

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**Vztah sebepéče k duševnímu zdraví u  
klinických psychologů**

The Relationship Between Self-care and Mental Health in  
Clinical Psychologists



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Anna-Marie Pospíšilová  
Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Olomouc  
**2019**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Vztah sebezpečí k duševnímu zdraví u klinických psychologů*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis .....

## **Poděkování**

Tato práce by nevznikla především bez trpělivého vedení PhDr. Jana Šmahaje, Ph.D., který mi poskytoval nejen mnoho cenných rad, ale i svůj čas, energii a podporu při zpracovávání nového tématu, tímto mu tedy patří mé velké díky. Svým nejbližším děkuji za neutuchající podporu nejen při vzniku této práce, ale i celém studiu. Za podnětné konzultace týkající se výzkumu děkuji Mgr. Zuzaně Pacholíkové a Mgr. Ondřeji Vávrovi. Děkuji také Mgr. Ondřeji Káchovi za konzultace při statistickém zpracování dat. Za pomoc s překlady testovacích nástrojů děkuji Magdaleně Přibáňové, M.A., M.Sc. Na závěr mé poděkování patří všem, kteří mi připomínali, že je důležité nezapomínat na vlastní sebepéči.

# Obsah

Úvod .....	5
<b>Teoretická část</b>	
1 Význam a důležitost tématu .....	9
2 Krátce o zdraví .....	11
2.1 Definice zdraví.....	11
2.2 Zdraví a sebepečující chování.....	13
3 O duševním zdraví.....	16
3.1 Definice duševního zdraví .....	16
3.2 Duševní zdraví z pohledu psychologie zdraví .....	18
3.3 Duševní zdraví z pohledu pozitivní psychologie .....	19
3.3.1 České pojetí pozitivní psychologie .....	20
3.4 Duševní hygiena.....	21
3.4.1 Definice duševní hygieny.....	21
3.4.2 Techniky duševní hygieny .....	22
4 Seběpečce .....	24
4.1 Definice seběpečce .....	24
5 Seběpečce v pomáhajících profesích.....	27
5.1 Profesní rizika psychologické praxe .....	27
5.1.1 Důsledky stresu vyplývajícího z rizik.....	28
5.1.2 Etický rozměr seběpečce .....	29
5.2 Dimenze seběpečce.....	30
5.2.1 Lee, & Miller: Osobní a profesní seběpečce.....	30
5.2.2 Butler et al.: 6 dimenzí seběpečce .....	32
5.2.3 Norcross a Guy: Seběpečující strategie .....	33
6 Seběpečce v dosavadním výzkumu.....	35

## **Empirická část**

7	Výzkumný problém.....	41
7.1	Cíle práce .....	41
7.2	Výzkumné hypotézy .....	41
8	Metodika výzkumu .....	43
8.1	Použité metody.....	43
8.1.1	Professional Self-Care Scale (PSCS).....	43
8.1.2	Škála fyzické sebeděže.....	45
8.1.3	Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF).....	45
8.1.4	Soubor socio-demografických otázek .....	46
8.2	Předvýzkum.....	46
8.3	Etické aspekty výzkumu .....	47
9	Specifikace populace a výběrového souboru .....	48
10	Výsledky.....	50
10.1	Deskriptivní statistiky .....	50
10.2	Sebeděže respondentů .....	53
10.2.1	Souvislost škály fyzické sebeděže s PSCS .....	54
10.3	Duševní zdraví respondentů.....	55
10.4	Souvislost sebeděže a duševního zdraví .....	56
10.5	Vztah sebeděže a dalších faktorů .....	58
10.6	Platnost hypotéz .....	63
11	Diskuze .....	65
12	Závěry .....	71
	Souhrn.....	72
	Seznam použitých zdrojů a literatury .....	75
	Seznam příloh .....	85

*Ten, kdo si přeje projít životem živý a zdravý, musí o sebe napříč celým životem pečovat.*

- *Musonius Rufus (in Foucault, 1986, 46)*

*Pokud se nepostaráme sami o sebe, nemůžeme se postarat o naše klienty.*

- *Karen Saakvitne (1995, 14)*

*Vždy pro mne bylo snazší pečovat a starat se o ostatní než starat se sám o sebe.*

- *Carl Rogers (1995, 80)*

## Úvod

Na počátku této práce stála myšlenka replikace výzkumu dr. Anny Koudelkové, který se zabýval měřením míry duševního zdraví u populace dospělých obyvatel České republiky v 80. a 90. letech minulého století (Koudelková, 1995). V průběhu roku 2018 jsem se snažila dr. Koudelkovou a její výzkum dohledat, což zahrnuje jednak rozsáhlou e-mailovou korespondenci rozeslanou různým institucím a osobám, a po jejím neúspěchu i podání Žádosti o zprostředkování kontaktu na dr. Koudelkovou na Ministerstvu vnitra. Tato etapa výzkumu byla ukončena tím, že se mi nepodařilo dopátrat se konkrétní podoby výzkumu dr. Koudelkové a rovněž vyrozuměním ze strany Ministerstva vnitra, že je dr. Koudelková již po smrti.

Koncem roku 2018 jsem se proto rozhodla svůj výzkumný záměr pozměnit, a zaměřit se na sebepěči a její vztah k duševnímu zdraví u psychologů (potažmo všech pomáhajících profesí). Hlavní motivací pro mne byla absence jakéhokoli českého výzkumu zabývajícího se sebepěčí a duševním zdravím u psychologů. Přitom profese psychologa, podobně jako další pomáhající profese je významně ohrožena syndromem vyhoření a dalšími problémy pramenícími z povahy jejich emočně náročné práce (Yager, & Tovar-Blank, 2007). Výzkumné zaměření bylo po konzultaci s dr. Šmahajem zúženo pouze na profesi klinického psychologa. Tuto skupinu lze totiž považovat v širokém spektru psychologické profese za nejhomogennější, a to především identickými požadavky na vzdělání a vysoce obdobnou náplní práce.

Při vzniku této práce mne rovněž poháněly osobní momenty „aha-vhledů“, během nichž jsem si uvědomila, že většina doporučení k technikám sebepěče se sobě navzájem velmi podobá. Například o dnes tolik populární mindfulness hovořil již v 70. letech jinými slovy i Libor Míček, průkopník tzv. sebevýchovy. Navíc vznik mindfulness jakožto výzkumně ověřené techniky na snížení míry stresu je spojován s buddhistickou meditační praxí (Kabat-Zinn, 1990). Zároveň mnohá odborná moderní doporučení týkající se vyvážené stravy, kvalitního kontaktu s blízkými či umění říct „ne“, sdílejí stejné kořeny s východoasijskou buddhistickou filozofií (Sunim, 2018).

