

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Sestra a podpora duševního zdraví
Simona Kováčsová**

**Bakalářská práce
2012**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Simona Kováčsová**
Osobní číslo: **Z09016**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Sestra a podpora duševního zdraví**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných záměrů.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Příprava na výzkumné šetření.
5. Sběr, zpracování a interpretace dat.
6. Zhodnocení cílů, výzkumných záměrů a doporučení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
2. BLATNÝ, M. a kol. Psychologie osobnosti : hlavní témata, současné přístupy. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
3. FALEIDE, A. O., LIAN, L. B. a kol. Vliv psychiky na zdraví : soudobá psychosomatika. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2864-3.
4. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. Pozitivní psychologie : radost, naděje, odpuštění, smířování, překonávání negativních emocí. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. Tajemství úspěšného jednání. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1995. ISBN 80-85623-84-6.
7. MARKOVÁ, M., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
8. ZVOLSKÝ, P. a kol. Obecná psychiatrie. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-494-2.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Linda Říhová
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2010

Termín odevzdání bakalářské práce: 16. července 2012


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v seznamu literatury všechny literární a odborné zdroje.

Byla jsem seznámena s tím, že se na mojí práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření práce vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím se zpřístupněním své bakalářské práce v Univerzitní knihovně Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12.7. 2012

.....
Simona Kováčsová

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří se na mé bakalářské práci podíleli, zdravotnickému zařízení, které mi umožnilo provést výzkumné šetření, rodině za trpělivost a zejména pak Mgr. Lindě Říhové za její cenné rady, podporu a obrovskou trpělivost.

.....
Simona Kováčsová

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou duševního zdraví a jeho podporou. Úkolem je zmapovat problematiku duševního zdraví z hlediska jeho determinant, které může člověk ovlivnit a rozvíjet, zjistit, jak zdravotní sestry podporují duševní zdraví nemocného a jak hodnotí sami sebe v oblasti duševního zdraví. Bakalářská práce je prací teoreticko-výzkumnou.

V teoretické části se zabývám vysvětlením pojmu duševní zdraví, duševně zdravou a adaptabilní osobností, duševní hygienou, nastíněním oboru pozitivní psychologie, týmem zajišťující duševní zdraví a zmapováním problematiky podpory duševního zdraví.

Ve výzkumné části se zabývám výsledky výzkumného šetření, pro jehož realizaci jsem použila nestandardizovaný mnou vytvořený dotazník. Ve výzkumné části předkládám grafické a písemné zhodnocení výsledků výzkumného šetření a analýzu povědomostí zdravotních sester o problematice duševního zdraví.

Klíčová slova

Duševní zdraví, duševní hygiena, pozitivní psychologie, multidisciplinární tým

Abstract

The bachelor's thesis deals with the problematics mental health and its support. The objective is to map mental health in terms of determinants, one can influence and develop, to find out how nurses promote mental health patients and how they evaluate themselves in mental health. The bachelor's thesis is a theoretical and research work.

In the theoretical part I deal with explaining the concept of mental health, mental health and adaptable personality, mental hygiene, outlining the field of positive psychology, team providing mental health issues and mapping of mental health.

In the research part I deal with the results of an investigation for the realization of which I have used unstandardized questionnaire created by me. In the research part I bring graphic and written evaluation of the results of an investigation and analysis of nurses' awareness about mental health problematics.

Keywords

Mental health, mental hygiene, positive psychology, a multidisciplinary team

Obsah

Úvod.....	9
Cíle práce	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Teorie duševního zdraví	10
1.1 Duševní zdraví	10
1.2 Duševně zdravá a adaptabilní osobnost	11
1.2.1 Kladné sebehodnocení	11
1.2.2 Čistá mysl.....	11
1.2.3 Cílevědomost.....	12
1.2.4 Smysluplnost života	12
1.2.5 Dobré komunikační dovednosti	12
1.2.6 Schopnost řešit problémy efektivně	13
1.2.7 Využívání adaptačních a sociálních dovedností.....	14
1.2.8 Udržování se v dobré fyzické a duševní kondici.....	15
1.2.9 Schopnost seberealizace	15
1.2.10 Autonomie.....	15
1.2.11 Subjektivní uspokojení.....	16
1.2.12 Adekvátní vnímání reality	16
1.2.13 Flexibilita	16
1.2.14 Nezdolnost – resilience	16
1.2.15 Koherence	16
1.2.16 Osobní tvrdost – hardiness	17
1.2.17 Naučené zdroje síly	17
1.2.18 Optimismus, naučený optimismus	17
1.2.19 Smysl pro humor	18
1.2.20 Víra, spiritualita.....	18
1.2.21 Sebedůvěra a síla ega	19
1.2.22 Svědomitost.....	19
2 Pozitivní psychologie	20
2.1 Témata pozitivní psychologie	20
2.1.1 Osobní pohoda a štěstí	21
3 Péče o duševní zdraví.....	23
3.1 Duševní hygiena.....	23
3.1.1 Čím se zabývá duševní hygiena	23
3.1.2 Zásady duševní hygieny	24
3.2 Psychoterapie	24
3.2.1 Podpůrná psychoterapie	25
3.3 Klinická psychologie.....	25
3.4 Koučing.....	26
3.5 Supervize.....	27
3.6 Multidisciplinární tým.....	27
4 Současná problematika duševního zdraví	29
4.1 Evropská konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví.....	29
4.2 Zelená kniha.....	30
4.3 Výběrová šetření o zdravotním stavu v ČR	31

VÝZKUMNÁ ČÁST	33
5 Výzkumné otázky	33
6 Metodika výzkumu	34
6.1 Výzkumný vzorek	34
6.2 Výzkumný nástroj	34
7 Analýza výsledků	35
8 Diskuze	57
9 Závěr	63
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	64
Seznam tabulek	68
Seznam obrázků	69
Seznam příloh	70

Úvod

Moje bakalářská práce je věnována problematice duševního zdraví a jeho podpoře. Pojem zdraví je základní kategorií medicíny i ošetrovatelství. Zdraví je podmínkou fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Ke zdraví výrazně přispívají i profesní skupiny jako jsou všeobecné sestry, porodní asistentky, lékaři a ostatní zdravotnický personál.

Zdraví je podle WHO z roku 1948 definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady. V této definici jde o celostní neboli holistické pojetí zdraví, protože vedle biologických faktorů člověka zahrnuje i faktory společenské a jeho duševní potřeby. „*Holismus je idealistická filozofie celistvosti*“ (Kutnohorská, 2009, str. 94). V dnešní době se často uchylujeme k pohledu na zdraví jako na problém těla, ale už se neohlížíme na duševní prožívání člověka. Zapomíná se na to, že v systematicky budovaném vztahu s nemocným se vytváří důvěra a dobrá spolupráce. Mnoho nemocí se vyřeší, až když se vyřeší duševní problém člověka. Předpokládá se, že duševní stav nemocného může jak kladně, tak i záporně ovlivňovat vývoj onemocnění.

Toto téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala proto, že si myslím, že je důležité, abychom měli ponětí o něčem jako je duševní zdraví a jeho podpora, a abychom zjistili, zda sestry ví, jak podporovat duševní zdraví nemocných.

Cíle práce

1. Uvést do povědomí pojem duševní zdraví a to, jak vypadá duševně zdravá osobnost.
2. Záměrem je vytvořit stručný přehled základních znaků duševního zdraví a nastínit stručný přehled oblastí psychologie, které se duševnímu zdraví a jeho podpoře věnují.
3. Zjistit, co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví a zmapovat jejich možnosti v oblasti podpory duševního zdraví nemocných.
4. Zjistit, jak se sami zdravotní sestry hodnotí v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Teorie duševního zdraví

1.1 Duševní zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2001 in Zelená kniha, 2005, s. 4) popisuje duševní zdraví jako: „stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity“.

Libor Míček ve své knize Sebevýchova a duševní zdraví (1986) popisuje dvě pojetí duševního zdraví – užší pojetí duševního zdraví a širší pojetí duševního zdraví.

Užší pojetí duševního zdraví spočívá v nepřítomnosti příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace – zjednodušeně řečeno nepřítomnost stresu. *Širší pojetí duševního zdraví* duševně zdravého jedince charakterizuje schopností adekvátní adaptace. Jde tu o adaptaci makrosociální a mikrosociální – tj. ve vztazích mezi lidmi a ve vztazích ke společnosti jako k celku a adaptaci intrapsychickou – tj. schopnost sebepoznání a sebevýchovy (Míček, 1986).

Nováková (2011) popisuje duševní zdraví jako takové, které je výsledkem dodržování správné duševní hygieny, kdy kritérii normy duševního zdraví jsou subjektivní sebeuspokojení, schopnost správného sebehodnocení i hodnocení druhých, pocit identity, schopnost seberealizace, samostatnost, snášenlivost, nezávislost, odolnost vůči stresu, sociální adaptace, dobře rozpoznávat realitu a tvořivost.

Duševní zdraví tedy neznamená pouze nepřítomnost duševního onemocnění, ale také zahrnuje duševní zralost jedince, a to přiměřenou jeho věku, která se projevuje rozvojem poznávacích, emocionálních a volních procesů. Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, která má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy a logicky myslet. Duševně zdravý člověk se umí adaptovat na nové situace a adekvátně na ně reagovat. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a dovede se i uvolnit (Marková in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 15; Míček, 1986).

1.2 Duševně zdravá a adaptabilní osobnost

Duševně zdravá a adaptabilní osobnost má dle Liškové (2007) tyto znaky:

1.2.1 Kladné sebehodnocení

Sebehodnocení je v knize J. Křivohlavého (Hartl, Hartlová, 2000 in Křivohlavý, 2004, s. 171) definováno jako „*hodnota, kterou jedinec přisuzuje sám sobě.*“

Křivohlavý v knize Psychologie zdraví (2003, s. 77) definuje tento termín jako „*schopnost vidět sebe sama obdobně jako vidíme druhého člověka, popsat se a ohodnotit se. Nejde však jen o popis a ohodnocení sebe samého, ale také o celý soubor kladných a negativních emocí s tím spojených.*“

Sebehodnocení je umožněno tím, že jsme schopni dívat se sami na sebe s odstupem času a zároveň výsledky tohoto pohledu vnímat. Výsledky našeho sebehodnocení nám mohou být oporou při zvládání životních těžkostí (Křivohlavý, 2003).

Lidé s kladným sebehodnocením si uvědomují, že jsou zvláštní a jedineční, ale zároveň i připustí, že nejsou dokonalí. Mohou dělat chyby, selhat či přijímat kritiku, ale nemají pocit, že jsou bezcenní. Mají tendenci být přátelštější, mají více důvěry a mají méně vnitřních konfliktů než osoby s nižším sebehodnocením, protože stresové situace přijímají spíše jako výzvu než stresor. Tito lidé připouští, že i ostatní lidé potřebují někdy pomoc a podporu a vycházejí jím vstříc. Jsou asertivnější, ale ne agresivní (Bryce, 2001; Křivohlavý, 2003).

O tom, zda bude mít někdo vyšší či nižší sebehodnocení se rozhoduje již v dětství. Podílí se na tom vztah rodičů k dětem, vztah sociálního okolí, jako jsou kamarádi, spolužáci, učitelé aj. V průběhu života se na sebehodnocení odráží druh práce, aktivit a na tom, jak je v nich člověk úspěšný (Křivohlavý, 2003).

1.2.2 Čistá mysl

Základem čisté mysli neboli pozitivního myšlení je zaměřit se na to, co se daří, co funguje a z toho pak čerpat důvěru a povzbuzování pro zvládání náročnějších životních situací. Neznamená to, že člověk popírá existující problémy, jedná se spíše o to, aby se člověk přesměroval a zaměřil pozornost na to, co je v životě pozitivního (Slezáčková, 2012). Člověk se zahlcenou myslí hůře zvládá náročné životní situace, mysl je vyplněná mnohdy negativními emocemi, což vede ke stresovým situacím. Pozitivní myšlení není pouze zaměření se na pozitivní stránky, znamená to také umět si vyvolávat z paměti příznivě vzpomínky (Diener, Biswas-Diener, 2008 in Slezáčková, 2012, s. 67).

1.2.3 Cílevědomost

V knize Křehký pacient a primární péče (2011, s. 38) kolektiv autorů uvádí formulaci podle R. A. Emmonse, že: „*Člověk je aktivní, záměrně a úmyslně jednající bytost, které jde o dosažení zcela určitých cílů.*“ Podle autorů této knihy, patří cílevědomost k smysluplnosti života.

K cílevědomosti můžeme také zahrnout nadějně myšlení, které může ovlivňovat pravděpodobnost dosažení cíle. Naděje je chápána jako multidimenzionální fenomén, který člověku umožňuje se vyrovnat s náročnou životní situací díky očekávání něčeho příznivého. Důležitou roli v procesu nadějněho myšlení hraje cíl, k jehož dosažení se upínají naše aktivity. Lidé silné naděje se při střetu s překážkou na cestě k cíli nevzdávají, ale snaží se hledat alternativy řešení a nalézat jiné cesty k jeho dosažení (Slezáčková, 2012).

Jedním ze zdrojů napětí pro mnoho osob je pocit, že život kolem nich pouze proplouvá. Pro to, aby k tomuto docházelo co nejméně, je třeba si stanovit cíle reálné. Naše cíle nás vedou k lepším výkonům a jejich dosažení posiluje naše sebevědomí a budoucí výkonnost (Bryce, 2001).

1.2.4 Smysluplnost života

Hledání smyslu považoval za motiv lidského chování humanistický psycholog A. Maslow, který zařadil potřebu seberealizace a smysluplnosti na vrchol své hierarchie potřeb. Většina autorů koncepcí štěstí a duševní pohody se shodují v tom, že smysluplné konání nebo smysluplná existence významně přispívá k pocitu štěstí a spokojenosti. „*Vědomí smyslu je tím, co nám výrazně napomáhá zvládat náročnější životní situace a udržovat si, popřípadě znovu obnovit narušenou duševní pohodu a vyrovnanost.*“ (Slezáčková, 2012, s. 130)

Smysl života si aktivně vytváříme a do svých činností jej vkládáme. Každý má smysl v něčem jiném. Někdo ho může mít v lásce, v práci někdo třeba ve výchově dětí.

Základní charakteristikou smysluplného bytí, je existence cíle, k němuž vše směřuje. Cílem se v tomto smyslu rozumí vytoužený stav, kterého se člověk snaží dosáhnout nebo realizovat svými aktivitami. Podstatné ale není pouze dosažení cíle, ale už i samotná cesta k cíli, ať je ho dosaženo či ne. Cesta k cíli dává cílům smysl a smysluplnost (Kalvach a kol., 2011).

1.2.5 Dobré komunikační dovednosti

Schopnost komunikovat pomáhá získat souhlas a pochopení pro dosažení cílů a přání. Dobré komunikační chování se vyznačuje především tím, že ve vhodném okamžiku říkáme ty pravé věci nebo ve správnou chvíli mlčíme. Komunikační dovednosti znamenají to, že vytvoříme

spojení mezi vlastními komunikačními záměry, aktivním nasloucháním a zdařilou zpětnou vazbou (Peters-Kühlinger, John, 2007).

Z profesního hlediska je u verbální komunikace důležitá aktivita a osvojení si komunikačních dovedností. Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu a komunikace, kterou vedou, je druhem péče, proto je důležité používání jazyka, kterému bude rozumět i pacient. Jednou z nejdůležitějších dovedností je naslouchání a podpora v projevu, mezi které patří: rezonance (druh zpětné vazby, kdy zopakujeme to, co pacient řekl a tím mu dáváme najevo, že ho vnímáme); reflexe neboli odezva (je to pokus o pochopení širšího myšlenkového celku pacienta a zopakování ho vlastními slovy); sumarizace (poskytnutí celkového přehledu sdělení pacienta, čímž dáváme najevo to, co podstatného jsme se sdělení vyrozuměli); povzbuzování (povzbuzovat pacienta v tom, aby v komunikaci pokračoval); empatie neboli soucítění (vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu, čímž dáváme najevo dobrou vůli člověku porozumět); mlčení (může být bráno jako prostor pro pacientovo přemýšlení, kdy je potřeba k tomu být citlivý a trpělivý). (Venglářová, Mahrová, 2006)

Naslouchání

Při naslouchání jde o porozumění tomu, co pacient říká. Člověka, kterého něco trápí, potřebuje někoho, kdo by mu naslouchal, komu by se mohl vypovědět a zároveň potřebuje někoho, kdo by i zvažoval a hodnotil to, co je mu řečeno. Při naslouchání jde hlavně o to, aby se naslouchající nesnažil vše hodnotit podle svých pojetí, ale aby se snažil poznat „svět“ pacienta a vžil se do jeho situace (Kalvach a kol., 2011).

Empatie

Empatie je procesem vžití se do psychické situace člověka, s nímž přicházíme do osobního styku a kterému v daném případě nasloucháme. Máme-li se vžít do situace druhého člověka, je třeba veškeré osobní starosti a problémy potlačit, musíme na čas dát stranou naše vlastní hodnotové žebříčky, morální pojetí a cíle našeho směřování života. Obrazně řečeno, „*jde o to vylít ze sklenice své duše vodu, abychom do ní mohli nalít jinou – pacientovy problémy, pocity, přání, úzkosti, obavy atp. jinak to vše nejde*“. (Kalvach a kol., 2011, s. 46)

1.2.6 Schopnost řešit problémy efektivně

Řešením problémů se zabýváme v případech, kdy potřebuje překonávat překážky, abychom našli odpovědi na otázky nebo dosáhli cíle. Pro úspěšné řešení problémů je důležitá flexibilita, která pomáhá řešit problémy v jednotlivých fázích jejich řešení. V první řadě je důležité identifikovat daný problém, který stojí v cestě k cíli. Je potřeba si uvědomit, že tato

situace, která nastala, je problém. Další fází při řešení problémů je umět problém definovat, abychom věděli, jak ho řešit. Tato fáze je stěžejní, protože jen při správném definování problému, ho budeme schopni efektivně řešit. Další fází je formulace strategie, kterou budeme daný problém řešit. V tuto chvíli můžeme problém rozčlenit na celky, které řešit zvládneme. Ve fázi formulace strategie dochází k ucelování myšlenek pro řešení problémů, které musíme postupně zúžit, abychom vybrali tu správnou strategii řešení. Další fází je organizace informací, které nám budou sloužit k realizaci řešení problému. Další fází je rozdělení zdrojů, v tomto smyslu myšleno například čas. Někdy ho je málo, někdy dostatek. V tuto chvíli je třeba uspořádat zdroje tak, aby jich bylo dostatek. Předposlední fází je průběžná kontrola, která je při efektivním řešení problémů důležitá, protože se tím člověk ujišťuje, že se ke svému cíli přibližuje. Končnou fází je zhodnocení, kde i nyní se může vyskytnout problém nový, ale zde, kdy směřujeme k novým vhladům a znovu začínáme, je cyklus kompletní (Sternberg, 2002).

Mezi hlavní způsob efektivního řešení problémů bych zařadila asertivitu.

Asertivita je způsob, jak prosadit svůj požadavek, jak prosadit sám sebe. Je to možnost, jak dávat najevo své emoce, požadavky a přání. Asertivní člověk umí dát najevo svá stanoviska, nebojí se oponovat, umí požádat o laskavost a umí říkat ne, aniž by se cítil jakkoliv trapně. Asertivita učí lidi, jak dělat přiměřené kompromisy. Asertivním chováním zůstaneme sami sebou. Asertivní chování je klidné, uvolněné a bez jakékoliv tenze. Lze jasně a s jistotou říci, o co nám jde a jak danou situaci hodnotím. Důležitý je pozitivní postoj k druhým. Asertivita považuje za důležité, aby každý rozhodoval sám za sebe a za svá rozhodnutí nesl důsledky (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2.7 Využívání adaptačních a sociálních dovedností

Sociální dovednosti jsou takové dovednosti, které nám umožňují pochopení a vycházení s druhými lidmi. Zdravé vztahy s rodinou a přáteli jsou velmi důležité a pomáhají se vyrovnat se zvýšeným napětím. Sociální podpora slouží jako nárazník proti rozrušení. Rozvíjení dobrých mezilidských vztahů zvyšují šance na budování vztahů (Bryce, 2001; Sollárová, 2008 in Výrost, Slaměník, 2008, s. 63).

