

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Kvalita života studentů Zdravotně sociální fakulty
Jihočeské univerzity

Bakalářská práce

Jméno autora:

Vosátková Kristýna

Vedoucí práce:

Doc. MUDr.Petr Petr, Ph.D.

2008

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 13. 5. 2008

Vosátková Kristýna

Poděkování

Touto formou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi byli nápomocni při tvorbě této bakalářské práce. Především bych chtěla poděkovat Doc. MUDr. Petru Petrovi, Ph.D. za ochotu a cenné rady při vypracování bakalářské práce.

The Abstract

I have titled my bachelor's work Quality of Students' Life at The Health Care and Social Studies College at South Bohemia University. The main aim of my study was to identify whether the quality of students' lives is comparable with the quality of life in their age group. My study is divided into two parts: theoretical and practical ones.

In the theoretical part, the entries health, health determinant and life style are explained. In the other part, the founding of South Bohemia University, the history of The Health Care and Social Studies College as well as its structure and students' body composure are clarified. The third part of my work deals with the services in the college cafeteria.

The main part of the theoretical part studies what quality of life is, what its ethymology and history are. It also describes how one's quality of life is measured and which tools are used to measure it.

In my research I used the SF-36 questionnaire and that is explained in that part, too. The research results are described in detail there.

The research was carried out among randomly interviewed students of The Health Care and Social Studies College regardless their ages and their study fields. The research was carried out on the grounds of widely used standardized questionnaire SF-36. The obtained data were computerized and field. Scoring and data evaluation of individual and average scores were assessed at The Department of Public Health and Social Care. All processed data were transferred into neat grids and diagrams. They are described and listed in the chapter, too.

In total, I handed out 80 questionnaires on the College Campus. 65 of them were returned and none of them had to be left out. The research body is composed 68% women and 32% men.

In all parts of my work I quote references to relevant professional and media literature as well a relevant websites. The appendices are attached at the end of the paper.

Obsah

Obsah	- 4 -
Seznam použitých zkratk	- 6 -
Úvod	- 7 -
Teoretická část	- 9 -
1.Současný stav	- 9 -
1.1.Kvalita života	- 9 -
1.1.1.Etymologie pojmu „kvalita života“	- 9 -
1.1.2.Historie pojmu „kvalita života“	- 10 -
1.1.3.Pojem „kvalita života“	- 11 -
1.1.4.Pojem HRQoL a jeho měření	- 13 -
Existují 3 typy dotazníku	- 14 -
1.1.5.Hodnocení kvality života	- 15 -
1.1.6.Dotazník SF- 36	- 16 -
1.2.Zdraví	- 18 -
1.2.1.Co je zdraví	- 18 -
1.2.2.Determinanty zdraví	- 18 -
1.2.3.Zdraví a životní styl	- 19 -
1.3.Zdravotně sociální fakulta	- 21 -
1.3.1.Jihočeská univerzita v eských Budějovicích	- 21 -
1.3.2.Historie Zdravotně sociální fakulty	- 21 -
1.3.3.Struktura ZSF JU	- 21 -
1.3.4.Složení studentů ZSF JU	- 22 -
1.3.5.Stanovování cholesterolu u studentů Zdravotně sociální fakulty JU	- 22 -
1.3.6.Univerzitní jídelna Menza	- 24 -
2.Cíl práce a hypotézy	- 25 -
2.1.Cíl práce	- 25 -
2.2.Hypotézy	- 25 -
3.Metodika	- 26 -
a.Technika sběru dat	- 26 -
b.Charakteristika cílové skupiny	- 26 -
4.Výsledky	- 27 -
4.1.Zpracování výzkumu	- 27 -
4.2.Základní údaje probandů	- 28 -

4.3.Vyhodnocení výsledků dotazníku SF-36	- 29 -
4.4.Rozdělení probandů dle pravidelných stravovacích návyků	- 40 -
5.Diskuse	- 42 -
6.Závěr	- 47 -
7.Seznam použitých zdrojů	- 48 -
8.Klíčová slova	- 50 -
9.Přílohy	- 51 -
Seznam tabulek,grafů a obrázků	- 57 -

Seznam použitých zkratk

ZSF	-	Zdravotně sociální fakulta
JU	-	Jihočeská univerzita
Hrbol	-	Health Related Quality of Life
WHO	-	World Health Organization
PF	-	Fyzické funkce
RP	-	Fyzické omezení rolí
RE	-	Emoční omezení rolí
SF	-	Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí
P	-	Bolest
MH	-	Duševní zdraví
EV	-	Vitalita
GHP	-	Všeobecné vnímání vlastního zdraví
Např.	-	Například
Atd.	-	A tak dále
Tj.	-	To je

Úvod

Bakalářská práce se zaměřuje na zjišťování zdraví a hodnocení kvality života studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, které probíhalo na základě sledování různých biologických parametrů (př. cholesterol v plazmě) a pomocí standardizovaného dotazníku Short Form - 36 O kvalitě života podmíněné zdravím. Tento dotazník je široce používán téměř ve všech lékařských oborech a je vysoce hodnocen pro možnost zachytit i sociální rozměr kvality života. Hodnotí osm základních kvalit zdraví (8 domén). V současnosti je již téměř samozřejmostí, že při snahách o zlepšení systému zdravotnictví a poskytování lékařské péče, se sleduje ukazatel kvality života, vyjádřený jako HRQoL (Health related Quality of Life) – kvalita života v závislosti na zdravotním stavu (19).

Cílovou skupinu tvoří nynější studenti Zdravotně sociální fakulty v různých věkových kategoriích nezávisle na jejich pohlaví a oboru, který studují.

Kvalitou života dle pojetí Světové zdravotnické organizace (WHO) není jen pouhý výčet faktorů, majících vliv na kvalitu života a zdravotní stav, ale spíše vypovídá o jejich vlivu na samotného jedince. Do kvality života můžeme zahrnout 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, zájmům očekáváním a životnímu stylu. Je samozřejmé, že v medicíně a zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického zdraví. Nejčastěji je uváděn pojem „kvalita života podmíněná zdravím“, na který je možno nahlížet jako na „subjektivní pocit životní pohody“. Ten je asociován s nemocí nebo úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (9). Je logické, že i přes všechna možná pojetí kvality života, ji vnímá každý jedinec jinak a každý kvalitou života může myslet něco jiného.

Cílem této práce je zhodnotit kvalitu života dnešních studentů a prokázat tak, že se neliší od kvality života ostatních vrstevníků v populaci. Práce se skládá ze dvou částí, teoretické a výzkumné. V teoretické části je použit materiál z odborné literatury a internetu. Druhou část práce tvoří studie, která je zpracována na základě vyhodnocení dat a údajů získaných prostřednictvím vyplněných dotazníků, které byly rozdány náhodně mezi studenty. Celkem jsem získala údaje od šedesáti pěti studentů. Zdravotně sociální fakulty.

Důvod, proč jsem si toto téma vybrala je jednoduchý. Sama jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty a celkově je mi studentský život velmi blízký a zhodnotit kvalitu života svou, mých kamarádů a ostatních studentů na fakultě mi přišlo velice zajímavé.

Teoretická část

1. Současný stav

Celkový zdravotní stav populace je tvořen několika faktory. Jedním z nich je zdravotní péče či přímé lékařské zásahy. Mezi další patří náš životní styl (stravovací návyky, pracovní zatížení, kouření, užívání návykových látek atd.) a životní prostředí. V posledních deseti letech bylo vykonáno hodně změn pro zlepšení zdravotního stavu populace. Většina aktivit je směřována do edukace veřejnosti a zdravotnických i jiných profesionálů. Tyto změny se začínají odrážet v jednání i chování lidí, nicméně i přes všechna opatření není zdravotní stav obyvatelstva zcela uspokojivý. Proto je v dnešní době již téměř samozřejmostí, že při snahách o zlepšení se sleduje ukazatel kvality života vyjádřený jako HRQOL (Health related Quality of Life) -kvalita života v závislosti na zdravotním stavu.

1.1. Kvalita života

1.1.1. Etymologie pojmu „kvalita života“

Slovo „kvalita je odvozeno podle etymologického slovníku od latinského základu „qualitas“ – kvalita- či „qualis“ jaký. Hlubší kořen má však latinské „qualis“ to „qui“- „kdo“. Český kořen tázacího zájmena (kdo?) „k“ – nás dovede až ke slovům „kéž“ či „kýžený“ – tj. žádoucí, cílový stav. Pod pojmem kvalita si lze představit i „jakost, hodnotu“ tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (5).

Podle Velkého lékařského slovníku je definice pojmu „kvalita života“ individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekáváním a k běžným zvyklostem. Někdy bývá chápána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním. Do značné míry je podmíněna zdravím, psychickým stavem, stupněm nezávislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy i celkovým životním prostředím (6).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je „kvalita života“ to, jak člověk vnímá své postavení v životě- v kontextu, ve kterém žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.

Všeobecně pod pojmem „kvalita života“ chápeme souhrn činností a vjemů člověka v každodenním životě a společenských vztazích, které je možno objektivně a subjektivně posoudit (7).

Na rozdíl od „kvality života“, která se mnohdy neurčuje jednoduše, se „kvantita života“ určuje zcela snadno. Je tvořena množstvím dnů, tedy délkou života.

1.1.2. Historie pojmu „kvalita života“

Pojem kvalita života je sociologicky a kulturně podmíněn, avšak v závislosti na socializaci a kultuře je odlišně vysvětlován.

V 50. letech 20.století byla „kvalita života“ zmiňována jako nové sociologické téma, jako rozvojová šance americké společnosti, vůči níž byly ale vznášeny jisté výhrady.

Až v 60.letech, kdy tento pojem zavedli do politiky J. F. Kennedy a L. B. Johnson, došlo k prvnímu výzkumnému použití „kvality života“. Byl kladen důraz na to, že nejenom ekonomické ukazatele, ale i prostředí ve kterém lidé žijí má vliv na kvalitu jejich života.

V 70.letech proběhlo první šetření kvality života obyvatelstva ve Spojených státech amerických. Jeho cílem bylo vyvinout objektivní ukazatele, které doplní charakteristiku životního prostředí, jako je hluk, znečištění vzduchu nebo kriminalita. Lidé sami hodnotili svůj život ve vztahu k objektivním životním podmínkám.

