

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE
PROVOZNĚ EKONOMICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE



Bakalářská práce

Duševní zdraví jako nezbytná podmínka efektivní
adaptace na požadavky výkonově orientované
společnosti

Zpracovala: Pavla Hlavničková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

© 2013 ZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra psychologie

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hlavničková Pavla

Provoz a ekonomika

Název práce

Duševní zdraví jako nezbytná podmínka efektivní adaptace na požadavky výkonově orientované společnosti

Anglický název

Mental health as a necessary condition of effective adaptation to demands of power-oriented society

Cíle práce

Orientace a kritická analýza relevantní odborné literatury včetně hlavních programových dokumentů na národní, evropské a světové úrovni. V empirické části práce ověřit úroveň duševního zdraví u vybraného populačního souboru prostřednictvím dotazníkového šetření.

Metodika

V teoretické části práce je východiskem prostudování a kritická analýza relevantní odborné literatury včetně hlavních programových dokumentů na národní, evropské a světové úrovni. Empirická část práce ověří duševní zdraví vybraného populačního souboru prostřednictvím dotazníkového šetření.

Harmonogram zpracování

Zpracování první verze teoretické části práce: říjen - listopad 2012

Příprava empirického šetření: listopad 2012

Zpracování druhé verze teoretické části práce podle připomínek vedoucího práce: prosinec 2012

Realizace empirického šetření: prosinec 2012

Zpracování a vyhodnocení výsledků: leden 2013

Finalizace všech částí a odevzdání práce: únor 2013

Rozsah textové části

35 - 50 stran

Klíčová slova

duševní zdraví, programové dokumenty, priority, podmínky a ovlivňující okolnosti

Doporučené zdroje informací

Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., Šolcová, I. (Eds.): Psychosociální souvislosti osobní pohody. Brno, Masarykova Univerzita & Nakladatelství MSD 2005. ISBN 80-86633-35-7,
Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Praha, Academia 2005. ISBN 80-200-1307-5.
Kebza, V.: Chování člověka v krizových situacích. Praha. PEF ČZU 2011. ISBN 978-80-213-2210-3.
Kebza, V., Šolcová, I.: Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. Československá psychologie 47, 2003, 4, 333-345. ISSN 0009-062X.
Šolcová, I., Kebza, V.: Prediktory osobní pohody u reprezentativního souboru české populace. Československá psychologie 49, 2005, 1, 1-6. ISSN 0009-062X.

Vedoucí práce

Kebza Vladimír, doc. PhDr., CSc.

Termín odevzdání

březen 2013


PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry




prof. Ing. Jan Hron, DrSc., dr.h.c.

Děkan fakulty

V Praze dne 6.11.2012

Prohlášení

Prohláším, že svou bakalářskou práci "Duševní zdraví jako nezbytná podmínka efektivní adaptace na výkonově orientovanou společnost" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce pana doc. PhDr. Vladimíra Kebzy, CSc. s použitím odborné literatury a dalších informací, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 14. 3. 2013

Podkování

Tímto bych ráda podkovala vedoucímu mé bakalářské práce panu doc. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. za odborné konzultace, vedení a připomínky při vypracování práce. Dále bych chtěla podkovat své rodinu a přátelům, kteří mi podporovali a umožnili mi tuto práci napsat a zároveň všem, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření.

Du-ovní zdraví jako nezbytná podmínka efektivní adaptace na výkonov orientovanou společnost

Souhrn

Práce je vnována problematice du-ovního zdraví jako nezbytné podmínky efektivní adaptace na výkonov orientovanou společnost a je rozdělena do dvou částí.

Teoretická část práce se zaměřuje na vysvětlení pojmů týkajících se problematiky du-ovního zdraví. Jde především o adaptaci, stres, krizi, psychopatologii krize a nejdleflit jí programové dokumenty týkající se du-ovního zdraví.

Empirická část ověřuje úroveň du-ovního zdraví ve vybraných populačních souborech pomocí dvou metod. Jedna se zabývá flivotní spokojeností a kontrolou nad vlastním flivotem a druhá metoda bilancuje pr b h významných flivotních událostí respondentů. Informace pro empirickou část byly získávány prostřednictvím dotazníkového šetření.

Klí ová slova

- du-ovní zdraví
- programové dokumenty
- priority
- podmínky
- ovliv ůující okolnosti

Mental health as a necessary condition of effective adaptation to demands of power-oriented society

Summary

The work is devoted to mental health issues as a necessary condition for effective adaptation and performance-oriented society is divided into two parts.

The theoretical part of the thesis focuses on explanations of terms relating to the issue of mental health. It's all about adaptation, stress, crisis, crisis psychopathology and important program documents related to mental health.

The empirical part verifies the level of mental health in the population selected files using two methods. One deals with life satisfaction and control over their own lives and the second method sums up the progress of major life events respondents. Information for the empirical part were collected through a questionnaire survey.

Keywords

- mental health
- programming documents
- priorities
- conditions
- influencing factors

Obsah

1 Úvod	6
2 Cíl práce a metodika	7
2.1 Cíl práce	7
2.2 Metodika	7
3 Teoretická část	9
3.1 Zdraví	9
3.2 Duševní hygiena	9
3.2.1 Duševní hygiena a práce	10
3.3 Adaptace	10
3.3.1 Adaptace tělesné systémy organismu	11
3.3.2 Faktory ovlivňující adaptaci	11
3.3.3 Situace se zvýšenými nároky na adaptaci	12
3.4 Stres	12
3.4.1 Zvládání stresu	14
3.5 Krize	14
3.5.1 Faktory ovlivňující vznik krize	15
3.5.2 Příčiny vzniku krize	16
3.5.3 Krize a její průběh	16
3.5.4 Krize a její hlavní determinanty	17
3.5.5 Strategie zvládání krize	17

3.5.6 Osobnostní rozvoj a krize.....	18
3.6 Psychopatologie krize	18
3.6.1 Duševní zdraví, nemoci a poruchy	19
3.6.2 Fobie, úzkost, strach.....	20
3.6.3 Poruchy nálady	22
3.6.4 Akutní stresová reakce	23
3.6.5 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)	23
3.6.6 Syndrom vyhoření.....	24
3.7 Programové dokumenty	25
3.7.1 Vývoj podpory zdraví v České republice.....	25
3.7.2 Aplikace programu šZdraví pro všechny v 21. století v ČR	26
3.7.3 Deklarace o duševním zdraví pro Evropu.....	26
3.7.4 Akční plán duševního zdraví pro Evropu.....	28
3.7.5 Zelená kniha	29
3.7.6 Evropská úmluva o duševním zdraví a pohodí	30
4 Empirická část.....	32
4.1 Návratnost dotazník	32
4.2 Charakteristika respondent	32
4.3 Zpracování dotazník	32
4.3.1 Dotazník 1	32
4.3.2 Dotazník 2	33
4.3.3 Vyhodnocování dotazník 1 a 2	33

4.4 Analýza výsledk	34
4.4.1 Dotazník 1	34
4.4.2 Dotazník 2	37
5 Diskuse	39
6 Záv r.....	41
7 Použitá literatura	43
8 Seznam vyobrazení.....	44
7.1 Seznam tabulek.....	44
7.2 Seznam graf	44
9 Přílohy	45

1 Úvod

V současné době se téma duševního zdraví kolem nás objevuje stále častěji. Je to způsobeno nejspíše tím, že je pro správné fungování člověka prostě nepostradatelné. Jakákoliv změna naší duševní rovnováhy může narušit jak náš psychický, tak i fyzický stav. Může ovlivňovat naši schopnost vnímání podnětů, adaptování se na různé životní změny a požadavky, celkové zdraví a také schopnost zvládat stres.

Dnešní společnost se zaměřuje na samostatnost každého z nás a požaduje stále lepší a rychleji realizovatelné výsledky. Tyto požadavky působí na mnoho lidí velký tlak a v důsledku tohoto působení se dostávají do stresu, který jejich výkonnost snižuje a tím se snižuje i produktivita práce, která je pro rozvíjející ekonomiku nepostradatelná. Lidé jsou schopni se na tyto požadavky adaptovat pouze v případě, je-li jejich tělesné a zejména duševní zdraví v rovnováze. Nastane-li určité vychýlení této rovnováhy, může dojít ke vzniku psychických nebo fyzických onemocnění. Ochrana a podpora duševního zdraví by proto měla být v zájmu celé společnosti rozvíjena a upevňována.

Tato bakalářská práce bude věnována problematice duševního zdraví jako nezbytné podmínky efektivní adaptace na výkonově orientovanou společnost. Spolu s tím zde budou shrnuty poznatky týkající se dané problematiky, jako jsou adaptace, stres, krize, psychopatologie krize (fobie, úzkost, strach, poruchy nálady, akutní stresová porucha, posttraumatická stresová porucha a syndrom vyhoření) a programové dokumenty zaměřené na ochranu a podporu zdraví na národní, evropské a světové úrovni.

Empirická část práce bude navazovat na poznatky z teoretické části a cílem je ověřit úroveň duševního zdraví u vybraných populací souborů mezi dvěma generacemi. Ověření bude probíhat prostřednictvím dotazníkového šetření pomocí dvou dotazníků. První z nich se zabývá životní spokojeností respondentů a kontrolou nad vlastním životem a je rozdělen do třech částí. Druhý dotazník bilancuje nad přibíháním významných životních událostí za posledních 12 měsíců života dotazovaných.

Hlavním důvodem vybrání a zpracování bakalářské práce na téma „Duševní zdraví jako nezbytná podmínka efektivní adaptace na výkonově orientovanou společnost“ je aktuálnost a důležitost dané problematiky.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem teoretické části je orientace a kritická analýza založená na prostudování vybrané relevantní literatury v etn hlavních programových dokumentech na národní, evropské a světové úrovni. Úkolem je shrnout poznatky o problematice duševního zdraví, které byly již zjištěny a zdokumentovány.

Empirická část práce navazuje na část teoretickou a cílem je ověřit úroveň duševního zdraví u vybraného populačního souboru.

2.2 Metodika

V teoretické části práce je hlavním východiskem prostudování a kritická analýza relevantní odborné literatury v etn hlavních národních, evropských a světových programových dokumentech, jejichž přehled je uveden na konci práce.

Empirická část práce ověří úroveň duševního zdraví u vybraných populačních souborů prostřednictvím dotazníkového šetření konaného v únoru 2013. Pro tuto práci budou vybrány populační soubory dvou generací. Základem šetření jsou dva dotazníky (viz příloha 1 a 2).

