

Univerzita Karlova v Praze
Farmaceutická fakulta v Hradci Králové
Katedra sociální a klinické farmacie

Psychosociální profil studentů farmacie

Diplomová práce

Hradec Králové 2017

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

Vypracovala: Klára Machková

Prohlášení

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž 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 2017

.....
Klára Machková

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce PharmDr. Jitce Pokladníkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, ochotu, vstřícnost a čas věnovaný při tvorbě této práce.

Poděkovat bych chtěla i všem zúčastněným respondentům, díky kterým mohla být má práce realizována.

Závěrem bych ráda poděkovala své rodině za pomoc a podporu po celou dobu mého studia.

Strukturovaný souhrn

Úvod: Duševní zdraví má velký význam v životě každého z nás, ať už je to v období dospívání, studia na vysoké škole či v rámci výkonu povolání farmaceuta. Je tedy nezbytné, abychom se snažili o jeho upevnění, popř. navrácení duševní rovnováhy, jestliže dojde k jejímu narušení. V současné době roste počet studentů, kteří trpí určitými duševními poruchami, a proto je třeba, abychom vliv psychické stránky a mentální rovnováhy nepodceňovali.

Cíl: Cílem této práce je zjistit, jak jsou na tom studenti druhého ročníku oboru farmacie s duševním zdravím, zda se u nich vyskytují psychopatologické poruchy (deprese, úzkost, agresivní chování či somatizace), jaká je jejich životní spokojenost a jak kvalitní se jim zdá jejich život. Dílčím cílem bylo zjištění, zda se výsledky liší v závislosti na pohlaví, na tom s kým a kde žijí, na tom, zda mají zdravotní potíže, které ovlivňují jejich život a na tom, zda jsou věřící či nikoliv.

Metodika: V našem případě jsme zvolili metodu online dotazníků, které nám posuzovaly přítomnost psychické poruchy (SCL-90), životní spokojenost (SWLS) a kvalitu života (SOS-10). Dotazníky nám vyplnili studenti během výuky předmětu Zdravotnická psychologie v roce 2012. Následně byla data statisticky vyhodnocena pomocí Microsoft Office 365 ProPlus Excel. Při porovnávání statistické významnosti jednotlivých proměnných jsme využili analýzu rozptylu (ANOVA) a T-test v případě posouzení přítomnosti psychické poruchy. Hladina významnosti, kterou jsme si v našem případě zvolili, byla p-hodnota 0,05.

Výsledky: U žádného ze studentů nebyla nalezena statisticky významná přítomnost duševní poruchy. Většina z dotazovaných byla spokojena se svým životem, u přibližně 0,53% lidí, jež žijí s partnerem a dětmi, byla

spokojenost lehce pod průměrem. Stejně tak tomu bylo i u 0,53% studentů, kteří na dotaz, kde bydlí, zvolili odpověď - „jiné“. Kvalita života byla u všech hodnocena jako více než průměrná. Při zjišťování závislosti kvality a spokojenosti se životem na proměnných (na pohlaví, na tom s kým a kde žijí, na tom, zda mají zdravotní potíže, které ovlivňují jejich život a na tom, zda jsou věřící či nikoliv) byl dokázán statistický rozdíl mezi zdravými studenty a mezi těmi, kteří mají nemoc, jež ovlivňuje jejich život. Významné rozdíly u ostatních proměnných, které jsme si vytyčili do středu zájmu, nebyly prokázány.

Závěr: Závěrem můžeme říct, že jsme pomocí našeho výzkumu a analýzy dat naplnili námi stanovené cíle. Zjistili jsme psychický stav našich studentů, který nevykazoval žádnou psychopatologii, jejich životní spokojenost a hodnocení kvality života. Limitací našeho výzkumu byla data z roku 2012 a nedostatečný počet respondentů. V budoucnu by bylo dobré šetření zopakovat s více studenty a napříč všemi ročníky.

Structured summary

Introduction: Mental health is of great importance in our life for every one of us. Whether it be in the period of adolescence, studying at college or acting as a pharmacist. It is therefore necessary that we try to fix it or restore the mental balance if it is disturbed. Nowadays, the number of students who suffer from certain mental disorders is growing, it is needed that we do not underestimate the influence of psychological aspects and mental balance.

Aim: The aim of this work is to find out how the students of the second year in the field of pharmacy with mental health are aware of psychopathological disorders (depression, anxiety, aggressive behaviour or somatization) what is their life satisfaction and how good their life seems to them. The partial aim was to determine whether the results vary according to gender, who they live with, where they live, whether they have a health problem that affects their lives and whether they are believers or not.

Method: In our case we chose the online questionnaire method that assessed the presence of mental disorder (SCL-90) life satisfaction (SWLS) and quality of life (SOS-10). Questionnaires were filled in by students during the subject of Health Psychology in 2012. Subsequently, the data was statistically evaluated using Microsoft Office 365 ProPlus Excel. When comparing the statistical significance of individual variables, we used the variance analysis (ANOVA) and the T-test in the case of assessment of the presence of psychological disorder. The significance level we chose in our case, was the p-value 0.05.

Results: No statistically significant presence of a mental disorder was found in any of the students. Most of the respondents were satisfied with their lives, with approximately 0.53% of the people living with their partner and children, satisfaction was slightly below average. As was the case with

0.53% of students who chose the answer – “other” when asked where they live. The quality of life was rated as more than average. When determining the dependence of quality and life satisfaction on variables (on the gender, on with whom and where they live, whether they have a health problem that affects their lives and whether they are believers or not) the statistical difference between healthy students and those with a disease that affects them and their life. Significant differences in other variables that we have placed at the center of interest have not been proven.

Conclusion: In conclusion, we can say that with the help of our research and data analysis our goals have been met. We found out the psychic state of our students who did not show any psychopathology, their life satisfaction, and the quality of life. The limitation of our research was data from 2012 and an insufficient number of respondents. In the future, it would be good to repeat the survey with more students across all the class forms.

Seznam zkratek

ADHD- Attention Deficit Hyperactivity Disorder

DNRI- Selektivní dopamin and noradrenalin reuptake inhibitor

MKN- Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

NaRI- Selektivní inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu

NaSSA- Noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresivum

NUS- National Union of Students

PHQ-9- Patient health questionnaire-9

PRIME-MD- Primary care evaluation of mental disorders

PT- Psychoterapie

PTSD- Posttraumatic stress disorder

SARI- Serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání

SCL 90- Symptom checklist 90

SNRI- Inhibitor selektivního vychytávání serotoninu a noradrenalinu

SOS 10- Schwartzova škála hodnocení terapie

SSRI- Selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

SWLS- The Satisfaction With Life Scale

TCA- Tricyklické antidepresivum

UK- Univerzita Karlova

WHO- World health organization

Obsah

1	Úvod a cíl	12
2	Teoretická část.....	14
2.1	Duševní zdraví.....	14
2.1.1	Význam duševního zdraví.....	16
2.1.2	Prevence a podpora duševního zdraví	17
2.2	Duševní nemoc.....	23
2.2.1	Příčiny vzniku duševní poruchy	23
2.2.2	Klasifikace duševních onemocnění	24
2.2.3	Deprese.....	25
2.2.4	Úzkost.....	33
2.3	Duševní rovnováha v životě vysokoškolského studenta.....	35
2.3.1	Příznaky duševní nerovnováhy u vysokoškolského studenta	36
2.3.2	Příčiny nerovnováhy.....	38
2.3.3	Upevnění rovnováhy u vysokoškolského studenta	41
2.4	Vliv „mentálního zdraví“ na výkon povolání farmaceuta	41
3	Praktická část.....	43
3.1	Metodika výzkumu.	43
3.1.1	Výzkumný soubor.....	43
3.1.2	Metody sběru dat.....	43

3.1.3	Analýza a interpretace dat	45
3.2	Výsledky.....	46
3.2.1	Posouzení přítomnosti psychické poruchy (SCL 90).....	46
3.2.2	Škála životní spokojenosti (SWLS).....	47
3.2.3	Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS 10).....	50
4	Diskuse.....	54
5	Závěr.....	59
6	Seznam použité literatury.....	61
7	Seznam tabulek	67
8	Seznam grafů.....	68

1 Úvod a cíl

Tématem předkládané diplomové práce je psychosociální profil student farmacie. Toto téma bylo zvoleno s ohledem na skutečnost, že již samotná volba vysokoškolského studia patří mezi významné rozhodnutí v životě člověka. I když v dnešní době se hranice mezi jednotlivými obory a oblastmi profesního působení značně stírají a budoucí směřování a pracovní uplatnění jedinců není natolik striktně determinováno absolvováním akademickým osnov, mladí lidé si konkrétní studijní zaměření volí s určitou představou o svém budoucím působení v dané oblasti.

Je také otázkou nakolik počáteční očekávání odpovídají následné realitě, zvláště beroucí v úvahu k tomu, že v době, kdy se většina mladých lidí rozhoduje o své budoucí profesní orientaci, jsou jejich vlastní představy a přání příliš obecné a nejasné. (1) To je spojeno mimo jiné i se skutečností, že ve srovnání s předcházejícími generacemi, dnešní mladí lidé dospívají později a často tudíž ve věku, kdy ukončují středoškolské vzdělání, ještě zdaleka nejsou dospělými, což má významný dopad i na vlastní rozhodování o budoucím studiu a dalším působení. To se pak projevuje i při vlastním studiu vysoké školy.

Samotné vysokoškolské studium může být prožívané různě - jako příprava na povolání, jako oddalování vstupu do dospělosti, jako období experimentování a hledání vlastní identity apod. Ať už je tomu v individuálním případě jakkoli, vysokoškolské roky jsou bezesporu jedinečnou a významnou etapou v životě každého člověka. Ukončení tohoto období se tedy přirozeně často spojuje s jistým vnitřním bilancováním, pohledem zpět, hodnocením aktuální situace a vlastní pozice před vykročením do etapy další, kdy se jedinec již naplno zapojuje do pracovního procesu a stává se výdělečně činným a samostatným.

Ačkoliv psychosociální profil jedinců studujících jeden obor může být i v souvislosti s tím, jak jedinec období vysokoškolského studia chápe, velmi různorodé, realita je taková, že lze mít za to, že studenti, kteří se sejdou na jednom oboru, v tomto případě na oboru farmacie, patrně budou mít určité společné charakteristické znaky, z nichž část může vycházet i z jejich psychosociálního profilu.

Psychosociální profil jedince také ve významné míře ovlivňuje prožívání vysokoškolského studia, volbu studijního oboru stejně jako studijní výsledky či budoucí profesní úspěch. Vliv má samozřejmě i na vztahy se spolužáky či pedagogy na vysoké škole. S ohledem na psychosociální profil jednotlivce - studenta lze tedy identifikovat celou řadu odlišností mezi jednotlivými studenty, ale i mezi studenty různých oborů na vysoké škole.

Cílem práce je tedy zjistit duševní zdraví u studentů druhého ročníku oboru farmacie. Dílčím cílem práce je zjistit, zda se liší u studentů v závislosti na pohlaví, na tom, s kým a kde žijí, na tom, zda mají zdravotní potíže, které ovlivňují jejich život a na tom, zda jsou věřící či nikoliv. Snažíme se o zhodnocení psychosociálního profilu za pomoci standardizovaných nástrojů. V našem případě pomocí dotazníku SCL 90, který nám stanovuje sklony k depresi, úzkosti, agresivnímu chování a reflexi duševního napětí do tělesné oblasti. Dále zjištění spokojenosti studentů se životem a jejich vnímání kvality vlastního života.

Za účelem zpracování této diplomové práce byla nejprve provedena rešerše literatury, přičemž práce kombinuje několik druhů literatury, mezi které patří jednak literaturu z oboru psychologie, lékařství, péče o zdraví, pedagogiky i literatura pojednávající přímo o farmacii. Tato skutečnost je také důvodem, proč práce čerpá poměrně z velkého počtu různorodých odborných zdrojů.