Adaptace neboli přizpůsobování může být schopnost porozumět a vyrovnat se požadavkům vyplývajícím ze sociálních rolí. Adaptace je proces vyrovnávání se s nároky kladenými na člověka v interakci s prostředím. Zdravé vztahy s rodinou a přáteli, jsou velmi důležité a pomůžou nám se vyrovnat se stresem. Velmi užitečné pro osoby pod vlivem stresu je

představa, že osoby v jejich sociálním prostředí jsou k dispozici, když je jejich potřeba (Bryce, 2001; Paulík, 2010).

1.2.8 Udržování se v dobré fyzické a duševní kondici

Udržování se v dobré fyzické a duševní kondici spolu úzce souvisí, protože to co se děje v těle má určitý vliv i na duši, na psychický život. Tělesné cvičení různého druhu a pohyb je často projevem radosti z toho, že člověku stále vše funguje. Stále se zdůrazňuje potřeba chůze, protože čím déle člověk leží nebo má sedavé zaměstnání, tím více potřebuje pohyb na čerstvém vzduchu. Samy procházky dávají do pořádku naši psychiku, urovnávají se myšlenky a problémy. S pohybem úzce souvisí hra ve společnosti lidí, s nimiž jsme rádi. Nesmíme zapomínat na odpočinek a spánek, protože odpočinkem si, je velice důležité pro psychickou pohodu. Udržování se v dobré fyzické a duševní kondici pomáhá lépe se vypořádat s životními problémy (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

1.2.9 Schopnost seberealizace

Seberealizací se rozumí nejaktivnější složka sebepojetí, kdy jedinec poznává, hodnotí, prožívá ve vztahu k sobě city a jedná. Pojmem seberealizace je především myšleno uskutečňování potencialit, tedy možností vývoje a výkonu, které v nás jsou, ale jejichž uskutečnění není samozřejmé a je pro to něco udělat. Další myšlenkou seberealizace je přibližování se k ideálu, kdy jedinec, který se seberealizuje, přijímá ideál jako výzvu, která jej zavazuje změnit se, něco se sebou a ze sebe udělat (Helus, 2011, s. 187).

1.2.10 Autonomie

„Autonomní jedinec by měl řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí pomoci, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát si za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost a emocionální podporu a neměl by být zatížen přílišným strachem z druhých lidí ani pocity viny vůči nim.“ (Sýkorová, 2011 in Kalvach a kol., 2011, s. 34)

Autonomie je jev, který zahrnuje nezávislost a svobodu. To znamená, že autonomní jedinec je soběstačný ve vztahu k vlastním zdrojům, jeho možnostem, schopnostem a vůli využít šancí a voleb, které se mu nabízejí, samostatně se rozhodovat a svá rozhodnutí prosazovat nebo realizovat. Osobní autonomie přináší člověku pocit psychické a fyzické pohody, a tím představuje žádoucí rys jeho života. Dosažení autonomie a její udržení není zcela jisté, trvalé nebo úplné. Mění se v čase i v závislosti na životních podmínkách (Sýkorová, 2011 in Kalvach a kol., 2011, s. 34-35).

1.2.11 Subjektivní uspokojení

Subjektivní uspokojení je stav, kdy se člověk cítí skutečně dobře, kdy má radost. Radost je v první řadě pozitivní emoci, která patří do skupiny spolu s láskou, potěšením, zájmem, klidem atp. Subjektivní uspokojení souvisí s mnoha pozitivními emocemi. Je to emoční stav vznikající na základě uspokojení nějaké potřeby, kdy vnějším projevem radosti bývá smích (Křivohlavý, 2004; Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

1.2.12 Adekvátní vnímání reality

Adekvátní vnímání reality je nenarušené a nezkreslené vnímání reality a zároveň adekvátní kontakt s ní. Je to schopnost jednat na základě přiměřeného zhodnocení skutečnosti (Hájková, 2007). Adekvátním vnímáním reality rozumím, že člověk dokáže vnímat realitu takovou jaká je a přiměřeně na ni reaguje. Je těžké říci, jak má člověk vnímat realitu, protože realitu vnímá každý jinak.

1.2.13 Flexibilita

Flexibilní lidé se rychle dostanou do formy, pokud nastane situace, která neodpovídá tomu, co původně očekávali, dokážou si udržet psychické i fyzické zdraví při překonávání určitých nejistot, jsou produktivní i v nejistých situacích, vycházejí z nečekaných situací posílení, protože se dokázali vyrovnat s novými požadavky (Müller-Thurau, 2011, s. 73).

1.2.14 Nezdolnost – resilience

Osobnostní charakteristiky označující vnitřní houževnatost, schopnost odolávat zátěži a nevzdávat své úsilí se nazývá nezdolnost (Slezáčková, 2012).

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000 in Křivohlavý, 2004) definuje resilienci jako „*nezdolnost, houževnatost a souhrn faktorů, které člověku pomáhají přežít v nepříznivých podmínkách.*“ Jde o jev adaptace – schopnosti vyrovnávat se se životem tváří v tvář těžkostem. Nezdolnost příznivě ovlivňuje zdraví u lidí, kteří jsou v důsledku rizikových faktorů náchylní k nemocem. Nezdolní lidé lépe zacházejí se zátěží, protože vnímají sami sebe jako ty, kteří si zátěžové situace volí (Baštecká, Goldman, 2001; Křivohlavý, 2004).

1.2.15 Koherence

Aaron Antonovský popsal termín koherence jako pospolitost v sociálním slova smyslu, tj. pevná soudržnost skupiny lidí a jednak jako vnitřní skloubenost osobnosti člověka, tj. jednolité, „nerozdvojené“ srdce. Člověk, který koherenci podle tohoto pojetí vykazuje, vzdoruje lépe životním těžkostem. Dále ve své knize Křivohlavý (2003) popisuje podle

Antonovského osobnostní charakteristiku koherence, kterou definoval třemi základními charakteristikami: srozumitelností situace, smysluplností boje a zvládnutelností úkolu. Srozumitelnost (comprehensibility) – kognitivní složka, ve které jde o způsob chápání světa (věcí a lidí) jako toho, co je logicky pochopitelné, poznatelné, uspořádané a do značné míry předvídatelné. Smysluplnost (meaningfulness) – je motivační zaměření osoby k jejímu životnímu cíli, obsahuje schopnost chápat svou životní pozici jako hodnotnou a nalézat smysluplnost své existence. Zvládnutelnost (manageability) – je percepce možností, které má osoba k dispozici ke zvládnutí požadavků na ni kladených, zahrnuje schopnost ovlivňovat, řídit a zvládat své životní role a cíle (Křivohlavý, 2003; Slezáčková, 2012).

1.2.16 Osobní tvrdost – hardiness

Kobasová (Kobasová, 1979 in Křivohlavý, 2003, s. 74) ve svých výzkumech zjistila tři charakteristiky lidí. Jednou byl dojem dané osoby, že je s to řídit a kontrolovat dění, ve kterém se pohybuje. Druhou byla charakteristika oddanosti, tzn., do jaké míry se daný člověk osobně ztotožňuje s tím, co dělá. Třetí charakteristikou bylo chápání těžkosti situací jako výzev k boji. Tyto tři charakteristiky podřadila Kobasová pod záhlaví tzv. hardiness – osobní tvrdost. Také se v těchto studiích ukázalo, že lidé, kteří dosahují vyšších hodnot tvrdosti, lépe zvládají např. zdravotní těžkosti, jsou tělesně i psychicky zdravější, lépe se o sebe starají, používají častěji účinnějších strategií řešení problémů než strategií vyhýbání se těžkostem, častěji vyhledávají a využívají sociální opory apod. (Křivohlavý, 2003).

1.2.17 Naučené zdroje síly

Rosenbaum (Rosenbaum, 1990 in Křivohlavý, 2003, s. 79) se zabýval otázkami osobnostních charakteristik lidí, kteří dobře zvládají těžkosti. Jednu z nich, která má vztah k zvládnutí těžkostí, nazval naučený zdroj síly. Mezi naučené zdroje síly můžeme zařadit i naučený optimismus, o kterém hovořím dále.

1.2.18 Optimismus, naučený optimismus

Slezáčková (2012) ve své knize rozděluje optimismus podle různých autorů na dispoziční optimismus a optimismus jako explanační styl. Dispozičním optimismem se rozumí relativně stálá osobnostní charakteristika, která je do značné míry vrozená a geneticky podmíněná. Lidé optimističtí typicky očekávají příznivý průběh životních událostí, nepostrádají vírou, že se vše v dobré obrátí. Optimismus jako explanační styl je charakteristika získaná. Autoři jej chápou jako obvyklý způsob, jakým si člověk vysvětluje příčiny pozitivních nebo negativních

událostí svého života. Optimista vnímá příčiny neúspěchů jako přechodné a specifické a nebere je za důkaz své neschopnosti, zatímco příčiny úspěchu vnímá jako trvalé.

Na základě teorie optimismu jako explanačního stylu, vypracoval Seligman (Seligman, 1991 in Slezáčková, 2012, s. 71) koncepci naučeného optimismu. Základem naučeného optimismu je přesvědčení, že i na tom, co je vnímáno jako špatné a nežádoucí, lze najít něco nadějného, něco na čem můžeme pracovat, aby se naše situace zlepšila. Seligmanův přístup je účinnou strategií pro zvládání životních těžkostí, kdy se člověk může pokusit změnit způsob svého negativistického myšlení, který by ho jinak zavedl do úzkostí.

Bylo zjištěno, že lidé optimističtí lépe zvládají životní těžkosti. Mají větší vytrvalost při hledání kroků pro jejich lepší kvalitu života. Optimisté pečují o své zdraví a mají kladný vliv na osobní pohodu (Slezáčková, 2012).

1.2.19 Smysl pro humor

Blatný (2010) ve své knize charakterizuje smysl pro humor podle Klasifikace silných stránek charakteru a ctnosti, kterou sestavil Peterson a Seligman (2004). Smysl pro humor podle nich znamená mít rád legraci a škádlení, umět ostatní rozveselit a rozesmát, vidět světlé stránky života a umět žertovat (nejen vyprávět vtipy).

Slovník spisovného jazyka českého (1989) vysvětluje humor jako dobrou náladu, veselý rozmar se sklonem k žertování nebo dobrosrdečnému zesměšňování. Veselost, rozmar, veselý citový stav nálady (Slovník spisovného jazyka českého, 1989 in Baštecká, Goldmann, 2001).

1.2.20 Víra, spiritualita

Spiritualita neboli duchovnost v širším pojetí představuje otázky i celkové naladění osobnosti na to, co ji přesahuje, co je do jisté míry věčné a nemateriální. Duchovnost je tedy vše, co je v člověku duchovního a co člověka samotného přesahuje sdílením s někým jiným. Duchovnost obsahuje i uvědomění si své konečnosti a původu a objevuje se i u ateisty (Raudenská, Javůrková, 2011).

Spiritualita je dimenze, která může být považována za hnací sílu v životě každého jedince a která dává sílu všem aspektům života (Škrlovi, 2003, s. 434 in Malíková, 2011). Mezi věcmi a vztahy, se kterými se v životě člověk setkává, existují pro každého některé, které považuje za prvořadě důležité. Může to být nějaké místo nebo určitý den. Je to něco, co člověk hledá, něco posvátného (Kalvach a kol., 2011).

Blatný (2010) podle Klasifikace silných stránek charakteru a ctnosti dle Seligmana a Petersona (2004) charakterizuje spiritualitu jako zbožnost, víru, smysl: mít ucelenou představu o vyšším účelu a smyslu života, znát své místo v řádu vesmíru, mít smysl života a víru, která člověka vede, formuje a je zdrojem útěchy. Spiritualita slibuje niternost, autenticitu, svobodu, nedogmaticnost, hloubku citu, originalitu atd. (Blatný, 2010).

Duchovnost v užším pojetí je spojena s náboženstvím, které souvisí s kulturou a náboženskou výchovou ve společnosti (Raudenská, Javůrková, 2011).

Víra a spiritualita je pro duševní zdraví důležitá, protože pozitivně koreluje se zvládnutím těžkostí, a člověk, který v něco věří, hodnotí celkově kvalitu života výše než ti, kteří v nic nevěří (Křivohlavý, 2003).

1.2.21 Sebedůvěra a síla ega

Sebedůvěra vychází z pozitivního sebehodnocení. Znamená přesvědčení o vlastních schopnostech podávat adekvátní výkony a dosahovat cílů, které jsou stanoveny. Sebedůvěra je provázená pozitivními emocemi k vlastní osobě (Paulík, 2010).

Sebedůvěra se vyznačuje pokorou, která odlišuje psychicky odolné lidi od ostatních. Lidé s dobrou sebedůvěrou si neberou věci osobně a negativní odezvu považují za prostředek k tomu, aby se ve svém rozvoji posunuli dál. Ve svém nitru mají důvěru, která k tomu, aby zůstala silná, nepotřebuje žádné ujišťování zevnějšku. Hluboká vnitřní důvěra jim napomáhá pracovat způsobem, který jim zaručuje trvale vysoký výkon (Jones, Moorhouse, 2010).

1.2.22 Svědomitost

Svědomitost je individuální úroveň organizace, motivace a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování, která odlišuje spolehlivé, na sebe náročné lidi od těch, kteří jsou lhostejní (Šnýdrová, 2008).

Svědomitost mimo jiné, je součástí pětifaktorového modelu osobnosti, kterým se zabývá Blatný ve své knize. Kdy vysoká míra rysu svědomitosti vede ke spolehlivosti, pracovitosti, disciplinovanosti, pořádnosti a vytrvalosti (Blatný, 2010).

2 Pozitivní psychologie

Jak jsem již na začátku říkala, mým záměrem je nastínit stručný přehled oblastí psychologie, které se duševnímu zdraví a jeho podpoře věnují. Jednou z těchto oblastí je právě pozitivní psychologie.

Pozornost psychologů se v posledních letech soustřeďovala častěji na negativní jevy, jako jsou úzkost a strach, deprese a vyhoření atp., což vedlo k rozvoji pozitivní psychologie. Pěstování pozitivní psychologie by mělo znamenat vyrovnaní intenzity zájmů psychologů o obě stránky života, a to o to, co je kladné, tak i o to, co je záporné. Pozitivní psychologie je oborem, který se zabývá kladnými psychologickými jevy, které mají vliv na duševní zdraví člověka. Pozitivní psychologie chce klást větší důraz na jedince a prohlubovat poznatky o vlivu sociálních faktorů na duševní život člověka.

Za oficiální počátek směru pozitivní psychologie je považováno první společné setkání psychologů na podzim roku 1999 v americkém Lincolnu. Nesmíme ale opomenout to, že otázkami lidského štěstí a smysluplnosti se zabývali osobnosti již v období antické filozofie a spousta představitelů humanistické psychologie do nynější doby.

Je nutné říci, že snahou pozitivní psychologie není nabízet pohled přes „růžové brýle“, nebo snižování významu negativního prožívání v životě člověka, neboť dobré, kladné stránky člověka nabývají svého významu díky těm negativním. Současná vědecká pozitivní psychologie stojí na empirických výzkumech a šetřeních a svá doporučení a intervence formuluje na základně ověřených poznatků (Křivohlavý, 2004; Slezáčková, 2012).

2.1 Témata pozitivní psychologie

Jednou z hlavních myšlenek pozitivní psychologie je předpoklad, že skrze cílenou orientaci na to, co je v člověku zdravé a funkční, lze posílit mechanismy zvládání úkolů a situací, které jsou obtížné a náročné.

Pozitivní psychologie na základě svých výzkumů aplikuje své poznatky z oblasti studia kvality života a osobní pohody, věnuje se otázkám pozitivních emocí a optimálního prožívání, zkoumá kladné vlastnosti a rysy osobnosti (Slezáčková, 2012).

Já bych se ráda věnovala osobní pohodě a štěstí, která je podle mého názoru tím důležitějším v duševním životě člověka.

2.1.1 Osobní pohoda a štěstí

Osobní pohoda

Osobní pohoda je faktorem, který přispívá ke šťastnému a spokojenému životu. V pozitivní psychologii se osobní pohoda často vyskytuje pod pojmem well-being, kterým E. Diener rozumí racionální a emocionální zhodnocení vlastního života (Diener, Lucas, Oishi, 2002 in Křivohlavý, 2004, s. 181).

Podle Blatného (2010) je osobní pohoda dlouhodobý emoční stav, ve kterém se reflektuje celková spokojenost člověka s vlastním životem. Osobní pohoda je širokou kategorií různých psychologických proměnných, kterými jsou dlouhodobé pozitivní a negativní emoční stavy, štěstí, životní spokojenost, spokojenost ve významných oblastech života a sebehodnocení či sebeúcta (Diener a kol., 1999; Sirgy, 2002 in Blatný, 2010, s. 197).

Osobní pohodu tvoří složka kognitivní a emotivní. Kognitivní složka zahrnuje vědomé hodnocení vlastního života, představuje životní spokojenost, spokojenost ve významných oblastech života a sebehodnocení. Emoční složka je souhrnem nálad a emocí, a to jak pozitivních tak negativních, dále se sem řadí štěstí (Diener a kol., 1999 in Blatný, 2010, s. 197).

Řada psychologů jako jsou Freud a Maslow, upozornila na důležitost uspokojování potřeb pro pocit pohody, protože neuspokojená potřeba se projevuje napětím, které snižuje pocit pohody a naopak potřeba uspokojená vede ke zvýšení osobní pohody (Křivohlavý, 2004).

Diener a Biswas-Diener (Diener, Biswas-Diener, 2008 in Slezáčková, 2012, s. 25) začali nově používat termín duševní bohatství, které je důležitým předpokladem štěstí a zahrnuje životní spokojenost a štěstí, spiritualitu a smysluplný život, pozitivní postoj a kladné emoce, láskyplné mezilidské vztahy, zapojení se do aktivit a pracovních činností, hodnoty a životní cíle, které vedou k jejich naplnění, fyzické a mentální zdraví, materiální dostatek pro uspokojení našich potřeb.

Ryffová nabízí faktory podporující duševní pohodu v šesti základních dimenzích, a těmi jsou sebepřijetí, osobní rozvoj, smysl života, zvládnutí prostředí, autonomie a pozitivní vztahy s druhými lidmi (Ryffová, Burton, Singer, 2002 in Slezáčková, 2012, s. 26).

Biologicky orientovaní psychologové se zaměřili na genetický vklad, který může mít vliv na prožívání osobní pohody. Na základě studie na jednovaječných dvojčatech se ukázalo, že sklony k vyšší míře pohody mají lidé extravertovaní a lidé s nižší mírou neuroticismu.

Důležitým předpokladem pro duševní pohodu je to, jak se člověk staví ke světu a svému životu (Křivohlavý, 2004).

Štěstí

Křivohlavý (2011, s. 108) rozlišuje štěstí subjektivní, který znamená pocit radosti a štěstí a na druhé straně tzv. objektivní stav radosti a štěstí, který na druhém člověku vidíme ve chvílích, kdy tyto pocity prožívá.

Štěstí v pojetí Dienerových (Diener, Biswas-Diener, 2008 in Slezáčková, 2012, s. 25) není jen konečný cíl a žádoucí a kladný emocionální stav, který vyplyne z naplnění tužeb, ale neustálý proces, který pramení ze způsobů života, které zahrnují pozitivní postoje, smysl i spirituální rovinu. Skutečností tohoto konceptu je, že prožívané štěstí a spokojenost jsou prospěšné pro naše efektivní fungování. Štěstí se stává prostředkem, díky kterému dokážeme lépe dosahovat cílů.

