

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Katedra sociální a klinické farmacie

KVALITA ŽIVOTA STUDENTŮ FARMACIE

Diplomová práce

PHARMACY STUDENTS' QUALITY OF LIFE

Diploma Thesis

Vedoucí katedry: Prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.

Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Jitka Pokladníková, Ph.D.

Hradec Králové, 2017

Karolína Horáková

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, ze kterých jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Hradci Králové

Dne.....

Podpis.....

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí diplomové práce PharmDr. Jitce Pokladníkové, Ph.D. za odborné rady, cenné připomínky a čas, který mi věnovala. Také bych chtěla poděkovat svým blízkým za podporu a pomoc nejen při tvorbě diplomové práce, ale i během celého studia.

Obsah

1 ÚVOD A CÍL.....	12
2 TEORETICKÁ ČÁST	15
2.1 Kvalita života.....	15
2.1.1 Pojem kvalita života.....	15
2.1.2 Přístupy k hodnocení kvality života.....	16
2.1.3 Všední den a kvalita života.....	17
2.1.4 Měření kvality života	18
2.1.5 Ukazatelé kvality života.....	19
2.1.6 Instrumenty kvality života	19
2.1.7 Kvalita života studentů v České republice.....	20
2.1.8 Kvalita života studentů v zahraničí.....	21
2.2 Zdraví.....	27
2.2.1 Determinanty zdraví	29
2.3 Stádia psychologického vývoje	30
2.3.1 Adolescence	30
2.3.2 Dospělost	32
2.3.3 Partnerství	33
2.3.4 Profesní role.....	35
3 PRAKTICKÁ ČÁST	37
3.1 Metodika	37
3.1.1 Sběr dat	37
3.1.2 Nástroj průzkumu	37

3.1.3 Použité metody	37
3.1.4 Zpracování a statistická analýza dat	42
4 VÝSLEDKY	43
4.1 Charakteristika souboru, zkrácená verze dotazníku WHO pro měření kvality života.....	43
4.2 Hodnocení kvality života, zkrácená verze dotazníku WHO pro měření kvality života.....	45
4.3 Testování hypotéz, zkrácená verze dotazníku WHO pro měření kvality života.....	59
4.4 Charakteristika souboru, dotazník Subjektivní kvality života	60
4.5 Hodnocení kvality života, dotazník Subjektivní kvality života.....	63
4.6 Testování hypotéz, dotazník Subjektivní kvality života.....	65
4.7 Charakteristika souboru, Bernský dotazník	66
4.8 Hodnocení kvality života, Bernský dotazník	68
4.9 Testování hypotézy, Bernský dotazník.....	70
4.10 Srovnání dotazníků	71
5 DISKUZE	73
6 ZÁVĚR.....	81
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURA	82
8 SEZNAM OBRÁZKŮ.....	95
9 SEZNAM TABULEK	96
10 SEZNAM GRAFŮ	98

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BDI - Beckova sebesuzovací stupnice deprese

BSW-A dotazník - Bernský dotazník subjektivní pohody, verze pro dospělé

DEPN - depresivní naladění

DOM 1 - doména první (zdraví), zkrácená verze dotazníku WHO

DOM 2 - doména druhá (prožívání), zkrácená verze dotazníku WHO

DOM 3 - doména třetí (sociální vztahy), zkrácená verze dotazníku WHO

DOM 4 - doména čtvrtá (prostředí), zkrácená verze dotazníku WHO

HRQoL - kvalita života ovlivněná zdravím

POPŽ - pozitivní postoj k životu

PRBL - uvědomování si problémů

ProQolid - databáze dotazníků

RADŽ - radost ze života

SEBÚ - sebeúcta

SEIQoL - systém individuálního hodnocení kvality života

SF-36 - dotazník o kvalitě života podmíněné zdravím

SOMP - somatické potíže

SQ 1 - dimenze první (abstraktní hodnoty), dotazník Subjektivní kvality života

SQ 2 - dimenze druhá (zdraví), dotazník Subjektivní kvality života

SQ 3 - dimenze třetí (blízké vztahy), dotazník Subjektivní kvality života

SQ 4 - dimenze čtvrtá (volný čas), dotazník Subjektivní kvality života

SQ 5 - dimenze pátá (základní potřeby), dotazník Subjektivní kvality života

SQUALA - dotazník Subjektivní kvality života

STD - směrodatná odchylka

WHOQOL-BREF - zkrácená verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života

ABSTRAKT

KVALITA ŽIVOTA STUDENTŮ FARMACIE

Student: Karolína Horáková

Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Jitka Pokladníková, Ph.D.

Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova, Česká republika

Úvod: Na Kalifornské univerzitě autoři zjistili, že kvalita života pro první tři ročníky byla nižší v porovnání se stejně starou americkou populací. Ve studii z Univerzity z Arkansasu bylo zjištěno, že ve škále duševního zdraví měli nejlepší výsledky studenti čtvrtého ročníku ve srovnání s ročníkem prvním až třetím.

Cíl: Zjistit kvalitu života studentů druhého ročníku naší fakulty. V rámci prvního cíle byly stanoveny hypotézy. Muži a ženy nemají stejnou kvalitu života, studenti nebudou spokojeni se svým volným časem, budou mít málo času na koníčky, přátele, studenti farmacie budou vykazovat horší výsledky než pražská populace 18-29 let. Současně bylo cílem srovnat výsledky Bernského dotazníku a zkrácené verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života a dotazníku Subjektivní kvality života.

Metodika: Sběr dat probíhal během roku 2011. Dotazníky vyplnili studenti druhého ročníky Farmaceutické fakulty v Hradci Králové. Jedná se o průřezové dotazníkové šetření. Byl využit Bernský dotazník subjektivní pohody, dotazník Subjektivní kvality života a zkrácená verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života. Pro statistickou analýzu jsme využili ttest (hladina významnosti 0,05). Data byla vyhodnocena pomocí počítačového programu MS Excel.

Výsledky: Z výsledků dotazníků jsme zjistili, že většina studentů hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou nebo velmi dobrou (82,11 %). Se zdravím je spokojeno 53,16 % studentů, velmi spokojeno 16,84 %. Nejvíce jsou studenti spokojeni s prostředím, ve kterém žijí (bydlení, zdravotní péče, bezpečí, peníze). Nejméně jsou spokojeni s nedostatkem volného času. Studentům chybí čas na odpočinek, koníčky a přátele. Statisticky významný rozdíl mezi kvalitou života mužů a žen se potvrdil v doméně sociální vztahy, ve škále somatické potíže, ve škále sebeúcta a ve škále depresivního naladění ($p < 0,05$). V ostatních se však statisticky významný rozdíl nepotvrdil ($p > 0,05$). Po srovnání Bernského dotazníku s ostatními dotazníky jsme našli středně těsný vztah mezi doménou prožívání a škálou pozitivní postoj k životu, mezi doménou sociální vztahy a škálou radost ze života a mezi dimenzí zdraví a somatické potíže.

Závěr: Vzhledem k výsledkům práce je možno označit kvalitu života studentů druhého ročníku naší fakulty jako dobrou. Osmdesát dva procent studentů hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou, či velmi dobrou. Stejně jako naši studenti i studenti technické univerzity jsou nejméně spokojeni s volným časem. Existují zahraniční studie zabývající se kvalitou života studentů farmacie. Ty zahrnují více než jeden ročník jako naše studie. Proto nebylo možné jednoznačně srovnat výsledky naší práce s výsledky zahraničních autorů. Otázkou je, jak by vypadaly výsledky, pokud bychom zařadili do studie všechny ročníky. Pro další práce bychom doporučili zahrnout do zjišťování kvality života všechny ročníky.

ABSTRACT

PHARMACY STUDENTS' QUALITY OF LIFE

Student: Karolína Horáková

Tutor: PharmDr. Jitka Pokladníková, Ph.D.

Dept. of Social and Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové, Charles University, Czech Republic

Introduction: The quality of life of pharmacy students may change throughout their university life and differ from the quality of life of the general population. In the Czech Republic, quality of life of pharmacy students was not yet examined.

Aim: The aim was to determine the quality of life of second year students at the Faculty of Pharmacy at Charles University in Hradec Králové. Secondary aim was to compare the results of the Bern Subjective Well-Being Questionnaire with the short version of World Health Organization Quality of Life questionnaire and the Subjective quality of life analysis questionnaire.

Methods: The data were collected during 2011. Questionnaires were filled in by second-year students of Faculty of Pharmacy in Hradec Králové. The Bern Subjective Well-Being Questionnaire, the short version of World Health Organization Quality of Life questionnaire and the Subjective quality of life analysis questionnaire were used. The data were analyzed using the MS Excel computer program.

Results: The results of the questionnaires showed that most of the students rated their quality of life as good or very good (82 %). Fifty three percent and seventeen percent of the students were satisfied and very satisfied with their health, respectively. Students were mostly satisfied with the environment they lived in (housing, health care, safety, money). They were least happy with the lack of free time. Students lacked time for relaxation, hobbies and friends. A statistically significant difference between the quality of life of men and women was confirmed in third domain of the short version of World Health Organization Quality of Life questionnaire, at the scale of somatic disorders, at the scale of self-respect and at the scale of depressed mood of the Bern Subjective

Well-Being Questionnaire ($p < 0,05$). At the other scales, a statistically significant difference was not confirmed ($p > 0,05$). Worse results in quality of life of our respondents, compared with Prague's population have not been confirmed. We found relationships between second domain of the short version of World Health Organization Quality of Life questionnaire and the scale of a positive attitude towards life of the Bern Subjective Well-Being Questionnaire, between third domain of the short version of World Health Organization Quality of Life questionnaire and the scale of joy of life of the Bern Subjective Well-Being Questionnaire and between second dimension of the Subjective quality of life analysis questionnaire and the scales of somatic disorders of the Bern Subjective Well-Being Questionnaire.

Conclusion: We can indicate that quality of life of students from second year was good although our students were not satisfied with their free time. The same conclusion was found in students from the Czech Technical University in Prague. Further investigation into quality of life of pharmacy students across all years is needed.

1 ÚVOD A CÍL

Zjišťování kvality života se během posledních let stalo velmi populární. Studie zabývající se kvalitou života si vybírají určitý okruh respondentů a ty pak hodnotí. Ať jsou to senioři, pacienti, studenti i pracovníci určitého oboru. My se zaměřili na kvalitu života studentů farmacie.

Kvalitu života studentů různých oborů zjišťovali jak výzkumníci v zahraničí, tak i u nás v České republice.

Autoři studie, která se zaměřila na aspekty kvality života u studentů technické univerzity, zjistili, že nejvyšší hodnoty získala spokojenost se svými přáteli a známými. Nejméně spokojeni byli studenti s volným časem. Dívky byly více spokojeny se životním partnerem a sexuálním životem, méně spokojené byly se svou tělesnou zdatností a zdravotním stavem. Autoři podotýkají, že je otázka, jestli je možné brát tyto údaje jako charakteristické pro studenty technických univerzit, nebo je možné zobecnit tyto výsledky pro všechny studenty (Valjent, Flemr, 2010).

Další studie z českého prostředí zjišťovala vztah mezi vnímáním zátěže studia na vysoké škole a kvalitou života ve vysokoškolském prostředí. Studie se zúčastnilo 108 studentů z Pedagogické fakulty Ostravské univerzity v Ostravě a 68 studentů z oboru Sociální patologie z Filozofické fakulty Slezské univerzity v Opavě. Mezi respondenty panovala shoda v prioritách. Mezi priority patří zdraví, rodina, partner. I zde však autoři říkají, že není možné výsledky zobecnit (Šimíčková-Čížková, Vašina, Šišák, 2008).

Celkem 109 respondentů ze Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity v Ostravě se podílelo na další práci z roku 2008. Respondenti byli s kvalitou života spokojeni a jako jejich hlavní cíle byly stanoveny původní rodina, zdraví, vzdělání, práce, přátelství (Lašková, 2008).

Kvalitu života u studentů prezenční formy oboru Výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích zmapovala autorka práce. Spokojenost s kvalitou života bylo 97,2 % respondentů (Munduchová, 2013).

Zahraniční zdroje nám poskytly data, která souvisela přímo s oborem farmacie.

U postgraduálů farmacie a ostatních oborů se autoři rozhodli zjistit vnímaný stres a kvalitu života. Tohoto výzkumu se zúčastnilo přes sto postgraduálních studentů oboru farmacie a studentů z ostatních oborů. Data byla shromážděna na univerzitách v Malajsii. Postgraduální studenti farmacie měli nižší hodnoty vnímaného stresu než studenti ostatních oborů. I v této práci autoři upozornili na to, že by byla potřeba další studie s větším počtem respondentů a s respondenty z různých univerzit. Celkově se výzkumu zúčastnilo málo respondentů, aby mohly být výsledky zobecněny (Awadh a kol., 2013).

Další zahraniční studie, která se zajímala o health-related quality of life studentů farmacie, byla provedena na Kalifornské univerzitě.

Výsledkem studie bylo zjištění, že rozdíly ve vnímání stresu a kvalitě života byly odlišné mezi prvním a druhým ročníkem, kdy druhý ročník měl větší hladinu stresu a nižší hladinu kvality života. Kvalita života pro první tři ročníky byla nižší v porovnání se stejně starou populací US (Hirsch a kol., 2009).

Výzkum z roku 2014 se zaměřil na otázku faktorů, které souvisí s kvalitou života studentů farmacie. Výzkum proběhl na Univerzitě v Arkansasu. Faktory, které jsou spojeny s HRQoL, řeší otázky ohledně učení - jak se učit, vnímání sebe sama, spokojenost s vybraným oborem - farmacií, spokojenost s kariérou. Celkově měli studenti prvního až třetího ročníku horší výsledky HRQoL než studenti čtvrtého ročníku. V porovnání s americkou populací měl první až třetí ročník také horší výsledky (Payakachat a kol., 2014).

Autoři studie z Číny prozkoumali kvalitu života studentů medicíny na Čínské lékařské univerzitě. Významné rozdíly byly pozorovány u různých ročníků studentů medicíny. Třetí ročník měl nejnižší skóre u všech domén. Studenti s různou specializací vykazovali rozdílné výsledky. Tedy i specializace studentů měla vliv na kvalitu života. Studenti klinické medicíny získali vyšší skóre než ostatní studenti v doménách zdraví a sociální vztahy. Muži měli výrazně vyšší skóre než ženy v doménách zdraví a prožívání. Ženy dosáhly vyššího skóre v doméně sociální vztahy (Zhang a kol., 2012).

Zjištění HRQoL měla za cíl studie z univerzity Shahid Sadoughi v Íránu. Respondenti byli studenti oborů lékařských věd. Nejvyšších hodnot dosáhlo fyzické

fungování a nejnižších pak celkové zdraví. V této práci nebyly patrné statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami. Při srovnání studentů podle oborů měli studenti medicíny vyšší skóre v doménách (fyzické, obecné zdraví, celkové fyzické skóre). Výsledky napověděly, že faktory, které ovlivňují kvalitu života studentů jsou tyto: rodinný příjem, rodinný stav, kouření, zaměstnání a školní úspěch (Fallahzadeh a kol., 2012).

Následující výzkum probíhal mezi studenty Ekonomické fakulty a Managementu, fakulty Veřejného zdraví (obory Ošetrovatelství, Porodnictví, Zdravotně sociální práce, Radiologie a Laboratorní vědy) na univerzitě v Jižním Libanonu. Tato práce zkoumá HRQoL, životní styl a socio-demografické předpoklady. Výsledky naznačily vztah mezi vzděláním otců respondentů, kdy vzdělání otců negativně ovlivnilo HRQoL. Vyšší schopnost chovat se společensky byla zaznamenána u mladších respondentů. Zejména ve škále duševního zdraví měli lepší výsledky HRQoL muži než ženy. Studenti studující obory podnikání a ekonomika měli vyšší hodnoty HRQoL než ti, kteří studují obory zdravotnické. Výsledky studie potvrdily to, že HRQoL mladých je ovlivněna socio-demografickými znaky a chováním (Sabbah a kol., 2013).

V České republice neexistují studie hodnotící kvalitu života studentů farmacie, proto si vymezujeme tyto cíle a s ohledem na uvedené cíle byly vytvořeny hypotézy:

Cíl 1: Zjistit kvalitu života studentů druhého ročníku naší fakulty

Hypotéza 1: Muži a ženy nemají stejnou kvalitu života.

Hypotéza 2: Studenti nebudou spokojeni se svým volným časem, budou mít málo času na koníčky, přátele.

Hypotéza 3: Studenti farmacie budou vykazovat horší výsledky než pražská populace 18-29 let.

Cíl 2: Srovnat výsledky Bernského dotazníku se zkrácenou verzí dotazníku WHO pro měření kvality života a s dotazníkem Subjektivní kvality života.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kvalita života

Termín „kvalita života“ se poprvé objevuje během 20. let minulého století. Především se termín vztahoval k ekonomické sféře, zvažoval se vliv státních příspěvků na kvalitu života chudší vrstvy obyvatel. V poválečném období se tento termín opakovaně objevoval v souvislosti s politickým děním v USA, kdy si tehdejší americký prezident Johnson stanovil cíl zlepšit kvalitu života. Měl za to, že ukazatelem společenského prospěchu není jen množství spotřebovaného zboží (how much), ale i to, jak dobře se za určitých podmínek lidem žije (how good) (Hnilicová, 2005).

V 70. letech postavil německý politik Willy Brandt volební program sociální demokracie na zlepšení kvality života pro své spoluobčany. V této době je poprvé uplatněn termín kvalita života pro výzkumné účely v souvislosti se sociologickým výzkumem. V 70. letech proběhlo v USA vůbec první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva. Výsledky tohoto výzkumu vedly k závěru, že zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence jsou významné, jestliže uspokojení důležitých potřeb nedosáhne určité minimální hranice, většinou definované jako hranice chudoby (Hnilicová, 2005).

Obzvláště v posledních deseti letech se setkáváme s různými studiemi související s kvalitou života. Obecně lze říci, že zkoumání kvality života hledá a zjišťuje faktory, které pomáhají společnosti vést smysluplný život a vedou k pocitu štěstí (Hnilicová, 2005).

2.1.1 Pojem kvalita života

V literatuře se setkáváme s mnoha definicemi kvality života. Každý člověk si pod pojmem kvalita života představí něco jiného. Kdybychom se zeptali lékaře, sociologa či právníka, každý vysloví svoji verzi tohoto pojmu (Hnilicová, 2005).

„Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým

(či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností“ (Hnilicová, 2005).

„Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životního stylu“ (Hnilicová, 2005).

Definice Centra pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vysvětluje kvalitu života takto:

„Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“ (Hnilicová, 2005).

Jako ve většině oborů i zde se ozývají kritické hlasy, které upozorňují na nejednoznačnou definici kvality života. Kritika zahrnuje i instrumenty k měření kvality života - dotazníky. Autoři dotazníků mohou být zaujatí při sestavování otázek a tím ovlivnit celý dotazník. Ve zdravotnictví zaujímají dotazníky významnou roli, pomáhají přiblížit přístup k péči, k rozvíjení zdraví i k poklesu nežádoucích účinků a rizik spojených s léčbou (Hnilicová, 2005).

2.1.2 Přístupy k hodnocení kvality života

Jelikož se na pojem kvalita života dívají různá odvětví různě, vypadají i přístupy ke zkoumání odlišně.

Psychologické výzkumy se snaží zjistit osobní názor dotazovaného na životní pohodu a spokojenost se svým životem. Lze zachytit tři pojetí toho, co se skrývá pod kvalitou života. Spokojenost se životem - co přispívá ke spokojenosti respondenta, co ovlivňuje spokojenost. Prožívání subjektivní pohody - *subjective well-being*, štěstí - *happiness*, *flow* - hodnocena je kvalita života všeobecně (Hnilicová, 2005).

V sociologickém pojetí kvality života je zdůrazněna sociální úspěšnost. Finanční zázemí, vzdělání, rodinný stav (Hnilicová, 2005).

Zejména v posledních letech je ve zdravotnictví aktuální problematikou pojem kvality života. Ve zdravotnictví a medicíně se zkoumání kvality života zaměřuje jak na fyzické zdraví, tak i psychosomatické zdraví. Proto se pracuje s pojmem *health-related quality of life*, to znamená kvalita života ovlivněna zdravím. Především se sledují nežádoucí účinky spojené s léčbou, ty totiž nejvíce negativně ovlivňují kvalitu života pacienta (Hnilicová, 2005).

2.1.3 Všední den a kvalita života

Sousloví kvalita života je v povědomí jak laické veřejnosti, tak i výzkumníků. Dotazník Křížové srovnává odpovědi 38 pacientů s melanomem, 19 seniorů a 19 mladých lidí. Tito respondenti odpovídali ve volných odpovědích na otázku, co charakterizuje kvalitní život? Na základě odpovědí byly stanoveny tyto domény:

- Aktivita. Cestování, radost z práce, zaměstnání, které člověka baví.
- Harmonie. Duševní i tělesná pohoda, nekonfliktní život, být vnitřně vyrovnaný.
- Propojení. Lidské vztahy (rodina, přátelé, spolužáci, spolupracovníci a ostatní), nebýt lhostejný vůči ostatním, zajímat se o druhé, milovat a být milován.
- Prostředí. Berme na vědomí přírodu, čím více travnatých ploch, tím lépe. Ochrana životního prostředí a prostředí, ve kterém žijeme.
- Autonomie. Nezávislost, soběstačnost, naučit se mít svůj vlastní názor, samostatně řešit problémy, myslet na svoje potřeby, plnit si přání, být na sebe náročný.
- City. Láska, upřímnost, důvěra, víra, být optimista a nebrat si problémy s těžkým srdcem, každý den si užít.
- Růst, vývoj. Člověk má mít volbu - možnost vzdělání v tom, v čem vyniká, má mít možnost se dále rozvíjet ve svém oboru, život žít naplno.
- Morální hodnoty. Být příkladem pro svoje děti i okolí, snažit se být užitečný svému okolí i společnosti, člověk by měl konat dobro a nic za to na oplátku nečekat, snaha překonat překážky.
- Řád. Mít v rodině dobré vztahy, žít bez hádek, chovat se slušně, dodržovat zákony.