2 Teoretická část

2.1 Duševní zdraví

Než se pustíme do definice mentálního zdraví, jeho významu, souvislosti s tím fyzický, jeho prevencí a podporou, tak bychom si měli říct, co je samotné „zdraví“. Světová zdravotnická organizace nám říká, že: „*zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo postižení.*“ (2)

Duševní zdraví můžeme nazvat schopnost jedince poradit si v rámci svých schopností s běžnými stresy života, což je důležité pro fungování člověka v rámci společnosti. (3) Být také schopen pečovat o druhé, být si vědom toho, že nikdo není dokonalý sám pro sebe ani pro ostatní, umět prožívat naplno emoce pozitivní, ale i negativní, zároveň umět požádat o pomoc v případě, že jedinec prochází těžkou životní situací- ztráta blízké osoby, pracovní nebo školní problémy. (4)

Podle Míčka můžeme na duševní zdraví nahlížet v užším slova smyslu jako na absenci duševní nemoci bez jakýchkoliv příznaků a jeho upevňování nebo naopak v širším slova smyslu, kdy se snažíme o definici zdravého jedince a jeho charakteristického chování. (5) Podobný výklad najdeme i v psychologickém slovníku, kde jej popisují: „*Zdraví duševní neznamená pouhou nepřítomnost nemoci či poruchy, ale stav, kdy je člověk schopen adaptace na prostředí a situace, dokáže přijímat vše, co život přináší příjemného, včetně sexuality a citového života vůbec.*“ (6)

Jak tedy poznat člověka duševně vyrovnaného? Syřišťová ve své knize definuje v jedenácti bodech kritéria normality (7):

1. Subjektivní uspokojení

2. Pocit identity
3. Schopnost správného sebehodnocení
4. Aktivní přizpůsobivost
5. Adekvátní percepce reality
6. Sociální adaptace
7. Integrace osobnosti
8. Schopnost seberealizace
9. Rezistence ke stresu
10. Tolerance úzkosti
11. Autonomie, nezávislost, sebeurčení

Chauhan ve své knize popisuje chování zdravého člověka v pěti bodech (8):

1. Odpovědnost- kdy člověk psychicky vyrovnaný má pocit odpovědnosti, je schopen vnímat potřeby ostatních a snaží se jim vyhovět
2. Schopnost sebehodnocení- jedinec je schopen vlastního úsudku, kterému důvěřuje a překážky vnímá jako určitou příležitost a nikoli důvod k tomu, aby pociťoval negativní emoce
3. Smysl pro směr- duševně vyrovnaný člověk má své životní cíle a jim věnuje svou pozornost a snaží se jich dosáhnout.
4. Osobní hodnoty- kdy má duševně vyrovnaný člověk určité hodnoty a filosofii, které činí jeho i ostatní šťastným, tím se snaží začlenit se do společnosti a být pro ni přínosný

5. Samostatnost- kdy se člověk duševně zdravý považuje za osobu, která je jedinečná a odlišná

Můžeme tedy poznat, jak na tom člověk je, co se psychické rovnováhy týče? Ano, stav duševní rovnováhy můžeme poznat i z jeho postoje, mluvy, prezentace, stejně tak z písemného projevu, kdy jsme schopni odlišit jedince trpícího depresí (sklon písma doleva, opravy či pomalé psaní) nebo naopak úzkostí (malé mezera mezi slovy, malé písmo a vzdálenost mezi slovy). I způsob, jakým nám popisuje vlastní život nebo své chování v psychicky náročných situacích. Kromě těchto „pozorovacích metod“ se využívají dotazníky nebo laboratorní metody, kde se měří elektrický odpor kůže, tlak krve, srdeční tep či způsob dýchání. (5)

2.1.1 Význam duševního zdraví

2.1.1.1 Souvislosti duševního a fyzického zdraví

Už samotná existence oboru, který se nazývá psychosomatika, nám naznačuje, že souvislost mezi duševním a fyzickým zdravím existuje. A co to tedy ta psychosomatika je?

Psychosomatika, vědní obor zabývající se tělesným i psychickým stavem zároveň, nám předkládá existenci vzájemného propojení těla a duše. Předkládá nám také důležitost chápat nemoc a zdraví z komplexního pohledu na člověka. K onemocnění, která vznikají na základě psychosomatiky můžeme řadit hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční, astma bronchiale, vředová onemocnění, kožní onemocnění apod. (9)

2.1.2 Prevence a podpora duševního zdraví

Duševní zdraví je obecně ovlivněno sociálními, psychologickými i biologickými faktory. K určité nerovnováze až k poruše může dojít při stresových situacích, špatných pracovních podmínkách, v důsledku diskriminace, nezdravého životního stylu či špatného fyzického zdravotního stavu. Proto se prevence a podpora zaměřují na vytvoření podmínek a prostředí, které by lidem ulehčovali udržovat duševní rovnováhu, ať už se jedná o základní občanská, politická, socioekonomická a kulturní práva, dále propagace podpory duševního zdraví, začlenění do politiky a programů vládních i nevládních sektorů, stejně tak do školství, dopravy, životního prostředí apod. Jako způsoby podpory můžeme uvést například předškolní psychosociální aktivity, programy pro rozvoj dětí a mládeže, zlepšení přístupu ke vzdělání, denní centra pro seniory, programy prevence stresu, snižování chudoby, boj proti diskriminaci a v neposlední řadě péče o osoby s duševními poruchami. (3)

2.1.2.1 Duševní hygiena

„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ (5)

Můžeme říct, že je to disciplína, která je na pomezí lékařských, psychologických a sociálních věd. Zaměřuje se na ovlivňování jedince sebou samotným, upevňováním jeho duševní rovnováhy, přetvářením jeho okolí apod. Je celkem nepopiratelné, že má velmi úzký vztah k psychoterapii, ovšem ta se zaměřuje na již existující poruchy. (5) Její uplatňování se ovšem nevylučuje u lidí nemocných, naopak jim pomáhá se s ní lépe vyrovnat a v období vzplanutí ji lépe vzdorovat. (10)

Téměř totožnou definici nám uvádí i Hart ve svém slovníku, kde hygienu duševní popisuje jako: „*obor, zabývající se rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí*“ (6)

Co se historie týče, tak duševní hygiena je spjata s člověkem již od počátku civilizace. Již v Indii byl před tisíci lety vyvinut systém Ayurvedy, pomocí něž byly léčeny i duševní poruchy odlišné povahy. Tento systém byl ale dosti ovlivněn invazí cizinců a během britské nadvlády odsunut do ústraní. Na západě je spjata s Cliffordem Beersem, který po absolvování University Yale, byl frustrován a pokusil se spáchat v roce 1908 sebevraždu, ale naštěstí se ho podařilo zachránit. Svou léčbu a zkušenosti později popsal ve své knize, kterou nazval „A Mind That Found Itself“. Ta předala určité povědomí o duševní hygieně, následovalo založení první společnosti a v roce 1919 vznikla Národní společnost pro duševní hygienu. (8)

Pro koho je vlastně duševní hygiena určena? Odpověď je velmi jednoduchá a zní, že úplně pro každého. U zdravých jedinců napomáhá posílit, udržet a zlepšit jejich schopnost reagovat na životní změny. Těm, kteří se pohybují na rozmezí mezi zdravím a nemocí, umožňuje poznat je samotné, najít cestu k rovnováze a posílit ji. A nakonec nemocným, kteří by měli být pod dohledem odborníka, může napomoci ke zkrácení doby léčby. (5)

2.1.2.1.1 Význam

Jak už jsme se zmínili již v jedné z předchozích kapitol, duše a tělo se navzájem ovlivňují, duševní hygiena pak slouží jako určitá prevence somatických či psychických onemocnění. Dále působí i v rámci mezilidských vztahů. Lidé vyrovnaní mají dobrý vliv na své okolí, naopak lidé s narušenou rovnováhou často negativní emoce přenášejí i na ostatní. Stejně tak ji můžeme využít i v zaměstnání, kde například u profesí jako je

lékař, lékárník, učitel apod., je rovnováha velmi důležitá. Stejně tak v tvůrčí práci, která vyžaduje koncentraci a uvolnění. V neposlední řadě je důležitá pro samotnou subjektivní spokojenost člověka. (5)

I duševní hygiena má své cíle, Chauhan je ve své publikaci člení do čtyř kategorií (8):

1. Realizace potenciálů- každý z nás má své schopnosti, které zůstávají často v pozadí v důsledku nedostatku vhodných příležitostí, což může vést až k frustraci a porušení duševní rovnováhy. Duševní hygiena se proto snaží, abychom jich využívali co nejvíce.
2. Štěstí- obecně bychom řekli, že se duševní hygiena snaží o to, aby měl člověk pozitivní přístup ke svému životu, práci, škole apod. a mohl vést efektivní a spokojený život
3. Rozvoj- duševní hygiena má navodit harmonii mezi fyzickou, duševní a duchovní stránkou člověka, aby se mohl řádně integrovat do společnosti a být jí přínosný (jak jsme již zmiňovali dříve)
4. Existence- zde se hygiena snaží, aby byl člověk schopný co nejlépe se adaptovat na různé změny (v zaměstnání, škole, ...)

Stejně tak bychom si mohli definovat funkce mentální hygieny, které jsou v knize „*Mental hygiene*“ děleny do čtyř bodů (8):

1. „Školení“- snaha o to, aby byli lidé schopni pochopit duševní problémy a následně je řešit

2. Prevence- tvorba a vývoj programů, které umožňují kontrolu a snižují výskyt duševních onemocnění
3. Léčení duševních poruch- snaha o tvorbu programů pro ty, kteří již nějakou duševní poruchou trpí, mohou být vytvořeny pro jednotlivce či skupinu
4. Uchování a udržování duševního zdraví prostřednictvím vzdělávacích programů

2.1.2.1.2 Metody

Dle Hartla a Hartlové spadá do duševní hygieny životospráva, výchova ke zdravému životnímu stylu a poradenství. (6)

„Při stanovení cílů, k nimž je činnost duševní hygieny zaměřena, se setkáváme velice často s důrazem na sebevýchovu, zrání osobnosti a duševní klid.“ (10)

- Adaptace

Je zaměřena na zvládnutí a přizpůsobování se životním situacím a změnám, schopností ovládat sám sebe, maladaptací, úpravou okolních podmínek a prostředí, v němž se člověk pohybuje. (10)

- Sebevýchova

Zde se můžeme zabývat sebepoznáváním, koncentrací pozornosti, autoregulací myšlení, emocí, autorelaxací a aktivním zvládnutím situací. (10)

- Výživa

Ta nám pomáhá nejen posílit duševní rovnováhu ale i fyzické zdraví. Je důležité se vyhnout přejídání a špatnému složení stravy, zařadit bychom měli více zeleniny a ovoce. (5)

- Správné dýchání

Většina z nás si nyní říká, že dýchat umí přeci každý, tak proč bychom se na to v rámci duševní hygieny měli zaměřovat. Pravdou je, že tomu tak úplně není, neboť ne každý správně zapojuje bránici a nevyužívá celé plíce, ale jen část. Proto si můžeme všimnout, že součástí meditací, jógy, relaxací je právě i nácvik správného dýchání. Neméně je důležité i správné držení těla při práci s počítačem, při sledování televize apod. (11)

- Odpočinek

V rámci odpočinku je důležité celkové zklidnění, výrazně pomáhá změna prostředí nebo forma aktivního odpočinku. (5)

Odpočinek můžeme dělit na několik druhů: fyzický, smyslový, emoční a mentální. Jeho cílem je odolávat únavě a umožňuje nám efektivně využívat energii při práci apod. (11)

- Pohybová aktivita

Pohyb je pro člověka přirozená věc a patří mezi nejdůležitější prostředek pro udržení celkového tělesného a duševního zdraví. Můžeme si všimnout, že v dnešní době počítačů a sedavých zaměstnáních, lidé trpí větším napětím než aktivní jedinci. Do pohybových aktivit řadíme od různých sportů, přes strečink až po izomerická cvičení. (5)

- Spánek

Obecně považujeme za dostatečnou dobu spánku u dospělého asi osm hodin a s postupujícím věkem se doba zkracuje. Stejně tak je důležité i prostředí, kdy teplota by se měla v temné a tiché místnosti pohybovat okolo 16-18 °C. A neméně podstatná je i pravidelná doba usínání. (5)

- Organizace času

Chamoutová nám ve své publikaci představuje tzv. Desatero o moudrém hospodaření s časem (11):

1. Považuj čas za vzácný dar
2. Vědomě řiď výdej času
3. Odlišuj věci důležité od nedůležitých
4. Důležitým věcem dopřej více času
5. Nejdůležitějším věcem věnuj nejvíce času
6. Ne tak důležitým věcem přiznávej jen minimum času
7. Nauč se říci „ne, tohle dělat nebudu“
8. Při skupinové činnosti dojednej předem délku jejího trvání
9. Nauč se dívat na každou činnost z hlediska její hodnoty
10. Pravidelně své hospodaření s časem bilancuj

- Jóga

„...navozuje harmonii těla a mysli, duchovního vědomí, hlubokou relaxaci, duševní poklid, soustředění a jasnost mysli spolu s tělesnou silou a ohebností.“ (11)

Některé studie dokazují, že jóga při pravidelném praktikování zlepšuje kvalitu života, snižuje krevní tlak, srdeční frekvenci, snižuje stres a dokáže mírnit projevy deprese, úzkosti a nespavosti. (12)

- Meditace

Ta nám umožňuje proniknout do našeho nitra díky hlubokému soustředění, uvolnění a relaxaci. (11)

2.2 Duševní nemoc

Každý z nás se během života setká s obavou o vlastní duševní zdraví. Kdy ale můžeme již hovořit o duševní nemoci? V tom případě, kdy jsou příznaky a symptomy spouštěčem dlouhodobého stresu, a kdy ovlivňují naše chování, myšlení, emoce a schopnost fungování v zaměstnání, škole a mají vliv na mezilidské vztahy. Jaké symptomy jsou charakteristické a jakých bychom si měly všimnout? Zařadit sem můžeme pocity smutku, sníženou schopnost soustředění, obavy, starosti a pocity viny, extrémní změny nálad, ztrátu zájmů, koníčků a přátel, únava a problémy se spánkem, rizikové chování a sklony k užívání omamných a návykových látek až po sebevražedné myšlenky. Měli bychom mít také na paměti, že duševní onemocnění se může vyskytnout v jakémkoliv věku. (13)