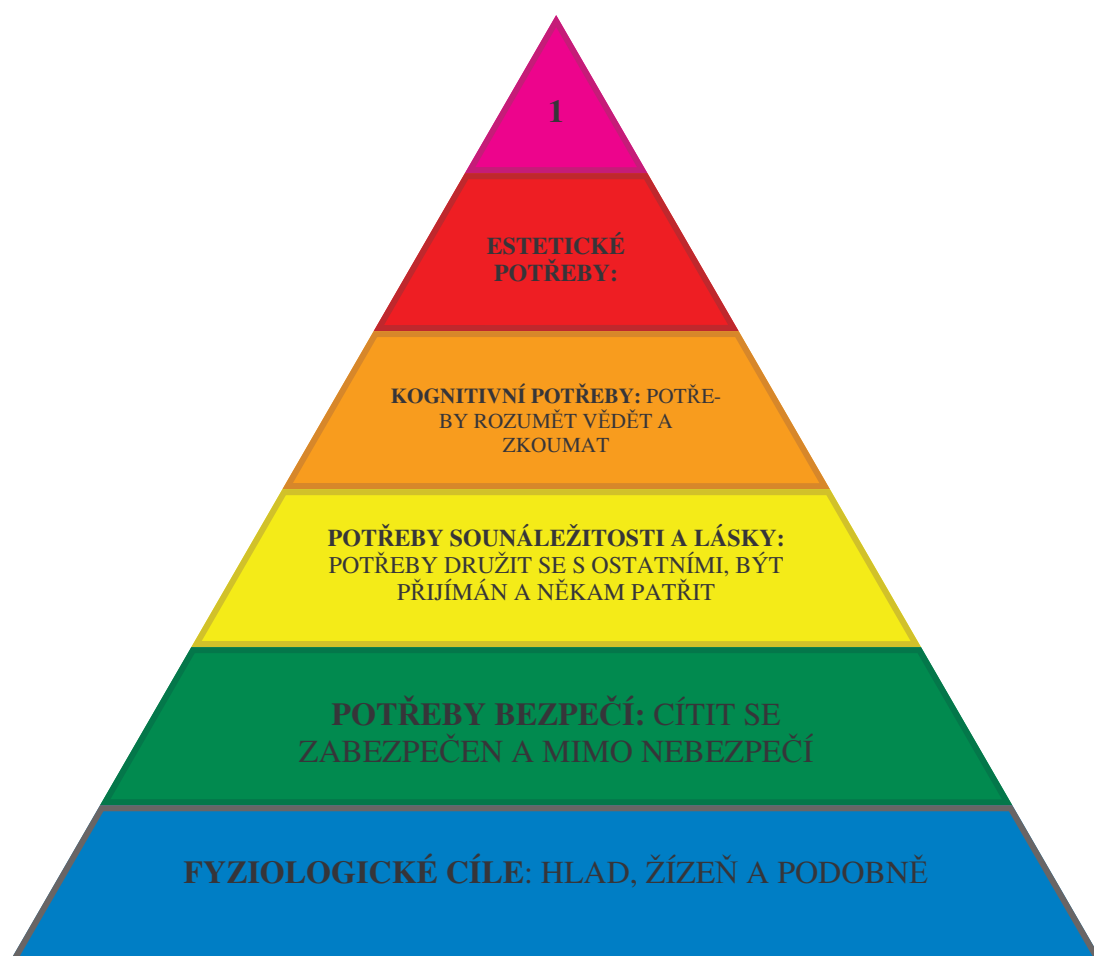
V 80. letech se již pojem „kvalita života“ uplatňoval v mnoha lékařských oborech. Je součástí klinického výzkumu jako završení tradičních ukazatelů morbidity a mortality. U pacientů, u kterých již nebylo možné uzdravení se kladl velký důraz na zlepšení kvality jejich zbývajících života (8).

V současné době se o kvalitě života hovoří v mnoha oblastech. Ať už je to oblast hodnocení životního prostředí, životních a pracovních podmínek, sociálních služeb, zdravotnických programů či měření individuální pohody.

1.1.3. Pojem „kvalita života“

Zabýváme-li se kvalitou života, obvykle sledujeme, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho psychický či fyzický stav, na jeho způsob života a jeho pocit životní spokojenosti. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (potrava, spánek, úleva od bolesti, teplo atd.) je předpokladem biologického přežití organismu a uspokojení potřeb vyšších (potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, potřeba sebeúcty, kognitivní potřeby, estetické potřeby a seberealizace), viz obr.1. (17)

OBR.1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: (17)

Legenda Maslowovy pyramidy potřeb:

1)...POTŘEBY SEBEREALIZACE:

NALÉZT SEBENAPLNĚNÍ, REALIZOVAT VLASTNÍ POTENCIÁL

2)...ESTETICKÉ POTŘEBY:

POTŘEBY SYMETRIE, ŘÁDU A KRÁSY

3)...KOGNITIVNÍ POTŘEBY:

POTŘEBY ROZUMĚT VĚDĚT A ZKOUMAT

4)...POTŘEBY SOUNÁLEŽITOSTI A LÁSKY:

POTŘEBY DRUŽIT SE S OSTATNÍMI, BÝT PŘÍJÍMÁN A NĚKAM PATŘIT

5)...POTŘEBY BEZPEČÍ:

CÍTIT SE ZABEZPEČEN A MIMO NEBEZPEČÍ

6)...FYZIOLOGICKÉ CÍLE:

HLAD, ŽÍZEŇ A PODOBNĚ

V dnešní době existuje celá řada definic kvality života, ale zdá se, že žádná není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Na kvalitu života je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. Zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomu onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, ekonomické aspekty apod.(1) (**viz tab.1**).

Tabulka 1: Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného

Faktor	Charakteristika veličiny
Fyzická kondice	<i>Do značné míry je určována výskytem různých symptomů onemocnění, eventuelně i nežádoucími účinky aplikované terapie.</i>
Funkční zdatnost	<i>Zahrnuje především stav tělesné aktivity (performance status). Jeho posouzení je zpravidla prováděno podle stupnice WHO nebo stupnice navržené Karfonským. Dále se jedná o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě apod.</i>
Psychický stav	<i>Hodnocen zejména podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsob vyrovnání se s nemocí a léčbou, dále pak osobnostní charakteristiky, prožívání bolesti apod.</i>
Spokojenost s léčbou	<i>Jde především o komplexní posouzení prostředí, ve kterém je nemocný léčen, dále pak technickou zručnost ošetřujícího personálu, způsob komunikace s nemocným včetně podávání objektivních informací o zdravotním stavu nemocného.</i>
Sociální stav	<i>Hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společných skupinách, o jeho způsobech komunikace lidmi apod.</i>

Zdroj: (18)

Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života patří věk, pohlaví, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, víra, kulturní zázemí apod. Celková kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů (2).

1.1.4. Pojem HRQoL a jeho měření

V 70. letech 20. století byl ve společnosti RAND Corporation vyvinut systém měření Health related Quality of Life (HRQOL), do češtiny překládáno jako Kvalita života podmíněná zdravím. Za vytvořením tohoto systému stála v té době velmi probíraná témata: rostoucí požadavky na přímou účast pacienta při hodnocení výstupu zdravotnické péče, měření kvality práce, měření efektivity léčby, potřeba vytvoření psychometrického nástroje s prokázanou validitou a reliabilitou.

Kvalita života podmíněná zdravím je podle Petra Petra pojem shrnující subjektivní a přitom kvantifikované měření jednak vnímání zdraví, jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře. Tato měření a vyhodnocování jsou odlišná od klinických měření a vyhodnocování (3).

Měření a hodnocení HRQOL probíhá formou dotazníků, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. V posledních letech se řada výzkumných pracovišť zabývala vytvořením dotazníkových otázek, které by přesně vypovídaly o kvalitě života jedince nezávisle na jeho věku či pohlaví.

Existují 3 typy dotazníku:

Global assesment, globální hodnocení, tento typ poskytuje všeobecné, generální hodnocení kvality života, nelze však obvykle přesně specifikovat postižení v některých oblastech (fyzikální, emoční, vitalita atd.)

Generic, tzv. generický typ, umožňuje demonstrovat podobnosti či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci, nosologické jednotky, vzájemně liší či naopak podobají co do vlivu na kvalitu života- HRQoL.

Specific, typ specifický pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval hodnotit vývoj stavu nemoci v čase.

Toto rozdělení je všeobecně akceptováno a všechny tři typy se sebou úzce souvisí. Jako příklad může sloužit Dotazník Short Form-36, který má v sobě jak rysy dotazníku typu jedna *Global assesment*, tak typu dva *Generic*. Veškeré formy dotazníku jsou konstruovány tak, aby je mohl pacient vyplnit sám, bez asistence další osoby.

Velkému zájmu mezi pracovníky ve zdravotnictví a neméně mezi odborníky v oblasti sociální péče a práce se těší ten fakt, že tyto dotazníky mají i významný rozměr sociální. Lze jimi vyhodnocovat sociální aspekty kvality života. Medicína uplatňuje postupy, které umožňují změřit kvalitu života vztaženou ke zdraví. Jednotlivé metodiky se snaží psychologicky a ekonomicky posoudit dopad jednotlivých léčebných zásahů či neléčených nemocí na kvalitu života daného jedince. Velmi často sledují úroveň soběstačnosti, úlevy od bolesti a schopnosti vykonávat každodenní činnosti běžného života (3,4). Dotazník je nejčastěji vyplňován samotným pacientem při kontaktu se zdravotnickým zařízením. Zvláštní hodnotu mají výsledky měření v oblasti

klinické praxe, klinických pokusů a v ne malé míře při hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby.

1.1.5. Hodnocení kvality života

Zdraví každý člověk vnímá individuálně a jeho popis a vyjádření se značně liší. Ne vždy se osobní definice zdraví shoduje s definicí pracovníků ve zdravotnictví. Např. jedna z definic vymezuje kvalitu života jako „subjektivní globální hodnocení vlastního života“. Žádná jednotná definice však neexistuje. Kvalitou života podmíněnou zdravím se rozumí míra, do jaké nemoc a léčba ovlivňují pacientovu schopnost žít plnohodnotný život.

Existují dvě základní charakteristiky pojetí kvality života:

1. *Mnohorozměrnost* znamená, že se kvalita života týká více oblastí, kterých je obvykle tři až pět:
 - oblast tělesných obtíží (např. bolest, únava, nevolnost),
 - funkční zdatnost (např. pracovní zátěž, zvládnutí běžných činností),
 - oblast psychologická/ emocionální (např. nálada, emoce, úzkost),
 - oblast sociální (např. vliv nemoci na vztahy v rodině, s přáteli, finanční obtíže),
 - oblast existenciální a duchovní (např. otázky smyslu života, naděje, smíření, odpuštění)
2. *Subjektivnost* vyjadřuje skutečnost, že dva různí pacienti budou tu samou nemoc prožívat zcela odlišně. Osobnostní charakteristiky, stupeň sociální podpory a také schopnosti adaptace jsou pouze některé z faktorů, které ovlivní konečný výsledek (9).

Pohled na hodnocení kvality života prochází neustálým vývojem. Tak jak se člověk mění a vyvíjí od dítěte přes dospělého jedince až po stáří, tak se mění i pohled na vnímání kvality jeho života. Hodnocení kvality života jedince je vždy subjektivní záležitostí, jelikož každý jedinec svou pohodu a spokojenost posuzuje jinak. Proto je vždy nutné, aby na otázky celkové kvality života odpovídal vždy pacient sám a ne lékař. Na druhé straně však na lékaři je, aby posoudil a určil závažnosti onemocnění,

kteře mohou kvalitu života jedince ovlivnit. Spadá sem klinické vyšetřeni a posouzeni pacientova stavu.

S pojmem „kvalita života podmíněná zdravím“ se setkáváme na nejrůznějších úrovních a ve všemožných situacích. Abychom ji mohli posoudit, je třeba sledovat mnoho faktorů, které se pohybují od čistě subjektivních až po ty objektivní (sledovatelné-měřitelné-hodnotitelné). Míra kvality žití tedy zahrnuje jedincovo somatické zdraví, psychický stav, sociální vztahy, přesvědčení, víru, nezávislost, životní styl atd. Proto tedy, abychom lépe poznali naše spoluobčany – budoucí pacienty a chránili je předtím, aby se stali pacienty, jsme nuceni provádět rozsáhlé průzkumy přímo mezi lidmi v „terénu“. Tyto akce nám umožňují pochopit komplexně i detailně zdravotní stav sledované populace a to hlavně na základě využití a sledování důležitých biochemických ukazatelů či rizikových faktorů, a dále díky testování, hodnocení a vyhodnocování kvality života podmíněné zdravím i u tzv. „zdravých“ či „nemocných“ skupin. Jelikož tyto rozsáhlé akce jsou velice drahé a je těžké si představit, že by veškeré náklady s nimi spojené kryly zdravotní pojišťovny nebo dokonce samotní občané, rozhodli se soukromé pojišťovací ústavy podporovat vědeckou a výzkumnou činnost právě v oblastech stravovacích návyků, úmrtnosti na kardiovaskulární choroby nebo v oblasti vlivu zdravotnické péče na kvalitu života podmíněnou zdravím (HRQoL) (11).