První z nich se skládá ze čtyř částí. První část je vymezena otázkami 1 až 6 zabývajícími se pocitem osobní pohody ve smyslu prožívané úrovně – měří se na bodovací stupnici od 1 do 7, přičemž 1=nejlepší a 7=nejhorší možná odpověď. Druhou část tvoří polovka 7 zaměřená na hodnocení subjektivního zdravotního stavu respondentů ve srovnání se svými vrstevníky. Možnosti hodnocení této otázky byly následující: 1=vynikající, 2=velmi dobrý, 3=dobry, 4=uspokojivý, 5=méně uspokojivý, 6=horší a 7=patný. Poslední část prvního dotazníku lokalizuje úroveň kontroly nad vývojem událostí v životě dotazovaných prostřednictvím prezentované úseky o rozsahu 100 mm, na níž má respondent vyznačit svou pozici.

Druhý dotazník hodnotí náročnost prožitých životních událostí za posledních 12 měsíců pomocí škály sociální readaptace. Se tením bodovým počtem událostí bude zjištěna míra zátlfe dotazovaného.

Výsledná data dotazníkového šetření budou slovně a statisticky vyhodnocena. Pro vyhodnocení bude použit součet bodů a prostý aritmetický průměr. Výsledky budou zachyceny do tabulek a grafů a porovnány mezi jednotlivými skupinami.

3 Teoretická část

3.1 Zdraví

Lidé v současné, minulé a pravděpodobně i v budoucí době uznávají a budou uznávat mnoho hodnot. Hodnota, která by měla být lidmi nejvíce uznávaná je lidské zdraví, které ovlivňuje jejich schopnost adaptace a tím i řídit plnohodnotný a spokojený život. Otázkou však zůstává, co si pod pojmem zdravím máme představit. Jednoznačně máme říci, že neexistuje jedna jediná stoprocentní definice, která by tento pojem vystihovala. V odborných literaturách je zdraví alespoň částečně vystihované hned několika definicemi, které jsou ve své podstatě vytvořeny ze stejného základu, ale v hlubším slova smyslu se liší tím, s čím je zdraví hlavně spojováno (životní styl, osobní pohoda, nemoci, psychická pohoda, fyzický stav, výživa, stres a zátěž). Odborníci zabývající se tématem zdraví se ale většinou shodují nad tím, že lidské zdraví je komplexní jev psychického (duševního), fyzického a sociálního stavu člověka. Všechny tyto tři stránky lidského zdraví na sebe vzájemně působí a vytvářejí určitou rovnováhu. Pokud je některá z těchto stran určitým způsobem oslabena, vzniká nerovnováha a to může narušit zdraví člověka a tím i jeho schopnost se adaptovat.

Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat zdraví člověka. Podle mnoha výzkumů se však badatelé shodují, že výrazný vliv na lidské zdraví má životní styl. V současnosti je téma životního stylu velmi frekventované a dokonce ho mnoho lidí uvádí do svého image. [1]

3.2 Duševní hygiena

Téma duševní hygieny není v nynější době úplně tak neznámé, ale co si pod tímto pojmem máme představit? Jedná se především o soubor propracovaných pravidel a rad sloužících k prohloubení, znovuzískání nebo udržení duševní rovnováhy. Hlavním tématem duševní hygieny je duševní zdraví, což je ideální stav vyrovnaného člověka při dodržování pravidel duševní hygieny. Dalším velmi frekventovaným tématem duševní hygieny je téma správné adaptace (příspěvek sobě), což je proces, kdy člověk dosahuje duševního zdraví a vyrovnanosti.

Praktikování duševní hygieny, jak jí bylo zvyklé, vede tedy k vyrovnanosti a duševnímu zdraví člověka. Tyto lidé pak bývají odolnější vůči chorobám. Už v roce 1957 na Mezinárodním lékařském sjezdu bylo uvedeno, že nejméně jedna třetina vzniklých nemocí je způsobena poruchou duševní rovnováhy. Tyto poruchy duševního zdraví nejčastěji vedly k vzniku žaludečních vředů nebo třeba anginy pectoris.

Nevyrovnaný (duševně nezdravý) člověk, se pozná hned podle několika viditelných znaků. Patří se sem například třes rukou, zvýšená míra pocení, napjatost, stísněnost při otázkách okolí, úzkostné stavy, člověk nevydrží sedět v klidu a mnoho dalších znaků. Duševní zdraví se spojuje s nepřítomností duševních poruch, vyrovnaností, dobrou schopností adaptace a nepřítomností nemocí.

3.2.1 Duševní hygiena a práce

Duševní hygiena se ve velké míře zabývá i tím, jak na duševní zdraví člověka působí jeho pracovní činnost. Pokud je lidské duševní zdraví a tím i jeho vyrovnanost určitým způsobem narušena podává ve své profesi podstatně nižší výkony, stresuje sebe i lidi ve svém okolí, nadměrně ho jeho práce vyčerpává a ztrácí i motivaci k pracovní činnosti.

Působení nerovnováhy na lidský organismus je také velmi ovlivněno tím, zda člověk vykonává práci, kterou rád vykonávat chtěl a jeho práce je i jeho koníčkem, nebo vykonává práci jen z nutnosti výdělků a zajištění životních potřeb. Taková práce může být charakterizována náhlostí úkolů a krátkou dobou jejich splnění, neúměrností povinností na jednotlivce, zvýšenou osobní odpovědností nebo zvýšeným podílem administrativních prací. Všechny tyto uvedené faktory mohou negativně působit na lidské zdraví a ovlivňovat tím jeho adaptaci a výkonnost. [2]

3.3 Adaptace

Slovo adaptace ve své podstatě znamená přizpůsobovat se různým podmínkám, které jsou na jedince kladeny. Adaptace lidí je založena na vyrovnávání se člověka s určitými nároky, které jsou na něj kladeny. Při tomto vyrovnávání je však důležité, aby si

jedinec sou asn zachoval jeho vnit ní rovnováhu. Adaptace nám dále umofl uje nalézat nové zp soby na-eho chování na dané podn ty a v pozd j-í dob tyto poznatky nadále vyufflívat a zkrátit tak adapta ní proces. Obecná adapta ní schopnost je mnohdy ozna ována jako adaptabilita. U každého jedince je adaptabilita r zná, a tedy reakce na danou zát fl je individuální.

3.3.1 Adapta ní systémy organismu

V psychologii se adaptace lidí na r zné podn ty realizuje pomocí psychické regulace. Psychická regulace má t i stupn : instinktivní, zvykové a volní. Instinktivní psychická regulace je provád na automaticky pomocí vrozených reakcí, anifl bychom nad tím p ímo p emý-eli. Zvykové regulace probíhají nau enými a navyklými zp soby na-eho chování. V takových reakcích lov k nad svým chováním nep emý-lí a provádí je automaticky. P i psychické regulaci se u lidí podílejí v-echny základní soustavy organismu. Pat í sem kostern -svalová soustava, dýchací, vylu ovací, reproduk ní, trávicí, ob hová, hormonální i nervová. Nejd leffit j-í soustavy pro psychickou regulaci jsou soustavy nervová a hormonální. Velice d leffitou roli zde hraje imunitní systém, který je propojen s nervovou a hormonální soustavou a siln ovliv uje funkci organismu a reakci na zát fl.

3.3.2 Faktory ovliv ující adaptaci

Proces lidské adaptace je ovliv ován hned n kolika faktory. Jde p edev-ím o lidskou osobnost a o prost edí, které na ni p sobí. Z uvedeného vyplývá, fl adaptace každého lov ka je ovliv ována vn j-ími a vnit ními faktory. K nejvíce p sobícím vn j-ím vliv m, které ovliv ují ná-adapta ní proces, pat í kařdodenní situace a to jak nep íjemné tak i ty p íjemné, dále r zné flivotní události jako nap íklad smrt rodinného p íslu-níka nebo blízkého p ítele, rozvod, ztráta zam stnání, závařné onemocn ní adt. V neposlední ad adaptaci lov ka ovliv uje to, jaká je jeho sociální opora.

Zvládání kařdodenních situací je individuální záleffitost a to jak se na n bude kařdý jedinec adaptovat je nep edvídatelné. N komu p ijde zvládnutí ur íté situace zcela

banální a pro jiného to může být náročné. Nejedná se však pouze o nepříjemné situace. I radostné události v našem životě vyžadují určitý adaptační proces pro přijetí a zvyknutí si na tuto situaci. Pro ně které jedince mohou být i radostné události situací, která v nich vyvolává nervozitu i pocit úzkosti, protože neví, jak se v takových situacích tvářit a bez problému ji přijmout.

řivotní události se nedají předvídat, a proto se na ně žádný člověk nemůže s jistotou připravit. Často zasáhnou jedince v nejméně očekávanou dobu a jeho adaptace na ně je obtížná a často i zdlouhavá. Na vzniklou psychickou zátěž každý reaguje individuálně a proces adaptace trvá u každého jinak dlouho a tato doba se nedá přesně předvídat.

Velmi důležitou roli na adaptační proces má sociální opora. Ta má u každého člověka velký vliv u lidí. Pokud má člověk kolem sebe rodinu a přátele, kteří ho respektují, chválí a podporují, cítí se sebejistý a spokojený sám se sebou. V nepříjemných situacích pak člověk ví, že se může na své blízké spolehnout a jsou mu oporou. Adaptace pak u těchto lidí může probíhat lépe a rychleji u lidí jen proto, že určitý jedinec ví, že se o danou zátěž může podílit a poradit se svými blízkými.

3.3.3 Situace se zvýšenými nároky na adaptaci

Situací, které vyžadují zvýšené nároky na lidskou adaptaci je velmi mnoho. Lidé musí vynakládat mnohem větší úsilí na zvládnutí těchto situací a může se i stát, že lidské úsilí na dané situace nemusí stačit a člověk se dostane do mnohem složitějších životních situací.

Jak už bylo řečeno, existuje mnoho situací se zvýšenými nároky na adaptaci. Patří mezi ně například ržná zátěž neboli stres, různé konflikty a problémy, lidský strach a úzkost, frustrace, nemoc a mnoho dalších. [3]

3.4 Stres

Samotný termín stres je pojem, který jednotliví badatelé mohou formulovat trochu odlišně. Ve své podstatě je stres spojován se situacemi obtížnými, ohrožujícími a významně narušujícími lidskou rovnováhu organismu. Stres (stresovou situací) může

formulovat jako rozpor mezi dispozičními a expozičními faktory. Expoziční faktory lze charakterizovat jako všechny požadavky a nároky, které jsou na jedince kladeny zvenčí, a je na něj vytvářen určitý tlak pro splnění těchto požadavků. Naproti tomu dispoziční faktory jsou ty, kterými je vybaven sám jedinec. Patří sem například to, jak je jedinec odolný v různých okolích, jeho adaptační schopnost nebo třeba jaké je schopen vynaložit pracovní úsilí. Stresová reakce může v reálném životě vzniknout v podstatě ze dvou důvodů. Prvním důvodem může být to, že je kladená zátěž příliš velká, nebo doba jejího působení moc dlouhá. Tyto důvody pak vedou k celkovému vyčerpání lidského organismu a mohou vést i ke ztrátě motivace. Druhým důvodem vzniku stresu může být naopak to, že kladené nároky na člověka jsou dlouhodobě nízké, nebo se velmi málo mění a jsou monotónní. To může jedince také vyčerpávat a on pak kladené nároky vnímá jako nudu, pesycení nebo monotónii.