Můj zájem o oblast sebepěče je také úzce spojen s mým lektorským a dobrovolnickým působením v organizaci Nevypust' duši, z. s., která se věnuje osvětě a prevenci v oblasti duševního zdraví, a rovněž nabízí informace o tom, kde hledat pomoc při duševních obtížích. Jak poznamenala Lisa Butler (2019, 115), „je paradoxem,

*že pomáhající profesionálové ví přesně, jak pomoci klientům s jejich psychickými problémy, sami se však zdráhají tyto techniky použít ve svůj vlastní prospěch.“*

Hlavním cílem této práce je proto přinést do českého odborného prostředí koncept sebepéče s upozorněním na důležitost jejího praktikování v každodenním životě. Jedním z mých osobních cílů je pak přenášení vědomostí z oblasti sebepéče i mezi mé kolegy – odborníky působící v pomáhajících profesích.



## **Teoretická část**



## 1 Význam a důležitost tématu

Naši práci otevíráme kapitolou, jejímž cílem je uvést čtenáře do zkoumané tematiky sebepéče a duševního zdraví. Rozsáhlý koncept sebepéče je doposud v české literatuře takřka nedohledatelný, ačkoli ve Spojených státech amerických se mu věnují desítky výzkumníků, a po celém světě se o tento koncept začíná zajímat čím dál více odborníků i laiků. Tomuto trendu nasvědčuje například ohromný počet výsledků při zadání kombinace slov „*self-care practices*“ či „*self-care strategies*“ do vyhledávače Google. Je tedy překvapivé, že v České republice se s pojmem sebepéče lze stále setkat zřídka.

Konceptu sebepéče věnujeme celou čtvrtou a pátou kapitolu, zde však alespoň stručně nastíníme význam tohoto pojmu. Sebecpéče je více než duševní hygiena, více než dodržování zásad zdravé životosprávy či více než pravidelné návštěvy u lékaře a užívání předepsaných léků. V nejširším slova smyslu **sebecpéče zahrnuje jakoukoli aktivitu**, kterou člověk vykonává **se záměrem podpořit své duševní či fyzické zdraví** (Brucato & Neimeyer, 2009).

Vztah sebepéče a duševního zdraví je zkoumán především u pomáhajících profesí, které jsou ze své podstaty nejvíce ohroženy syndromem vyhoření (Butler, Mercer, McClain-Meeder, Horne, & Dudley, 2019; Coaston, 2017; Norcross, & Guy, 2007; Weiss, 2004). V České republice se aktuálně odborný zájem obrací především k duševní hygieně a syndromu vyhoření u učitelů či sociálních pracovníků (Kaczor, 2016; Piskořová, 2017; Ptáček et al., 2018; Šabaková, 2018). Právě absence výzkumu v této oblasti u psychologů byla pro nás podnětem k uskutečnění předkládaného výzkumu.

Důvod našeho zaměření na oblast sebepéče u klinických psychologů jsme již zmínili v úvodu. Podobně jako u jiných pomáhajících profesí je i profese klinického psychologa dlouhodobě spojována s náročnými požadavky na jeho psychickou i emoční kapacitu. Například neustálý apel na empatické naslouchání, jednání s náročnými emocemi pacientů či klientů, ale také zvládání stresu spojeného s vykonáváním administrativní činnosti patří mezi nejčastěji citované nároky na výkon této profese (Norcross, & Guy, 2007; Weiss, 2004). Pro výkon profese klinického psychologa v České republice je navíc na rozdíl od ostatních oborových specializací nutné dlouhodobé systematické vzdělávání zakončené atestační zkouškou (Baštecká, & Mach, 2015). Čeští kliničtí psychologové se rovněž potýkají se stresem z časového tlaku, jelikož mnoho z nich je nuceno mít čekací dobu na vyšetření pacienta až čtyři měsíce (AKP, 2018). Tento fakt

je způsoben i tím, že v České republice připadá na 100 000 obyvatel pouze 8 klinických psychologů (ATYP, 2018).

Považujeme tudíž za velmi důležité věnovat pozornost sebepéči právě u této skupiny odborníků. V České republice se každý rok potýká s duševním onemocněním téměř 2 300 000 osob, přičemž mnohým z nich věnují svou péči také kliničtí psychologové (NÚDZ, 2018). Podle předsedy České psychoterapeutické společnosti Karla Koblici za stálé zvyšování tohoto čísla může pravděpodobně postupná destigmatizace duševních onemocnění (iDNES, 2018). Tuto skutečnost lze považovat za veliký úspěch šíření osvěty o duševním zdraví a za důkaz toho, že se Česká republika začíná přibližovat západoevropskému standardu v pohledu na péči o duševně nemocné. Nesmíme však zapomínat na to, že pro poskytování kvalitní péče je potřeba zdravých a spokojených odborníků tuto péči poskytujících.

## 2 Krátce o zdraví

Jelikož sebez péče v sobě implicitně zahrnuje i péči o vlastní zdraví, považujeme za důležité věnovat tomuto termínu několik řádků. Cílem této kapitoly přesto není podat vyčerpávající definici zdraví, ale spíše poukázat, jak spolu zdraví a sebez péče vzájemně souvisí.

### 2.1 Definice zdraví

Popsat význam termínu zdraví je obtížné z několika důvodů. Za prvé, zdraví je nutné chápat jako ideu, nikoli věc. Věci čili konkrétní předměty je snazší definovat díky jejich hmatatelnosti a uchopitelnosti. Oproti tomu zdraví jakožto abstraktní pojem vyzývá k hlubším filozofickým úvahám, jak tento konstrukt uchopit. Za druhé, zdraví je subjektivní součástí lidského života. Pro některé je zdraví stavem těla, kdy člověka nic nebolí. Pro jiné zdraví představuje možnost provádět oblíbené aktivity bez omezení.