2.2.1 Příčiny vzniku duševní poruchy

Existuje mnoho příčin, které mohou mít za následek vznik duševní poruchy. Určitou roli hrají geny, proto si můžeme všimnout vyššího výskytu u lidí, jejichž příbuzní také trpí nějakou mentální poruchou. Stejně tak určité životní situace, stres a traumatické zážitky mohou být příčinou vývoje onemocnění. Neměli bychom opomenout ani vliv různých traumatických poranění mozku, expozice plodu účinkům různých chemikálií a toxinů

během těhotenství, užívání drog a alkoholu, v neposlední řadě i vliv přítomnosti jiného závažného onemocnění. (14)

2.2.2 Klasifikace duševních onemocnění

Světová zdravotnická organizace je autorem publikace MKN (v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD), kde se třídí lidská onemocnění, zdravotní problémy, situace a okolnosti vzniku nemocí do skupin. Původně byla nazývána Klasifikace příčin úmrtí a vznikla v roce 1893. Nyní je využívána k tvorbě zdravotní politiky států, pojišťovny ji využívají při stanovení úhrad apod. „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (MKN-10) je v České republice v platnosti od roku 1994. (15) Umožňuje lékařům zorientovat se v nepřehledném množství nemocí, se kterými se během své praxe mohou setkat. Choroby týkající se psychiatrie jsou označeny písmenem F. (16)

Konkrétně klasifikaci duševních poruch a poruch chování se věnuje pátá kapitola MKN-10, obsahuje oddíly (17):

- F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70–F79 Mentální retardace
- F80–F89 Poruchy psychického vývoje
- F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

Mezi hlavní poruchy spadají například: autismus, ADHD, poruchy učení, schizofrenii, bipolární poruchu, depresi, úzkost, obsedantně-kompulzivní poruchu, PTSD, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce, Alzheimerovu chorobu apod. (13)

My se budeme v následující kapitole zabývat hlavně depresí a úzkostí.

2.2.3 Deprese

2.2.3.1 Definice

„Deprese je duševní stav s převládajícími pocity smutku, skleslosti, nerozhodnosti, narůstajícího tlaku spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem. Tento stav je chorobný, jestliže trvá nepřiměřeně dlouho nebo má nepříznivý vliv na lidské chování.“

(6)

WHO definuje depresivní poruchu totožně, navíc dodává, že se může jednat o dlouhodobou či opakující se záležitost, což může mít za následek neschopnost normálního fungování jednotlivce ve společnosti, škole,

zaměstnání, rodině a obecně se zhoršuje jeho schopnost adaptace na situace běžného života. Dále ji rozděluje na depresivní epizodu, jež je charakterizovaná právě ztrátou zájmu, energie a radosti, může se na základě závažnosti dělit na mírnou, středně závažnou a závažnou. Druhým typem je dystymie, kterou charakterizuje jako mírnou formu chronického trvání. (18) Měli bychom si hlavně uvědomovat závažnost tohoto onemocnění, které má na svědomí okolo 800 000 lidí a zaujímá druhé místo v seznamu hlavních příčin úmrtí 15-29 letých. (19)

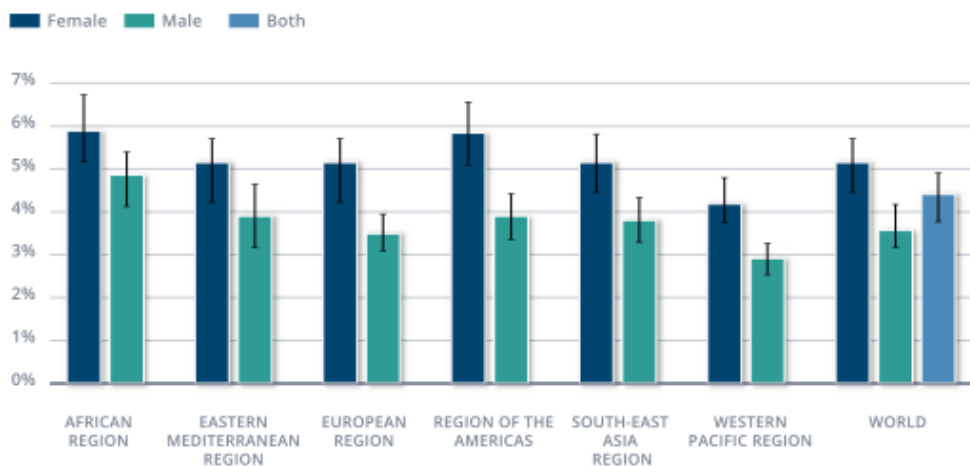
2.2.3.2 Epidemiologie a etiopatogeneze

„Deprese je častým problémem primární lékařské péče, zvyšuje somatickou morbiditu a mortalitu a významně snižuje kvalitu života nemocných.“ (20)

Deprese se vyskytuje v běžné populaci u 5-16% lidí a je důležité zmínit, že u žen se vyskytuje častěji než u mužů (viz graf č.1). Většího výskytu si můžeme všimnout i u osob trpících nějakým kardiovaskulárním, onkologickým, infekčním, revmatickým onemocněním, chronickou bolestí či u osob, které ve vyšší míře užívají omamné látky či alkohol, stejně tak v období šestinedělí, dospívání popřípadě ve stáří. (21)

„Kdybychom se chtěli zaobírat globálními čísly, tak depresí trpí okolo 300 milionů lidí, což je 4,4% světové populace.“ (18)

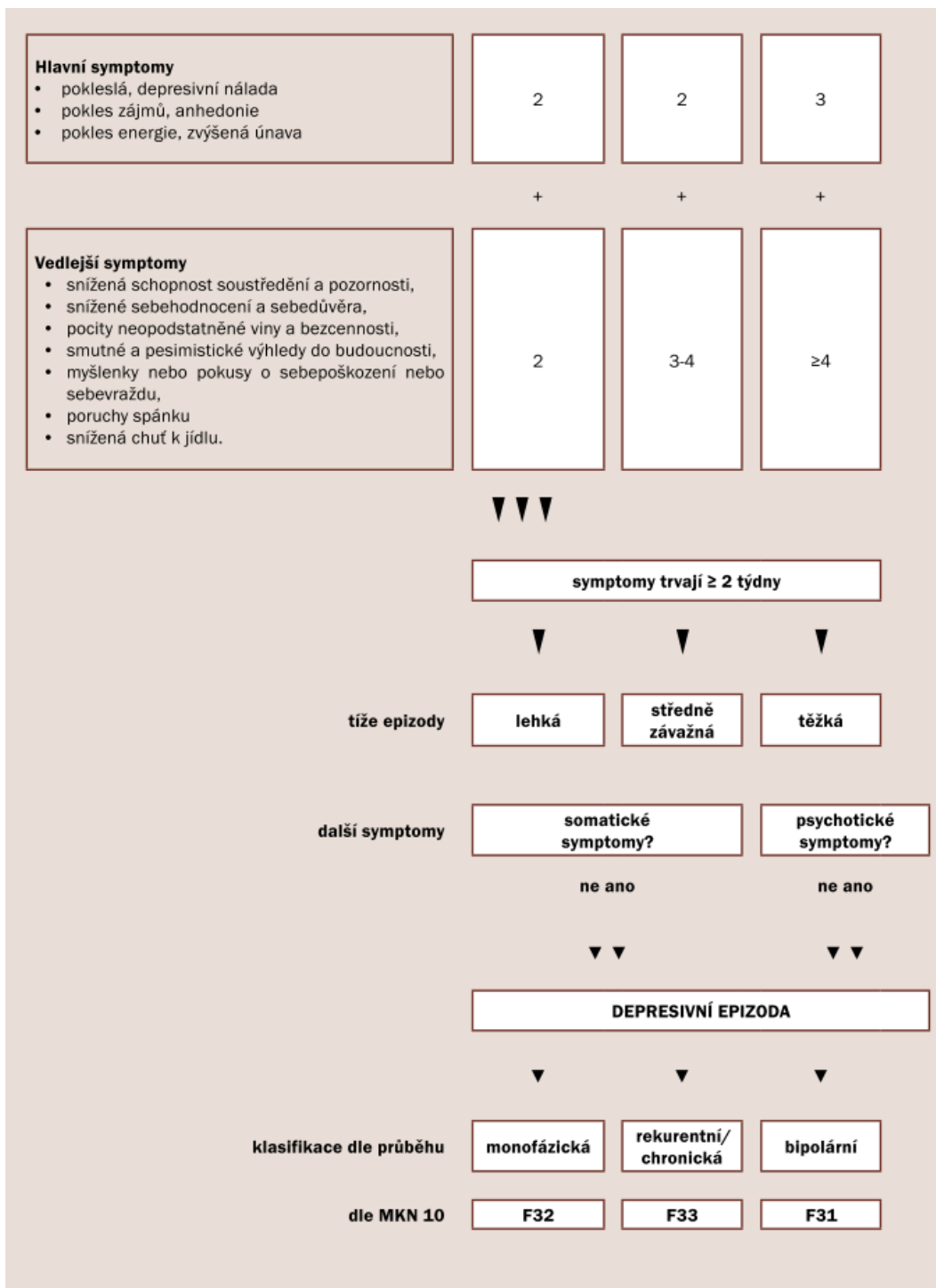
Prevalence of depressive disorders (% of population), by WHO Region



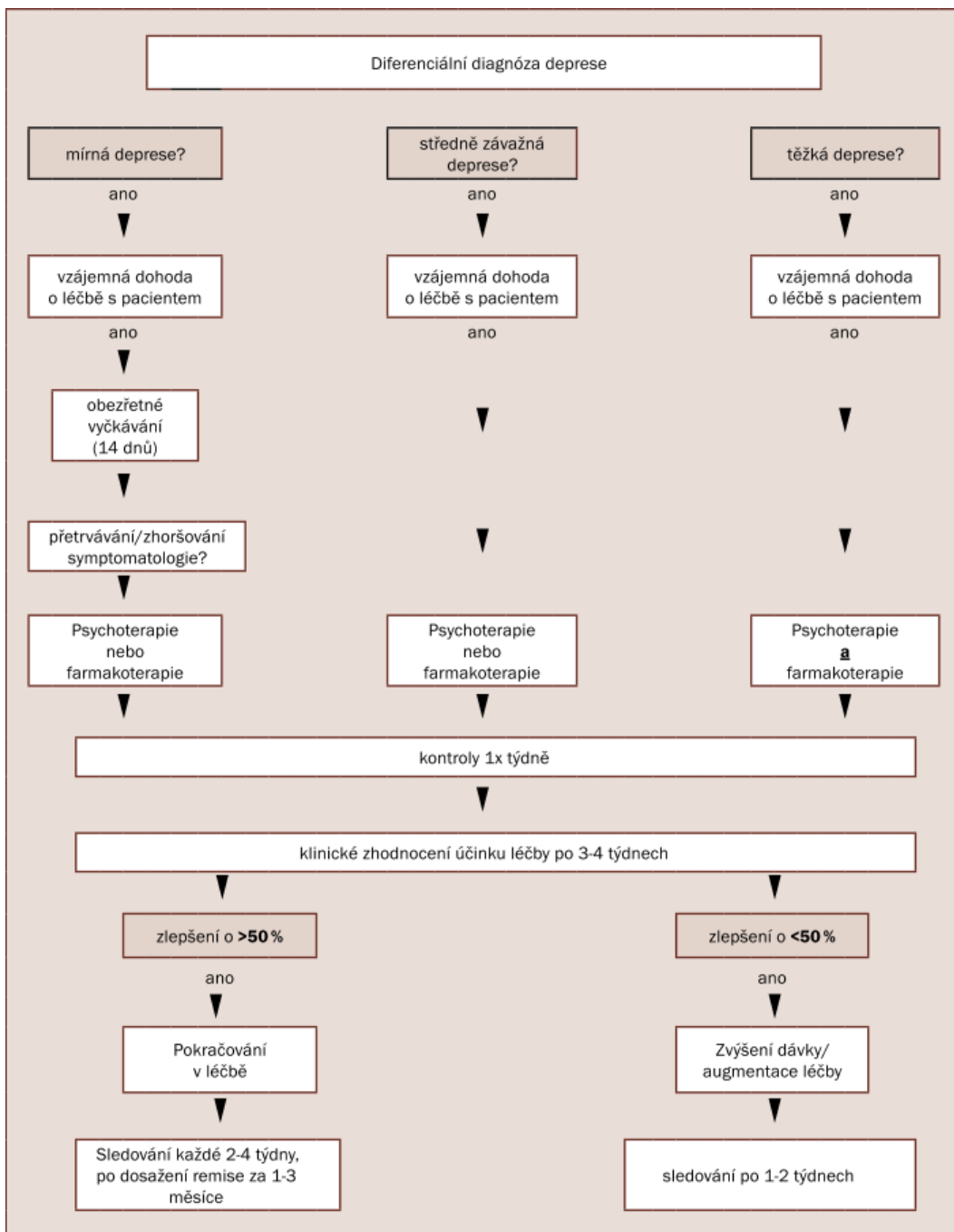
Graf č. 1 Prevalence depresivního onemocnění (18)