V konceptu opravdového štěstí rozeznává Seligman tři základní aspekty: pozitivní emoce, aktivní zaujetí a smysluplnost. Podle Seligmana souvisí štěstí s prožíváním pozitivních emocí, kdy tyto emoce přispívají k tomu, že člověk vnímá svůj život jako příjemný a pohodlný. V druhé řadě naše štěstí plyne z našich aktivit a životní angažovanosti, které je štěstím, které zažíváme při plném ponoření se do práce, koníčků a jiných volnočasových aktivit, ale také při prožívání mezilidských vztahů. A do třetice souvisí naše štěstí s nalezeným smyslem, který je základem smysluplného života. Podle Seligmana lze smysl realizovat tehdy, až rozpoznáme svoje silné stránky a přednosti, které využíváme v aktivitách, které vedou k uspokojení potřeb ostatních a ne jen našich (Seligman, Opravdové štěstí, 2003 in Slezáčková, 2012, s. 28-29).

Psychologové vyzorovali, že o zážitcích radosti a štěstí se hovoří obvykle tam, kde daný člověk realisticky hodnotí jak svůj vlastní stav, tak stav svého prostředí (Křivohlavý, 2011, s. 108).

3 Péče o duševní zdraví

Duševní zdraví úzce souvisí se zdravím samotným a zvláště pak s prevencí nemocí, proto je důležité o něj pečovat. Člověk duševně zdravý je adaptabilní, schopný se přizpůsobit nebo reagovat na určité situace. Při péči o duši pečujeme o to, abychom dosahovali toho, co chceme, proto zde nastíním několik metod péče o duševní zdraví.

3.1 Duševní hygiena

L. Míček ve své knize Duševní hygiena definuje duševní hygienu takto: „*Duševní hygienou rozumíme systém vědecky zpracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“ (Míček, 1984, s. 9)

J. Křivohlavý ve své knize Psychologie zdraví (2003) píše:

„V užším slova smyslu se duševní hygienou rozumí boj proti výskytu duševních nemocí. V širším slova smyslu se duševní hygienou rozumí péče o umožnění optimálního fungování duševní činnosti. Jde o to přirozeně a realisticky odrážet realitu, reagovat přiměřeně na všechny podstatně důležité podněty, řešit běžné i nenadálé úkoly „na úrovni“, stále se duševně zdokonalovat a duševně, případně duchovně dále růst.“ (Křivohlavý, 2003, s. 143-144)

Duševní hygiena je disciplína, která stojí na rozhraní věd lékařských, psychologických a sociálních. Duševní hygiena má blízko k obecné psychologii, ze které čerpá poznatky o osobnosti a její adaptaci, dále souvisí s pedagogickou a vývojovou psychologií a zejména pak s psychologií klinickou. Velmi úzké vztahy má duševní hygiena s odvětvím psychologie a psychiatrie, a to s psychoterapií. Pravidla duševní hygieny se uplatňují především jako návod k řízení a ovlivňování sebe sama, na rozdíl od psychoterapie, která se zaměřuje na práci psychoterapeuta s pacientem tam, kde jedinec nestačí sám se svými silami na zvládnutí zátěžové situace (Míček, 1984).

3.1.1 Čím se zabývá duševní hygiena

Duševní hygiena se zabývá především duševně zdravými lidmi, protože jí jde o posílení duševního zdraví. Zaměřuje se na možnosti autoregulace jedince, působení na sama sebe a na přetváření svého prostředí. Lidem, u nichž se projevují příznaky duševní nerovnováhy, se snaží posílit jejich duševní zdraví a znovunabýt jejich duševní rovnováhu. Duševní hygiena se zabývá i lidmi nemocnými. Těm přináší podněty k dodržování zásad duševní hygieny a ukazuje, jak je možné vzdorovat nemocem při dodržování zásad duševní hygieny (Křivohlavý, 2003; Míček, 1984).

3.1.2 Zásady duševní hygieny

Důležité je si stanovit režim dne, kde je práce dostatečně vyvážená dobou pro relaxaci, aktivní a pasivní odpočinek a spánek.

Úkolovat sám sebe takovým množstvím úkolů a práce, které člověk zvládne bez přetěžování nervů.

Najít klidné prostředí, kde se člověk může soustředit a koncentrovat na práci.

Odstranit konfliktní situace.

Dodržovat správnou výživu, zamezit přejídání, pití nadměrného množství alkoholu a kávy, nekouřit.

Je důležité ujasnit si hodnotové cíle, ke kterým člověk zaměřuje své úsilí a vytvořit si systém hodnot. (Nováková, 2011, s. 53)

3.2 Psychoterapie

„Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.“ (Vymětal a kol., 2004, s. 20)

„Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem, tedy lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni, či jim tato destabilizace hrozí.“ (Vymětal, 2010, s. 9)

Psychoterapie je jedním z léčebných postupů. Využívá možnosti pacienta ovlivňovat psychologickými prostředky – rozhovorem, vzájemnou interakcí s psychoterapeutem, vztahem atd., je tedy vědomá a záměrná.

Psychoterapie jako léčebná metoda se využívá při potřebě zmírnit či odstranit symptomy vyvolané náročnou životní situací. Na rozdíl od duševní hygieny je zaměřena spíše na poruchy již existující, i když má také preventivní charakter. Psychoterapeutické působení může směřovat k osobnosti pacienta a hledat dávné příčiny jeho problémů. Profylaxe, tedy primární prevence, znamená opatření, jejichž cílem je zamezení vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů, které mají za následek poruchu zdraví. Sem můžeme zařadit například práci krizových center nebo práce školních psychologů, kteří mohou včas odhalit vyšší dispozice k úzkosti. Terapie, tedy sekundární prevence, je léčbou v běžném

slova smyslu. Znamená užití psychologických postupů a strategií, kterými se mírní a odstraňují poruchy zdraví. Cílem rehabilitace, tedy terciární prevence, je návrat do původního stavu. Rehabilitací se usiluje o zmírnění následků poruch zdraví. Často přechází v prevenci, čili dekompenzaci zdravotního stavu (Kalvach a kol., 2011; Míček, 1984; Vymětal a kol., 2004).

3.2.1 Podpůrná psychoterapie

Podpůrná psychoterapie je zaměřena na zlepšení stavu pacienta, na zmírnění symptomů nebo problémů. Zaměřuje se na zpracování emocí.

Principem podpůrné psychoterapie je otevřená komunikace s pacientem, kdy jde o aktivní naslouchání s projevy porozumění a zájmem o prožívání pacienta; je vhodné dát pacientovi prostor pro vyjádření emocí, zventilování hněvu či vzteku; je důležité pacientovi pomoci při porozumění životním situacím, které změnit většinou nelze, ale lze pozměnit alespoň náhled na ně; pomoci pacientovi změnit pohled do budoucna, pomoci mu přehodnotit plány, nalézt nové oblasti, ve kterých se může realizovat, což zlepšuje duševní pohodu (Kalvach a kol., 2011).

3.3 Klinická psychologie

V poslední verzi Koncepce oboru klinické psychologie v českém zdravotnictví, který předložila asociace klinických psychologů v Praze dne 24. listopadu 2000, se uvádí: „*Klinická psychologie je samostatným vědním oborem, jehož předmětem je duševní život člověka v biopsychosociálních souvislostech v kontinuu zdraví-nemoc.*“ (Růžička a kol., 2001 in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 21)

Klinická psychologie je obor zabývající se jedinečností člověka a jeho duševním životem v situacích, které se spojují s lůžkem (z řeckého *kline* = „*lůžko, lehátko*“), a to jak s domácím, tak s nemocničním, a který pojímá člověka jako bio-psychosociálně-spirituální jednotu systém v systémech okolního světa.

Klinický psycholog je přímým poskytovatelem zdravotní péče, která je hrazená zdravotní pojišťovnou tehdy, poskytuje-li péči na základně doporučení lékaře, v případě duševní krize nebo i bez tohoto doporučení. Je to vysokoškolsky vzdělaný zdravotnický pracovník a rovnocenný partner lékaře a odpovídá za veškerou odbornou činnost, kterou ve zdravotnictví vykoná (Růžička a kol., 2001 in Baštecká, Goldmann, 2001, s. 33).

Klinický psycholog se zabývá otázkami zdraví a nemoci a obzvláště člověkem, který je v situaci ohrožení zdraví. Od psychiatra se liší typem vzdělání, některými nástroji své práce i jiným úhlem pohledu na člověka. Oba mohou být psychoterapeuty, ale psychologické testy smí používat pouze psycholog a psychofarmaka pouze psychiatr (Baštecká, Goldmann, 2001).

3.4 Koučing

Koučing je relativně novým oborem, jehož cílem je napomáhat zdravým jedincům stanovovat si vhodné cíle, udržovat motivaci a překonávat překážky, které na cestě k cíli stojí. Základem koučingu je profesionální vztah mezi klientem a koučem, kdy kouč pracuje s klientem na základě hledání možností zlepšení výkonu. Většina koučů je trénována ve schopnosti aktivního naslouchání, využívají prostředky k podpoře klienta, k uznání jeho kvalit a dosažených úspěchů. Existují určité obecné známky koučingu (Whitworth a kol., 1998 in Slezáčková, 2012, s. 185), mezi které patří přesvědčení, že lidé disponují vnitřní kapacitou a potenciálem pro rozvoj a růst; zaměření se na společné stanovené cíle a rovnoprávný a spolupracující vztah.

Koučing usiluje o klientův rozvoj skrze interpersonální interakce a jeho cílem je napomoci jak úspěchu, tak i vyšší míře osobní pohody a spokojenosti. Uplatnění základních metod koučingu využívajícího poznatky a intervence pozitivní psychologie (Biswas-Diener, Dean, 2007 in Slezáčková, 2012, s. 185) spočívají v zvyšování míry štěstí a spokojenosti klienta skrze postupy na zvýšení míry positivity, osvojení postupů pozitivního myšlení apod., dále pak v rozpoznávání, posilování a využívání silných stránek klienta, a to jak v osobní rovině, tak v rovině sociální.

Je důležité pomáhat klientům uvědomovat si svoje úspěchy, vést je k tomu, aby na druhých rozpoznávali a oceňovali jejich kladné stránky, inspirovat je k tomu, aby se při řešení konfliktů a problémů zaměřovali na to, co může přinést i nepatrnou změnu k lepšímu apod. (Slezáčková, 2012).

3.5 Supervize

„*Supervize je setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty.*“ (Venglářová, 2011, s. 15.) Hess (Hess, 1980 in Hawkins, Shohet, 2004, s. 59) definuje supervizi jako „*čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem.*“

Supervize slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců, poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů, kdy etickým kritériem je prospěch pacienta. Supervizor může pomoci k tomu, jak klientovi lépe porozumět, jak si lépe uvědomovat své reakce a odezvy na klienta a podívat se na to, jaké jsou dopady intervencí, které personál koná (Hawkins, Shohet, 2004; Venglářová a kol., 2011).

Supervize je setkání pracovníků se supervizorem, jejichž obsahem rozhovorů jsou situace, které zdravotníci zažívají ve své praxi. Supervizor nabízí pohled zvenčí a přináší svá doporučení a zkušenosti. Výsledkem supervize může být i doporučení dalšího vzdělávání. Základním postojem supervizora je jeho ochota porozumět obtížím pracovníků a pochopení pro náročnou práci (Venglářová a kol., 2011).

3.6 Multidisciplinární tým

Při prvních obtížích, které člověk zjistí, se pravděpodobně obrátí na svého *praktického lékaře*. Ten by měl posoudit jeho stav a doporučit mu odborníka. Stále pak zůstává odborníkem, který je schopen koordinovat veškerou medikaci a zdravotní služby, které klient v průběhu života potřebuje. Tudíž by měl být nadále informován o stavu svého klienta.

Psycholog je nemedicínský odborník, který pracuje s klientem nemedicínskými metodami – psychoterapie. Jeho omezení tkví v tom, že nesmí předepisovat medikamenty.

Psychiatr je lékař, který pracuje s duševně nemocnými v rámci medicínského vzdělání, kterým prošel. Je to odborník, který navrhuje postup léčby a je člověkem, se kterým může klient otevřeně diskutovat o svých problémech. Psychiatr provádí diagnostiku a zpravidla medikamentózní terapii. Psychiatr je člověkem, který musí v první řadě srozumitelně vysvětlit celou problematiku klientova duševního onemocnění a vysvětlit mu postupy léčby, musí si umět poradit s emocemi, které mohou být velmi bouřlivé a umět ho povzbuzovat.

Psychiatrické sestry jsou průvodci na cestě k léčbě nemoci klienta a při zvládnání situací, které by ho mohly přemoci. Měly by být schopny v případě potřeby pomoci kontaktovat další odborníky v péči o klienta, pokud se zhoršuje jeho zdravotní stav.

Dalšími odborníky jsou *terapeuti*, kteří pracují v rámci individuální či skupinové terapie – muzikoterapie, arteterapie -, kteří se snaží zprostředkovat pohledy klienta na jeho obtíže v rámci svých specializací pomocí uměleckého vyjádření. Rehabilitační pracovníci a ergoterapeuti pomáhají s rehabilitací, pomůckami a s nábívkou konkrétních dovedností. Nejedná se o aktivity, jejímž cílem je konečný výtvar, ale sama aktivita.

V průběhu léčby se klient může setkat se *sociálním pracovníkem*, který by měl umět klientovi poskytnout dostatek informací a kontaktů v souvislosti s aktuální situací (informace o finančních možnostech a postupech spojených se stavem klienta – nemocenské dávky, invalidní důchod, zaměstnávání a rehabilitace apod.), poskytnout informace i možnostech péče (kontakty na zařízení, které mohou pomoci v konkrétních situacích – rehabilitace, domácí péče, právní pomoc apod.).

Součástí každého týmu v péči o klienta jsou *rodina a jeho blízcí*. Toto jeho prostředí, kde klient funguje, je oblast, která je onemocněním ovlivněna nejsilněji. Zároveň je to prostor, který klienta ovlivňuje, a to jak pozitivně, tak negativně. Rodina se může stát stimulem, který klientovi pomáhá v opětovném zařazení do života. Stejně tak může být pozadím klienta, které může být ovlivněno terapií nebo jednou z překážek k uzdravení (Čadková-Svejkovská, 2008 in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 60-63).

4 Současná problematika duševního zdraví

V posledních desetiletích se problémy tělesného i duševního zdraví člověka dostávají na přední pozice vědeckého i veřejného zájmu. Zkoumání je možné proto, že už existuje velký počet postupů a nástrojů, které hodnotí duševní zdraví a prožívanou osobní pohodu (Blahutková, Dan, 2008, s. 123 [online]).

4.1 Evropská konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví

V roce 2005 se v Helsinkách konala Evropská konference ministrů zdravotnictví k otázkám duševního zdraví, pořádaná Světovou zdravotnickou organizací, kde byl v rámci Evropské deklarace duševního zdraví sestaven Akční plán duševního zdraví pro Evropu s podtitulem Čelit výzvám, nalézat řešení. Tento Akční plán navrhuje způsoby a prostředky přípravy, zavedení a zpevnění komplexních politických koncepcí duševního zdraví v zemích Evropského regionu Světové zdravotnické organizace, které vyžadují kroky ve dvanácti oblastech, které jednotlivé země promítnou do koncepcí svých vlastních strategií a plánů duševního zdraví, co by mělo v průběhu příštích deseti let nastat.

Nyní nastíním několik stěžejních bodů tohoto Akčního plánu.

Podporovat pocit duševní pohody pro všechny

Míru duševního zdraví chtějí ministři zdravotnictví členských států Evropského regionu Světové zdravotnické organizace (dále jen ministři) zvýšit přípravou a realizací efektivních plánů na podporu duševního zdraví, které by se měly zabývat podporou duševního zdraví v průběhu celého života a vyvinout komplexní strategie podpory duševního zdraví. Dále chtějí ministři schválit podporu duševního zdraví jako dlouhodobou investici a vypracovat vzdělávací a informační programy, které jsou založené na vědeckém důkazu. Chtějí integrovat komponenty duševního zdraví do existujících politických koncepcí a programů podpory zdraví a veřejného zdraví.

Dokázat stěžejní význam duševního zdraví

Ministři chtějí učinit kroky k tomu, aby se duševní zdraví stalo neoddělitelnou součástí veřejného zdraví a aby se hledisko duševního zdraví zahrnulo do národních politických koncepcí a legislativ.

Zavést odpovídající informovanost o duševním zdraví

Ministři chtějí vyvinout a posílit národní systém dohledu, který je založený na mezinárodně standardizovaných indikátorech a systémech sběru dat, určený k monitoraci dosaženého pokroku při plnění mezinárodních cílů sledujících zlepšení duševního zdraví a pocit tělesné a duševní pohody. S použitím schválené metodologie chtějí podporovat provádění průzkumů duševního zdraví v populaci napříč Evropským regionem Světové zdravotnické organizace, monitorovat stávající programy duševního zdraví a podpořit šíření informací v praxi.

Vyhodnotit efektivnost a podat nové vědecké důkazy

Mezi hlavní priority výzkumu se řadí analýzy politiky duševního zdraví, vyhodnocování programů zaměřených na duševní zdraví a vědecké důkazy ve vztahu k aktivitám zaměřeným na prevenci a k ekonomickým otázkám v oblasti duševního zdraví. Kroky ministrů jsou zaměřené na podporu výzkumu, který by usnadnil tvorbu programů zaměřených na prevenci, kde je nutný výzkum důsledků propojeného charakteru mnoha problémů, a to ze strany duševního, fyzického a sociálního zdraví. Dále chtějí investovat do vzdělávání ve výzkumu duševního zdraví napříč vědeckými disciplínami, včetně antropologie, sociologie, psychologie a ekonomie a vytvářet dlouhodobá partnerství na akademické půdě.

Těchto a spousta dalších výzev chtěly členské státy prostřednictvím Deklarace duševního zdraví pro Evropu a tohoto Akčního plánu dosáhnout v letech 2005-2010. (Akční plán duševního zdraví pro Evropu, 2005 [online])

4.2 Zelená kniha

První reakcí na výzvy, o kterých jsem se zmínila v předchozí podkapitole, je Zelená kniha: Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva – Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Zelená kniha navrhuje stanovit strategii Evropské unii v oblasti duševního zdraví a klade si za cíl zahájit s evropskými orgány, vládami, zdravotnickými odborníky, zúčastněnými stranami v jiných odvětvích, občanskou společností, organizacemi pacientů a výzkumnou obcí diskuzi o významu duševního zdraví pro Evropskou unii.

Pro občany představuje duševní zdraví prostředek, který jim umožňuje uskutečňovat duševní a citový potenciál, nacházet a plnit role ve společenském a pracovním životě. Pro společnost přispívá dobré duševní zdraví k prosperitě, solidaritě a sociální spravedlnosti. Poskytování účinné a kvalitní péče o duševní zdraví a jeho léčby, představuje hlavní prioritu.

Podpora duševního zdraví a prevence duševních nemocí se týká individuálních rodinných, komunitních a sociálních činitelů duševního zdraví a spočívá v zvyšování ochranných faktorů, jako je například nezdolnost, a v omezování rizikových faktorů. Podpora duševního zdraví je zaměřená na celou populaci, a to již na děti v prvních rocích života, kdy se duševní zdraví významně utváří, dále na populaci pracujícího obyvatelstva, podpora duševního zdraví lidí vyššího věku, na zranitelné skupiny společnosti a další.

Stávající zdravotnické systémy provádějí nedostatečné sledování duševního zdraví. Je třeba zásadním způsobem usilovat o harmonizaci stávajících vnitrostátních a mezinárodních ukazatelů v oblasti duševního zdraví. Ke zlepšení stávající praxe by mohla napomoci lepší obeznámenost s významem duševního zdraví a vlivů duševních nemocí na kvalitu života a zdraví.

Obecně se lze shodnout na tom, že rozměr duševního zdraví si žádá vyššího uznání ze strany tvůrců politik i větší povědomí veřejnosti (Zelená kniha, 2005 [online]).