Mohlo by se zdát, že exaktní definici zdraví by měla umět poskytnout Světová zdravotnická organizace. Ta o zdraví již od roku 1946 nemluví pouze jako o stavu „*absence nemoci či neduživosti*,” ale jako o stavu „*naprosté tělesné, duševní a sociální pohody*,” (World Health Organization, 2001, odst. 1). Mnoho odborníků však tvrdí, že pokud bychom o zdraví uvažovali v intencích této definice, nemohli bychom za zdravého jedince považovat téměř nikoho. Například podle Callahana (1973) zdraví nemusí nutně znamenat naprostou tělesnou, duševní a sociální pohodu, nicméně by se mělo jednat o **adekvátní zdravotní stav**, tj. bez vážnějšího onemocnění.

Jedním z nejcitovanějších teoretiků v oblasti zdraví a rovněž známým kritikem definice zdraví v pojetí WHO je David Seedhouse. Ve své rozsáhlé práci (2001) nabízí **tři hlediska nahlížení na zdraví**:

- (1) **tradiční pojetí zdraví** představuje soudobý medicínský pohled na zdraví, podle něhož zdravotní problémy existují pouze v člověku a lze je vyřešit pouze aplikováním lékařských léčebných postupů;
- (2) **společensky uvědomělé pojetí zdraví** upozorňuje na vliv životního prostředí, kultury a společnosti jakožto determinant zdravotního stavu člověka. Toto pojetí navíc zdůrazňuje, že hledání příčin zdravotních problémů by mělo být stejně důležité jako jejich léčba. Oproti tradičnímu pojetí zdraví rovněž vyzdvihuje prevenci onemocnění upravením životních podmínek;

**(3) holistické pojetí zdraví** se snaží sloučit obě předchozí pojetí se zaměřením na podmínky života, mezi které řadí *základní lidské potřeby* (potrava, bydlení a smysl života), *přístup k informacím o faktorech ovlivňujících zdraví*, dále *schopnost vzdělávat se a porozumět těmto faktorům*, *schopnost brát ohled na druhé a na své prostředí*, a jako poslední podmínku jmenuje *odbornou podporu v krizi*. Toto pojetí, s nímž se Seedhouse ztotožňuje, také upozorňuje na **faktor autonomie, jakožto základní stavební kámen zdraví**. Čím více autonomie ve svém životě máme, tím lepší je náš zdravotní stav.

Seedhouseovým teoretickým záběrem se u nás inspiroval Jaro Křivohlavý (2009), který na definici zdraví jde nejprve oklikou tím, že je chápe jako **podstatný nástroj k dosažení cíle**. Absenci zdraví tedy vnímá jako určitou zábranu v dosahování lidských cílů. Později však přidává (2009, 40) specifitější definici, podle níž považuje zdraví za *„celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“* Za optimální kvalitu života pak považuje stav, kdy je člověk spokojen s dosahováním svých cílů.

Hartl a Hartlová (2009, 701) mluví o zdraví jako o *„souhrnu vlastností organismu, které jsou sto vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, včetně pracovního a interpersonálního, aniž jsou narušeny fyziologicky důležité funkce“*. V této definici lze vidět poukázání na **důležitost schopnosti adaptace jakožto základní podmínky pro zdravý život**. Autoři však zároveň upozorňují, že tato definice zdraví, podobně jako většina ostatních, neumí odlišit nemocného člověka od člověka nespokojeného, nešťastného či nepřízpusobivého.

Závěrem přidáváme ještě poznámku ke zdraví od Baštecké a Macha (2015), podle nichž si člověk v běžném životě uvědomuje existenci zdraví až ve chvíli, kdy se u něho projeví nějaké známky nemoci.

Na základě výše zmíněných definic je možno shrnout, že zdraví je do významné míry ovlivněno lidskou autonomií a schopností adaptace. Tyto dva faktory na sobě rovněž závisí, pokud člověk nachází ve svém životě dostatečnou míru autonomie, je pro něho snazší se adaptovat a zároveň dosahovat svých cílů.

## 2.2 Zdraví a sebepečující chování

Již v úvodní kapitole jsme zmínili, že sebezpečí je nástroj, který podporuje zdraví člověka. Ať už uvažujeme o zdraví v idealistickém pojetí Světové zdravotnické organizace, či se přikloníme k filozoficky hlubšímu výkladu Davida Seedhouse, můžeme s jistotou tvrdit, že náš zdravotní stav nezáleží pouze na vnějších podmínkách či dostupné lékařské péči, ale rovněž na míře našeho sebepečujícího chování.

Světová zdravotnická organizace (2013, 7) ve své příručce o sebezpečí a zdraví píše, že „*pro udržení dobrého zdraví je nutné věnovat odpovídající pozornost tělu, mysli, rodině a životnímu prostředí.*“ K upevnění našeho zdraví tudíž velkým dílem přispívá, jak se o sebe sama a naše okolí a prostředí staráme. **Nejdůležitějšími prvky sebezpečí** je pak podle WHO zdravá strava, fyzická aktivita a emoční zdraví:

- (a) **zdravá strava** představuje vyvážený jídelníček obsahující uhlovodany (obiloviny, brambory), ovoce, zeleninu, bílkoviny, vápník a tuky. Všechny tyto složky při příjmu ve vyváženém složení snižují riziko obezity, chudokrevnosti, hypertenze, srdečních onemocnění, cukrovky, mozkové mrtvice a též některých druhů rakoviny;
- (b) **fyzická aktivita** zahrnuje jakýkoli tělesný pohyb, jenž vyžaduje výdej energie, jako je chůze či vykonávání domácích prací. Do fyzické aktivity rovněž spadá fyzické cvičení, které člověk provádí se záměrem udržení tělesné i duševní kondice. Fyzická aktivita snižuje riziko hypertenze a kardiovaskulárních onemocnění, zkvalitňuje duševní i emoční zdraví a zvyšuje věk dožití. WHO doporučuje dospělým osobám provádět fyzické cvičení po dobu alespoň 30 minut třikrát až pětkrát týdně;
- (c) **emoční zdraví** vyžaduje, aby v sobě člověk pěstoval kladné emoce a zároveň uměl nacházet způsoby, jak se vypořádat s emocemi negativními, především úzkostí a vztekem. O emoční zdraví by měli pečovat se zvýšenou mírou osoby, které jsou často ve stresu či vykonávají stresující povolání. WHO doporučuje pro udržení emočního zdraví např. trávení času s rodinou, účast v komunitních aktivitách, pravidelný odpočinek a relaxaci či věnování času aktivitám, jež člověka baví.