Podněty, které vyvolávají v lidském organismu stresové reakce, se nazývají stresory. V běžném životě se setkáváme s mnoha různými stresory. Mohou to být stresory sociální, fyzikálně-chemické, úkolové a myšlenkové. Sociální stresory souvisejí s naší komunikací a vztahy mezi lidmi. Stále se zhoršující životní prostředí, kvalita vody a ovzduší a další aspekty v přírodě způsobují vznik fyzikálně-chemických stresorů. Úkolové stresory vycházejí z našeho způsobu zvládnutí úkolů a myšlenkové stresory jsou obrazem našeho prožívání určitých situací. Každý člověk prožívá stresory individuálně. Buď se s nimi vyrovná a adaptuje se na běžnými adaptačními mechanismy, nebo probíhá stresová reakce.

Existují dvě formy stresu a to eustres a distres. Eustres je stres pozitivní, který nás aktivuje a je velmi potřebný. Motivuje nás k lepším výkonům, vyvolává v nás radost a tvořivost, dodává nám odvahu k lepším výkonům při sportu, vystoupeních nebo závodech. Na druhé straně je distres. Tento stres je negativní a škodlivý. Vyvolává v nás pocity strachu, neúspěchu, pocit nejistoty, bezmoci a zoufalství. Lidé by se tohoto stresu chtěli zbavit, ale většinou to moc dobře nejde. Proto se lidé snaží na tento stres připravovat a jeho příznaky zmírňovat, aby nepoškozoval lidské zdraví.

3.4.1 Zvládání stresu

Stres hraje v lidském životě velkou roli. Jeho dlouhodobé nebo silné působení má nepatrný vliv na lidské zdraví. V důsledku tohoto zjevně se téma stresu a jeho zvládání stalo jednou z nejdůležitějších oblastí studia v psychologii. Možností zvládání stresu je mnoho a každému jedinci vyhovuje něco jiného. Důležitě jsou i zkušenosti jedince z předchozích stresových situací, kdy u každého individuálně ví, jak na něj stresová situace působila, jaké má problémy s jejím zvládnutím a co přispělo k tomu, aby se byl schopen na tuto situaci adaptovat a přizpůsobit jí. [3]

3.5 Krize

Samotný pojem krize je spojován s mnoha situacemi, jako jsou například potřeby obstát v konkurenčním prostředí, zvyšující se tempo života, stoupající požadavky na výkon a jiné. Z hlediska různých pohledů můžeme pojem krize vyjádřit hned z několika úhlů :

- **Obecně**

Je to jakákoliv výjimečná, obtížná či náročná, spíše negativně vnímaná situace, ale také to může být i jaký zvrát nebo zlom, který může způsobit pozitivní výsledky.

- **Situace selhání dosavadních regulačních (adaptačních) mechanismů**

Do této skupiny patří situace, kdy dochází k narušení vnitřní nebo vnější rovnováhy organismu a tedy k selhání adaptačního mechanismu. Když dojde k selhání, je třeba se pokusit nalézt nové řešení k zvládnutí krize.

- **Nefunkčnost v oblasti**

- a) psychické (smysl života)
- b) biologické (poruchy spánku, příjem potravy)
- c) sociální (společenské, rodinné, přátelské vztahy)

- **Krize v psychiatrii a psychopatologii**

Je vnímána jako nebezpečný stav, vážná životní situace nebo nadměrná psychická zátěž.

- **Krize jako období přechodu mezi vývojovými stádii**

fiádnou z krizových situací nemáme hodnotit jako pozitivní i negativní. Krize ovlivují lidské prožívání a chování a jsou podmíněny hned několika okolnostmi. Jsou to: lidské prožitky, lidské chování, situační kontext a význam, který lidé situaci přisuzují.

Podle míry účasti institucí, skupin a jednotlivců na krizi lze rozlišit čtyři základní druhy krizí:

- a) Individuální (osobní)
- b) Skupinové (komunitní)
- c) Společenské (ekonomické, politické)
- d) Celosvětové i globální.

Jako další druhy krizí můžeme rozlišovat:

- a) Afektivní krizi (dochází k hromadění emocí a pak k rychlému vybití)
- b) Krize identity (dochází k ní v obdobích, kdy si jedinec osvojuje novou roli)
- c) Vývojové (fázové) krize (přechodu z jednoho fázového stádia do druhého - odchod do penze) [4]

3.5.1 Faktory ovlivňující vznik krize

Faktory, které mohou způsobovat vznik krize, jsou často označovány jako spouštěcí iniciátory. Jejich členění se v literaturách poměrně liší, ale nejčastěji členění je členění do dvou skupin a to na traumatické krize a krize spjaté s fázovými etapami.

Traumatické krize

Do skupiny traumatických krizí se zahrnují: zdravotní problémy (vlastní onemocnění, nemoc blízkých osob nebo invalidita), smrt blízké osoby nebo přátel, problémy s partnerem (rozchod, nevěra), sociální traumata (nezaměstnanost), vstoupání, soudní stíhání. Dále jsou to traumatické zážitky, které vedou k rozvoji posttraumatické stresové poruchy. (PTSP) Mezi traumatické zážitky se řadí katastrofy přírodního původu (požár, záplavy, zemětřesení, laviny) a následky lidského působení (srážky vlaku, automobilové nehody, pád letadla, války a válečná zajetí).

Krize spjaté s životními etapami

Krize, které vznikají následkem životních změn, jsou spjaty zejména s těmito situacemi: puberta, odchod od rodičů a z domova, svatba, přestěhování se, narození sourozence a dítěte, nové zaměstnání, odchod do penze, tělesná nemoc a další.

3.5.2 Příčiny vzniku krize

V současné společnosti máme identifikovat mnoho příčin krizí. Z toho jsou některé obecné a jiné specifické.

Obecné:

Jsou to krize stanovené charakterem dnešní společnosti. Jde především o rychlé tempo života, vysoké nároky na společnost, narůstající individualismus, nízkou předvídatelnost situací a chaosu.

Společenské jevy mají často chaotický charakter. Změny ve společnosti, krizové a výjimečné situace se nedají dostatečně očekávat ani předvídat a často v nich vzniká chaos. Tyto změny a situace se dají charakterizovat ve většině případů dodatečně.

Specifické:

Specifické krize vycházejí z různých životních a situačních podmínek.

3.5.3 Krize a její průběh

Jelikož je každá krize specifická, jejich průběh máme zachytit jen obecně. Podle G. Caplana se dá krize rozdělit do 4 fází:

1. Dříve fungující zdroje pomoci a v domosti, schopnosti, dovednosti a informace, se při situaci spjaté s rozvíjející se krizí stávají nedostatečnými.
2. Jedinec začíná mít dojem, že nebude schopen tuto situaci zvládnout.
3. Roste napětí v jedinci a ten hledá všechna možná řešení pro zvládnutí krize. To vede ke zvládnutí krize, nebo k přechodu krize do chronického stavu.
4. Stále rostoucí napětí se stává nesnesitelným. Stoupá riziko agrese, zkratového jednání, drogové nebo alkoholové závislosti atd. [4]

3.5.4 Krize a její hlavní determinanty

V odborných literaturách je popisováno mnoho determinantů ovlivňujících vznik krize. Mezi nejvíce popisované patří:

- Věk (nejrizikovější děti, adolescenti, senioři)
- Osobnostní proměnné (temperament, charakter, adaptabilita, fyzická a psychická odolnost)
- Pohlaví (náchylnější jsou ženy)
- životní situace (zaměstnání, bydlení, rodina, sociální opora)
- Zdravotní stav
- Dříve nevyřešené/vyřešené krize
- Schopnost zvládat krize

3.5.5 Strategie zvládání krize

Následující efektivní a neefektivní strategie zvládání krizových situací shrnul G. Caplan a mnoho dalších jeho následovníků.

Efektivní strategie

- Aktivní přístup ke svému životu, hledání informací
- Vyjádření pozitivních i negativních emocí
- Aktivní hledání pomoci u druhých
- Schopnost rozdělít krizi na části a postupně je řešit
- Schopnost rozpoznat vlastní příznaky únavy a dezintegrace a předejít jim
- Schopnost aktivně se vyrovnávat s emocemi a problémy a schopnost akceptovat je, pokud je nelze změnit
- Ochota mít se sama
- Sebepodpora, důvěra k druhým a naděje, že krize je možno překonat

Neefektivní strategie

- Odmítání, neschopnost si připustit krizovou situaci, pasivita
- Potlačování emocí, zvláště negativních

- Všeobecná dezintegrace osobnosti a dezorganizace činnosti, narušení rytmu
- Neschopnost sebeovládání, výbuchy emocí, rezignace
- Nehledání pomoci u druhých, případně její neakceptování
- Defenziva, pasivita, deprimace, pocit sevření i špatné vyřešení problému a stereotypní, neúčelné reagování na ně

Pokud nemá jedinec danou krizi zvládnutou a odstraněnou, projevuje se to jeho osobní nepohodou a tím, jak reaguje a působí na ostatní. Dostává se do stavů úzkosti, sklíčenosti, nejistoty, má pocit bezmoci, obavy z budoucnosti a dostavuje se i panika.

Pozitivním vyústěním krize může být pocit osvobození z její dlouho trvající krize.

Škrize může být za určitých podmínek též přelíčením kladoucí změny chování a k vytvoření nové, obohacené identity, která zahrnuje nové kompetence, nové způsoby a možnosti prožívání a chování a utváření vztahu k sobě a okolnímu světu. [Kebza, 1999; Kastová, 2000]

3.5.6 Osobnostní rozvoj a krize

Výzkumy, které se zabývají zvládnutím a prožíváním krizových situací, které vznikly na základě určitých traumatických událostí, se doposud v nově poznání hlavně negativních důsledků a to především posttraumatické stresové poruce. Tento pohled vedl tedy především k psychopatologii. Na druhé straně je nyní v dostupných literaturách popisován přístup, který se zaměřuje na pozitivní psychologii, která dává důraz na sledování pozitivních faktorů v krizových a náročných situacích.