2.2.3.3 Diagnostika

Podle MKN -10 můžeme depresi diagnostikovat v případě, že pozorujeme minimálně dva hlavní a dva vedlejší znaky. Mezi hlavní řadíme například dlouhodobý smutek nebo špatnou náladu, ztrátu koníčků, neschopnost prožívat radost, nedostatek energie, únava. Do kategorie vedlejších patří například snížená schopnost soustředění a pozornosti, snížené sebevědomí, pocity viny, sebepoškození nebo až sebevražda, porucha spánku, poruchy příjmu potravy (viz tabulka č. 1-3). Tyto projevy by měly trvat cca dva týdny, po většinu času a větší část dne. Je zde i možnost, že se symptomy vyskytují kratší dobu, ale v mnohem větší intenzitě. (21)



Tabulka č. 1 Diagnóza depresivní epizody podle MKN 10 (21)



Tabulka č. 2 Léčba depresivní epizody (21)

Objevují se u Vás během posledních 2 týdnů následující obtíže?	Vůbec ne	Několikrát	Více než polovinu času	Téměř pořád, téměř každý den
1. Smutná nebo pokleslá nálada nebo pocity beznaděje?	0	1	2	3
2. Malá nebo žádná radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?	0	1	2	3
3. Špatný spánek, problémy s usínáním, buzení se nebo naopak nadměrné spaní?	0	1	2	3
4. Únava nebo nedostatek energie?	0	1	2	3
5. Nechuť k jídlu nebo naopak sklon k přejídání?	0	1	2	3
6. Pocity vlastní nedostatečnosti nebo selhání, viny?	0	1	2	3
7. Potíže soustředit se - např. při studiu, problém číst noviny, knížku, sledovat pořad v televizi?	0	1	2	3
8. Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo naopak nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?	0	1	2	3
9. Myšlenky na to, že by bylo lepší vůbec nebýt nebo si dokonce vzít život?	0	1	2	3
Bodové skóre: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>				
<p>Hodnocení tíže deprese podle bodového skóre: 0–4: žádná deprese 5–9: mírná deprese (F320) 10–14: středně těžká deprese (F321) 15–19: těžká deprese (F322) 20–27: velmi těžká deprese (F322)</p>				

Tabulka č. 3 Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ-9(modifikovaná verze diagnostického nástroje pro diagnostiku běžných psychických onemocnění v primární péči PRIME-MD) (21)

2.2.3.4 Léčba

Léčbu deprese můžeme dělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Co se druhého typu týče, tak sem můžeme zařadit například psychoterapii.

Základem je porozumět nemocnému, pomoci obnovit jeho žebříček hodnot, posílit jeho sebevědomí, naučit ho pracovat s negativními myšlenkami, jak se vyrovnávat s životními situacemi a problémy. Je vhodnější zejména u depresí lehčích a středně závažných depresí. (22)

2.2.3.4.1 Nefarmakologická léčba

- Specifická psychoterapie (PT) – jedná se o krátkodobou léčbu trvající 12-16 týdnů pod vedením odborníka. Může se jednat o interpersonální PT, kognitivně-behaviorální PT a krátkou dynamickou PT. Pozitivní výsledky můžeme pozorovat u pacientů s mírnou až středně závažnou depresí, kde je psychoterapie srovnatelná s farmakoterapií. *„Studie posledních let potvrzují, že nejlepších léčebných výsledků u deprese je dosahováno při kombinaci farmakoterapie a psychoterapie.“* (21)
- Podpůrná psychoterapie- empatie, laskavost, porozumění, naslouchání, podpora mohou vést ke zvýšení compliance pacienta.
- Fototerapie
- Tělesné cvičení
- Další biologické léčebné prostředky- jako například spánková deprivace, nověji repetitivně transkraniální magnetické stimulační mozku nebo vágová stimulační. (21)
- Jak si můžeme pomoci sami během léčby- měli bychom být aktivní a věnovat se nějakému cvičení, jak už bylo zmíněno výše, vyhledávat společnost, umět se svěřit blízkým popř. rodině a nezůstávat o

samotě, získávat nové informace o depresi a nechat si v případě potřeby pomoci. (23)

2.2.3.4.2 Farmakoterapie

Hned na úvod bychom si měli říct, že farmakoterapie by měla být využita v případě léčby středně těžkých a těžkých forem onemocnění, nikoli u lehkých forem. Jak vybrat tedy správné antidepresivum? Je třeba brát v potaz předchozí zkušenosti pacienta, typ deprese, bezpečnost a snášenlivost léku. Většinou je lékem první volby zástupce skupiny SSRI, kam řadíme například fluoxetin, citalopram, sertralin, paroxetin apod. Dále je možné použít léčiva ze skupiny SNRI, NaSSA, TCA a inhibitory monoaminoxidáz, které se využívají u depresí se známkami úzkosti a poruch spaní. Abychom dosáhly cílů terapie, je důležité pacienta poučit a informovat ho o délce léčby, možných nežádoucích účincích, interakcích s jinými léčivy a volně prodejnými přípravky obsahující extrakt z třezalky tečkované. Zvýšenou pozornost je třeba mít právě u SSRI, kde je riziko vzniku serotoninového syndromu (charakterizovaný závratěmi, pocením, nauzeou, třesem, nechutenstvím, únavností atd.), GIT krvácení (při současném užívání s nesteroidními antiflogistiky), hyponatrémie, průjmu apod. Většinou se účinnost zvoleného léku hodnotí po 4-6 týdnech, pokud nedojde ke zlepšení, volí se antidepresivum s jiným mechanismem účinku. Je nutné ale při změně brát v úvahu lékové interakce a riziko vzniku syndromu z vysazení. Pokud jsou dvě a více monoterapií neúspěšných, můžeme přistoupit ke kombinaci (SSRI + TCA, SSRI + NaSSA, SSRI + SNRI, SSRI + SARI, SSRI + DNRI, SSRI + NaRI, SNRI + NaSSA, SNRI + NDRI, SNRI + SARI, SNRI + NaRI, NaSSA + NaRI, NaSSA + NDRI, DNRI + NaRI). (21)

2.2.4 Úzkost

2.2.4.1 Definice

„Úzkost je nepříjemný emoční stav provázený psychickými i tělesnými znaky odpovídajícími strachu, aniž je známa příčina.“ (6) Mezi tyto tělesné projevy úzkosti patří zejména nevolnost, zvýšené pocení a srdeční tep. (16)

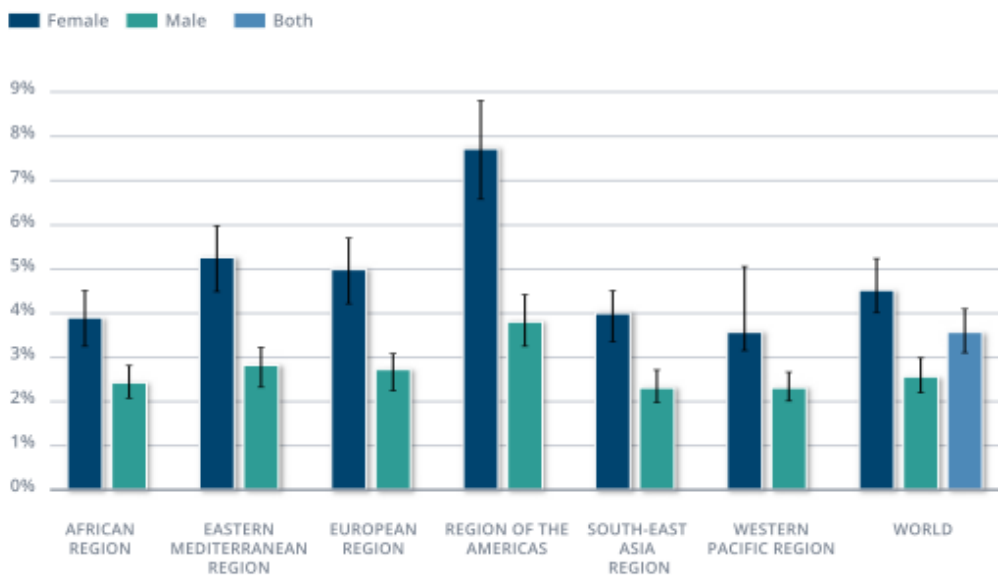
Měli bychom si také vysvětlit rozdíl mezi strachem a úzkostí. Někdo by mohl říct, že se jedná o synonyma, ale není tomu tak. *„Podle klasické evropské psychopatologie má strach svůj objekt (člověk ví, čeho se bojí), zatímco úzkost objekt nemá (člověk má pocit strachu, ale neví, čeho se bojí).“* (24)

2.2.4.2 Epidemiologie a etiopatogeneze

Úzkost může často doprovázet jiná onemocnění, jako jsou angina pectoris, chronická obstrukční plicní nemoc, kde se může projevat jako strach ze smrti. (25)

Dle statistik WHO v roce 2015 trpělo úzkostnými poruchami přibližně 3.6% světové populace a stejně jako u deprese se častěji vyskytovaly u žen (viz graf č.2). (18)

Prevalence of anxiety disorders (% of population), by WHO Region



Graf č. 2 Prevalence úzkostných poruch (18)

2.2.4.3 Diagnostika

Diagnostika pacienta trpícího úzkostí spočívá v zjištění anamnézy, ať už rodinné, tak osobní, stejně i užívání alkoholu, kofeinu, kouření a farmakoterapie pacienta. Zda trpí v současné době nějakým onemocněním, co konkrétně úzkost vyvolává, kdy a za jakých situacích vzniká, zda ovlivňuje jeho vztahy s ostatními apod. Je možné provést i základní fyzikální vyšetření, abychom mohli vyloučit jiné závažné tělesné onemocnění, jako například mozková příhoda, Parkinsonova choroba, epilepsie atd. (24)

2.2.4.4 Léčba

Je dobré si uvědomovat, že léčba úzkosti i deprese pomocí léčiv je zásadní a člověku dokáže zásadně pomoci. Neměli bychom zapomínat ale na význam doplňkové terapie, jako je pohyb, stejně tak dobré jídlo a kvalitní spánek. (16)

2.2.4.4.1 Farmakoterapie

Co se farmakoterapie úzkostí týče, je důležité, abychom si uvědomovali, že se nejedná o krátkodobou terapii, ale většinou má onemocnění chronický průběh a proto není vhodné léčit pacienta anxiolytiky z řady benzodiazepinů, neboť je zde vyšší riziko vzniku závislosti, což není žádoucí. Většinou je lékem první volby zástupce SSRI, ale při začátku léčby se používá v kombinaci s benzodiazepiny, neboť je u SSRI zpožděný nástup účinku. Dále u pacientů, kteří nereagují na monoterapii selektivních inhibitorů zpětného příjmu serotoninu, se využívá kombinace s tricyklickými antidepresivy popř. antikonvulzivem. (24)

2.3 Duševní rovnováha v životě vysokoškolského studenta

Můžeme říct, že studenti zdravotnických oborů jsou vystaveni většímu stresu nežli studenti jiných, je to dáno hlavně náročností studia. Na studenty farmacie jsou kladeny mnohem vyšší nároky a s tím souvisí i vyšší prevalence stresu, což může vést k ovlivnění jejich běžného života, jejich zdraví, spokojenosti a v neposlední řadě i jejich studijních výkonů. (26)

„ Duševní rovnováha patří k nejdůležitější psychické výzbroji vysokoškolského studenta, a to jak pro přítomné úkoly, tak pro jeho budoucí povolání. V kterémkoli povolání je její význam nepochybný, nejvíce však vyniká její důležitost v těch povoláních, jejichž podstatou je působení na lidi.“ (5)

K udržení rovnováhy je třeba znát pravidla duševní hygieny, uvědomovat si jejich význam a přínos, zařadit je do svého denního harmonogramu a následně si osvojit. (5)

Jak se tedy duševní rovnováha u studentů projevuje? Jako první bych zmínila posílení celkového tělesného zdraví, neboť vztah mezi duševním a tělesným zdravím nelze popřít. To jsme ovšem zmiňovali již v jedné z předešlých kapitol. Za druhé má duševní rovnováha vliv na mezilidské vztahy, student duševně vyrovnaný méně trpí trémou u zkoušky, má lepší vztahy s okolím, je klidnější a není konfliktní. A posledním třetím bodem je celková spokojenost schopnost podávat dobré pracovní a hlavně studijní výkony. (27)

2.3.1 Příznaky duševní nerovnováhy u vysokoškolského studenta

Asi klasickou situací, se kterou se vysokoškolský student setká a může narušit jeho rovnováhu, je samozřejmě zkouška. To se projevuje zvláště u nevyrovnaných žáků a to zejména blednutím, červenáním, třesem, koktáním apod. Rozdílně působí na studenty zkoušky písemné a ústní, kdy v prvním případě je žáky vnímána jako těžší z důvodu delšího trvání a tím, že se výsledky nedají tak snadno opravit. (5)

