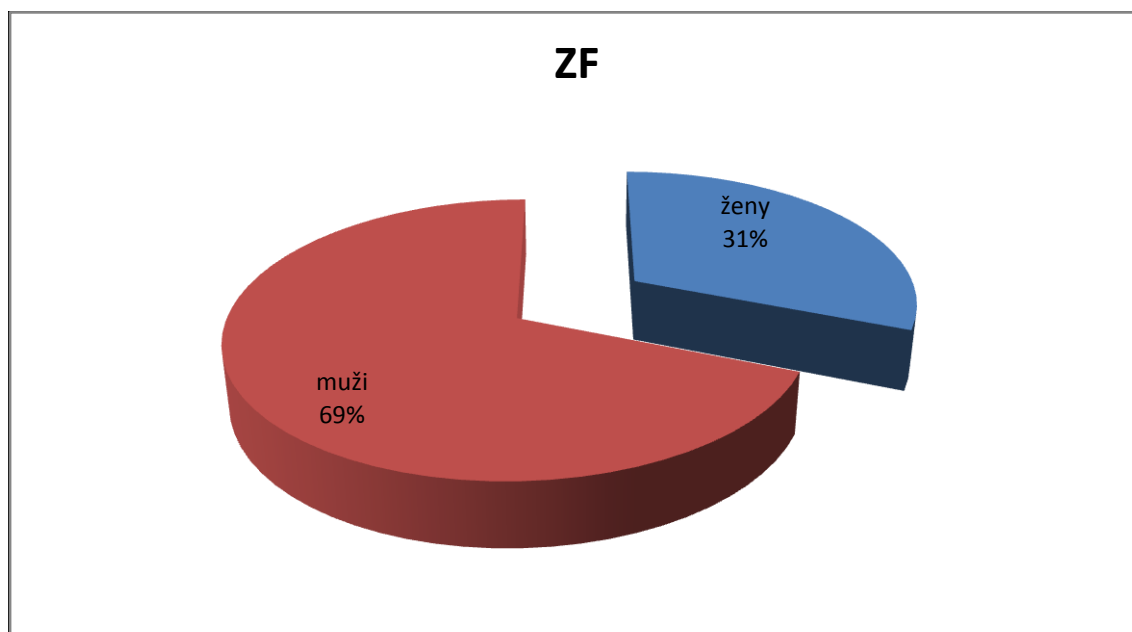
3.4.1 OTÁZKA Č. 1 - POHLAVÍ

První otázka rozděluje respondenty podle pohlaví. Z celkového počtu dotazovaných tedy z 200 lidí odpovídalo celkem 107 žen a 93 mužů. Z čehož na Zdravotně sociální fakultě odpovídalo 76 žen a 24 mužů a na Zemědělské fakultě 31 žen a 69 mužů.

Z průzkumu mi vyšlo, že ženy užívají anxiolytika šestkrát častěji než muži. Z celkového počtu 107 dotazovaných žen užívá anxiolytika 18 žen a z celkového počtu 93 mužů užívají pouze 3.

Tabulka 1 – Četnost respondentů dle pohlaví na ZF

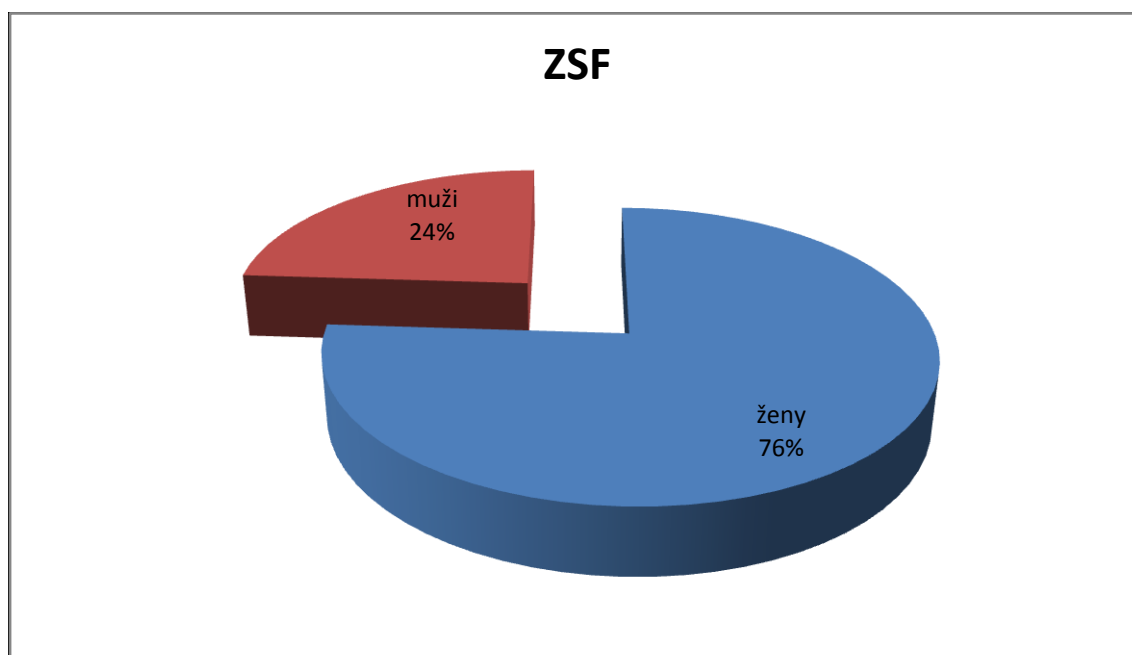
	Četnost respondentů dle pohlaví na ZF	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
muži	69	69%
ženy	31	31%
celkem	100	100%



Graf 1 – Rozdělení respondentů ze ZF dle pohlaví

Tabulka 2 – Četnost respondentů dle pohlaví na ZSF

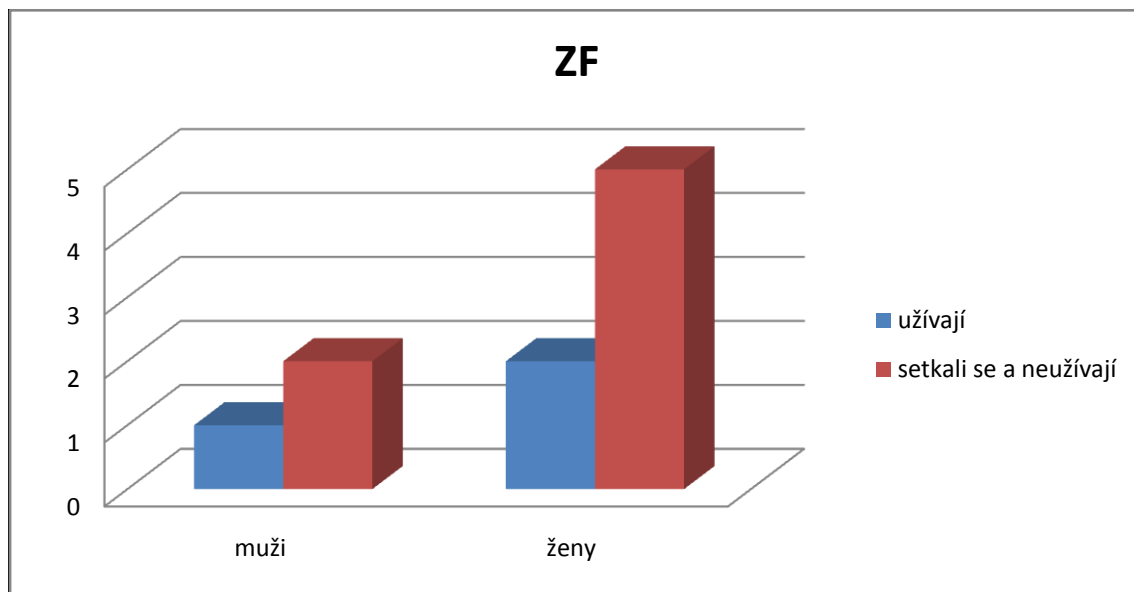
	Četnost respondentů dle pohlaví na ZSF	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
muži	24	24%
ženy	76	76%
celkem	100	100%



Graf 2 – Rozdělení respondentů ze ZSF dle pohlaví

Tabulka 3 – Rozdělení respondentů, kteří užívali nebo se setkali s anxiolytiky dle pohlaví na ZF

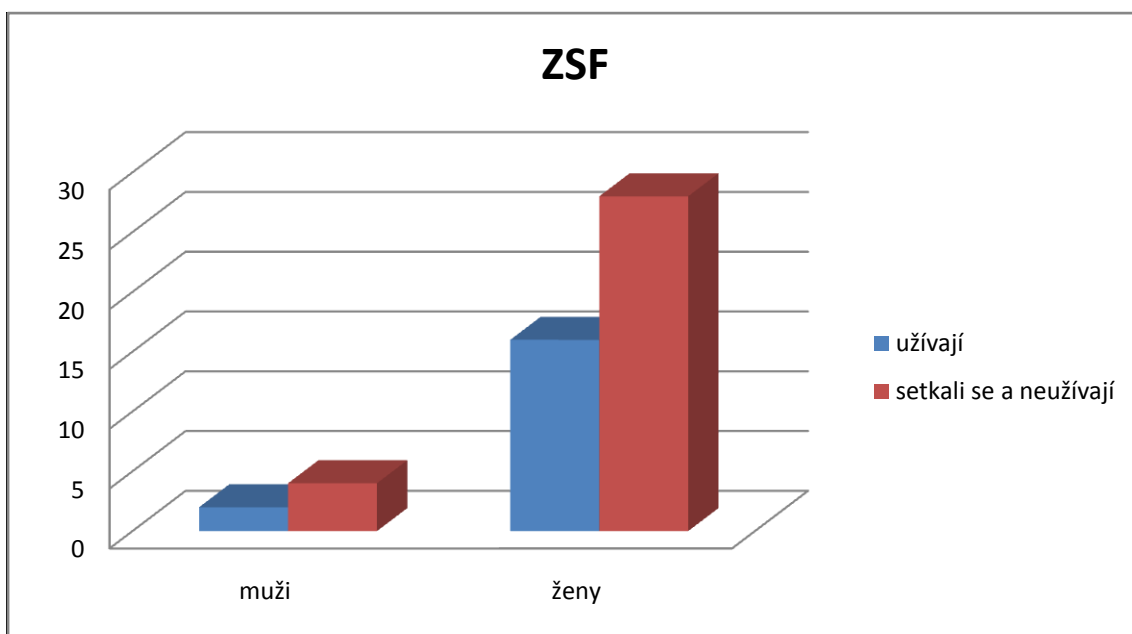
	Četnost respondentů, kteří užívali nebo se setkali s anxiolytiky dle pohlaví na ZF			
	Užívají		Setkali se	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
muži	1	33,3%	2	28,6%
ženy	2	66,6%	5	71,4%
celkem	3	100%	7	100%