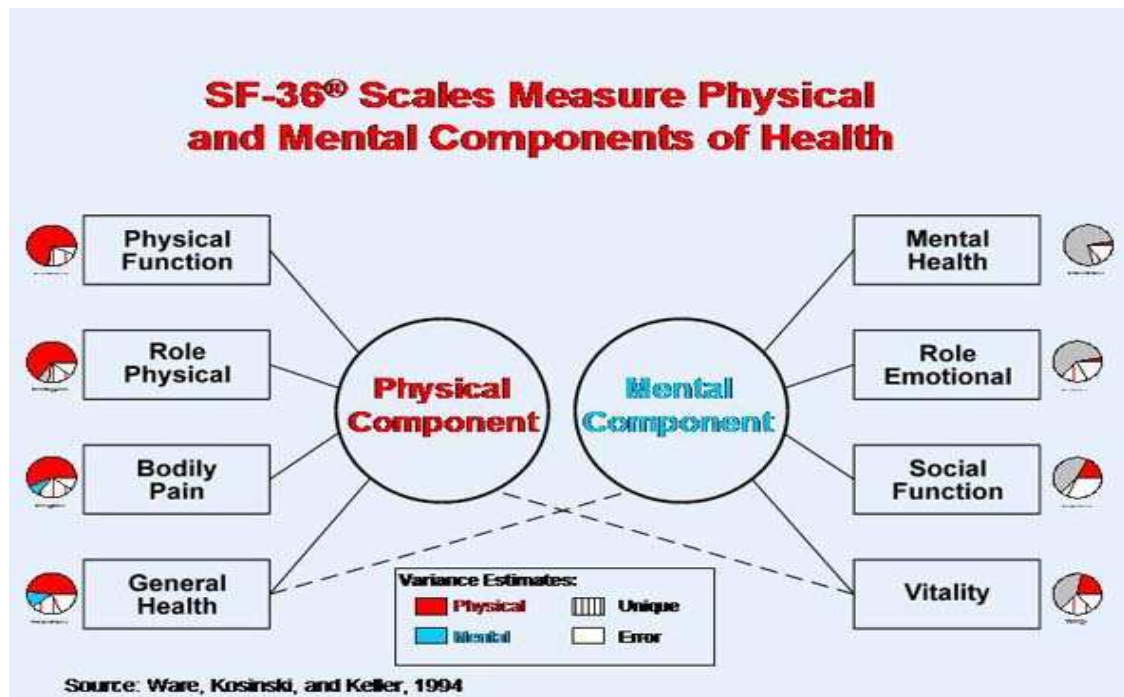
1.1.6. Dotazník SF- 36

SF- 36 je anglická zkratka pro dotazník Short form 36. Je to víceúčelový standardizovaný dotazník krátké formy s 36 otázkami, který se poprvé objevil v roce 1990. Je hodnocen pomocí 8 domén, které dohromady určují fyzické zdraví a duševní pohodu, viz. obr.2.

SF - 36 byl vytvořen tak, aby vyhovoval psychometrickým standardům, které jsou nutné pro skupinové hodnocení kvality života podmíněné zdravím. 8 domén bylo vybráno z celkových čtyřiceti, které jsou obsaženy v Medical Outcomes Study na základě největší frekvence v zdravotnických průzkumech a také z důvodu, že jsou nejvíce ovlivňovány nemocí a léčbou.

Překlady SF - 36 se staly podkladem pro více než 500 publikací, které zahrnovaly studie z 22 zemí. Z toho ve třinácti z nich bylo publikováno deset a více studií.

OBR.2: 8 domén



Zdroj:(16)

Těmito osmi doménami jsou:

Fyzické funkce (PF), fyzické omezení rolí (RP), emoční omezení rolí (RE), sociální funkce (SF), bolest (P), duševní zdraví (MH), vitalita (EV) a všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) (6).

Dnes se dotazník používá v 54 zemích v odpovídajícím překladu dané země. Mezi nejčastěji studované nemoci a zdravotní obtíže, ve kterých se využívá dotazníku, patří: rakovina, kardiovaskulární onemocnění, chronická obstruktivní plicní nemoc, artritidy, bolesti zad, deprese, traumata, cukrovka, gastrointestinální onemocnění, bolesti hlavy, HIV/Aids, zvýšený tlak, roztroušená skleróza, poruchy spánku, zneužívání návykových látek, úrazy atd. (16).

1.2. Zdraví

1.2.1 Co je zdraví

Zdraví patří mezi jeden z nejdůležitějších aspektů plnohodnotného, plodného a skutečně kvalitního života. Každý jedinec vnímá svůj zdravotní stav zcela jinak. Jeden člověk se může cítit zcela zdrav, jiný se však v té samé situaci a v totožných podmínkách může cítit nemocen. Zdraví je tedy zcela subjektivní pocit pohody, který každý jedinec pociťuje odlišně. Každopádně zdraví jednoho člověka, skupiny lidí, celé populace je nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje.

Oficiální „definice“ Světové zdravotnické organizace (WHO) říká, že „zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci a vady (21). Rozpory způsobuje skutečnost, že se nejedná v pravém slova smyslu o definici. Je to pouze jeden z odstavců Ústavy WHO pojímaný při svém vzniku spíše jako představa záměru, na který by se WHO měla orientovat (19).

1.2.2 Determinanty zdraví

Na celkové zdraví má vliv celá řada faktorů, které působí samostatně nebo dohromady, vzájemně se posilují či oslabují. Obecně je nazýváme determinanty zdraví. Historicky byly původně studovány jako determinanty nemocí. Dohromady tak určují kvalitu a délku života a vytvářejí pocit pohody a spokojenosti každého jedince. Rozdělují se na faktory vnitřní a na faktory vnější.

Faktory vnitřní - neovlivnitelné tvoří genetický základ, vrozené dispozice, věk a pohlaví. Člověk na ně nemá žádný vliv, jsou pevně dané.

Faktory vnější – mezi které patří životní styl, životní prostředí a lékařská péče, jsou již faktory, které si každý člověk může řídit sám. Je samozřejmostí, že nevhodný životní styl, změny v životních i sociálních situacích jedince, působení škodlivých vlivů životního prostředí a zanedbávání lékařské péče zhoršují zdravotní stav jedince i celých skupin. Není pochyby o tom, že prostředí, zdraví a kvalita života jsou kategorie vzájemně spjaté a neoddělitelné (9).

Subjektivní zdraví je založeno na vnitřním pocitu člověka ohledně svého zdraví. Měřítka subjektivních pocitů zdravých lidí však nejsou stejná. Záleží na osobnostních rysech, povaze, pohlaví a jiných faktorech.

Objektivní zdraví zahrnuje metody vyšetřování tělesné výkonnosti a tělovýchovné testy. Sleduje se vnitřní harmonie člověka, vzhled, ale i účast na pravidelných preventivních prohlídkách u lékařů.

Sociální zdraví sleduje do jaké míry se jedinec zapojil do společenského a sociálního života. Jaké splňuje životní či pracovní role nebo jak je spokojen se svým rodinným životem.

Životní styl ovlivňuje zdraví z 50 - 60%, životní a pracovní prostředí z 10 - 20%, nesprávně či nevhodně zaměřená lékařská péče z 10% a geneticko-konstituční faktor z 10%. Ovlivnitelnost těchto faktorů je odlišná. Z výše uvedených procent vyplývá, že většina faktorů do jisté míry ovlivnitelná je. Nicméně pokud se člověk narodí s nějakou těžší genetickou vadou, tak i ten nejvzornější způsob života nemůže takovému člověku dopomoci k maximálnímu zdraví (22).

Zdraví a nemoc jsou proměnlivé procesy mezi nimiž fungují složitá pravidla. Hranice mezi nimi nejsou pevně stanoveny, ale mají řadu odlišných mezistupňů. Vývoj zdravotního stavu jedince není jednosměrný. Je dán náhlými změnami a návraty. Vhodnou prevencí, rehabilitačními a výchovnými programy nebo i sociálními a organizačními zásahy můžeme předejít nechtěným stavům a upevnit tak zdraví jedince.

1.2.3 Zdraví a životní styl

Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Jeho vliv se uplatňuje v celé řadě oblastí života – v rodině, ve škole, na pracovišti, v aktivitách volného času atd. Na neuspokojivém zdravotním stavu se významně podílela a podílí nevhodná skladba výživy, spojená s nízkou pohybovou aktivitou populace. Mezi onemocnění, na jejichž vzniku a vývoji se do značné míry podílí životní styl, patří v první řadě onemocnění kardiovaskulární, nádorová a metabolická. Pro další zlepšování zdraví jsou pozitivní změny životního stylu jedním z nejdůležitějších a nejsložitějších cílů společnosti. Základem prevence, ale i léčby, kardiovaskulárních i nádorových onemocnění je omezení zdravotních rizik životního stylu, zejména v oblasti výživy, kuřáctví, tělesné aktivity a stresu. Vhodným uplatněním

faktorů životního stylu by bylo možno zabránit až 80 % předčasných úmrtí na srdečně-cévní a nádorová onemocnění (13).

Stravovací návyky podstatně ovlivňují náš zdravotní stav, proto jsem do výzkumu své bakalářské práce začlenila i zjištění stravovacích návyků studentů. Ze známé Heydenovské tabulky se můžeme dozvědět, jak se např. změnilo stravovací návyky v USA v letech 1963-1967 a 1973-1985 (viz tabulka.2).

Zdravý životní styl zahrnuje vyrovnaný a pravidelný denní režim tj. dodržování zásad zdravé životosprávy, dostatek spánku v klidném prostředí a pravidelné stravování. Důležitý je dostatek pohybové aktivity, který je v dnešní době „vysedávání u počítačů“ u většiny lidí nedostatečný. Jídelníček by měl obsahovat pestrou, plnohodnotnou a vyváženou výživu. Zejména dbát na dostatek zeleniny, mléka a mléčných výrobků ve stravě. Dodržovat pravidelný pitný režim a osobní hygienu. Člověk by se měl chránit před nakažlivými nemocemi např. dostatečným větráním místností, vyhýbáním se nemocným lidem a omezit styk se škodlivinami v prostředí. Každý jedinec by měl své chování a jednání zodpovědně přizpůsobit nejrůznějším životním situacím, předcházet vzniku úrazů, stresovým a konfliktním situacím. Zajistit si pohodu duševní a pohodu v mezilidských vztazích.

Tabulka 2: Změny stravovacích návyků

kg/ osoba/ rok			
Produkt	1963-1967	1973-1985	Změna v %
Nízkotučné mléko	21	56	+ 167
Drůbež	16	24	+ 56
Rostlinné oleje	18	26	+ 44
Ryby	6	7	+ 28
Čerstvá zelenina	32	40	+ 27
Čerstvé ovoce	40	44	+ 11
Plnotučné mléko	120	63	- 48
Živočišné tuky	9	7	- 20
Vejce	20	17	- 18
Máslo	3,6	3	- 17
Maso	62	61	- 2

1.3 Zdravotně sociální fakulta

1.3.1 *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, založená 28. září roku 1991, je veřejná vysoká škola univerzitního typu. Zahrnuje všechny typy studijních programů ve zdravotně sociálních, pedagogických, přírodovědných, zemědělských, humanitních, teologických, ekonomických a uměleckých oborech. Vznikla z dvou nejstarších fakult působících na jihu Čech, z fakulty pedagogické (od roku 1948) a z fakulty zemědělské (od roku 1960). Později k nim přibyly fakulty: biologická, teologická a zdravotně sociální. Roku 1996 se do univerzitní struktury včlenil Výzkumný rybářský ústav se sídlem ve Vodňanech a roku 2002 Ústav fyzikální biologie v Nových Hradech. Fakulta filozofická (od roku 2006) a fakulta ekonomická (od roku 2007) jsou jejími nejmladšími součástmi.

Na JU probíhá výuka v akreditovaných bakalářských, magisterských a doktorských programech, které tvoří základ pro 170 studijních oborů, které lze studovat v prezenční a kombinované formě studia. V dnešní době studuje na JU přibližně 11 000 studentů (14).