Sebezpečující chování znamená však také absenci chování, které je vzhledem ke zdraví rizikové. Podle WHO (2002) je v dnešních vyspělých státech světa třetina všech nemocí

způsobena konzumací alkoholu, tabáku, a dále obezitou a vysokým krevním tlakem. Je tudíž zjevné, že člověk si své zdraví může upevňovat či oslabovat z veliké míry právě svým životním stylem. Podle Hillger (2008, in Kirch) mezi **nejrizikovější faktory životního stylu** patří obezita, sedavé chování a konzumace alkoholu, tabáku a dalších návykových látek:

- (a) **obezita** je v současnosti jedním z nejpálčivějších problémů zdravotnictví. Spolu s nadváhou způsobuje různá kardiovaskulární onemocnění, cukrovku a určité formy rakoviny. Vedle toho se podílí na různých potížích trávicího a dýchacího systému a má negativní vliv na psychiku člověka;
- (b) **sedavé chování** souvisí do značné míry s aktuálním životním stylem člověka žijícího v průmyslových zemích. Moderní život podporuje neaktivní životní styl charakteristický nízkou pohybovou aktivitou, užíváním dopravních prostředků i na krátké vzdálenosti a trávením volného času především sedavými aktivitami. Právě fyzická neaktivita přispívá k obezitě, cukrovce či srdečním onemocněním;
- (c) **konzumace alkoholu, tabáku a dalších návykových látek** je rovněž úzce svázána s mnohými zdravotními problémy a zároveň negativně ovlivňuje sociální i osobní život člověka. Nadužívání alkoholu je doprovázeno agresivitou, srdečními onemocněními či podvýživou. Následky se mohou projevit i ve ztrátě sociální sítě a zaměstnání. Konzumace tabáku je v současnosti jednou z nejčastějších příčin úmrtí, ročně zabije 7 miliónů osob, přičemž téměř sedmina těchto úmrtí se týká nekuřáků vystavených tabákovému kouři (WHO, 2018). Užívání drog je spojeno s vyšší úrazovostí, násilím a depresivní symptomatikou.

Matušková (2017) ve své diplomové práci rozlišuje chování ve vztahu ke zdraví jako na zdraví podporující a zdraví ohrožující. Jelikož se jedná o kategorie, které souvisí se sebepečujícím chováním, rozhodli jsme se v naší práci využít autorčino rozdělení pro rozšíření přehledu o dané tematice.

Do **chování zdraví podporujícího** řadí výživu, pohybovou aktivitu a spánek. Jelikož jsme první dvě složky již představili v rámci předchozích koncepcí, věnujeme nyní prostor již pouze spánku:



**(a) spánek** je nepochybně spojen s optimálním fungováním člověka a má výrazný dopad na jeho fyzické i duševní zdraví. Pro kvalitní spánek je dobré spát alespoň 7 hodin denně, dodržovat pravidelnost usínání, ulehat do postele pouze za účelem spánku či sexuální aktivity, vyhnout se užívání kofeinu a alkoholu alespoň 4 hodiny před spánkem a pravidelně cvičit (Belloc & Breslow 1971; Moráň, 2001).

Do **chování zdraví ohrožujícího** naopak řadí kouření, alkohol a jiné návykové látky, nezdravou stravu, nevhodné sexuální chování a nepřiměřené zvládnání stresu. Ze stejných důvodů jako v předchozím odstavci věnujeme nyní místo posledním dvěma faktorům:

**(a) nevhodné sexuální chování** je charakterizováno především nepoužíváním ochranných prostředků a promiskuitou. Takové chování je spjato s rizikem nákazy různými pohlavně přenosnými nemocemi;

**(b) nepřiměřené zvládnání stresu** se týká negativních copingových strategií, mezi které lze zařadit především únikovou tendenci, perseveraci (ulpívání na negativních myšlenkách), rezignaci a sebeobviňování. Při užívání těchto strategií dochází typicky ke zvýšení tenze ze stresové situace a zároveň celkovému snížení kvality zdraví (Švancara, 2003).

### 3 O duševním zdraví

Podle hesla Světové federace pro duševní zdraví (2019) „*neexistuje zdraví bez duševního zdraví,*“ čímž jasně upozorňuje na jeho důležitost v kontextu celkového zdraví člověka. Následující obsáhlejší kapitola se proto bude věnovat duševnímu zdraví z vícero pohledů. Pro větší přehlednost jsme kapitolu rozdělili do čtyř podkapitol, přičemž na úvod se budeme věnovat definicím duševního zdraví. Následující dvě podkapitoly se týkají pozadí a kontextu duševního zdraví v rámci dvou aplikovaných psychologických disciplín a poslední podkapitola se věnuje duševní hygieně.

#### 3.1 Definice duševního zdraví

O duševním zdraví by dnes už snad málokdo prohlásil, že se jedná pouze o stav absence duševní nemoci, jak bylo ve zvyku především v první polovině minulého století (Míček, 1984). Světová zdravotnická organizace (2014, odst. 1) označuje duševní zdraví za „*stav osobní pohody (well-being), ve kterém si každý jedinec uvědomuje svůj potenciál, umí se vyrovnávat se stresem každodenního života, zvládá produktivně a plodně pracovat, a je schopný přispívat své společnosti.*“

Podle americké organizace MentalHealth.gov (2017, odst. 1), která se zabývá poskytováním informací o politice duševního zdraví v USA široké veřejnosti, zahrnuje duševní zdraví „*emoční, psychickou a sociální pohodu, ovlivňuje, co cítíme, jak přemýšlíme, a jak jednáme. Určuje také, jak zacházíme se stresem, jak se vztahujeme k ostatním a jaké uskutečňujeme volby.*“

Prvním, kdo přinesl pojem duševního zdraví do českého odborného prostředí byl již zmíněný Míček (1984, 21), jenž duševní zdraví definuje jednoduše jako „*žádoucí stav, jenž je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny.*“

Podle Koudelkové (1995, 96) je duševní zdraví „*významnou charakteristikou celkového zdravotního stavu jedince, souvisí se stupněm hodnocení zdraví lékařem i s jeho posouzením kvality života, dále se spokojeností člověka s jeho sociálními vztahy a zázemím v rodině, jakož i s uspokojením člověka v oblasti práce.*“

Na vybraných definicích, které jsme prezentovali výše, bylo cílem ukázat obtížnost definování pojmu duševního zdraví v rámci jedné či pár vět. Příhodnější se proto jeví využít některého z konceptů duševního zdraví, které se podrobněji věnují charakteristikám duševního zdraví.