Graf 3 – Rozdělení respondentů, kteří užívali nebo se setkali s anxiolytiky dle pohlaví na ZF

Tabulka 4 – Rozdělení respondentů, kteří užívali nebo se setkali s anxiolytiky dle pohlaví na ZSF

	Četnost respondentů, kteří užívali nebo se setkali s anxiolytiky dle pohlaví na ZSF			
	Užívají		Setkali se	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
muži	2	11,1%	4	12,5%
ženy	16	88,9%	28	87,5%
celkem	18	100%	32	100%



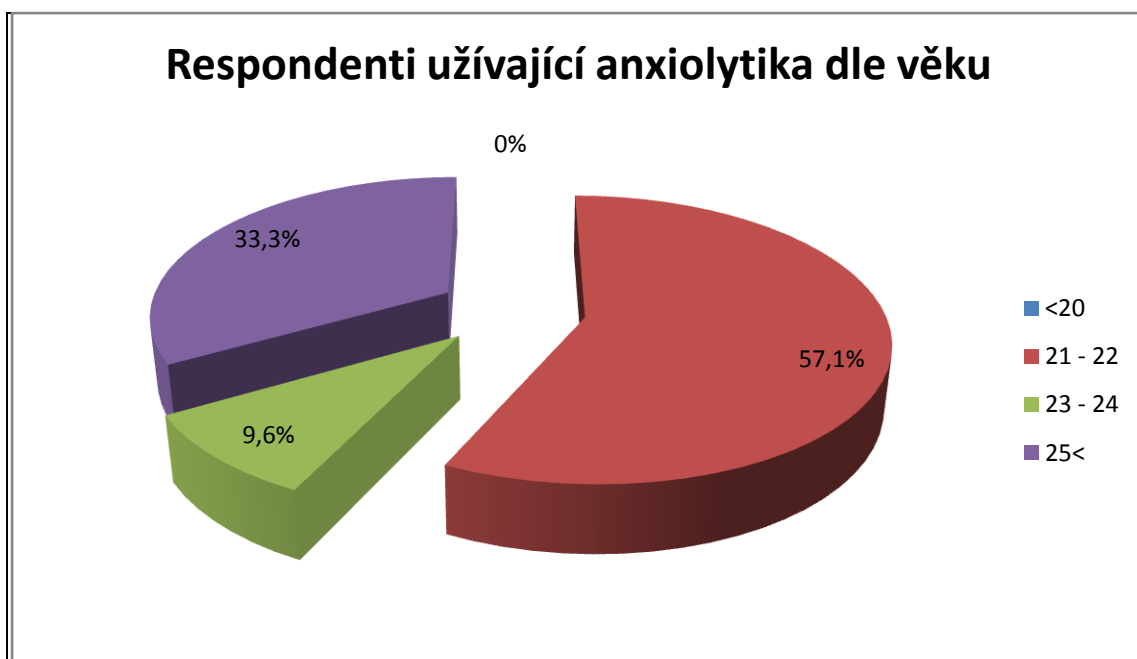
Graf 4 – Rozdělení respondentů, kteří užívali nebo se setkali s anxiolytiky dle pohlaví na ZSF

3.4.2 OTÁZKA Č. 2 a 5 - VĚK

Pomocí druhé otázky jsem rozdělila podle věku ty respondenty, kteří odpověděli, že anxiolytika užívali nebo užívají. Z celkového počtu užívajících studentů to znamená z 21 lidí, užívalo 12 v kategorii 21-22 let. Z kategorie 23-24 let užívali pouze dva lidi a 7 pětadvacetiletých.

Tabulka 5 – Četnost respondentů užívajících anxiolytika dle věku

	Četnost respondentů užívajících anxiolytika dle věku	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
<20 let	0	0%
21 – 22 let	12	57,1%
23 – 24 let	2	9,6%
25>	7	33,3%
celkem	21	100%



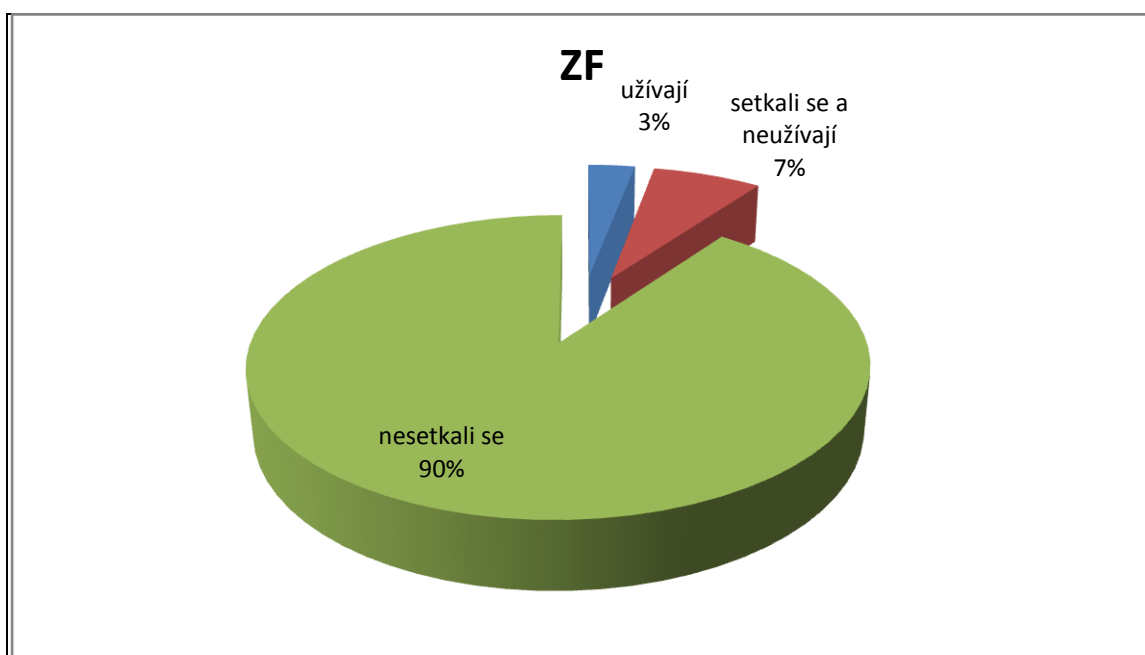
Graf 5 – Rozdělení respondentů užívajících anxiolytika dle věku

3.4.3 OTÁZKA Č. 3, 6 a 7 - ROZDĚLENÍ STUDENTŮ, KTEŘÍ UŽÍVAJÍ ANXIOLYTIKA PODLE FAKULT

Otázka č. 3 rozděluje respondenty podle fakult, zde jsme vyhodnotila pouze dotazníky od těch studentů, kteří v otázce č. 7 vybrali odpověď kladnou, tedy že anxiolytika během svého studia již užívali. Z celkového počtu 200 respondentů užívalo nebo užívá tyto léky celkem 21 studentů, 18 z nich je ze Zdravotně sociální fakulty a 3 ze Zemědělské fakulty. Podobný poměr čísel vyšel i z otázky č. 6, kterou jsem zjistila počet studentů, kteří se s anxiolytiky pouze setkali, ale sami nikdy neužívali. Ze Zdravotně sociální fakulty se z celkového počtu 100 studentů 32 z nich s léky na úzkost setkali. Na Zemědělské fakultě se s těmito léky setkalo pouze 7 studentů ze sta.

Tabulka 6 – Četnost respondentů ze ZF, kteří užívají nebo se někdy setkali s užíváním anxiolytik

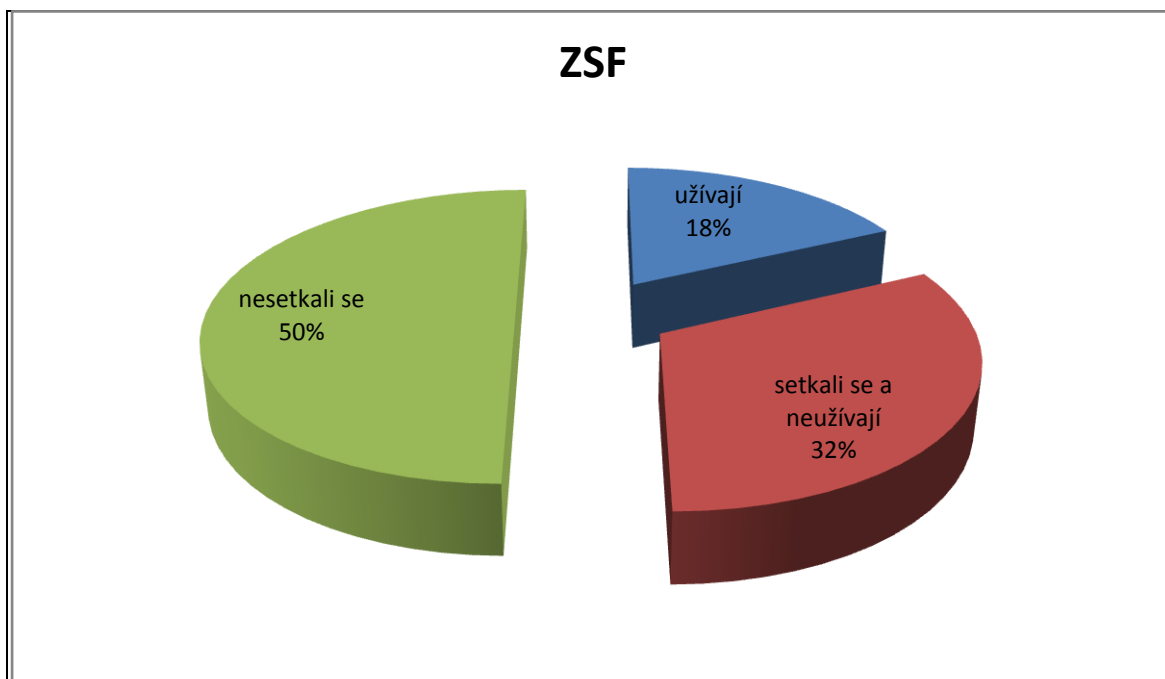
	Četnost respondentů ze ZF, kteří užívají nebo se někdy setkali s užíváním anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Setkali se a neužívají	7	7%
Užívají	3	3%
Nesetkali se	90	90%
celkem	100	100%