Pozitivní zpracování krizové situace nazývají někdy i Park, 2004; Tedeschi, Calhoun, 1995 a další) jako posttraumatický rozvoj. Tento rozvoj vyžaduje kladné psychologické změny osobnosti. Hlavní dimenzí posttraumatického rozvoje je především pozitivní zkušenost ze změny, která vznikla v důsledku velmi negativní životní situace. [4]

3.6 Psychopatologie krize

Krizové situace v sobě zahrnují velké množství psychických jevů, událostí, stavů a procesů. Některé z těchto jevů můžeme charakterizovat jako duševní poruchy, poruchy

chování nebo choroby, které potřebují profesionální péči psycholog a psychiatr. Jde například o sebevražděné chování, úzkostné stavy, poruchy nálady, fobie a mnoho dalších. Poskytovaná odborná péče se v důsledku stále rostoucího počtu krizových situací rozšiřuje. V odborných literaturách se uvádí 5 až 8% zasažení lidské populace závažnými krizovými situacemi.

Dobrou zprávou je, že mnoho krizových situací se dá i relativně dobře zvládat a nechá se prognostikovat předpokládaný návrat jedince do vyrovnaného stavu. V případě, že dosavadní postupy pro zvládnutí krize nejsou dostatečné a selflou, průběh krize se prodlužuje a může vyústit směrem k patologii.

3.6.1 Duševní zdraví, nemoci a poruchy

Ufina začátkem této práce bylo zřejmé, že duševní (psychické) zdraví je nedílnou součástí lidského zdraví jako celku. Jedná se o takový pojem, kdy člověk dosahuje stavu vyrovnanosti, osobní pohody a může bez jakýchkoliv zábran plnit své povinnosti, úkoly, náročné situace a uplatňovat své dovednosti a schopnosti. Není to tedy jen pojem, který vylučuje přítomnost jaké duševní poruchy či choroby.

Problematika psychického zdraví je v naší populaci závažným problémem, protože se nedotýká pouze daného jedince, ale má vliv na mnoho jiných oblastí. Jsou to například oblasti sociální, ekonomické a environmentální (životní podmínky, společenské postavení). Z těchto důvodů je problematice duševního zdraví a jeho podpora a ochrana věnována velká část pozornosti ze strany Světové zdravotnické organizace (WHO), orgánů Evropské unie, Ministerstva zdravotnictví, Světové federace duševního zdraví a dalších jiných orgánů.

WHO a Evropská komise ze zjištěných údajů uvádí, že během jednoho roku trpí více než 27% Evropanů nějakou duševní poruchou. Tyto poruchy se objevují skoro u 12% světové populace a v případě to zahrnuje přibližně 450 milionů lidí.

Dalším velmi důležitým ukazatelem závažnosti duševního zdraví je fakt, že vynaložené náklady na léčbu související s duševními nemocemi jsou odhadnuty na 3-4% z hrubého domácího produktu (HDP). Je to způsobeno především z důvodu ztráty produktivity. Předčasné odchody do důchodu a do invalidních důchodů jsou nejčastěji způsobeny také duševními chorobami a onemocněními.

Psychické choroby a nemoci mohou v n kterých p ípadech ovliv ovat i samotné t lesné zdraví pacient , které je s du-ěvním zdravím nevýlu n spjato. M ěle dojít ke vzniku a rozvoji nádor , cukrovky, kardiovaskulárních nemocí a mnoha dal-ích. [4]

3.6.2 Fobie, úzkost, strach

Strach, úzkost a fobie. To jsou stavy, které se ěasto vyskytují p i krizových situacích, které byly podrobn ě popsány v této práci v kapitole škrizeě.

Strach

Tento jev není za azen do kategorie patologických jev , protoěle do ěivota lidí pat í a jeho p sobení je p irozené. Vyskytuje se p i emocionálních reakcích na r zné situace ohroěení i nebezpe í.

Úzkost

Úzkost nás v ur íté mírné hranici provází kaědý den. V situacích, kdy se musíme rozhodnout mezi jedním a druhým ě-ěním úkolu, nebo p i výb ru ze dvou moěných v cí nás provází úzkost. M ěle mít i ochrannou funkci p i výb ru ě-ění ěivotních situací, které sebou nesou rizika.

Naproti tomu nám vysoká úrove śkosti brání vykonávat ěinnosti, zp sobuje znemofln ní, naru-uje na-í schopnost soust edit se, jasn ě myslet, m ěle zp sobovat nadm rné pocení, zvý-ění krevního tlaku atd.

Podstatou úzkosti je, ěle lov k cítí obavy a tíse , ale není schopen identifikovat p edm t, který mu tyto pocity zp sobuje. Pokud se pocity úzkosti dostavují rychle a intenzivn ě za sebou, úzkost p echází v paniku, která m ěle zp sobit chaos v chování jedince.

Úzkost spojená s o ekáváním a trémou se nazývá: anticipa ní úzkost. M ěle mít jednak aktivující ú ěinek, který nás motivuje k lep-ím výsledk ěm, nebo negativní ráz, který nám brání v soust ed ní a jednání.

Abnormáln ě vysoké p sobení zmi ovaného jevu vede ke dv ěma situacím. První z nich je, ěle lov k vykazuje agresi v í okolí i sob , k í í, m ěle rozbíjet p edm ty nebo

útočit na okolí. Naproti tomu nastávají situace, kdy je činnost jedince utlumena a on není schopen jednat a pohybovat se.

Fobie

Fobie se liší od úzkosti tím, že člověk má strach z něho identifikovatelného. Jde o nějaký jev, situaci či předmět, který v běžnou nebezpečný není. O míře nebezpečnosti daný jedinec ví, ale není schopen svůj strach zvládnout.

Rozlišují se fobie specifické (nepřímý strach na konkrétní předmět/jev) a sociální (strach z pohledů jiných lidí). Ať jedna či více lidí, a to především členy, trpí ve svém životě nějakou specifickou fobií. Sociálními fobiemi trpí muži a ženy poměrně stejně. V odborných literaturách je zachyceno velké množství specifických a sociálních fobií, mezi ně patří například:

Specifické

- Strach z prostor (klaustrofobie, agorafobie)
- Strach z lidí
- Strach ze zvířat (zoofobie)
- Strach z rostlin, stromů, hub, zeleniny
- Strach z hloubky
- Strach z blesků, ohně, tmy
- atd.

Sociální

- Strach z telefonování
- Strach z představení
- Strach z veřejného vystupování
- Strach z výsměchu a společenského zneohodnocení
- atd.

Při léčbě fobií se používá psychoterapie a farmakoterapie (léky proti úzkosti, antidepresiva). V praxi se obvykle používají obě tyto metody současně. [4]

3.6.3 Poruchy nálady

Nejmáštější změny a poruchy nálad, které provázejí krizové situace, jsou smutek, úzkost a deprese. Tyto jevy jsou patologického rázu a podle odhadu Světové zdravotnické organizace (WHO), by mohly být do roku 2020 nejáštější příinou nemocí.

V této souvislosti je ale třeba rozlišovat strach přirozený, který nás provází v životě, a má adaptivní význam při reakcích na negativní podmínky a mezi strachem patologickým. Patologický strach se projevuje vysokou mírou proflívání smutku a jeho délka přisobení je také vysoká. Základem pro vznik deprese je právě strach patologický, jehož přisobení na lidský organismus má negativní úinky. Dochází k poruchám spánku, demotivaci, neschopnosti řešit každodenní problémy a může vyvrcholit až k sebevražděnému chování. Přes tyto skutečnosti je důležité zdraznit fakt, že deprese jsou nemocí, které se dají velmi úspěšně léčit a vyléčit. K léčbě jsou používány psychoterapie a farmakoterapie spolu s dalšími postupy (fototerapie).

Znaky deprese:

- Ztráta motivace
 - Ztráta energie a zájmu
 - Smutek
 - Neschopnost se radovat
 - Pocity bezcennosti
 - Poruchy spánku
 - Problémy se soustředěním a přemýšlením
 - Změny hmotnosti v důsledku změny chuti k jídlu (hubnutí, tloustnutí)
- atd.

Souasně s depresemi se u postiženého jedince často objevují i další nemoci psychického nebo somatického rázu. Jsou to například úzkostné poruchy, fobie, poruchy přijímu potravy, poruchy osobnosti, poruchy chování, diabetes, kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění, chřipka a další.

Vznik a trvání depresí však nemá důsledky pouze ve zdravotnictví, ale také z ekonomického hlediska. Náklady vynakládané na léčbu související s depresivními poruchami jsou v USA odhadovány na 43,7 miliard dolarů. Z výzkumu prováděného

v roce 2000 týmem J. Rabocha vyplývá, že v české republice je výskyt akutních depresivních stavů pravděpodobně vyšší než v ostatních zemích Evropské unie. Jejich výskyt byl v průběhu sledované doby zjištěn u 15,2% obyvatelstva, přičemž byli výrazněji zasaženi lidé nezaměstnaní, obyvatelé velkých měst, osamělé lidé a osoby z nejnižších příjmových skupin.

3.6.4 Akutní stresová reakce

Jedná se o další z reakcí na prožitý stres na hranici patologického a normálního průběhu krize. Dalšími jevy v této skupině mohou být syndrom vyhoštění nebo posttraumatická stresová porucha.

Reakce na psychosociální nebo fyzický stres, která přichází ihned po prožití dané situace je označována jako akutní stresová reakce. Může být odeznít v průběhu několika následujících hodin, nejdéle však během několika dnů. Projev této reakce je zachycen jak v prožitcích jedince (dojem nereálnosti prožité situace, neschopnost orientace, strach), tak v jeho chování (těžkou a celého těla, neklid, potřeba utéct).

3.6.5 Posttraumatická stresová porucha (PTSP)

Porucha vzniká s časovou prodlevou na prožití těžké traumatizující události. Trvání této reakce je minimálně jeden kalendářní měsíc a v tomto období se traumatická situace jedinci vrací zpět prostřednictvím myšlenek, představ, snů a slov k přitom prožívá znovu silný stres.

Posttraumatická stresová porucha vede obvykle k poruchám spánku, vyerpání, problémům s pozorností a koncentrací, agresi, úzkosti, poruchám sociálních vztahů a problémům v zaměstnání, kdy postižený jedinec touto poruchou není chopen plného pracovního výkonu.

Léčba PTSP je poměrně dlouhodobá záležitost a používá se psychoterapie i farmakoterapie (především antidepresiva).

3.6.6 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je též někdy nazývaný jako syndrom vyhaslosti, vyprahlosti či vyerpání a vyjaduje komplexní vytvářený profil a stav únavy, ztráty zájmu, vyerpání, demotivace a zklamání z vykonávané profese. Tento stav vznikne v návaznosti na dlouhodobě nezvládaný stres, rezignaci, demotivaci a zklamání (v profesi vykonáváme svou práci zodpovědně a efektivně, ale výsledek se nedostavuje).