V souladu s cíli naší práce jsme se rozhodli využít konceptu duševní pohody (*psychological well-being*) Ryffové, jenž se jeví jako jeden z nejucelenějších, jelikož se autorka při jeho tvorbě inspirovala několika významnými psychologickými teoriemi týkajícími se duševního zdraví, např. Maslowovou teorií sebeaktualizace, Jungovým procesem individuace, Eriksonovou teorií vývoje osobnosti nebo Franklovým konceptem vůle ke smyslu.

Ryffová (1989) ztotožňuje duševní zdraví s duševní pohodou a připisuje jí 6 dimenzí:

- (1) **sebe přijetí** se vyznačuje kladným postojem k sobě sama, schopností přijmout všechny své vlastnosti a vyrovnáním se s minulostí;
- (2) **osobní rozvoj** je touhou jedince po neustálém rozvoji a osobním růstu, což rovněž zahrnuje otevřenost vůči novým zkušenostem a realizaci vlastního potenciálu;
- (3) **smysl života** je pocitem celoživotní smysluplnosti, následováním životních cílů jedince a schopnosti uvažovat o významu a účelu života;
- (4) **zvládání prostředí** se slučuje se schopností aktivní i pasivní adaptace v jedincově prostředí, zvládáním každodenních situací a jejich adekvátním řešením;
- (5) **autonomie** je schopnost řídit se vlastními vnitřními měřítky, schopnost nezávislého myšlení i jednání a odolnost vůči sociálnímu prostředí;
- (6) **pozitivní vztahy s druhými** jsou charakterizovány upřímností, důvěrou, zájmem, empatií a vzájemným naplněním.

Na koncept duševní pohody podle Ryffové navazuje Keyes (2002), jenž přichází s konceptem *kontinua duševního zdraví*, do něhož vedle konceptu duševní pohody podle Ryffové přidává další dvě složky:

- (1) **emocionální pohoda** je tvořena pozitivními emocemi, pocitem štěstí a životní spokojeností;
- (2) **sociální pohoda** je tvořena *sociální akceptací, sociální aktualizací, sociálním přínosem, sociální soudržností a sociální integrací*. Tyto dílčí složky se týkají schopnosti přijetí druhých, zájmu o společenské dění, pocitu vlastní přínosnosti a sounáležitosti s ostatními.

Podle Keyese se člověk celý život pohybuje na kontinuu duševního zdraví mezi póly optimálního prospívání (*flourishing*) a chřadnutí (*languishing*). Optimální prospívání je přitom charakterizováno převážně pozitivním emocionálním naladěním, kdežto chřadnutí charakterizuje převaha negativních emocí a nízký stupeň adaptace.

### 3.2 Duševní zdraví z pohledu psychologie zdraví

O psychologii zdraví se jako první začali zajímat američtí výzkumníci, kteří se zabývali vlivem životosprávy na zdraví člověka. Průkopníky těchto studií byli Belloc a Breslow (1972), kteří ve své longitudinální studii potvrdili pozitivní vliv tzv. **dobrých zdravotních návyků** (*good health habits*) na úroveň celkového zdravotního stavu. Mezi takové návyky autoři zařazují pravidelný 7 až 8hodinový spánek, pravidelnou fyzickou aktivitu, pravidelné stravování a absenci kouření a požívání alkoholu.

Tento a další podobné výzkumy podnítili v roce 1977 amerického psychologa Josepha Matarazza k založení 38. divize Americké psychologické asociace (APA), která byla věnována právě psychologii zdraví (Weiner, 2003).

Podle Americké psychologické asociace je jedním z cílů psychologie zdraví porozumět, jak behaviorální a kontextuální faktory ovlivňují lidské zdraví. Na zdraví totiž nepůsobí pouze naše jednání, ale rovněž i prostředí, ve kterém se pohybujeme. Mezi předmět psychologie zdraví APA např. řadí prevenci onemocnění či zkoumání vlivu nemoci na jedincův pocit osobní pohody (*well-being*), (Wallston, 1996).

Na území Evropy se počátky psychologie zdraví datují do roku 1986, v němž byla ustanovena Evropská společnost pro psychologii zdraví (*European Health Psychology Society*). V témže roce psychologii zdraví za svou divizi přijala Britská psychologická společnost (Weiner, 2003). O dva roky později založila sekci psychologie zdraví rovněž Československá psychologická společnost (dnes ČMPS), která např. představila v letech 2005-2011 projekt *Škola a zdraví pro 21. století*. Díky tomuto projektu byly na školách zavedeny různé programy zdravotní prevence a vybudovalo se vyšší povědomí o důležitosti výchovy ke zdraví (Mareš, 2013).

Předmětem psychologie zdraví je podle českého matadora tohoto oboru Jara Křivohlavého (2009) **dopad lidského jednání na zdraví**. V rámci této stručné definice je schovaný obsah celé knihy, kterou Křivohlavý psychologii zdraví věnoval. Jedná se například o sociální oporu, duševní hygienu či stres, což jsou témata, jež úzce souvisí

s duševním zdravím a jimž bude v naší práci věnován dostatečný prostor v následujících kapitolách.

Jak si lze povšimnout, psychologie zdraví už od svého počátku obsahovala zaměření pozornosti nejen na zdraví fyzické, ale rovněž i duševní s důrazem na to, že člověk sám může úroveň svého zdraví významně ovlivnit skrze své návyky a jednání.

### 3.3 Duševní zdraví z pohledu pozitivní psychologie

Na rozdíl od psychologie zdraví je pozitivní psychologie mnohem mladším oborem, který začal vznikat teprve koncem 90. let minulého století. Hlavním propagátorem obrácení pozornosti psychologie směrem k pozitivním aspektům života byl Martin Seligman. Ten jakožto prezident Americké psychologické asociace roku 1998 zvolil za téma jejího směřování právě pozitivní psychologii (Time, 2005). Důvodem této změny zaměření byla podle Seligmana utkvělá potřeba psychologů zabývat se pouze negativními jevy v životě člověka.

Ve stejném roce došlo taktéž k založení Mezinárodní asociace pozitivní psychologie (*International Positive Psychology Association*), jejímž posláním je šířit odborné poznatky z pozitivní psychologie jak mezi odbornou, tak i laickou veřejnost (IPPA, nedat.).