- Kořeny. Být vlastenec a předávat vlastenectví dalším generacím, mít pevné rodinné zázemí, znát sám sebe a být sám sebou.
- Kontinuita. Mít děti, vnoučata, dobře je vychovat, mít úctu, charakter, radost ze svých potomků.
- Autenticita. Nefalšovanost, nepromarnit život, práce, která mě baví, být na sebe pyšný, mít důvod si sám sebe vážit.
- Směřování. Mít cíl a za ním si jít (dostudovat, mít hodně dětí, kariéra), držet se svých hodnot, mít motivaci, životní projekt.
- Fatalismus. Jít štěstí naproti, mít osud ve svých rukou (Křížová, 2005).

Mezi slova, která často skloňujeme v závislosti na kvalitě života, patří vztahy, aktivita, zdraví, uspokojení potřeb. A nejde jen o absenci nemoci, protože i nemocní lidé zvládají kvalitně žít. Mnozí z respondentů poukázali na to, jestli je vůbec možné zformulovat kvalitu života do nějaké definice. Jeden z respondentů se vyjádřil takto: *„Pojem kvalita života se mi vůbec nelíbí - připomíná mi přirovnání života k výrobku, také mluvíme o kvalitních a nekvalitních výrobcích.“* Někteří přirovnávají kvalitu života k nedosažitelnému ideálu. *„Cestou ke kvalitnímu životu se člověk těžko proklesí a není jednoduché ji najít...“* Křížová předpokládala určité odlišnosti v odpovědích respondentů. To se nepotvrdilo. Z volných odpovědí všech respondentů vyplynul jednotný názor ohledně základních představ o kvalitě života mezi seniory i mladou generací. Mladí lidé více zdůraznili vliv životního prostředí na kvalitu života a obecně jejich pohled na současný způsob života byl kritický (Křížová, 2005).

2.1.4 Měření kvality života

Kvalitu života můžeme měřit ze tří pohledů: „(1) objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí; (2) subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem a (3) subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.“ Mezi ukazatele spadající pod první bod patří bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny apod. Tyto ukazatele se více hodí pro měření kvality života kolektivu než pro jednotlivce. Celková spokojenost nesouvisí s počtem oblastí, ve kterých je jedinec spokojený, ale se spokojeností v oblastech, které jedinec považuje za důležité. Třetí bod většinou zahrnuje fyzickou kondici a schopnost zvládat každodenní činnosti, vztahy

s blízkým i širším okolím, prožívání, náplň volného času (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

„Kvalitu života lze sledovat na individuální úrovni, kde slouží především k sestavení terapeutického plánu a posléze k vyhodnocení aplikovaných postupů; na úrovni skupin pacientů s určitým typem potíží, kde je měření kvality života indikátorem efektu léčby, nebo na úrovni populačních šetření kvality života, jejichž výsledkem je popis rizikových skupin obyvatelstva a slouží jako podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče.“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

2.1.5 Ukazatelé kvality života

- životní prostředí
- zdraví a nemoc
- úroveň bydlení
- dostupnost základních služeb (školství, zdravotnictví)
- mezilidské vztahy
- volný čas
- pracovní podmínky a spokojenost s pracovním zařazením
- začlenění do společnosti
- úroveň sociální jistoty, bezpečí a osobní svoboda (Kvalita života, lidský rozvoj)

2.1.6 Instrumenty kvality života

Jedna z nejvíce používaných metod, která nám slouží k určení kvality života, je dotazník. Dotazníky jsou různého charakteru, je možné je využít ke shromažďování informací u zdravé populace i u pacientů. Pozitivní stránkou dotazníků je jejich využití pro výzkumné práce, které se zaměřují na určitou populaci. Je možné tak srovnat různý soubor osob. Jako negativum můžeme zmínit to, že dotazník nemusí být dostatečně citlivý. Výše jsme zmínili speciální dotazníky pro pacienty. Skrze tyto dotazníky se autoři snaží zjistit dopad obtíží na kvalitu života pacienta. Protože každý člověk je individuální, je těžké tyto dotazníky srovnávat (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

V databázi ProQolid, kterou provozuje mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute, lze najít informace o instrumentech (nástrojích)

kvality života. V sekci všeobecných dotazníků se nachází přes 100 nástrojů, kterými lze zjišťovat kvalitu života. Z těch nejznámějších zmíníme SF-36, WHOQOL, SEIQoL. V části speciálních dotazníků je možné vyhledávat podle diagnózy nebo potíží. Už jsme zmínili, že dotazníky mohou být určeny pro pacienty nebo pro zdravé lidi. Instrumenty dělíme podle toho, komu jsou určeny (pacientům, dětem, studentům apod.), nástroje mohou určovat oblast, kterou instrument zahrnuje (kvalita života obecně, kvalita konce života), a podle způsobu administrace (sebeuposuzovací dotazníky, telefonní rozhovory apod.) (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

2.1.7 Kvalita života studentů v České republice

Některé české studie zabývající se kvalitou života českých studentů jsme vyhledali a zpracovali jejich výsledky.

Práce z roku 2008 je zaměřena na vztah mezi vnímáním zátěže studia na vysoké škole a kvalitou života ve vysokoškolském prostředí. Pro ověření kvality života studentů si autoři vybrali dotazník SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. Do výzkumu bylo zapojeno 108 studentů Pedagogické fakulty Ostravské univerzity v Ostravě a 68 studentů Sociální patologie z Filozoficko-přírodovědecké fakulty Slezské univerzity v Opavě. Věkové rozmezí bylo u studentů Pedagogické fakulty mezi 19-23 lety, u studentů z Filozoficko-přírodovědné fakulty mezi 20-26 lety. Výsledky ukazují značnou shodu. Mezi prioritní cíle patří zdraví, rodina a partner. Autoři považují předložené výsledky jako příznivě hodnotící vysokoškolskou populaci, ale jsou si vědomi toho, že nelze zobecňovat uvedená zjištění (Šimíčková-Čížková, Vašina, Šišák, 2008).

Práce studentky z roku 2013 zjišťovala kvalitu života u studentů prezenční formy oboru Výchova ke zdraví Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Průzkum byl proveden na studentech prvního, druhého a třetího ročníku v rozmezí 18-26 let. Celkem bylo do práce zahrnuto 73 respondentů. Dotazníky vyplnili respondenti během října a listopadu 2012. K základním otázkám dotazníku WHOQOL-BREF přidala studentka dalších 9 otázek, které ji zajímaly. Především to byly otázky zaměřující se na životní styl. Autorka zjistila, že studenti jsou se svou kvalitou života a zdravím spokojeni. S celkovou kvalitou života jsou spokojeni téměř

všichni studenti a to 97,2 %. Protože se jednalo o studenty oboru Výchova ke zdraví, zaměřila se autorka více na zdravý životní styl a stravovací návyky (Munduchová, 2013).

Autoři další studie z roku 2010 provedli empirický výzkum s využitím dotazníků. Výzkum proběhl u studentů vyšších ročníků technické univerzity (měli za sebou nejméně 2 ročníky studia) během května a června 2008. Celkově se šetření zúčastnilo 1361 studentů - 1053 chlapců a 308 dívek. Nejvyšší hodnota se zjistila u indikátoru spokojenost se svými přáteli a známými. Vysoce hodnoceny byly i indikátory spokojenosti s rodinným životem, s celkovým zdravotním stavem, s úspěchem a uznáním od ostatních a s celkovou kvalitou života. Nejméně byli studenti spokojeni s volným časem. Rozdíl mezi studenty a studentkami Českého vysokého učení technického byl nalezen ve spokojenosti se životním partnerem a se sexuálním životem. Tento rozdíl je nejspíše dán tím, že skoro polovina chlapců nenavázala ještě partnerský vztah. U dívek pak byla zjištěna menší spokojenost se svou hmotností, s tělesnou zdatností a se zdravotním stavem. Při srovnání výsledků vysokoškoláků se souborem obyvatel České republiky byly u většiny ukazatelů nalezeny kladnější hodnoty u vysokoškolských studentů. Soubor obyvatel České republiky měl vyšší hodnoty ve spokojenosti s volným časem. Autoři však na závěr doplňují, že je otázka, jestli lze zjištěné údaje brát jako typické pro studenty technických oborů, nebo je možné je zobecnit na české vysokoškoláky. V roce 2008 na jiných školách podobné studie nebyly provedeny (Valjent, Flemr, 2010).

Autorka diplomové práce z roku 2008 se zaměřila na kvalitu života studentů fakulty Zdravotně sociální na Ostravské univerzitě v Ostravě. Pro výzkum využila dotazník SEIQoL. Z výsledků vyplynulo, že většina vybraných studentů (celkem 109 studentů) je spokojena se svou kvalitou života a naplňují svoje životní cíle. I zde však platí, že nelze zobecňovat výsledky výzkumu (Lašková, 2008).

2.1.8 Kvalita života studentů v zahraničí

Větší počet studií na naše téma jsme našli u zahraničních autorů. Některé z nich jsme vybrali a předkládáme jejich výsledky.

Do srovnávací studie vnímaného stresu a kvality života mezi postgraduálními studenty farmacie a studenty jiných oborů bylo zahrnuto celkem 26 postgraduálů z farmacie a 99 studentů z ostatních oborů. Výzkum proběhl na univerzitách v Malajsii. Postgraduální studenti farmacie měli nižší hodnoty vnímaného stresu než studenti ostatních oborů. Nejčastější spouštěči stresu souvisely se studiem. Byly to zkoušky, stáže, prezentace. Většina studentů využívá k odbourání stresu různé aktivity (trávení času s rodinou a přáteli, cvičení, sledování televize, odpočívání). Tyto aktivity jim pomáhají zbavit se stresu a zvyšují tím mentální a fyzickou HRQL. Celkově se ale výzkumu zúčastnilo málo respondentů, aby mohly být výsledky zobecněny (Awadh a kol., 2013).

Jako další stresory uvedli studenti známky, finanční problémy, nedostatek spánku, samostudium (Votta, Benau, 2014). Marshall a kolektiv (2008) zjistili, že třetí ročník studentů farmacie měl relativně vysokou hladinu stresu a nízkou hladinu HRQoL v porovnání s americkou populací. Většinou používali studenti pozitivní způsoby, jak se zbavit stresu (čas s přáteli, cvičení, sledování televize), ale i negativní způsoby. Autoři nezapomínají na to, že je potřeba dalšího šetření. I Gupchup a kolegové (2004) našli vztah mezi ženským pohlavím a vyšší hladinou stresu. Ženy obecně vnímají stres více než muži. Studenti k odreagování trávili čas s rodinou, přáteli. Autoři nezapomínají poznamenat, že by bylo vhodné přidat program na snížení stresu a pomoci studentům se zvládnutím stresu (Beall a kol., 2015).

Další studie, která se zajímala o HRQoL studentů farmacie, byla provedena na Kalifornské univerzitě s celkovým počtem respondentů 213. Výsledkem studie bylo zjištění, že rozdíly ve vnímání stresu a kvalitě života byly odlišné mezi prvním a druhým ročníkem, kdy druhý ročník měl větší hladinu stresu a nižší hladinu kvality života. Kvalita života pro první tři ročníky byla nižší než stejně staré populace Spojených států amerických. Nižší kvalita života je spojena se vzrůstajícím stresem a se špatným zvládnutím stresu (Hirsch a kol., 2009).

Studie z roku 2014 z Univerzity v Arkansasu se zaměřila na otázku faktorů, které souvisejí s kvalitou života studentů farmacie. Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 304 respondentů. Ve škále duševního zdraví měli nejlepší výsledky studenti čtvrtého

ročníku ve srovnání s ročníkem prvním až třetím. Ve fyzické škále nebyly zjištěny rozdíly. Negativní dopad na HRQoL byl pozorován u studentů, kteří měli problémy s učením a u těch, kterým velmi záleželo na tom, co si o nich myslí ostatní (např. nejsou dost chytrí). Faktory, které jsou spojeny s HRQoL, řeší otázky ohledně učení - jak se učit, vnímání sebe sama, spokojenost s vybraným oborem - farmacií, spokojenost s kariérou. Studenti prvního až třetího ročníku měli horší výsledky HRQoL v porovnání se studenty čtvrtého ročníku a v porovnání s americkou populací. Podpůrné programy (např. stres management, „hot linky“ pro duševní zdraví) mají pomoci studentům se zlepšením jejich duševního i celkového zdraví (Payakachat a kol., 2014). Pomoc při zvládnání stresu byla zmíněna i ve studii z Glasgow (Moffat a kol., 2004).

Dvě farmaceutické univerzity a 820 respondentů těchto škol. Výsledkem práce bylo zjištění, že stresová zátěž je u studentů podobná. Rozdíly lze vysvětlit ve službách, které kampusy nabízí, způsob výuky a také faktory, které nesouvisí se studijním životem (Awé a kol., 2016). Jako stresory můžeme označit zátěž ve škole, problémy ve vztazích, finanční problémy a problém spojit volný čas a studium. Důležité faktory, které stojí za výsledky ve studiu farmaceutů, jsou time management, mít plán, jak se bude student učit, správně a efektivně studovat. Pochopení těchto faktorů by mohlo vést k lepším výsledkům u studentů. I zde autoři zmiňují pomoc ve zvládnání stresu (Sansgiry a kol., 2006).

Studie, která využívala pro zjištění kvality života studentů medicíny WHOQOL-BREF dotazník, má svoje kořeny v Číně. Nejdříve několik informací o studiu lékařství v Číně. Studium medicíny trvá 5 let a je rozděleno na dva roky základních věd, dva roky klinické medicíny a jeden rok praxe. Čínská lékařská univerzita je podle nařízení vlády každoročně omezena daným počtem studentů. Dotazník byl rozeslán celkem 1786 studentů. Konečný počet respondentů byl 1686. Pokud chyběly více než čtyři odpovědi, respondent byl vyloučen. Studenti byli vybráni z oboru klinické medicíny, preventivní medicíny a ošetřovatelství. Ke sběru dat byly použity tyto dva nástroje: sociodemografický dotazník ke zjištění informací o pohlaví, třídě, zájmech v oblasti studia, místa bydliště a sebevědomí při rozvoji ve svém povolání; a čínská verze WHOQOL-BREF dotazníku. Průměrný věk studentů v rámci

celé studijní skupiny byl 22,463. Ve vzorku bylo 43,1 % mužů a 56,9 % žen (Zhang a kol., 2012).

Autoři zjistili významné rozdíly dle toho, jaký rok studenti medicíny studují. Třetí ročník měl nejnižší skóre u všech domén. Další značné rozdíly byly zjištěny podle toho, jakou specializaci studenti mají. Studenti klinické medicíny měli vyšší skóre než ostatní studenti v doménách duševní zdraví a sociální vztahy. Muži měli výrazně vyšší skóre než ženy v doménách zdraví a prožívání. Ženy dosáhly vyššího skóre v doméně sociální vztahy. Studenti, u kterých se zájem o studium liší nebo studenti s větším sebevědomím při kariérním růstu, vykazují významné rozdíly v doménách duševní zdraví a fyzické zdraví. Studenti z měst měli vyšší skóre v doménách duševní zdraví a sociální vztahy než studenti z venkova. Ti studenti, kteří se věnovali pravidelně fyzické aktivitě, měli vyšší skóre ve všech oblastech. U otázky, která se ptala na sexuální činnost, ve velké míře chyběla data. Pravděpodobně z toho důvodu, že je toto téma velmi osobní a Číňané jsou příliš nesmělí, aby se o tomto tématu s ostatními bavili (Zhang a kol., 2012).

Studenti třetího ročníku měli nejnižší skóre ve všech doménách (Zhang a kol., 2012).

Studenti třetího ročníku se poprvé dostanou do kontaktu s pacienty. Nemají ještě tolik zkušeností a slovních dovedností ke komunikaci s pacienty, zvláště pak s pacienty, kteří umírají (Liénard a kol., 2010). Předchozí studie ukázaly, že v těchto podmínkách trpí studenti obavami, jsou zranitelní a úzkostliví (MacLeod a kol., 2003, Pitkälä, Mäntyranta, 2004). Ve srovnání s populací jsou studenti medicíny více náchylní ke stresu (Compton a kol., 2008), syndromu vyhoření (Dyrbye a kol., 2010, Dyrbye a kol., 2006), depresi (Dahlin a kol., 2005, Dyrbye a kol., 2007,) a úzkosti (Aktekin a kol. 2001). Faktory, které tyto situace ovlivňují mohou být semináře a přednášky, ale i kontakt s nemocnými a se smrtí (Kelly, Nisker, 2010). Studie poukazují na to, že studentky jsou více úzkostlivé a depresivní než studenti (Lloyd, Gartrell, 1981). Vyšší úzkost u studentek je pravděpodobně dána psychosociálním profilem (Hojat a kol., 1999).

Výsledky studie ukázaly, že dotazník WHOQOL-BREF funguje dobře pro posouzení kvality života čínských studentů medicíny. Studenti z oboru ošetřovatelství

a preventivní medicíny pociťovali ve větší míře zhoršení kvality života kvůli pracovnímu tlaku a akademické zátěži. Autoři nastínili jistou vizi. Podle nich je třeba udělat kroky ke změně vzdělávání lékařů. Snížit tlak z lékařských přednášek a cvičení a poskytnout studentům ve třetím ročníku a studentům neklinických oborů zlepšení a posílení psychické pohody. To už je úkol pro lékařské fakulty (Zhang a kol., 2012).

Celkem 364 studentů oborů lékařských věd univerzity Shahid Sadoughi v Iránu se zúčastnilo průřezové studie o zjištění health-related quality of life pomocí dotazníku.

Výsledky studie ukazují na nezávislý vztah mezi mnoha škálami a školním úspěchem. Nejvyšší hodnoty pak byly získány pro fyzické fungování a nejnižší pro celkové zdraví. Tyto výsledky jsou podobné s dalšími studii (Arslan a kol., 2009, Raj a kol., 2000). Vyšší hodnoty pro celkové fyzické skóre naznačují dobrou aktivitu během dne, dostatek energie, málo bolesti a lepší výkonnost. Negativní pocity, které se týkají budoucnosti, štěstí a naděje by mohly být důležitou částí studentského života určující nižší kvalitu života v každé z domén, které jsou zahrnuty v celkovém duševním skóre (Fallahzadeh a kol., 2012).

Pokud autoři porovnali studenty podle oborů, studenti medicíny měli vyšší skóre v mnoha doménách, zejména v doméně fyzické, obecné zdraví a celkové fyzické skóre. U pravidelných kuřáků bylo nižší celkové skóre než u nekuřáků. Kromě toho, studenti, kteří uvedli, že pravidelně cvičí, měli vyšší celkové duševní skóre než ti, kteří necvičí (Fallahzadeh a kol., 2012). Cvičení má pozitivní vliv na stresové momenty v životě studentů. Je nezbytné podporovat studenty v pravidelné fyzické aktivitě jako strategie pro zlepšení kvality života studentů. (Fallahzadeh a kol., 2012, Chomitz a kol., 2008, Standage a kol., 2012).

Výsledky napověděly, že faktory, které ovlivňují kvalitu života studentů jsou tyto: rodinný příjem, rodinný stav, kouření, zaměstnání a školní úspěch (Fallahzadeh a kol., 2012).

Mezi říjnem 2011 a březnem 2013 vznikla další studie. Tato se zaměřila opět na health-related quality of life, životní styl a určité sociodemografické předpoklady. Výzkum probíhal mezi studenty Ekonomické fakulty a Managementu, fakulty Veřejného zdraví (obory Ošetrovatelství, Porodnictví, Zdravotně sociální práce,

Radiologie a Laboratorní vědy) na univerzitě v Jižním Libanonu. Tato veřejná univerzita je největší a nejrozšířenější institucí vysokoškolského vzdělávání v Libanonu. Studie se zúčastnilo celkem 282 respondentů (Sabbah a kol., 2013).

Průměrný věk respondentů byl 18,7 let z toho 80,1 % byly ženy. Některé faktory mohou negativně ovlivnit kvalitu života mládeže související se zdravím jako jsou genderové rozdíly, socio-ekonomický a demografický status (Giannakopoulos a kol., 2009, Schmidt, 2012), status rodičů (Ford a kol., 2008, Marttinen a Salmela-Aro, 2012), nadváha a obezita (Correa-Burrows a kol., 2012, Wille a kol., 2010), konzumace alkoholu (Chen a Storr, 2006), fyzická aktivita (Hume a Mort, 2012, Pišot a Kropěj, 2006) a válka (Sabbah a kol., 2007, Tayara, 2013). Vzdělání otců negativně ovlivnilo HRQoL, vzdělání matek nikoliv (Chow, 2010, Salam a kol., 2012). Je možné že otcové s vyšším vzděláním mají větší kariérní a rodinné nároky (Williams a Cunich, 2013). Vyšší sociální fungování (vyšší schopnost normálně fungovat/chovat se ve společnosti) a emocionální role byla pozorována u mladších respondentů. Oblast bydliště neměla žádný vliv na skóre. Ženy vykazovaly menší health-related quality of life než muži zejména ve škále duševního zdraví. Studenti studující obory podnikání a ekonomika měli vyšší hodnoty HRQoL než ti, kteří studují obory zdravotnické (Sabbah a kol., 2013).