Míček nám uvádí projevy nervozity, které se nejčastěji vyskytují mezi studenty (viz tabulky 4 - 5). Jedná se o výsledky průzkumu, který byl proveden u studentů filosofické fakulty, přírodovědecké fakulty v Brně a pedagogické fakulty v Olomouci. (27)

	ano	nejsem rozhodnut, někdy
1. Trpím trémou	52,2	23,4
2. Zabývám se v mysli velmi dlouho ponižujícím zážitkem	45,—	21,6
3. Měl jsem před zkouškami strach, i když jsem byl na ně připraven	44,1	11,7
4. Mám sklon dělat si zbytečné starosti	43,2	10,8
5. Cítím se často během dne ospalým	41,4	22,5
6. Domnívám se, že jsem nervózní	38,7	12,6
7. Je mi těžko soustředit (ve škole) déle pozornost	32,4	23,4
8. Stává se mi, že se rozčílím i pro maličkost	30,6	27,9
9. Mívám často pocity lítostivosti	39,7	28,8
10. Mívám často (ve škole) strach a pocity napětí	27,0	23,4

Tabulka č. 4 Nejčastější projevy nervozity u studentů (27)

	ano	nejsem rozhodnuta někdy
1. Měla jsem strach před zkouškami, i když jsem byla na ně připravena	80,5	9,6
2. Zabývám se v mysli velmi dlouho ponižujícím zážitkem	66,8	18,2
3. Trpím trémou	64,4	30,8
4. Cítím se často během dne ospalou	52,5	23,8
5. Mívám často pocity lítostivosti	50,4	28,3
6. Je mi těžko soustředit (ve škole) déle pozornost	42,0	36,4
7. Mívám (ve škole) často strach a pocity napětí	41,3	33,3
8. Stává se mi, že se rozčílím i pro maličkost	37,1	27,3
9. Mám sklon dělat si zbytečné starosti	33,6	25,3
10. Domnívám se, že jsem nervózní	29,4	27,3

Tabulka č. 5 nejčastější projevy nervozity u studentek (27)

Dále bych zde ráda zmínila dopady nadměrného stresu na člověka, které Fontana dělí na kognitivní (snížení schopnosti udržet pozornost a soustředění, roztěkanost, zhoršení paměti, zvýšení chybovosti, zhoršení

schopnosti plánovat a organizovat apod.), emoční (zvyšuje se tělesné i duševní napětí, mění se osobnostní rysy, mizí morální a citové zábrany, může se objevit pocit deprese a bezmoci, klesá sebevědomí) a obecné dopady (zhoršují se řečové poruchy, člověk ztrácí zájmy a nadšení, zvyšuje se riziko užívání drog a léků, klesá energie, mohou se vyskytnout spánkové poruchy, klesá zodpovědnost a je přesouvána na ostatní, může dojít i k pokusům o sebevraždu). (28)

Nejhorší je to, že člověk, který není vyrovnaný a je pod vlivem stresu, se začne chovat zbrkle, nepřiměřeně k dané situaci, což může vést kupříkladu ke špatnému rozhodnutí, jež vyvolá další zhoršení a člověk se dostává do „začarovaného kruhu“, nakonec se tento dlouhodobí stav může projevit vznikem žaludečních vředů, zvýšeného tlaku a dále. To vyvíjí další tlak na jedince a ten se může dostat do stavu, kdy začne jinak přemýšlet sám nad sebou, začne se třeba podhodnocovat a snížené sebevědomí má za následek špatné vztahy s ostatními (27)

2.3.2 Příčiny nerovnováhy

„ Základním stavebním kamenem nevyrovnaného chování je zvýšené napětí. O tom, jakými symptomy se toto napětí manifestuje, rozhoduje intenzita a délka konfliktů, které toto napětí vyvolaly, a také osobní předpoklady jedince ke kumulaci jeho tenze.“ (27)

Míček nám také uvádí jednotlivé druhy stresorů, které mohou mít za následek vznik nerovnováhy, rozlišuje na objektivní a subjektivní. Objektivní dále dělí na faktory vnějšího prostředí (hluk, nedostatek tepla, světla, potřeba dojíždění apod.), životosprávy (nedostatek jídla, spánku, velké množství spěchu, změn, nemoc apod.), pracovního prostředí (více náročných úkolů, zkoušky a jiné povinnosti, velká zodpovědnost,...),

meziosobních vztahů (rodinné vztahy, vztahy na pracovišti, ve škole,...). Do subjektivních můžeme řadit od připouštění si starostí, přes stavy beznaděje, úzkosti a strachu, až po nesprávné osobní návyky. (5)

Seznam spouštěčů stresu vnějšího prostředí a životosprávy nám uvádí i výsledek výzkumu, který byl proveden u studentů druhého ročníku filozofické a přírodovědecké fakulty Univerzity Jana Evangelisty Purkyně Brno a elektrotechnické fakultě Vysokého učení technického (viz tabulka č. 6 až 10). (29)

Charakter stressoru	počet osob v %		prům. závažnost stressoru u PO, které ho uváděly na škále	
	muži	ženy	muži	ženy
1. Obtěžující hluk	82	78	4,4	5,7
2. Nedostatek tepla	66	69	3,9	5,2
3. Nedostatek světla	72	61	4,7	5,4
4. Nedostatek teplé vody	56	48	4,1	5,1
5. Málo prostoru v pokoji	56	47	4,1	4,4
6. Nutnost dojíždění	60	43	4,0	4,4
7. Prašnost	42	42	5,1	4,5
8. Vlhký byt	64	40	4,1	4,7
9. Nedostatky v kolejním řádu	40	26	4,3	5,4

Tabulka č. 6 Seznam spouštěčů stresu vnějšího prostředí (29)

Charakter stressoru	%		Subjektivní závažnost stressoru u PO, které ho uváděly	
	muži	ženy	muži	ženy
1. Nedostatek spánku	98	90	6,0	6,3
2. Spěch	86	87	4,3	6,2
3. Nepořádek	80	63	3,9	5,2
4. Příliš mnoho drobných úkolů	72	63	5,3	5,2
5. Nepravidelnost stravování	68	64	4,2	4,6
6. Tělesné bolesti	52	61	4,6	5,3
7. Nemoc	60	52	5,6	6,1
8. Lékařské zákroky	44	37	4,6	5,0

Tabulka č. 7 Seznam spouštěčů stresu v životosprávě (29)

Charakteristika stressoru	%		muži	ženy
	muži	ženy		
1. Nahromadění více zkoušek	96	86	7,0	7,8
2. Náročnost zkoušek	92	82	6,6	6,6
3. Potíže se sháněním materiálu ke zkouškám	90	81	5,8	5,7
4. Aktivní práce v seminářích	80	71	3,7	5,5
5. Účast na přednáškách	80	75	3,9	5,0
6. Domácí studium	84	65	3,5	5,6
7. Fakt, že přednášky jsou povinné	65	66	4,0	5,1
8. Účast na seminářích	79	70	3,9	4,9
9. Mimoškolní práce	52	42	4,1	3,6
10. Práce v domácnosti	30	45	3,0	3,1
11. Funkce	50	31	3,5	3,7

Tabulka č. 8 Náročnost práce (29)

Charakteristika stressoru	%		subjektivní závažnost stressoru	
	muži	ženy	muži	ženy
1. Erotické vztahy	72	69	5,0	5,3
2. Vztah ke spolužačkám	62	58	4,1	3,8
3. Vztah k matce	60	48	3,8	4,5
4. Vztah ke spolužákům	48	39	4,4	4,9
5. Vztah k otci	60	43	4,0	4,7
6. Vztahy k nadřízeným	66	45	3,6	4,8
7. Vztahy ke spolužákům	65	40	3,3	3,5
8. K sourozencům	40	35	3,1	4,0
9. K příbuzným	40	30	3,8	3,8
10. Chybění některý z rodičů	24	19	4,8	6,6
11. Nedostatek soc. vztahů	32	18	3,4	4,4
12. Manželské vztahy	10	6	4,0	5,2
13. Vztah k vlastním dětem	2	0,5	5	5

Tabulka č. 9 Vliv vztahů na hladinu stresu (29)

Charakteristika stressoru	%		subj. stressovost (prům. počet bodů, jež udává osoba daným faktorem stressovaná)	
	muži	ženy	muži	ženy
1. Připouštění si starostí	86	87	5,2	5,4
2. Potíže se soustředováním	86	77	5	5,4
3. Uvědomování vlastních chyb a nedostatků	90	79	4,7	5
4. Stav bezraděje	69	66	4,3	5
5. Strachy a úzkosti	76	69	4,4	4,8
6. Obtížné rozhodování	86	76	4,6	4,6
7. Vnitřní nekázeň	79	63	4,9	5
8. Obavy z budoucnosti	66	66	4,5	5,1
9. Potíže při realizaci rozhodnutého	78	61	4	4,9
10. Lítostivost	56	59	2,9	5,2
11. Vyčerpání duš. bolestmi	50	50	4,6	4,7
12. Zlost	66	63	4	4
13. Názorová nejistota	70	67	3,8	4
14. Neschopnost se uvolnit	60	49	3,8	4,5
15. Charakter. vlastnosti	58	68	3,9	3,7
16. Nesprávné osobní návyky, které vyčerpávají	62	40	3,5	4,2
17. Pocity závislosti	54	54	4,3	3,9
18. Relativizace hodnot	64	47	4,5	4
19. Existenční nejistota	52	36	3,5	4,1

Tabulka č. 10 Seznam stresových spouštěčů v životě studentů (29)

2.3.3 Upevnění rovnováhy u vysokoškolského studenta

Je založeno na principech duševní hygieny. U studentů je důležité hlavně zapracovat na vlastním poznání sama sebe, určení si vlastních hodnot, odpočinku, odreagování, umění práce s vlastními myšlenkami, neméně podstatná je i životospráva, její složení a pravidelnost, dostatek kvalitního spánku, správné dýchání, dostatek čerstvého vzduchu hlavně při učení. (27)

2.4 Vliv „mentálního zdraví“ na výkon povolání farmaceuta

Hned na začátek bychom měli zmínit, že povolání farmaceuta je náročné, můžeme se u něj setkat mnohem častěji s frustrací, na niž má velký vliv obrovská odpovědnost, kterou má vůči svým pacientům, a potřeba často

rychlého rozhodování. Není tedy nic překvapivého na tom, že je u nich mnohem větší riziko narušení duševní rovnováhy až vznik syndromu vyhoření. (30)

S jakými faktory, které mohou vyvolat stres, se můžeme setkat při práci farmaceuta? David Fontana ve své knize uvádí několik obecných spouštěčů, například nejasně definované role, nedostatek personálu, dlouhá pracovní doba, zbytečné úkony, nejistota, špatné vztahy v kolektivu, rutinní práce, přepracování nebo časová tíseň. (28)

Povolání farmaceuta je spojeno s komunikací s lidmi, často tedy během výkonu práce dochází k narušení osobního prostoru, lékárník si musí umět poradit mnohokrát s velmi konfliktními pacienty, měl by umět reagovat na stížnosti a časté kritiky ze strany pacientů na měnící se poplatky za léky, dlouhé fronty apod. Jelikož i lékárník je jen člověk, jenž má i své osobní starosti a povinnosti, které v kombinaci s pracovní zátěží mohou vést k nespokojenosti v zaměstnání, narušení psychické rovnováhy a celkově zdraví. (31) Právě spokojenost s prací nám analyzuje i americká národní studie, kde je z celkového počtu dotazovaných (N= 1 737) 67,2 % spokojeno s volbou svého zaměstnání, 68 % se setkává s nadměrným stresem a zátěží, 48 % není schopno spojit pracovní a soukromí život. Horších výsledků obvykle dosahovali lékárníci velkých řetězových lékáren na rozdíl od nemocničních či soukromých. Co ale považují za silně alarmující je to, že u lékárníků, zdravotních sester a lékařů je mnohem častější výskyt sebevražedných myšlenek než u ostatních zdravotníků. (31)

Jestliže bychom se vrátili zpět ke komunikaci, což je vzájemná interakce mezi lékárníkem a pacientem, jež má vliv na duševní rovnováhu obou účastníků, měli bychom dodržovat určitá pravidla pro jednání s nimi, řadíme sem pozitivní přístup, naslouchání, mluvení, upřímnost a otevřenost, zájem o druhé a vnímání jejich potřeb. (5)

V kapitole zabývající se příznaky duševní nerovnováhy u vysokoškolského studenta jsme zmiňovali to, že nevyrovnaný člověk, který je navíc pod vlivem stresu dělá ukvapené a mnohdy špatná rozhodnutí, což v případě lékárníka může vést k tzv. lékovým pochybením, To bych osobně brala jako největší riziko poruchy mentální rovnováhy.

3 Praktická část

3.1 Metodika výzkumu.

3.1.1 Výzkumný soubor

Naším výzkumným souborem byli tedy studenti oboru Farmacie Farmaceutické fakulty UK v Praze. Počet respondentů a jejich složení se lišilo u jednotlivých typů dotazníků, proto vše zmíním až při analýze příslušných dat.