Šťastná vodní silná hořící, plápolající oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, nadšení, zapálení pro věc, zájem, aktivitu a nasazení, přechází zpočátku v tichou nenápadnou pod vlivem dlouhodobého, chronického stresu a postupně se vynořující problém a pakáček, jakofli narostajícího přes dění, fleoekávaný efekt, směřující k naplnění stanoveného cíle, se přes veškerou snahu nedostavuje, do dohořívání, doutnání a vyhaslosti. [Kebza, 2011]

Stav vyhoření představuje i velmi závažný zdravotní problém, protože silně a negativně ovlivňuje kvalitu života, úroveň, strukturu a rozvoj osobní pohody, interpersonální vztahy a celkový zdravotní stav jedince.

Syndrom vyhoření nejčastěji vzniká v důsledku: chronického a dlouhodobého stresu, monotónie vykonávané práce, nemohoucí ovlivňovat podmínky a prostředí vykonávané práce, ztráty přesvědčení o smyslu práce, ztráty vodní silné motivace a zájmu atd.

Příznaky, které vyvolávají tento syndrom, nalzááme v rovině psychické (zklamání, vyerpání, nechuť k vykonávané práci, smutek a frustrace, negativní přístup), fyzické (únava, poruchy spánku, bolest hlavy) i sociální (nezájem o kontakt s okolím, spolupracovníky, zákazníky). V prováděných výzkumech bylo zjištěno, fleo zmiňovaný syndrom postihuje hlavně osoby pracující profesionálně s lidmi (lékaři, sestry, profesori, psychologové, policisté), ale také jiné profese jako třeba poštovní úředníci, dopravní dispečery, editelé, poradce, profesionální sportovci, umělci a další.

Hlavní zásady, které by měly sloužit jako prevence vzniku syndromu vyhoření, jsou následující:

- Otevřenost novým zkušenostem
- Osvojování e-ní náročných situací
- Rozvíjení vztahů s lidmi
- Umění oddělit práci od osobního života

- Posilování zodpovědnosti a zájmu k vykonávaným činnostem a další

Zaměstnavatelé a organizace by se měli snažit své zaměstnance dostatečně motivovat a klást přiměřené nároky na vykonávanou práci a tím znovu získávat zájem a nasazení svých zaměstnanců. [4]

3.7 Programové dokumenty

3.7.1 Vývoj podpory zdraví v České republice

V 80. letech 20. století se Česká republika zapojila do programu: Zdraví pro všechny v 21. století (HFA 21), ale pro ČR nebyla do roku 1990 vytvořena strategie tohoto programu. Roku 1991 byl schválen šestiroční národní program obnovy a podpory zdraví. Dále byla projednána střednědobá a dlouhodobá strategie šestiletého národního programu zdraví. Projekty podpory zdraví jsou uplatňovány pro realizaci Národního programu zdraví. Hlavním cílem programu je podpora zdraví a výchova ke zdravému způsobu života ve společnosti. Zaměřuje se na dlouhodobé zlepšování zdravotního stavu obyvatel České republiky, předcházení nemocem a na všeobecný zájem o zdraví ve společnosti. Projekty podpory zdraví zahrnují například: omezení kouření a spotřeby alkoholu, zvládání a omezování stresu, prevence nemocí, úrazů, otrav a násilí, omezení vlivů, podporu zdraví ve školách, obcích, městech atd. V roce 1998 byl vládou schválen šestiletý národní akční plán zdraví a životního prostředí, který se zaměřuje hlavně na zlepšování životního prostředí a méně pak na zvládání negativních životních událostí. Zákon o ochraně veřejného zdraví byl přijat roku 2000 a zahrnuje podporu a ochranu zdraví. Státní zdravotní ústav, založený v roce 1925, je vyvíjen na základě zmíněného zákona spolu se zdravotními ústavy a hygienickými stanicemi pro přípravu podkladů sloužících národní zdravotní politice, ochraně a podpoře zdraví, k monitorování a výzkumům zdraví a životních podmínek atd. Vládou České republiky byla v roce 2002 schválena dlouholetá strategie programu „Zdraví pro všechny v 21. století“ a roku 2003 šestiroční národní program přípravy na stárnutí v období let 2003 až 2007.

3.7.2 Aplikace programu š Zdraví pro všechny v 21. století

v ČR

Jak už bylo řečeno výše, pro ČR byla dlouhodobá strategie programu schválena vládou v roce 2002. Nejdůležitější okolností tohoto programu je to, že zachycuje strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj. Důležitým cílem je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi jednotlivými státy EU. Rozdíly ve zdravotních stavech dávají vznik sociálním nerovnostem. Česká republika patří k zemím, kde úroveň zdravotního stavu není kritická, ale zároveň je to nedosáhla úroveň nejvyšších demokratických států.

V současné době, podle Světové zdravotnické organizace, je zdravotní stav vyspělých států charakterizován následujícími příčinami nemocnosti:

- Ischemická choroba srdeční
- Unipolární deprese
- Cévní mozkové nemoci
- Dopravní úrazy
- Následku konzumu alkoholu
- Osteoartróza
- Nádorové nemoci trávicího ústrojí, průdušek, plic
- Poranění různé etiologie (kriminalita, úrazy)
- Vrozené vady

Na prvním místě úmrtnosti v České republice jsou cévní nemoci oběhové soustavy (60%), dále pak nádorová onemocnění (25%) a na třetím místě úrazy (8%). Výskyt dlouhodobých a chronických nemocí v ČR stoupá, ale naproti tomu se snížila úmrtnost, což je důsledkem zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. [6]

3.7.3 Deklarace o duševním zdraví pro Evropu

Duševní zdraví je nedílnou součástí každého z nás a to dokazuje i fakt, že Světová zdravotnická organizace uspořádala v Helsinkách v lednu roku 2005 Evropskou konferenci ministrů k otázkám duševního zdraví a byla sepsána Deklarace o duševním zdraví pro Evropu.

Na této konferenci ministři uznali, že duševní zdraví a pocit duševní pohody jsou důležité pro kvalitní život každého jedince a ovlivňují produktivitu jedince, rodin, komunit a národů – tak, že mohou vést k ušlechtilému a produktivnímu životu a tím se mohou stát tvůrčími a aktivními občany. Přesvědčili se o tom, že prioritním cílem duševního zdraví je upevnovat pocit duševní a fyzické pohody lidí a zpevnovat a posilovat jejich odolnost v životním vlivem. Ministři na zmíněné konferenci uznali, že podpora duševního zdraví a prevence a terapie duševních poruch se stávají jejich hlavním cílem a vede je to k tomu, aby podnikli kroky, které by zmírnily záť spojenou s poruchami duševního zdraví a s narušováním duševní pohody. Připomněli si, že se duševní poruchy v Evropě způsobeně silnou záťí nezmiřují a u mnohých duševně chorých jedinců není poskytnuta dostatečná péče a terapie, kterou by potřebovali. Na této konferenci byla uznána i velká potřeba podpory duševního zdraví z dalších zdrojů. Nedostatečná podpora lidí ze strany duševního zdraví vede ke vzniku duševních poruch a to může vést ke zvýšení nezaměstnanosti, bezdomovectví, alkoholismu nebo k užívání drog.

Helsinská konference dále poukazovala na to, že oblast duševního zdraví v Evropě prochází určitou transformací. V současné době zahrnuje politika a praxe duševního zdraví hned několik oblastí. Patří sem podpora duševní pohody, prevence psychických problémů, odstranění diskriminace a sociálního vyloučení, péče o jedince psychicky choré a poskytnutí příslušné péče, uzdravení nemocných a zpětné začlenění jedinců po vážné psychické poruě do společnosti. Ministři na zmíněné konferenci reformovali Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu i pomocí dřívějších zkušeností. Dohodli se na názoru, že v budoucím desetiletí budou hlavní priority následovné:

- bude důležité stále utvrzovat duševní pohodu lidí
- kolektivně řešit diskriminaci a nerovnost mezi lidmi a podporovat jedince s psychickými poruchami
- navrhovat společné a komplexní systémy duševního zdraví, které budou zahrnovat prevenci, podporu, péči, rehabilitaci a léčbu duševně nemocných a pro tyto nemocné mít dostatečné množství pracovníků s potřebnou kvalifikací a zkušenostmi. [5]

3.7.4 Akční plán duševního zdraví pro Evropu

Helsinská konference dále podpořila Akční plán duševního zdraví pro Evropu, který v sobě nese mnoho myšlenek a cílů, které by ministři a samotná Světová zdravotnická organizace chtěli splnit. Plán navrhuje prostředky a způsoby přípravy, zavedení a upevnění politických koncepcí duševního zdraví v EU. *„Duševní zdraví je podstatné pro lidský, sociální a hospodářský kapitál národů a mělo by se tedy pokládat za nedílnou a neodmyslitelnou součást ostatních oblastí veřejné politiky, jako jsou lidská práva, sociální péče, vzdělávání a zaměstnanost. Proto se my, jako ministři odpovědní za zdraví ve svých zemích, zavazujeme, uznat v závislosti na daných ústavních strukturách a povinnostech potřeby komplexních, na vdeckých důkazech založených politických koncepcí duševního zdraví, a uvěřit způsobů a prostředků vývoje, zavádění a podpory takových koncepcí ve svých zemích.“* [Helsinská deklarace, 2005]

Hlavní akcí této politické koncepce je: podporovat pocit duševního zdraví a životní pohody v populaci jako celku ve vzdělávacích a pracovních zařízeních. Dále zabezpečovat ochranu lidských práv a důstojnosti a eliminovat diskriminaci, omezovat příznaky psychických poruch a sebevraždění pomocí zavádění různých opatření, podporovat vzdělání a způsobilost lékařů a opatrovníků pro nemocné a poskytovat jim potřebnou léčbu různými technikami, které nejvíce vyhovují jejich osobnostem. Tyto body akčního plánu se ministři zavazují realizovat a propojit mezi jednotlivými regiony a zeměmi a v neposlední řadě sledovat své zkušenosti a znalosti z praxe.

V Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu jsou sepsány i určité závazky, které by ministři zdravotnictví členských států Evropského regionu Světové zdravotnické organizace měli plnit. Mezi zmíněné závazky například patří:

- prosazovat politiku a legislativu duševního zdraví
- koordinovat, koncipovat, řídit a zavádět politické koncepce a legislativu pro duševní zdraví
- hodnotit dopady systémů na duševní zdraví lidí
- vyloučit diskriminaci
- zajistit a nabídnout lidem s psychickými poruchami péči s přihlédnutím k jejich kultuře a potřebám
- podporovat a prohlubovat péči o duševní zdraví na pracovištích a ve vzdělávacích zařízeních

- předcházet faktorům, které ohrožují lidské zdraví
- předcházet vzniku sebevražd, závislostí, násilí a depresí
- rozvíjet komunitní služby, které by mohly nahradit ústavní péči o psychicky nemocné
- zahrnovat problematiku duševního zdraví do vzdělávacích osnov ve zdravotnictví
- podporovat pracovníky v oboru duševního zdraví a mnoho dalších závazků

Ministři Helsinské konference vyzvali i Evropskou komisi a Radu Evropy, aby pomocí svých pravomocí a kompetencí podpořili zavedení zmínované Deklarace duševního zdraví pro Evropu a tím podpořili posílení, podporu a znovuzískávání duševního zdraví a celkové duševní pohody. [5]

3.7.5 Zelená kniha

Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva

Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii

Evropská ministerská konference Světové zdravotnické organizace o duševním zdraví (2005) dala vznik komplexním opatřením a politickým závazkům v oblasti duševního zdraví. První reakcí na tuto konferenci byl vznik Zelené knihy, která navrhuje strategii pro EU v oblasti duševního zdraví. Kniha si klade za cíl zahájit s evropskými orgány, zdravotními odborníky, vládami, občanskou společností, zúčastněnými stranami v jiných odvětvích, organizacemi pacientů a výzkumnou obcí diskusi o potřebě strategie na úrovni EU a jejích možných prioritách a o významu psychického zdraví pro Evropu.

Stanovení strategie na úrovni Evropské unie představovalo vytvoření systému pro výměnu a spolupráci mezi členskými státy, zlepšení propojenosti opatření v různých odvětvích politiky, otevření platformy, jež by zajistila zapojení zúčastněných stran v etn organizací občanské společnosti a pacientů. Komise evropských společností navrhuje, aby se strategie zaměřovala především na tato hlediska:

- 1. Podpora duševního zdraví všech lidí** – jde především o zlepšení zdraví obyvatelstva, tvorbu duševního zdraví u malých dětí, dětí a mládeže, podporu duševního zdraví na pracovišti, protože to zvyšuje kapacitu a produktivitu práce

cofl je d leflité z hlediska ekonomiky jednotlivých stát , podporu psychického zdraví star-ích lidí a zam ení se na zranitelné skupiny obyvatel (nízké ekonomické a společenské postavení zvyšuje možný výskyt du-evních nemocí).

2. **Prevence v boji proti du-evním onemocněním** o prevence deprese, boj proti návykovým látkám, které způsobují du-evní poruchy (alkohol, drogy), prevence sebevraždy.
3. **Zlepšení kvality života du-evních nemocných a lidí s du-evním postižením prostřednictvím zařazení do společnosti a ochrany jejich práv a důstojnosti** o boj se stigmatizací a diskriminací, zlepšení informovanosti společnosti o du-evních nemocích, možnostech léčby, podpora zařazení nemocných do pracovního procesu.
4. **Rozvoj systému EU v oblasti informací, výzkumu a znalostí o psychickém zdraví** o více informací o podstatných sociálních, demografických a hospodářských indikátorech du-evního zdraví, podpůrná a preventivní infrastruktura, inováce a zdroje. [7]

3.7.6 Evropská úmluva o du-evním zdraví a pohodlí

Na Evropské konferenci konané v Bruselu v únoru roku 2008 byla přijata Evropská úmluva o du-evním zdraví a pohodlí.

Účastníci konference jsou si vědomi toho, že du-evní zdraví je lidským právem, umožní lidem užívat si plnohodnotného života, podporuje učení, práci a účast ve společnosti. V Evropské unii mají du-evní poruchy stoupající tendenci a významnou příčinou úmrtí zůstávají sebevraždy. Společné aktivity na podporu a ochranu zdraví, preventivní akce a poskytování podpory lidem mohou pomoci současně situaci ke zlepšení. Mezi hlavní priority úmluvy patří:

1. Prevence sebevraždnosti a depresivních poruch
2. Podpora du-evního zdraví dětí a mládeže
3. Podpora du-evního zdraví starších lidí
4. Podpora du-evního zdraví na pracovišti
5. Boj se stigmatizací a sociálním vyloučením

Zásadní roli v této úmluvě hrají členské státy Evropské unie, které nesou odpovědnost za plnění aktivit v této oblasti. Úmluva spojuje evropské instituce, členské státy, zúčastněné strany z příslušných oborů a zavazuje je dlouhodobě spolupracovat a koordinovat aktivity ve zmíněných oblastech. [8]

4 Empirická část

4.1 Návratnost dotazník

V průběhu února 2013 byly rozeslány dotazníky elektronickou formou k ověření duševního zdraví (viz přílohy . 1 a . 2) dvěma skupinám respondentů. První skupina byla ve věkové kategorii 20-25 let a druhá mezi 45-50 lety. Celkem bylo rozesláno 92 dotazníků, z toho 45 první skupině a 47 skupině druhé. Návratnost nebyla úplná. Na některé formuláře byly vyplněny chybně nebo neúplně a z toho důvodu byly zšetřeny vazy. Nakonec bylo vráceno celkem 80 dotazníků v rozložení 40/40 respondentů na skupinu.

4.2 Charakteristika respondent

Respondenti, kteří se účastnili dotazníkového šetření, byli rozděleni do dvou skupin podle věkové kategorie. První skupinu tvořili jedinci ve věku 20-25 let. Jednalo se především o studenty vysokých škol a jedince s titulem Bc., kteří nastoupili během posledních 24 měsíců do zaměstnání. Druhou skupinou byli respondenti ve věkové kategorii mezi 45-50 lety pracující ve státní správě a v projekci zemědělských staveb. Ve výzkumu nebylo přihlíženo k pohlaví respondentů.

4.3 Zpracování dotazník

4.3.1 Dotazník 1

První dotazník použitý k ověření duševního zdraví (viz příloha . 1) se zabývá životní spokojeností respondentů a kontrolou nad vlastním životem. Obsah formuláře tvoří 8 otázek, které jsou rozděleny do třech částí.

První část je vymezena otázkami 1 až 6 a jde o otázky týkající se pocitu osobní pohody ve smyslu proflivované úrovně štěstí dle Mayerse a Dienera (1997) [11]. Každá otázka má bodovací stupnici od 1 do 7, přičemž 1 je nejlepší možná odpověď a 7 nejhorší.

Respondenti mohli v této části získat od 7 do 42 bodů. Při získání 7 bodů je pocit osobní pohody a úroveň proflíváního –tstí respondenta na nejlepší úrovni. Naproti tomu ohodnocení 42 body je kritické a flivotní spokojenost dotazovaného je velmi nízká.

Druhou část dotazníku tvoří otázka . 7, která zachycuje subjektivní zdravotní stav jedince podle. Tato otázka je rovn fl hodnocena sedmibodovou –kálou: 1=vynikající, 2=velmi dobrý, 3=dobrá, 4=uspokojivý, 5=mén uspokojivý, 6=hor-í a 7=-patný.

Poslední část reprezentuje otázka 8, která zji-uje úroveň kontroly nad vývojem událostí v flivot respondent dle Schmieda a Lawlera (1986) [12]. V dotaznících byla pro tuto polofku pouflita úse ka o rozsahu 100 mm, na nífl m l respondent vyzna it svou pozici. Pozice vlevo na úrovni 0 mm znamenala, fl dotazovaný nemá sv j flivot v bec ve svých rukou, naopak zakreslení zcela vpravo na 100 mm vyjad ovalo, fl respondent má pln sv j flivot pod kontrolou. Pro vyhodnocování byla z d vodu p ehlednosti 100 mm úse ka p evedena na procenta: 10 mm odpovídalo 10%.

4.3.2 Dotazník 2

Druhým dotazníkem, který byl pouflitý v této bakalá ské práci (viz p íloha . 2), byla zji-t na náro nost proflíváních flivotních událostí za posledních 12 m síc pomocí –kály sociální readaptace dle Holmese a Raheho (1967) [10]. Dotazník obsahoval celkem 43 událostí, které byly ohodnoceny p íslu-nými body podle náro nosti proflívání. Po se tení bod p íslu-ných událostí, lze zjistit, jaká je míra zát fl dotazovaného.

Bezrizikový sou et se nachází pod hranicí 150 bodů . V pásmu od 150 do 200 bodů je mírné riziko vzniku psychických nemocí nebo úrazu. Od 200 do 300 bodů je pásmo významného rizika a nad 300 vysoce významné riziko, kdy stoupá pravd podobnost, fl jedinec onemocní.

4.3.3 Vyhodnocování dotazník 1 a 2

Výsledná data dotazníkového –et ení jsou slovn a statisticky vyhodnocena. Pro vyhodnocení byl pouflit sou et bod a prostý aritmetický pr m r. Výsledky jsou zachyceny do tabulek a graf a jsou porovnávány mezi jednotlivými skupinami.

4.4 Analýza výsledk

4.4.1 Dotazník 1

ást 1

První ást dotazník tvo íly otázky . 1 aíl 6 zabývající se životní spokojeností respondent (pocitu osobní pohody ve smyslu proflívané úrovn –t stí). V –et ení bylo zji–t no, že ob skupiny respondent jsou se svým životem spokojeni podobn a výsledky se proto li–í jen málo. Skupina 1 (20-25 let) dosáhla v prům ru 18 bod a druhá skupina (45-50let) 17 bod . Měkala pro hodnocení byla 7 aíl 42 bod (7=nejvíce spokojení, 42=nejmén spokojení), p í emfl ob sledované skupiny se pohybují p íblífln v polovin tohoto rozmezí. Ve výsledku to znamená, že dotazovaní z první skupiny jsou se svým životem spokojeni na 48,6% a skupina druhá na 51,4%.

Podrobné výsledky hodnocení viz tabulky . 1 a . 2.

Tabulka 1: Dotazník 1 - 1. ást - skupina 1

BODY	7-10	11-17	průměr 18	19-30	31-42
RESPONDENTI	4	17	3	15	1

Tabulka 2: Dotazník 1 - 1. ást - skupina 2

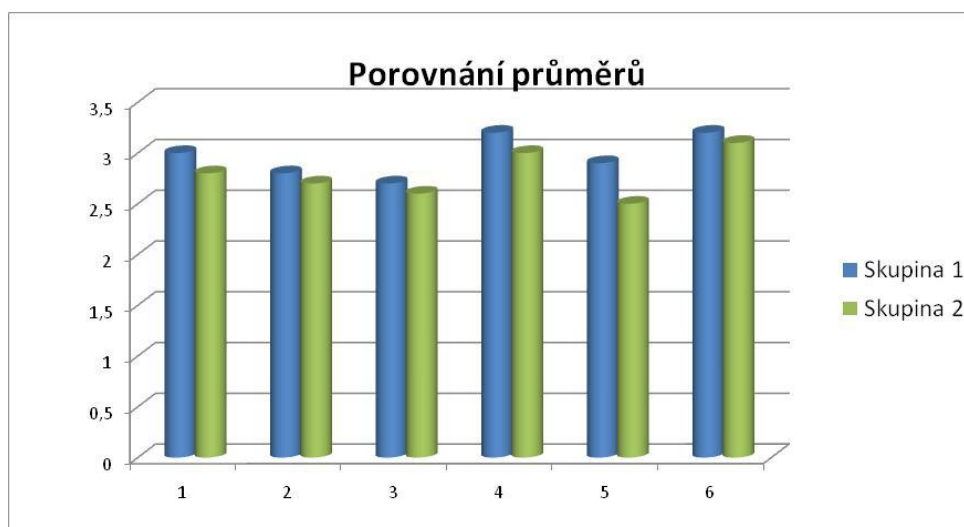
BODY	7-10	11-16	průměr 17	18-30	31-42
RESPONDENTI	3	20	1	14	2

Porovnání průměrů obou skupin u jednotlivých otázek 1. části je zobrazeno v tabulce 3 a v grafu 1.