1.3.2 *Historie Zdravotně sociální fakulty*

Provoz Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity byl zahájen v září roku 1990. Původně byla součástí Pedagogické fakulty, nicméně během svého prvního funkčního období dokázala, že má právo na samostatnou existenci a již na začátku akademického roku 1991/1992 se stala samostatnou fakultou Jihočeské univerzity.

Hlavní filozofií fakulty bylo a je překlenout propast mezi zdravotnickými disciplínami a sociální problematikou. Cílem fakulty je využití jak ve své vědecké, tak i pedagogické činnosti metod, které využívají veškeré možné postupy k opětovnému začlenění handicapovaného člověka zpět do společenského života a to bez ohledu na rozsah a původ jeho postižení.

První děkankou ZSF JU byla doc. PhDr. Jana Šemberová, CSc., která se svými spolupracovníky tvořila její koncepci a bojovala o řádné začlenění fakulty do struktury JU v Českých Budějovicích.

Roku 1998 se stal druhým děkanem doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc., díky kterému došlo k velké změně ve fakultní struktuře a rapidně vzrostl počet studentů v programech pregraduálního a postgraduálního studia. Přínosem pro ZSF JU byla řada nově vzniklých aktivit, na jejichž základě mohla fakulta rozvíjet svoji činnost.

Nynějším děkanem fakulty je prof. MUDr. Miloš Velemínský, který byl do své funkce zvolen 1. února 2004. Stále pokračoval a pokračuje trend akreditace nových studijních programů a vzniku nových kateder.

Dnes má Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích 13 kateder a Ústav sociální práce (15).

1.3.3 Struktura ZSF JU

Struktura Zdravotně sociální fakulty je velmi dobře popsána na jejích webových stránkách. Ráda bych Vás právě proto na ně tímto prostřednictvím odkázala: <http://www.zsf.jcu.cz/struktura>.

1.3.4 Složení studentů ZSF JU

V akademickém roce 2007/2008 studuje na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity k dnešnímu dni celkem na 2.193 studentů. Z toho tvoří převážnou část ženy a to 1.832 tj. 83,5%. Mužů je na fakultě 361. Dále je zde evidováno 16 studentů - cizinců.

1.3.5 Stanovování cholesterolu u studentů Zdravotně sociální fakulty JU

V dřívějších letech byly na půdě fakulty organizovány hromadné zdravotnické akce. Vysoká škola či univerzita představovala a představuje prostředí s relativně vysoce formalizovanou strukturou, extrémně vysokým vnímáním individua a s akademickým prostředím svobody a volnosti.

Byla snaha o to zapůsobit ve dvou rovinách: a) vyučujícím a zaměstnancům fakulty vysvětlit význam preventivního měření cholesterolu pro vytváření povědomí každého jedince, že je nutné pečovat o svůj zdravotní stav, b) dále byla snaha o to vysvětlit, že účast na tomto projektu je způsobem výuky a je tedy zde možnost vidět takovou akci na vlastní oči a zapojit se tak pasivně i aktivně. Mnoho studentů tak učinilo při stanovování cholesterolu pro širokou veřejnost v únoru roku 1999. Celá propagace akce byla ještě podpořena zapojením médií – místního deníku a snahou o vytvoření pozitivního vztahu veřejnosti.

V důsledku tohoto měření se zapojil relativně vysoký počet studentů. Celkem jich bylo 186. Hladina nad 5,2 nmol/l byla naměřena u 8% probandů (11).

Dále byly na přelomu roku 2007/2008 prováděny testy mezi studenty během zimního zkouškového období. V souboru 35-ti studentů byl prokázán pokles absolutního počtu lymfocytů o 5% oproti normálu, viz tabulka 2

Tabulka 3 – Vyhodnocení poklesu počtu lymfocytů o 5%

Položka	Rela.	Abs. IT	Abs. PP	Rela. PP	Abs. PP
SUMA	1035		33	477,6	30
X	30		2,1	30	2
%	100		100	100	95
N	35	35	16	16	15
delta %					- 5

Legenda k tabulce 2:

Rela. = procento lymfocytů v bílém krevním obraze, tj. relativní počet

Abs. = absolutní počet lymfocytů

IT = Intent to treat

PP = Per protocol

X = průměrné skóre

% = procentuální vyjádření

n = počet probandů

1.3.6 Univerzitní jídelna Menza

Menzy JU slouží pro stravování studentů a zaměstnanců JU i jiných strávníků. Dále též dováží jídla smluvním odběratelům. V pracovních dnech jsou podávány snídaně, obědy, minutky, večeře, saláty a další. Nově bylo také zavedeno dietní stravování.

Na Jihočeské univerzitě jsou celkem 3 jídelny, kde mají studenti ZSF JU možnost se stravovat. Hlavní jídelna Menzy pojme najednou až 400 strávníků. Pro výdej minutek je určena minutková jídelna o kapacitě 60 míst. Další jídelna je v budově Teologické fakulty v Kněžské ulici v centru města o kapacitě 80 míst. Třetí výdejna se nachází v budově Zdravotně-sociální fakulty vedle koleje K5.

Kuchyně a všechny výdejny byly v roce 2005 zcela rekonstruovány a vyhovují nejpřísnějším hygienickým předpisům (20).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem této práce je zjistit na základě proběhlých výzkumů mezi studenty ZSF JU pomocí standardizovaného dotazníku SF - 36, zda je kvalita života studentů ZSF JU srovnatelná s kvalitou života ostatních vrstevníků v populaci.

Pokud se potvrdí H1, tak nebude třeba zvláštních opatření.

Pokud se potvrdí H2 a kvalita života studentů bude nižší než u ostatních vrstevníků populace, bude nutná změna v podobě např. úpravy jídelníčku, pravidelného denního režimu, správné životosprávy, dostatečného pohybu apod.

2.2. Hypotézy

H1: Kvalita života studentů ZSF JU se neliší od ostatních vrstevníků v populaci.

H2: Kvalita života studentů ZSF JU je nižší než kvalita života ostatních vrstevníků v populaci.

3. Metodika

a. Technika sběru dat

Data byla získána metodou dotazování. Pro zjištění cíle práce byla použita technika standardizovaného dotazníku SF - 36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life), který se zabývá 8 doménami: Fyzické funkce (PF), Fyzické omezení rolí (RP), Emoční omezení rolí (RE), Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF), Bolest (P), Duševní zdraví (MH), Vitalita (EV) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP).

Dotazníky jsem rozdala mezi studenty ZSF JU během března 2008. Dotazník byl anonymní a dobrovolný a k jeho vyplnění nepotřebovali studenti asistenci další osoby. Žádný z navrácených dotazníků nemusel být vyřazen, všechny byly kompletně vyplněny.

Údaje z dotazníků byly přepsány do elektronické podoby. Skórování a vyhodnocení jednotlivých a průměrných skóre zajistila Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU.

b. Charakteristika cílové skupiny

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, návratnost je 81,25% (65). Výzkumný soubor tvořilo 44 žen tj. (67,7%) a 21 mužů tj.(32,3%) ve věkovém rozmezí mezi 20-ti až 25-ti lety. Největší počet respondentů jsem oslovila na chodbách ZSF JU, dále prostřednictvím mého kamaráda, studenta 2.ročníku Fyzioterapie na ZSF JU.

4. Výsledky

Během měsíce března 2008 bylo rozdáno 80 dotazníků, návratnost je 81,25% (65kusů).

Všechna nashromážděná data z výzkumů Katedry veřejného a sociálního zdravotnictví ZSF JU uvádím v dalším textu v tabulkách a grafech.

4.1. Zpracování výzkumu

Výsledky byly přehledně zpracovány do tabulek a grafů, kde byly použity tyto zkratky:

Oxford = Oxford Healthy Life Survey (Evropský normál výsledků pro 8 domén HRQoL v metodě SF - 36)

HRQoL = Health Related Quality of Life (Kvalita života podmíněná zdravím)

8 domén: **PF** – Physical function = Fyzické funkce

RP – Role limitation – physical = Fyzické omezení rolí

RE – Role limitation – emotional = Emoční omezení rolí

SF – Social functioning = Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí

P – Pain = Bolest

MH – Mental Health = Duševní zdraví

EV – Vitality = Vitalita

GPH – General Health Perception = Všeobecné vnímání vlastního zdraví

n – počet dotazovaných

x – průměrné skóre

% - procentní změny sledovaných hodnot

u – divergence : kritická hodnota u sledovaného souboru = 1,64 na 5% hladině významnosti (pro $u > 1,64$ platí, že rozdíl je statisticky významný)

4.2. Základní údaje probandů

Celkem bylo hodnoceno 65 probandů, 44 žen, tj. 68 % a 21 mužů, tj. 32 %. Jejich poměr ukazuje graf 1.

Graf 1 – Procentuální poměr mužů a žen ve sledovaném souboru



Zdroj: Vlastní výzkum.

Průměrný věk všech probandů je 22,75 let. Průměrný věk mužů činí 22,76 let a u žen je 22,74 let, viz tabulka 4.

Tabulka 4 – Počet šetřených osob a jejich průměrný věk

	Počet (n)	Průměrný věk
Muži	21	22,76
Ženy	44	22,74
Celkem	65	22,75

Zdroj: Vlastní výzkum.

4.3 Vyhodnocení výsledků dotazníků SF - 36

Tabulka 5 – Výsledky skóre mužů v porovnání s výsledky skóre žen

Specimen 1: N = 21	Vosátková, studenti (M)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	96,19	90,48	85,71	87,50	86,77	80,76	73,33	83,81
S ²	42,63	206,92	695,39	104,17	242,43	101,51	160,32	133,11
S	6,53	14,38	26,37	10,21	15,57	10,08	12,66	11,54

Specimen 2: n = 44	Vosátková, studenti (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
X	93,41	80,68	71,21	86,36	89,65	80,55	72,27	79,77
s ²	80,42	649,54	1090,45	240,19	254,76	119,70	149,38	184,04
S	8,97	25,49	33,02	15,50	15,96	10,94	12,22	13,57

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
U	1,42	1,97	1,91	0,35	0,69	0,08	0,32	1,24

	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception
%	97,12	89,17	83,08	98,7	103,3	99,73	98,55	95,12