Stejně jako v jiných studiích (Gan-Yadam a kol., 2012, Mikolajczyk a kol., 2008, Sabbah a kol., 2003, Schmidt, 2012) bylo i v této práci potvrzeno to, že health-related quality of life mladých je ovlivněna demografickými znaky a ekonomickou situací. Činnosti podporující zdraví sociální podpora a poradenské služby by měly být začleněny do prostorů univerzity a jsou nezbytným krokem ke zlepšení celkové HRQoL studentů na univerzitě v Libanonu (Gahagan a kol., 2011, Sabbah a kol., 2013).

Cílem studie z Univerzity v Bělehradě bylo zhodnotit health-related quality of life mezi studenty a určit faktory, které by mohly být s HRQoL spojené včetně vztahu s depresí (Pekmezovic a kol., 2011).

Studie probíhala od dubna do června 2009 a zúčastnilo se jí celkem 1624 studentů. Kvalita života související se zdravím byla hodnocena pomocí dotazníku SF-36

a závažnost deprese byla zjištěna pomocí psychometrického testu Beck depression inventory (BDI) (Pekmezovic a kol., 2011).

Nejvyšší skóre bylo získáno pro fyzické fungování. Studenti lékařských fakult měli nejnižší skóre téměř ve všech doménách. Studenti, kteří žili s rodiči, měli statisticky významně vyšší hodnoty skóre u většiny domén. Celkové SF-36 skóre významně koreluje s průměrným měsíčním příjmem rodiny. I studenti s pravidelnou fyzickou aktivitou a bez ní se lišili v celkových hodnotách skóre (Pekmezovic a kol., 2011).

Výsledky ukazují na více faktorů, které jsou negativně spojeny s HRQoL. Ke zlepšení HRQoL studentů mohou vést zdravotnické vzdělávací programy zaměřené na rizikové faktory, které studenti mohou ovlivnit (Pekmezovic a kol., 2011).

2.2 Zdraví

Jak se vyjádřili dotazovaní na otázku: „Co si představíš pod pojmem zdraví?“

„Asi si představím lidi, když sportují. Zdravý jídlo, nějaký léky a takovou tu rodinku z letáků (všichni leží na gauči a smějí se...)“

Žákyně 9. třídy základní školy, 14 let

„Stav, kdy člověka nic nebolí a cítí se dobře jak po psychické, tak fyzické stránce.“

Maminka na mateřské dovolené, 23 let

„Fyzický/duševní stav, kdy můžu normálně fungovat a neomezuje mě žádná nemoc.“

Student dálkového studia, ekonomické zaměření, 23 let

Jaké výroky vyřekli autoři o zdraví?

„Zdraví je slovo, které se v běžné mluvě užívá v přerušném významu. Proto je třeba snažit se pochopit ideu, která tvoří jádro tohoto pojmu a je - třeba i jen skrytě - nedílnou součástí různých významů tohoto slova.“

D. Seedhouse

„Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.“

D. Seedhouse

R. Williams řekl: „*Význam slov, která se nevztahují k věcem, ale ideám - a zdraví je takovýmto slovem -, nehledejte ve slovnících.*“ Původně slovo zdraví znamenalo celek. Celek ale každý vnímá jinak. Z pohledu sociologa může být celek buď jedinec, nebo i celá skupina např. rodina, město. Celek z pohledu matematika je 100 % (Křivohlavý, 2003).

Někteří z nás nahlíží na zdraví jako cíl. Pokud je někdo nemocný, jeho cílem je stát se zdravým. Někdo zase uvažuje o zdraví jako o prostředku k určitému cíli. Jeden z důležitých aspektů u sportovce je zdraví. Pokud chce podat výkon hodný medaile, musí být zdravý (Křivohlavý, 2003).

Křivohlavý rozdělil zdraví do těchto skupin:

„*Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly.*“

„*Zdraví jako metafyzická síla.*“ Za sílu můžeme považovat elán, vitalitu. Tato síla jedinci pomůže dosáhnout vyšších cílů.

„*Salutogeneze - individuální zdroje zdraví.*“ Postup, který podporuje zdraví, prevence i obnova zdraví.

„*Zdraví jako schopnost adaptace.*“ Schopnost přizpůsobit se prostředí.

„*Zdraví jako schopnost dobrého fungování.*“ Heslo „*Bud' fit*“ vystihuje tuto schopnost zdraví nejlépe.

„*Zdraví jako zboží.*“ Zdraví se dá koupit ve formě léků i lékařského zákroku.

„*Zdraví jako ideál.*“

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „*stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to nejen nepřítomnost nemoci a neduživosti.*“ Jak ale poznáme, že je člověku sociálně dobře? Definice nemluví ani o duchovním zdraví. Výhodou této definice je to, že je krátká a tudíž dobře zapamatovatelná. Definice poukazuje na zdraví jako na propojení fyzické i duševní stránky (Křivohlavý, 2003).

T. Parson definuje zdraví: „*Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován*“ (Křivohlavý, 2003).

Zdraví podle Davida Seedhouse je: „*Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)*.“ Podle Seedhouse má každý člověk jisté fyzické a intelektuální schopnosti. Sám jedinec rozhoduje o tom, jestli se tyto schopnosti stanou realitou. Ne všechny potenciály je možné vykonat. Nejdůležitějšími podmínka jsou jídlo, pití, bydlení, smysl života, schopnost přizpůsobení, ohleduplnost, přístup k co největšímu množství informací (Křivohlavý, 2003).

2.2.1 Determinanty zdraví

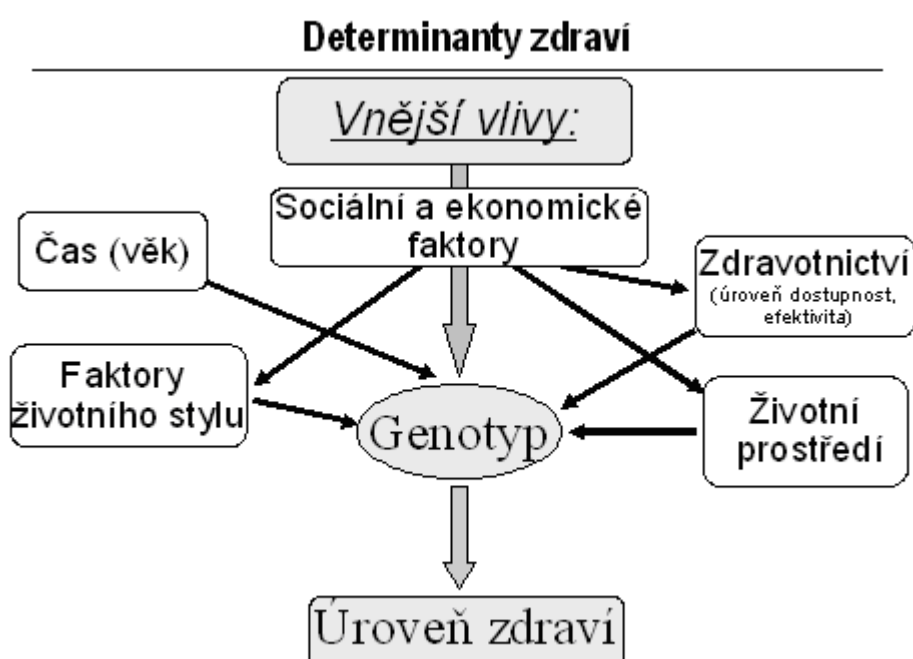
Nutbeam definuje „*determinanty zdraví jako osobní, společenské a ekonomické a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti*“ (Portál, 2005-2017). Zdraví člověka je tedy ovlivňováno kladnými i zápornými faktory. Některé jsou dědičné, jiné závisí na životním prostředí (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Mezi hlavní ukazatele zdraví patří:

- Genotyp - každý z nás se rodí s určitou genetickou výbavou, intelekt, náchyllost k nemocem.
- Životní styl - jedinec může svoje zdraví ovlivnit tím, že bude aktivní. Bude sportovat, správně se stravovat, vyhne se kouření a zvýšené konzumaci alkoholu.
- Faktory prostředí - čistota ovzduší, kvalita pitné vody, hluk, klimatické podmínky.
- Kvalita zdravotnictví - rozvoj medicíny, zdravotnický systém, dostupnost lékařské péče (Portál, 2005-2017).

Kebza tyto ukazatele rozšiřuje o psychosociální determinanty, kam patří zvládání stresu, sociální opora, zranitelnost, psychická odolnost (Kebza, 2005).

Je zřejmé, že zdravotní stav jedince ovlivňuje mnoho okolností. Mnohé z nich řadíme k individuálním, jsou to genetické predispozice, osobní pohoda, psychická odolnost a řada dalších. Nesmíme ale zapomenout na vlivy společenské, které zdravotní stav ovlivňují také (Kebza, 2005).



Obrázek č. 1: Determinanty zdraví

Zdroj: Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LF MU

2.3 Stádia psychologického vývoje

2.3.1 Adolescence

Pokud se bavíme o adolescenci (dospívání), v úvahu bereme období mezi patnáctým a dvacátým rokem. Slovo adolescence je odvozeno od latinského *adolesco*, což v překladu znamená dospívat, vyvíjet se, mohutnět, sílit. V češtině se častěji setkáme s výrazem dospívání a dopívající (Říčan, 1990).

Jako začátek období adolescence lze brát dobu, kdy se z mladého člověka stává po tělesné stránce muž či žena. U mužů tato doba přichází o něco později než u žen. Nemůžeme stanovit přesný konec období dospívání. Je rozdíl mezi adolescentem, který začne pracovat ihned po ukončení střední školy, nebo adolescentem, který bude pokračovat na vysokou školu. Pro mnoho mladých lidí je dosažení plnoletosti významným mezníkem, ale z pohledu duševního vývoje nepatří tato událost mezi převratné (Říčan, 1990).

Během období adolescence se mladý člověk nachází v těžkých situacích, které mohou ovlivnit jeho budoucí život. Vybírá si vysokou školu, zaměstnání. Měl by najít svoje místo v životě, najít sám sebe. V tomto období probíhá také první vážnější kontakt s opačným pohlavím. Dospívající zažije první lásku, vážnou známost, ale i zklamání. V mnoha tématech se adolescent neshodne se svými rodiči, dochází k rozporům i hádkám. Rodiče často nemají pochopení pro ukvapená rozhodnutí svých dětí. Ale na konci tohoto období, řekněme ve dvaceti letech, přichází u většiny dospívajících k citovému prohloubení a uklidnění (Říčan, 1990).

V dnešním moderním světě plném technologií je patnáctiletý mladý muž a mladá žena stejně (možná i více) inteligentní než jeho rodič. Mladí touží po sexuálních zkušenostech, společenském životě a rychlé nezávislosti. To vše ale musí zatím počkat. Jsou žáky, studenty. Čeká je doba, kdy jsou závislí na svých rodičích. Většina adolescentů si nejspíše myslí, že jsou mnohem chytřejší než dospělí a dokonce nejchytřejší na světě. Tato doba ale není vrcholem inteligence. Adolescent bude na otázky sice odpovídat originálněji a pohotověji než rodič, ale rodič uplatní svoje zkušenosti a bude odpovídat moudře a trpělivě (Říčan, 1990).

Velmi výhodná je názorová proměnlivost, která je pro adolescenci charakteristická. Dospívající svoje názory mění pod vlivem argumentů a skrze vlastní zkušenosti si vytváří vlastní pohledy na danou věc. Během dospívání adolescent poznává nové obory a z nich získává informace, které pak může předávat svému okolí (Šimíčková-Čížková a kol., 2008).

O adolescenci se mluví jako o zvláštním období mezi dětstvím a dospělostí. Jako každý člověk i dospívající má svoje povinnosti, práva, ale platí pro něj i zákazy. Volný

čas může trávit podle svých představ, hledá svůj styl i hudební i módní. Snaží se najít i životní filozofii, kterou bude následovat (Říčan, 1990).

2.3.2 Dospělost

Dospělost považujeme za životní fázi, kdy se z jedince stává vyrovnaný, racionálně uvažující člověk, který zakládá vlastní domov a rodinu. Etapa nejvyšší zralosti jedince, i takto lze charakterizovat dospělost. Nakonečný rozděluje fáze dospělosti na mladší dospělost od 19 do 30 let, střední dospělost do 45 let a starší dospělost do 60 let. Nejedná se o přesné dělení. Ostatní autoři se v rozmezí mohou lišit, ale profil fází je stejný (Šimíčková-Čížková a kol., 2008).

Mladá dospělost

Někteří mladí dospělí jsou stále studenty, jiní už pracují. To nemění nic na tom, že se stále učí, v první řadě získávají zkušenosti, ze kterých nadále čerpají. Tyto zkušenosti využíváme jak v profesním, tak partnerském životě. V kterémkoliv období našeho života se nám nemusela líbit rozhodnutí našich rodičů a plánovali jsme si, že takový určitě nikdy nebudeme. Avšak mnohdy nevědomky přebíráme role našich dětských vzorů - rodičů, prarodičů, učitele (Vágnerová, 2007).

Ve fázi rané dospělosti čekají mladého dospělého rozhodující životní události, mezníky v jeho životě, které stanoví, jakým směrem se vydá dál. To, jak se s událostmi vyrovná, ovlivní jeho budoucí život. Některá rozhodnutí mohou jeho život změnit nezvratně (rodičovství). Obecně lze konstatovat, že mnohá rozhodnutí jsou ovlivněna nezkušeností, hledáním nového a mladistvým optimismem. Nejednou mladí dospělí nemyslí dopředu a rozhodují se podle aktuální situace. V průběhu tohoto období se naskytnou nové možnosti, naděje, cíle, ale může dojít i k zablokování vývoje. V tomto věku je snaha realizovat svoje plány, minimálně se o to pokusit. Každý nový podnět je chápán jako výzva (Vágnerová, 2007).

Jde o dobu velkých nadějí, životní energie a optimismu. Dvacátník už nevidí svět černobíle, tak jak tomu bylo u adolescenta. Dvacátá léta bývají i klidnějším obdobím, než bouřlivá období adolescence. Mladí dospělí začíná uskutečňovat to, co si stanovil

za cíle během adolescence. Hledá společenské a pracovní uplatnění. Hledá vážný vztah, aby se mohl stát manželem a rodičem (Říčan, 1990).

Přichází doba, kdy se z relativně bezstarostného adolescenta stává dospělí s povinnostmi a odpovědností. Ve většině situací se mladý dospělý řídí určitými společenskými pravidly a stylem života dospělého člověka. Společenská pravidla vytváří společnost. Dá se říci, že dnešní doba je tolerantní i k lidem, kteří se těmito pravidly neřídí. Vzorem pro mladého dospělého jsou jeho vrstevníci. Ne pro každého dvacetiletého člověka je role dospělého lákavá. Je sice spojena se samostatností a nezávislostí, člověk si sám zvolí svůj životní styl, ale musí se také stát finančně nezávislý. Dospělý si může vybrat přátele i partnera, ale vysoký tlak na dospělého vyvíjí společnost (sňatek, založení rodiny). To vše může být vnímáno jako omezení svobody (Vágnerová, 2007).

Uveďme si několik situací, které ve fázi mladé dospělosti, můžeme považovat za zásadní: člověk získává určitou profesní pozici, uzavírá manželství, stává se rodičem. Stabilní pozici dospělého ve společnosti naplňují tyto oblasti: rodičovství, profese, partnerství. Pokud ale dospělý v některé z těchto oblastí selhává, může si vynahradiť danou oblast lepšími výsledky v jiné oblasti (ztráta práce, ale výborný rodič). Je důležité, aby dospělý získal i zpětnou vazbu ze všech tří oblastí, aby měl podporu rodiny, přátel (Vágnerová, 2007).

Více spokojeni se svým rodinným životem byli lidé mladší 30 let než generace o 10 let starší. Třicátý rok je mezníkem, kdy většina dospělých začne uvažovat, kam směřovat životní cíle. Po 30. roce života přichází období prvního bilancování. Pokud třicátník není spokojen s některou rolí, začíná přemýšlet o změně. Zpravidla se jedná o změnu zaměstnání, partnera, o možnosti založit rodinu. Třicetiletý člověk se začíná více soustředit na dlouhodobé cíle a dochází ke stabilizaci zodpovědnosti. Myslí do budoucna, chce vybudovat něco, co by mělo delší trvání, aby potvrdil svoje kvality (Vágnerová, 2007).

2.3.3 Partnerství

Partnerství je pro období mladé dospělosti ještě důležitější než přátelství. I když se dnes hodně dospělých na manželství dívá skepticky, partnerský vztah by měl vyústit

v manželství a založení rodiny. Po období adolescence, kdy člověk poznává nové lidi a může mít spíše více krátkodobých vztahů, nastane změna v podobě dlouhodobějších vztahů a poznávání jak protějšku, tak i sebe sama. Ve většině případů panuje ve vztazích mladých dospělých rovnost. Muž ovlivňuje ženu a žena ovlivňuje muže, ale stále by mísky vah měly být rovnovážné. Problémy se objeví, jestliže každý z partnerů má jiný názor. Pokud se představy o fungování vztahu liší zásadně, má takový vztah malou šanci na delší trvání (Vágnerová, 2007).

Zatímco ve dvaceti letech převládají vášnivá partnerství, kdy člověk prožívá zamilovanost, romantické lásky, které nemají dlouhé trvání, ve třiceti letech už převažuje přátelské partnerství, kdy je kladen důraz na intimitu, stabilitu, jistotu a může vést k založení rodiny. Na začátku mladé dospělosti přechází jedinec do stádia monogamie, respektive zažívá několik trvalejších vztahů po sobě. U žen se objevuje stálý partnerský vztah na pomezí adolescence a dospělosti častěji, protože dříve dospívají a jsou schopny zvládnout omezení svobody, která přicházejí s vážnějším vztahem. Dále se partnerské vztahy dospělých liší od vztahů adolescentů větším výběrem. Partner musí splňovat podmínky kvality a trvalosti vztahu. Jde například o společenský ideál, osobní preference (vědomě i nevědomě si vybíráme podle sympatií - partner se může podobat jednomu z rodičů), náhodné vlivy (doba po rozchodu, svatba). Vlastnosti, které pozoruje dvacetiletý a starší jedinec na svém potenciálním partnerovy, jsou odlišné. Zatímco dvacetiletý zkoumá vzhled, schopnost být středem pozornosti a nezkatit žádnou legraci, starší člověk a člověk hledající trvalejší vztah se zaměřuje na zodpovědnost, toleranci, inteligenci, upřímnost (Vágnerová, 2007).

S ukončením vztahu se každý vyrovnává po svém. Ten, kdo ukončení vztahu nečekal, se cítí ublížený. Ten, kdo přetrvává ve vztahu, který se blíží ke konci, ale není schopen ukončit ho, může být více traumatizován strachem z rozchodu. Někteří jedinci cítí po rozchodu úlevu. Většina z nás cítí vztek, smutek, pocit viny. Tyto fáze se střídají, ale nakonec se člověk s danou situací vyrovná. Člověk se ponaučí do dalšího vztahu a bude se snažit nedělat chyby, které v minulém vztahu udělal (Vágnerová, 2007).

2.3.4 Profesní role

Profesní kariéra mladého člověka začíná mezi dvacátým a třicátým rokem. Nejde ale o přesnou hranici, protože učeň může začít pracovat již po dovršení plnoletosti. V průběhu let se práce může měnit, ale většinou se nejedná o zásadní změny. Profese patří k identitě člověka, nabývá díky ní sebedůvěru a sebe potvrzení. Práce napomáhá uspokojovat některé ze základních psychických potřeb. Člověk získává nové zkušenosti, nachází a vyžaduje smysl života. Navíc pokud chce být člověk samostatný a nezávislý, potřebuje zaměstnání jako zdroj příjmů. Především mladý člověk se potřebuje seberealizovat, chce ukázat svoje dovednosti, chce se prosadit, chce dosáhnout svých cílů. Zaměstnání může nahrazovat prostředí školy, člověk komunikuje s novými lidmi i spolupracovníky. Mladý člověk chce růst, přemýšlí o postupu ve svojí kariéře (Vágnerová, 2007).

Zaměstnání lze brát jako prostředek k dosažení cílů. Pokud je mým cílem kupovat si značkové oblečení, musím mít peníze ke koupi takového oblečení. Jiní mohou toužit po společenském uznání, jiní chtějí pomáhat lidem, jiní se chtějí rozvíjet (Vágnerová, 2007).

Mladý pracovník je schopen lépe zvládat stres. Na začátku svojí kariéry je plný sil, srší energií a optimismem. Je ochoten obětovat cokoli pro dosažení svých cílů (Vágnerová, 2007).

Obecně, ohledně pracovní kariéry klade společnost větší nároky na muže než ženy. Úloha mužů je jasná. Daná historicky. Musí se postarat o rodinu, zabezpečit ji. Okolí hodnotí muže podle pracovní úspěšnosti a zajištění rodiny. Rozdílně se společnost dívá na ženskou profesní roli, ta je chápána jako důležitá, ale ne nutná. Tradiční rolí ženy je role matky a manželky. Žijeme v rovnoprávné společnosti. Profesní pozice podporuje sebevědomí ženy a potvrzuje její rovnoprávnost. Zaměstnání může být chápáno jako doplněk role manželky a matky, ale prioritou je starost o rodinu a domácnost. Manželka a matka jsou rovnocenné role k roli profesní. Nebo je preferována profesní role. Většina žen se ale musí rozhodnout mezi mateřstvím či profesní kariérou. V dnešní době se setkáváme s kompromisem, kdy se žena snaží zvládnout i rodinnou i profesní roli. Otázka je, jestli je to možné. Tuto variantu si vybírají především ženy

s vysokoškolským vzděláním. Ty musely vynaložit mnoho úsilí a obětí k vystudování. Pro ně patří kariéra k důležité součásti jejich života. Mívají naplánováno, v jakém období přeruší kariéru, aby se mohly věnovat roli matky. Ženy s nižším nebo středním vzděláním očekávají, že jejich kariéra bude přerušovaná (Vágnerová, 2007).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Metodika

Tato práce vychází z průřezového dotazníkového šetření mezi studenty druhého ročníku Farmaceutické fakulty v Hradci Králové.