Předmět pozitivní psychologie je v americkém pojetí odvozován především od teorií Martina Seligmana. V rámci první teorie o autentickém štěstí Seligman označil za předmět pozitivní psychologie štěstí, které se dá měřit mírou životní spokojenosti. Ve druhé teorii, tzv. PERMA modelu, za předmětem pozitivní psychologie spatřoval konstrukt *well-being*. Pro hlubší pochopení vývoje myšlení Martina Seligmana v oblasti pozitivní psychologie obě teorie na následujících řádcích přiblížíme.

#### Autentické štěstí

V rámci teorie o autentickém štěstí Seligman (2002) vyslovil předpoklad, že šťastný život se objevuje ve třech podobách:

**(a) spokojený život**, který je charakterizován prožíváním pozitivních emocí napříč různými oblastmi života;

**(b) dobrý život**, jenž je odrazem prožívání stavu splynutí s prováděnou aktivitou, která jedince zcela naplňuje;

**(c) smysluplný život** – nejdůležitější forma šťastného života – je charakterizován následováním životního smyslu, který by měl jedinec spatřovat v přispívání společnosti.

### PERMA model

O devět let později Seligman (2011) svou teorii upravil do tzv. PERMA modelu, který obsahuje v jiné podobě všechny tři složky z původní teorie štěstí a dvě nově přidané složky. PERMA je akronym složený z pěti prvků, které mají člověku pomoci k dosažení naplněného, šťastného a smysluplného života:

**(P) - *positive emotions***, čili kladné emoce. Optimistické zaměření a schopnost prožívat pozitivní emoce je úzce spojena s duševním i fyzickým zdravím;

**(E) - *engagement***, což lze česky přeložit jako zapojení se do určité aktivity. Vyhledávání aktivit, které vyžadují naše plné zapojení, je důležité pro osobní růst a rozvoj našich emočních dovedností;

**(R) - *relationships*** popisuje důležitost péče o naše vztahy s rodinou, přáteli či kolegy;

**(M) - *meaning***, čili smysl života. Nalezení smyslu života dává člověku pocit vlastní účelnosti a smysluplnosti jeho směřování;

**(A) - *accomplishment*** neboli dosažení určitého cíle. Seligman svůj model uzavírá tímto prvkem, který nabádá člověka k vytyčování a dosahování realistických cílů, které jedince posouvají za jeho životními sny.

Hlavní rozdíl mezi Seligmanovými teoriemi lze spatřit v tom, že v teorii o autentickém štěstí se autor zaměřuje opravdu především na životní spokojenost jakožto hlavní klíč ke štěstí. Oproti tomu PERMA model nastoluje nové paradigma, kdy podle Seligmána hlavním tématem pozitivní psychologie již není štěstí nýbrž pocit osobní pohody (*well-being*). Tento psychologický konstrukt bývalý prezident APA charakterizuje právě naplněním všech prvků PERMA modelu (Scorsolini-Comin et. al, 2012).

#### 3.3.1 České pojetí pozitivní psychologie

Za hlavního českého představitele pozitivní psychologie lze opět označit Jara Křivohlavého, jenž do naší odborné společnosti přinesl poznatky o tomto proudu počátkem 21. století. Křivohlavý (2015, 10) apeluje na fakt, že cílem pozitivní psychologie je především „*komplementarizace celkového obrazu lidské psychiky, v němž byla doposud věnována větší pozornost negativním jevům.*“ Snaží se tak bránit časté

kritice pozitivní psychologie, že tento proud ignoruje reálné duševní problémy a zaměřuje se pouze na kladné stránky lidského života. Dalším významným cílem pozitivní psychologie je podle Křivohlavého důraz na sociální dimenzi psychického života, jež významně ovlivňuje duševní zdraví.

Díky české psycholožce Aleně Slezáčkové u nás v roce 2008 vzniklo Centrum pozitivní psychologie ČR a zároveň byla založena při Českomoravské psychologické společnosti pracovní skupina pozitivní psychologie, která se snaží rozšířit povědomí o pozitivní psychologii v České republice a podporovat výzkum v této oblasti (ČMPS, nedat.).

### 3.4 Duševní hygiena

Jak jsme již naznačili pomocí Míčkovy definice v úvodu této kapitoly, duševní zdraví je stavem, kterého lze dosáhnout pomocí dodržování zásad duševní hygieny. Apel na důležitost péče o duševní zdraví a jeho povýšení na úroveň zdraví fyzického můžeme v dnešní době slyšet z úst mnoha odborníků. Široká česká společnost se začíná čím dál více zajímat o to, jak zabránit syndromu vyhoření či jak účinně relaxovat, o čemž svědčí například vysoká účast na různých osvětových workshopech nebo přednáškách o duševním zdraví a příbuzných tématech (Nevypust' duši, 2017). Tento veliký posun vpřed lze považovat za významný i z toho důvodu, že české lékařství je stále zaměřeno především na mód bio, přičemž zbytek kontinua psycho-socio-spirituálního zůstává víceméně pomíjen.

Zajímavé ovšem je, že tematické péče o duševní zdraví se věnovali odborníci z řad československých psychologů a lékařů již od 70. let minulého století. Průkopníkem na tomto poli byl slovenský neurolog Daniel Bartko, jenž ve své publikaci pokrývá téma duševní hygieny napříč celým životem člověka.

Hlavní postavou propagující důležitost duševní hygieny na české straně byl Libor Míček, jenž této tematické věnoval několik publikací. Jeho texty jsou sice desítky let staré, nicméně svou nadčasovostí, celostním přístupem k tématu i čtivostí se řadí mezi stále aktuální a významné zdroje v oblasti duševní hygieny.

#### 3.4.1 Definice duševní hygieny

Podle Bartka (1967) následovat pravidla duševní hygieny neznámá pouze chránit se před nemocí, ale také upravit životní podmínky tak, aby člověk dosáhl pocitu spokojenosti, osobního štěstí a fyzické i psychické zdatnosti.

Míček (1984, 9) považuje duševní hygienu za „*systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“

Křivohlavý (2009) odděluje užší a širší pojetí duševní hygieny. V rámci užšího pojetí je duševní hygiena pomyslným bojem proti vzniku duševních onemocnění. Širší pojetí hovoří o duševní hygieně jako o péči, která umožňuje optimální fungování duševní činnosti. Lze si tedy všimnout, že všechny definice popisují duševní hygienu jednak jako preventivní nástroj před vznikem nemocí, ale také jako způsob, jak dosáhnout stavu duševní rovnováhy.