3.1.2 Metody sběru dat

Pro sběr dat k naší praktické části jsme zvolili metodu online dotazníku, které nám vyplnili studenti druhého ročníku během výuky předmětu Zdravotnická psychologie v roce 2012. Konkrétně jsme pro náš výzkum použili dotazníky na posouzení přítomnosti psychické poruchy (SCL-90), škálu životní spokojenosti (SWLS) a Schwartzovu škálu hodnocení terapie (SOS-10), jejichž použití, strukturu a hodnocení popíši v následujících kapitolách.

3.1.2.1 Posouzení přítomnosti psychické poruchy (SCL 90)

Jedná se o dotazník vytvořený L. R. Derogatisem, R. S. Lipmanem a L. Covim. Skládá se z 90 otázek, na které respondent odpovídá pomocí

pětibodové škály podle toho, jak s výrokem souhlasí. SCL 90 nám umožňuje zjistit přítomnost psychologických obtíží, které jsou rozděleny do devíti dimenzí - somatizace, obsese a kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, anxiozita, hostilita, fobie, paranoidní myšlení, psychoticismus a nezařazené položky), popř. účinnost léčby u již diagnostikovaného pacienta. Vyplnění dotazníku zabere cca 12-15 minut a pro reprezentativní výsledek je určen pro starší 13 let. (32)

Hodnota výsledku pro danou dimenzi vypočítáme ze součtu bodů a vydělíme počtem otázek pro danou dimenzi. Můžeme ještě získat tzv. souhrnný ukazatel, který získáme součtem bodů a toto číslo podělíme počtem všech otázek, získáme tedy obecný ukazatel závažnosti. Pro posouzení stavu dotazovaného využijeme následující tabulky, která nám udává hranice normy a psychopatologie pro obě pohlaví. (33)

Dimenze	Hranice normy		Mezní hodnota psychopatologie	
	Ženy	muži	ženy	muži
SOM	0,92	0,75	1,32	0,81
OBS	1,26	0,99	1,39	1,07
INT	88	0,65	128	0,99
DEP	0,97	0,66	1,56	0,99
ANX	1,03	0,8	1,58	1,23
HOS	0,68	0,71	0,98	0,78
PHOB	0,48	0,36	0,81	0,54
PAR	0,61	0,61	1	0,82
PSY	0,32	0,34	0,56	0,5
NEZ	0,87	0,64	1,34	1,26
GSI	0,81	0,64	1,18	0,89

Tabulka č. 11 Hranice normy a psychopatologie symptomových dimenzí a souhrnného ukazatele GSI, SOM- somatizace, OBS- obsese a kompulze, INT- interpersonální senzitivita, DEP- deprese, ANX- anxiozita, HOS- hostilita, PHOB- fobie, PAR- paranoidní myšlení, PSY- psychoticismus, NEZ- nezařazené položky, GSI- general severity index (33)

3.1.2.2 Škála životní spokojenosti (SWLS)

The satisfaction with life scale nebo-li škála spokojenosti se životem je pětibodová diagnostická psychologická metoda W.Pavota a E.Dienera. Respondent pomocí stupnice od 1-7 vyjádří svůj souhlas s jednotlivými výroky. Rozsah bodů, kterých může výsledek testu dosáhnout, je od 5 do 35, kde hodnota 20 bodů představuje tzv. „neutrální bod“. Podle součtu bodů můžeme výsledky testu rozřídít do několika skupin (viz. tabulka č.12).

- 31 - 35 Extremely satisfied
- 26 - 30 Satisfied
- 21 - 25 Slightly satisfied
- 20 Neutral
- 15 - 19 Slightly dissatisfied
- 10 - 14 Dissatisfied
- 5 - 9 Extremely dissatisfied

Tabulka č. 12 Skórování dotazníku SWLS – rozdělení do skupin (34)

3.1.2.3 Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10)

Jedná se o škálu, která je zaměřena na kvalitu života a skládá se z 10 otázek. Délka potřebná pro vyplnění se pohybuje okolo 5 minut. Stejně jako u SWLS respondent hodnotí svůj souhlas s daným výrokem pomocí stupnice od 0-6. Celkový počet získaných bodů se tedy pohybuje od 0-60, kde vyšší skóre znamená vyšší kvalitu života. (35)

3.1.3 Analýza a interpretace dat

Data, jež byla získaná z jednotlivých dotazníků, byla vyhodnocena pomocí Microsoft Office 365 ProPlus Excel. Pro porovnání statistické významnosti jednotlivých proměnných jsme využili analýzu rozptylu (ANOVA) a T-test

v případě posouzení přítomnosti psychické poruchy. Dalším krokem bylo určení hladiny významnosti, v našem případě byla zvolena p-hodnota 0,05, čímž dostáváme 95% jistotu správného rozhodnutí

3.2 Výsledky

3.2.1 Posouzení přítomnosti psychické poruchy (SCL 90)

Tento dotazník nám vyplnilo 190 respondentů, z toho 148 bylo žen a 42 mužů. Prvním krokem při analýze dat bylo deskriptivní rozložení skóre jednotlivých dimenzí a následně i souhrnného ukazatele. Důležité je zmínit, že náš dotazník neobsahoval všech 90 otázek, ale byl zaměřen na dimenzi somatizace, deprese, anxiózy a hostility. Dále jsme si určili nulovou a alternativní hypotézu, kterou jsme testovali pomocí t-testu. V případě, že p-hodnota t-testu je větší jak 0.05 (5% hladina významnosti), nezamítáme nulovou hypotézu H_0 , která v našem případě znamená, že je pod hranicí onemocnění. V případě, že p-hodnota t-testu je menší než 0.05 (5% hladina významnosti), zamítáme nulovou hypotézu H_0 a přijímáme alternativní H_a , která nám říká, že hodnota je za hranicí psychopatologie. V následujících dvou tabulkách uvádíme průměrné hodnoty pro muže, ženy a výsledné p-hodnoty, které jsou uvedeny ve sloupci "p-hodnota H_0 : průměr \leq Hranice normy" resp. " H_0 : průměr \leq Hranice onemocnění".

V tabulce č. 13, jež je určena pro muže, si můžeme všimnout, že průměrné hodnoty se pohybovaly pod hranicí normy. Pouze v případě hostility se pohybovala za touto hranicí a i za hranicí onemocnění, navzdory tomu jsme na 5% hladině významnosti nenašli statisticky dostatečný důkaz na to, abychom mohli tvrdit, že je hodnota významně nad hranicí normy resp. psychopatologie, neboť p-hodnoty byly vždy vyšší než 0,05.

Tabulka č. 14 nám ukazuje průměrné hodnoty u žen, kde hranice normy je překročena pouze u hostility. Stejně jako tomu bylo u mužů, ani zde nebyly p-hodnoty vyšší než 0,05, proto tento jev není brán jako statisticky významný a nemůžeme zamítnout H₀.

	MUŽI (N=42)				
	Průměr	Hranice normy	Hranice onemocnění	p-hodnota H ₀ : průměr<=Hranice normy	p-hodnota H ₀ : průměr<=Hranice onemocnění
Somatizace	0,58	0,75	0,81	0,99	1,00
Deprese	0,66	0,66	0,99	0,48	0,99
Anxiozita	0,58	0,80	1,23	1,00	1,00
Hostilita	0,85	0,71	0,78	0,16	0,31
Obecný ukazatel	0,60	0,64	0,89	0,73	1,00

Tabulka č. 13 Průměrné hodnoty respondentů

	ŽENY (N=148)				
	Průměr	Hranice normy	Hranice onemocnění	p-hodnota H ₀ : průměr<=Hranice normy	p-hodnota H ₀ : průměr<=Hranice onemocnění
Somatizace	0,71	0,92	1,32	1,00	1,00
Deprese	0,95	0,97	1,56	0,62	1,00
Anxiozita	0,80	1,03	1,58	1,00	1,00
Hostilita	0,73	0,68	0,98	0,68	0,98
Obecný ukazatel	0,77	0,81	1,18	0,84	1,00

Tabulka č. 14 Průměrné hodnoty respondentek

3.2.2 Škála životní spokojenosti (SWLS)

Dotazník nám vyplnilo též 190 studentů, z toho 22% bylo mužů a 78% žen, 47% věřících a 53% nevěřících. 17,37% žije v samostatné domácnosti, 59,47% s rodiči popř. sourozenci, 0,53% s partnerem a dítětem, 9,47% jen s partnerem, 10,53% s jiným členem rodiny a možnost jiné uvedlo 1,05%. Ve vlastním nebo družstevním bytě žije 6,32%, v rodinném domě 21,58%, v pronajatém bytě 15,26%, v bytě se stálou nájemní smlouvou 1,58%, na kolejkách 54,74%, možnost jiné byla u 0,53%. Z respondentů má 33,68%

zdravotní potíže, které ovlivňují jejich život a 66,32% takové onemocnění nemá.

Prvním krokem při analýze dotazníku SWLS bylo zjistit průměrné skóre po jednotlivých kategoriích a pomocí analýzy rozptylu (ANOVA) jsme testovali, zda je statisticky významný rozdíl mezi proměnnými (pohlaví, víra, s kým a kde bydlí a zda mají potíže, které ovlivňují jejich život). Opět jsme hodnotili, jestli je p-hodnota vyšší či nižší než 0,05 (hladina významnosti 5%), v případě, že by byla hodnota nižší, jedná se o statisticky významný rozdíl.

3.2.2.1 Vliv pohlaví na spokojenost se životem

V následující tabulce jsou znázorněny průměrné hodnoty bodů, kterých bylo dosaženo, můžeme si všimnout, že jak u mužů, tak u žen se pohybovala tato hodnota kolem 25, čímž se řadí do skupiny jedinců, jejich životy nejsou dokonalé, ale jsou se svým životem spokojeni a daří se jim v běžných oblastech jako je práce, škola, rodina, přátelé apod. (36)

P-hodnota je vyšší než 0,05, což znamená, že není statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami a v jejich skóre, kterých dosahovaly.

Pohlaví (N=190)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
Muž	42,00	22,11	25,31	0,46
Žena	148,00	77,89	24,59	

Tabulka č. 15 Rozdělení respondentů podle pohlaví a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS

3.2.2.2 Vliv víry na spokojenost se životem

Tabulka č. 16 nám udává hodnoty průměrných skóre u věřících a nevěřících. I zde si můžeme všimnout, že hodnoty se průměrně pohybují kolem 25 a p- hodnota není menší než 0,05, proto ani zde není statisticky významný rozdíl mezi věřícími a nevěřícími.

Jste věřící? (N=190)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
ne	101	53,16	24,92	0.645
ano	89	46,84	24,55	

Tabulka č. 16 Rozdělení respondentů podle víry a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS

3.2.2.3 Vliv toho s kým a kde žijí na spokojenost se životem

Tabulka č. 17 nám udává průměrné skóre respondentů podle toho, s kým žijí. Můžeme si všimnout, že většina se pohybuje kolem 25, jen u dotazovaných, kteří odpověděli, že žijí s partnerem a dítětem/ dětmi je průměr 19, což je řadí do skupiny, kde jsou lidé, jež mohou mít více nevýrazných problémů nebo jsou ve většině oblastí svého života spokojeni, ale jedna oblast je pro ně závažným problémem. (36)

S kým žijí (N=190)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
s partnerem	18	9,47	25,28	0.843
sám/sama (jednočlenná domácnost)	33	17,37	25,18	
s jiným členem (členy) rodiny	20	10,53	24,95	
s rodiči a popřípadě sourozenci	113	59,47	24,58	
jiné	2	1,05	22,00	
s partnerem a dítětem (dětmi)	1	0,53	19,00	

Tabulka č. 17 Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS

Tabulka č. 18 nám respondenty dle průměrného skóre řadí do skupiny lidí, se životem spokojených. Studenti, kteří na otázku, kde bydlí, odpověděli jiné, spadají do skupiny mírně pod průměrem spokojenosti se životem, kterou jsem popisovala v předchozím odstavci.

Kde bydlíte? (N=190)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
----------------------	-------------------	-----------------------	----------------	-----------

v bytě se stálou nájemní smlouvou	3	1,58	26,67	
na kolejičkách	104	54,74	25,00	
v pronajatém bytě	29	15,26	24,59	
ve vlastním nebo družstevním bytě	12	6,32	24,42	
v rodinném domě	41	21,58	24,37	
jiné	1	0,53	17,00	0.731

Tabulka č. 18 Rozdělení respondentů podle toho, kde žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS

3.2.2.4 Vliv onemocnění na spokojenost se životem

V následující tabulce jsou průměrné hodnoty skóre u osob s nějakým onemocněním, jež ovlivňují jejich běžný život. Zde si můžeme všimnout, že p-hodnota je nižší než 0,05, což nám dokazuje statistickou významnost mezi nemocnými a zdravými studenty. Mezi potíže, které byly uváděny, patří borelióza, časté bolesti hlavy, skolióza, alergie, hypertenze, deprese, bolesti krční páteře, dráždivý močový měchýř, bolesti zad, astma, migréna, trvalé následky po úraze, psychické problémy, oslabená imunita, dlouhodobé potíže s pálením žáhy, otoky, opary a atopický ekzém, časté záněty a nespavost, hypofunkce štítné žlázy, diabetes mellitus I, syndrom dráždivého tračníku.