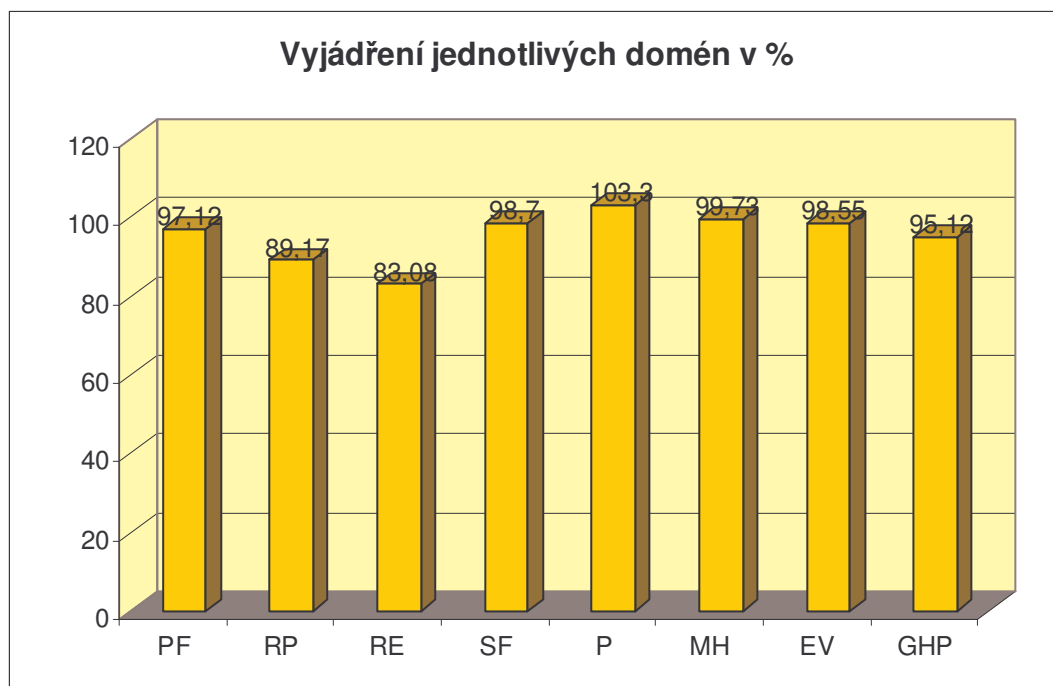
Zdroj: Vlastní výzkum

u – kritická = 1,64

V tabulce 5 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života studentů mužů v porovnání se studentkami ženami. Výsledky jsou procentuálně vyjádřené průměrné výsledky skupiny žen, vyjádřené jako procenta průměrných výsledků skupiny mužů, pro všech 8 domén. Průměrný věk respondentů ve sledovaných souborech je 22,75 let. V souboru 1 je 21 mužů a v souboru 2 je 44 žen. V doméně fyzické omezení rolí (RP) se průměrné skóre žen z 89,17 procentně liší od průměrného skóre mužů, tento jev je významný na 5% hladině. V doméně fyzické omezení rolí (RP) se průměrné skóre žen z 89,17 procent blíží průměrnému skóre mužů, tento jev je tedy významný na 5% hladině významnosti, hodnota u- shledaná je 1,97. V doméně emoční omezení rolí (RE)

se průměrné skóre žen z 83,08 procent blíží průměrnému skóre mužů, výsledek je významný na 5% hladině významnosti, hodnota u- vypočtená je 1,91. V doméně fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF) se průměrné skóre žen z 98,70 procent blíží průměrnému skóre mužů. V doméně bolest (P) se průměrné skóre žen z 103,30 procent blíží průměrnému skóre mužů. V doméně duševní zdraví (MH) se průměrné skóre žen z 99,73 procent blíží průměrnému skóre mužů. V doméně vitalita (EV) se průměrné skóre žen z 98,55 procent blíží průměrnému skóre mužů. V doméně všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) se průměrné skóre žen z 95,12 procent blíží průměrnému skóre mužů. To znamená, že pouze ve dvou doménách a to fyzické omezení rolí (RP) a emoční omezení rolí (RE) jsem zaznamenala statistickou významnost větší než 5 procent. U ostatních byla statistická významnost menší než 5 procent. Celkově ve všech doménách až na bolest, je kvalita života u žen nižší, nežli u mužů. Potvrzují tak velmi zajímavý jev a to, že ženy jsou na tom hůře než-li muži, až na bolest (P), kterou ženy oproti mužům snášejí lépe. Procentuální vyjádření viz. graf 2.

Graf 2 – Procentuální vyjádření průměrných výsledků skupiny žen, vyjádřené jako procenta průměrných výsledků skupiny mužů



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 6 – Výsledky skóre Studenti v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1: n = 65	Vosátková, studenti							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	94,31	83,85	75,90	86,73	88,72	80,62	72,62	81,08
s ²	69,91	527,51	1008,81	196,52	252,58	113,84	153,16	171,15
s	8,36	22,97	31,76	14,02	15,89	10,67	12,38	13,08

Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	5,60	0,69	1,78	0,73	3,64	5,12	7,42	4,61

	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	106,68	97,7	91,52	98,54	108,87	109,28	118,79	110,28

Zdroj: Vlastní výzkum

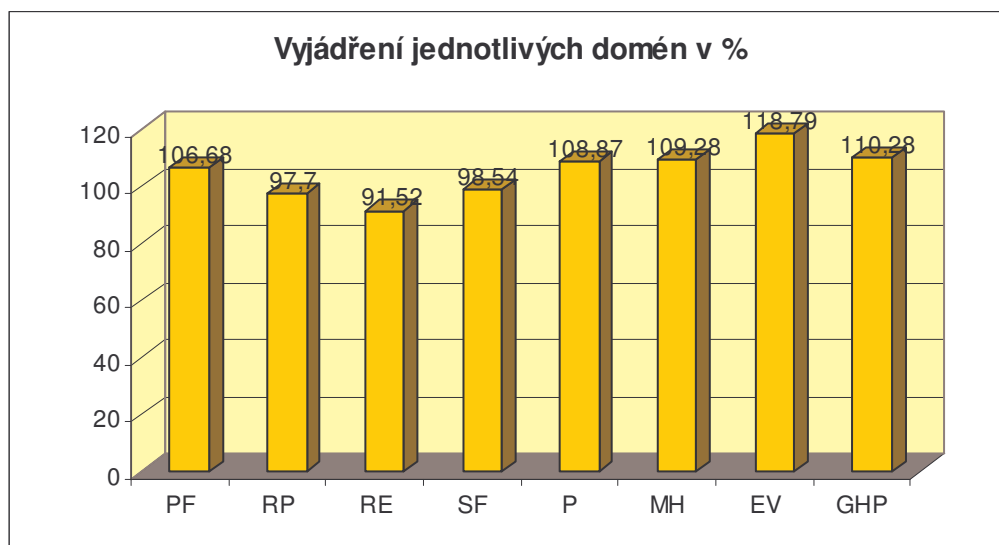
u – kritická = 1,64

V tabulce 6 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života Studentů v porovnání s Oxfordem. Výsledky grafů jsou vyjádřeny jako procentuální část k normálu, to je evropský standard Oxford. V souboru je celkem 65 respondentů s průměrným věkem 22,75 let.

V doméně fyzické funkce (PF) se porovnávaná skupina přibližuje ke standardu Oxford z 106,68 procent a jev je tak statisticky významný na 5% hladině významnosti, hodnota u- vypočtená je 5,6. Doména fyzické omezení rolí (RP) dosáhla 97,7 procent

ku standardu. Další doména emoční omezení rolí (RE) nepřesáhla standard a u testované skupiny činí 91,52 procent, hodnota u- vypočtená přesáhla u- kritickou, je 1,78 a tím pádem je jev statisticky významný na 5% hladině významnosti. Čtvrtou doménou jsou sociální funkce (SF), které se nejvíce svou hodnotou přibližují k evropskému standardu a to 98,54 procenty. V pořadí pátá doména je bolest (P), která vzhledem ke standardu dosáhla 108,87 procent, je statisticky významná na 5% hladině významnosti, hodnota u- vypočtená je vyšší než hodnota u- kritická, činí 3,64. Doména duševní zdraví (MH) dosáhla hodnot 109,28 procent ku standardu a je tak na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 5,12 . Další doména je vitalita (EV) která dle výzkumu prokazuje 118,79 procent vzhledem ke standardu, je významná na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je vysoká a to 7,42. A poslední doménou je všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP), která dosáhla 110,28 procent vzhledem ke standardu, hodnota u- vypočtená je 4,24 a tím pádem je statisticky významná na 5% hladině významnosti. Zaznamenala jsem statistickou významnost 6ti domén z celkových osmi. Méně jak 5ti procentní významnost byla u domény fyzické omezení rolí (RP) a u domény sociálních funkcí (SF). Procentuální vyjádření viz. graf 3.

Graf 3 – Procentuální vyjádření souboru Studenti v porovnání s evropským standardem Oxford



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 7 - Výsledky skóre Studenti v porovnání s evropským standardem Oxford (18) - young population

Specimen 1: n = 65	Vosátková, studenti							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	94,31	83,85	75,90	86,73	88,72	80,62	72,62	81,08
s ²	69,91	527,51	1008,81	196,52	252,58	113,84	153,16	171,15
s	8,36	22,97	31,76	14,02	15,89	10,67	12,38	13,08

Specimen 2:	Oxford (18) - young population							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	90,10	88,30	80,50	86,80	81,60	72,50	63,60	73,00
s ²	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
s	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	2,92	1,48	1,13	0,03	3,22	4,89	4,92	4,24

	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	104,67	94,96	94,28	99,91	108,72	111,2	114,18	111,06

Zdroj: Vlastní výzkum

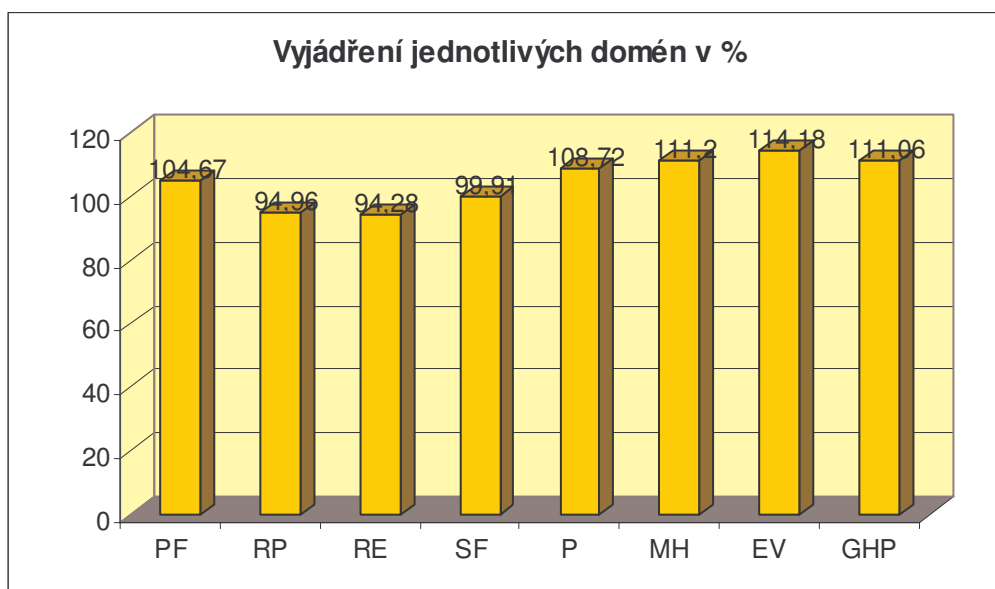
u – kritická = 1,64

V tabulce 7 je opět hodnocen soubor Studenti, ale tentokrát v porovnání s evropským standardem Oxford (18) – young population. Opět je hodnoceno celkem 65 studentů, z čehož žen je 44 a mužů 21. Průměrný věk je 22,75 let.

Výsledky první domény fyzické funkce (PF) oproti evropskému standardu Oxford (18) – young population činí 104,67 procent, hodnota u- vypočtená je 2,92, jev je tedy statisticky významný na 5% hladině významnosti. Doména fyzické omezení rolí (RP)

dosáhla hodnoty 94,96 procent ku standardu. Další doména emoční omezení rolí (RE) vykazuje výsledek 94,28 procent. Čtvrtá doména sociální funkce (SF) se nejvíce svou hodnotou přibližuje k evropskému standardu a to 99,91 procent. Všechny tři jevy jsou statisticky nevýznamné, jejich u- vypočtená nepřesahují u- kritickou 1,64. V pořadí pátá doména je bolest (P) a dosáhla hodnoty 108,72 procent, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 3,22. Doména duševní zdraví (MH) je vyhodnocena 111,2 procenty ku standardu, jev je tedy statisticky významný na 5% hladině významnosti, u vypočtená je 4,89. Předposlední doména je vitalita (EV) která dle výzkumu vykazuje výsledek 114,18 procent vzhledem ke standardu, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 4,92. Poslední doména je všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) a ta dosáhla 111,06 procent ku standardu, jev je opět statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 4,24. V tomto souboru jsem více jak 5ti % významnost zaznamenala celkem u pěti domén. A to u fyzických funkcí (PF), bolesti (P), duševního zdraví (MH), vitality (V) a všeobecného vnímání vlastního zdraví (GHP). Procentuální vyjádření viz graf 3.