Graf 6 – Počet respondentů ze ZF, kteří užívají nebo se někdy setkali s užíváním anxiolytik

Tabulka 7 – Četnost respondentů ze ZSF, kteří užívají nebo se někdy setkali s užíváním anxiolytik

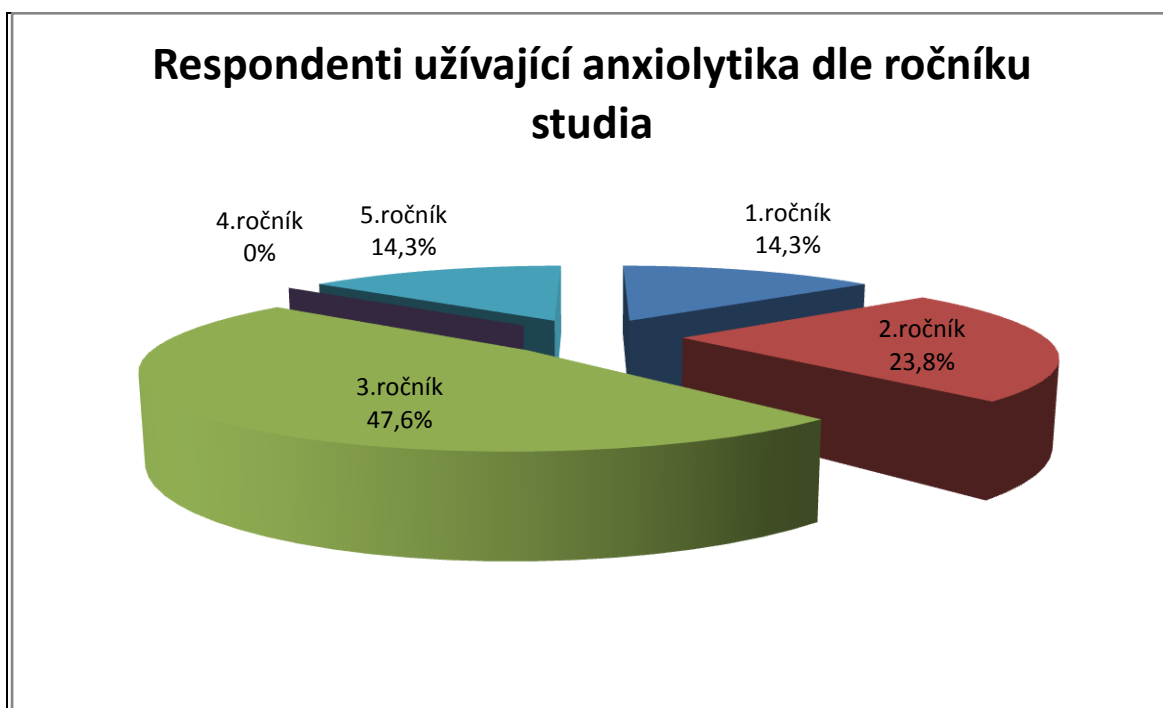
	Četnost respondentů ze ZSF, kteří užívají nebo se někdy setkali s užíváním anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Setkali se a neužívají	32	32%
Užívají	18	18%
Nesetkali se	50	50%
celkem	100	100%



Graf 7 – Počet respondentů ze ZSF, kteří užívají nebo se někdy setkali s užíváním anxiolytik

Tabulka 8 – Četnost respondentů ze ZSF, kteří užívají nebo se někdy setkali s užíváním anxiolytik

	Četnost respondentů užívajících anxiolytika dle ročníku studia	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
1. ročník	3	14,3%
2. ročník	5	23,8%
3. ročník	10	47,6%
4. ročník	0	0%
5. ročník	3	14,3%
celkem	21	100%



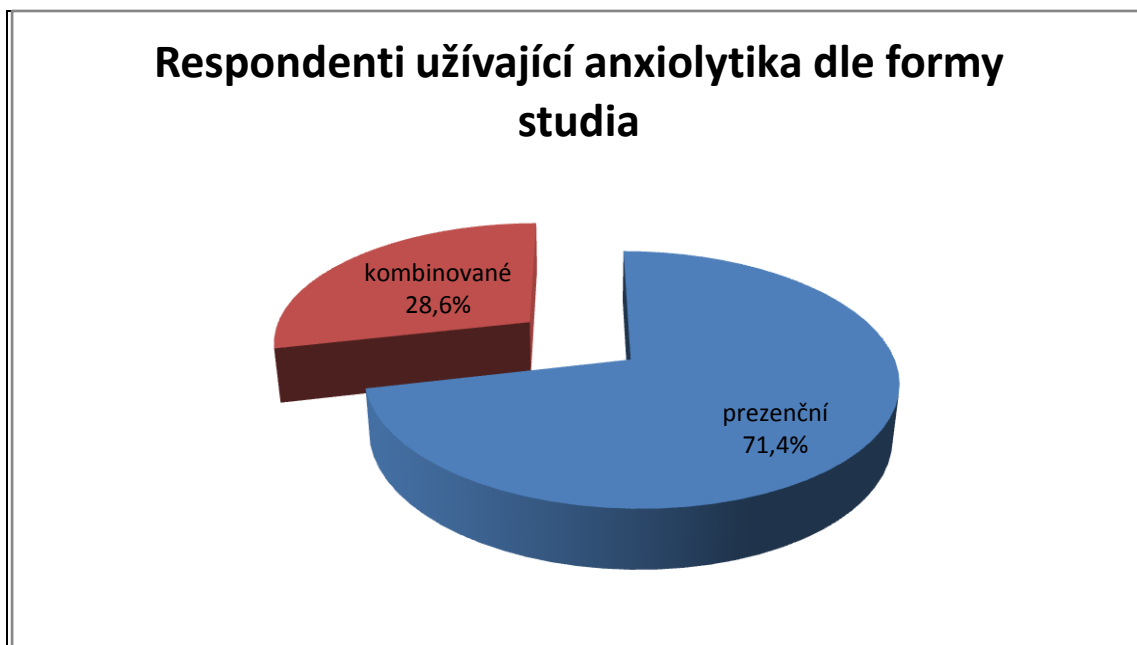
Graf 8 – Rozdělení respondentů užívajících anxiolytika dle ročníku studia

3.4.4 OTÁZKA Č. 4- FORMA STUDIA

Otázka číslo 4 rozděluje respondenty na ty, kteří studují prezenční formou a ty, kteří studují kombinované studium. Z celkového počtu 21 studentů užívajících anxiolytika 15 z nich studují prezenčně a 6 kombinovaně. Z mého průzkumu vyplynulo, že převažují studenti užívající léky na úzkost z prezenční formy studia, z 21 studentů jich je 15. Z těchto 15 studentů je jich 6 pětadvacetiletých studujících prezenční formou.

Tabulka 9 – Četnost respondentů užívajících anxiolytika dle formy studia

	Četnost respondentů užívajících anxiolytika dle formy studia	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Prezenční forma	15	71,4%
Kombinovaná forma	6	28,6%
celkem	21	100%



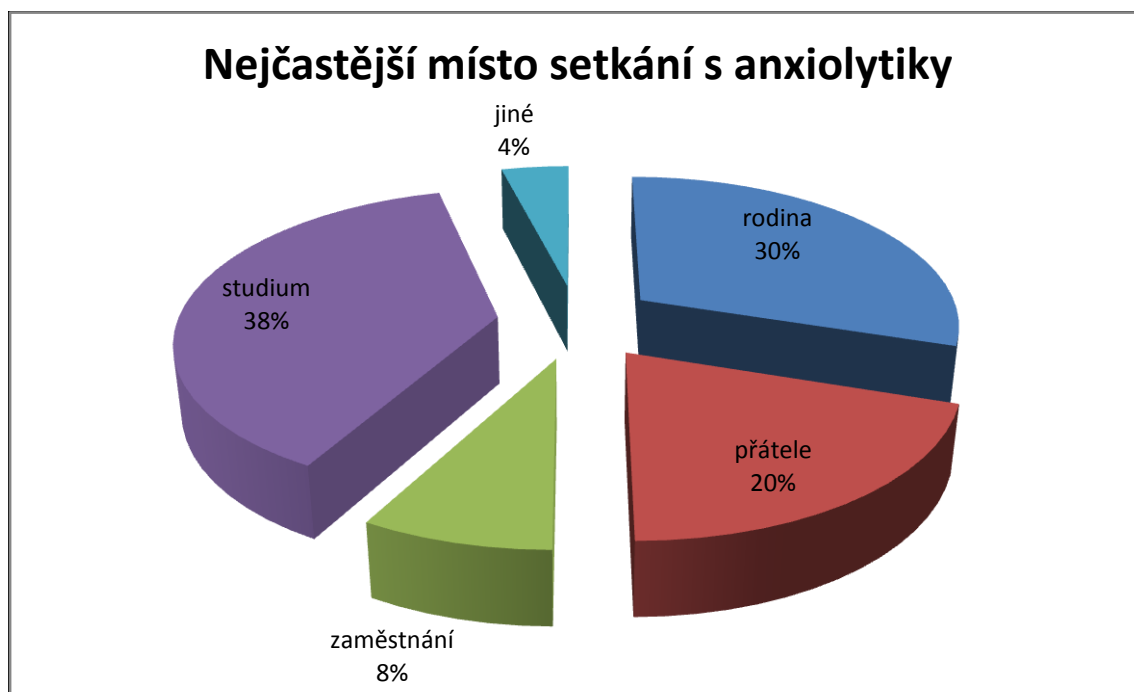
Graf 9 – Rozdělení respondentů užívajících anxiolytika dle formy studia

3.4.5 OTÁZKA Č. 6.1 - KDE SE STUDENTI S ANXIOLYTIKY SETKALI

Otázkou číslo 6.1 jsem chtěla zjistit, kde se nejčastěji studenti setkali s anxiolytiky. Nejčastěji se respondenti setkali s anxiolytiky při studiu, to souvisí s tím, že byl průzkum prováděn na Zdravotně sociální fakultě.