4.3 Výběrová šetření o zdravotním stavu v ČR

Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace HIS CR 2002 se zabývalo šetřením emoční pohody respondentů na základě pěti otázek, které zjišťovaly, jak často se během dvou týdnů respondent cítil veselý a v dobré náladě, cítil klidný a v pohodě, cítil aktivní a plný energie, cítil po probuzení čerstvý a odpočatý, jak často během dvou týdnů byly jeho dny života naplněny věcmi, které ho zajímají. Odpovědi respondentů byly zpracovány na základě podkladu WHO Well Being Index z roku 1998 a bylo získáno celkové skóre každého respondenta. Emoční porucha byla zaznamenána u 17 % mužů a 25 % žen. Bylo zjištěno, že s rostoucím věkem se i podíl osob s emoční poruchou zvyšuje. Dále byly zjišťovány rozdíly mezi respondenty žijícími ve městě a na venkově, podle měsíčního příjmu, podle rodinného stavu, vzdělání (Daňková, ÚZIS ČR, 2003 [online]).

Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR EHIS CR hodnotí duševní zdraví, vitalitu a kognitivní schopnosti. Tímto šetřením byl zjištěn v porovnání s otázkami z roku 2002 trend zlepšování hodnocení duševního zdraví a vitality. V tomto šetření se duševní zdraví hodnotí pomocí sady devíti otázek převzatých z dotazovacího nástroje SF36. Respondentům byly kladeny dotazy na to, jak často v průběhu posledních čtyř týdnů se cítili plní života, jak často se cítili velmi nervózní, jak často pociťovali tak špatnou náladu, že je nemohlo nic rozveselit, jak často pociťovali klid a pohodu, jak často byli plní energie, jak často pociťovali

pesimismus a smutek, jak často se cítili vyčerpaní, jak často byli šťastní a jak často se cítili unavení. Z odpovědí respondentů byly zkonstruovány dva ukazatele, a to Index vitality (VITAL), který v sobě zahrnuje otázky, zda se respondent cítil plný života, plný energie, vyčerpaný a unavený, kdy hodnota indexu 100 značí maximální vitalitu, a Index duševního zdraví (Mental Health Index – MHI), který zahrnuje otázky, jak často se respondenti cítili nervózní, ve špatné náladě, pesimističtí a smutní, šťastní a v klidu a v pohodě. Opět hodnota indexu 100 značí maximálně dobré duševní zdraví.

V následující tabulce je ukázána struktura respondentů podle odpovědí na otázky duševního zdraví, kdy počet respondentů činil 1955.

Tab. 1 Struktura respondentů podle odpovědí na otázky duševního zdraví

Jak často během posledních 4 týdnů:	Struktura respondentů v %					Bez odpovědi (abs.)
	stále	většinou	občas	málokdy	nikdy	
Jste se cítil(a) plný(á) života?	24,3	47,3	18,1	8,3	2,0	43
Jste se cítil(a) velmi nervózní?	0,8	6,9	34,0	35,5	22,8	37
Jste pociťoval(a) tak špatnou náladu, že vás nic nemohlo rozveselit?	0,6	4,1	21,5	35,8	38,0	50
Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	14,8	56,8	19,8	7,6	1,0	33
Jste byl(a) plný(á) energie?	19,0	42,0	23,4	11,9	3,7	36
Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1,2	4,4	23,3	36,1	35,0	64
Jste se cítil(a) vyčerpan(a)?	2,1	11,4	42,2	30,7	13,5	32
Jste byl(a) šťastný(á)?	20,6	46,6	24,4	7,1	1,3	52
Jste se cítil(a) unaven(a)?	4,3	12,5	54,0	23,3	5,8	26

Zdroj: Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR, ÚZIS ČR, *Aktuální informace č. 12/2010*, s. 2.

Index duševního zdraví zahrnuje otázky týkající se psychiky a nálad respondenta. Pod kritickou hranicí, tedy 50 bodů, se pohybuje 5 % mužů a 12 % žen, tedy osoby se špatným duševním zdravím. Bylo zjištěno přechodné zlepšení duševního zdraví u mužů ve věku 55-74 let. Srovnání s předchozími šetřeními lze uskutečnit pouze částečně z důvodu toho, že otázky nejsou plně srovnatelné (Daňková, ÚZIS ČR, 2010 [online]).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumné otázky

1. Co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví?
2. Jak zdravotní sestry hodnotí sami sebe v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví?
3. Kolik zdravotní sestry znají psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, supervizorů a koučů a kolik by jich doporučily?
4. Kde zdravotní sestry hledají informace o odbornících pečujících o duševní zdraví?
5. Jak zdravotní sestry podporují duševní zdraví nemocného?

Hypotézy

1. Předpokládám, že si zdravotní sestry pod pojmem duševní zdraví nejčastěji představují být bez stresu, a to ve více než v 50 %.
2. Myslím si, že zdravotní sestry se budou v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví hodnotit průměrně škálou 6 - 7 na škále od 1 do 10, kde nejméně je 1 a nejvíce 10.
3. Myslím si, že zdravotní sestry znají průměrně 5 psychologů, z nichž by 4 doporučily, 5 psychoterapeutů, z nichž by 4 doporučily, 3 psychiatry, z nichž by 2 doporučily a žádného kouče a supervizora.
4. Myslím si, že zdravotní sestry nejčastěji hledají informace o odbornících pečujících o duševní zdraví na internetu, a to více jak 50 %.
5. Myslím si, že zdravotní sestry sdělí, že nejčastěji podporují duševní zdraví nemocného nasloucháním a komunikací.

6 Metodika výzkumu

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví a zmapovat, jak se snaží podporovat duševní zdraví nemocných a zjistit, jak se sami zdravotní sestry hodnotí v jednotlivých kategoriích spadajících do jednotlivých kategorií spadajících do teorie duševního zdraví.

Výzkumné šetření probíhalo na přelomu května a června roku 2012, pro jehož zrealizování jsem zvolila dotazníkovou metodu (Příloha A). Na základě pilotního výzkumu, který činil pouze jednu respondentku, jsem pozměnila formulaci nějakých otázek a dodala vysvětlení k pojmům, které jí nebyly známy.

Cílem bylo prozkoumat postoje k problematice duševního zdraví alespoň u 40 zdravotních sester, kterým byl dotazník rozdán hlavní sestrou nemocnice. Na vyplnění dotazníku měly 12 dní, během kterých bylo vyplněno všech 40 dotazníků, tedy návratnost byla 100%.

6.1 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo 40 zdravotních sester. Hlavní sestra při rozdávání dotazníků rozdělila dotazníky tak, aby jich bylo 20 na interním a 20 na chirurgickém oddělení.

6.2 Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem byl nestandardizovaný mnou vytvořený dotazník, který jsem vytvořila na základě stanovených cílů a výzkumných otázek.

Dotazník obsahoval 15 otázek, z nichž 6 jich bylo uzavřených, 7 otevřených, 2 škálovací.

7 Analýza výsledků

K vyhodnocení dat jsem použila program Microsoft Excel 2007 a Microsoft Word 2007. Výsledky interpretuji ve formě tabulek a grafů, kde znázorňuji výsledky v číselných hodnotách, u některých otázek i v procentech. Dotazník byl tedy rozdán 40 zdravotním sestřám, kde bylo celkově 20 dotazníků na interním a 20 dotazníků na chirurgickém oddělení. Chtěla bych upozornit na fakt, že u některých otázek odpovědi zdravotních sester nejsou rozděleny podle oddělení, na kterých pracují (Otázka 3 – Tab. 4; Otázka 4 – Tab. 5 a 6; Otázka 5 – Tab. 7; Otázka 7 – Obr. 4; Otázka 9 – Obr. 6)

Otázka č. 1 *Jaké je vaše pohlaví?*

- a) Žena
- b) Muž

Tab. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
žena	40	100%
muž	0	0%

Na otázku, jaké je pohlaví dotazovaných, byla jednoznačná odpověď, a to, že 40 (100 %) respondentů, tedy zdravotních sester, je ženského pohlaví.

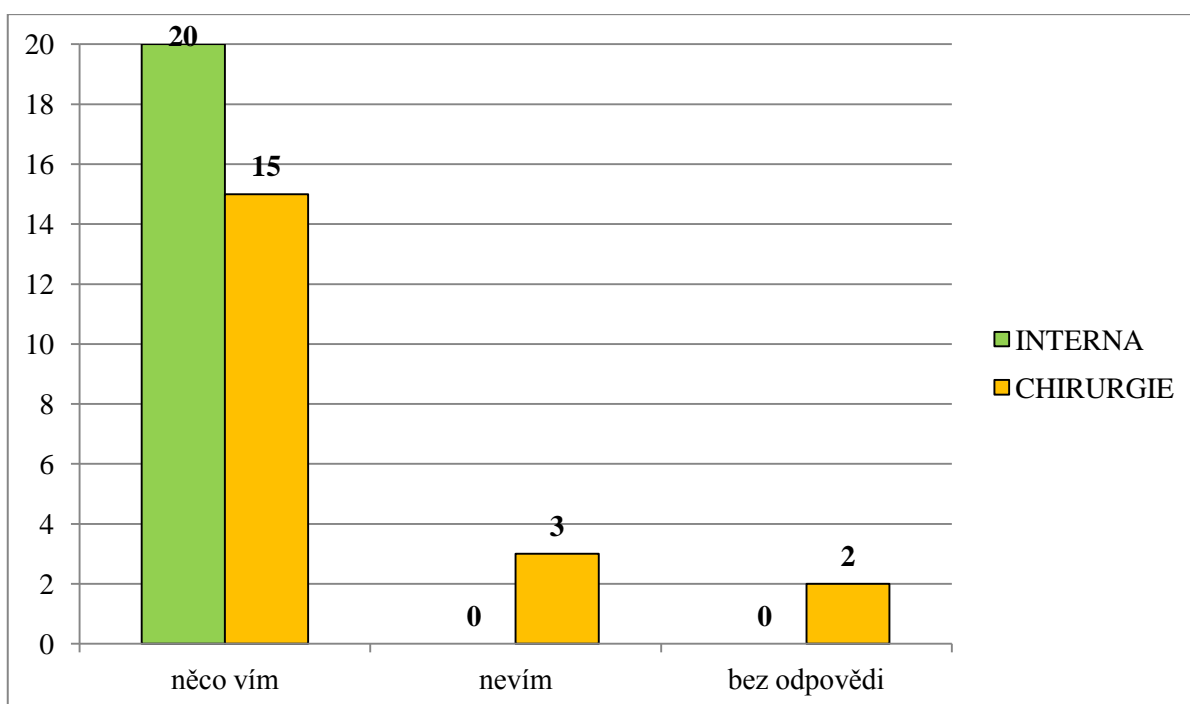
Otázka č. 2 *Na jakém oddělení pracujete?*

Tab. 3 Oddělení, na kterém respondentky pracují

Oddělení	absolutní četnost	relativní četnost
interní	20	50%
chirurgické	20	50%

Na otázku, na jakém oddělení zdravotní sestry pracují, odpovědělo 20 (50 %) zdravotních sester, že na oddělení interním a 20 (50 %) na oddělení chirurgickém. V této otázce některé sestry uváděly, že pracují na ambulanci nebo jednotce intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že počet těchto sester byl minimální, a to 8 z celkového počtu zdravotních sester, rozdělila jsem respondentky pouze podle oddělení interního a chirurgického.

Otázka č. 3 Co si představujete pod pojmem duševní zdraví?



Obr. 1 Graf zobrazující počet zdravotních sester, které odpověděly na otázku

Na otázku, co zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví, odpovědělo všech 20 (100 %) zdravotních sester interního oddělení. Zdravotní sestry chirurgického oddělení odpověděly v počtu 15 (75 %), 3 (15 %) zdravotní sestry odpověděly, že neví a 2 (10 %) zdravotní sestry neodpověděly vůbec.

V následující tabulce (Tab. 4) jsou odpovědi zdravotních sester na otázku, co si představují pod pojmem duševní zdraví.

Otázka, co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví, byla otázka otevřená, tedy zdravotní sestry většinou odpovídaly více odpověďmi. Odpovědi zdravotních sester jsem rozdělila do kategorií, do kterých jsem zařadila jednotlivé odpovědi. Tyto kategorie jsou mnou subjektivně vytvořené.

Tab. 4 Tabulka zobrazující co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví

Kategorie		Počet odpovědí	Celkem
Pohoda	život bez stresu	5	24
	psychická pohoda	11	
	psychické zdraví	1	
	pohoda mysli	1	
	celková pohoda	4	
	spokojenost	1	
	spokojenost se sebou samým	1	
Vyrovnanost	psychická vyrovnanost	8	15
	klid v duši	4	
	pozitivní myšlení	1	
	čistá mysl	2	
Transcendence	optimismus	6	17
	dobrá nálada	3	
	víra	2	
	smysl života	1	
	radost ze života	2	
	veselost	2	
	šťěstí	1	
Sociální inteligence	efektivní řešení problémů	2	5
	korektnost	1	
	dobrá komunikace	1	
	flexibilita	1	
Odolnost	zvládání stresových situací bez emočního vypětí	1	7
	schopnost zvládat různé situace	2	
	schopnost adaptace	1	
	jak jsme odolní vůči stresu	1	
	být schopná plnit své cíle, požadavky na mě kladené	1	
	schopnost relaxovat	1	
Ostatní	pocit člověka jak se momentálně cítí	1	8
	nauka o tom, jak jsme schopni upevňovat svojí psychiku	1	
	zdraví	1	
	stav nitra člověka	2	
	orientace	1	
	člověk není uzavřen do sebe	1	
	dobrá fyzická a duševní kondice	1	
Potřeby	uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb	3	3
Nevím	nevím	2	3
	nevím, neznám	1	
Bez odpovědi			2

Z celkového počtu odpovědí, které zdravotní sestry naspaly, tj. 82, se nejčastěji objevovaly odpovědi zahrnuté do kategorie Pohoda, a to v počtu 24.

Otázka č. 4 *Co je podle vás znakem toho, že je člověk duševně zdravý? Za znak považují to, o čem si myslíte, že ve vás duševní zdraví vyvolá.*

Tab. 5 Co je znakem duševně zdravého člověka

Kategorie		Počet odpovědí	Celkem
Pohoda	spokojenost	5	21
	životní pohoda	1	
	pohoda	4	
	klid	5	
	psychická pohoda	3	
	bez stresu	1	
	uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb	2	
Vyrovnanost	vyrovnanost	10	19
	duševní rovnováha	2	
	nadhled	3	
	čistá mysl	3	
	emoční stabilita	1	
Transcendence	optimismus	10	25
	smích	6	
	smysl pro humor	1	
	radost	3	
	dobrá nálada	1	
	štěstí	4	
"Já"	zdravé sebevědomí	2	5
	kladné sebehodnocení	1	
	schopnost seberealizace	1	
	cílevědomost	1	
Sociální inteligence	efektivní řešení problémů	1	11
	přiměřené reakce na danou situaci	3	
	schopnost adaptace	2	
	vyrovnání se s běžnými denními problémy	1	
	harmonické vztahy	1	
	poctivost	1	
	čestnost	1	
	vřelost	1	

Na tuto otevřenou otázku, odpovídaly zdravotní sestry různými odpověďmi. Na tuto otázku odpovědělo 39 zdravotních sester, 1 zdravotní sestra na tuto otázku neodpověděla. V tabulce (Tab. 5) jsou zkatégorizovány jednotlivé odpovědi zdravotních sester a do nich zařazené příslušné odpovědi. Kategorie jsou mnou subjektivně vytvořené. Z celkového počtu odpovědí, zdravotní sestry nejčastěji udávaly odpovědi zahrnuté v kategorii Transcendence, a to celkem 25.

Pro zdánlivé nepochopení otázky, se v odpovědích objevily odpovědi, které nejsou z mého pohledu správné. Pro úplnost uvádím tyto odpovědi v následující tabulce (Tab. 6).

Tab. 6 Nesprávné odpovědi na otázku, co je znakem toho, že je člověk duševně zdrav

Kategorie	Počet odpovědí
zdraví	3
láska	1
práce	1
dost peněz	1
děti	1
zvířata	1
přátelské vztahy na pracovišti	2
podpora v rodině a přátelích	1
umět relaxovat	4
sport	1
přátelé	2
příjemná komunikace	1
zájem o okolí a sebe samého	1
dobré slovo	1
pohlazení	1

Celkový počet nesprávných odpovědí je 22. Vysvětluji si to nepochopením otázky pro možné dvojsmyslné pojetí dodatkového textu, který může být zavádějící. Odpovědi v Tabulce 5 jsou odpověďmi, které jsem požadovala, a tedy odpovědi takové, které duševní zdraví způsobí, co cítí duševně zdravý člověk. Odpovědi v Tabulce 6, tedy odpovědi pro mě nesprávné, jsou odpovědi, které k duševnímu zdraví teprve vedou, které ho vyvolají.

Otázka č. 5 Jak se snažíte podporovat duševní zdraví nemocného?

Tab. 7 Podpora duševního zdraví zdravotní sestrou

Kategorie		Počet odpovědí	Celkem	
Komunikace	komunikace	komunikací	12	36
		komunikací o problémech	3	
	informovanost	dostatkem informací	7	
		seznámením s oddělením	1	
		vysvětlováním pojmů	2	
	naslouchání	nasloucháním	10	
zájmem o starosti		1		
Lidskost	laskavost	vlídností	4	27
		láskyplností	1	
		vstřícností	2	
	psychická podpora	psychickou podporou	4	
		povzbuzováním	3	
	empatií		11	
pohlazením		2		
Emoce a práce s nimi	snížením strachu		1	18
	získáním důvěry		2	
	klidným, kladným, hezkým přístupem		2	
	nevytvářením stresu		1	
	posilováním sebevědomí		1	
	pochvalou		2	
	dobrou náladou		2	
	hezkým slovem		1	
	uklidněním		3	
	pozitivním myšlením		2	
	pozitivním postojem		1	
Aktivizace	aktivizace	aktivizací	5	9
		procházkami	1	
		literaturou	1	
		podporou zájmů a zálib z domu	1	
	motivací		1	
Sociální opora	spoluprací s rodinou		1	16
	kontaktem s rodinou		6	
	psychologem, psychoterapeutem		2	
	poskytnutím rady		1	
	oporou		1	
	pomocí při adaptaci		2	
	zájmem o sociální stránku		1	
dotykem		2		
Transcendence	nadějí		2	7
	smíchem		3	
	humorem		1	
	optimismem		1	
Kvalitní péče	uspokojením bio-psycho-sociálních potřeb		1	4
	zvýšením kvality života		1	
	pomáháním v činnostech		2	
Nesnažím se				1
Bez odpovědi				2

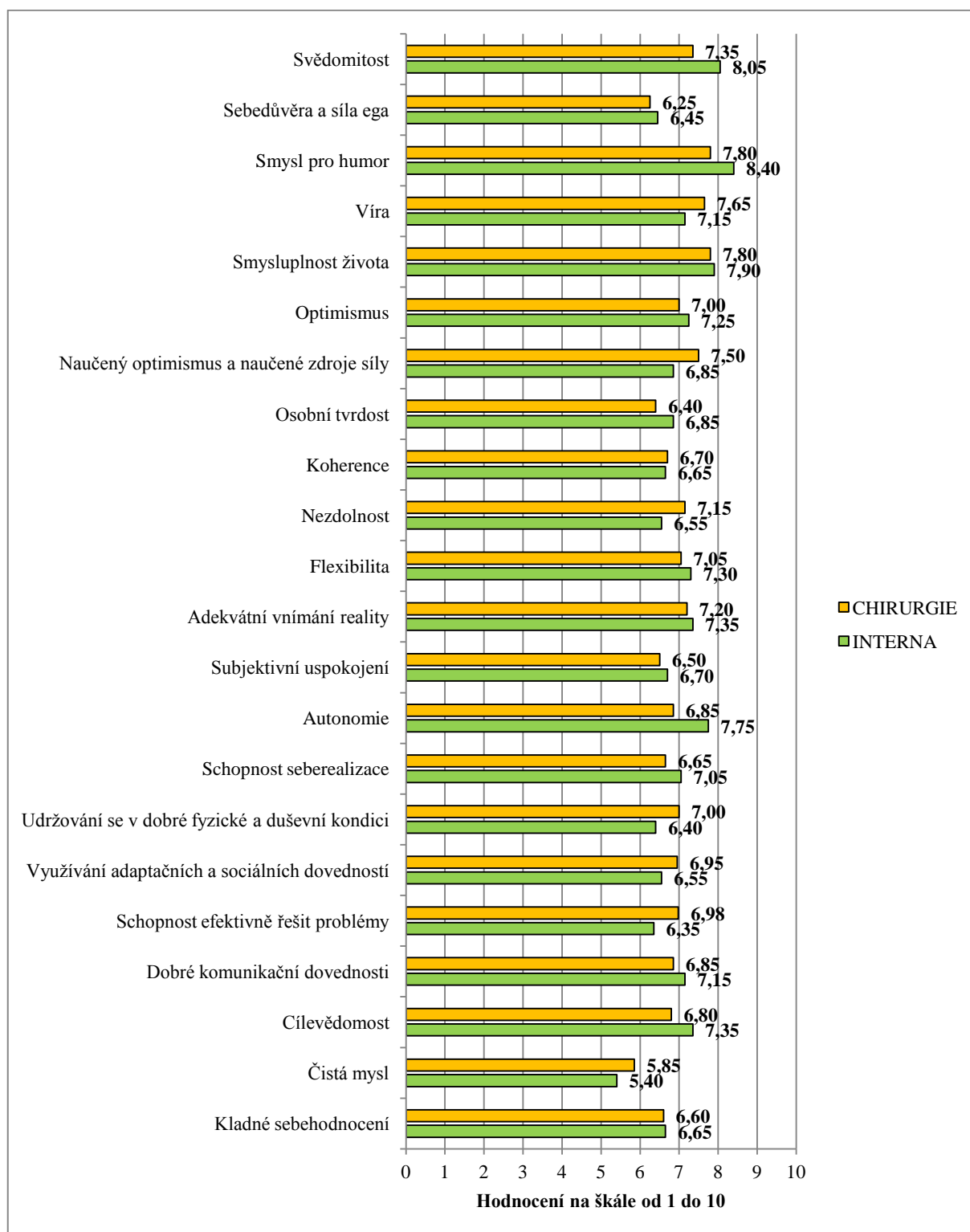
Na tuto otevřenou otázku zdravotní sestry odpovídaly různými odpověďmi.