3.1.1 Sběr dat

Sběr dat probíhal během roku 2011. Informace byly získány od subjektů dotazováním s využitím on-line dotazníků. Dotazníky vyplnili studenti druhého ročníku Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové v rámci předmětu Zdravotnická psychologie. Byl využit Bernský dotazník subjektivní pohody, dotazník Subjektivní kvality života a zkrácená verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života. K vyplnění sloužil i přiložený souhrn o demografických údajích respondenta. Data byla anonymně zpracována na Katedře sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty v Hradci Králové. I tato práce je součástí zpracování dat.

3.1.2 Nástroj průzkumu

Ke sběru dat byla použita nejčastější kvantitativní metoda průzkumu, dotazník. Mezi výhody kvantitativního průzkumu patří rychlý sběr dat, je možno zkoumat velkou skupinu respondentů, dotazníky jsou cenově dostupné a je možné okamžitě získat výsledky, velkou výhodou je to, že jsou výsledky poměrně nezávislé na výzkumníkovi. Nevýhodou je zaměření výzkumníka na již danou teorii a chybí tedy podíl na rozvoji teorie, neosobní přístup a není možné kontrolovat, zda nedošlo k podvodu.

3.1.3 Použité metody

Zkrácená verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života

Světová zdravotnická organizace vyvinula dotazník World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) a jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF pro zjištění míry kvality života. Autory české verze jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová.

Dotazník WHOQOL-100 má celkem 100 otázek. Zkrácená verze WHOQOL-BREF má dohromady 26 položek. Zkrácená verze vychází z dotazníku WHOQOL-100. Položky byly vybrány tak, aby dotazník pokryl celé spektrum pohledů na kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

Jak napovídá název dotazníků, oba slouží k posouzení kvality života jedince. Respondent dotazník vyplňuje sám, u zkrácené verze trvá vyplnění 5-10 minut, vyplnění dotazníku WHOQOL-100 trvá 20-30 minut. Výsledky WHOQOL-BREF dotazníku jsou rozděleny do dvou samostatných otázek (kvalita života a spokojenost se zdravím) a do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

Výsledky posuzujeme jako hodnoty odpovědí dvou samostatných položek, které zjistí celkovou kvalitu života a zdraví (otázka číslo 1 a otázka číslo 2). U těchto dvou otázek získáme průměrné hrubé skóry. U čtyř domén se mluví o hrubých doménových skórech, tyto hrubé doménové skóry jsou průměrné hodnoty položek příslušných ke každé doméně. Poté probíhá transformace spočtených hrubých skóru domén, abychom získali škálu o rozmezí 0-100. Dotazník WHOQOL-BREF jsme zpracovali podle českého manuálu WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

Doména 1 - fyzické zdraví

Tato doména zahrnuje otázky 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18.

Doména 2 - prožívání

V této doméně je celkem šest otázek (5., 6., 7., 11., 19., 26.)

Doména 3 - sociální vztahy

Do této domény patří otázky 20, 21, 22.

Doména 4 - prostředí

V této doméně jsou zahrnuty otázky 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

Rozpětí škál u jednotlivých otázek je 1-5, u domén jsou to hrubé doménové skóry na stupnici od 4 do 20, kdy 4 je nejnižší hodnota a 20 je nejvyšší hodnota. Čím vyšší je hodnota, tím lepší je kvalita života.

Dotazník Subjektivní kvality života

Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA), dotazník Subjektivní kvality života, byl vytvořen ve Francii roku 1992. Původně měl sloužit pro posouzení kvality života u osob s duševními potížemi. Při sestavování dotazníku vycházeli autoři z Maslowovy třístupňové teorie potřeb a zařadili mezi oblasti života také vnitřní hodnoty jako je prožitek pravdy, svobody, spravedlnosti (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).



Obrázek č. 2: Maslowova pyramida potřeb

Zdroj: *Univerzita-online.cz*

Původní dotazník podle Zannotiho pojmul 23 oblastí, které zahrnují vnější i vnitřní skutečnost každodenního života. Respondent hodnotí subjektivní důležitost každé z oblastí na pětibodové škále a také hodnotí, jak je spokojený s danou oblastí. Na konci je připojena otevřená otázka, pokud by respondent chtěl doplnit další oblasti, které jsou důležité pro jeho život a byly opomenuty (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Výsledky vyjádříme formou parciálních skóre a celkového skóre kvality života. Parciální skóre pro danou oblast (např. rodina) se rovná součinu skóre důležitosti (pětibodová škála 0=bezvýznamné až 5=nezbytné) a skóre spokojenosti (pětibodová škála 1=velmi zklamán až 5=zcela spokojen). Parciální skóre může nabývat hodnot 0-20. Jestli respondent hodnotí nějakou z oblastí života jako bezvýznamnou, součin je 0. Naopak skóre 20 znamená, že je respondent zcela spokojen s oblastí, kterou hodnotil jako nezbytnou. Součet všech parciálních skóre je celkový skóre. Dotazník jsme zpracovali podle českého manuálu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Dotazník Subjektivní kvality života je rozdělen do pěti dimenzí: abstraktní hodnoty, zdraví, blízké vztahy, volný čas, základní potřeby.

Rozpětí škály u dimenzí je 0-100. Vyšší skóre znamená lepší subjektivní kvalitu života.

Bernský dotazník subjektivní pohody, verze pro dospělé

Bernský dotazník subjektivní pohody se snaží zachytit subjective-well being v celém komplexu. Grob a další dospěli k šesti škálám, které podle nich měří vícero znaků tohoto fenoménu: pozitivní postoj k životu (POPŽ), uvědomování si problémů (PRBL), somatické potíže (SOMP), dále sebeúcta neboli sebeocenení (SEBÚ), depresivní naladění (DEPN) a radost ze života (RADŽ) (Mirčevská, 2008).

První škála, pozitivní postoj k životu, podle Groba představuje všeobecně pozitivní postoj vůči událostem a zároveň představuje i pocit osobního přesvědčení jedince, že je jeho život smysluplný (Mirčevská, 2008). Tato škála obsahuje sedm položek, které mají charakter výroků. Respondent vyjadřuje svůj názor na základě zakroužkování jedné konkrétní číslice od 1 (silně nesouhlasím) - 5 (silně souhlasím). V rámci jedné položky je tedy možné získat 1-5 bodů. Zajímat nás bude celkový skóre získaný součtem skóre jednotlivých položek. Celkový skóre může nabývat hodnot v intervalu 7-35.

Druhá škála uvědomování si problémů zjišťuje, jak osoba reaguje na prostředí, jak citlivě vnímá osobní i společenské problémy a jak si je uvědomuje. Hodnocení je stejné jako v předchozí škále. Celkový skóre, tvořený součtem skóre jednotlivých položek

nabývá hodnot 7-35. U této škály se hodnotí nejen celkový skór, ale hodnocena bude i každá z položek.

V pořadí třetí škála somatické potíže, zachycuje somatické potíže respondenta. Dílčích položek je celkem osm a vztahují se ke konkrétní fyzické aktivitě a těžkosti. Jedná se o odlišná dokončení téhož úvodního výroku. Odpovědi je možné opět zakroužkovat (1 - vůbec ne, 4 - velmi často). V této škále se mění charakter odpovědí. Hodnota 1 odráží silnou míru konstruktů, naopak hodnota 4 slabou. Celkový skór nabývá hodnoty z intervalu 8-32.

Následuje čtvrtá škála sebeúcta. Podle autorů dotazníku je kromě pozitivního postoje k životu také důležité akceptovat sebe sama, být přesvědčen o tom, že něco znamená, že je schopen něčeho dosáhnout a konečně, že je rovnocenný v porovnání s ostatními lidmi (Mirčevská, 2008). V této škále se nacházejí jen tři položky formulované jako oznamovací věty. Respondent volí mezi šesti odpověďmi (1 - silně nesouhlasím, 6 - silně souhlasím). Zde hodnota 1 odráží slabou míru konstruktů, silná míra konstruktů patří hodnotě 6. Zajímat nás bude celkový skór. Minimální dosažitelný skór dosažený ze součtu skóru u jednotlivých položek je 3, maximální 18.

Škála depresivní naladění poukazuje se zvyšujícím se skórem větší pravděpodobnost toho, že jedinec prožívá neradostný život, v jeho životě chybí zaujetí, energie, smysluplnost. Škála bude vyhodnocována v souladu s postupem Groba či Džuky prostřednictvím inverzního bodování. Dále tuto škálu nazveme jako chybění depresivního naladění (ch)DEPN (Mirčevská, 2008). Škála zahrnuje celkem čtyři položky, které jsou formulovány oznamovacími větami. Respondent označí odpověď stejně jako v předchozích případech (1 - silně nesouhlasím, 5 - silně souhlasím). Protože byly odpovědi během zpracování dat kvůli inverznímu bodování rekódovány, silnému nesouhlasu odpovídá hodnota 5 a silný souhlas zastupuje hodnota 1. Celkový skór škály se nachází v intervalu 4-20.

Posledním faktorem je radost ze života. Položky se vztahují k pozitivní emoční zkušenosti. Tato škála má celkem pět položek. Formulovány jsou stejně jako předchozí (1 - vůbec ne, 5 - velmi často). Rozmezí hodnot celkového skóru nabývá hodnot 5-25.

3.1.4 Zpracování a statistická analýza dat

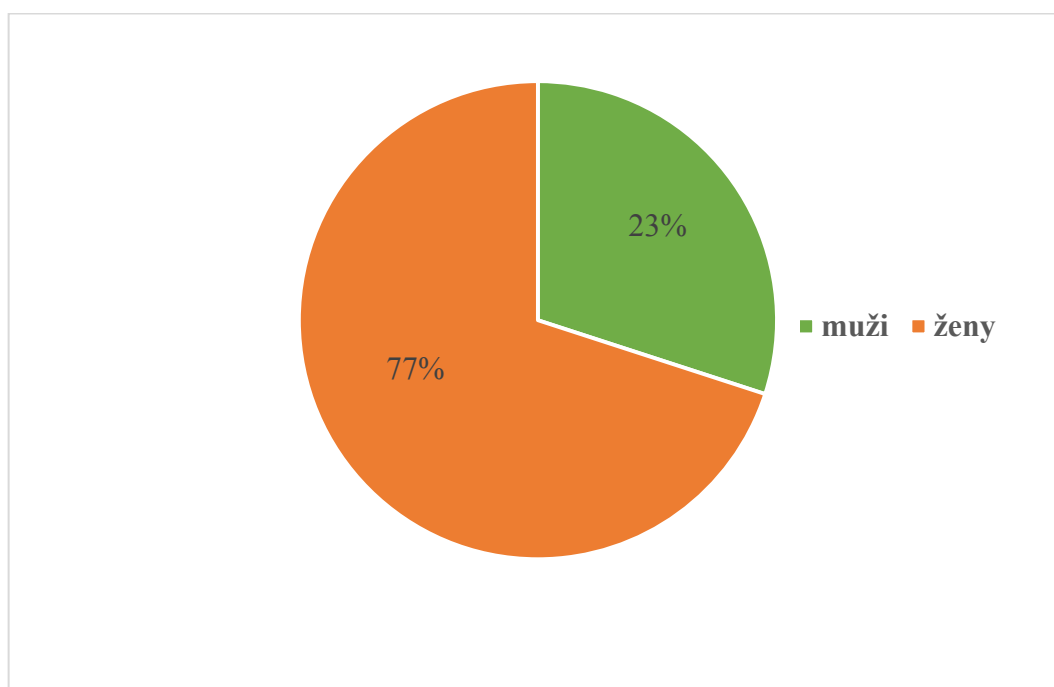
Nejdříve jsme stanovili cíle a hypotézy. Poté jsme získaná data statisticky zpracovali. Data byla zadána do databáze v Microsoft Excel a vyhodnocena pomocí tabulek a grafického znázornění. Testování hypotéz proběhlo pomocí dvouvýběrového t-testu v programu Microsoft Excel na hladině významnosti 0,05.

Pro zjištění vztahu mezi Bernským dotazníkem a ostatními dotazníky jsme využili Pearsonův korelační koeficient. Tento korelační koeficient zjišťuje míru intenzity lineární závislosti. Koeficient r je bezrozměrné číslo. Hodnota 0 značí to, že mezi veličinami není žádný lineární vztah. Hodnota může být v rozmezí -1 až 1. Pro přesnější rozdělení použijeme tyto hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu. Hodnota do 0,20 značí vztah zanedbatelný, 0,20-0,40 je nepříliš těsný vztah, 0,40-0,70 je středně těsný vztah, 0,70-0,90 je velmi těsný vztah a více než 0,90 je extrémně těsný vztah.

4 VÝSLEDKY

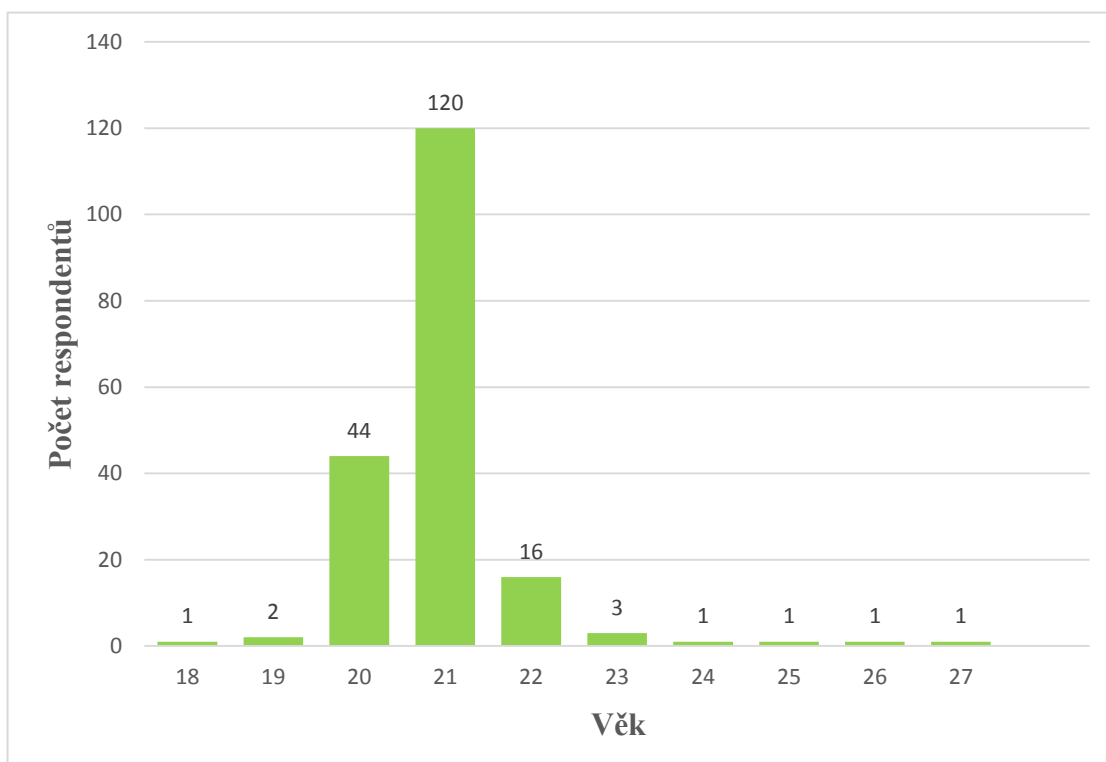
4.1 Charakteristika souboru, zkrácená verze dotazníku WHO pro měření kvality života

Soubor pro vyhodnocení dat tvořilo celkem 190 respondentů. Naprostou většinu z respondentů tvořily ženy, celkem jich bylo 147, v menšině bylo 43 mužů (graf č. 1).



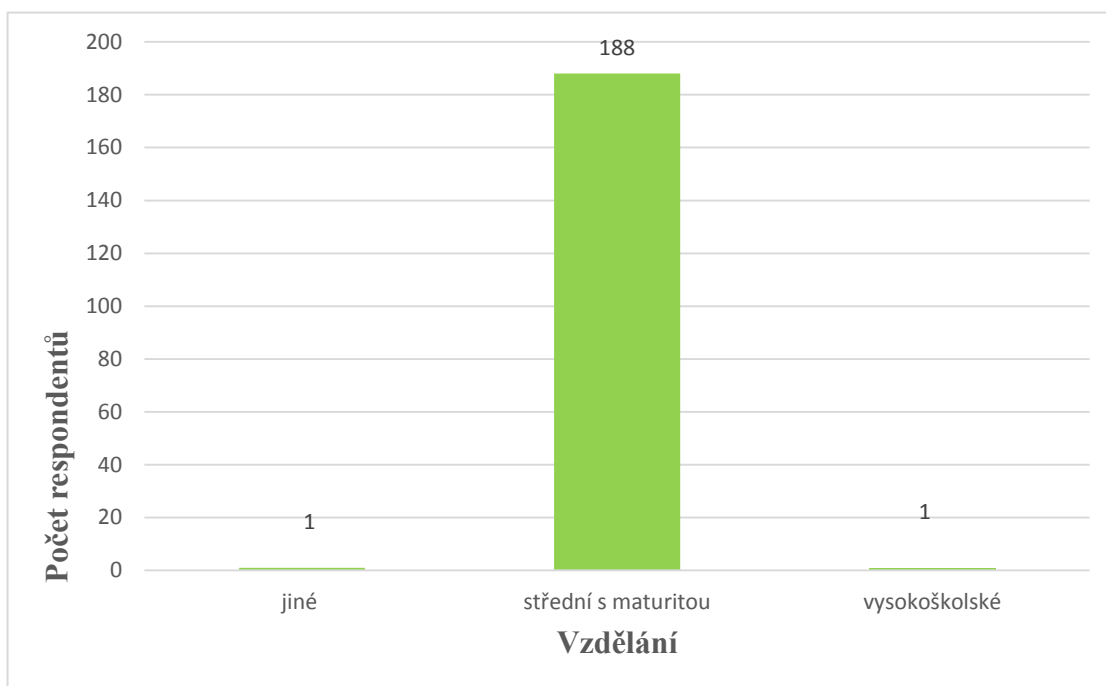
Graf č. 1: Charakteristika respondentů podle pohlaví, WHOQOL-BREF (N=190)

Nejpočetnější skupinou respondentů byli studenti ve věku 21 let (63,2 %). Ve věku 20 let bylo 23,2 % respondentů. 8,4 % respondentů uvedlo věk 22, 1,6 % respondentů věk 23, 1,1 % respondentů 19. Ve věku 18 let, 24 let, 25 let, 26 let, 27 let bylo po 0,5 % respondentů (graf č. 2).



Graf č. 2: Charakteristika respondentů podle věku, WHOQOL-BREF (N=190)

Podle vzdělání jsme rozdělili naše respondenty do tří skupin. Naprostou většinu tvořili respondenti se středním vzděláním s maturitou (99 %). Vysokoškolské vzdělání uvedl jeden respondent (0,5 %) stejně jako respondent, který uvedl jiné vzdělání (0,5 %) (graf č. 3).



Graf č. 3: Charakteristika respondentů podle vzdělání, WHOQOL-BREF (N=190)

4.2 Hodnocení kvality života, zkrácená verze dotazníku WHO pro měření kvality života

Tabulka č. 1: Výsledky domén u studentů farmacie, WHOQOL-BREF

	studenti farmacie (N=190)
doména	průměr (STD)
zdraví	15,93 (2,29)
sociální vztahy	15,47 (3,29)
prostředí	15,33 (2,02)
prožívání	14,89 (2,59)
otázka č. 1	4,07
otázka č. 2	3,78

Z tabulky č. 1 lze vyčíst, že nejlépe studenti hodnotí doménu zdraví, nejnižší průměrnou hodnotu získala doména prožívání. První a druhá otázka jsou hodnoceny

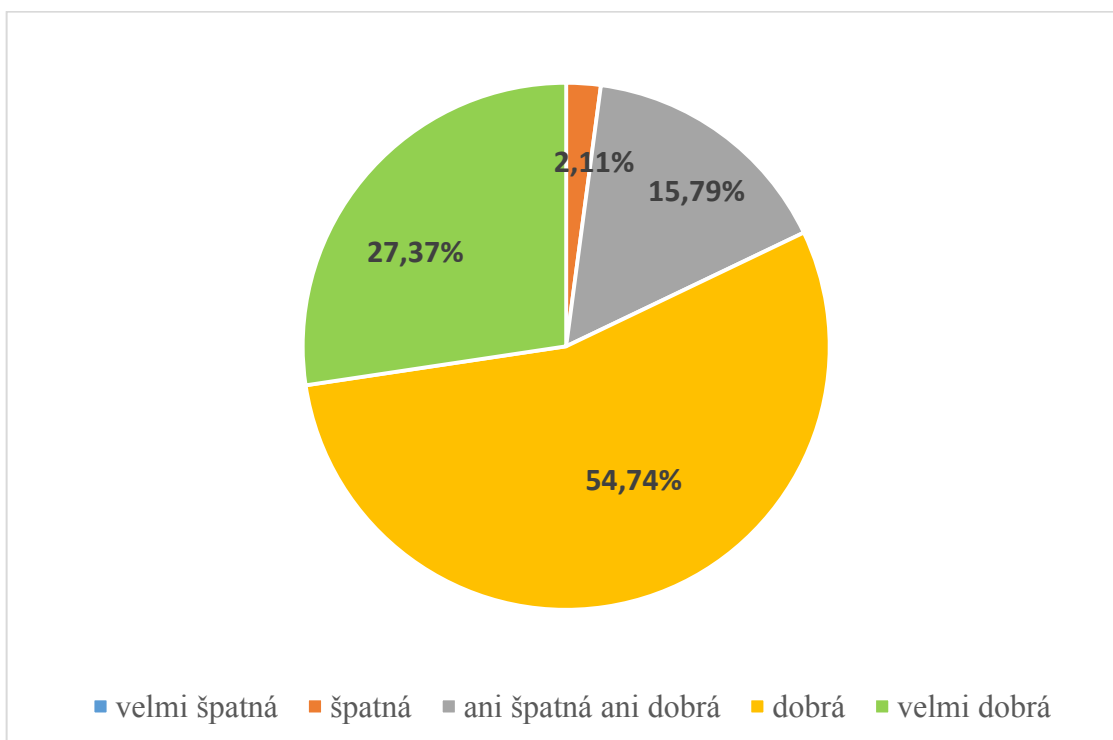
samostatně. První otázka zjišťuje pohled na kvalitu života respondentů, ve druhé otázce respondenti hodnotí svůj zdravotní stav.