Tabulka 10 – Nejčastější místo setkání respondentů s anxiolytiky ve svém životě

	Nejčastější místo setkání respondentů s anxiolytiky ve svém životě	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	15	30%
Přátele	10	20%
Zaměstnání	4	8%
Studium	19	38%
Jiné	2	4%
Celkem	50	100%



Graf 10 – Nejčastější místo setkání respondentů s anxiolytiky ve svém životě

3.4.6 OTÁZKA Č. 7.1– DŮVOD UŽÍVÁNÍ ANXIOLYTIK

Nejčastějším důvodem užívání anxiolytik u studentů je stres při studiu a druhým důvodem je stres pracovní. Někteří respondenti uvedli více důvodů pro užívání anxiolytik, nejčastěji se prolínají důvody studijního a pracovního stresu. Únava byla uvedena pěti studenty a pouze v jednom případě byla uvedena porucha spánku.

Tabulka 11 – Nejčastější důvod užívání anxiolytik

	Nejčastější důvod užívání anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Stres při studiu	17	56,7%
Pracovní stres	7	23,3%
Poruchy spánku	1	3,3%
Únava a vyčerpání	5	16,7%
celkem	30	100%



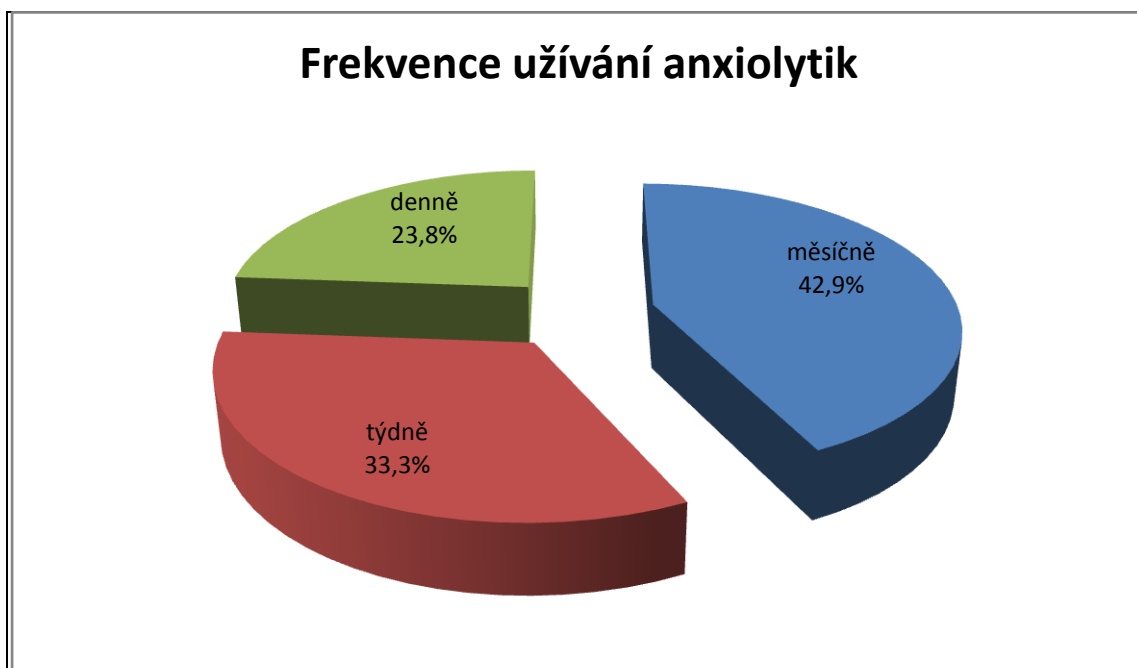
Graf 11 – Nejčastější důvody užívání anxiolytik během studia

3.4.7 OTÁZKA Č. 8- ČETNOST UŽÍVÁNÍ

Největší frekvence užívání je měsíčně s průměrným počtem 1,1 tablety na respondenta. Druhou nejčastější frekvencí užívání je týdně s průměrným počtem 2,43 tablety na respondenta, užívání denně s průměrnou hodnotou 1,2 tablety na respondenta bralo 5 případů z 21 celkově užívajících.

Tabulka 12 – Frekvence užívání anxiolytik

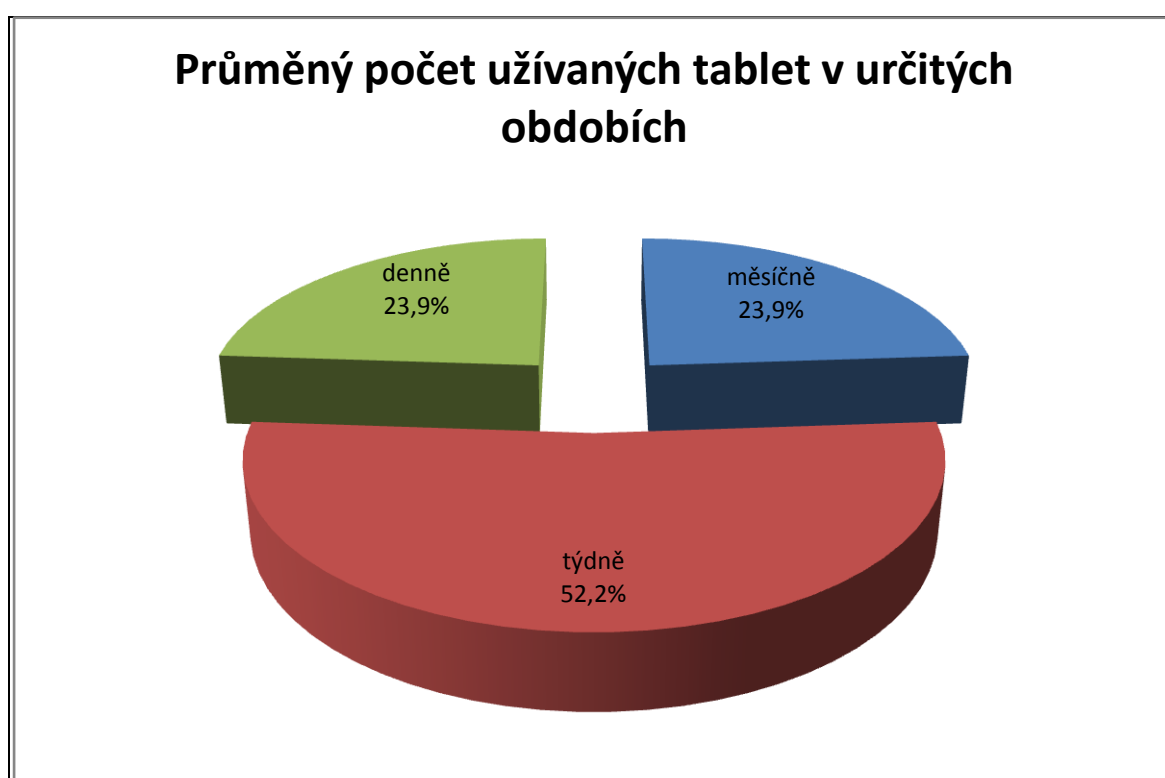
	Frekvence užívání anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	5	23,8%
Týdně	7	33,3%
Měsíčně	9	42,9%
celkem	21	100%



Graf 12 – Frekvence užívání anxiolytik během studia

Tabulka 13 – Průměrný počet tablet při užívání anxiolytik v daných obdobích

	Průměrný počet tablet při užívání anxiolytik v daných obdobích	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	1,1	23,9%
Týdně	2,4	52,2%
Měsíčně	1,1	23,9%
celkem	4,6	100%



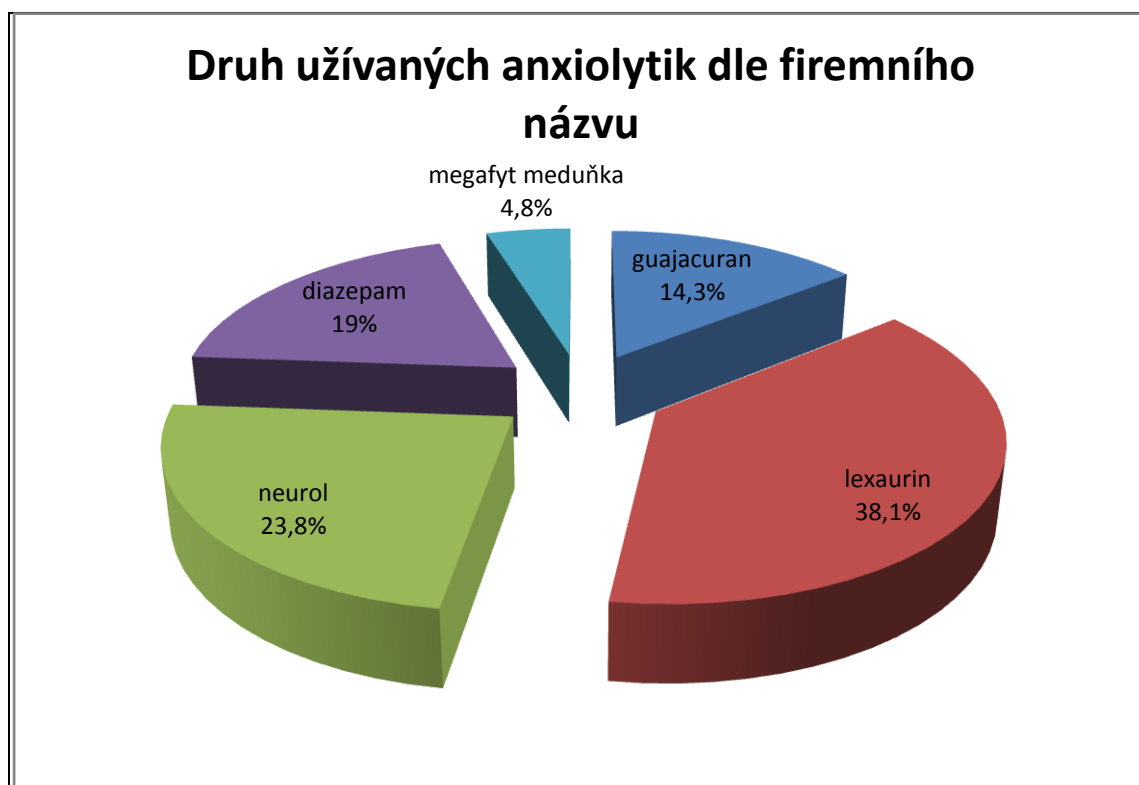
Graf 13 – Průměrný počet tablet při užívání anxiolytik v daných obdobích

3.4.8 OTÁZKA Č. 9- DRUHY ANXIOLYTIK

Nejčastějším užívaným druhem léku je u 9 respondentů Lexaurin, dalších 5 studentů uvedlo Neurole, Diazepam užívali 4 studenti a 3 studenti užívali Quaracan. Pouze jeden ze studentů uvedl, že společně s Neurolem užíval i bylinný čaj Meduňku.