V tabulce (Tab. 7) jsou zkategorizovány jednotlivé odpovědi. Kategorie jsou mnou subjektivně vytvořené.

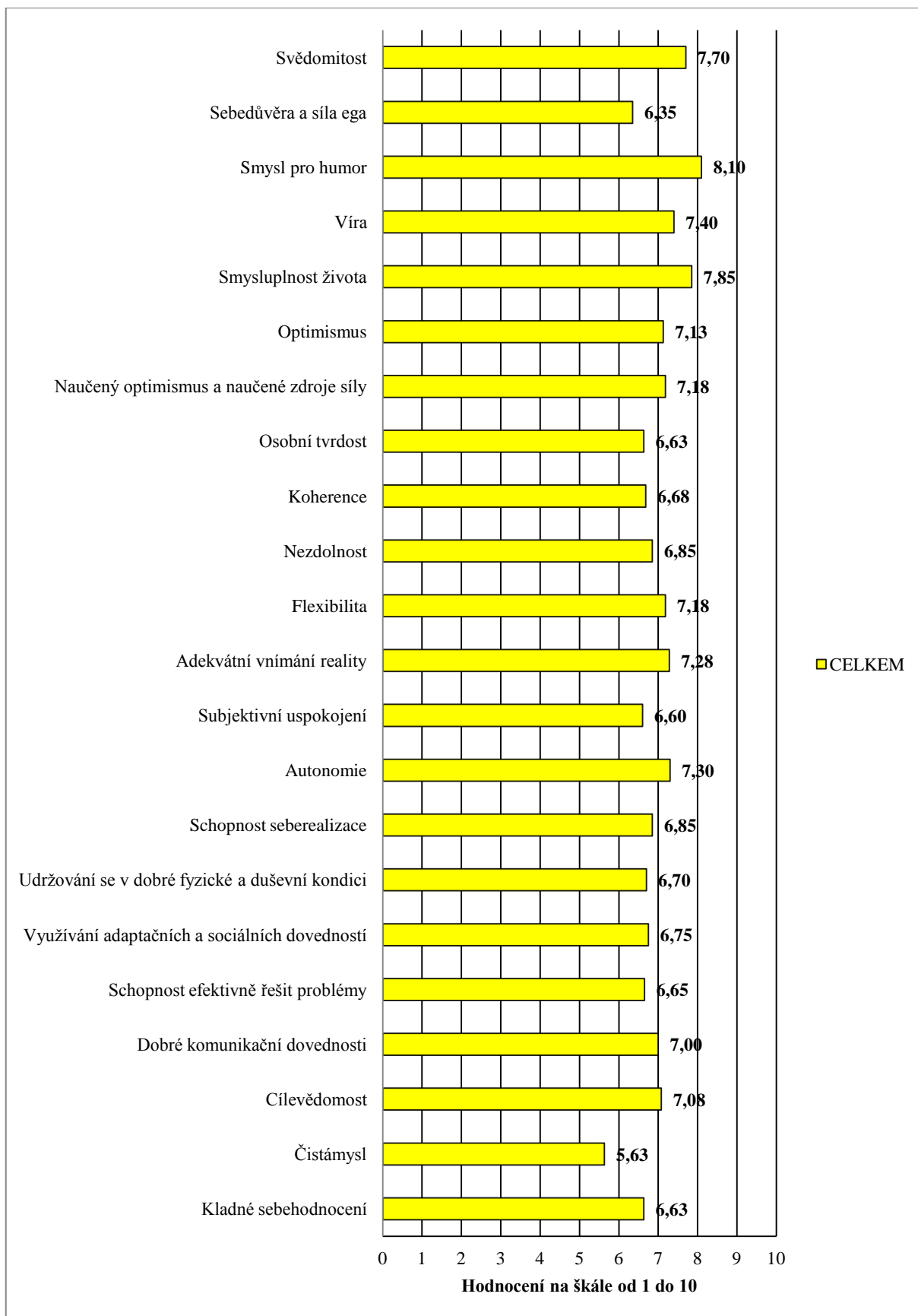
Celkem odpovědělo 38 zdravotních sester, z nichž 1 zdravotní sestra odpověděla, že se duševní zdraví nemocných podporovat nesnaží a 2 zdravotní sestry na tuto otázku neodpověděly vůbec.

Zdravotní sestry nejčastěji udávaly, že se nejčastěji snaží podporovat duševní zdraví nemocných pomocí komunikace a naslouchání, které obě jsou zahrnuty do kategorie Komunikace a příslušných podkategorií. Dále se nejčastěji vyskytovala empatie, a to celkem 11 krát.

Otázka č. 6 Zde jsou znaky duševně zdravé a adaptabilní osobnosti. Zkuste ohodnotit sám/sama sebe na škále od 1 do 10, na kolik byste se v daném znaku ohodnotil/a za poslední měsíc (1 je nejméně, 10 nejvíce).



Obr. 2 Graf průměrného hodnocení v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví na škále od 1 do 10 podle oddělení



Obr. 3 Graf průměrného hodnocení v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví na škále od 1 do 10 všech zdravotních sester bez ohledu na oddělení

V této otázce se měly zdravotní sestry ohodnotit v jednotlivých oblastech teorie duševního zdraví na škále od 1 do 10, na kolik by se za poslední měsíc ohodnotily.

Na grafech (Obr. 2, Obr. 3) jsou uvedeny průměrné hodnoty jednotlivých hodnocení zdravotních sester, na prvním grafu (Obr. 2) jsou uvedené hodnoty rozdělené podle oddělení, na druhém grafu (Obr. 3) jsou hodnoty celkové, bez ohledu na oddělení.

V oblasti kladné sebehodnocení je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,63, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,60 a na interním oddělení 6,65.

V oblasti čistá mysl je průměrné hodnocení zdravotních sester 5,63, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 5,85 a na interním oddělení 5,40.

V oblasti cílevědomost je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,08, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,80 a na interním oddělení 7,35.

V oblasti dobré komunikační dovednosti je průměrné hodnocení zdravotních sester 7, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,85 a na interním oddělení 7,15.

V oblasti schopnost efektivně řešit problémy je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,67, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,98 a na interním oddělení 6,35.

V oblasti využívání adaptačních a sociálních dovedností je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,75, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,95 a na interním oddělení 6,55.

V oblasti udržování se v dobré fyzické a duševní kondici je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,70, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7 a na interním oddělení 6,40.

V oblasti schopnost seberealizace je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,85, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,65 a na interním oddělení 7,05.

V oblasti autonomie je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,30, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,85 a na interním oddělení 7,75.

V oblasti subjektivní uspokojení je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,60, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,50 a na interním oddělení 6,70.

V oblasti adekvátní vnímání reality je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,28, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,20 a na interním oddělení 7,35.

V oblasti flexibilita je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,18, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,05 a na interním oddělení 7,30.

V oblasti nezdolnost je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,85, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,15 a na interním oddělení 6,55.

V oblasti koherence je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,68, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,70 a na interním oddělení 6,65.

V oblasti osobní tvrdost je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,63, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,40 a na interním 6,85.

V oblasti naučený optimismus a naučené zdroje síly je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,18, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,50 a na interním oddělení 6,85.

V oblasti optimismus je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,13, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7 a na interním oddělení 7,25.

V oblasti smysluplnost života je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,85, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,80 a na interním oddělení 7,90.

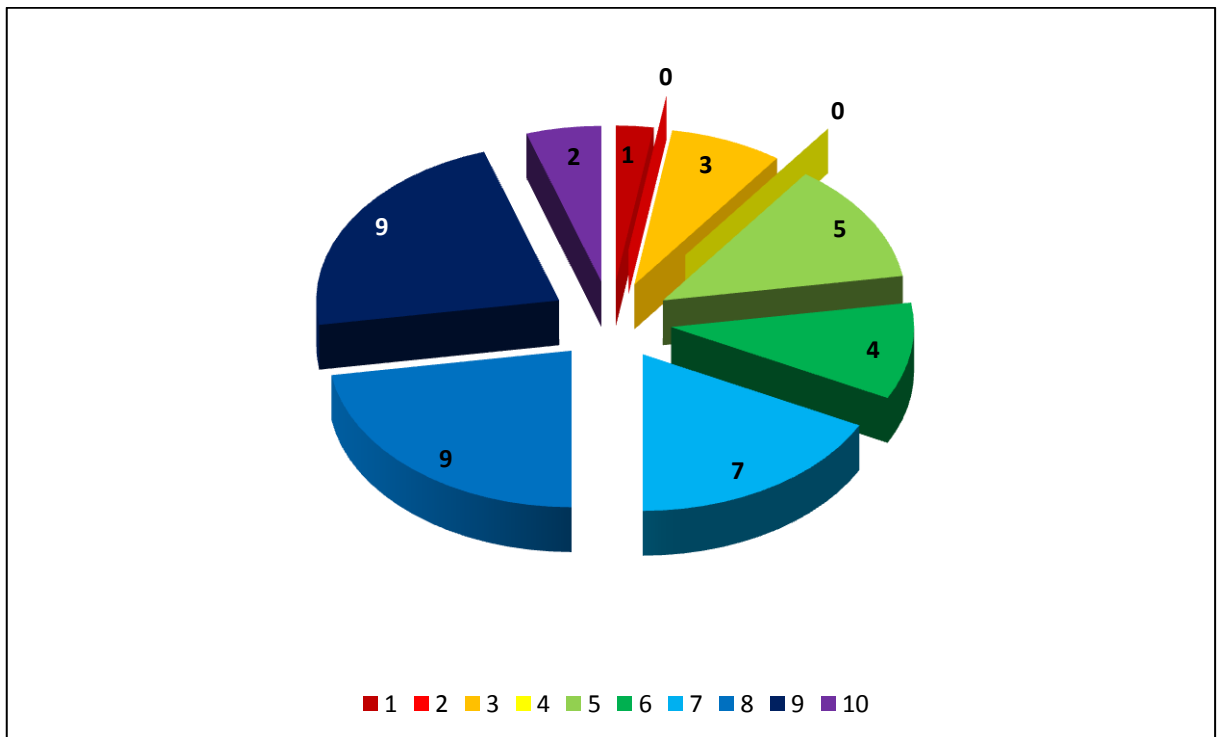
V oblasti víra je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,40, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,65 a na interním oddělení 7,15.

V oblasti smysl pro humor je průměrné hodnocení zdravotních sester 8,10, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,80 a na interním oddělení 8,40.

V oblasti sebedůvěra a síla ega je průměrné hodnocení zdravotních sester 6,35, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 6,25 a na interním oddělení 6,45.

V oblasti svědomitost je průměrné hodnocení zdravotních sester 7,70, přičemž na chirurgickém oddělení je průměrné hodnocení 7,35 a na interním oddělení 8,05.

Otázka č. 7 Označil/a byste sám/sama sebe za poslední měsíc za duševně zdravou? Na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce.

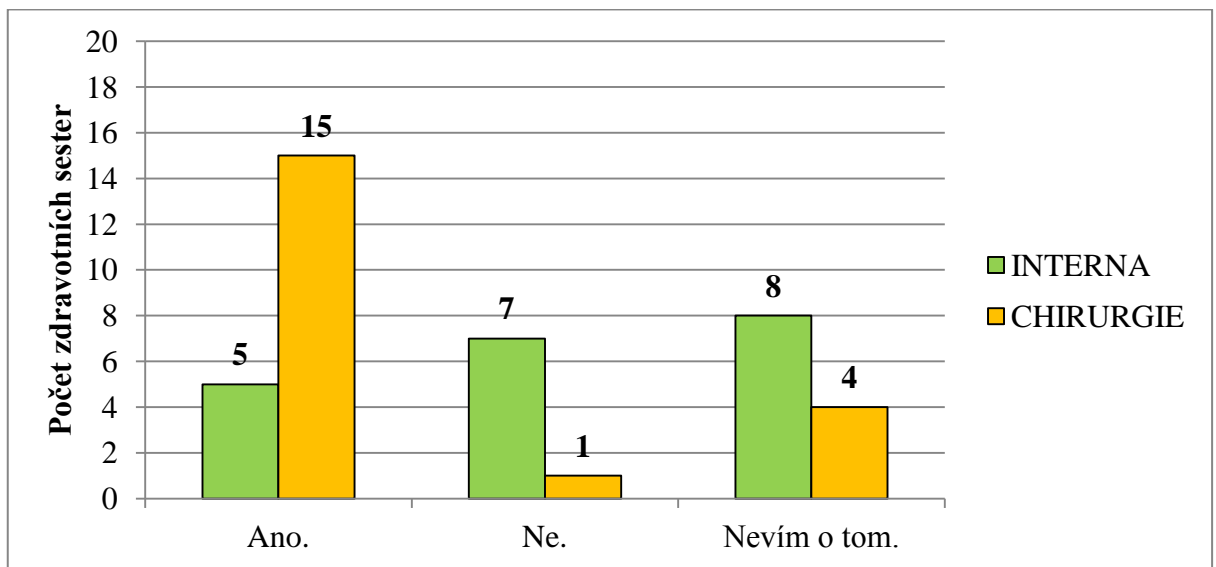


Obr. 4 Graf zobrazující hodnocení zdravotních sester, zda se cítí duševně zdravé za poslední měsíc

V této otázce se zdravotní sestry hodnotily na škále od 1 do 10, zda se za poslední měsíc cítily duševně zdravé. Škálou 1 se zhodnotila 1 zdravotní sestra (zdravotní sestra chirurgického oddělení), škálou 2 se žádná zdravotní sestra neohodnotila, škálou 3 se ohodnotily 3 zdravotní sestry (zdravotní sestry interního oddělení), škálou 4 se žádná zdravotní sestra neohodnotila, škálou 5 se ohodnotilo 5 zdravotních sester (2 zdravotní sestry interního a 3 chirurgického oddělení), škálou 6 se ohodnotily 4 zdravotní sestry (2 zdravotní sestry interního a 2 chirurgického oddělení), škálou 7 se ohodnotilo 7 zdravotních sester (2 zdravotní sestry interního a 5 chirurgického oddělení), škálou 8 se ohodnotilo 9 zdravotních sester (6 zdravotních sester interního a 3 chirurgického oddělení), škálou 9 se ohodnotilo 9 zdravotních sester (5 zdravotních sester interního a 4 chirurgického oddělení), škálou 10 se ohodnotily 2 zdravotní sestry (zdravotní sestry chirurgického oddělení). Z výsledků vyplývá, že se zdravotní sestry nejčastěji hodnotily škálou 8 a 9, a to ve stejném počtu 9 zdravotních sester.

Otázka č. 8 Máte ve zdravotnickém zařízení někoho, kdo pečuje o duševní zdraví nemocných?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Nevím o tom.

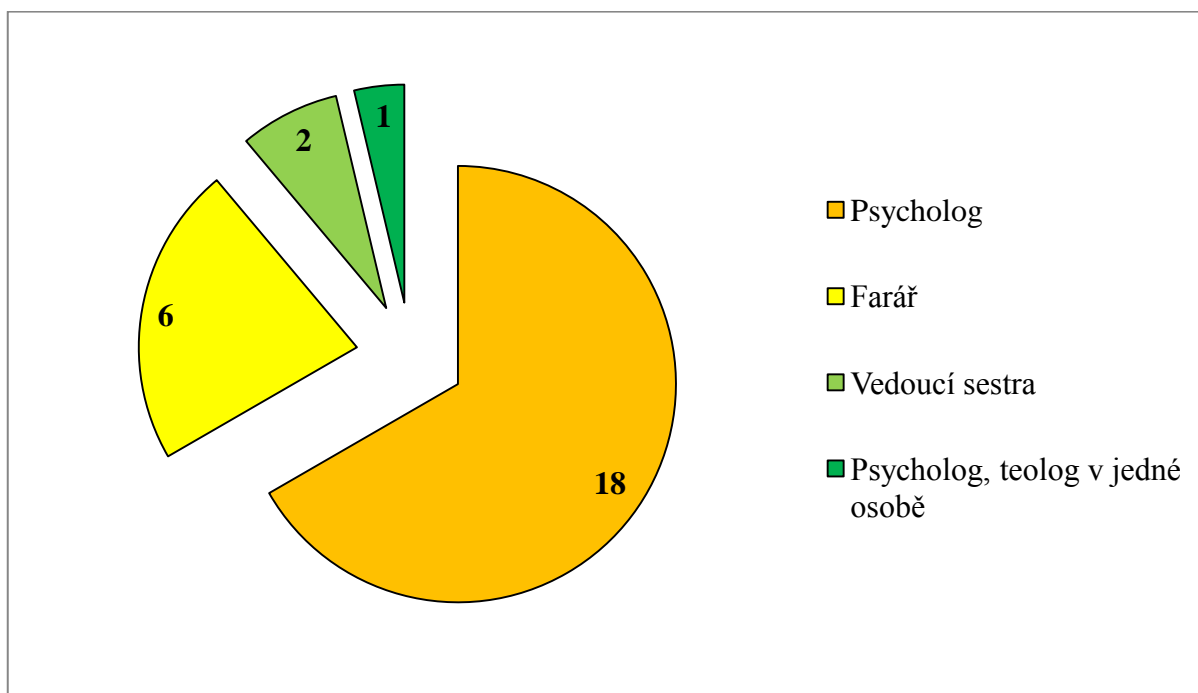


Obr. 5 Graf zobrazující povědomost zdravotních sester o pečujícím o duševní zdraví ve zdravotnickém zařízení

Celkem 5 (25 %) zdravotních sester interního oddělení odpovědělo ano, že mají ve zdravotnickém zařízení někoho, kdo pečuje o duševní zdraví nemocných, 7 (35 %) odpovědělo, že ne a 8 (40 %) odpovědělo, že neví o tom, zda někoho takového ve zdravotnickém zařízení mají.

Celkem 15 (75 %) zdravotních sester chirurgického oddělení odpovědělo ano, že mají ve zdravotnickém zařízení někoho, kdo pečuje o duševní zdraví nemocných, 1 (5 %) odpověděla, že ne a 4 (20 %) odpověděly, že neví o tom, zda někoho takového ve svém zdravotnickém zařízení mají.