Tabulka č. 2: Transformace hrubých doménových skóre (N=190)

	průměr hrubých doménových skóre	transformace průměrných hrubých doménových skóre
zdraví	15,93	74,55
prožívání	14,89	68,07
sociální vztahy	15,47	71,71
prostředí	15,33	70,79

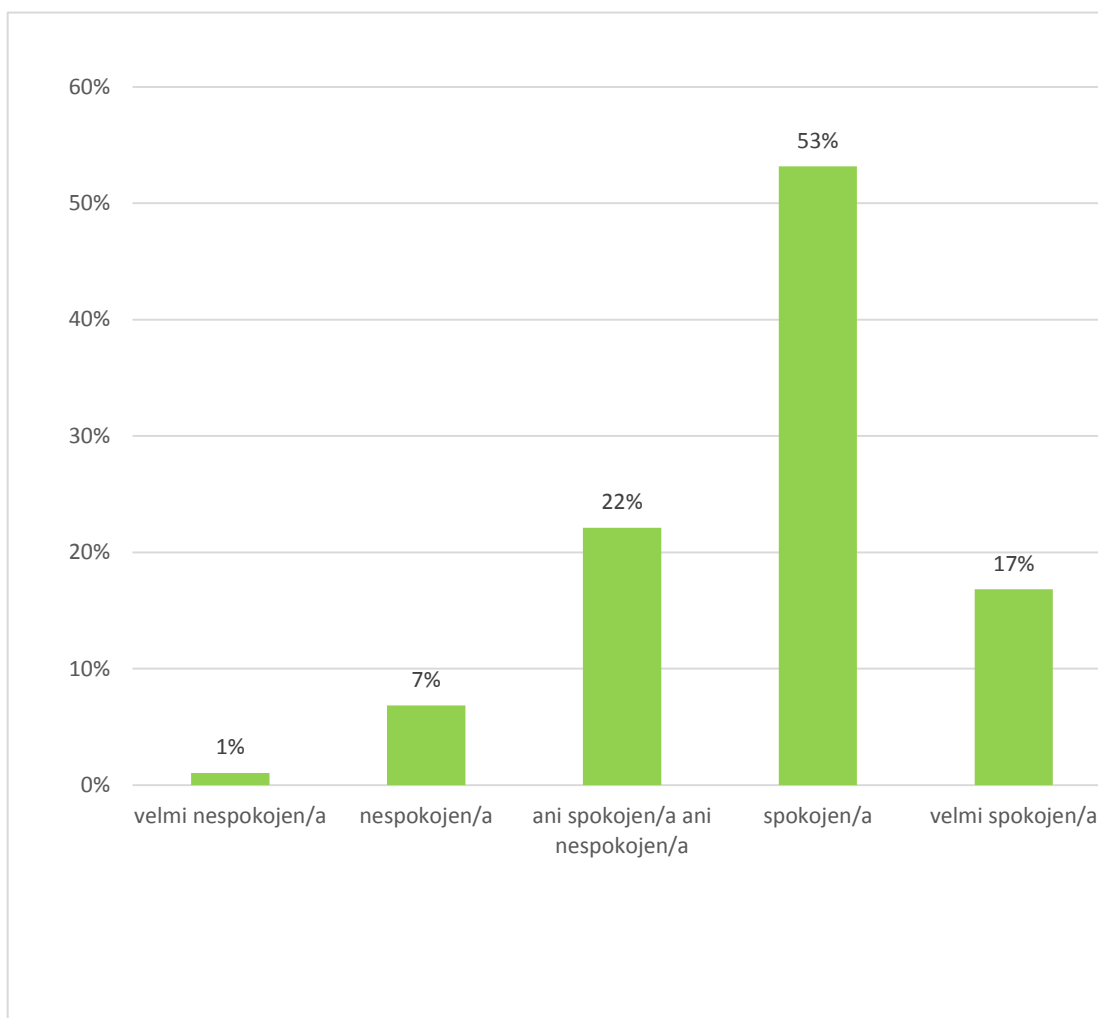
Výsledky se transformují na rozpětí 0-100, aby mohly být srovnány s výsledky dotazníku WHOQOL-100.

Otázka číslo jedna zjišťovala kvalitu života respondenta. Nikdo z respondentů neodpověděl velmi špatně, 4 respondenti odpověděli, že jejich kvalita života je špatná, 30 respondentů uvedlo odpověď ani špatná ani dobrá, 104 respondentů zhodnotilo svoji kvalitu života jako dobrou a velmi dobře odpovědělo 52 respondentů (graf č. 4).



Graf č. 4: Hodnocení kvality života, WHOQOL-BREF(N=190)

Druhá otázka se zaměřila na spokojenost se zdravím. 2 respondenti odpověděli velmi nespokojen/a, 13 respondentů odpovědělo nespokojen/a, 42 respondentů udalo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. 101 respondentů odpovědělo spokojen/a a velmi spokojeno je 32 respondentů (graf č. 5).



Graf č. 5: Hodnocení spokojenosti se zdravím, WHOQOL-BREF (N=190)

Následující otázky zjišťují, jak moc respondenti prožívali určité věci.

Hodnocení bolesti zahrnovala třetí otázka. Nejvíce respondentů odpovědělo na tuto otázku vůbec ne, nejméně respondentů pak uvedlo odpověď maximálně (tab. č. 3).

Tabulka č. 3: Hodnocení fyzické bolesti (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	83	43,68
2 - trochu	59	31,05
3 - středně	24	12,63
4 - hodně	21	11,05
5 - maximálně	3	1,58

Otázka číslo čtyři zjišťovala závislost respondentů na zdravotní péči. Více než 60 % studentů odpovědělo, že lékařskou péčí vůbec nepotřebují (tab. č. 4).

Tabulka č. 4: Závislost na lékařské péči (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	129	67,89
2 - trochu	45	23,68
3 - středně	14	7,37
4 - hodně	2	1,05
5 - maximálně	0	0

Na radost ze života se dotazovala pátá otázka. Pouze jeden respondent uvedl, že ho život vůbec netěší. Hodně těší život téměř polovinu respondentů (tab. č. 5).

Tabulka č. 5: Radost ze života (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	1	0,53
2 - trochu	9	4,74
3 - středně	22	11,58
4 - hodně	94	49,47
5 - maximálně	64	33,68

Na smysl života se ptala šestá otázka. Žádný respondent nevybral odpověď vůbec ne, nejvíce respondentů si myslí, že má jejich život maximální smysl (tab. č. 6).

Tabulka č. 6: Hodnocení smyslu života (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	0	0,00
2 - trochu	6	3,16
3 - středně	21	11,05
4 - hodně	77	40,53
5 - maximálně	86	45,26

Hodnocení schopnosti soustředit se je v otázce sedmé. Téměř polovina tázaných se dokáže soustředit hodně (tab. č. 7).

Tabulka č. 7: Hodnocení soustředění (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	4	2,11
2 - trochu	25	13,16
3 - středně	54	28,42
4 - hodně	90	47,37
5 - maximálně	17	8,95

Osmá otázka zjišťuje pocit bezpečí respondentů. Více než 70 % respondentů se cítí hodně, či maximálně bezpečně (tab. č. 8).

Tabulka č. 8: Hodnocení pocitu bezpečí (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	2	1,05
2 - trochu	5	2,63
3 - středně	38	20,00
4 - hodně	99	52,11
5 - maximálně	46	24,21

Hodnocení zdravého životního prostředí skrze otázku devátou. Přes 30 % respondentů je středně spokojeno s prostředím, ve kterém žijí. Odpověď hodně vybralo nejvíce tázaných (tab. č. 9).

Tabulka č. 9: Hodnocení zdravého životního prostředí (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	2	1,05
2 - trochu	25	13,16
3 - středně	62	32,63
4 - hodně	89	46,84
5 - maximálně	12	6,32

Otázky 10-15 zjišťují, v jakém rozsahu respondenti dělali nebo mohli provádět určité činnosti.

Dostatek energie pro každodenní život shrnuje otázka desátá. Nikdo z dotazovaných necítí, že by neměl vůbec žádnou energii (tab. č. 10).

Tabulka č. 10: Hodnocení energie pro každodenní život (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	0	0,00
2 - spíše ne	24	12,63
3 - středně	44	23,16
4 - většinou ano	84	44,21
5 - zcela	38	20,00

Otázka 11 zjišťuje spokojenost s fyzickým vzhledem. Přes 60 % respondentů vybralo odpověď zcela, nebo většinou ano. Více než 10 % dotazovaných vůbec neakceptují svůj vzhled, či spíše neakceptují svůj vzhled (tab. č. 11).

Tabulka č. 11: Hodnocení fyzického vzhledu (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	4	2,11
2 - spíše ne	18	9,47
3 - středně	45	23,68
4 - většinou ano	77	40,53
5 - zcela	46	24,21

Otázka 12 směřuje respondenty k zamyšlení nad jejich finanční situací. Přes 80 % respondentů hodnotí svoji finanční situaci jako středně uspokojivou, většinou uspokojivou, zcela uspokojivou (tab. č. 12).

Tabulka č. 12: Hodnocení finanční situace (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	3	1,58
2 - spíše ne	28	14,74
3 - středně	47	24,74
4 - většinou ano	65	34,21
5 - zcela	47	24,74

Přístup k informacím hodnotí otázka 13. Téměř 95 % studentů má většinou, nebo zcela přístup k informacím (tab. č. 13).

Tabulka č. 13: Hodnocení přístupu k informacím (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	0	0,00
2 - spíše ne	2	1,05
3 - středně	8	4,21
4 - většinou ano	75	39,47
5 - zcela	105	55,26

Svoje záliby a koníčky hodnotí respondenti v otázce číslo 14. Více než 6 % nemá vůbec možnost věnovat se svým zálibám, většinou má možnost se věnovat svým zálibám více než 37 % respondentů (tab. č. 14).

Tabulka č. 14: Hodnocení koníčků (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	12	6,32
2 - spíše ne	33	17,37
3 - středně	39	20,53
4 - většinou ano	71	37,37
5 - zcela	35	18,42

Na schopnost pohybu se ptá otázka 15. Pohyb činí problém téměř 3 % respondentů. Většina s pohybem nemá potíže (tab. č. 15).

Tabulka č. 15: Hodnocení schopnosti pohybu (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - vůbec ne	1	0,53
2 - spíše ne	4	2,11
3 - středně	12	7,37
4 - většinou ano	62	32,63
5 - zcela	109	57,37

Následující otázky se zaměřily na to, jak jsou respondenti šťastní nebo spokojení s různými oblastmi svého života.

Ke spokojenosti se spánkem se respondenti vyjadřují v otázce 16 (tab. č. 16).

Tabulka č. 16: Spokojenost se spánkem (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	8	4,21
2 - nespokojen/a	22	11,58
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	40	21,05
4 - spokojen/a	75	39,47
5 - velmi spokojen/a	45	23,68

Hodnocení každodenních činností ukazuje otázka 17 (tab. č. 17).

Tabulka č. 17: Spokojenost s každodenní činností (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	1	0,53
2 - nespokojen/a	13	6,84
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	33	17,37
4 - spokojen/a	87	45,79
5 - velmi spokojen/a	56	29,47

Spokojenost s pracovním výkonem analyzuje otázka 18 (tab. č. 18).

Tabulka č. 18: Spokojenost s pracovním výkonem (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	4	2,11
2 - nespokojen/a	29	15,26
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	60	31,58
4 - spokojen/a	71	37,37
5 - velmi spokojen/a	26	13,68

Otázka 19 zjišťuje spokojenost sám/sama se sebou (tab. č. 19).

Tabulka č. 19: Spokojenost sám/sama se sebou (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	4	2,11
2 - nespokojen/a	17	8,95
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	52	27,37
4 - spokojen/a	92	48,42
5 - velmi spokojen/a	25	13,16

Spokojenost s osobními vztahy zjišťuje otázka 20 (tab. č. 20).

Tabulka č. 20: Spokojenost s osobními vztahy (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	2	1,05
2 - nespokojen/a	19	10,00
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	30	15,79
4 - spokojen/a	83	43,68
5 - velmi spokojen/a	56	29,47

Na spokojenost se sexuálním životem se zaměřila otázka 21 (tab. č. 21).

Tabulka č. 21: Spokojenost se sexuálním životem (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	20	10,53
2 - nespokojen/a	23	12,11
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	40	21,05
4 - spokojen/a	42	22,11
5 - velmi spokojen/a	65	34,21

Podporu od přátel analyzuje otázka 22 (tab. č. 22).

Tabulka č. 22: Spokojenost s podporou od přátel (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	1	0,53
2 - nespokojen/a	9	4,74
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	31	16,32
4 - spokojen/a	73	38,42
5 - velmi spokojen/a	76	40,00

Na spokojenost s životními podmínkami se ptá otázka 23 (tab. č. 23).

Tabulka č. 23: Spokojenost s životními podmínkami (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	3	1,58
2 - nespokojen/a	10	5,26
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	40	21,05
4 - spokojen/a	81	42,63
5 - velmi spokojen/a	56	29,47

Hodnocení dostupnosti zdravotní péče je v otázce číslo 24 (tab. č. 24).

Tabulka č. 24: Dostupnost zdravotní péče (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	0	0,00
2 - nespokojen/a	15	7,89
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	31	16,32
4 - spokojen/a	83	43,68
5 - velmi spokojen/a	61	32,11

Spokojenost s dopravou zahrnuje otázka 25 (tab. č. 25).

Tabulka č. 25: Spokojenost s doprava (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - velmi nespokojen/a	4	2,11
2 - nespokojen/a	19	10,00
3 - ani spokojen/a ani nespokojen/a	50	26,32
4 - spokojen/a	68	35,79
5 - velmi spokojen/a	49	25,79

Negativní pocity hodnotí otázka 26 (tab. č. 26).

Tabulka č. 26: Hodnocení negativních pocitů (N=190)

	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 - nikdy	17	8,95
2 - někdy	56	29,47
3 - středně	58	30,53
4 - celkem často	47	24,74
5 - neustále	12	6,32

4.3 Testování hypotéz, zkrácená verze dotazníku WHO pro měření kvality života

Hypotéza 1: Muži a ženy nemají stejnou kvalitu života.

Tabulka č. 27: Kvalita života muži versus ženy, WHOQOL-BREF

	průměr muži (STD)	průměr ženy (STD)	p-hodnota*
otázka číslo 1	4,05 (0,69)	4,08 (0,73)	0,79
otázka číslo 2	3,63 (0,79)	3,82 (0,86)	0,18
zdraví	16,04 (2,07)	15,90 (2,35)	0,72
prožívání	15,52 (2,34)	14,71 (2,64)	0,07
sociální vztahy	14,45 (3,45)	15,77 (3,20)	0,02
prostředí	15,31 (1,95)	15,33 (2,05)	0,96

* T test, statisticky významný rozdíl $p < 0,05$.

Shrnutí výsledků testování hypotézy 1

Statisticky významný rozdíl se potvrdil v doméně sociální vztahy. Mezi ostatními doménami nebyl statisticky významný rozdíl mezi kvalitou života mužů a žen.

Pokud bychom hodnotili otázku číslo 1 z dotazníku WHOQOL-BREF, která se zajímala o kvalitu života respondentů, statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami se nepotvrdil ($p = 0,79$).

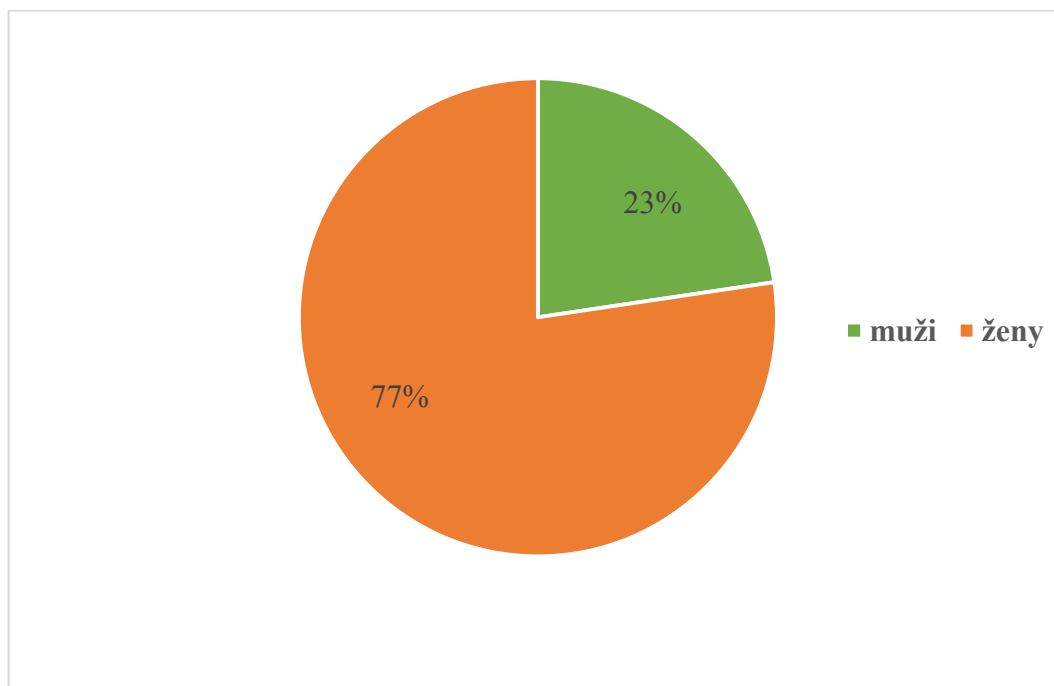
Hypotéza 3: Studenti farmacie budou vykazovat horší výsledky než pražská populace 18-29 let.

Shrnutí výsledků testování hypotézy 3

Tato hypotéza se nepotvrdila. Při porovnání výsledků našich respondentů a pražské populace jsme zjistili, že mají studenti farmacie lepší průměrné výsledky v oblasti sociálních vztahů a prostředí. I v otázce číslo jedna byla průměrná hodnota našich studentů vyšší než u souboru pražské populace (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

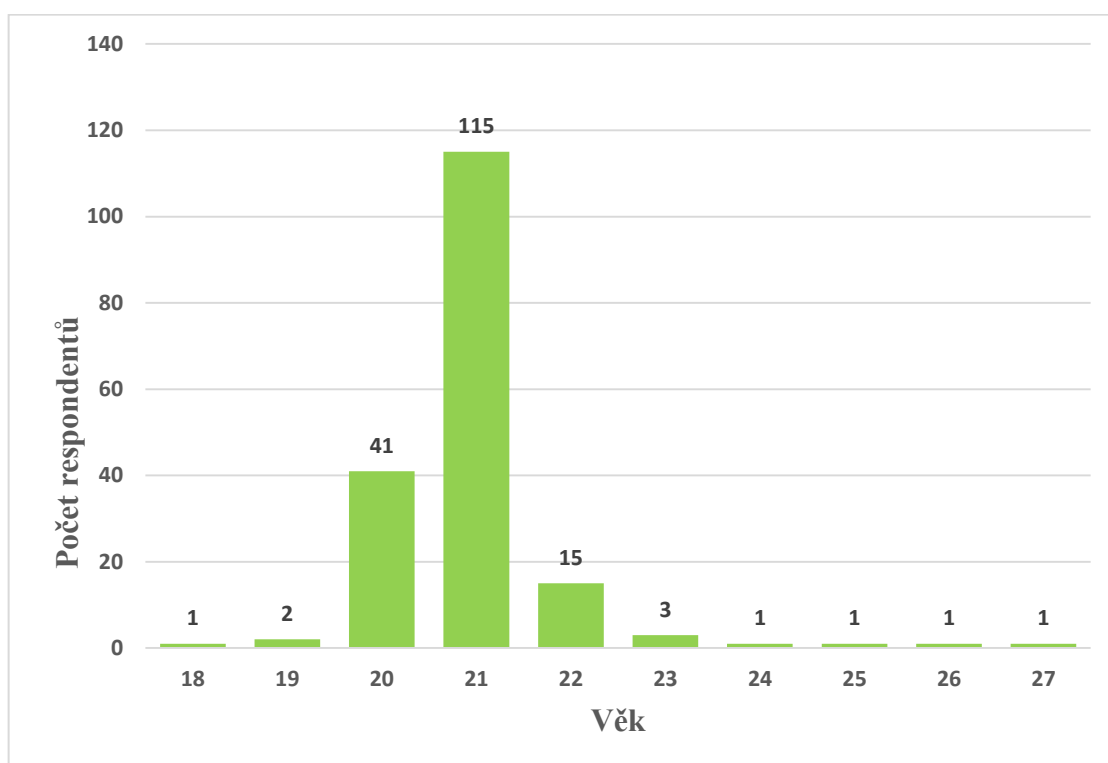
4.4 Charakteristika souboru, dotazník *Subjektivní kvality života*

Soubor tvořilo celkem 181 respondentů ve věkovém rozmezí 18-27 let. Většinu tvořily ženy, bylo jich 140, mužů pak bylo 41 (graf č. 6).