Graf 4 – Procentuální vyjádření souboru Studenti v porovnání s evropským standardem Oxford (18) young population



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 8 - Výsledky skóre Studenti - ženy v porovnání s evropským standardem Oxford (18) - young population

Specimen 1: n = 65	Vosátková, studenti (F)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	93,41	80,68	71,21	86,36	89,65	80,55	72,27	79,77
s ²	80,42	649,54	1090,45	240,19	254,76	119,70	149,38	184,04
s	8,97	25,49	33,02	15,50	15,96	10,94	12,22	13,57

Specimen 2:	Oxford (18) - young population							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	90,10	88,30	80,50	86,80	81,60	72,50	63,60	73,00
s ²	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
s	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	1,97	1,92	1,83	0,17	3,09	4,17	4,14	2,97

	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	103,67	91,37	88,45	99,49	109,86	111,1	113,63	109,27

Zdroj: Vlastní výzkum

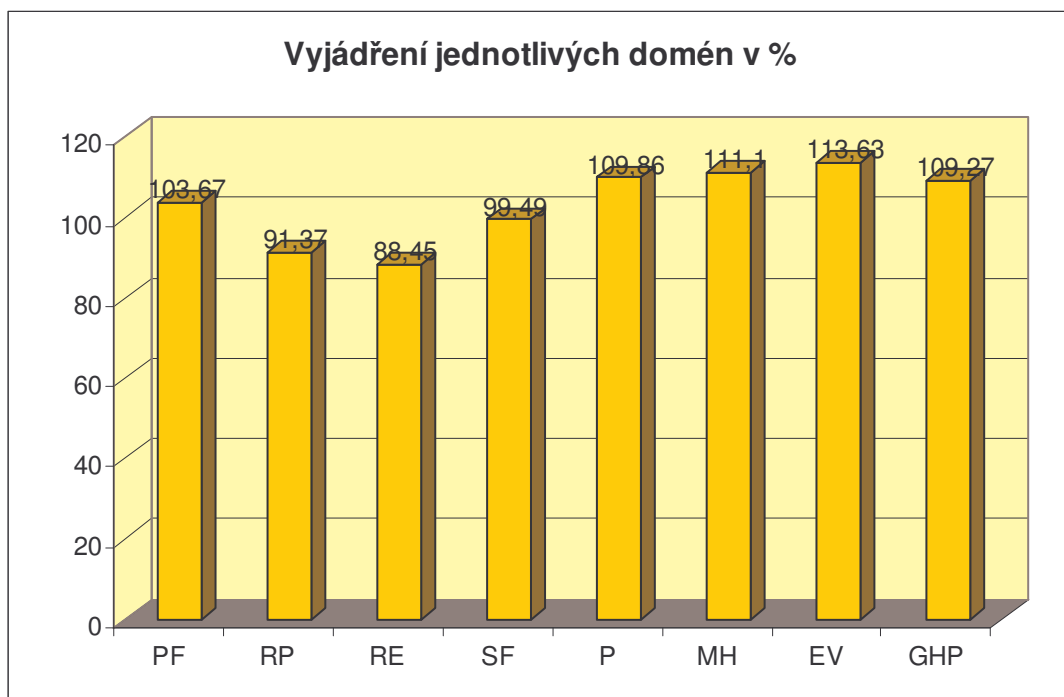
u – kritická = 1,64

V tabulce 8 je hodnocen soubor Studenti - ženy v porovnání s evropským standardem Oxford (18) – young population. Hodnoceno je celkem 44 studentek, v průměrném věku 22,74 let.

První doména fyzické funkce (PF) dosáhla oproti evropskému standardu Oxford (18) – young population výsledku 103,67 procent, hodnota u- vypočtená je 1,97 a jev

je tedy statisticky významný na 5% hladině významnosti. Druhá doména fyzické omezení rolí (RP) je vyhodnocena 91,37 procenty ku standardu, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 1,92. Další doména emoční omezení rolí (RE) se významně odlišuje od evropského standardu a to 88,45-ti procenty, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 1,83. Další v pořadí čtvrtá doména sociální funkce (SF) se nejvíce svou hodnotou přibližuje k evropskému standardu a to v 99,4 procentech a není tedy statisticky významná. Doména bolest (P) dosáhla 109,86 procent, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 3,09. Duševní zdraví (MH) je vyhodnoceno 111,10 procenty k evropskému standardu, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 4,17. Předposlední doména je vitalita (EV) která dle výzkumu dosáhla hodnoty 113,63 procent vzhledem ke standardu, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 4,14. Poslední doména všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) dosáhla 109,27 procent ku standardu, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 2,97. V tomto souboru jsem hodnotila pouze studentky – ženy a více jak 5-ti % významnost jsem zaznamenala u sedmi domén. V doméně sociálních funkcí je hodnota u-divergence 0,17 a to znamená, že statisticky významný rozdíl mezi sociálními funkcemi (SF) studentek ZSF JU a sociálními funkcemi (SF) evropského standardu Oxford (18) – young population je zcela zanedbatelný. Procentuální vyjádření jednotlivých domén viz. graf 5.

Graf 5 – Procentuální vyjádření souboru Studenti – ženy v porovnání s evropským standardem Oxford (18) young population



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 9 - Výsledky skóre Studenti - muži v porovnání s evropským standardem Oxford (18) - young population

Specimen 1: n = 21	Vosátková, studenti (M)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	96,19	90,48	85,71	87,50	86,77	80,76	73,33	83,81
s ²	42,63	206,92	695,39	104,17	242,43	101,51	160,32	133,11
s	6,53	14,38	26,37	10,21	15,57	10,08	12,66	11,54

Specimen 2 :	Oxford (18) - young population							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	90,10	88,30	80,50	86,80	81,60	72,50	63,60	73,00
s ²	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
s	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	3,50	0,66	0,89	0,29	1,46	3,42	3,31	3,99

	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health perception
%	106,75	102,46	106,47	100,8	106,33	111,39	115,29	114,8

Zdroj: Vlastní výzkum

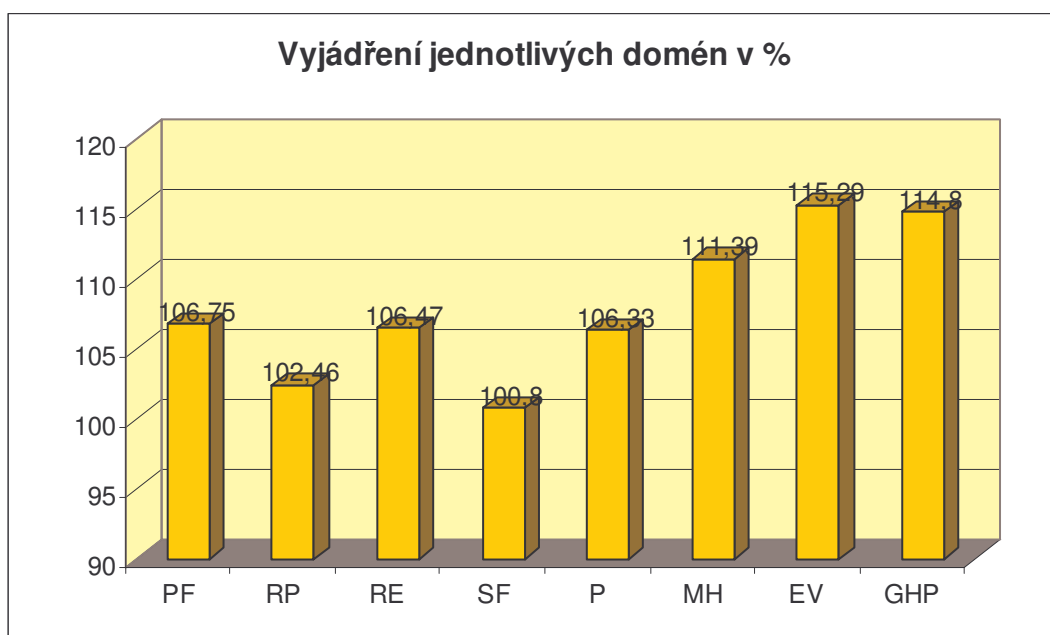
u – kritická = 1,64

V tabulce 9 je hodnocen soubor Studenti - muži v porovnání s evropským standardem Oxford (18) – young population. Hodnoceno je celkem 21 studentů, v průměrném věku 22,76 let.

V první doméně fyzické funkce (PF) bylo dosaženo oproti evropskému standardu Oxford (18) – young population hodnoty 106,75 procent, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 3,5. Doména fyzické omezení rolí (RP)

vykazuje výsledek 102,46 procent ke standardu, jev je statisticky nevýznamný. Další doména emoční omezení rolí (RE) tvoří procentuální vyjádření 106,47 procenty, u- vypočtená je 0,89 a tím pádem je jev statisticky nevýznamný. V pořadí čtvrtá doména sociální funkce (SF) se nejvíce svou hodnotou přibližuje k evropskému standardu a to 100,80 procenty, jev je statisticky nevýznamný. Doména bolest (P) je vyhodnocena 106,33 procenty, u- vypočtená je 1,46, je menší než u- kritická a tím pádem je jev statisticky nevýznamný. Šestá doména duševní zdraví (MH) dosáhla hodnoty 111,39 procent k evropskému standardu, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 3,42. Předposlední doména je vitalita (EV), která dosáhla oproti evropskému standardu Oxford (18) – young population výsledku 115,29 procent, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 3,31. Poslední doména je všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) a dle výzkumu dosáhla 114,80 procent ku standardu, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti, u- vypočtená je 3,99. V tomto souboru jsem hodnotila pouze studenty – muže. Statistická významnost větší než 5% je u domén fyzické funkce (PF), duševní zdraví (MH), vitalita (EV) a všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP). Procentuální vyjádření jednotlivých domén viz. graf 6.

Graf 6 – Procentuální vyjádření souboru Studenti – muži v porovnání s evropským standardem Oxford (18) young population



4.4 Rozdělení probandů dle pravidelných stravovacích návyků

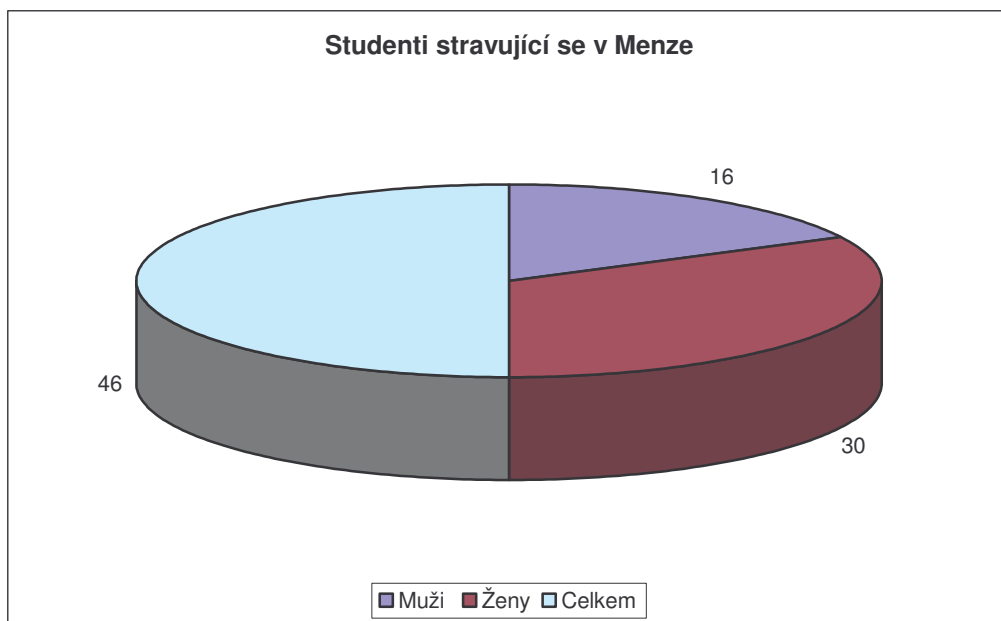
Tabulka 10 – Pravidelné stravování studentů v Menze