Tabulka 3: Dotazník 1 - 1. část - porovnání průměrů skupin

Otázka	Skupina 1	Skupina 2
1	3	2,8
2	2,8	2,7
3	2,7	2,6
4	3,2	3
5	2,9	2,5
6	3,2	3,1

Graf 1: Dotazník 1 - 1. část - porovnání průměrů skupin



Z porovnaných průměrů můžeme vyvodit, že skupina 2 ve věkové kategorii 45-50 let je ve svém životě nepatrně spokojenější než skupina 1 ve věku 20-25 let.

Část 2

Druhou část dotazníku 1 tvoří polovka zaměřená na subjektivní zdravotní stav respondentů (otázka 7). Otázka byla hodnocena na sedmibodové škále, při němž 1=vynikající zdravotní stav, 2=velmi dobrý, 3=dobrá, 4=uspokojivý, 5=méně uspokojivý, 6=horší a 7=patrný stav v porovnání s vrstevníky dotazovaného. V první skupině bylo zjištěno, že nejvíce respondentů považuje svůj zdravotní stav ve srovnání se svými

vrstevníky za dobrý (3). Ve druhé skupině svůj stav dotazovaní hodnotili v nejvyšším postupu jako velmi dobrý (2). Při srovnávání výsledků obou skupin bylo dosaženo závěru, že subjektivní zdravotní stav ve skupině 1 je v průměru 2,7 a 2,6 ve skupině druhé.

Přehled celkových výsledků je zobrazen v tabulce 4.

Tabulka 4: Dotazník 1 - 2. část

Skupina 1		Skupina 2	
Body	Respondenti	Body	Respondenti
1	6	1	4
2	11	2	20
3	15	3	9
4	7	4	4
5	0	5	0
6	1	6	1
7	0	7	1
Průměr	2,7	Průměr	2,6

část 3

Tato část byla zaměřena na zjištění úrovně kontroly nad vývojem událostí v životě respondentů (otázka 8). Úroveň kontroly byla zjištěna pomocí 100 mm úseky, jejíž hodnoty byly pro vyhodnocování převedeny na procenta (10 mm odpovídalo 10%). Hodnota 0% znamenala, že dotazovaný nemá vývoj událostí ve svém životě vůbec pod kontrolou. Naopak respondenti, jejichž odpověď odpovídala 100%, mají svůj život plně ve svých rukou. V první skupině se úroveň kontroly pohybovala v intervalu od 50 do 100% s tím, že nejvíce jedinců svůj život na 80%. Průměrná hodnota řízení událostí v této skupině činila 78%. Rozmezí, ve kterém se pohybovala druhá skupina, bylo 30 až 100% s průměrnou hodnotou 75% a nejvíce respondentů bylo, stejně jako v první skupině, na úrovni 80%.

Přehled podrobných výsledků viz tabulka 5 a 6.

Tabulka 5: Dotazník 1 - 3. část o úroveň kontroly

Skupina 1											
Procenta	50	60	70	75	80	85	88	90	95	100	Průměr
Respondenti	3	2	5	6	12	2	1	5	2	2	78

Tabulka 6: Dotazník 1 - 3. část o úroveň kontroly

Skupina 2														
Procenta	30	40	50	60	65	70	75	80	85	89	90	95	100	Průměr
Respondenti	1	1	1	6	1	5	2	11	3	1	6	1	1	75

4.4.2 Dotazník 2

V empirickém –et ení této bakalářské práce dotazník 2 hodnotil náročnost profiitých životních událostí respondent za posledních 12 měsíců. Stupnice pro hodnocení byla rozdělena do čtyř skupin podle rizika vzniku duševního onemocnění nebo úrazu.

První skupina respondentů byla vyhodnocena následovně: v bezrizikovém skóru se nacházelo 19 dotazovaných, v pásmu mírného rizika 18, ve významném riziku 2 a ve skupině s vysoce významným rizikem 1 respondent. Průměrná hodnota za celou skupinu činila 136 bodů. Z uvedeného vyplývá, že skupina 1 ve věku od 20 do 25 let se nachází v bezrizikovém stavu.

Skupina 2 ve věkovém rozmezí 45-50 let měla po vyhodnocení následující výsledky: bezrizikový skór 15 jednotlivců, mírné riziko 14, ve skupině s významným rizikem 8 a s vysoce významným rizikem 3 dotazovaní. Průměr za druhou skupinu dosahoval 162 bodů. Jedná se tedy o kategorii s mírným rizikem vzniku duševního onemocnění i úrazu.

Jednotlivci nacházející se v pásmu významného a vysoce významného rizika nepovažují však tento stav za ohrožující, ale uvádějí, že se za posledních 12 měsíců sešlo v jejich životě mnoho událostí, které určitým způsobem ovlivnili jejich životy, ale měli dostatek prostoru a času se s nimi vyrovnat.

řádná z uvedených událostí ve druhém dotazníku nemusí vést k závažnému stresovému prožívání, pokud je člověk pružný, psychosociálně zdravý a má dostatek podpory v rodině.[9]

Celkový pohled na výsledky je zpracovaný v tabulkách 7 a 8 a porovnání skóre obou skupin je vyobrazené v grafu 2.

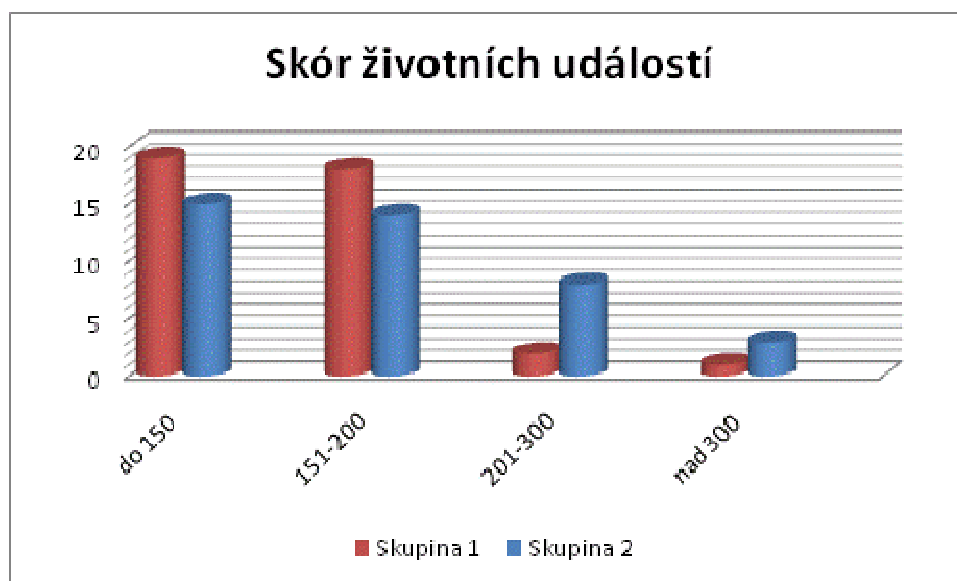
Tabulka 7: Dotazník 2 - skupina 1

do 150	151-200	201-300	nad 300	Průměr
19	18	2	1	136

Tabulka 8: Dotazník 2 - skupina 2

do 150	151-200	201-300	nad 300	Průměr
15	14	8	3	162

Graf 2: Dotazník 2 - skóre životních událostí



5 Diskuse

Již v průběhu dotazníkového šetření bylo patrné, že oslovení jedinci z obou věkových kategorií (20-25 let a 45-50 let) odpovídali na jednotlivé otázky dvou dotazníků velmi podobně. Po seřazení a vyhodnocení výsledků u skupin 1 a 2 jsme dospěli k těm stejným závěrům. Tato skutečnost mohla být ovlivněna hned několika příčinami.

Jednou ze skutečností, která mohla způsobit podobnost dotazovaných skupin, je fakt, že dotazníkové šetření bylo sice rozesíláno elektronickou formou, ale respondenti, kteří žijí v Táboře, nebo v tábořských příměstských částech. Život na Táborsku je relativně klidný a příjemný a lidé žijící v něm jsou ve většině případů přátelští. Z uvedeného vyplývá, že obě skupiny respondentů jsou ovlivňovány stejnou kulturou, politikou, způsobem života a charakterem daného regionu. Tyto skutečnosti se promítají do jejich života a mohly být ovlivněny okolnostmi shody výsledků. V případě, že by porovnávané skupiny nebyly ze stejného města nebo regionu, ale například jedna skupina z Prahy a druhá z Tábora, výsledky by mohly být více odlišné a bylo by to způsobené pravděpodobně tím, že kultura a způsob života se v jednotlivých městech, regionech a krajích liší.

Další příčinou, která mohla vést k velké shodě výsledků je fakt, že věkový rozdíl mezi respondenty obou skupin není tak markantní, jako kdyby byly porovnávány skupiny s věkovou kategorií 20-25 let a 65-70 let. Obě skupiny dotazovaných, které se zúčastnily dotazníkového šetření v této práci, se nacházejí v produktivním věku. Věšní respondenti z druhé skupiny jsou pracující a většina dotazovaných ze skupiny první jsou studenti vysokých škol, kteří si při studiu povydělávají a někteří z nich i pracují. Z těchto důvodů je zřejmé, že tlak kladený na jednu kategorii jedinců je srovnatelný s tlakem, který působí na kategorii druhou.

Velká srovnatelnost výsledků vyplynula i z otázek, kde respondenti hodnotili svůj zdravotní stav ve srovnání se svým okolím. Jak už bylo řečeno výše, dotazovaní pocházeli ze stejného prostředí a podobných životních podmínek. Nemoci a poruchy, které se vyskytují u námi oslovených jedinců, mohou ovlivňovat zdravotní stav jedné skupiny, stejně jako druhé, protože jsou pro tyto věkové kategorie běžné. Proto jsou i výsledky hodnocení zdravotního stavu u jednotlivých skupin podobné. Při porovnávání skupin s věkovým rozdílem, který byl uveden ve třetím odstavci této kapitoly, by výsledky

–et ení mohly být více odli–né z toho d vodu, fle nemoci, které postihují v kovou kategorii 65-70 let se tém nevyskytují u skupiny mezi 20-25 lety. Star–í lidé jsou v–eobecn více náchylní k nemocem, nefl lidé mlad–í.