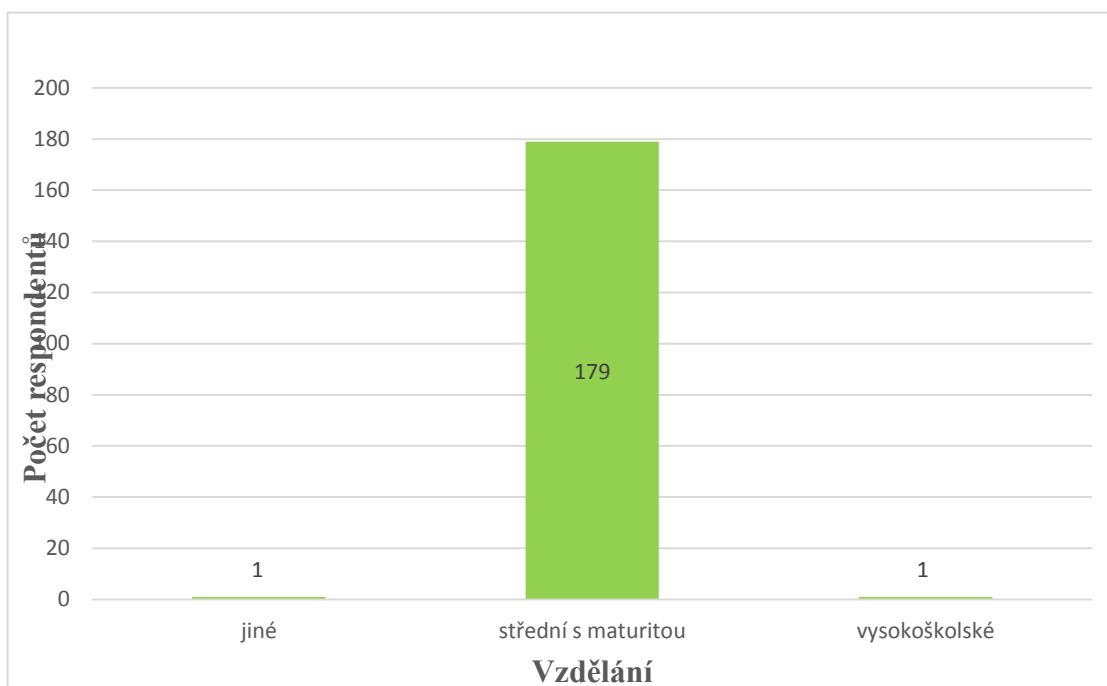
Graf č. 6: Charakteristika respondentů podle pohlaví, *SQUALA* (N=181)

Největší zastoupení měla věková skupina jedenadvacetiletých. Ti tvořili 64 %. Ve věku 20 let bylo 23 % respondentů. 8 % respondentů uvedlo věk 22, 2 % respondentů věk 23. Ve věku 18 let, 19 let, 24 let, 25 let, 26 let, 27 let bylo po 1 % respondentů (graf č. 7).



Graf č. 7: Charakteristika respondentů podle věku, SQUALA (N=181)

Podle vzdělání jsme rozdělili naše respondenty do tří skupin. Naprostou většinu tvořili respondenti se středním vzděláním s maturitou (99 %). Vysokoškolské vzdělání uvedl jeden respondent (0,5 %) stejně jako respondent, který uvedl jiné vzdělání (0,5 %) (graf č. 8).



Graf č. 8: Charakteristika respondentů podle vzdělání, SQUALA (N=181)

4.5 Hodnocení kvality života, dotazník Subjektivní kvality života

Tabulka č. 28: Výsledky jednotlivých odpovědí u studentů farmacie, SQUALA (N=181)

položky	průměr	STD	min	max
fyzická soběstačnost	15,76	3,48	6	20
rodinné vztahy	14,86	4,09	4	20
zdraví	14,54	3,50	6	20
svoboda	14,52	3,97	2	20
péče o sebe sama	14,31	3,51	6	20
pocit bezpečnosti	13,52	3,98	0	20
láska	13,51	5,16	2	20
prostředí a bydlení	12,60	3,94	3	20
spánek	12,42	4,17	3	20
psychická pohoda	12,28	4,01	3	20
pravda	12,11	3,88	0	20
vztahy s ostatními lidmi	11,81	3,61	4	20
práce	11,37	3,84	0	20
odpočinek	11,20	4,12	2	20
sexuální život	11,06	5,01	0	20
koníčky	10,97	4,10	2	20
spravedlnost	10,46	3,67	3	20
jídlo	10,38	4,25	0	20
děti	9,81	3,91	0	20
peníze	9,34	3,58	0	20
krása a umění	9,08	4,39	0	20

Výsledky jednotlivých odpovědí našich respondentů shrnuje tabulka č. 28. Průměrné hodnoty jednotlivých dimenzí dotazníku pak hodnotí tabulka č. 29.

Tabulka č. 29: Výsledky dimenzí studentů farmacie, SQUALA (N=181)

dimenze	průměr	STD	min	max
blízke vztahy	65,72	18,77	20	100
abstraktní hodnoty	59,69	13,14	27	100
zdraví	56,90	10,24	24	80
základní potřeby	53,86	15,03	11,67	100
volný čas	46,40	11,42	21	80

Studenti farmacie jsou nejméně spokojeni s dimenzí volný čas. Nejlépe hodnotí blízké vztahy (rodina, přátelé, partner/ka).

Průměrné výsledky jsme srovnali s intervalem normy pro jednotlivé dimenze. Mezi průměrem a horní hranicí je dimenze abstraktních hodnot. V rozmezí mírně snížené kvality života a spodní hranicí je dimenze zdraví. V intervalu mezi spodní hranicí a průměrem se nachází dimenze volný čas. Průměrné jsou hodnoty blízkých vztahů a základních potřeb. Pražská populace se pohybuje v průměrných hodnotách (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

4.6 Testování hypotéz, dotazník Subjektivní kvality života

Hypotéza 1: Muži a ženy nemají stejnou kvalitu života.

Tabulka č. 30: Kvalita života muži versus ženy, SQUALA

	průměr muži (STD)	průměr ženy (STD)	p-hodnota *
abstraktní hodnoty	62,98 (14,03)	58,73 (12,76)	0,07
zdraví	58,15 (8,74)	56,53 (10,64)	0,38
blízké vztahy	63,70 (20,97)	66,31 (18,12)	0,44
volný čas	47,59 (10,90)	46,06 (11,59)	0,45
základní potřeby	55,45 (16,70)	53,39 (14,54)	0,44

* T test, statisticky významný rozdíl $p < 0,05$.

Shrnutí výsledků testování hypotézy 1

V případě dotazníku Subjektivní kvality života jsme nenašli statisticky významný rozdíl mezi kvalitou života mužů a žen.

Hypotéza 2: Studenti nebudou spokojeni se svým volným časem, budou mít málo času na koníčky, přátele.

Shrnutí výsledků testování hypotézy 2

Tato hypotéza byla potvrzena. Studenti farmacie hodnotili dimenzi volný čas nejnižší průměrnou hodnotou z dimenzí. Studenti nejsou spokojeni s aktivitami, které dělají ve svém volném čase. Také položky koníčky a odpočinek jsou v hůře ohodnocené části tab. č. 28.

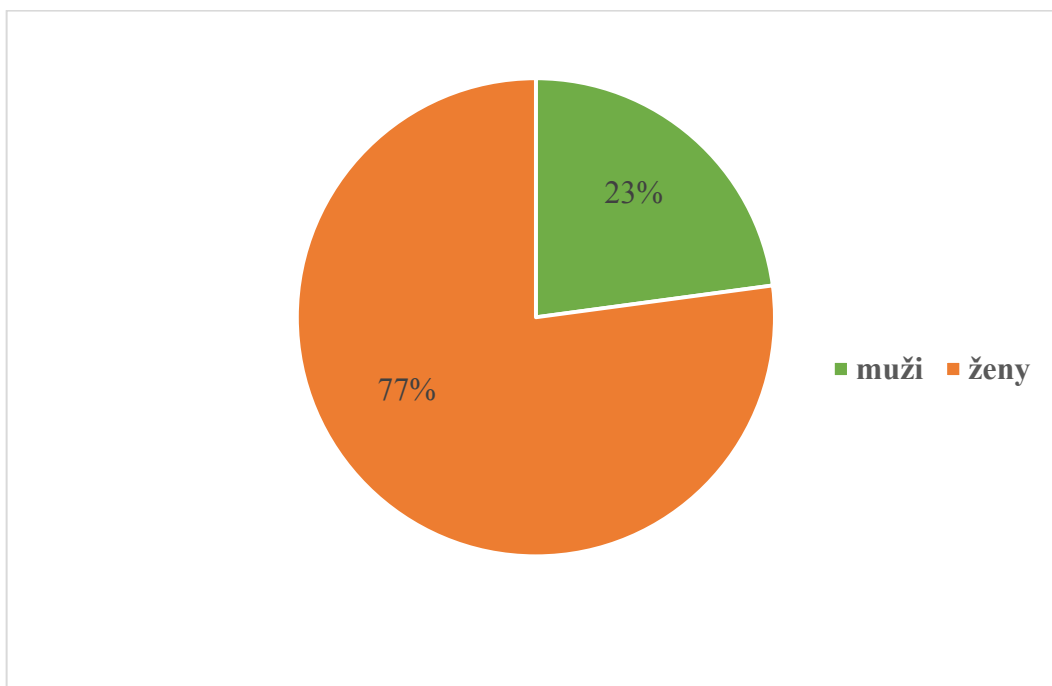
Hypotéza 3: Studenti farmacie budou vykazovat horší výsledky než pražská populace 18-29 let.

Shrnutí výsledků testování hypotézy 3

Při srovnání výsledků našich respondentů a souboru pražské populace jsme zjistili, že průměrné hodnoty dimenzí abstraktní hodnoty, blízké vztahy a základní potřeby jsou vyšší než věkové skupiny 18-29 let (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Tato hypotéza se nepotvrdila.

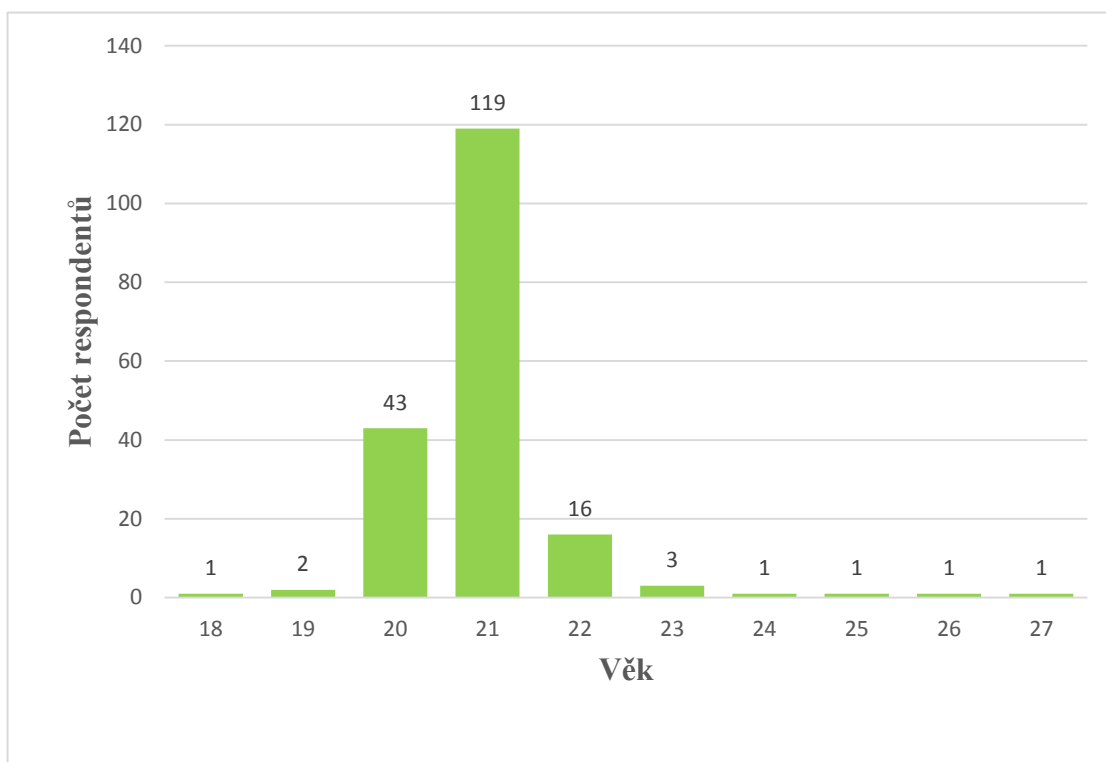
4.7 Charakteristika souboru, Bernský dotazník

Soubor tvořilo celkem 188 respondentů ve věkovém rozmezí 18-27 let. Respondentů mužského pohlaví bylo 43, respondentek pak bylo 145 (graf č. 9).



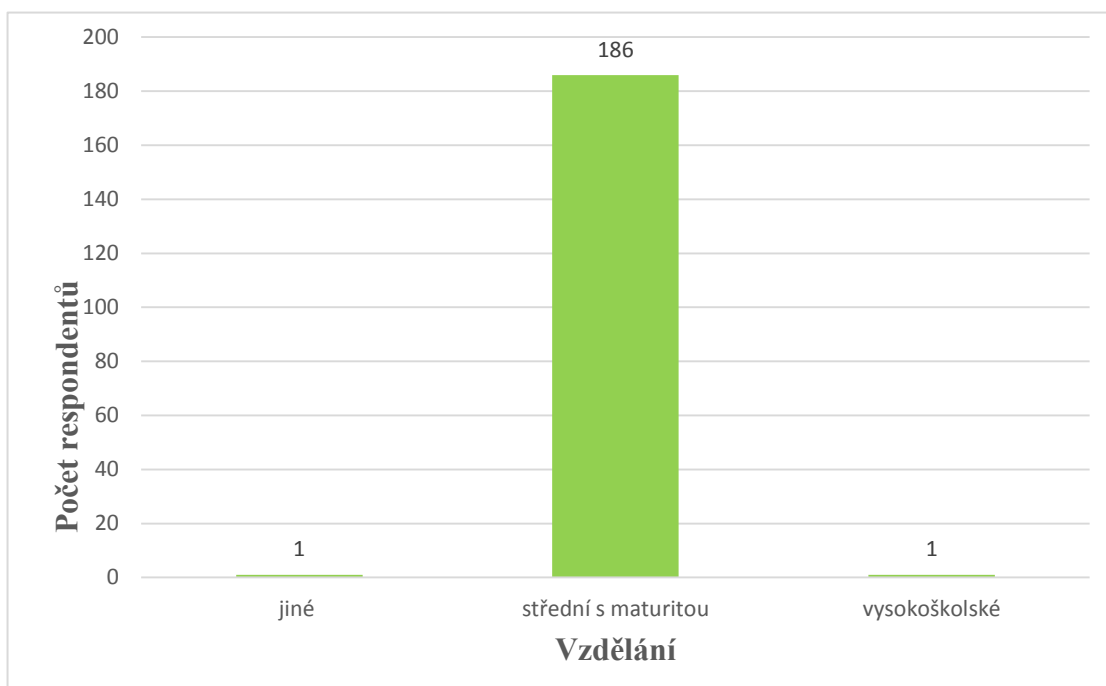
Graf č. 9: Charakteristika respondentů podle pohlaví, Bernský dotazník (N=188)

Největší zastoupení měla věková skupina jedenadvacetiletých. Ti tvořili 63 %. Ve věku 20 let bylo 23 % respondentů. 9 % respondentů uvedlo věk 22, 2 % respondentů věk 23. Ve věku 18 let, 19 let, 24 let, 25 let, 26 let, 27 let bylo po 1 % respondentů (graf č. 10).



Graf č. 10: Charakteristika respondentů podle věku, Bernský dotazník (N=188)

Podle vzdělání jsme rozdělili naše respondenty do tří skupin. Naprostou většinu tvořili respondenti se středním vzděláním s maturitou (99 %). Vysokoškolské vzdělání uvedl jeden respondent (0,5 %) stejně jako respondent, který uvedl jiné vzdělání (0,5 %) (graf č. 11).



Graf č. 11: Charakteristika respondentů podle vzdělání, Bernský dotazník (N=188)

4.8 Hodnocení kvality života, Bernský dotazník

Každá škála se hodnotí zvlášť. Platí, že čím více bodů respondent získá, tím lepší subjektivní pohoda. Celkové hodnocení je v rozmezí 34-165 bodů, kdy opět platí, že čím více bodů respondent získá, tím lepší subjektivní pohoda.

Tabulka č. 31: Hodnocení pozitivního postoje k životu

pozitivní postoj k životu	počet respondentů	průměr (STD)
	188	26,61 (4,10)

V první škále se hodnoty pohybovaly v rozmezí 7-35.

Tabulka č. 32: Hodnocení uvědomování si problémů

uvědomování si problémů	počet respondentů	průměr (STD)
	188	25,45 (6,27)

I ve druhé škále byl interval mezi hodnotami 7-35.

Tabulka č. 33: Hodnocení somatických problémů

somatické potíže	počet respondentů	průměr (STD)
	188	25,45 (4,70)

Třetí škála vyšla totožně se škálou druhou. Interval třetí škály je mezi 8-32.

Tabulka č. 34: Hodnocení sebeúcty

sebeúcta	počet respondentů	průměr (STD)
	188	14,33 (3,08)

Rozmezí hodnot čtvrté škály se nachází mezi 3-18.

Tabulka č. 35: Hodnocení depresivního naladění

depresivní naladění	počet respondentů	průměr (STD)
	188	8,01 (3,03)

Předposlední škála se pohybovala v intervalu 4-20.

Tabulka č. 36: Hodnocení radosti ze života

radost ze života	počet respondentů	průměr (STD)
	188	17,79 (3,55)

Hodnoty poslední škály se pohybovaly v rámci intervalu 5-25.

Celkové průměrné skóre po součtu všech škál vyšlo 117,64. Maximum získaných bodů je 165 tedy 71,64 %.

4.9 Testování hypotézy, Bernský dotazník

Hypotéza 1: Muži a ženy nemají stejnou kvalitu života.

Tabulka č. 37: Kvalita života muži versus ženy, Bernský dotazník

	průměr muži (STD)	průměr ženy (STD)	p-hodnota*
pozitivní postoj k životu	27,23 (3,56)	26,42 (4,24)	0,25
uvědomování si problémů	25,23 (6,45)	25,52 (6,24)	0,79
somatické potíže	26,05 (5,03)	25,28 (4,59)	0,03
sebeúcta	15,21 (2,55)	14,07 (3,18)	0,02
depresivní naladění	8,95 (3,07)	7,73 (2,97)	0,02
radost ze života	17,70 (3,19)	17,81 (3,66)	0,85

* T test, statisticky významný rozdíl $p < 0,05$.

Shrnutí výsledků testování hypotézy 1

Statisticky významný rozdíl v pohledu na kvalitu života muži versus ženy se potvrdil ve škále somatické potíže, sebeúcta a depresivní naladění ($p < 0,05$).

4.10 Srovnání dotazníků

Vztah mezi Bernským dotazníkem a WHOQOL-BREF dotazníkem

Tabulka č. 38: Vztah mezi pozitivním postojem k životu a prožíváním

	N	r
pozitivní postoj k životu	188	0,60
prožívání		

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

Korelační koeficient, který byl zjištěn mezi škálou pozitivní postoj k životu a doménou prožívání, naznačuje středně těsný vztah mezi touto doménou a škálou (tab. č. 38).

Tabulka č. 39: Vztah mezi somatickými potížemi a zdravím

	N	r
somatické potíže	188	0,38
zdraví		

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

V další závislosti somatické potíže a zdraví vyšel koeficient 0,38. Jedná se o vztah zanedbatelný (tab. č. 39).

Tabulka č. 40: Vztah mezi radostí ze života a sociálními vztahy

	N	r
radost ze života	188	0,45
sociální vztahy		

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

Závislost mezi škálou radost ze života a doménou sociální vztahy je středně těsná (tab. č. 40).

Vztah mezi Bernským dotazníkem a SQUALA dotazníkem

Tabulka č. 41: Vztah mezi somatickými potížemi a zdravím

	N	r
somatické potíže	180	0,43
zdraví		

Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01.

Závislost mezi škálou somatické potíže a dimenzí zdraví je středně těsná (tab. č. 41).

5 DISKUZE

Tato práce se zabývala hodnocením kvality života studentů druhého ročníku Farmaceutické fakulty v Hradci Králové.

Dosavadní zahraniční studie týkající se kvality života studentů různých oborů se liší jak v respondentech (studenti farmacie, medicíny, ekonomické fakulty atd.), tak v dotaznících. To samé platí pro české studie. U nás však zatím práce zaměřená na kvalitu života studentů farmacie chybí.