Máte nějaké zdravotní potíže, které ovlivňují Váš život? (N=190)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
Ne	126	66,32	25,64	
Ano	64	33,68	22,98	0.0015*

Tabulka č. 19 Rozdělení respondentů podle přítomnosti zdravotních potíží a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS, * - p-hodnota je pod hladinou významnosti

3.2.3 Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS 10)

Dotazník SOS 10 vyplnilo 187 studentů, z toho 22% bylo mužů a 78% žen, 47% věřících a 53% nevěřících. 17,65% žije v samostatné domácnosti, 58,82% s rodiči popř. sourozenci, 0,53% s partnerem a dítětem, 9,63% jen

s partnerem, 10,70% s jiným členem rodiny a možnost jiné uvedlo 1,07%. Ve vlastním nebo družstevním bytě žije 6,42%, v rodinném domě 21,39%, v pronajatém bytě 14,97%, v bytě se stálou nájemní smlouvou 1,60%, na kolejkách 55,08%, možnost jiné byla u 0,53%. Z respondentů má 33,69% zdravotní potíže, které ovlivňují jejich život a 66,31% takové onemocnění nemá.

I zde jsme jako první zjišťovali průměrné skóre po jednotlivých kategoriích a opět jsme pomocí analýzy rozptylu určovali, jestli je statisticky významný rozdíl mezi proměnnými. Pokud je p-hodnota nižší než 0,05 (hladina významnosti 5%), jedná se o statisticky významný rozdíl.

3.2.3.1 Vliv pohlaví na kvalitu života

Počet bodů, kterých výsledek testu může dosáhnout, se pohybuje od 0- 60. Čím je hodnota vyšší, tím je kvalita života daného jedince vyšší.

V následující tabulce si můžeme všimnout průměrných hodnot, které se pohybují kolem 40, což znamená nadprůměrnou kvalitu života. P- hodnota je vyšší než 0,05, neexistuje tedy statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami.

Pohlaví (N=187)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
Muž	41	21,93	43,46	0.486
Žena	146	78,07	42,40	

Tabulka č. 20 Rozdělení respondentů podle pohlaví a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10

3.2.3.2 Vliv víry na kvalitu života

Hodnocení vlivu víry na kvalitu života jedinců, nebyla statisticky potvrzena.

Jste věřící? (N=187)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
ne	100	53,48	43,19	0.637

ano, ale nejsem členem církve, náboženské společnosti	48	25,67	42,06
ano a jsem členem církve, náboženské společnosti	39	20,86	41,90

Tabulka č. 21 Rozdělení respondentů podle víry a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10

3.2.3.3 Vliv toho s kým a kde žijí na kvalitu života

Statisticky významný rozdíl podle toho, s kým a kde studenti žijí, nebyl prokázán. I zde byla p- hodnota vyšší než 0,05.

S kým žijí (N=187)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
s partnerem	18	9,63	43,78	0.99
sám/sama (jednočlenná domácnost)	33	17,65	42,91	
s jiným členem (členy) rodiny	20	10,70	42,45	
s rodiči a popřípadě sourozenci	110	58,82	42,27	
s partnerem a dítětem (dětmi)	1	0,53	42,00	
jiné	2	1,07	41,50	

Tabulka č. 22 Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10

Kde bydlíte? (N=187)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
v bytě se stálou nájemní smlouvou	3	1,60	45,67	0.847
ve vlastním nebo družstevním bytě	12	6,42	43,08	
na kolejích	103	55,08	42,79	
v rodinném domě	40	21,39	42,40	
v pronajatém bytě	28	14,97	42,25	
jiné	1	0,53	32,00	

Tabulka č. 23 Rozdělení respondentů podle toho, kde žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10

3.2.3.4 Vliv onemocnění na kvalitu života

Ovšem v případě onemocnění, které znesnadňuje studentům běžný život, byla statistická významnost potvrzena. P- hodnota se pohybovala okolo 0,00128.

Máte nějaké zdravotní potíže, které ovlivňují Váš život? (N=187)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Průměrné skóre	p-hodnota
Ne	124	66,31	44,06	0.00128*
Ano	63	33,69	39,81	

Tabulka č. 24 Rozdělení respondentů podle přítomnosti zdravotních potíží a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10, * - p-hodnota je pod hladinou významnosti

4 Diskuse

Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na duševní zdraví studentů druhého ročníku Farmaceutické fakulty, konkrétně se snaží získat informace o tom, zda se u nich můžeme setkat s duševní poruchou, jak jsou spokojeni s vlastním životem a jak hodnotí jeho kvalitu. Zabývá se porovnáním a vymezením rozdílů mezi muži a ženami, dále v závislosti na tom, s kým a kde žijí, na tom, zda mají zdravotní potíže, které ovlivňují jejich život a na tom, jestli jsou věřící či nikoliv. Dle výzkumu National Union of Students (NUS) z roku 2013 vyplynulo, že 20% z 1200 studentů pociťuje duševní nerovnováhu až psychickou poruchu a 13% trpí sebevražedným myšlenkami. (37) Naše dotazníkové řešení mezi studenty přineslo mnohem pozitivnější výsledky, kdy nebyly zjištěny žádné statisticky významné odchylky od norem. Je důležité ale zmínit, že náš výzkumný soubor sčítal pouhých 190 respondentů.

Měli bychom brát na vědomí, že vysokoškolští studenti by mohli být řazeni do „rizikové skupiny“, co se týče duševní nerovnováhy až poruch, neboť období studia je často spojeno se zhoršením životního stylu- nedostatek kvalitního spánku, nepravidelná a nevyvážená strava, nadměrná konzumace kávy a alkoholu, stejně tak se student mnohem častěji setkává se stresem, hlavně v období zkoušek. (38) Což ve své bakalářské práci na téma „Zdravý životní styl u vysokoškoláků“ potvrdila i autorka, jež provedla dotazníkové šetření, ze kterého vyplynulo, že 5% studentů kouří příležitostně a 24% pravidelně. Co se užívání alkoholu týče, tak vyšlo najevo, že 35% dotazovaných konzumuje alkohol příležitostně, 37% 1-2x do týdne a 6% častěji. Dále 30% uvedlo, že užívá léky pro uklidnění, spánek nebo povzbuzení (bez doporučení lékaře), 16% studentů užilo marihuanu vícekrát a jiné drogy vyzkoušelo jednorázově či opakovaně 23%. Kolem 13% uvedlo, že pohybu nevěnuje během týdne žádný čas a více jak 55%

konzumuje kávu více jak 1x denně. (39) Dyson a Renk nám ve svém článku poukazují na to, že největší stres pociťují zejména studenti prvního ročníku. (40) Je to způsobeno tím, že většina lidí při nástupu na vysokou školu opouští „své“ město, velkou roli hraje samozřejmě i odloučení od rodiny a blízkých. Ve své podstatě je člověk najednou odkázán jen sám na sebe, neboť zde nikoho zpočátku nezná. Při studiu jsou na něj mnohokrát kladeny jiné nároky, než na které byl zvyklý na střední škole, ať se jedná o styl výuky, množství látky, zkoušky a časový nátlak apod. Myslím si, že by bylo přínosné, kdyby se dotazníkové řešení zopakovalo napříč všemi ročníky, abychom mohli pozorovat rozdíly mezi studenty prvních ročníků, jež právě nastoupili a vše je pro ně nové, s vyššími, kteří si už během studia našli svůj systém a dokážou lépe pracovat se stresem hlavně během zkouškového období.

Naším dílčím cílem, bylo dokázat vliv proměnných (pohlaví, víra, onemocnění, kde a s kým studenti žijí) na vnímání kvality života a jejich celkové spokojenosti. V rámci studie, provedené na třech místech Kanady, na různých univerzitách (Lékařská fakulta Univerzity v Calgary, Lékařská fakulta Univerzity Alberta, Lékařská fakulta Dalhousie University a Fakulta zdravotnických věd McMaster University) zjistili pomocí dotazníku SCL 90 signifikantní rozdíl v úrovni a množství stresu mezi pohlavími. (41) Z výsledků dalších studií vyplývá, že celoživotní prevalence závažné depresivní poruchy u žen (21,3%) je téměř dvojnásobná než u mužů (12,7%). Noble uvádí, že vyšší výskyt může být geneticky podmíněn, ženy jsou více zranitelné a na vzniku se mohou podílet i hormonální výkyvy. (42) Mnohé důkazy naznačují i to, že u žen se setkáváme s vyšší pravděpodobností vzniku úzkostných poruch. (43) Genderovou diferencí, co se výskytu deprese a úzkosti týče, jsme na naší fakultě nepotvrdili, vliv na to mohl mít nedostatečný počet respondentů mužského pohlaví a i celkově malý výzkumný soubor.

U mužů a žen nebyl ve výsledcích dotazníku SWLS rozdíl, což potvrzuje obecné tvrzení, že se u žen setkáme sice s vyšším výskytem deprese, jak už jsme uvedli v předchozím odstavci, ale paradoxně se u nich setkáváme s vyšší úrovní pohody. Většina studií nenašla rozdíl mezi pohlavími ve spokojenosti se životem. (44) Studie Rosemarie Kobaua a kolektivu také nedošla k značně odlišným výsledkům v rámci pohlaví, u mužů se skóre pohybovalo okolo 66.1, u žen 69.5. (45) K odlišnému závěru došli ovšem při porovnání spokojenosti korejských studentů, kdy bylo průměrné skóre u mužů 20,36 a u žen 19,17, z čehož vyplývá, že muži jsou mírně spokojeni se životem a ženy mírně nespokojené. (46)

Statisticky významný rozdíl ve spokojenosti se životem, byl zaznamenán jen mezi zdravými a nemocnými studenty, které jejich nemoc ovlivňuje v běžném životě. Puvill ve své studii, jež byla provedena na starší populaci, došel k závěru, že špatné fyzické zdraví nesouvisí s nižší životní spokojeností tak, jak tomu je v případě narušení duševního zdraví, které ji značně snižuje. (47) V další studii zdraví jedinci dosahovali průměrného skóre 67.8 a lidé s chronickým onemocněním 67.9, z čehož vyplývá, že v obou případech jsou dotazovaní nadprůměrně spokojeni. Výsledek mohl být ovlivněn také tím, že výzkumný soubor obsahoval lidi všech věkových kategorií a to přibližně ve stejném zastoupení, proto mohou být průměrné výsledky lehce zkreslené. (45) Při zpracování praktické části práce jsem se zaměřovala hlavně na přítomnost či nepřítomnost onemocnění. Myslím si, že by bylo zajímavé zkoumat tento vztah více do hloubky a zaměřit se zvlášť na duševní a tělesná onemocnění, která respondenti ve svých dotaznících uváděli, a jejich vliv na výsledky týkající se spokojenosti se životem.

Dále jsme se zaměřili na vliv víry na životní spokojenost, ani zde nebyl nalezen statisticky významný rozdíl, ačkoli je vzájemný pozitivní vztah dobře zdokumentován. Chaeyoon Lim ve své studii vysvětluje, jakým způsobem víra ovlivňuje spokojenost. Je to dáno zřejmě tím, že lidé

pravidelně navštěvují bohoslužby a jsou součástí komunity, kde existuje silný vliv přátelství. (48)

Náš výzkum přinesl, řekla bych, potěšující závěr, a to ten, že u žádného z respondentů nebyla překročena hranice normy ani psychopatologie, můžeme tedy konstatovat, že u studentů druhého ročníku se nesetkáváme s žádnou duševní chorobou. Stejně tak valná většina studentů je nadprůměrně spokojena s vlastním životem a považuje jej za kvalitní. Data, jež jsme měli k dispozici, byla z roku 2012. Musíme tedy brát v úvahu stále rostoucí „trend“ výskytu psychických onemocnění mezi mladistvými, kdy hranice prvního setkání s duševní psychopatií se neustále snižuje. Nabízí se tedy otázka, zda bychom stejně přívětivých výsledků dosáhli v případě, že bychom dotazníkové řešení provedli dnes.

Na závěr hodnocení musím bohužel říci, že limitací naší studie je nedostatečný počet respondentů a „zastaralá“ data. Jako pozitivum bych naopak vyzdvihla, že vyplňování dotazníků probíhalo anonymně, což nám umožnilo získat kvalitnější informace, hlavně co se týče dotazníku, jež nám posuzoval přítomnosti psychické poruchy. Řekla bych, že obecné povědomí o duševních nemocech je dosti malé a proto bych zde ráda zmínila výstavu s názvem Příběhy bláznovství, jejímž cílem není jen informovat veřejnost o jednotlivých nemocech. Snaží se umožnit blíže poznat život člověka trpícího duševním onemocněním pomocí příběhů konkrétních lidí. V našem výzkumu jsme se ptali sice studentů Farmaceutické fakulty, kteří by měli určité povědomí mít o tom, jak se projevuje například deprese a úzkost mít, ale i nadále jsou to „jen“ lidé, kteří mohou pociťovat obavu přiznat si, že i jich se může tento problém týkat. A dle mého názoru, na naší fakultě by měl být přítomen psycholog, na kterého by se studenti mohli obrátit. Přiznejme si, že studium není jednoduché a je tedy normální, že člověk se dostane pod takový tlak, kterému podlehne a sám s ním nic nezmuže. Zmiňuji to

hlavně z toho důvodu, že počty sebevražd neustále rostou a některá čísla mi přišla alarmující.