Ovlivn ní osobní pohody, zdravotního stavu a míry kontroly nad vývojem událostí v flivot respondent m fle být následkem proflitých náro ných flivotních situací za posledních 12 m síc . Respondenti, kte í se nacházeli po vyhodnocení dotazníku 2 v pásmu s významným a vysoce významným rizikem pravd podobnosti vzniku du–evních nemocí i úrazu, proflili za poslední rok mnoho událostí, které významn ovlivnili jejich flivoty. Uvedený rok hodnotí jako výjime ný, ale i p esto se události promítly v hodnocení míry jejich osobní pohody ve smyslu proflívané úrovni –t stí (nízká úrove), subjektivním zdravotním stavu ve srovnání s jejich okolím (hor–í zdravotní stav) a v úrovni kontroly nad vývojem událostí v jejich flivotech (nízká kontrola). Naopak jedinci nacházející se po vyhodnocení v bezrizikovém skóru jsou ve svém flivot spokojení a – astní, sv j zdravotní stav hodnotí jako dobrý, lep–í nebo vynikající ve srovnání s okolím a domnívají se, fle mají vysokou míru kontroly nad vývojem událostí, které se objevují v jejich flivotech.

V neposlední ad musím uvést fakt, fle výsledky dotazníkového –et ení mohly být ovlivn ny i nepravdivostí n kterých odpov dí respondent , protofle n kte í lidé si necht jí p ípustit jejich skute ný zdravotní a psychický stav a p ed svým okolím ho tají. V návaznosti na toto tvrzení musím je–t podotknout, fle kdyby –et ení bylo provád no na jiných respondentech stejných v kových kategoriích, mohlo by dopadnout jinak a t eba i s v t–ími rozdíly mezi skupinami.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce na téma „Duševní zdraví jako nezbytná podmínka efektivní adaptace na výkonově orientovanou společnost“ byla orientace a kritická analýza vybrané relevantní literatury v etn hlavních programových dokumentech na národní, evropské a světové úrovni. V empirické části bylo cílem ověřit úroveň duševního zdraví ve vybraném populačním souboru prostřednictvím dotazníkového šetření. Pro tuto práci byly vybrány dva soubory respondentů a výsledky šetření byly porovnány dvougeneračně.

Hlavním východiskem pro vypracování teoretické části bylo prostudování a kritická analýza vybrané odborné literatury a hlavních národních, evropských a světových programových dokumentů týkajících se problematiky duševního zdraví. Spolu s tím zde byly shrnuty poznatky týkající se daného tématu, jako jsou adaptace, stres, krize a psychopatologie krize (fobie, úzkost, strach, poruchy nálady, akutní stresová porucha, posttraumatická stresová porucha a syndrom vyhoření).

Empirická část navazovala na poznatky z části teoretické a ověřovala úroveň duševního zdraví pomocí dotazníkového šetření. Základem šetření byly dva dotazníky.

První dotazník byl rozdělen do třech částí, které se zabývaly flivotní spokojeností a kontrolou nad flivotem respondentů.

První část dotazníku zkoumala pocit osobní pohody ve smyslu proflivované úroveň štěstí. Z výsledků bylo zjištěno, že respondenti z první skupiny (20-25 let) jsou se svým flivotem spokojeni na 48,6% a skupina druhá (45-50 let) na 51,4%.

Druhá část byla zaměřená na subjektivní zdravotní stav dotazovaných ve srovnání s jejich okolím. Po vyhodnocení odpovědí obou skupin bylo dospěno k závěru, že nejvíce respondentů z první skupiny hodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý (3) a ze skupiny druhé jako velmi dobrý (2) ve srovnání s okolím.

Poslední část byla zaměřená na zjištění úrovně kontroly nad vývojem událostí v flivotě dotazovaných. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že úroveň kontroly v první skupině se pohybuje v rozmezí od 50 do 100% a ve skupině druhé od 30 do 100%. Nejvíce dotazovaných z obou skupin odpovědělo, že svůj flivot mají pod kontrolou na 80%. Průměrný stav úrovně kontroly činil 78% u prvního souboru a 75% u souboru druhého.

Druhý dotazník použitý v této práci bilancoval nad přibíháním významných flivotních událostí a hodnotil jejich náročnost za posledních 12 měsíců flivota respondentů.

Podle bod , p i azených jednotlivým situacím, mohl jedinec dosáhnout bezrizikového skóru, pásma mírného rizika, významného a vysoce významného rizika vzniku psychických nemocí nebo úrazu. První skupina po vyhodnocení dotazníkového –et ení dosáhla úrovn bezrizikového pásma a ke skóru s mírným rizikem vzniku du–evních onemocnění i úrazu dosp ě la skupina druhá.

7 Použitá literatura

- [1] KEBZA, Vladimír. Psychosociální determinanty zdraví. Praha, Academia 2005. 263 str. ISBN 80-200-1307-5.
- [2] DUSEVNÍ HYGIENA A CHYBY VNÍMÁNÍ DRUHÝCH [online]. Aktualizováno: 5. 4. 2012 [citováno: 30. 8. 2012]. Dostupné z: <http://www.pannacz.com/gnoseologie-a-telestezie.2/dusevni-hygiena-a-chyby-vnimani-druhych.428.html>
- [3] PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Praha, Grada Publishing 2010. 240 str. ISBN 978-80-247-2959-6.
- [4] KEBZA, Vladimír. Chování člověka v krizových situacích. 2. vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2011. 137 stran. ISBN 978-80-213-2210-3.
- [5] HELSINSKÁ DEKLARACE [online]. Helsinky: 2005 [citováno: 30. 8. 2012]. Dostupné z: <http://vida.ppzdravi.cz/dokumenty-k-dusevnimu-zdravi/>
- [6] KERNOVÁ, Věra. Co je podpora a ochrana zdraví, Zásadní dokumenty WHO, EU, MZ v oblasti podpory zdraví [online]. Státní zdravotní ústav Praha [citováno: 11. 2. 2013]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf
- [7] ZELENÁ KNIHA [online]. Brusel: 2005 [citováno 15. 2. 2013]. Dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf
- [8] EVROPSKÁ ÚMLUVA O DUSEVNÍM ZDRAVÍ A POHODĚ [online]. Brusel: 2008 [citováno 15. 2. 2013]. Dostupné z: www.fokus-cr.cz/index.php/dokumenty/category/13-legislativa?download=361
- [9] PRAŽKO, Ján. a PRAŽKOVÁ, Hana. Proti stresu krok za krokem. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, s r. o., 2001. 188 stran. ISBN 80-247-0068-9
- [10] HOLMES, T. H., RAHE, R. H.: The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research: 1967, 11, 213 - 218.
- [11] MAYERS, D. G., DIENER, E. The pursuit of happiness. Scientific American, Special issue The Mind. 1997. 7, 1, 44 - 52.
- [12] SCHMIED, L. A., LAWLER, K. A. Hardiness, type A behavior and the stress-illness relation in working woman. J. Person. Social. Psychol. 1986, 51, 6, 1218 - 1223

8 Seznam vyobrazení

7.1 Seznam tabulek

Tabulka 1: Dotazník 1 - 1. část - skupina 1

Tabulka 2: Dotazník 1 - 1. část - skupina 2

Tabulka 3: Dotazník 1 - 1. část - porovnání pr m r skupin

Tabulka 4: Dotazník 1 - 2. část

Tabulka 5: Dotazník 1 - 3. část o úroveň kontroly

Tabulka 6: Dotazník 1 - 3. část o úroveň kontroly

Tabulka 7: Dotazník 2 - skupina 1

Tabulka 8: Dotazník 2 - skupina 2

7.2 Seznam graf

Graf 1: Dotazník 1 - 1. část - porovnání pr m r skupin

Graf 2: Dotazník 2 - skóre životních událostí

Příloha . 2: Dotazník 2: Téma sociální readaptace dle Holmese a Raheho (1967)

1	Smrt přítelnyho partnera	100
2	Rozvod	73
3	Zásadní roztrfka s manfelským partnerem	65
4	Nucený pobyt (ve v zení, lé ebn , atd.)	63
5	Úmrtí lena rodiny	63
6	Váfný úraz nebo onemocn ní	53
7	S atek	50
8	Propu-t ní ze zam stnání	47
9	Usmí ení s manfelským partnerem	45
10	Odchod do d chodu	45
11	Závafná zm na v rodin (chování, zdravotní stav, atd.)	44
12	T hotenství	40
13	Sexuální potífle	39
14	Nový len v rodin (narození dít te, adopce, p ist hování p íbuzného	39
15	Závafné zm ny v zam stnání (f ze podnik , reorganizace, úpadek atd.)	38
16	Závafné zm ny ve finan ní situaci (k hor-ímu nebo k lep-ímu)	38
17	Smrt blízkého p ítele	37
18	P echod na jiný druh práce	37
19	Zm na po tu hádek s manfelským partnerem	35
20	P j ka nebo hypotéka na po ízení domu nebo na jinou v t-í investici	31
21	Vypov zení p j ky nebo zabavení hypotéky	30
22	Zásadní zm ny odpov dnosti v zam stnání (pový-ení, degradace,	29
23	Odchod syna nebo dcera z domova (v d sledku studií, s atku atd.)	29
24	Potífle s tchánem nebo tchýní	29
25	Dosaflení významného osobního úsp chu	28
26	Nástup do (nebo odchod z) práce manfelského partnera	26
27	Zahájení nebo ukon ení studií (-kolní docházky)	26
28	Zásadní zm ny flivotních podmínek (výstavba nového domu, adaptace	25
29	Zm ny v osobních zvyklostech (zp sob oblékání, chování, nové	24
30	Neshody s vedoucím	23
31	Zásadní zm ny pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
32	Zm na bydli-t	20
33	P echod na jinou -kolu	20
34	Zásadní zm na zp sobu, místa i délky rekreace	19
35	Zásadní zm na v církevních aktivitách (podstatn více/mén)	19
36	Zásadní zm ny společenských aktivit (kino, tanec atd.)	18
37	P j ka nebo hypotéka na men-í investice (lední ka, televize, video, atd.)	17
38	Zásadní zm na návyku spánku	16
39	Zásadní zm na v po tu rodinných setkání	15
40	Zásadní zm na ve stravovacích návycích	15
41	Dovolená	13
42	Vánoce	12
43	Men-í p estupky zákona (dopravní p estupek, ru-ení po ádku atd.)	11