Prvním cílem práce bylo **zjistit, jaká je kvalita života studentů druhého ročníku naší fakulty**. Respondenti odpovídali na otázky v rámci zkrácené verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života, dotazníku Subjektivní kvality života a Bernského dotazníku.

Výsledky zkrácené verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života jsme porovnávali s pražskou populací ve věkovém rozmezí 18-29 let.

Průměrné hodnoty domény zdraví vyšly velmi podobně při srovnání našich respondentů a souboru pražské populace. Lepší průměrný výsledek zaznamenala pražská populace (Dragomirecká, Bartoňová, 2010), naši studenti pak hodnotili zdraví průměrně hodnotou 15,93. Rozdíl je nepatrný, naši respondenti i respondenti souboru pražské populace jsou mladí lidé, u kterých se nepředpokládají větší zdravotní problémy.

Druhá doména prožívání vyšla lépe pražské populaci. Naši studenti průměrně ohodnotili prožívání 14,89, soubor Pražanů 15,04 (Dragomirecká, Bartoňová, 2010). Odlišnost výsledků není markantní, v této doméně je jedna z otázek zaměřena na negativní pocity, špatnou náladu, deprese a úzkost. Podle mého názoru se studenti s těmito stavy mohou setkávat ve větší míře (neúspěch u zkoušky, časová tíseň).

Ve třetí doméně sociální vztahy byla průměrná hodnota našich respondentů vyšší (15,47) než porovnávacího souboru. Studie autorů Valjenta a Flemra naše výsledky potvrzuje, nejvíce jsou vysokoškoláci spokojeni se svými přáteli a rodinou, velká spokojenost je i s rodinným životem (Valjent, Flemr, 2010). K vysokoškolskému životu patří seznamování se s novými lidmi, vznikají nová přátelství, která se upevňují.

V poslední doméně prostředí vyšel větší rozdíl mezi naším souborem a souborem porovnávacím. Naši respondenti jsou více spokojeni s prostředím, ve kterém se pohybují, hodnotově 15,33, průměrná hodnota souboru pražské populace činí 13,22 (Dragomirecká, Bartoňová, 2010). Tato doména zahrnuje otázky na zdravé životní prostředí, finanční prostředky, rozvoj zájmů, spokojenost s bydlením. Můj názor na výrazný rozdíl mezi studenty a Pražany je ten, že studenti jsou ve většině případech podporováni rodiči a velkou část studia tráví v Hradci Králové, kde je příjemné prostředí (město s mnoha možnostmi a zelení).

Kvalitu života ohodnotili respondenti v první otázce dotazníku, kdy 82,11 % respondentů hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou, či velmi dobrou. Pokud jsme průměrnou hodnotu srovnali se souborem Pražanů, naši respondenti zhodnotili kvalitu života lépe (4,07) než soubor 18-29 let (3,89) (Dragomirecká, Bartoňová, 2010). V práci z roku 2013, zaměřené na kvalitu života studentů prezenční formy oboru Výchova ke zdraví na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity, byl využit také dotazník Světové zdravotnické organizace a celkem 97,20 % studentů bylo spokojeno s kvalitou života (Munduchová, 2013). U našich studentů to bylo 82,11 %. Tento rozdíl je nejspíše dán různou náročností oborů. Cruz a kolegové (2011) měřili kvalitu života také pomocí zkrácené verze dotazníku WHO, kde ženy měly nižší kvalitu života.

Spokojenost ze zdravím zjišťovala otázka číslo dvě, kde jsou naši studenti v 70,00 % spokojeni, nebo velmi spokojeni se svým zdravím. Průměrná hodnota pražské populace byla 3,93. Průměrná hodnota respondentů byla 3,78 (Dragomirecká, Bartoňová, 2010).

Pouze jeden student z oboru Výchova ke zdraví hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný, ostatní hodnotí zdravotní stav jako dobrý či velmi dobrý (Munduchová, 2013). I většina studentů technické fakulty je prakticky spokojena se svým zdravotním stavem (Valjent, Flemr, 2010). Také většina respondentů švédské studie hodnotí svoje fyzické i duševní zdraví jako dobré, či velmi dobré (Vaez, Laflamme, 2003).

Kromě domény prožívání, kde byli studenti nadprůměrně spokojeni s prostředím, ve kterém žijí, vyšly průměrné hodnoty velmi podobně jako u souboru stejně starých občanů Prahy.

Výsledky zahraniční studie z roku 2009 hodnotí kvalitu života pro první tři ročníky farmacie jako nižší než stejně stará populace Spojených států amerických (Hirsch a kol., 2009). Takové srovnání nemůžeme provést, protože naše práce se zaměřila jen na studenty druhého ročníku. Ale srovnávali jsme naše respondenty se stejně starým souborem Pražanů a výsledky nepotvrdily horší kvalitu života u studentů farmacie.

Další studie z roku 2014 se věnovala přímo pregraduálním studentům farmacie a zjistila, že studenti prvních tří ročníků vykazují horší výsledky health-related quality of life v porovnání se studenty čtvrtého ročníku a v porovnání s americkou populací (Payakachat a kol., 2014). Potvrdila tedy výsledky studie z roku 2009. Zde by bylo zajímavé zmapovat všechny ročníky studentů farmacie a zjistit odlišnosti ročníků v českém prostředí studia farmacie.

Transformace domén byla provedena ke srovnání naší práce se studií, kde autoři hodnotili kvalitu života studentů Čínské lékařské univerzity. Naše práce zahrnovala studenty druhého ročníku, čínská studie pokryla všechny ročníky. Počet respondentů druhého ročníku lékařské univerzity byl 378 (Zhang a kol., 2012). Srovnání našich respondentů a studentů druhého ročníku Čínské lékařské univerzity vychází pro všechny domény ve prospěch našich respondentů. Průměrná hodnota domény zdraví čínských studentů druhého ročníku je 67,23, našich studentů 74,55. U druhé domény prožívání je průměr mediků 63,91, farmaceutů 68,07, u třetí domény sociální vztahy jsou průměrné hodnoty studentů medicíny 62,54, studentů farmacie 71,71, v poslední doméně prostředí je průměr mediků 54,52, u našich studentů 70,79 (Zhang a kol., 2012).

Všechny naše průměrné transformované skóry vyšly lépe v porovnání s čínskými studenty. Nesmíme opomenout, že našich respondentů bylo o více než polovinu méně než studentů druhého ročníku lékařské univerzity. Největší rozdíl byl patrný u domény, která hodnotí prostředí. Čínští studenti medicíny čelí různým problémům. Může to být tlak na nalezení práce po ukončení studia (Liu a kol., 2009) nebo špatné životní prostředí.

Dotazník Subjektivní kvality života je rozdělen do pěti dimenzí. Výsledky dimenzí jsme srovnávali s pražskou populací 18-29 let.

První dimenze abstraktní hodnoty byla našimi respondenty ohodnocena nadprůměrně.

Druhá dimenze zdraví byla naopak podprůměrně zhodnocena studenty farmacie (56,9), průměr pražské populace byl 70,23 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Je možné, že se studenti více setkávají s pocity úzkosti, beznaděje či strachu, a zahrnují tyto faktory do odpovědí druhé dimenze.

Ve třetí dimenzi blízké vztahy byly průměrné hodnoty podobné jak u studentů farmacie, tak u souboru pražské populace (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Tento výsledek potvrzuje závěr studie z technické univerzity, kde byli studenti nejvíce spokojeni s indikátorem spokojenost se svými přáteli a rodinou (Valjent, Flemr, 2010).

Čtvrtou dimenzi volný čas ohodnotili naši respondenti průměrnou hodnotou 46,4, soubor pražské populace 50,32. V celkovém kontextu byla tato dimenze ohodnocena našimi respondenty jako podprůměrná (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). S volným časem jsou studenti farmacie nespokojeni a tyto výsledky potvrzují naši hypotézu. Ve srovnání s pražskou populací je průměrná hodnota nižší. I studenti z technické univerzity byli nejméně spokojeni s volným časem (Valjent, Flemr, 2010).

Poslední dimenze základní potřeby vyšla ve prospěch našich respondentů. Stejně jako v doméně prostředí, i zde se může odrazet relativní bezstarostnost studentů. Rodiče je finančně zabezpečují, někteří studenti se mohou podílet na finančních nákladech vydělanými penězi z brigád.

Jak v dotazníku Světové zdravotnické organizace, tak i v dotazníku Subjektivní kvality života je jeden okruh věnovaný zdraví. Rozdíl mezi doménou zdraví v dotazníku WHO a dimenzí zdraví v dotazníku Subjektivní kvality života je patrně dán tím, že jsou otázky formulovány jinak. Respektive právě ve zkrácené verzi dotazníku WHO jsou přesně dané otázky, ale v dotazníku Subjektivní kvality života hodnotí respondenti určitý okruh a otázky nejsou definovány (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, 2010).

U Bernského dotazníku jsme hodnotili 6 škál podle průměrných hodnot všech respondentů.

První škála pozitivní postoj k životu měla maximální počet získaných bodů 35, u našich respondentů byl průměr 26,61.

Ve druhé škále uvědomování si problémů činil průměr 25,45 z možných 35 bodů.

Průměr třetí škály somatické potíže byl 25,45 z možných 32 bodů. Somatické problémy mohou jít ruku v ruce s depresivním naladěním. U depresivní epizody jde o tzv. somatický syndrom, který se vyznačuje ztrátou zájmu, neschopností radovat se, časným ranním probuzením, výrazným snížením libida, agitovaností (Laňková, Raboch, 2008).

U čtvrté škály sebeúcta hodnoty respondentů vyšly v průměru 14,33 z maxima 18 bodů. V utváření sebehodnocení nám pomáhají jak zážitky úspěchu, tak i neúspěchu. Během dospívání se pak naše sebehodnocení stabilizuje a nepodléháme tolik náladám jako v pubertě (Macek, 2003). Pozitivní postoj k sobě samému je důležitý jak v soukromém životě, tak i ve studiu.

U páté škály depresivní naladění byly průměrné hodnoty 8,01 z možných 20.

Prevalence depresivních symptomů a dalších poruch duševního zdraví u studentů farmacie je relativně vysoká. Povědomí o těchto poruchách a prevence je důležitá pro celkové zdraví a pohodu studentů farmacie (Hunt, Gable, 2013).

Průměr poslední škály našich respondentů byl 17,79 z možných 25 bodů. Podle mého názoru se radost ve vysokoškolském období točí kolem úspěšného zvládnutí studia. Tato škála souvisí i se škálou depresivní naladění, kdy člověk ztrácí schopnost radovat se.

Všechny průměrné výsledky škál vyšly nad 70 % kromě škály depresivní naladění, kde dosahoval průměr respondentů 40,05 %. Celkové průměrné skóre bylo 117,64 (71,64 %) ze 165 možných bodů.

Statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami se potvrdil v doméně sociální vztahy, somatické potíže, sebeúcta, depresivní naladění ($p < 0,05$). Významně vyšší skóre měly ženy v doméně sociální vztahy, v ostatních škálách měli vyšší průměrné hodnoty skóre muži.

I ve studii z Českého vysokého učení technického byly ženy spokojenější než muži se sociálními vztahy, konkrétně s životním partnerem a se sexuálním životem. Důvodem může být zjištěný fakt, že 47,8 % studentů ještě nenavázalo partnerský vztah, u studentek to bylo jen 26,4 %. (Valjent, Flemr, 2010).

Ve studii z Číny měli muži významně vyšší skóre než ženy v doménách zdraví a prožívání = duševní pohoda (Zhang a kol., 2012). Podobné výsledky přinesla i další studie (Backović a kol., 2012). Ve švédské studii má mužská část respondentů vyšší hodnocení pro fyzické i duševní zdraví než ženská část (Vaez, Laflamme, 2003). I venezuelská studie ukazuje na rozdíly mezi muži a ženami v péči o zdraví a vnímání zdravotního stavu. Muži měli vyšší skóre než ženy (Bastardo, 2011). Stejný výsledek v naší studii nebyl prokázán.

V čínské studii měly ženy vyšší skóre v doméně sociální vztahy stejně jako v naší studii (Zhang a kol., 2012).

Studentky z univerzity v Libanonu vykazovaly nižší health-related quality of life než muži zejména ve škále duševního zdraví (Sabbah a kol., 2013). Také autoři zjišťující health-related quality of life mediků zjistili nižší skóre u žen (Paro a kol., 2010).

Naopak mezi studenty oborů lékařských věd na univerzitě Shahid Sadoughi v Iránu se rozdíly mezi muži a ženami nezjistily (Fallahzadeh a kol., 2012).

V první otázce dotazníku zkrácené verze WHO pro měření kvality života, která se přímo na kvalitu života ptá, se statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami neprokázal.

Ve škále depresivní naladění měly ženy horší průměrné výsledky než muži. Možným vysvětlením většího výskytu deprese u žen mohou být biologické faktory (menstruační cyklus, těhotenství, laktace, menopauza). Během těchto období jsou ženy vystavovány velkým hormonálním změnám, které ovlivňují jejich náladu a mohou se projevit depresivními symptomy (Hřebíčková, 2004).

Biologické faktory zmínil i zahraniční článek, který navíc podotýká i to, že ženy mají dva chromozomy X, muži jeden X a jeden Y. Tento faktor ovlivňující depresivní chování je třeba ještě vyjasnit (Albert, 2015).

Metaanalýzy potvrdily větší úzkost žen, důvěřivost, ale i poskytování větší péče a pozornosti. Muži se chovají více asertivně a měli mírně vyšší sebevědomí než ženy (Feinhold, 1994).

I studie zaměřující se na adolescenty komentuje více depresivních symptomů (sebevědomí, stresující události v nedávné době, negativní obraz svého těla) u dospívajících dívek. Výsledky naznačují model dospívající deprese, ve které jsou hlavními aktéry sebeúcta a stresující události v nedávné době (Allgood-Merten a kol., 1990).

Ve škále somatické potíže měli lepší průměrné výsledky muži. Většina žen více sleduje a vnímá svoje tělo. Výsledek může být odrazem větší citlivosti žen. S tím souvisí i lepší výsledek škály sebeúcta pro muže.

Button a jeho kolegové (1997) zjistili, že sebehodnocení, nespokojenost se sebou a nespokojenost s rodinnými vztahy je nižší u patnáctiletých a šestnáctiletých dívek, které vykazují poruchy příjmu potravy.

Další studie určila, že dívky vnímají sebe samu v mezilidských vztazích pozitivněji. Autoři končí studii myšlenkou, že depresivita u dívek roste vlivem negativního vnímání sebe sama, kdežto pozitivní vnímání mezilidských vztahů je podstatný faktor snižující depresivitu u dívek (Eberhart a kol., 2006). Z řady výzkumů vyplývá, že vnímání těla a spokojenost s ním jsou důležité faktory sebehodnocení a sebepojetí (Rašticová, 2009).

Další zjišťovanou skutečností bylo **srovnání výsledků Bernského dotazníku se zkrácenou verzí dotazníku WHO pro měření kvality života a s dotazníkem Subjektivní kvality života.**

Ve většině případů se jedná o vztahy středně těsné, Pearsonův korelační faktor se pohyboval v rozmezí 0,40-0,70 (doména prožívání a škála pozitivní postoj k životu, doména sociální vztahy a škála radost ze života, dimenze zdraví a somatické potíže). Pouze ve srovnání domény zdraví a škály somatické potíže jsme zjistili vztah

zanedbatelný. Tento výsledek je možná překvapující, somatické problémy a zdraví spolu úzce souvisí. Čím více se blíží absolutní hodnota korelačního koeficientu k jedné, tím těsnější vztah je mezi oběma veličinami.

Data, která jsme získali, nelze zobecnit pro všechny studenty Farmaceutické fakulty, protože jsme sledovali pouze druhý ročník studentů farmacie. Kvalita života se může během studia měnit (Hirsch a kol., 2009, Payakachat a kol., 2014).

6 ZÁVĚR

Prvním vytyčeným cílem práce bylo zmapovat kvalitu života studentů druhého ročníku naší fakulty. Druhým cílem bylo zjištění vztahu mezi Bernským dotazníkem a dvěma dalšími dotazníky (zkrácená verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života, dotazník Subjektivní kvality života). Uvedené cíle byly splněny na základě vyhodnocení stanovených hypotéz.

Vzhledem k výsledkům práce je možno označit kvalitu života studentů druhého ročníku naší fakulty jako dobrou. Osmdesát dva procent studentů hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou, či velmi dobrou.

Provedeným průzkumem jsme zjistili, že v některých doménách byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami (sociální vztahy, somatické problémy, sebeúcta a depresivní naladění). Potvrdilo se, že studenti nejsou spokojeni se svým volným časem. Tento výsledek může souviset s náročností studia farmacie. Nebyla potvrzena horší kvalita života u studentů farmacie než u pražské populace v podobném věkovém rozmezí.

Ve srovnání kvality života se studenty z oboru Výchova ke zdraví Pedagogické fakulty na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích jsou naši studenti méně spokojeni s kvalitou života než tito studenti. Stejně jako naši studenti i studenti technické univerzity jsou nejméně spokojeni s volným časem.

Existují zahraniční studie zabývající se kvalitou života studentů farmacie. Ty zahrnují více než jeden ročník, a proto nebylo možné jednoznačně srovnat výsledky naší práce s výsledky zahraničních autorů.

Pozitivem práce mohou být praktické poznatky o studentech Farmaceutické fakulty v Hradci Králové. Výsledky práce mohou sloužit ke srovnání s dalšími výzkumy, které použijí stejné instrumenty. Otázkou je, jak by vypadaly výsledky, pokud bychom zařadili do studie všechny ročníky. Proto bychom pro další práce doporučili zhodnocení kvality života pro každý ročník. Dalším bodem k zamyšlení je, k jakým výsledkům bychom došli, kdybychom zopakovali šetření. Navrhnout můžeme srovnání ročníků v rámci různých let.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURA

AKTEKIN, M., KARAMAN, T., SENOL, Y. Y., ERDEM, S., ERENGIN, H., AKAYDIN, M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical education* [online]. 2001. roč. 35 (1), s. 12-17. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11123589>

ALBERT, P. R. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci* [online]. 2015. roč. 40 (4), s. 219-221. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478054/>

ALLGOOD-MERTEN, B., LEWINSOHN, P. M., HOPS, H. Sex differences in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology* [online]. 1990. roč. 99 (1), s. 55-63. [cit. 2016-09-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2307767?dopt=Abstract>

ARSLAN, G., AYRANCI, U., UNSAL, A., ARSLANTAS, D. Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences* [online]. 2009, roč. 114 (3), s. 170-177. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852771/#_ffn_sectitle

AWADH, A. I., AZIZ, N. A., YASEEN, S. N., ABDULAMEER, S. A., SAHIB, M. N., B. AL-LELA, O. Q. A comparison study of perceived stress and quality of life among Master of Pharmacy and non-pharmacy master's students. *Pharmacy Education* [online]. 2013, roč. 13 (1), s. 22-28. [cit. 2016-09-07]. ISSN 1447-2701. Dostupné z: <http://pharmacyeducation.fip.org/pharmacyeducation/article/view/219>

AWÉ, C., GAITHER, C. A., CRAWFORD, S. Y., TIEMAN, J. A. Comparative Analysis of Perceptions of Pharmacy Students' Stress and Stressors across Two Multicampus Universities. *American Journal of Pharmaceutical Education* [online]. 2016. roč. 80 (5). [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937977/pdf/ajpe80582.pdf>

BACKOVIĆ, D. V., ŽIVOJINOVIĆ, J. I., MAKSIMOVIĆ, J., MAKSIMOVIĆ, M. Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatria Danubina* [online]. 2012. roč. 24 (2), s. 175-181. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z:

<https://pdfs.semanticscholar.org/c8e2/6d947a88d5ba398bc32ae1e1c7ce44e7eae6.pdf>

BASTARDO, Y. M. Health Status and Health Behaviors in Venezuelan Pharmacy Students. *Value in health* [online]. 2011. roč. 14, s. 122-125. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)01436-7/pdf](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)01436-7/pdf)

BEALL, J. W., DeHART, R. M., RIGGS, R. M., HENSLEY, J. Perceived Stress, Stressors, and Coping Mechanisms among Doctor of Pharmacy Students. *Pharmacy* [online]. 2015. roč. 3, s. 344-354. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/2226-4787/3/4/344>.

BUTTON, E. J., LOAN, P., DAVIES, J., SONUGA-BARKE, E. J. Self-esteem, eating problems and psychological well-being in a cohort of schoolgirls ages 15-16: A questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 1997. roč. 21 (1), s. 39-47. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8986516>

Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LF MU [online]. Na čem závisí, jak jsme zdraví. [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/rizika-nemoci/4-na-cem-zavisi-jak-jsme-zdravi.html>

COMPTON, M. T., CARRERA, J., FRANK, E. Stress and depressive symptoms/dysphoria among US medical students: results from a large, nationally representative survey. *The Journal of nervous and mental disease* [online]. 2008. roč. 196 (8), s. 891-897. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19077856>

CORREA-BURROWS, P., BURROWS, R., UAUY, R., ALBALA, C. Health production and risk of obesity among Chilean adolescents: Understanding health related behaviors

in youth. *Health* [online]. 2012. roč. 4 (12), s. 1413-1419. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: http://file.scirp.org/pdf/Health_2012123111292767.pdf

CRUZ, L. N., POLANCZYK, C. A., CAMEY, S. A., HOFFMANN, J. F., FLECK, M. P. Quality of life in Brazil: normative values for the WHOQOL-bref in a southern general population sample. *Quality of life research* [online]. 2011. roč. 20 (7). s. 1123-1129. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21279448>

DAHLIN, M., JONESBORG, N., RUNESON, B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical education* [online]. 2005. roč. 39 (6), s. 594-604. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15910436>

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-47-6.