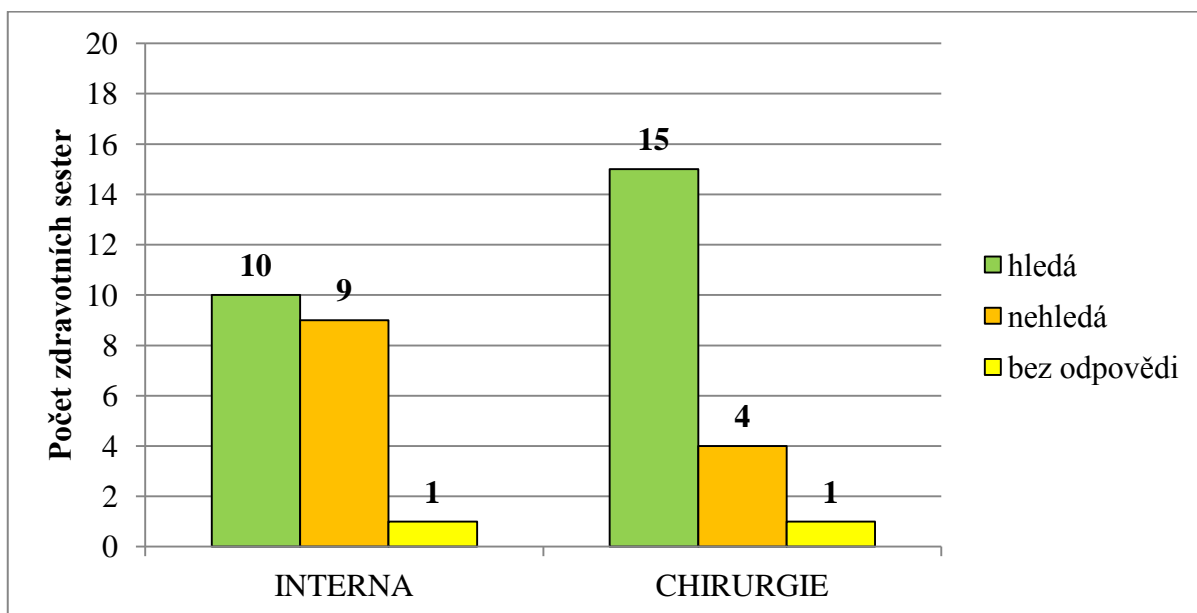
Otázka č. 9 Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 odpovědí a), tedy ano, koho tedy?



Obr. 6 Graf zobrazující osoby pečující o duševní zdraví nemocných

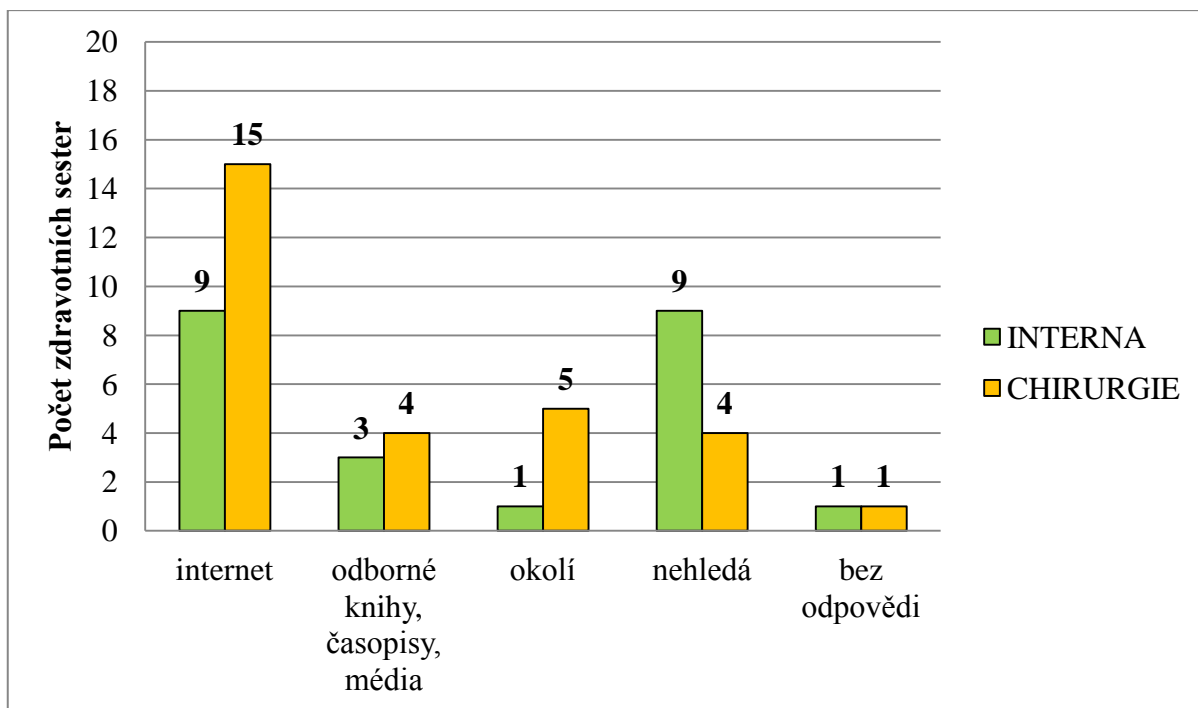
Z celkového počtu odpovědí na otázku koho mají zdravotní sestry ve zdravotnickém zařízení kdo se stará o duševní zdraví nemocných, bylo nejčastěji uváděno psycholog, a to celkem 18 (67 %) odpovědí, dále 6 (22 %) odpovědí bylo farář, 2 (7 %) odpovědi vedoucí sestra a 1 (4 %) odpověď byla psycholog, teolog v jedné osobě. Je nutné podotknout, že otázka byla otevřená, tudíž zdravotní sestry neodpovídaly pouze jednou odpovědí, ale vyskytovalo se u jedné odpovědi více možností.

Otázka č. 10 Kde hledáte informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví?



Obr. 7 Graf zobrazující zda zdravotní sestry hledají informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví

Na tomto grafu (Obr. 7) je zobrazeno, zda zdravotní sestry hledají informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví. Z výsledků vyplývá, že na interním oddělení hledá 10 (50 %) zdravotních sester a 9 (45 %) zdravotních sester tyto informace nehledá. 1 (5 %) zdravotní sestra neodpověděla vůbec. Na chirurgickém oddělení hledá informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví 15 (75 %) zdravotních sester a 4 (20 %) zdravotních sester tyto informace nehledá. 1 (5 %) zdravotní sestra neodpověděla vůbec.



Obr. 8 Graf zobrazující kde zdravotní sestry hledají informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví

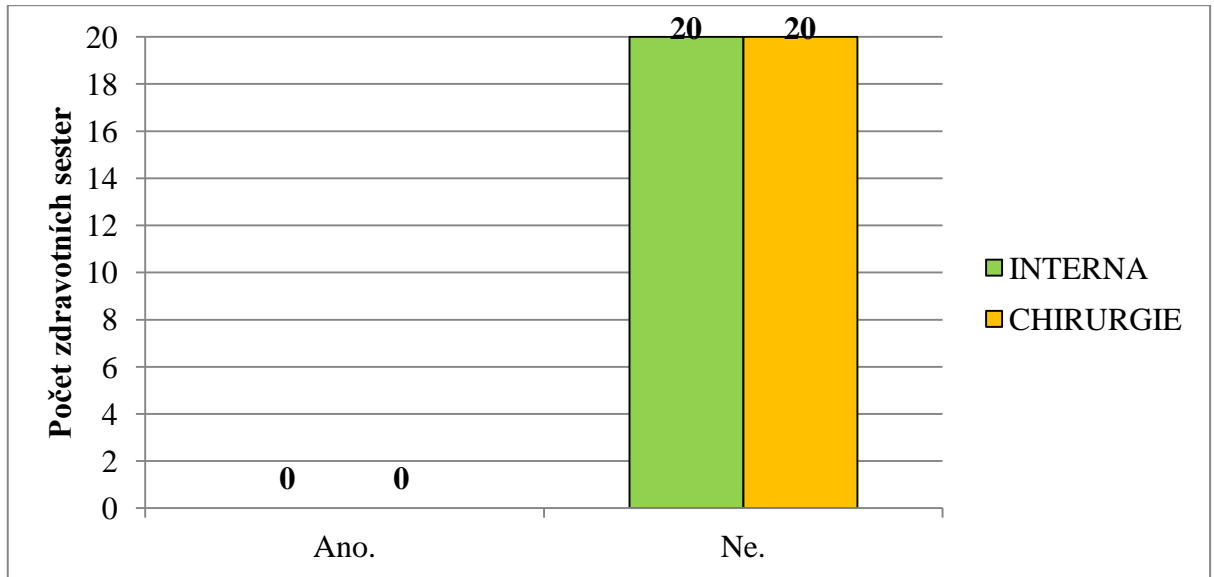
Zdravotní sestry na interním oddělení nejčastěji hledají informace na internetu, a to celkem 9 (39 %), 3 (13 %) zdravotní sestry hledají informace v odborných knihách, časopisech nebo mediích, 1 (4 %) hledá informace ve svém okolí a 9 (39 %) zdravotních sester informace nehledá. 1 (4 %) zdravotní sestra neodpověděla vůbec.

Zdravotní sestry na chirurgickém oddělení nejčastěji hledají informace také na internetu, a to celkem 15 (52 %), dále jsou to odborné knihy, časopisy a média zahrnuté v jedné kategorii, a to v celkovém počtu zdravotních sester 4 (14 %), 5 (17 %) zdravotních sester hledá informace ve svém okolí a 4 (14 %) zdravotní sestry informace nehledají. 1 (3 %) zdravotní sestra neodpověděla vůbec.

Je nutné podotknout, že otázka byla otevřená a zdravotní sestry udávaly i více než jednu odpověď.

Otázka č. 11 Víte o tom, že v časopise *Psychologie dnes* je každý měsíc seznam psychoterapeutů a výčet školicích akcí zaměřujících se na psychologii?

- a) Ano.
- b) Ne.



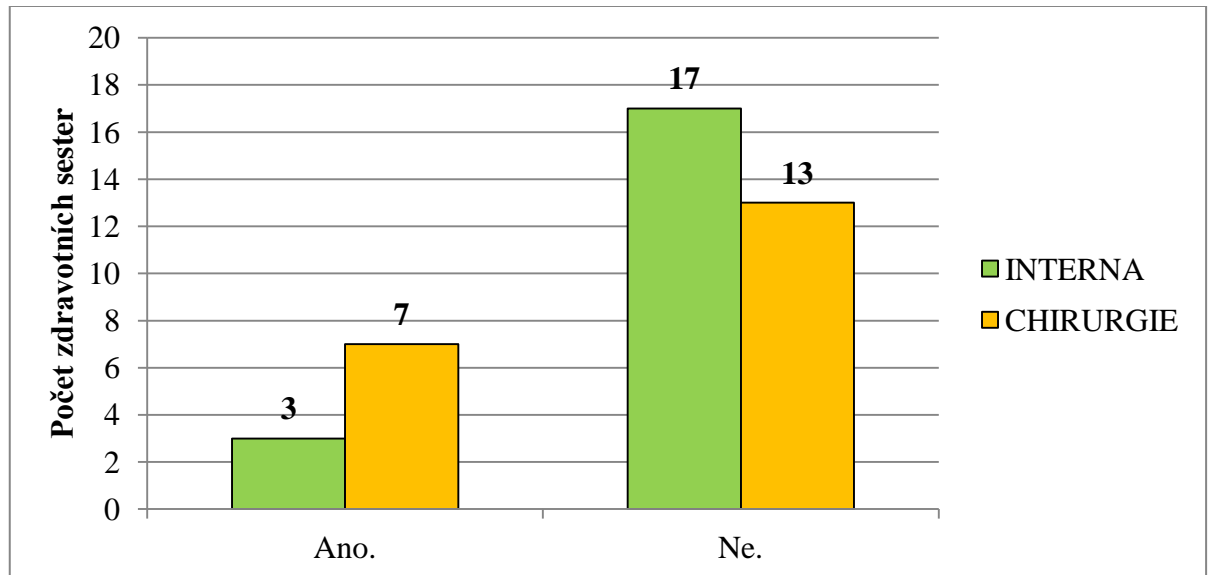
Obr. 9 Graf zobrazující povědomost zdravotních sester o informaci v časopise *Psychologie dnes*

Na tuto otázku se mi dostalo jednoznačné odpovědi, a to jak ze strany oddělení interního, tak chirurgického. Žádná z dotazovaných zdravotních sester neví o tom, že v časopise *Psychologie dnes* jsou seznamy psychoterapeutů a školicích akcí zaměřených na psychologii, tedy 40 (100 %) odpovědí zdravotních sester, byla ne.

Otázka č. 12 Čtete nějaký časopis nebo jinou publikaci zaměřenou na duševní zdraví?

a) Ano.

b) Ne.



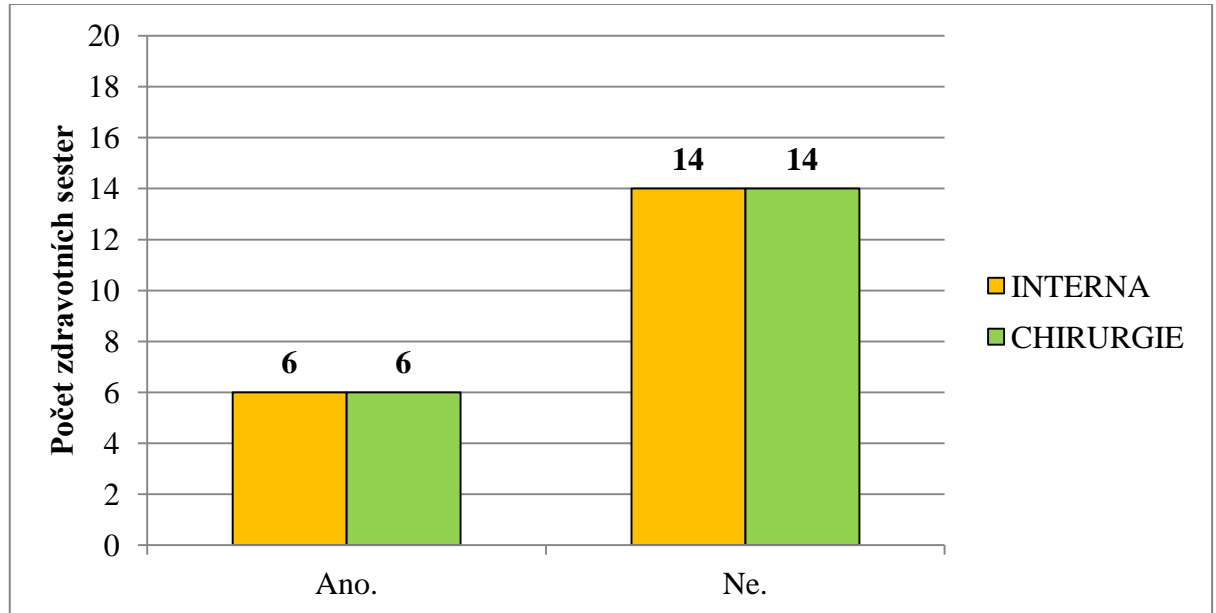
Obr. 10 Graf četby publikací zaměřených na duševní zdraví

Na otázku, zda zdravotní sestry čtou nějakou publikaci zaměřenou na duševní zdraví, odpověděly 3 (15 %) zdravotní sestry interního oddělení, že ano a 17 (85 %) zdravotních sester odpovědělo, že ne. Na chirurgickém oddělení čte publikaci zaměřenou na duševní zdraví 7 (35 %) zdravotních sester a 13 (65 %) zdravotních sester nečte publikace zaměřené na duševní zdraví.

Otázka č. 13 Máte možnost se zdokonalovat v oblasti péče o duševní zdraví?

a) Ano.

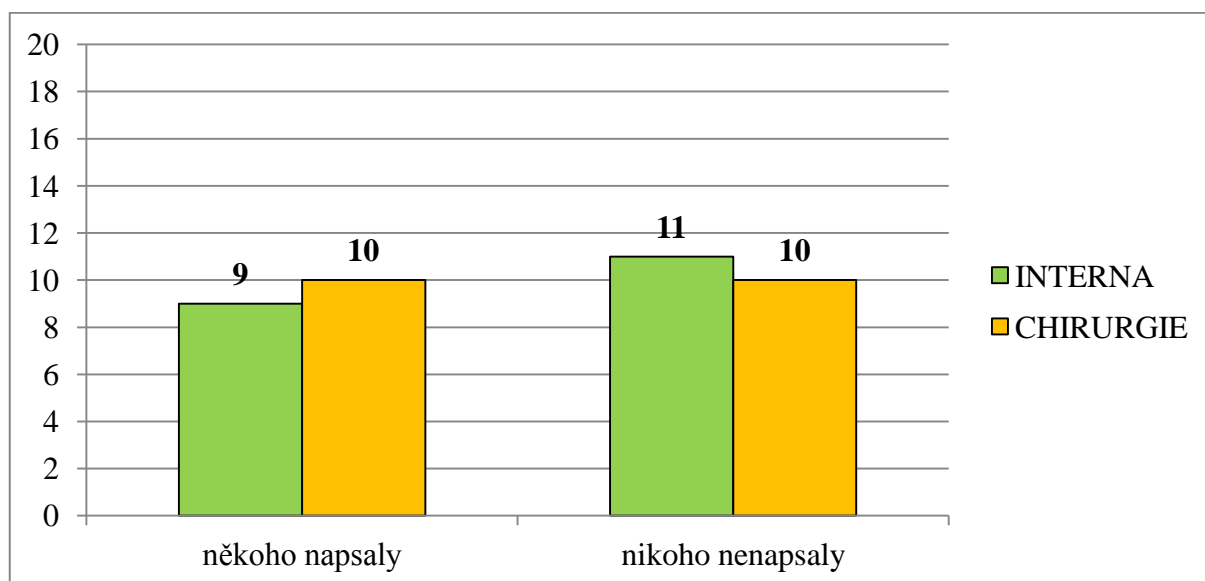
b) Ne.



Obr. 11 Graf zobrazující možnost zdravotních sester zdokonalovat se v oblasti péče o duševní zdraví

V otázce, zda mají zdravotní sestry možnost se zdokonalovat v oblasti péče o duševní zdraví, odpověděly stejným počtem zdravotní sestry z interního i chirurgického oddělení, a to 6 (30 %), že ano mají a 14 (70 %), že ne nemají tuto možnost.

**Otázka č. 14 Kolik znáte psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, supervizorů a koučů?
Kolik byste jich doporučil/a?**



Obr. 12 Graf počtu zdravotních sester, které na otázku odpověděly nebo neodpověděly

Z celkového počtu zdravotních sester na interním oddělení, napsalo nějakého z uvedených specialistů 9 (45 %) zdravotních sester a 11 (55 %) zdravotních sester neuvedly nikoho.

Na chirurgickém oddělení uvedlo nějakého z uvedených specialistů 10 (50 %) zdravotních sester a 10 (50 %) zdravotních sester nikoli.

Tab. 8 Počet zdravotních sester, které znají nějakého z uvedených specialistů a kolik by jich doporučily

	INTERNA		CHIRURGIE	
	Znám	Doporučil/a bych	Znám	Doporučil/a bych
psychologové	7	7	10	8
psychoterapeuti	3	3	2	1
psychiatři	6	6	7	0
supervizoři	0	0	0	0
koučové	0	0	0	0

Na interním oddělení zná 7 zdravotních sester nějakého psychologa a z těchto zdravotních sester by jich 7 nějakého doporučilo. Na chirurgickém oddělení zná nějakého psychologa 10 zdravotních sester, z nichž by 8 zdravotních sester nějakého doporučilo.

Na interním oddělení znají 3 zdravotní sestry nějakého psychoterapeuta, z nichž by také 3 zdravotní sestry nějakého doporučily. Na chirurgickém oddělení znají 2 zdravotní sestry nějakého psychoterapeuta, z nichž 1 zdravotní sestra by nějakého doporučila.