Tabulka 14 – Druhy užívaných anxiolytik dle firemního názvu

	Druhy užívaných anxiolytik dle firemního názvu	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Guajacuran	3	14,3%
Lexaurin	8	38,1%
Neurol	5	23,8%
Diazepam	4	19%
Megafyt meduňka	1	4,8%
celkem	21	100%



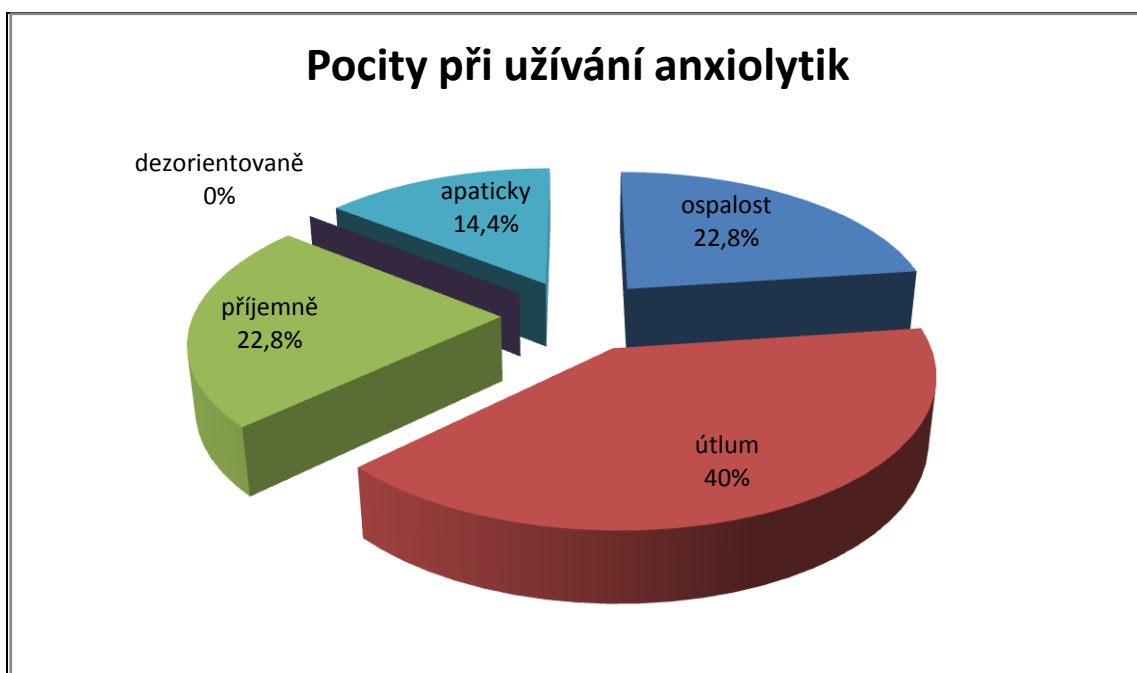
Graf 14 – Druh užívaných anxiolytik dle firemního názvu

3.4.9 OTÁZKA Č. 10- POCITY PŘI UŽÍVÁNÍ

Studenti v dotazníku zaškrtovali více možností, přičemž nejčastěji vybrali pocit útlumu, a to ve 14 případech. Dále se u užívajících studentů vyskytoval nejčastěji pocit ospalosti spolu s příjemným pocitem v 8 případech. Dezorientovaně se necítil nikdo a apaticky bylo zaškrtnuto pětkrát.

Tabulka 15 – Pocity respondentů při užívání anxiolytik

	Pocity respondentů při užívání anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ospalost	8	22,8%
Útlum	14	40%
Příjemně	8	22,8%
Dezorientovaně	0	0%
Apaticky	5	14,4%
celkem	35	100%



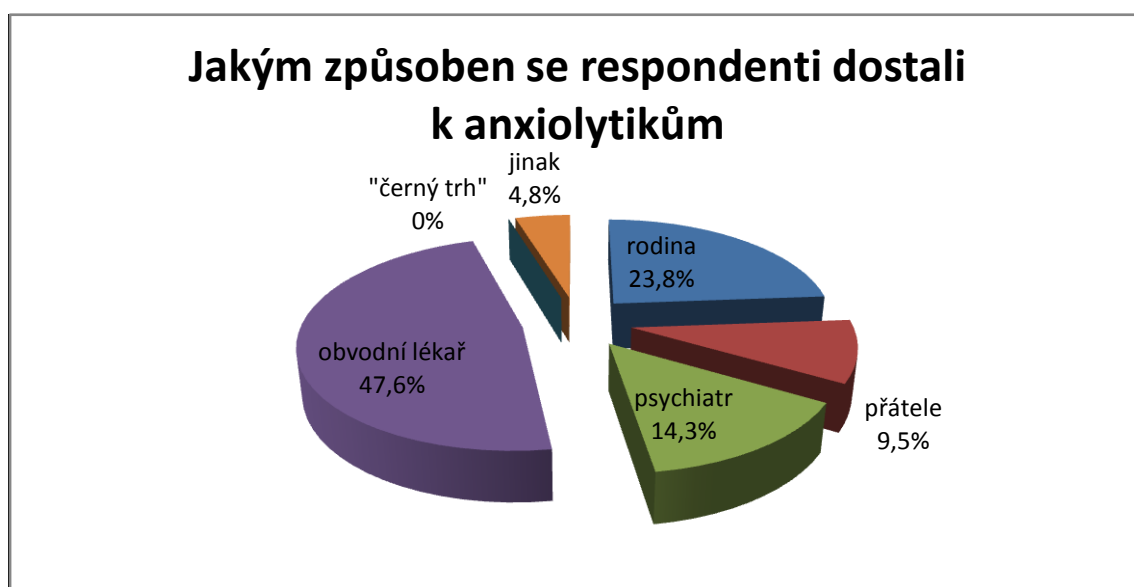
Graf 15 – Pocity respondentů při užívání anxiolytik

3.4.10 OTÁZKA Č. 11- CESTA K ANXIOLYTIKŮM

Z otázky číslo 11 vyplynulo, že respondenti sek anxiolytikům nejčastěji dostali přes svého praktického lékaře u 11 studentů z jednadvaceti. Druhým nejčastějším způsobem získání anxiolytik je přes rodinu, a to u 5 respondentů. Tři studenti získali tyto léky od psychiatra a dva od přátel.

Tabulka 16 – Jakým způsobem se respondenti dostali k anxiolytikům

	Jakým způsobem se respondenti dostali k anxiolytikům	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	5	23,8%
Přátele	2	9,5%
Psychiatr	3	14,3%
Obvodní lékař	10	47,6%
Černý trh	0	0%
Jinak	1	4,8%
celkem	21	100%



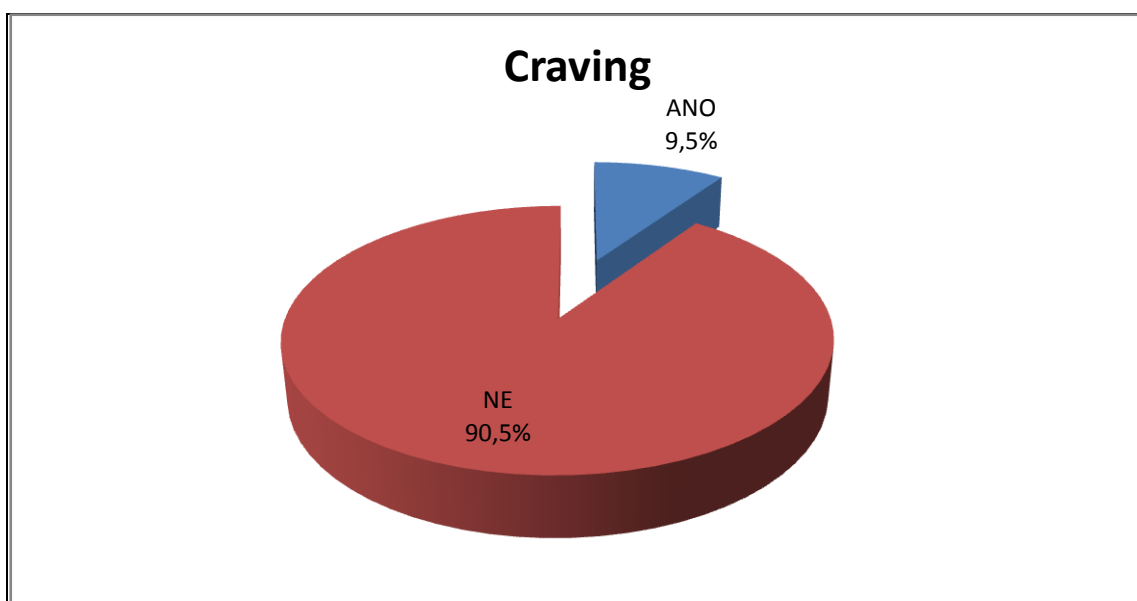
Graf 16 – Jakým způsobem se respondenti dostali k anxiolytikům

3.4.11 OTÁZKA Č. 12- CRAVING

Craving neboli silnou touhu po droze pociťovali dva studenti z jednadvaceti užívajících.

Tabulka 17 – Respondenti pociťující carving (silnou touhu po užití léku)

	Respondenti pociťující carving (silnou touhu po užití léku)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	2	9,5%
NE	19	90,5%
celkem	21	100%



Graf 17 – Respondenti pociťující carving (silnou touhu po užití léku)

3.4.12 OTÁZKA Č. 13 a 13.1- ZVYŠOVÁNÍ DÁVKY

Z otázky číslo 13 jsem zjistila, že pouze jeden ze studentů musel při užívání anxiolytik zvyšovat dávku a z otázky 13.1, že důvodem pro to byla nespavost při užívání.