### 3.4.2 Techniky duševní hygieny

Míček (1984) upozorňuje na důležitost praktikování duševní hygieny jednak v pracovním prostředí a jednak v osobním životě. Zároveň poznamenává, že sebepoznání je nejdůležitějším faktorem osobního růstu člověka. Jinými slovy, kdo se dobře zná, umí lépe pečovat o své duševní zdraví.

Mezi základy duševní hygieny řadí Míček (1984) kvalitní a pravidelný spánek, vyváženou stravu, dechová cvičení, odpočinek, tělesný pohyb, ale i hospodaření s časem či odstraňování zlovyků. Důraz dává také na **sociální aspekty** duševní hygieny, přičemž upozorňuje na fakt, že vnímání druhých je významně ovlivněno naším duševním rozpoložením. Doporučuje proto v situacích únavy, přetížení a stresu vyhýbat se řešení vztahových problémů.

Vedle základních doporučení vytvořil Míček také systém propracovaných rad úzce souvisejících s duševní hygienou, jenž nazval **sebevýchova**. Tímto termínem rozumí snahu o aktivní formování vlastní osobnosti na základě vytyčených cílů (Míček, 1988). Mezi způsoby sebevýchovy autor především řadí:

- (1) **sebepoznávání**, které je možné skrze registraci vlastního jednání, případně sebereflexi, jež je vedle prostého pozorování obohacena o vlastní úvahy nad vlivy a dopady našeho jednání. Vhodné je vést si například deníkový záznam, jenž může posloužit pro zachycení kontinuity duševního prožívání;
- (2) **autoregulace myšlení** předpokládá, že pro ovládnutí vlastního chování musí člověk nejprve regulovat své myšlenky a představy. Zároveň platí, že myšlenky jsou spojeny s citovými stavy, pokud tedy v jedincově myšlení převládají představy vzteku či strachu, bývají také doprovázeny negativně laděnými emocemi. Míček proto doporučuje, že pokud chce člověk cítit klid,



je vhodné se soustředit na představu klidu a obklopit se tím, co v nás klid vyvolává;

**(3) autoregulace emocí** by měla probíhat skrze odreagování, přičemž lze využít rozhovoru s blízkým přítelem, sebevyjádření hudbou či zpěvem, vyhledáním samoty nebo odreagování se sportem;

**(4) relaxace** je způsob, jak předcházet negativním citovým stavům, a jak uvolnit napětí, které v těle přetrvává po stresujících situacích a činnostech. Míček doporučuje především progresivní svalovou relaxaci, autogenní trénink a jógu.

Nevypust' duši (2019) prezentuje na workshopech o duševním zdraví i svých webových stránkách sedm zásad, jimiž lze duševní zdraví podpořit:

**(1) spánek, čerstvý vzduch, vyvážená strava** jsou faktory, které přispívají k fyzické stránce duševní pohody;

**(2) pohyb** může být i pravidelná rychlá chůze, cílem by mělo být zvýšení tepové frekvence;

**(3) vědomý odpočinek** bez televize, laptopu a mobilního telefonu;

**(4) sociální vztahy** jsou důležitým předpokladem pro šťastný život, je vhodné mít v blízkém okolí důvěrného člověka, na něhož se lze obrátit pro pomoc;

**(5) realistická očekávání od svých nálad** značí apel na uvědomění si přirozené kolísavosti nálad a emocí;

**(6) dosažitelné cíle** předpokládají nastavení si cílů úměrných našim schopnostem a možnostem;

**(7) být na sebe hodný** znamená umět o sebe pečovat tak, jako by člověk pečoval o svého dobrého přítele.

Jak si lze všimnout z několika výše popsaných technik duševní hygieny, existuje nepřeborné množství způsobů, jak o své duševní zdraví pečovat. V českém odborném i laickém prostředí se duševní hygieně věnuje pozornost již několik desítek let, čímž bylo možno dosáhnout propracovanosti v této oblasti. Přesto považujeme za důležité představit české odborné veřejnosti i koncept sebepéče, který sice sdílí s duševní hygienou mnoho prvků, rámcově i obsahově ji však přesahuje.

## 4 Seběpěče

Na předchozích stránkách jsme pojem seběpěče (anglicky *self-care*) či sebepečující chování již několikrát zmínili, v následujících dvou kapitolách se mu však budeme věnovat více do hloubky a pokusíme se o jeho ukotvení v rámci české odborné literatury prostřednictvím představení několika nejcitovanějších definic a modelů seběpěče.

Pro potřeby této práce uvádíme 3 hlavní důvody, proč považujeme za důležité představit tematiku seběpěče české odborné veřejnosti:

- (1) V České republice se o seběpěči jako odborném termínu hovoří pouze ve smyslu mírnění symptomů již vzniklé nemoci čili je tento pojem vztažen pouze na klinickou populaci. Takto seběpěči ve své práci pojímá například Halmo (2015) nebo Paulíková (2015).
- (2) Seběpěče je širším pojmem než termín duševní hygiena, kterému jsme se věnovali v předchozí kapitole. Zahrnuje totiž např. spirituální oblast člověka a nabízí několik ucelených modelů, kterých lze využít i v praxi formou tzv. plánu seběpěče, který představíme v rámci následující kapitoly.
- (3) V odborné psychologické komunitě ve Spojených státech amerických, Kanadě či Austrálii se o seběpěči hovoří jako o **morálním imperativu** každého psychologa (Barnett, 2007; Dorociak, 2015; Norcross, & Guy, 2007). Jsme proto přesvědčeni, že seběpěče je profesní nutností, a podobně jako je kladen zřetel na kvalitní péči o klienty, měl by být kladen stejný důraz na péči o sebe sama.

### 4.1 Definice seběpěče

Mohlo by se zdát, že seběpěče je termínem věru moderním, vždyť u nás se doposud tento pojem příliš neujal. Pravdou však je, že již mnoho antických filozofů hlásalo důležitost péče o sebe sama v zájmu zachování zdravého těla i ducha, jak například dokazuje citát stoického filozofa Musonia Rufa z úvodní části této práce.

Francouzský filozof Michel Foucault ve svém díle *The Care of the Self* (1986), ve kterém se věnuje právě antickým kořenům učení o kultivaci duše, popisuje umění existence jako schopnost pečovat o sebe sama. Z této premisy lze snadno vyvodit, že pro lidskou existenci je nutné se seběpěči náležitě věnovat.

Vzhledem k velkému množství různorodých odborných definic seběpěče jsme se pro přehlednost uchýlili k využití následující tabulky.