Na interním oddělení zná 6 zdravotních sester nějakého psychiatra, z nichž 6 zdravotních sester by nějakého doporučilo. Na chirurgickém oddělení zná 7 zdravotních sester nějakého psychiatra, ale žádná z nich by nějakého doporučila.

Supervizora a kouče nezná ani by nedoporučila žádná z dotazovaných zdravotních sester.

Tab. 9 Průměrný počet psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, supervizorů a koučů, které zdravotní sestry znají

	INTERNA				CHIRURGIE			
	Znám		Doporučil/a bych		Znám		Doporučil/a bych	
	průměrný počet	zaokrouhleno	průměrný počet	zaokrouhleno	průměrný počet	zaokrouhleno	průměrný počet	zaokrouhleno
psychologové	2,14	2	1,71	2	1,40	1	1,38	1
psychoterapeuti	1,67	2	1,00	1	1,00	1	1,00	1
psychiatři	2,00	2	1,50	2	1,00	1	0	0
supervizoři	0	0	0	0	0	0	0	0
koučové	0	0	0	0	0	0	0	0

Na interním oddělení zdravotní sestry znají průměrně 2 (2,14) psychology, z nichž by 2 (1,71) doporučily. Na chirurgickém oddělení znají zdravotní sestry průměrně 1 (1,40) psychologa, z něhož by 1 (1,38) doporučily.

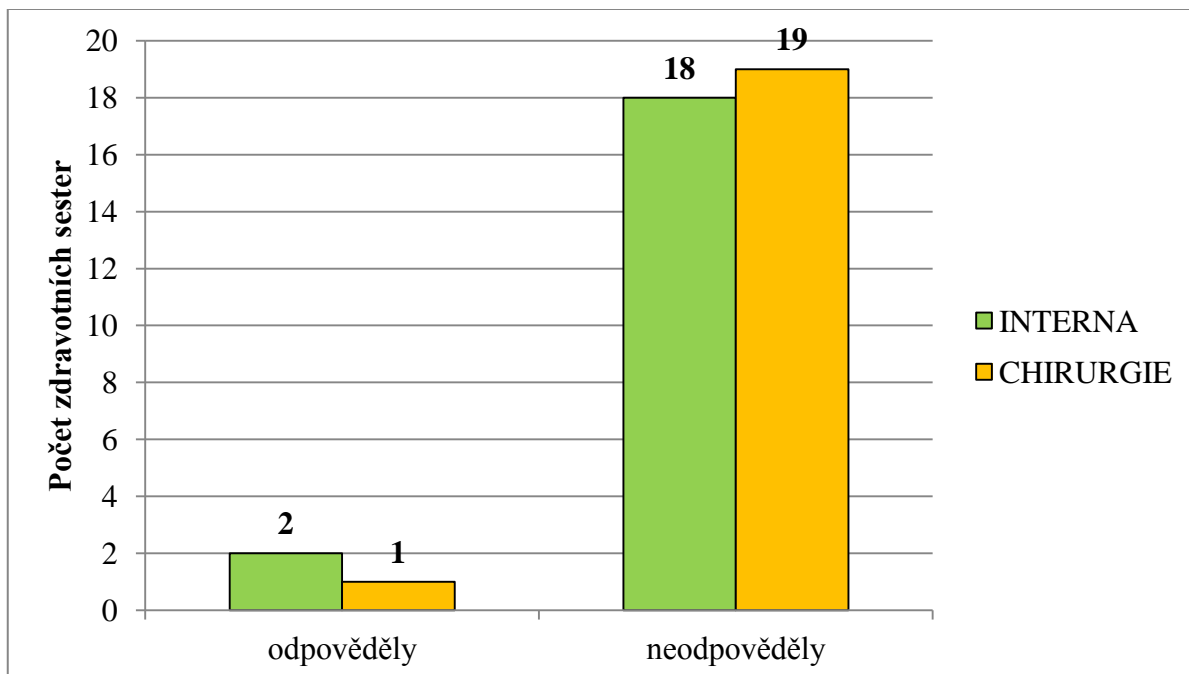
Na interním oddělení znají zdravotní sestry průměrně 2 (1,67) psychoterapeuty, z nichž by 1 (1,00) doporučily. Na chirurgickém oddělení znají průměrně 1 (1,00) psychoterapeuta, z něhož by 1 (1,00) doporučily.

Na interním oddělení znají zdravotní sestry průměrně 2 (2,00) psychiatry, z nichž by 2 (1,50) doporučily. Na chirurgickém oddělení znají průměrně 1 (1,00) psychiatra, ale žádného by nedoporučily.

Supervizora a kouče žádného neznají.

Zdravotní sestry, které odpovídaly na tuto otázku, uváděly různé počty specialistů, které znají a které by doporučily. Důvodem pro zvolení průměrných hodnot je fakt, že zdravotní sestry uváděly počet jednotlivých specialistů, kteří mohou být různí, tudíž nemohu uvést konkrétní číslo.

Otázka č. 15 *Pokud máte nějaké zkušenosti s oblastí podpory duševního zdraví nebo nějaké připomínky, můžete se o ně se mnou podělit. Je to pro mě inspirací a přehledem pro dobrou praxi.*



Obr. 13 Graf počtu zdravotních sester odpovídajících na otázku

Z celkového počtu zdravotních sester interního oddělení odpověděly na tuto otázku 2 zdravotní sestry, na chirurgickém oddělení odpověděla na tuto otázku 1 zdravotní sestra.

Tab. 10 Odpovědi zdravotních sester na doplňující otázku

Odpovědi zdravotních sester	INTERNA
	Bylo by milé, kdyby se zaměstnavatel zajímal o duševní zdraví zaměstnanců a popřípadě by pro ně v tomto směru něco udělal.
	Myslím si, že duševní zdraví pacientů není moc hodnoceno, není na to čas, myslím si také, že by se měl někdo zajímat o naše duševní zdraví.
	CHIRURGIE
	Nemám zkušenosti, ale ráda působím na nemocné pozitivně.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že zdravotní sestry by byly rády, kdyby se zaměstnavatel zajímal o jejich duševní zdraví.

8 Diskuze

V diskuzi se pokusím zanalyzovat výsledky výzkumu a zhodnotit výzkumné otázky, které jsem si na začátku položila. Pokusím se kriticky zhodnotit výsledky tohoto výzkumného šetření a zamyslet se nad příčinami výsledků. Bohužel jsem nenalezla žádné výzkumné šetření zabývající se přímo tímto tématem, proto budu vycházet z vlastního subjektivního a kritického myšlení.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví a zmapovat jejich možnosti v oblasti podpory duševního zdraví nemocných. Dalším cílem bylo zjistit, jak se sami zdravotní sestry hodnotí v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví. Na základě těchto cílů jsem si stanovila výzkumné otázky, které mě měly k těmto cílům dovést.

Výzkumná otázka č. 1 *Co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví?*

Tato výzkumná otázka byla zjišťována otázkou č. 3. Mým předpokladem na odpovědi na tuto výzkumnou otázku bylo, že nejčastější odpovědí bude být bez stresu, a to více než u poloviny zdravotních sester, tedy více než 20 bez ohledu na oddělení.

Tato otázka byla otevřená, tudíž se mi dostalo velké množství odpovědí, a to celkem 82. Pro lepší zhodnocení a přehlednost odpovědí, jsem jednotlivé odpovědi rozdělila do mnou subjektivně vytvořených kategorií, do kterých jsem jednotlivé odpovědi zařadila. Jednotlivé odpovědi jsou zobrazeny v Tab. 4. Má domněnka, a to, že si zdravotní sestry nejčastěji, a to ve více než polovině, představují pod pojmem duševní zdraví být bez stresu, se mi nepotvrdila. Odpověď být bez stresu odpovědělo 5 zdravotních sester. Naproti tomu nejvíce zdravotních sester opovědělo psychickou, duševní pohodu, a to 11. Obě tyto odpovědi byly zahrnuty do kategorie Pohoda, kam jsem dále zahrnula odpovědi psychické zdraví (1), pohoda myslí (1), celková pohoda (4), spokojenost (1), spokojenost se sebou samým (1). Celkový počet odpovědí v kategorii Pohoda je 24, a to je nejvíce odpovědí, které zdravotní sestry odpověděly. Další kategorií s vyšším počtem odpovědí je kategorie Transcendence s celkovým počtem odpovědí 17, kam jsem zařadila optimismus (6), dobrá náladu (3), víru (2), smysl života (1), radost ze života (2), veselost (2), štěstí (1). Třetí kategorií, která má vyšší počet odpovědí je Vyrovnanost s celkovým počtem odpovědí 15, do které jsem zařadila psychickou vyrovnanost (8), klid v duši (4), pozitivní myšlení (1), čistou mysl (2). V celkovém počtu odpovědí se objevily i odpovědi typu nevím, neznám, a to celkem ve 3 případech, 2 zdravotní sestry dokonce neodpověděly vůbec.

Podle mého názoru k těmto odpovědím zdravotní sestry vedl fakt samotného sousloví duševní zdraví, jehož samotný název vypovídá o tom, že duševní zdraví je o naší duši a psychické pohodě. Odpovědi zdravotních sester ve třech výše uvedených kategoriích se shodují s definicemi duševního zdraví uvedených v teoretické části bakalářské práce, což mě vede k závěru, že zdravotní sestry mají představu o tom, co je duševní zdraví.

Výzkumná otázka č. 2 Jak zdravotní sestry hodnotí sami sebe v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví?

Tato výzkumná otázka byla zjišťována otázkou č. 6, která obsahovala jednotlivé kategorie spadající do teorie duševního zdraví, ve kterých se zdravotní sestry měly ohodnotit na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, na kolik by se zhodnotily za poslední měsíc. Mým předpokladem bylo, že se zdravotní sestry budou hodnotit v průměru škálou 6 – 7.

Ke zhodnocení této výzkumné otázky, tedy i samotné otázky v dotazníku, jsem zvolila zprůměrování hodnocení zdravotních sester v jednotlivých kategoriích a shrnula je do grafického zobrazení (Obr. 2, Obr. 3). Na prvním grafu (Obr. 2) jsou uvedené průměrné hodnoty hodnocení zdravotních sester rozděleny podle oddělení, na druhém grafu (Obr. 3) jsou uvedené průměrné hodnoty bez ohledu na oddělení.

Na interním oddělení se nejlépe zdravotní sestry hodnotily v oblasti smysl pro humor, a to v průměrném hodnocení 8,40. Na chirurgickém oddělení se zdravotní sestry také nejlépe hodnotily v oblasti smysl pro humor, ale s průměrným hodnocením menším, a to 7,80. Celkový průměr v oblasti smysl pro humor je tedy nejvyšší ze všech kategorií, a to 8,10. Pro zajímavost - na interním oddělení se zdravotní sestry nejčastěji hodnotily škálou 10, tedy nejvyšší možnou, a to 7 krát, na chirurgickém oddělení byla nejčastější škálou škála 8, a to 6 krát.

Nejhůře se zdravotní sestry hodnotily v oblasti čistá mysl, a to jak na oddělení interním, tak chirurgickém. Na interním oddělení bylo průměrné hodnocení 5,40, na chirurgickém 5,85, tedy lepší než na oddělení interním. Celkový průměr hodnocení v oblasti čistá mysl je tedy nejnižší ze všech kategorií, a to 5,63. Pro zajímavost – na interním oddělení se zdravotní sestry nejčastěji hodnotily škálou 6, a to 6 krát, na chirurgickém oddělení byla nejčastější škálou škála 5, a to 5 krát.

Myslím si, že se celkově má domněnka, a to, že se zdravotní sestry budou průměrně nejčastěji hodnotit škálou 6 – 7, se mi na pár výjimek *potvrdila*.

S touto výzkumnou otázkou úzce souvisí i otázka č. 7, kterou jsem chtěla zjistit, zda by se zdravotní sestry označily za poslední měsíc za duševně zdravé, a to také na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce. Podle mého názoru by bylo dobré, kdyby se zdravotní sestry hodnotily nejčastěji škálou 8, což z výsledků šetření také vyplývá. Zdravotní sestry se v celkovém počtu bez ohledu na oddělení nejčastěji hodnotily škálou 8 a 9, a to ve stejném počtu 9 zdravotních sester. Na interním oddělení se zdravotní sestry nejčastěji hodnotily škálou 8, a to 6 krát, na chirurgickém oddělení to byla škála 7, a to 5 krát. Hodnocení zdravotních sester je zobrazeno na Obr. 4, pod nímž jsou výsledky rozepsány.

Zaujalo mě, že se 4 zdravotní sestry označily škálou pod 5, což mě vede k závěru, že se duševně zdravé necítí. Na interním oddělení se 3 zdravotní sestry ohodnotily škálou 3, na chirurgickém oddělení se 1 zdravotní sestra ohodnotila škálou 1. Na základě tohoto zjištění jsem prozkoumala dotazníky těchto zdravotních sester. Jedna zdravotní sestra interního oddělení se ohodnotila škálou 3 v oblasti kladné sebehodnocení, škálou 4 v oblasti čistá mysl a škálou 4 v oblasti smysluplnost života. Druhá zdravotní sestra interního oddělení se ohodnotila nízkou škálou pouze u oblasti čistá mysl, a to škálou 2. Třetí zdravotní sestra interního oddělení se hodnotila škálou 2 v oblasti čistá mysl a schopnost efektivně řešit problémy, škálou 3 v oblasti využívání adaptačních a sociálních dovedností, škálou 4 v oblasti nezdolnost. Jediná zdravotní sestra chirurgického oddělení hodnotící se celkovou škálou nižší než 5, a to 1, se v jednotlivých oblastech teorií duševního zdraví nikde pod škálu 5 neohodnotila. Toto zhodnocení mě vede k závěru, že tato zdravotní sestra příliš nadhodnocením sebe sama nepřemýšlela. Podle mého názoru je tu několik možností, proč se zdravotní sestry hodnotily pod škálu 5. Jednak to mohlo být aktuálním rozpoložením zdravotních sester, nebo situací dlouhodobější, což ale netuším. V tuto chvíli bych těmto zdravotním sestřím doporučila konzultaci s blízkými, kolegyněmi nebo při nezlepšení jejich duševního rozpoložení zajištění konzultace u specialisty, protože hodnocení škálou pod 5 mi přijde znepokojující.

Výzkumná otázka č. 3 Kolik zdravotní sestry znají psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, supervizorů a koučů a kolik by jich doporučily?

Pro tuto výzkumnou otázku byla v dotazníku určená otázka č. 14, kde měly zdravotní sestry do tabulky uvést k jednotlivým specialistům, kolik jich znají a kolik by jich doporučily. Na tuto otázku odpovědělo 9 zdravotních sester interního a 10 chirurgického oddělení.

Vzhledem k tomu, že zdravotní sestry uváděly různé počty uvedených specialistů a nevím, kolik bylo kterých konkrétních a kolik zdravotních sester uvedlo stejného specialistu, uvádím v Tab. 9 průměrný počet uvedených specialistů. V Tab. 8 je uvedený počet zdravotních sester, které nějakého ze specialistů znají.

Mojí domněnkou bylo, že zdravotní sestry budou znát průměrně 5 psychologů, z nichž by 4 doporučily, 5 psychoterapeutů, z nichž by 4 doporučily, 3 psychiatry, z nichž by 2 doporučily a žádného kouče a supervizora. Moje domněnka byla z části *nesprávná*, a to proto, že průměrný počet psychologů, které zdravotní sestry interního oddělení znají, jsou 2 a průměrně by doporučily 2. Na chirurgickém oddělení znají průměrně 1 psychologa a 1 by doporučily. Psychoterapeuty znají na interním oddělení průměrně 2 a 1 by doporučily. Na chirurgickém oddělení znají 1 a 1 by také doporučily. Psychiatry znají na interním oddělení 2 a 2 by také doporučily, na chirurgickém oddělení znají průměrně 1 psychiatra, ale žádného by nedoporučily. Má domněnka se *potvrdila* pouze v tom, že zdravotní sestry nebudou znát kouče ani supervizora.

Toto zhodnocení mě vede k závěru, že by bylo dobré zvýšit povědomost zdravotních sester o jednotlivých specialistech. Myslím si, že důvodem neuvedení ani jednoho kouče nebo supervizora je tím, že zdravotní sestry neví, kdo to je. Také si myslím, že tito dva specialisté ještě v praxi nejsou tolik známí. V časopise *Psychologie dnes*, je každý měsíc uveden výčet psychoterapeutů jednotlivých krajů. V dotazníku jsem zdravotním sestřám položila otázku, zda o této možnosti v časopise *Psychologie dnes* ví (Otázka č. 11). Na tuto otázku se mi dostalo jednoznačné odpovědi, a to odpověď Ne, a to ve 100 % odpovědí. Tyto jednoznačné odpovědi mě vedou k závěru, že by se měla zvýšit povědomost zdravotních sester o tomto časopise, a to z důvodů takových, že by zdravotní sestry měly větší přehled o akcích zaměřených na psychologii samotnou a o psychoterapeutech, kteří by mohli podpořit duševní zdraví jejich pacientů. Podle mého názoru by bylo vhodné doporučit vedoucím sestřám oddělení o odběru tohoto časopisu. Podle mého názoru se dají tito odborníci sehnat i na internetu.

Výzkumná otázka č. 4 *Kde zdravotní sestry hledají informace o odbornících pečujících o duševní zdraví?*

Na odpověď na tuto výzkumnou otázku v dotazníku směřovala otázka č. 10. Mým předpokladem bylo, že většina zdravotních sester, a to více jak 50 %, bude tyto informace hledat na internetu. Je nutné podotknout, že otázka byla otevřená a zdravotní sestry uváděly i

více než jednu odpověď. Má domněnka se mi z části *potvrdila*. Z uvedených odpovědí vyplynulo, že zdravotní sestry na chirurgickém oddělení nejčastěji uváděly k hledání těchto informací internet (52 %), a to celkem 15 zdravotních sester. Na interním oddělení zdravotní sestry nejčastěji uváděly také internet (39 %), ale pouze 9 zdravotních sester. Zdravotní sestry na interním oddělení také v počtu 9 (39 %) uvedly, že informace nehledají. U obou oddělení, a to jak u interního, tak u chirurgického, 1 (5 %) zdravotní sestra na otázku neodpověděla vůbec. Další odpovědi jsou uvedeny na Obr. 8.

Myslím si, že internet je dobrým rádcem při hledání informací o odbornících pečujících o duševní zdraví. Překvapilo mě, kolik zdravotních sester informace vůbec nehledá. Důvodů, proč tomu tak je, může být několik. Myslím si, že zdravotní sestry nemají v dnešní době, při tolik administrativní práci dostatek času na uspokojování všech potřeb pacientů. Myslím si, že se stále na pacienta nedívá celostním pohledem, proto zdravotní sestry nemají potřebu hledat informace o odbornících pečujících o duševní zdraví. Myslím si, že by byla pro zdravotní sestry vhodná osvěta z oblasti pozitivní psychologie, která by se určitě měla aplikovat do praxe.

Výzkumná otázka č. 5 *Jak zdravotní sestry podporují duševní zdraví nemocného?*

Na tuto výzkumnou otázku byla v dotazníku položena otázka č. 5. Mým předpokladem bylo, že zdravotní sestry uvedou, že nejčastěji podporují duševní zdraví nemocného nasloucháním a komunikací.