Tabulka 18 – Nutnost zvyšování dávky anxiolytik při užívání

	Nutnost zvyšování dávky anxiolytik při užívání	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	1	4,8%
NE	20	95,2%
celkem	21	100%



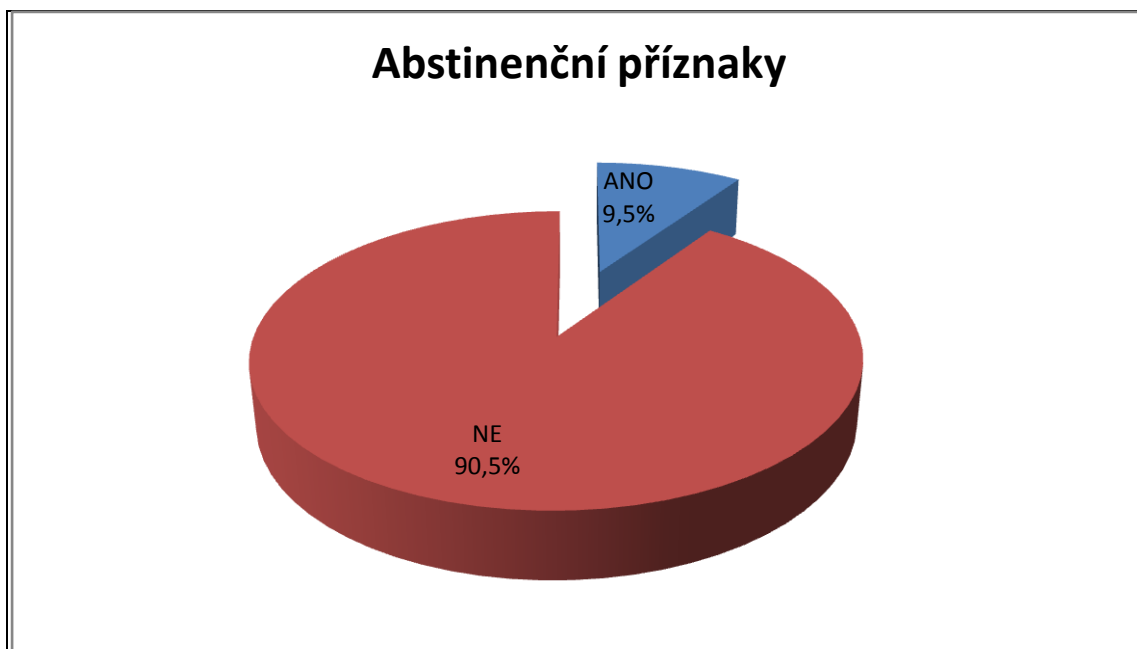
Graf 18 – Nutnost zvyšování dávky anxiolytik při užívání

3.4.13 OTÁZKA Č. 14 a 14.1- ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY

Abstinenční příznaky po užívání pociťovali 2 studenti z jednadvaceti. A u obou z případů se vyskytoval pocit neklidu.

Tabulka 19 – Abstinenční příznaky

	Abstinenční příznaky	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	2	9,5%
NE	19	90,5%
celkem	21	100%



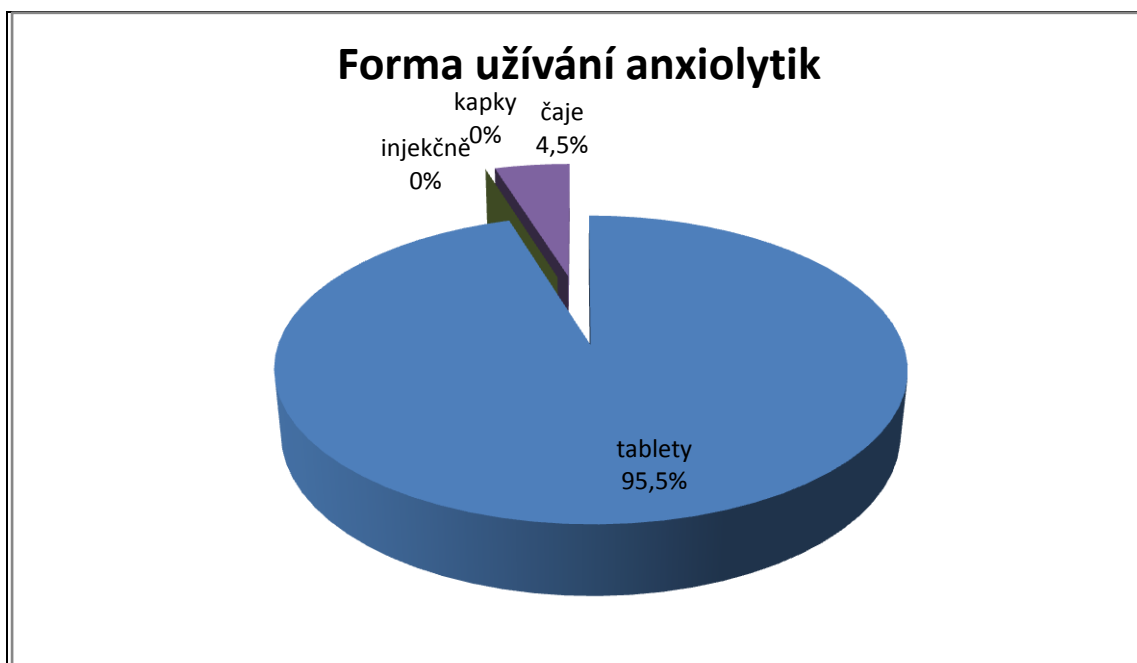
Graf 19 – Abstinenční příznaky

3.4.14 OTÁZKA Č. 15 - FORMY UŽÍVÁNÍ

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 100% respondentů tedy 21 užívá anxiolytika ve formě tablet. Pouze jeden ze studentů kombinoval užívání s bylinným čajem.

Tabulka 20 – Forma užívání anxiolytik

	Forma užívání anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Tablety	21	95,5%
Kapky	0	0%
Injekčně	0	0%
Čaje	1	4,5%
celkem	22	100%



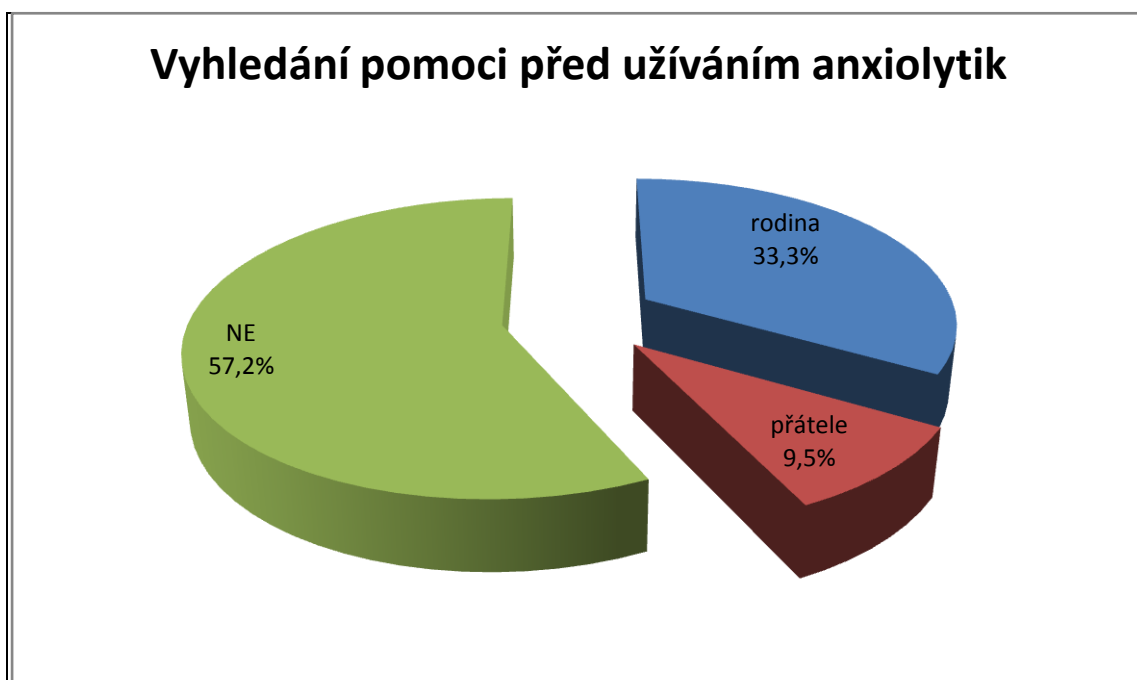
Graf 20 – Forma užívání anxiolytik

3.4.15 OTÁZKA Č. 16- VYHLEDÁNÍ JINÉ POMOCI PŘED SAMOTNÝM UŽÍVÁNÍM

Před samotným užitím anxiolytik nevyhledalo 12 z 21 respondentů žádnou pomoc. Z devíti studentů, kteří vyhledali pomoc, byli pouze dva, kteří vyhledali pomoc odbornou (psycholog), zbylých 7 si nechalo poradit od přátel nebo rodiny.

Tabulka 21 – Vyhledání pomoci před užíváním anxiolytik

	Vyhledání pomoci před užíváním anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	7	33,3%
Přátelé	2	9,5%
NE	12	57,2%
celkem	21	100%



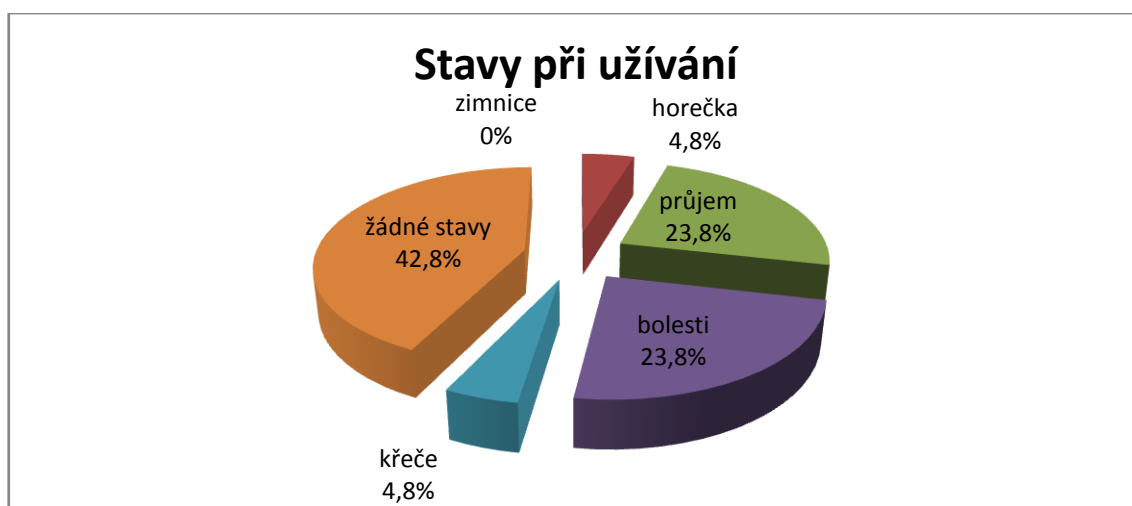
Graf 21 – Vyhledání pomoci před užíváním anxiolytik

3.4.16 OTÁZKA Č. 17 - POCIŤOVÁNÍ STAVŮ PŘI UŽÍVÁNÍ

Otázkou číslo 17 jsem chtěla zjistit, jestli studenti, kteří užívali anxiolytika, pociťovali některé ze stavů, jako jsou zimnice, bolesti (kostí, svalů, hlavy), horečka, křeče nebo průjem. Nejčastěji respondenti uvádějí možnost, že nepociťovali žádný z výše uvedených stavů. Devět z jednadvaceti studentů nepociťovalo žádný stav, pět studentů pociťovalo bolesti, dalších pět respondentů vybralo možnost průjem a jeden z respondentů měl horečku a jeden křeče.