Studenti	ANO	NE
Muži	16	5
Ženy	30	14
Celkem	46	19

Zdroj: Vlastní výzkum

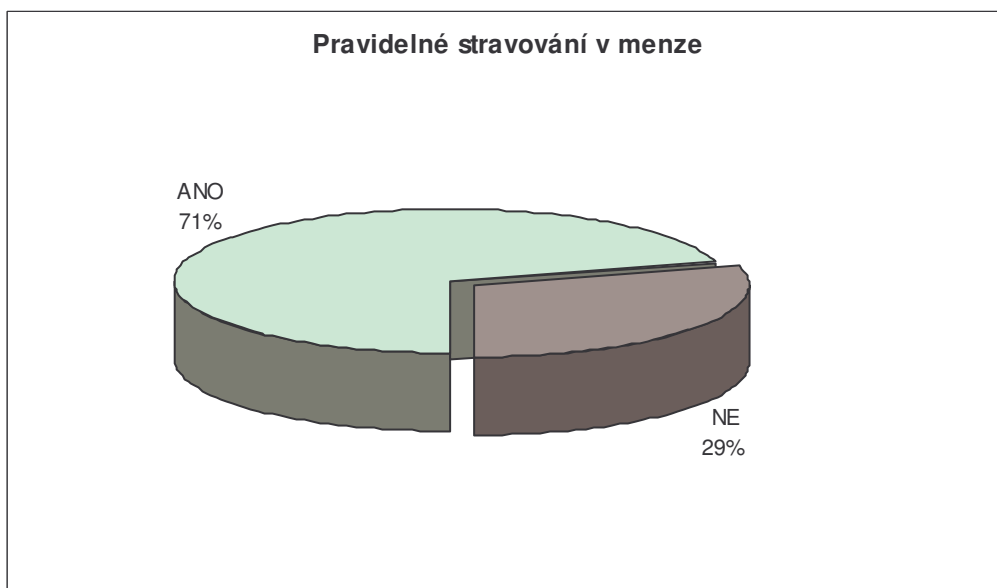
Na dotazníky jsem dala doplňující otázku týkající se pravidelného stravování studentů v menze a výsledky vyšly velice zajímavě. Celkem se do univerzitní jídelny chodí pravidelně stravovat 46 studentů z celkových 65-ti dotázaných, což je 71 %. Mezi 46 studenty je 16 mužů a 30 žen, viz. graf 7 . Tzn. v univerzitní jídelně se pravidelně nestravuje 19 studentů z celkových 65-ti dotázaných, což je 29 % a jsou v poměru 5 mužů a 14 žen, viz. graf 8. Je zajímavé, že v porovnání se v Menze stravují 3/4 dotázaných mužů a 2/3 dotázaných žen.

Graf 7 – Studenti, kteří se pravidelně stravují se v menze



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 – Pravidelné stravování studentů v Menze



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuse

Zjišťování kvality života u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích probíhalo pomocí dotazníkového nástroje SF – 36, který je vysoce hodnocen pro svou možnost zachytit i sociální rozměr kvality života a je široce využíván ve všech lékařských oblastech (10).

K hodnocení kvality života byly vyvinuty různé systémy měření, jak uvádí Petr. Kvalita života podmíněná zdravím (HRQoL) je pojem, který shrnuje subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření jak vnímání vlastního zdraví, tak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře (3). Měřicí nástroje pro hodnocení HRQoL jsou tvořeny dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky. Využitím dotazníku, zejména dotazníku SF- 36, který je užit i v této práci, můžeme hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v osmi doménách, kterými jsou: Fyzické funkce (PF), Fyzické omezení rolí (RP), Emoční omezení rolí (RE), Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF), Bolest (P), Vitalita (EV) a Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) (12). Pro vyhodnocování HRQoL je nutné mít k dispozici národní nebo regionální standard pro dotazníky typu „global assesment/ general assesment“, a též pro dotazník typu generic. Dotazník SF – 36 splňuje do značné míry nároky na oba dva typy zmíněných diagnostických nástrojů. Lze tedy porovnávat data probandů s normálními hodnotami.

Výsledky výzkumu kvality života podmíněné zdravím cílového souboru studentů Zdravotně sociální fakulty byly porovnány s hodnotami normální evropské populace Oxford a s hodnotami evropské Oxford (18)- young population, které Oxfordská studie prohlásila za nositele standardu HRQoL a následně ve všech hodnocených doménách zhodnoceny.

Dosažená individuální skóre byla zpracována a to jako procenta rozdílu mezi možným maximálním a minimálním skóre. Při srovnávání kvality života se tedy mezi jednotlivými kategoriemi postupovalo následujícím způsobem: průměrná skóre cílového souboru byla vyjádřena jako procenta průměrných skóre skupiny vůči které se srovnávalo. Získané hodnoty, vyjadřující změny oproti porovnávané skupině, byly nakonec porovnány mezi jednotlivými kategoriemi.

Pro kvalitní posouzení a vyhodnocení jednotlivých výsledků jsem měla k dispozici cílový soubor 65ti dotazníků. Celkově jsem rozdala mezi studenty 80 dotazníků, návratnost tedy činila 81%, což považuji za velice úspěšné.

Cílem této práce je zjistit, zda-li je kvalita života studentů ZSF JU srovnatelná s kvalitou života ostatních vrstevníků v populaci.

V úvodu jsem si stanovila dvě hypotézy, první z nich zněla takto: Kvalita života studentů ZSF JU se neliší od kvality života ostatních vrstevníků v populaci (normální evropská populace, tedy nositelé standardu HRQoL pro 8 domén dle studie Oxford Healthy life survey). Druhá hypotéza vyvracovala první a to tvrzením že: Kvalita života studentů ZSF JU je nižší než u ostatních vrstevníků v populaci.

Při srovnávání výsledků cílového souboru studenti a výsledků evropského normálu zastoupeného výsledky Oxfordské studie se celkové snížení kvality života u všech věkových kategorií studentů neprokázalo a tím pádem může být H2: Kvalita života studentů ZSF JU je nižší než u ostatních vrstevníků v populaci, vyvrácena.

S použitím komplexního dotazníkového nástroje typu „generic“ potvrzují základní gender diferenci a to, že být ženou je vlastně handicap. Porovnáváním skóre kvality života mezi podskupinami rozdělenými dle pohlaví mohu totiž díky výsledkům konstatovat, že kvalita života žen je díky jejich pohlaví zřetelně poznamenána a to zejména v doménách Fyzické omezení rolí (RP) a Psychické omezení rolí (RE).

Při porovnávání podsouboru studenti – muži a podsouboru studenti – ženy vyšlo najevo, že ve všech doménách je kvalita života u žen statisticky nižší než-li kvalita života mužů. V jediné doméně byla kvalita života žen vyšší než-li kvalita života mužů a to v doméně bolest (P) tzn. že ženy snášejí bolest lépe než-li muži. Potvrdila se základní gender diference, že ženy, co se kvality života týče, jsou na tom hůře než-li muži. Skóre domény Bolest (P) byla u žen 89,65 a u mužů byla 86,77. Statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti jsem mezi muži a ženami zaznamenala v doméně Fyzické omezení rolí (RP) a to v poměru hodnot 90,48 u mužů a 80,68 u žen, hodnota u zde byla 1,97 a dále pak v doméně Emoční omezení rolí (RE) a to 85,71 u mužů k 71,21 u žen, hodnota u zde byla 1,91. Vyrovnání si byli muži a ženy v doméně duševní zdraví (MH), kde muži dosahovali hodnot 80,76 a ženy 80,55. V doméně Fyzické funkce (PF) dosahovalo skóre u mužů hodnot 96,19 a u žen 93,41, u- vypočtená je 1,42, jev je statisticky nevýznamný. Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF) bylo

v poměru 87,5 muži ku 86,36 ženy, u- vypočtená je 0,35, jev je statisticky nevýznamný. Vitalita (EV) vykazuje hodnoty 73,33 muži ku 72,27 ženy, u- vypočtená je 0,32, jev je statisticky nevýznamný. Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) je 83,81 ku 79,77, u- vypočtená je 1,24, jev je statisticky nevýznamný.

Dále jsem porovnávala soubor studentů s evropským standardem Oxford. V tomto souboru se jako nejlépe prokázala doména Vitalita (EV), která převyšovala standard 72,62 ku 61,13, u- vypočtená je 7,42, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. Dále Fyzické funkce (PF) byly 94,1 ku 88,4 standardu, u- vypočtená byla 5,6, jev je tedy statisticky významný na 5% hladině významnosti. Fyzické omezení rolí (RP) dosahuje hodnot 83,85 ku 85,82, u- vypočtená je 0,69, neprokázala se statistická významnost. Emoční omezení rolí (RE) se svými hodnotami přibližuje standardu 75,9 ku 82,93, u- vypočtená je 1,78, je tedy vyšší než u- kritická tzn. že jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti. Fyzické a emoční omezení rolí (SF) dosáhlo skóre 86,73 ku 88,01 Oxfordského standardu, u- vypočtená je 0,73, jev je statisticky nevýznamný. Bolest (P) je statisticky významná na 5% hladině významnosti, protože hodnota u- vypočtená činí 3,64, hodnoty dosahovaly 88,72 ku 81,49. Duševní zdraví (MH) dosahuje hodnot statisticky významných 80,62 ku 73,77, u- vypočtená je oproti u- kritické vyšší, má hodnotu 5,12. Duševní zdraví (GHP) vykazuje hodnoty 81,08 ku 73,52, u- vypočtená je 4,61 a jev je tak významný na 5% hladině významnosti.

Další v pořadí jsem porovnávala opět soubor studentů s Oxfordem (18) young population. Výsledky dopadly obdobně jako při porovnávání studentů s Oxfordem. I zde se nejlépe projevila kvalita života v doméně Vitalita (EV) a to s hodnotami 72,62 ku normálu 63,6, u- vypočtená je 4,92, tím pádem je jev na statisticky významný na 5% hladině významnosti. Doména fyzické funkce (PF) s vypočtenou hodnotou u 2,92 vykazuje hodnoty 94,31 ku standardu 90,1 a je tak statisticky významná na 5% hladině významnosti. Nižší hodnoty než jaké vykazuje Oxford (18)- young population mají domény Fyzické omezení rolí (RP) a to 83,85 k 88,3 s vypočtenou u 1,48 a Emoční omezení (RE) s hodnotami 75,9 k 80,5 s vypočtenou u 1,13. Ani jeden z jevů není na 5% hladině významnosti. Fyzické a emoční omezení rolí (SF) se nejvíce svou hodnotou přibližuje k evropskému standardu a to 86,73 ku 86,8, u- vypočtená je 0,03 a tím pádem není statisticky významná. Bolest (P) vykazuje hodnoty 88,72 ku 81,6 standardu s u- vypočtenou 3,22 a je tak statisticky na 5% hladině významnosti. Stejně tak Duševní zdraví (MH) vykazující hodnoty 80,62 ku 72,5 s vypočtenou u 4,89 je statisticky na 5%

hladině významnosti pro tento jev. Jako poslední hodnocené je Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) vykazuje hodnoty 81,08 ku 73 s vypočtenou u 4,24, jev je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

Při porovnávání výsledků podsouboru studenti ženy s evropským standardem Oxford (18)- young population vyšlo najevo, že výsledky podsouboru studenti – ženy jsou ve většině domén vyšší než standard. Nejvíce svou hodnotou převýšila Evropský normál doména Vitalita (EV) a to 72,27 ku 63,6, výsledek je tedy na 5% hladině významnosti, hodnota u- vypočtená je 4,14. Fyzické funkce (PF) dosáhly hodnoty 93,41 k 90,1 standardu, hodnota u- vypočtená je 1,97, jev je tak statisticky významný na 5% hladině. Hodnota Fyzického omezení rolí (RP) s vypočtenou u 1,92 je 80,68 je oproti Oxfordskému standardu 88,3 podstatně nižší a stejně tak jako hodnota Emočního omezení rolí (RE) s vypočtenou u 1,83, která dosahuje hodnot 71,21 k Evropskému normálu 80,5. Společně tak vykazují nižší kvalitu v porovnání se standardem. Hodnota u- vypočtená je u obou domén vyšší než u- kritická tzn. jev je statisticky významný. na 5% hladině významnosti Srovnatelné jsou hodnoty u domény Fyzické a emoční omezení sociálních funkcí (SF) a to 86,36 ku 86,8, u- vypočtená je 0,17, jev je statisticky nevýznamný. Doména bolest (P) dosáhla u studentů hodnoty 89,65 ku Oxfordskému normálu 81,6 a je tak statisticky významná na 5% hladině významnosti, hodnota u- vypočtená je 3,09. Hodnota duševního zdraví (MH) je 80,55 k 72,5 oproti standardu, vyjádření je na 5% hladině významnosti, hodnota u- vypočtená je 4,17. Všeobecné vnímání vlastního zdraví (GHP) vykazuje hodnoty 79,77 k 73 standardu, výsledek je statisticky významný na 5% hladině, hodnota u- vypočtená dosáhla 2,97.