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2010. ISBN 80-85121-82-4.

DYRBYE, L. N., THOMAS, M. R., EACKER, A., HARPER, W., MASSIE, F. S. Jr., POWER, D. V., HUSCHKA, M., NOVOTNY, P. J., SLOAN, J. A., SHANAFELT, T. D. Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. *Archives of internal medicine* [online]. 2007. roč. 167 (19), s. 2103-2109. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17954805>

DYRBYE, L. N., THOMAS, M. R., HUSCHKA, M. M., LAWSON, K. L., NOVOTNY, P. J., SLOAN, J. A., SHANAFELT, T. D. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clinic proceedings* [online]. 2006. roč. 81 (11), s. 1435-1442. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17120398>

DYRBYE, L. N., THOMAS, M. R., POWER, D. V., DURNING, S., MOUTIER, C., MASSIE, F. S. Jr., HARPER, W., EACKER, A., SZYDLO, D. W., SLOAN, J. A., SHANAFELT, T. D. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* [online]. 2010. roč. 85 (1), s. 94-102. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042833>

EBERHART, N. K., SHIH, J. H., HAMMEN, C. L., BRENNAN, P. A. Understanding the sex difference in vulnerability to adolescent depression: An examination of child and parent characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology* [online]. 2006. roč. 34 (4), s. 495-508. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16845588>

FALLAHZADEH, H., MIRZAEI, H. Health-Related Quality of life and Associated Factors among Iranian University Students. *JCHR* [online]. 2012, roč. 1 (2), s. 122-130. [cit. 2016-11-03]. Dostupné z: http://jhr.ssu.ac.ir/browse.php?a_id=49&sid=1&slc_lang=en

FEINHOLD, A. Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* [online]. 1994. roč. 116 (3), s. 429-456. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-09434-001>

FORD, J., SPALLEK, M., DOBSON, A. Self-rated health and a healthy lifestyle are the most important predictors of survival in elderly women. *Age and Ageing* [online]. 2008. roč. 37 (2), s. 194-200. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/37/2/194/40568/Self-rated-health-and-a-healthy-lifestyle-are-the>

GAHAGAN, J. C., JASON, T., PENDER, C. Promoting adolescent males' health: Utilization of school-based youth health centers in Nova Scotia, Canada. *Journal of Community Medicine & Health Education* [online]. 2011. roč. 1 (2). [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Jacqueline_Gahagan2/publication/287693208_Promoting_Adolescent_Males'_Health_Utilization_of_School-Based_Youth_Health_Centers_in_Nova_Scotia_Canada/links/56b3670e08ae2c7d5caed9dd.pdf

GAN-YADAM, A., SHINOHARA, R., SUGISAWA, Y., TANAKA, E., WATANABE, T., HIRANO, M., TOMISAKI, E., MORITAL, K., ONDAL, Y., KAWASHIMA, Y., TOKETAKEL, K., MOCHIZUKIL, Y., NANBAL, M., ANME, T. Self-assessed health and its aspects in the case of Mongolia. *Health* [online]. 2012. roč. 4 (7), s. 415-422. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: http://file.scirp.org/pdf/Health20120700005_38340194.pdf

GIANNAKOPOULOS, G., DIMITRAKAKI, C., PEDELI, X., KOLAITIS, G., ROTSIKA, V., RAVENS-SIEBERER, U., TOUNTAS, Y. Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2009. roč. 7. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-7-100>

GUPCHUP, G. V., BORREGO, M. E., KONDURI, N. The impact of student life stress on health related quality of life among doctor of pharmacy students. *College Student Journal* [online]. 2004. roč. 38 (2). [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <https://www.questia.com/library/journal/1G1-119741938/the-impact-of-student-life-stress-on-health-related>

HIRSCH, J.D., DO, A.H., HOLLENBACH, K.A., MANOQUERRA, A.S., ADLER, D.S. Students' Health-Related Quality of Life Across the Preclinical Pharmacy Curriculum. *American Journal of Pharmaceutical Education* [online]. 2009, roč. 73 (8). [cit. 2016-09-07]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2828308/>

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In *Kvalita života a zdraví*. Payne Jan a kolektiv, 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.

HOJAT, M. GLASER, K., XU, G. VELOSKI, J. J., CHRISTIAN, E. B. Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles. *Medical education* [online]. 1999. roč. 33 (5), s. 342-349. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10336769>

HŘEBÍČKOVÁ, Martina. Osobnost žen a osobnost mužů ve světle NEO osobnostního inventáře (NEO-PI-R). In *Psychologické dny 2004 : Svět žen a svět mužů : polarita a vzájemné obohacování : sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. Heller, D., Procházková, J., Sobotková, I. (ed.). [online]. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2005. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas Philosophica, Psychologica 35 - suppl. Plný text příspěvku o rozsahu 4 s. je dostupný na přiloženém CD-ROM. ISBN 80-244-1059-1. [cit. 2017-03-13]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2004/texty/pdf/hrebickova.pdf>

HUME, M., MORT, G. S. iLeisure: Conceptualizing youth online leisure and quality of life. *International Journal of Organisational Behaviour* [online]. 2012. roč. 17 (2), s. 87-107. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: https://eprints.usq.edu.au/21893/1/Hume_Mort_IJOB_v17n2_PV.pdf

HUNT, K. GABLE, K. N. Prevalence of depressive symptoms and obsessive-compulsive personality traits among pharmacy students. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* [online]. 2013. roč. 5 (6), s. 541-545. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: [http://www.pharmacyteaching.com/article/S1877-1297\(13\)00124-X/abstract](http://www.pharmacyteaching.com/article/S1877-1297(13)00124-X/abstract)

CHEN, C.-Y., STORR, C. L. Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *Journal of Adolescent Health* [online]. 2006. roč. 39 (5), s. 752.e9-752.16. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2278239/pdf/nihms38967.pdf>

CHOMITZ, V. R., SLINING, M. M., MCGOWAN, R. J., MITCHELL, S. E., DAWSON, G. F., HACKER, K. A. Is there a relationship between physical fitness and academic achievement? Positive results from public school children in the northeastern United States. *The Journal of school health* [online]. 2009. roč. 79 (1), s. 30-37. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19149783>

CHOW, H. P. Predicting Academic success and psy- chological wellness in a sample of Canadian undergradu- ate students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* [online]. 2010. roč. 8, s. 473-496. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/21/english/Art_21_413.pdf

KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, s. 212. ISBN 80-200-1307-5.

KELLY, E., NISKER, J. Medical students' first clinical experiences of death. *Medical education* [online]. 2010. roč. 44 (4), s. 421-428. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20236239>

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 2. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003, s. 27-40. ISBN 80-7178-774-4.

KŘÍŽOVÁ, E. Kvalita život v kontextu všedního dne. In Kvalita života a zdraví. Payne Jan a kolektiv, 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 205-216, 217-234. ISBN 80-7254-657-0.

Kvalita života, lidský rozvoj [online]. 2016. [cit. 2016-09-05]. Dostupné z: http://www.jirifranc.estranky.cz/file/566/04_kvalita_zivota_hdi.pdf

LAŇKOVÁ, J., RABOCH J. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: Deprese [online]. Praha, 2008. [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: <http://www.svl.cz/files/files/Doprocene-postupy-2008-2012/deprese.pdf>

LAŠKOVÁ, Markéta. Kvalita života studentů Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity v Ostravě [online]. Ostrava, 2008 [cit. 2016-09-07]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/up6ouq/?furl=%2Fid%2Fup6ouq%2F;lang=en>. Diplomová práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Bohumil Koukola.

LIÉNARD, A., MERCKAERT, I., LIBERT, Y., BRAGARD, I., DELVAUX, N., ETIENNE, A. M., MARCHAL, S., MEUNIER, J., REYNAERT, C., SLACHMUYLDER, J. L., RAZAVI, D. Transfer of Communication Skills to the Workplace during Clinical Rounds: Impact of a Program for Residents. *PLoS ONE*. [online]. 2010. roč. 5 (8). [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0012426&type=printable>

LIU, K.R., HU, G.F., ZHANG, M.Y., YAN Y.X., NIE, J. Psychological anxiety evaluation and analysis of graduates at a medical university under employment pressure. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao* [online]. 2009. roč. 29 (5), s. 1071-1072. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Psychological+anxiety+evaluation+and+analysis+of+graduates+at+a+medical+university+under+employment+pressure>.

LLOYD, C. GARTRELL, N. K. Sex differences in medical student mental health. *The American journal of psychiatry* [online]. 1981. roč. 138 (10), s. 1346-1351. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7294192>

MACEK, P. Adolescence. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-17178-747-7.

MacLEOD, R. D., PARKIN, C., PULLON, S. ROBERTSON, G. Early clinical exposure to people who are dying: learning to care at the end of life. *Medical education* [online]. 2003. roč. 37 (1), s. 51-58. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535115>

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. A KOL. Výchova ke zdraví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MARSHALL, L. L., ALLISON, A., NYKAMP, D., LANKEA, S. Perceived Stress and Quality of Life Among Doctor of Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education* [online]. 2008. roč. 72 (8). [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2661164/pdf/ajpe137.pdf>

- MARTTINEN, E., SALMELA-ARO, K. Personal goal orientations and subjective well-being of adolescents. *Japanese Psychological Research* [online]. 2012. roč. 54, s. 263-273. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-5884.2012.00521.x/full>
- MIKOLAJCZYK, R. T., BRZOSKA, P., MAJER, C., OTTOVA, V., MEIER, S., DUDZJAK, U., ILIEVA, S., EL ANSARI, W. Factors associated with self-rated health status in university students: A cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health* [online]. 2008. roč. 8. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-215>
- MIRČEVSKÁ, Petra. Kvalita života u osob praktukujících meditaci [online]. Brno, 2008 [cit. 2016-09-29]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/144188/fss_b/. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Martina Augustinská.
- MOFFAT, K. J., McCONNACHIE, A., ROSS, S., MORRISON, J. M. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ.* [online]. 2004. roč. 8 (5), s. 482-491. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15107082>
- MUNDUCHOVÁ, Pavla. Kvalita života u studentů prezenční formy oboru Výchova ke zdraví, PF JU v Českých Budějovicích [online]. České Budějovice, 2013 [cit. 2016-09-06]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7p5e5u/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Petra Vojtová.
- PARO, H. B. M. S., MORALES, N. M. O., SILVA, C. H. M., REZENDE, C. H. A., PINTO, R. M. C., MORALES, R. R., MENDONCA, T. M. S., PRADO, M. M. Health-related quality of life of medical students. *Medical Education* [online]. 2010. roč. 44, s. 227-235. [cit. 27-09-2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20444053>

PAYAKACHAT, N., GUBBINS, O. P., RAGLAND, D., FLOWERS, S. K., STOWE, C. D. Factors Associated With Health-Related Quality of Life of Student Pharmacists. *American Journal of Pharmaceutical Education* [online]. 2014. roč. 78 (1). [cit. 27-09-2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930255/>

PEKMEZOVIC, T., POPOVIC, A., KISIC TEOAVCEVIC, D. Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. *Quality of life research* [online]. 2011. roč. 20, s. 391-397. [cit. 2016-11-26]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-010-9754-x>

PIŠOT, R., KROPEJ, V. L. Correlation between perceived quality of life and healthy environment in youth. *FACTA UNIVERSITATIS. Series: Physical Education and Sport* [online]. 2006. roč. 4 (2), s. 115-123. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://facta.junis.ni.ac.rs/pe/pe200602/pe200602-04n.pdf>

PITKÄLÄ, K. H., MÄNTYRANTA, T. Feelings related to first patient experiences in medical school. A qualitative study on students' personal portfolios. *Patient education and counseling* [online]. 2004. roč. 54 (2), s. 171-177. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15288911>

Portál [online]. 2005-2017. Determinanty zdraví. [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=28940>

RAJ, S. R., SIMPSON, C. S., HOPMAN, W. M., SINGER, M. A. Health-related quality of life among final-year medical students. *CMAJ* [online]. 2000. roč. 162 (4), s. 509-510. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/content/162/4/509.full.pdf+html>

RAŠTICOVÁ, M. Prediktory nespokojenosti s tělem a souvislost s depresí v adolescenci. *E-psychologie* [online]. 2009. roč. 3 (1). [cit. 2017-04-11]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://www.e-psycholog.eu/pdf/rasticova.pdf>.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 205-287. ISBN 80-7038-078-0.

SABBAH, I., DROUBY, N., SABBAH, S., RETEL-RUDE, N., MERCIER, M. Quality of Life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2003. roč. 1. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-30>

SABBAH, I., SABBAH, H., KHAMIS, R., SABBAH, S., DROUBI, N. Health related quality of life of university students in Lebanon: Lifestyles behaviors and socio-demographic predictors. *Health* [online]. 2013. roč. 5, s. 1-12. [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=34199>

SABBAH, I., VUITTON, D.-A., DROUBI, N., SABBAH, S., MERCIER, M. Morbidity and associated factors in rural and urban populations of South Lebanon: a cross-sectional community-based study of self-reported health in 2000. *Tropical Medicine & International Health* [online]. 2007. roč. 12, s. 907-919. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01886.x/full>

SALAM, A. A., ALSHEKTERIA, A. A., MOHAMMED, H. A. A., AL ABAR, N. M., AL JHANY, M. M., AL FLAH, M. F. Physical, mental, emotional and social health status of adolescents and youths in Benghazi, Libya. *Eastern Mediterranean Health Journal* [online]. 2012. roč. 18 (6), s. 586-597. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/118154/1/18_6_2012_0586_0597.pdf

SANSGIRY, S. S., BHOSLE, M., SAIL, K. Factors That Affect Academic Performance Among Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education* [online]. 2006. roč. 70 (5). [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://www.ajpe.org/doi/pdf/10.5688/aj7005104>

SCHMIDT, M. Predictors of self-rated health and lifestyle behaviours in Swedish university students. *Global Journal of Health Science* [online]. 2012. roč. 4 (4), s. 1-14. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/16000/11391>

STANDAGE, M., GILLISON, F. B., NTOUMANIS, N., TREASURE, D. C. Predicting Students' Physical Activity and Health-Related Well-Being: A Prospective Cross-Domain Investigation of Motivation Across School Physical Education and Exercise Settings. *Journal of Sport & Exercise Psychology* [online]. 2012. roč. 34, s. 37-60. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2012_StandageGillisonNtoumanisTreasure_JSEP.pdf

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., BINAROVÁ, I., HOLÁSKOVÁ, K., PETROVÁ, A., PLEVOVÁ, I., PUGNEROVÁ, M. Přehled vývojové psychologie. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. s. 115, 118. ISBN 978-80-244-2141-4.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B., ŠIŠÁK, P. Téma zdraví jako aspekt kvality života univerzitních studentů. *School and Health* 21, 3/2008, Praxe současné školy a výchova ke zdraví [online]. 2008, roč. 3, s. 15-20. [cit. 2016-09-05]. ISBN 978-80-7392-042-5. Dostupné z:

http://www.ped.muni.cz/z21/puv/sb07_praxe_skoly/cze/simickova_vasina_sisak_cz.pdf

TAYARA, R. Resiliency and War Experiences: A Psychometric Study of the Lebanese Adolescent Experience of War. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences* [online]. 2013. roč. 3 (1), s. 23-33. [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <http://article.sapub.org/10.5923.j.ijpbs.20130301.04.html>

Univerzita-online.cz [online]. Vedení lidí a motivace. [cit. 2016-04-26]. Dostupné z:

<http://www.univerzita-online.cz/mng/zaklady-managementu/vedeni-lidi-a-motivace/>

VAEZ, M. LAFLAMME, L. Health Behaviors, self-rated health and quality of life at university: a study among Swedish first-year university students. *Journal of American College Health* [online]. 2003. roč. 51 (4), s. 156-162. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07448480309596344>

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, s. 9-18, 48-61, 65-85. ISBN 978-80-246-1318-5.

VALJENT Z., FLEMR L. Vybrané aspekty kvality života studentů technické univerzity. *KONTAKT - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. 2010, roč. 12, č. 4, s. 414-424. [cit. 2016-09-06]. ISSN 1212-4117. Dostupné z:

<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2010/614-vybrane-aspekty-kvality-zivot-a-studentu-technicke-univerzity>

VOTTA, R. J., BENAUI, E. M. Sources of stress for pharmacy students in a nationwide sample. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* [online]. 2014. roč. 6 (5), s. 675-681. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: [http://www.pharmacyteaching.com/article/S1877-1297\(14\)00073-2/pdf](http://www.pharmacyteaching.com/article/S1877-1297(14)00073-2/pdf)

WILIAMS, J. S., CUNICH, M. The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: Evidence from a longitudinal study of Australian women. *International Journal for Equity in Health* [online]. 2013. roč. 12. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-25>

WILLE, N., BULLINGER, M., HOLL, R., HOFFMEISTER, U., MANN, R., GOLDAPP, C., REINEHR, T., WESTENHÖFER, J., EGMOND-FROEHLICH, RAVENS-SIEBERER, U. Health-related quality of life in overweight and obese youths: Results of a multicenter study. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2010. roč. 8 (36). [cit. 2017-04-24]. Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-36>

ZHANG, Y., QU, B., LUN, S., WANG, D., GUO, Y., LIU, J. Quality of Life of Medical Students in China: A Study Using the WHOQOL-BREF. *PLoS ONE* [online]. 2012. roč. 7 (11). [cit. 2016-11-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23209595>

8 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Determinanty zdraví.....	30
Obrázek č. 2: Maslowova pyramida potřeb.....	39

9 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Výsledky domén u studentů farmacie, WHOQOL-BREF.....	45
Tabulka č. 2: Transformace hrubých doménových skóre.....	46
Tabulka č. 3: Hodnocení fyzické bolesti.....	49
Tabulka č. 4: Závislost na lékařské péči	49
Tabulka č. 5: Radost ze života.....	50
Tabulka č. 6: Hodnocení smyslu života.....	50
Tabulka č. 7: Hodnocení soustředění.....	51
Tabulka č. 8: Hodnocení pocitu bezpečí.....	51
Tabulka č. 9: Hodnocení zdravého životního prostředí	52
Tabulka č. 10: Hodnocení energie pro každodenní život.....	52
Tabulka č. 11: Hodnocení fyzického vzhledu.....	53
Tabulka č. 12: Hodnocení finanční situace.....	53
Tabulka č. 13: Hodnocení přístupu k informacím.....	54
Tabulka č. 14: Hodnocení koníčků	54
Tabulka č. 15: Hodnocení schopnosti pohybu.....	55
Tabulka č. 16: Spokojenost se spánkem.....	55
Tabulka č. 17: Spokojenost s každodenní činností.....	55
Tabulka č. 18: Spokojenost s pracovním výkonem.....	56
Tabulka č. 19: Spokojenost sám/sama se sebou	56
Tabulka č. 20: Spokojenost s osobními vztahy.....	56
Tabulka č. 21: Spokojenost se sexuálním životem.....	57
Tabulka č. 22: Spokojenost s podporou od přátel.....	57

Tabulka č. 23: Spokojenost s životními podmínkami.....	57
Tabulka č. 24: Dostupnost zdravotní péče.....	58
Tabulka č. 25: Spokojenost s dopravou.....	58
Tabulka č. 26: Hodnocení negativních pocitů.....	58
Tabulka č. 27: Kvalita života muži versus ženy, WHOQOL-BREF.....	59
Tabulka č. 28: Výsledky jednotlivých odpovědí u studentů farmacie, SQUALA.....	63
Tabulka č. 29: Výsledky dimenzí studentů farmacie, SQUALA.....	64
Tabulka č. 30: Kvalita života muži versus ženy, SQUALA.....	65
Tabulka č. 31: Hodnocení pozitivního postoje k životu.....	68
Tabulka č. 32: Hodnocení uvědomování si problémů.....	68
Tabulka č. 33: Hodnocení somatických problémů.....	69
Tabulka č. 34: Hodnocení sebeúcty.....	69
Tabulka č. 35: Hodnocení depresivního naladění.....	69
Tabulka č. 36: Hodnocení radosti ze života.....	69
Tabulka č. 37: Kvalita života muži versus ženy, Bernský dotazník.....	70
Tabulka č. 38: Vztah mezi pozitivním postojem k životu a prožíváním.....	71
Tabulka č. 39: Vztah mezi somatickými potížemi a zdravím.....	71
Tabulka č. 40: Vztah mezi radostí ze života a sociálními vztahy.....	71
Tabulka č. 41: Vztah mezi somatickými potížemi a zdravím.....	72

10 SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Charakteristika respondentů podle pohlaví, WHOQOL-BREF.....	43
Graf č. 2: Charakteristika respondentů podle věku, WHOQOL-BREF.....	44
Graf č. 3: Charakteristika respondentů podle vzdělání, WHOQOL-BREF.....	45
Graf č. 4: Hodnocení kvality života, WHOQOL-BREF.....	47
Graf č. 5: Hodnocení spokojenosti se zdravím, WHOQOL-BREF.....	48
Graf č. 6: Charakteristika respondentů podle pohlaví, SQUALA.....	60
Graf č. 7: Charakteristika respondentů podle věku, SQUALA.....	61
Graf č. 8: Charakteristika respondentů podle vzdělání, SQUALA.....	62
Graf č. 9: Charakteristika respondentů podle pohlaví, Bernský dotazník.....	66
Graf č. 10: Charakteristika respondentů podle věku, Bernský dotazník.....	67
Graf č. 11: Charakteristika respondentů podle vzdělání, Bernský dotazník.....	68