Tabulka 22 – Stavy při užívání anxiolytik

	Stavy při užívání anxiolytik	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zimnice	0	0%
Horečka	1	4,8%
Průjem	5	23,8%
Bolesti	5	23,8%
Křeče	1	4,8%
Žádné stavy	9	42,8%
celkem	21	100%



Graf 22 – Stavy při užívání anxiolytik

3.5 STATISTICKÁ ANALÝZA A POPIS VÝSLEDKŮ – PEARSONŮV CHÍ-KVADRÁT TEST

H1: Existuje statisticky významný rozdíl mezi počtem studentů ZSF a ZF zneužívajících anxiolytika v průběhu studia.

	užívají anxiolytika		celkový součet
	NE	ANO	
ZSF	82	18	100
ZF	97	3	100
celkem počet	179	21	200

Signifikace chí-kvadrát testu

0,0540271 > 0,05 => potvrzujeme H1

H2: Existuje statisticky významný rozdíl vyšší četnosti užívání anxiolytik u dívek než u chlapců.

	užívají anxiolytika		celkový součet
	NE	ANO	
dívky	89	18	107
chlapci	90	3	93
celkem počet	179	21	200

Signifikace chí-kvadrát testu

0,1756704 > 0,05 => potvrzujeme H2

3.6 DISKUZE

Výzkum byl zaměřen na problematiku využívání anxiolytik u studentů Zdravotně sociální a Zemědělské fakulty. Cílem této bakalářské práce je zmapovat okolnosti užívání anxiolytik u studentů výše zmíněných fakult, porovnat četnost užívání mezi oběma fakultami, a také závislosti na pohlaví.

Z výsledků mého dotazníku je zřejmé, že na Zdravotně sociální fakultě se anxiolytika užívají častěji než na Zemědělské fakultě. Větší počet studentů ze Zdravotně sociální fakulty byl v tomto případě očekávaný, protože díky oborům, které se zde studují, získávají tito studenti více informací o lécivech a někteří se s nimi setkávají i v praxi například obor všeobecné sestry. Ze Zdravotně sociální fakulty užívá anxiolytika 18 studentů a ze Zemědělské fakulty pouze 3 studenti. Z dotazníkového šetření nám také vyšlo, že studenti Zdravotně sociální fakulty mají vyšší povědomí o indikaci léků na úzkost než studenti Zemědělské fakulty, ze sta studentů na ZSF se s léky na úzkost setkalo 32 studentů a na ZF pouze 7 studentů ze stejného počtu (viz graf 6.7). Přičemž nejčastějším místem setkání se s těmito léky je u respondentů studium ve 38 % (viz graf 10). To podle mého také souvisí se studiem ZSF a obory poskytující vzdělání v oblasti zdravotnictví. Předpokládám, že když má člověk v životě depresi, stav úzkosti nebo jakýkoliv jiný psychický problém a má informace o lécích, které se na dané problémy předepisují, snadněji k tomuto řešení inklinuje než člověk, který o takovém léku slyšel pouze okrajově a nespojí si v určité situaci možnost řešení daného problému právě tímto způsobem.

Jako druhé nejčastější místo setkání s anxiolytiky respondenti udávají rodinu ve 30 % a přátelé ve 20 %. Z tohoto výsledku usuzuji, že užívání léků na úzkost není v naší populaci nic výjimečného a spousta lidí volí tuto cestu jako „jednodušší“ řešení problému. Je to patrné z velkého počtu lidí, kteří se setkali s těmito léky právě ve své rodině nebo u přátel. V dnešní době se stalo trendem najít si na jakýkoliv problém vždy nějaký druh psychofarmaka a skutečnou příčinu problému odsunout do pozadí. Tento názor zastává Lynne MC Taggartová ve své knize, Co vám lékaři neřeknou (19).

A potvrzují to i nasbíraná data Státním ústavem pro kontrolu léčiv uvedená v mé teoretické části.

Nejvyšší počet studentů užívajících tyto léky se pohybuje ve věkových kategoriích 21-22 let a 25 let. Ve většině případů, tito studenti studují třetí ročníky bakalářského studia prezenční formou. Na studenty jsou kladeny vyšší nároky, připravují se na SZZ a píší kvalifikační práce. Také s rostoucím věkem přibývají starosti jak v osobním životě, tak i nároky při studiu související s jeho ukončením. Ve věku 25 let jsou na tyto studenty kladeny vyšší nároky spojené s nutností spojit zaměstnání a prezenční studium, kdy si většina z nich musí vydělávat na živobytí i na samotné studium. U 25 letého člověka už se předpokládá finanční samostatnost, nebo alespoň ve většině případů. To pro zmíněné studenty při prezenčním studiu znamená, že musí zastávat plně jak roli studenta, tak i zaměstnance, a oproti kombinované formě tedy je v určité nevýhodě, protože jeho studijní plán této situaci není přizpůsoben. Je tedy více vystaven stresu a nejen studijnímu, ale také pracovnímu. Toto tvrzení se také potvrdilo z výsledků další otázky, kterou jsem se snažila zjistit důvody vedoucí k užívání anxiolytik. Nejčastějším důvodem užívání u studentů je právě stres při studiu a následující nejčastější důvod je stres pracovní. Dále respondenti uvádějí únavu a vyčerpání, které úzce souvisí s vypětím při studiu i v práci.

Otázkou je v kolika případech je užití léku na úzkost opravdu nutné, a kdy se jedná o pohodlnost dnešního člověka. Autoři Ján Praško, Hana Prašková a Jana Prašková ve své knize *Deprese a jak ji zvládat* stop zoufalství a beznaději, zaznamenali několik způsobů, jak zvládat stres. Spousta těchto způsobů je snadná a jednoduchá a nemá žádné vedlejší účinky.

Autoři zmiňují jako způsob pro vyrovnání se se stresem změnu životního stylu, správnou životosprávu a dostatek pohybu. Nic co by každý z nás s trochou péle nezvládl (24). Takováto změna životního stylu vedoucí ke zlepšení psychického stavu vyžaduje spoustu času plného trpělivosti. Bohužel dnešní člověk má vysoké nároky, které by chtěl splnit nejlépe hned a bez vynaloženého úsilí. Vysoký nárůst antidepresiv v dnešní době je také dán prioritami dnešní společnosti, kterými se staly udržení si zaměstnání na úkor osobního života. Stresovým obdobím je již příprava na zaměstnání, tedy studium.

Někteří lidé si za svůj životní cíl volí kariéru a všechnu svou energii vkládají do jejího naplnění a jsou svazovány strachem z neúspěchu. Svůj první prášek si tak vezmou již při studiu a po jeho ukončení zjistí, že nároky s nástupem do zaměstnání stále stoupají. Z úmyslu si ulevit a pomoc v určité stresové situaci se stane zvyk a pro takovéto lidi je po určité době nepředstavitelné prožít svůj den bez snídaně zahájené hrnkem kávy a tabletou psychofarmaka, jak uvádí psycholog Michal Walter v článku: Češi polykají čím dál více antidepresiv. Spotřeba léků stoupá (30).

Z odpovědí studentů dále vyplývá, že se nejčastěji k anxiolytikům dostali přes svého praktického lékaře a to v 47,6% (viz graf 16). Myslím si, že jelikož tyto prášky by měly být indikovány na problémy vyplývající z psychiky člověka, měl by jejich předepsání posoudit nebo zkonzultovat odborník, kterým je v tomto případě psycholog nebo psychiatr, ke kterému by měl obvodní lékař pacienta poslat před předepsáním těchto léků. Horším případem je druhá nejčastěji uvedená možnost, a to získání takového léku přes rodinu ve 23,8 % a přátelé v 9,5 %, což je z mého pohledu velmi riskantní bez předchozí konzultace s lékařem. Lékař po podrobné anamnéze určuje pacientovi vhodný typ léku a průběh léčby sleduje a pozoruje možné vedlejší účinky. U anxiolytik je také vysoké riziko závislosti a abstinčních příznaků po rychlém vysazení, o to je konzultace s lékařem důležitější. Pouze 14,3 % předepsaných léků studenti získali od psychiatra.

42,9 % studentů užívá léky na úzkost měsíčně v průměru po 1,1 tabletě. Myslím si, že ve většině případů jde o studenty, kteří získali lék bez předpisu, tedy prostřednictvím rodiny a přátel. Podle mě berou tedy užití tohoto léku jako příležitostní úlevu od problému. Otázkou je, zda jedna tableta za měsíc je opravdu nutná, nebo je to bráno jako chvilkový útěk. Účinek tohoto léku se pohybuje okolo 24 hodin. Proto si myslím, že jedna tableta měsíčně nemá význam a jde spíše o experiment, možné je tedy spíše zneužití léku než jeho nutná konzumace. U respondentů, kteří užívají léky na úzkost denně tedy 23,8% předpokládám předchozí konzultaci a předpis lékaře, při takovém užívání je vysoké riziko závislosti a je důležité dodržovat zásady užívání anxiolytik, mezi které patří: vždy užívat tyto léky u jasné indikace, nepodávat

dlouhodobě, nikdy rychle nevysazovat, neužívat velké dávky a nepodávat u drogových nebo alkoholových závislostí.