Jako poslední jsem porovnávala podsoubor studenti – muži, který dopadl podstatně lépe a to tak, že ani jedna z domén nedosáhla horších hodnot než jaké vykazuje Oxfordský normál. To znamená, že kvalita života studentů- mužů je lepší než kvalita života Oxfordského normálu young population. V doméně Fyzické funkce (PF) činilo skóre 96,19 ku standardu 90,1, u- vypočtená je 3,5, jev je tak statisticky významný na 5% hladině významnosti. U domén Fyzické omezení rolí (RP), Emoční omezení rolí (RE), Fyzické a emoční omezení sociálních rolí (SF) a Bolest (P) byla vypočítaná hodnota u nižší než u- kritická, která je 1,64, tím pádem to znamená, že ani jeden výsledek těchto čtyř domén není statisticky významný na 5% hladině, výsledky viz. tabulka 9. Největší rozdíly jsou u domén Vitalita (EV) a to 73,33 ku 63,60, kde u- vypočtená je 3,31 a je tak tímto pádem je tento jev statisticky významný na 5% hladině

významnosti. Dále pak v doméně Všeobecného vnímání vlastního zdraví (GHP), kde jsou hodnoty 83,81 ku 73, u-vypočtená je 3,99, je jev statisticky významný na 5% hladině významnosti. Celkově tak dopadl tento podsoubor lépe než Oxford (18)- young population.

U každé tabulky (5-9) je vypočítána i veličina u, která vyjadřuje kritickou hodnotu. Pro mé soubory je u- kritická 1,64. Výsledky jsou zde hodnoceny jako statisticky významné na 5ti procentní hladině významnosti jako jednostranný test. Statisticky nejvýznamnější rozdíly činila u tabulek 5 – 9 doména Vitalita (EV).

Dále jsem se v práci zabývala výživovými zvyklostmi studentů, neboť z hlediska ochrany zdraví jsou nesmírně důležité. Individuální chování lidí může mít velký vliv na jejich zdraví a to ve smyslu pozitivním i negativním. Úsilí o příznivé změny ve zdravotně relevantních návycích , zvyklostech a způsobech jednání je proto významnou součástí celkových snah o zlepšování národního zdraví. V souvislosti s tím je předmětem zájmu preventivní medicíny způsob života lidí. Životní styl ovlivňuje zdraví velmi pronikavým způsobem a právě k jeho nejvýznamnějším komponentám patří stravovací návyky.

Z výsledků výzkumu jsem zjistila, že ze zkoumaného souboru 65ti studentů se jich pravidelně chodí stravovat 46, což je převážná většina dotázaných. Také je velice zajímavé, že k pravidelnému stravování inklinují více muži než ženy. Kdyby totiž bylo stejně mužů v souboru jako žen, tak by se chodilo pravidelně stravovat o tři muže více než žen. Vzhledem k tomu, že v dnešní době zvýšeného životního tempa mnoho lidí zapomíná na pravidelné stravování si myslím, že tyto výsledky jsou velice uspokojivé.

V souvislosti s výše uvedenými skutečnostmi lze konstatovat, že se potvrdila H1, která tvrdí, že kvalita života studentů ZSF JU se neliší od kvality života ostatních vrstevníků v populaci. Tím pádem nebude nutné aplikovat změny v podobě např. úpravy jídelníčku, pravidelného denního režimu, správné životosprávy, dostatečného pohybu apod. H2: Kvalita života studentů ZSF JU je nižší než kvalita života ostatních vrstevníků v populaci, byla vyvrácena.

Ještě jednou musím zdůraznit zajímavý jev a to ten, že tato práce potvrdila základní gender diferenci, která tvrdí, že obecně je kvalita života mužů vyšší, než-li kvalita života žen. Tzn. být ženou je do jisté míry handicap.

6. Závěr

Cílem této práce bylo zhodnotit kvalitu života studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Vzhledem k tomu, že převážná většina studentů jsou mladí lidé u kterých se dopředu nepočítá s tím, že by trpěli nějakou vážnou chorobou nebo že by měli problémy emoční či sociální atd. jsem předpokládala, že výsledky dopadnou dobře, a že se potvrdí moje předem stanovená hypotéza H1: Kvalita života studentů zdravotně sociální fakulty se neliší od kvality života ostatních vrstevníků v populaci.

Důležitou roli ve zjišťování a zlepšování kvality života podmíněné zdravím hrála metoda HRQoL, která umožňuje vyhodnocovat zdravotní a psychický stav, sociální postavení atd., pomocí osmi domén.

Výsledky výzkumu dokázaly, že v žádné z hodnocených kategorií nevykazovalo skóre výrazně nižších hodnot než Oxfordský standard, se kterým byl cílový soubor porovnáván. Výsledky tím tak potvrdily H1: Kvalita života studentů ZSF JU se neliší od kvality života ostatních vrstevníků v populaci, a současně tak vyvrátily H2: Kvalita života studentů Zdravotně sociální fakulty je nižší než kvalita života ostatních vrstevníků v populaci, která se stala neplatnou.

Výsledky též potvrdily velice zajímavý jev – gender diferenci, který dokazuje, že obecně v hodnocení kvality života jsou na tom ženy hůře než-li muži. Což pro praxi znamená, že být ženou je do jisté míry handicap, zvláště co týče fyzického a emočního omezení rolí.

I přes to, že v závěru vyšli studenti ZSF JU jako zdravá skupina bez výraznějších změn od normálu, nemělo by se zapomínat na prevenci v oblastech zdravotních, sociálních, ekonomických apod.

Nadále bychom se měli věnovat gender problematice, apelovat na zdravější životní styl a periodicky a longitudinálně v čase kontrolovat HRQoL a další biologické parametry (cholesterol, buněčnou imunitu apod.) u studentů ZSF JU.

Cíl práce byl splněn.

7. Seznam použitých zdrojů

1. KLENER, P., aj. Klinická onkologie. Praha, Galén, 2002
2. STABLOVÁ, A. Kvalita života dialyzovaných nemocných. UK FTVS Praha, Laboratoř sportovní motoriky.
3. PETR, P. Kvalita života nespecifických střevních zánětů. Kontakt Supplementum 1. ZSF JU v Českých Budějovicích: 1999, roč. 2, 114s. ISSN 1212-4117
4. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 440s. ISBN 80-7178-550-4.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0719-0.
6. PETR, P., VURM, V., KALOVÁ, H., SOUKUPOVÁ, A., VONDROUŠ, P. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. Kontakt 4. České Budějovice: ZSF JU, 2002, s.89-94. ISSN 1212-4117
7. RABUŠIČ, L. Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?, Praha: Socioklub- VÚPSV, 2002.
8. HNILICOVÁ, H. Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života lidí v ČR. In Zdravotnictví v ČR. Praha: 2003, roč.6, ISSN 0044-1996.
9. PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
10. PETR, P., Kalová H. Kvalita života v balneologii, 1. vydání 2004, ISSN 1214-4967

- 11.** PETR, P., VURM, V., KALOVÁ, H., SOUKUPOVÁ, A., VONDROUŠ, P.
Organizování a management hromadných zdravotnických akcí , vyd. 2002, ISSN 1213-8584
- 12.** PETR, P., ZÁŠKODNÝ, P., VONDROUŠ, P., SOUKUPOVÁ, A., KALOVÁ H.
Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ (HRQoL) Závislosti a my, 4:9, 2002 pp. 23-27 (ISSN:1213-8584)
- 13.** URL: <<http://www.szu.cz/tema/zdravejsi-zivotni-styl>, 15.4.2008
- 14.** URL: >http://www.jcu.cz/data_fakta, 18.4.2008
- 15.** URL: ><http://www.zsf.jcu.cz/fakulta/char.html>, 18.4.2008
- 16.** URL: ><http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml>, 30.4.2008
- 17.** AKINSON, R. Psychologie. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 752s. ISBN 80-7178-640-3
- 18.** URL: >http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf, 1.5.2008
- 19.** Zdraví 21. Vydalo Ministerstvo zdravotnictví, 1.vyd. Praha 2004
- 20.** URL: > <http://www.kam.jcu.cz/>, 1.5.2008
- 21.** WHO Basic documents. Twenty fourth edition, WHO, Geneva 1974,164 s.
- 22.** URL: <<http://www.psvz.cz/zidkova/doc/kourilova.doc>, 12.4.2008

8. Klíčová slova

Kvalita života

Zdraví

Studenti

SF- 36

HRQoL

9. Přílohy

Příloha 1- Standardizovaný dotazník SF-36

Dotazník SF-36 o zdravotním stavu

Návod:

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

Výborné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Dostí dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejně jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3
4. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?			

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci nebo běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte je dno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uvedte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne

1

Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v předchozích 4 týdnech ?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořad	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocítoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocítoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

	(zakroužkujte jedno číslo)
Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Datum:

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1: Faktory ovlivňující kvalitu života nemocného	- 13 -
Tabulka 2: Změny stravovacích návyků	- 20 -
Tabulka 3 -Vyhodnocení poklesu počtu lymfocytů o 5%	- 23 -
Tabulka 4 -Počet šetřených osob a jejich průměrný věk	- 28 -
Tabulka 5 –Výsledné skóre mužů v porovnání s výsledky skóre žen	- 28 -
Tabulka 6 -Výsledky skóre Studenti v porovnání s evrop. standardem Oxford	- 31 -
Tabulka 7 -Výsledky skóre Studenti v porovnání s evrop. standardem Oxford (18)	- 33 -
Tabulka 8 -Výsledky skóre Studenti-ženy v porovnání s evrop. standardem Oxford	- 35 -
Tabulka 9 -Výsledky skóre Studenti-muži v porovnání s evrop. standardem Oxford	- 38 -
Tabulka 10 -Pravidelné stravování studentů v Menze	- 40 -
Graf 1 – Procentuální poměr mužů a žen ve sledovaném souboru	- 28 -
Graf 2 – Procentuální vyjádření průměrných výsledků skupiny žen,	- 30 -
Graf 3 – Procentuální vyjádření souboru Studenti v porovnání s evropským	- 32 -
Graf 4 – Procentuální vyjádření souboru Studenti	- 34 -
Graf 5 – Procentuální vyjádření souboru Studenti - ženy	- 37 -
Graf 6 – Procentuální vyjádření souboru Studenti - muži	- 39 -
Graf 7 – Studenti, kteří se pravidelně stravují se v menze	- 41 -
Graf 8 – Pravidelné stravování studentů v Menze	- 41 -
OBR.1: Maslowova pyramida potřeb	- 11 -
OBR.2: 8 domén	- 17 -