V Tab. 7 jsou uvedeny odpovědi zdravotních sester bez ohledu na oddělení. Je nutné podotknout, že otázka byla otevřená, tudíž zdravotní sestry odpovídaly i větším počtem odpovědí, kterých se mi celkem dostalo 118. Celkem odpovědělo 38 (95 %) zdravotních sester a 2 (5 %) zdravotní sestry na tuto otázku neodpověděly vůbec. 1 (3 %) zdravotní sestra odpověděla, že se duševní zdraví nemocných podporovat nesnaží. Po rozdělení jednotlivých odpovědí zdravotních sester do subjektivně vytvořených kategorií, se má domněnka *potvrdila*, protože zdravotní sestry nejčastěji uváděly odpovědi, které jsem zahrnula do kategorie Komunikace, do které jsem zahrnula celkem 36 (31 %) odpovědí. V této kategorii byly další 3 podkategorie. Zdravotní sestry v této kategorii nejčastěji uváděly komunikaci, a to 12 krát a naslouchání, které se v odpovědích objevilo 10 krát. Myslím si, že všechny uvedené odpovědi zdravotních sester jsou vhodnými prostředky pro podporu duševního zdraví nemocných. Podle mého názoru hodně záleží na samotné osobnosti zdravotní sestry. Když se nad tím kriticky zamyslím, tak si myslím, že zdravotní sestry, které se v jednotlivých oblastech teorií

duševního zdraví, které jsem hodnotila v otázce č. 6, a na to navazující otázce č. 7, ohodnotily škálami nižšími než 5, a to jak v jednotlivých oblastech nebo v celkovém hodnocení svého duševního zdraví, nebudou na tolik schopny, aby svým působením na nemocného nějakým způsobem podpořily jeho duševní zdraví. Podle mého názoru zdravotní sestra, která nemá čistou mysl, nemůže být kvalitní oporou nemocnému. V tomto případě ale také záleží na tom, jak daná zdravotní sestra umí být neegocentrická.

9 Závěr

Problematika podpory duševního zdraví je podle mého názoru aktuálním tématem. Když se řekne duševní zdraví, mnoho lidí si řekne vyrovnanost, pohoda. Ano, to je správná myšlenka, ale když se řekne, že má člověk, pacient duševní zdraví narušené, mnoho lidí si může představit, že je duševně nemocný, což nemusí být vždy pravda a to jsem touto prací chtěla říci. Myslím si, že podpoře duševního zdraví by se neměla věnovat jenom zdravotní sestra, ale také lékař a další nezdravotnický personál.

Cílem bakalářské práce bylo nastínit pojem duševní zdraví a zjistit jak se zdravotní sestry hodnotí v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví. Myslím si, že svých stanovených cílů jsem dosáhla. V teoretické části se zabývám pojmem duševní zdraví, jehož uvedené definice jsou podle mého názoru dostatečné pro pochopení tohoto pojmu. Dále se zabývám minimem o pozitivní psychologii, která je důležitou součástí podpory duševního zdraví stejně jako metody vedoucí k podpoře duševního zdraví. Ve výzkumné části jsou zhodnoceny výsledky výzkumného šetření, kde bylo mým hlavním cílem zjistit, jak zdravotní sestry podporují duševní zdraví nemocných a jak sami sebe hodnotí v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví. Na základě těchto hodnocení si myslím, že většina odpovídajících zdravotních sester, až na pár výjimek, jsou schopné pozitivně působit na pacienty a tím zlepšovat jejich duševní zdraví.

Myslím si, že bakalářská práce je přínosem pro praxi a to tím, že může zdravotním sestřám a nejen jim ukázat, alespoň to minimum týkajícího se duševního zdraví. Ve výzkumném šetření jsem zjistila, co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví a ve většině odpovědí to bylo správné, ale i tak si myslím, že by bylo vhodné zdravotní sestry vzdělávat v této oblasti, aby věděly jak podporovat duševní zdraví nemocného, nebo mu v krajních možnostech uměly sehnat odborníka, který by duševní zdraví jejich pacientů pomohl podpořit.

Podle mého názoru by si podpora duševního zdraví zasloužila mnohem větší pozornosti. Stále se hovoří o prevenci duševních chorob, ale o podpoře samotného duševního zdraví již moc ne. Myslím si, že tato bakalářská práce by mohla být něčím, co tuto problematiku podpoří.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Literatura

1. BAŠTECKÁ, B.; GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
2. BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti : hlavní témata, současné přístupy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
3. HAWKINS, P; SHOHET, P. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
5. HELUS, Z. *Úvod do psychologie : učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. s. 187. ISBN 978-80-247-3037-0.
6. JONES, G.; MOORHOUSE, A. *Jak získat psychickou odolnost : strategie vítěze, které změni váš pracovní výkon*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3022-6.
7. KALVACH, Z.; ČELEDOVÁ, L.; HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-744-4.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie : radost, naděje, odpuštění, smířování, překonávání negativních emocí*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie : možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. s. 108. ISBN 978-80-247-3604-4.
11. KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
13. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 60-63. ISBN 978-80-247-2138-5.
14. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
15. MARKOVÁ, E. Duševní zdraví. In MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada Publishing, 2006. [Kap.] 1, s. 15–17. ISBN 80-247-1151-6.

16. MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 14-400-84.
17. MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 4. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 14-226-86.
18. MÜLLER-THURAU, C. P. *101 nejčastějších otázek a nejlepších odpovědí u přijímacího pohovoru : jak se připravit a uspět*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. s. 73. ISBN 978-80-247-3685-3.
19. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl : učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.
20. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-847-2959-6.
21. PETERS-KÜHLINGER, G.; JOHN, F. *Komunikační a jiné „měkké“ dovednosti : využijte svůj potenciál, rozvíňte své soft skills a staňte se úspěšnějšími*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. s. 36. ISBN 978-80-247-2145-3.
22. RAUDENSKÁ, J.; JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.
23. SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií : nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3507-8.
24. SOLLÁROVÁ, E. Kulturní a společenská podmíněnost člověka. In VÝROST, J.; SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie : 2., přepracované a rozšířené vydání*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. [Kap.] 3.4.3, s. 60-64. ISBN 978-80-247-1428-8.
25. STERNBERG, R. J. *Kognitivní psychologie*. 1 vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-376-5.
26. ŠNÝDROVÁ, I. *Psychodiagnostika*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 56. ISBN 978-80-247-2165-1.
27. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi : syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
28. VENGLÁŘOVÁ, M; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
29. VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5.
30. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie : 3., aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

31. ZACHAROVÁ, E.; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Elektronické zdroje

32. BLAHUTKOVÁ, M; DAN, J. Zdraví a osobní pohoda : některé nové přístupy a metody posuzování. *Škola a zdraví pro 21. století z 3. konference, současný diskurs zkoumání školy a zdraví, Brno, 2007* [online]. Brno : Výzkumný záměr škola a zdraví pro 21. století, 2008 [cit. 2012-06-25], s. 123. Dostupné z WWW: <http://www.ped.muni.cz/z21/2007konference_2007/sbornik_2007/sb07_soucasny_diskurs/cze/blahutkova_dan_cz.pdf>
33. BRYCE, C. P. *Insights into the concept of stress* [online]. Washington, D.C : Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program, Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization, 2001 [cit. 2012-05-16]. ISBN 92-751-2359-4. Dostupné z WWW: <<http://www.paho.org/english/ped/stressin1.pdf>>
34. DAŇKOVÁ, Š. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS CR 2002) – Duševní zdraví (XIII. díl). In *Aktuální informace, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 12.3. 2003* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2003 [cit. 2012-06-12]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/system/files/12_03.pdf>
35. DAŇKOVÁ, Š. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR : duševní zdraví, vitalita a kognitivní schopnosti. In *Aktuální informace, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 11.5. 2010* [online]. Praha : Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010 [cit. 2012-06-12]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/system/files/12_10.pdf>
36. Evropská konference ministrů k otázkám duševního zdraví. Akční plán duševního zdraví pro Evropu : čelit výzvám, nelézat řešení. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví Moravskoslezského kraje* [online]. Helsinky : WHO, 2005 [cit. 2012-06-15], s. 1 – 10. Dostupný z WWW: <http://crpdz.cz/dokumenty/2006_03_30_003.pdf>
37. HÁJKOVÁ, Helena. *Integrace životní zkušenosti u osob s neurotickou poruchou metodou čáry života* [online]. 2007 [cit. 2012-06-21]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Marek Blatný. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/64551/ff_m/>.

38. Komise evropských společenství. Zelená kniha - zlepšení duševního zdraví obyvatelstva : na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. *Evropská komise* [online]. Brusel, 2005 [cit. 2012-06-15], s. 3-14. Dostupný z WWW: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf>
39. LIŠKOVÁ, Zuzana. *Somatizace psychických tenzí a jejich negativní vliv na kvalitu života*. [online]. 2007 [cit. 2012-06-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií. Vedoucí práce Věra Mráčková. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/102458/fsps_b/>.

Seznam tabulek

Tab. 1 Struktura respondentů podle odpovědí na otázky duševního zdraví	32
Tab. 2 Pohlaví respondentů.....	35
Tab. 3 Oddělení, na kterém respondentky pracují	35
Tab. 4 Tabulka zobrazující co si zdravotní sestry představují pod pojmem duševní zdraví ...	37
Tab. 5 Co je znakem duševně zdravého člověka	38
Tab. 6 Nesprávné odpovědi na otázku, co je znakem toho, že je člověk duševně zdrav	39
Tab. 7 Podpora duševního zdraví zdravotní sestrou	40
Tab. 8 Počet zdravotních sester, které znají nějakého z uvedených specialistů a kolik by jich doporučily	54
Tab. 9 Průměrný počet psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, supervizorů a koučů, které zdravotní sestry znají	55
Tab. 10 Odpovědi zdravotních sester na doplňující otázku	56

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf zobrazující počet zdravotních sester, které odpověděly na otázku.....	36
Obr. 2 Graf průměrného hodnocení v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví na škále od 1 do 10 podle oddělení	42
Obr. 3 Graf průměrného hodnocení v jednotlivých kategoriích spadajících do teorie duševního zdraví na škále od 1 do 10 všech zdravotních sester bez ohledu na oddělení.....	43
Obr. 4 Graf zobrazující hodnocení zdravotních sester, zda se cítí duševní zdravé za poslední měsíc	46
Obr. 5 Graf zobrazující povědomost zdravotních sester o pečujícím o duševní zdraví ve zdravotnickém zařízení	47
Obr. 6 Graf zobrazující osoby pečující o duševní zdraví nemocných	48
Obr. 7 Graf zobrazující zda zdravotní sestry hledají informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví	49
Obr. 8 Graf zobrazující kde zdravotní sestry hledají informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví	50
Obr. 9 Graf zobrazující povědomost zdravotních sester o informaci v časopise Psychologie dnes	51
Obr. 10 Graf četby publikací zaměřených na duševní zdraví	52
Obr. 11 Graf zobrazující možnost zdravotních sester zdokonalovat se v oblasti péče o duševní zdraví	53
Obr. 12 Graf počtu zdravotních sester, které na otázku odpověděly nebo neodpověděly.....	54
Obr. 13 Graf počtu zdravotních sester odpovídajících na otázku	56

Seznam příloh

Příloha A

Dotazník pro zdravotní sestry

Příloha A

Dobrý den,

jmenuji se Simona Kováčsová a jsem studentkou oboru Ošetrovatelství – všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tímto bych Vás chtěla požádat o chvíli Vašeho času k vyplnění tohoto dotazníku, který je podkladem pro mé výzkumné šetření k bakalářské práci, jejíž téma zní „Sestra a podpora duševního zdraví“.

Tímto dotazníkem bych chtěla zjistit, jak zdravotní sestra podporuje duševní zdraví nemocného a zda ví, kde hledat potřebnou pomoc pro nemocné s duševní problematikou, a jak zdravotní sestra hodnotí sama sebe v oblasti duševního zdraví.

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely bakalářské práce.

Předem velice děkuji za Váš čas, ochotu a pomoc.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

a) Žena

b) Muž

2. Na jakém oddělení pracujete?

.....

3. Co si představujete pod pojmem duševní zdraví?

.....

.....

.....

4. Co je podle Vás *znakem* toho, že je člověk duševně zdravý?

Za znak považuji to, o čem si myslíte, že ve Vás duševní zdraví vyvolá.

.....

.....

.....

5. Jak se snažíte podporovat duševní zdraví nemocného?

.....

.....

.....

6. Zde jsou znaky duševně zdravé a adaptabilní osobnosti¹. Zkuste ohodnotit sám/sama sebe na škále od 1 do 10, na kolik byste se v daném znaku ohodnotil/a za poslední měsíc (1 je nejméně, 10 nejvíce).

¹*Širší pojetí duševního zdraví* duševně zdravého jedince charakterizuje schopností adekvátní adaptace (Miček, 1986).

- a) Kladné sebehodnocení

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Kladné sebehodnocení je schopnost vidět sebe sama a ohodnotit se. Patří k tomu i hodnocení pozitivních a negativních emocí s tím spojených. Kladným hodnocením si člověk přisuzuje nějakou hodnotu.

- b) Čistá mysl

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Čistou myslí rozumíme stav, kdy vnímáme, že nejsme přehlceni myšlenkami a tím pádem můžeme jednat s čistou hlavou a nenechat se rozptylovat myšlenkami.

- c) Cílevědomost

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Cílevědomost je schopnost stanovovat si cíle a za nimi si také jít. Cílevědomost posiluje naše sebevědomí a výkonnost.

- d) Dobré komunikační dovednosti

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Jednou z nejdůležitějších dovedností je naslouchání, zpětná vazba, dávání najevo to, co podstatného jsme ze sdělení vyrozuměli, povzbuzování, empatie, asertivita (zdravé sebeprosazování). Mezi komunikační dovednosti patří schopnost sdělení podstatného.

- e) Schopnost efektivně řešit problémy

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Schopností efektivně řešit problémy můžeme rozumět ovlivňování našeho vnějšího chování, ale i snížení emocionálního a fyzického vzrušení, které tyto pocity způsobují. Mezi schopnosti řešit problémy efektivně bych zařadila i asertivitu, kterou prosazujeme sami sebe.

- f) Využívání adaptačních a sociálních dovedností

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Využíváním adaptačních dovedností rozumíme to, že se umíme přizpůsobovat, adaptovat situacím, které nastaly, například tím, že změním své cíle. Sociální dovednosti jsou ty schopnosti, kterými dokážeme využít společenství pro zmírnění stresu.

- g) Udržování se v dobré fyzické a duševní kondici

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Udržování se v dobré fyzické a duševní kondici pomáhá lépe se vypořádat s životními problémy. Udržováním se v dobré psychické a duševní kondici rozumíme praktikování zdravého životního stylu.

- h) Schopnost seberealizace

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Seberealizací rozumíme schopnost realizovat sami sebe. Dělat to, co sami chceme, něco co si myslíme, že je správné a vede nás dál. Je to činnost, která je v souladu s našimi hodnotami a možnostmi.

- i) **Autonomie**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Autonomie zahrnuje nezávislost a svobodu. Jedinec, který autonomii má, je soběstačný, samostatně se rozhoduje a svá rozhodnutí realizuje.
- j) **Subjektivní uspokojení**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Subjektivním uspokojením rozumíme stav, kdy má člověk skutečně dobrý pocit.
- k) **Adekvátní vnímání reality**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Vnímáním reality rozumíme, že dokážeme vnímat realitu takovou jaká je a že vnímáme věci takové, jaké jsou. Je těžké říci, jak má člověk vnímat realitu, protože realitu vnímáme každý jinak. Patří sem i to, zda máme vhled a nadhled nad svou životní situací.
- l) **Flexibilita**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Flexibilní lidé jsou tací, kteří se umějí rychle rozhodovat, dostávají se rychle do formy. Flexibilní lidé jsou přizpůsobiví různým situacím.
- m) **Nezdolnost (resilience)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nezdolnost znamená zvládání životních problémů a těžkostí. Jde o jev adaptace, kdy jsme schopni se vyrovnávat se životem takovým jaký je.
- n) **Koherence**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Koherence je sounáležitost, soudržnost. Je to naše vnitřní soudržnost s tím, zda jsme v souladu s tím, co vnitřně cítíme a s tím, jaký to má soulad se společenským tlakem. Dělá lidské srdce „nerozdvojeným“.
- o) **Osobní tvrdost**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Osobní tvrdost je vlastností, díky které jsme schopni řídit a kontrolovat dění, ve kterém se pohybujeme. Člověk se ztotožňuje s tím, co dělá a chápe těžkosti jako výzvy. Souvisí s vytrvalostí a pevnou vůlí.
- p) **Naučený optimismus a naučené zdroje síly**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Naučený optimismus je optimismus, který získáváme během života. Člověk se naučí se dívat na svět optimisticky. Naučené zdroje síly chápeme jako něco, co člověku dodává sílu bojovat, řešit problémy, zvládat životní těžkosti.
- q) **Optimismus**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Osobnostní charakteristika, která charakterizuje lidi, kteří očekávají, že výsledek dění, jehož jsou účastni, bude kladný. Optimismus je vrozený, člověk se jako optimista může narodit.
- r) **Smysluplnost života**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Smysluplnost života chápeme jako něco, díky čemu má člověk chuť žít, něco co mu dává do života smysl.
- s) **Víra**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Víru hodnotíme jako něco, co člověka vede a formuje. Víra není jenom náboženství a Bůh, víra je i něco, v co člověk věří, něco, co je pro něj důležité.

t) Smysl pro humor

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Smysl pro humor je znamená mít rád legraci, škádlení, umět se smát a rozesmívat druhé, umět žertovat a bavit se i sám sebou. Smysl pro humor není jen vyprávění vtipů.

u) Sebedůvěra a síla ega

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Lidé s dobrou sebedůvěrou si neberou věci osobně, negativní odezvy na jejich osobu berou jako výzvy k tomu, aby se posunuli dále. Věří sami sobě a to je vede i k jejich stanoveným cílům. Hraje zde roli i síla ega, kterou člověk dává najevo svoje „já“.

v) Svědomitost

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Svědomitý člověk si osvojuje zdravější způsoby života, vyhýbá se zbytečným stresorům. Je to člověk, který je uvědomělý a snaží se o to, aby bylo všechno co nejvíce jak má. Člověk je zodpovědný za sebe sama, za svoje činy i za následky, které nesou.

Následující otázkou ve Vás nechci vyvolat rozporuplné pocity. Otázka je z etického hlediska více osobní, a proto Vás prosím, abyste na základě předchozích odpovědí, zkusil/a zhodnotit svoje duševní zdraví.

7. Označil/a byste sám/sama sebe za poslední měsíc za duševně zdravého/zdravou?

Na škále od 1 do 10, kde 1 je nejméně a 10 nejvíce, zkuste znázornit, na kolik byste se ohodnotil/a za duševně zdravého/zdravou.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení někoho, kdo pečuje o duševní zdraví nemocných?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Nevím o tom.

9. Pokud jste odpověděl/a na otázku č. 8 odpovědí a), tedy ano, koho tedy?

.....

.....

.....

10. Kde hledáte informace o tom, kde jsou odborníci pečující o duševní zdraví?

.....

.....

.....

11. Víte o tom, že v časopise Psychologie dnes je každý měsíc seznam psychoterapeutů a výčet školících akcí zaměřujících se na psychologii?

- a) Ano.
- b) Ne.

12. Čtete nějaký časopis nebo jinou publikaci zaměřenou na duševní zdraví?

a) Ano.

b) Ne.

13. Máte možnost se zdokonalovat v oblasti péče o duševní zdraví?

a) Ano.

b) Ne.

14. Kolik znáte psychologů, psychoterapeutů, psychiatrů, supervizorů a koučů? Kolik byste jich doporučil/a?

Supervisor poskytuje podporu při uvolnění negativních emocí a stresu, které zaměstnance zasáhnou při plnění pracovních povinností v rámci péče o klienty.

Kouč je člověk, který na základě partnerské diskuze a konzultace, hledá spolu s koučovaným optimální cesty rozvoje schopností, dovedností a znalostí.

	Znám ²	Doporučil/a bych ³
Psychologové		
Psychoterapeuti		
Psychiatři		
Supervizoři		
Koučové		

Znám² – kolik jich znám osobně, vím, kde působí a jak je kontaktovat. Prosím, uveďte počet.

Doporučil/a bych³ – na základě svých zkušeností. Prosím, uveďte počet.

15. Pokud máte nějaké zkušenosti s oblastí podpory duševního zdraví nebo nějaké připomínky, můžete se o ně se mnou podělit. Je to pro mě inspirací a přehledem pro dobrou praxi. Moc děkuji.

.....

.....

.....

.....

.....

Předem vám moc děkuji za vaši ochotu a čas.

S přáním krásného dne,

Simona Kováčsová, studentka FZS UPce.