Všichni respondenti uvedli, že užili nebo užívají anxiolytika v podobě tablet, pouze jeden student kombinuje užívání tablety s bylinným čajem. Nejčastějším užívaným lékem mezi respondenty je Lexaurin ve 38,1%. Autoři Bouček a Pidrman v knize Psychofarmaka v medicíně uvádějí, že Bromazepam (Lexaurin) patří u nás k nejčastěji předepisovaným anxiolytikům spolu s diazepamem (2). Což se shoduje s našimi výsledky z dotazníku. Tento lék je dobře snášen a má dobrý antidepresivní účinek (2). Druhým nejčastěji užívaným lékem u studentů ZSF a ZF je podle našeho dotazníkového šetření NeuroL, a to u 23,8 %. Alprazolam (NeuroL) se používá u úzkostných poruch s depresí. Diazepam užívá 19% respondentů. Má silný anxiolytický účinek, ale i myorelaxační a hypnotický. Podává se u úzkostných stavů a poruch spánku(2).

Anxiolytika se předepisují za účelem potlačení úzkosti. Pomáhají pacientovi snížit psychické napětí a působí pozitivně na jeho celkové rozpoložení a celkový stav útlumem negativních emocí. Jak se uvádí v knize Farmakologie a toxikologie od autora H. Lullmanna (17). U našich respondentů byly nejčastějšími pocity při užívání útlum 40% a ospalost společně s příjemnými pocity u 22,8%.

Benzodiazepiny by měly být podávány pouze ve výjimečných případech a krátkodobě, protože hrozí riziko lékové závislosti. Při užívání se může vyskytnout tzv. craving neboli silná touha po droze. Je pravděpodobné, že tento stav nastane při větších dávkách nebo častějším užívání. U našich respondentů se craving vyskytl u 2 z 5 respondentů, kteří anxiolytika užívají denně. U stejných studentů, kteří uvádějí, že se u nich craving vyskytl, se projeví i abstinenční příznaky. Z toho lze usoudit, že závislost u těchto léků by se neměla podceňovat a jak už jsem zmínila, měla by dobře fungovat terapie jak ze strany pacienta, tak ze strany lékaře.

Dále z dotazníkového šetření vyšlo, že ženy užívají tyto medikamenty častěji než muži, může to souviset s tím, že ženy jsou náchylnější ke stresu více než muži. Ženy jsou citlivější a více emocionálně založené. Ale také to může být ovlivněné tím, že větší

počet užívajících studentů je na Zdravotně sociální fakultě, kde celkově studuje více žen.

4 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat okolnosti týkající se užívání anxiolytik u studentů Zdravotně sociální fakulty a Zemědělské fakulty. Bylo provedeno dotazníkové šetření, z jehož výsledků jsem se snažila zjistit, jak jsou na tom studenti z uvedených fakult s užíváním těchto medikamentů. U studentů, kteří uvedli, že anxiolytika užívají, jsem se zaměřila na důvody, které je k tomu vedly, jak se k daným lékům dostali a jak často v jaké podobě je užívali. Byly stanoveny dvě hypotézy:

H1: Existuje statisticky významný rozdíl mezi počtem studentů ZSF a ZF zneužívajících anxiolytika v průběhu studia. Tato hypotéza se na základě výzkumu potvrdila. Na Zdravotně sociální fakultě užívá anxiolytika 18 studentů a na Zemědělské fakultě 3 studenti ze sta.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl vyšší četnosti užívání anxiolytik u dívek než u chlapců. Tato hypotéza se také potvrzuje.

Výsledky dotazníku byly statisticky otestovány, po testování chí-kvadrát testem se ukázalo, že statistická hladina významnosti je vyšší než 5%, tedy je dostačující pro potvrzení hypotéz. Celkový počet studentů užívajících anxiolytika nedosahuje zanedbatelných hodnot. Myslím si, že na Zdravotně sociální fakultě je počet užívajících studentů vyšší, protože se zde studují obory, díky kterým získávají studenti povědomí o lécích. Zároveň by si ale měli být vědomi možných rizik, které jsou spojené s užíváním nejen anxiolytik a snažit se nalézat jiná řešení a to hlavně v podobě prevence. Tímto způsobem by neměli přistupovat jen k sobě, ale v budoucnu ve svých povoláních takto působit i na společnost. Podle mého názoru by počet užívajících studentů mohl být nižší, vzhledem k tomu, že jde o skupinu mladých lidí, kteří mají k dispozici spoustu jiných možností, jak se vyrovnat se stresem a jak předcházet stavu vyžadujícího užití anxiolytika.

Přes neustálý vývoj nových léků a léčebných metod, stále stoupá počet pacientů, kteří léčbu vyžadují místo toho, aby lidí s těmito problémy ubývalo. Ačkoliv je v některých případech použití medikamentu nevyhnutelné, existuje mnoho známých

způsobů psychické hygieny, které by takovému stavu mohly předcházet. Mezi tyto způsoby patří například změna životního stylu a zdravá životospráva. Zejména u studentů je důležité kompenzovat sedavý způsob života a nahromadění psychického napětí dostatkem pohybu a dodržováním zdravé vyvážené stravy.

Z odpovědí studentů bylo také zjištěno, že velký počet z nich nezískalo anxiolytika na předpis, nýbrž od rodinných příslušníků a přátel. Tento fakt mě utvrzuje v názoru, že z počtu studentů užívajících léky na úzkost jich nemalá část tyto léky spíše zneužívá pro momentální zlepšení psychického stavu. Myslím si, že by mělo být zvýšené povědomí o těchto lécích, zejména o jejich nežádoucích účincích, které jsou v tomto případě nekontrolovatelné, jelikož užívání léku bez předpisu není sledováno lékařem.

V dnešní hektické době je velmi důležité zvládnutí stresu a napětí, proto by se neměla podceňovat psychická hygiena. Člověk by se měl více spoléhat sám na sebe než na účinky chemických látek v podobě léků. Když každý z nás pohlédne do svého nitra, naučí se tak pracovat s vlastní psychikou a bude schopen odstranit nejen příznaky, ale hlavně příčinu problémů, které ho sužují a omezují v každodenním životě. Naučit se pracovat na sobě samém a předcházet stresu stojí velké úsilí, ale za to je účinnější než jakákoliv tableta, která má sice rychlý, ale krátkodobý efekt.

5 KLÍČOVÁ SLOVA

Klíčová slova: anxiolytika, studium, Zdravotně sociální fakulta, Zemědělská fakulta, úzkost, stres, napětí

Keywords: anxiolytics, study, Faculty of Health and Social Studies, Faculty of Agriculture Sciences, anxiety, stress, tension

6 POUŽITÁ LITERATURA

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
- [2] BOUČEK, Jaroslav a Vladimír PIDRMAN. *Psychofarmaka v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 286 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1136-2.
- [3] CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 287 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.
- [4] DOLEŽAL, Martin. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013, 188 s. ISBN 978-80-246-2382-5.
- [5] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- [6] FÍŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.
- [7] GARDNER, Howard *Frames of mind: the theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books, c1983, xxxii, 440 s. ISBN 0465025102.
- [8] Hodnocení vývoje distribuce vybrané skupiny léčivých přípravků. *Státní ústav pro kontrolu léčiv*. [online]. 2013 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/hodnoceni-vyvoje-distribuce-vybrane-skupiny-lecivych-12?highlightWords=vzr%C5%AFstaj%C3%ADc%C3%AD+po%C4%8Detantidepressiv>
- [9] HYNIE, Sixtus. *Farmakologie v kostce*. 2., přeprac. vyd. V Praze: Triton, 2001, 520 s. ISBN 80-7254-181-1.
- [10] JANŮ, Luboš a Sylva RACKOVÁ. Nežádoucí a vedlejší účinky psychofarmak. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 2/2006 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/02.pdf>
- [11] JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 160 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5093-4.
- [12] KLÁN, Jan. Užívání antidepresiv roste. *invArena*. [online]. 19.12.2014 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.invarena.cz/?p=19020,%C4%8DI%C3%A1nek>

- [13] KOLÁŘOVÁ Zdena. Duševních poruch přibývá a přicházejí v mladším věku. Roste spotřeba antidepressiv. *Zdravotnický deník*. [online]. 26.3.2015 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/dusevnich-poruch-pribyva-a-prichazeji-v-mladsim-veku-roste-spotreba-antidepressiv/>
- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, 190 s. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.
- [15] LINCOVÁ, Dagmar a Hassan FARGHALI. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, xxiv, 672 s. ISBN 978-80-7262-373-0.
- [16] LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Albrecht ZIEGLER. *Atlas farmakologie*. 1. čes. vyd. Praha: Grada, 1994, 375 s. ISBN 80-7169-088-0.
- [17] LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Martin WEHLING. *Farmakologie a toxikologie*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, c2002, 694 s. ISBN 80-7169-976-4.
- [18] MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 379 s. ISBN 978-80-247-1356-4.
- [19] MCTAGGART, Lynne. *Co vám lékaři neřeknou: pravda o nebezpečích moderní medicíny*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Alpress, 1998, 407 s. ISBN 80-7218-153-x
- [20] NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2000, 335 s. ISBN 80-200-0763-6.
- [21] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- [22] NOVÁČKOVÁ, Jana. *Mýty ve vzdělávání: o škodlivosti některých zaběhaných představ o učení, škole a výchově a cestách, jak je překonat*. 4. vyd. Kroměříž: Spirála, 2008, 48 s. Výchova a vzdělávání pro 21. století. ISBN 978-80-901873-9-9.
- [23] OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
- [24] PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 180 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

- [25] PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 413 s. ISBN 80-7178-997-6.
- [26] PRAŠKOVÁ, Hana a Ján PRAŠKO. *Úzkostné a fobické poruchy: malá psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 102 s. Folia practica. ISBN 80-7262-039-8.
- [27] *Prevence sociálně nežádoucích jevů*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky., 2002-, sv.
- [28] SLÍVA, Jiří a Martin VOTAVA. *Farmakologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 238 s. ISBN 978-80-7387-424-7.
- [29] VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, 396 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.
- [30] WALTER, Michal. Češi polykají čím dál více antidepresiv. Spotřeba léků stoupá. *Lidovky*. [online]. 18.3.2014 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z: http://relax.lidovky.cz/cesi-polykaji-cim-dal-vice-antidepresiv-fcp-zdravi.aspx?c=A140317_101929_ln-zdravi_ape