Do budoucna bych tedy navrhovala, aby dotazníkové šetření vyplnilo více studentů, stejně tak by bylo přínosné sledovat určitý vývoj a zopakovat jej například během semestru a následně ve zkouškovém období. Dále by bylo zajímavé a vhodné obsáhnout všechny ročníky, nikoliv jen druhý, jak tomu bylo v našem případě. A pokud by to bylo možné, tak výzkum rozšířit i na Farmaceutickou fakultu Veterinární a farmaceutické univerzity v Brně.

5 Závěr

K naplnění cíle, který jsme si stanovili již v úvodu, jsme v praktické části využili několik typů dotazníku, konkrétně se jednalo o SCL 90, SWLS a SOS 10. Jejich významu, struktuře a hodnocení jsme se věnovali na začátku výzkumné části práce. Z výsledků prvního jmenovaného typu dotazníku vyplynulo, že studenti netrpí žádnými závažnými psychickými problémy. Během analýzy jsme neshledali žádné statisticky významné odchylky od hranice normy. Podle dotazníku SWLS je většina studentů spokojena se svým životem, jen zanedbatelná část je lehce pod průměrem. A jako poslední byl využit dotazník SOS 10, který určil kvalitu života studentů jako více než průměrnou.

Dílním cílem práce je zjistit, zda se liší u studentů v závislosti na pohlaví, na tom s kým a kde žijí, na tom, zda mají zdravotní potíže, které ovlivňují jejich život a na to, zda jsou věřící či nikoliv. Povedlo se nám dokázat, že existuje rozdíl mezi zdravými studenty a mezi těmi, kteří trpí onemocněním, které ovlivňuje jejich život. Rozdíl mezi muži a ženami nebyl žádný, stejně tak tomu bylo i u ostatních proměnných, které jsme si vytyčili do středu zájmu.

Na závěr bych ráda dodala několik doporučení pro následující práce, které by mohly navazovat na tu naši. Jako první bych se snažila zvětšit výzkumný soubor, oslovila bych tedy více studentů a to ze všech ročníků, nikoli jen druhého, jak tomu bylo v našem případě. Jako druhé bych navrhovala zapojit do výzkumu i studenty Farmaceutické fakulty v Brně.

Závěry, které vyplynuly z našeho šetření, byly velmi pozitivní. To však nemění nic na tom, že je potřeba o duševní zdraví pečovat neustále a snažit se o upevnění mentální rovnováhy, abychom se dokázali lépe adaptovat na změny a životní situace. Existuje mnoho metod a přístupů, které jsme zmiňovali i v teoretické části. Je nezbytné zvýšit povědomí o vlivu duše na

tělo, obecně o duševních poruchách, které jsou společností vnímány v mnoha případech velmi negativně a nemluví se o nich tak moc jako o jiných onemocnění, což ale neznamená, že jsou méně závažné. Měli bychom se ostatním snažit přiblížit, jak se duševně nemocní cítí, co prožívají a jak jim být nápomocni.

6 Seznam použité literatury

1. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
2. World health organisation. Basic documents. Geneva : WHO, 2014. Forty-eighth edition. 978 92 4 165048 9.
3. —. Strengthening mental health promotion. Geneva : WHO, 2001. (Fact sheet no. 220).
4. National Institute of mental health. *You are not alone: mental health/mental illness*. Rockville : U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Rev. 1992. 0-16-035942-2.
5. Míček, Libor. *Duševní hygiena*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
6. Hartl, Pavel Helena Hartlová. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4, Praha : Portál, 2010. 978-80-7367-686-5.
7. Syřišťová, Eva a kol. *Normalita osobnosti*. Praha : Avicenum, 1972.
8. Chauhan, S. S. *Mental hygiene: a science of adjustment*. New Delhi : Allied Pub., 2nd edition, 1991. 81-7023-094-2.
9. Kopecká, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha : Grada, 2011. 978-80-247-3876-5.
10. Křivohlavý, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2001. 80-7178-551-2.

11. Chamoutová, Kateřina a Chamoutová Hana. *Duševní hygiena: psychologie zdraví*. Praha : Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2006. 978-80-213-1152-7.
12. Yoga: In Depth. *nccih*. [Online] [Citace: 28. 7 2017.] <https://nccih.nih.gov/health/yoga/introduction.htm>.
13. Diseases and Conditions: Mental illness. *mayoclinic*. [Online] [Citace: 24. 7 2017.] <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/basics/definition/con-20033813>.
14. Mental Disorders. *medlineplus*. [Online] [Citace: 24. 7 2017.] <https://medlineplus.gov/mentaldisorders.html>.
15. MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. *uzis*. [Online] [Citace: 24. 7 2017.] <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.
16. Janíček, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha : Portál, 2008. 978-80-7367-366-6.
17. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. *uzis*. [Online] [Citace: 24. 7 2017.] <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
18. Depression and Other Common Mental Disorders. *who*. [Online] [Citace: 24. 7 2017.] http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/.
19. WHO. Depression. *who*. [Online] [Citace: 10. 7 2017.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

20. Vlček, Jiří a Fialová Daniela a kolektiv. *Klinická Farmacie*. Praha : Grada, 2010. 978-80-247-3169-8.
21. Laňková, Jaroslava a Jiří Raboch. *Deprese: doporučený diagnostický pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2013*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2013. Doporučené postupy pro praktické lékaře. 978-80-86998-65-7.
22. Práško, Ján Hana Prášková, Jana Prášková. *Deprese a jak ji zvládat: Stop zoufalství a beznaději*. Praha : Portál, 2003. 80-7178-809-0.
23. Depression. *nimh*. [Online] [Citace: 28. 7 2017.] <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
24. Praško, Jan a Jaroslava Laňková. *Úzkostné poruch: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: 2006*. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2006. Doporučené postupy pro praktické lékaře. 80-86998-05-3.
25. Ulč, Igor. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha : Grada Publishing, 1999. 80-7169-790-7.
26. OPOKU-ACHEAMPONG, Adomah, Irene A. KRETCHY, Franklin ACHEAMPONG, Barima A. AFRANE, Sharon ASHONG, Bernice TAMAKLOE a Alexander K. NYARKO. *Perceived stress and quality of life of pharmacy students in University of Ghana*. 2017. 10.1186/s13104-017-2439-6.
27. Míček, Libor. K některým problémům duševní hygieny u vysokoškolských studentů. *Sborník prací filosofické fakulty brněnské univerzity*. 1966, Sv. XV, I.

28. Fontana, David. *Stres v práci i v životě*. Praha : Portál, 2016. 978-80-262-1033-7.
29. Kuric, Jozef a a Libor Míček , Sylvie Slováčková. Stresové faktory v životě vysokoškolského studenta. *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*. 1980, Sv. XXVIII/XXIX, 14/15.
30. Vymětal, Jan. *Základy lékařské psychologie*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1994. 80-901601-3-1.
31. Pelcák, Stanislav a Alexander Tome. Syndrom vyhoření - psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Praktické lékařství*. 7, 2011, 2.
32. Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R). *statisticssolutions*. [Online] [Citace: 7. 8 2017.] <http://www.statisticssolutions.com/symptom-checklist-90-revised-scl-90-r/>.
33. Baštecký, Jaroslav a Jiří Šavlík a Jiří Šimek. *Psychosomatická medicína*. Praha : Grada, 1993. 80-7169-031-7.
34. The Satisfaction with Life Scale (SWL). *midss [Measurement Instrument Database for the Social Sciences]*. [Online] [Citace: 7. 8 2017.] <http://www.midss.org/content/satisfaction-life-scale-swl>.
35. Nástroje pro evaluaci preventivních a léčebných programů: Schwartzova škála hodnocení terapie. *adiktologie*. [Online] 18. 5 2008. [Citace: 7. 8 2017.] <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/1304/Schwartzova-skala-hodnoceni-terapie>.
36. The Satisfaction with Life Scale (SWL): Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale Ed Diener . *midss [Measurement Instrument*

Database for the Social Sciences]. [Online] [Citace: 7. 8 2017.]
<http://www.midss.org/content/satisfaction-life-scale-swl>.

37. NUS' work on student mental health. *nus.org [National union of students]*. [Online] [Citace: 8. 11 2017.]
<https://www.nus.org.uk/en/advice/health-and-wellbeing/nus-work-on-student-mental-health/>.

38. Sára Matušová: Titul za duševní zdraví? *student.e15*. [Online] 21. 2 2017. [Citace: 11. 8 2017.] <http://student.e15.cz/agora/sara-matusova-titul-za-dusevni-zdravi-1328989>.

39. Nádvorníková, Jana. *Zdravý životní styl u vysokoškoláků*. Brno : Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2006. Bakalářská práce.

40. Dyson, Rachael a Kimberly Renk. Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of Clinical Psychology*. 2006, Sv. 62, 10.

41. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *journals*. [Online] [Citace: 11. 8 2017.]
http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1997/11000/Analysis_of_stress_levels_among_medical_students,.19.aspx.

42. Noble, Rudolf E. Depression in women. *Metabolism*. 2005, Sv. 54, 5.

43. Mclean, Carmen a Emily R. Anderson. Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*. 2009, Sv. 29, 6.

44. Worell, Judith. *Encyclopedia of women and gender: sex similarities and differences and the impact of society on gender*. San Diego, Calif. : Academic Press, 2001. 0-12-227245-5.
45. KOBAU, Rosemarie, Carla Bann, Megan LewisS, et al. Mental, social, and physical well-being in New Hampshire, Oregon, and Washington, 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System: implications for public health research and practice related to Healthy People 2020 foundation health measures on well-being. *Population Health Metrics*. 2013, Sv. 11, 1.
46. Sin, To-ch'öl., Conrad P. Rotkowski a Chong-min Pak. *The quality of life in Korea: comparative and dynamic perspectives*. Boston : MA:Kluwer Academic Publishers, 2003. 1-4020-0947-x.
47. PUVILL, Thomas, Jolanda Lindenberg, Antonius J. M. De Craen, Joris P. J. Slaets a Rudi G. J. Westendorp. Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study. *BMC Geriatrics*. 2016, Sv. 16, 1.
48. LIM, Chaeyoon a Robert D. Putnam. Religion, Social Networks, and Life Satisfaction. *American Sociological Review*. 2010, Sv. 75, 6.

7 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Diagnóza depresivní epizody podle MKN 10 (21)	28
Tabulka č. 2 Léčba depresivní epizody (21)	29
Tabulka č. 3 Posuzovací stupnice tíže deprese PHQ-9(modifikovaná verze diagnostického nástroje pro diagnostiku běžných psychických onemocnění v primární péči PRIME-MD) (21).....	30
Tabulka č. 4 Nejčastější projevy nervozity u studentů (27)	37
Tabulka č. 5 nejčastější projevy nervozity u studentek (27)	37
Tabulka č. 6 Seznam spouštěčů stresu vnějšího prostředí (29)	39
Tabulka č. 7 Seznam spouštěčů stresu v životě (29).....	39
Tabulka č. 8 Náročnost práce (29)	40
Tabulka č. 9 Vliv vztahů na hladinu stresu (29).....	40
Tabulka č. 10 Seznam stresových spouštěčů v životě studentů (29)	41
Tabulka č. 11 Hranice normy a psychopatologie symptomových dimenzí a souhrnného ukazatele GSI, SOM- somatizace, OBS- obsese a kompulze, INT- interpersonální senzitivita, DEP- deprese, ANX- anxiozita, HOS- hostilita, PHOB- fobie, PAR- paranoidní myšlení, PSY- psychoticismus, NEZ- nezařazené položky, GSI- general severity index (33)	44
Tabulka č. 12 Skórování dotazníku SWLS – rozdělení do skupin (34)	45
Tabulka č. 13 Průměrné hodnoty respondentů	47
Tabulka č. 14 Průměrné hodnoty respondentek	47
Tabulka č. 15 Rozdělení respondentů podle pohlaví a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS	48
Tabulka č. 16 Rozdělení respondentů podle víry a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS	49
Tabulka č. 17 Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS	49
Tabulka č. 18 Rozdělení respondentů podle toho, kde žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS	50

Tabulka č. 19 Rozdělení respondentů podle přítomnosti zdravotních potíží a jejich průměrné skóre v dotazníku SWLS, * - p- hodnota je pod hladinou významnosti.....	50
Tabulka č. 20 Rozdělení respondentů podle pohlaví a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10	51
Tabulka č. 21 Rozdělení respondentů podle víry a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10	52
Tabulka č. 22 Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10	52
Tabulka č. 23 Rozdělení respondentů podle toho, kde žijí, a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10	52
Tabulka č. 24 Rozdělení respondentů podle přítomnosti zdravotních potíží a jejich průměrné skóre v dotazníku SOS 10,* - p-hodnota je pod hladinou významnosti.....	53

8 Seznam grafů

Graf č. 1 Prevalence depresivního onemocnění (18)	27
Graf č. 2 Prevalence úzkostných poruch (18).....	34