**Tabulka 1: Definice sebepěče**

Ayala, Winseman, Johnsen, & Mason, 2018, 1:	<i>Sebepěče je multifacetové chování, které je zdraví prospěšné a jedinečné pro každého člověka.</i>
Butler, & McClain-Meeder, 2015, odst. 1:	<i>Sebepěče je stav myslí dosažený prostřednictvím rozvoje sebeuvědomění, seberegulace a vědomí vlastní účinnosti.</i>
Coaston, 2017, 287:	<i>Sebepěče znamená zvyšování aktivního uvědomování si náznaků nepohody a trápení například s pomocí mindfulness.</i>
Dorociak, 2015, 21:	<i>Sebepěče je multidimenzionální a multifacetový proces aktivního zapojení se do strategií podporujících zdravé fungování a zvyšování duševní pohody.</i>
Godfrey et al., 2011, 11:	<i>Sebepěčující aktivity leží na kontinuu zdraví a nemoci. Na jednom konci se nachází aktivity, které nemocný jedinec provádí se záměrem zmírnit symptomy nemoci. Na druhém konci jsou aktivity prováděné zdravými osobami, jež mají uspokojit každodenní potřeby a předcházet nemocem.</i>
Jordan, 2010, 235:	<i>Sebepěče značí zapojení do určitých aktivit, jež podporují zdraví, duševní pohodu a snižují stres.</i>
Lee, & Miller, 2013, 96:	<i>Sebepěče je proces záměrného provádění aktivit, které podporují celkové zdraví a duševní pohodu jedince.</i>
Lee, & Miller, 2013, 97:	<i>Sebepěče je způsob, jak aktivně posílit celkové zdraví, osobní pohodu a odolnost.</i>
Michael, 2018, odst. 3.:	<i>Sebepěče je jakákoli aktivita, kterou záměrně provádíme s cílem pečovat o naše duševní, emoční či fyzické zdraví. Dobrá sebepěče je klíčem ke zlepšení nálady a snížení úzkosti. Zároveň je klíčem k prohloubení vztahů se sebou samým i s okolím.</i>
Michaelson, 2016, odst. 15.:	<i>Pro správnou sebepěči je důležité znát svou optimální úroveň duševní pohody a neustále se snažit být kolem této úrovně za pomoci různých aktivit.</i>
Myers et al., 2012, 56:	<i>Sebepěče zahrnuje takové chování, které udržuje a podporuje fyzickou i emoční pohodu.</i>
Skovholt, Grier, & Hanson, 2001, 176:	<i>Smysluplná sebepěče vyžaduje soustavnou sebereflexi a uvědomění si vlastních měnících se potřeb, zkušeností a hodnot.</i>
WHO, 2013, 15:	<i>Sebepěče je schopnost jednotlivců, rodin a společenství podporovat zdraví, předcházet onemocnění, a vypořádat se s onemocněním buď s nebo bez podpory poskytovatele zdravotní péče.</i>
Wise, Hersh, & Gibson, 2011, 488:	<i>Cílem sebepěče je nejen zvyšování odolnosti, ale také prosperování v osobním i profesním životě.</i>

Na uvedených definicích lze vypožorovat několik společných charakteristik. Sebepéči se běžně rozumí určitá aktivita, která je prováděna se záměrem pečovat o své celkové zdraví (čili fyzické i duševní). Již v tomto vymezení lze spatřit zásadní odlišnost od pojmu duševní hygiena. Cílem duševní hygieny je totiž dosáhnout optimálního stavu pouze v duševní oblasti, byť k tomu přispívá i péče o fyzické zdraví. Zmíněné definice rovněž předkládají pestrou paletu benefitů, které sebepéče přináší. Předcházení nemocem, snížení úzkosti a stresu, zvýšení odolnosti, prohloubení vztahu se sebou samým i s ostatními, jsou příklady těchto benefitů.

Pro účely této práce definujeme sebepéči takto: **Sebepéče je aktivní multidimenzionální proces záměrného provádění aktivit, které podporují osobní pohodu a celkové zdraví jedince. Pro kvalitní sebepéči je nutná neustálá sebereflexe potřeb a přizpůsobování sebepečujícího chování těmto potřebám.**

Ne nadarmo se pro vymezení sebepéče užívá metafory o nutnosti nasazení kyslíkové masky nejdřív sobě sama, a teprve až potom pomoci ostatním. Pokud se totiž člověk nepostará nejdřív sám o sebe, nemůže mít kapacitu pomáhat druhým (Butler et al., 2019). Z tohoto důvodu se o důležitosti sebepéče hovoří ještě významněji v rámci pomáhajících profesí.

## 5 Seběpěče v pomáhajících profesích

Jak již bylo zmíněno v úvodní kapitole, pomáhající profese patří mezi nejohroženější syndromem vyhoření vzhledem ke své podstatě implikující často emočně náročnou práci s klienty či pacienty. Existuje řada faktorů, které jsou v rámci výkonu pomáhajících profesí hodnoceny jako rizikové. Tato rizika nejsou přitom spojena pouze s osobou pomáhajícího profesionála, ale negativní důsledky se mohou týkat rovněž klientů a pacientů.

Touto kapitolou proto apelujeme na zvýšený důraz na seběpěči v pomáhajících profesích. Cílem seběpěče by přitom nemělo být pouhé přežití a vyhnutí se případným negativním důsledkům v podobě zhoršeného pracovního výkonu, syndromu vyhoření nebo onemocnění, ale naopak zaměření se na zvýšení osobní odolnosti a prosperity v osobním i profesním životě (Wise et al., 2012).

V této kapitole se budeme zabývat zásadními riziky spojenými s prací klinického psychologa, dále představíme tři modely seběpěče, které jsou aplikovatelné na všechny pomáhající profese a budeme se věnovat také doporučeným sebepečujícím strategiím pro profesi klinického psychologa.

### 5.1 Profesní rizika psychologické praxe

Většina rizik spojených s výkonem profese klinického psychologa vyplývá ze vztahovosti, ke které mezi terapeutem a klientem dochází. Právě vztah terapeut-klient, jehož povaha je označována jako jednosměrná, implikuje emoční náročnost, která k výkonu této profese neodmyslitelně patří (Skovholt, Grier, & Hanson, 2001; Barnett, 2014).

K emoční náročnosti přispívá ale také mnoho dalších stresorů, například náročné chování klientů s projevy agresivity či suicidalitu (Norcross, & Guy, 2007) nebo riziko sekundární traumatizace (též známé jako tzv. *compassion fatigue*, ztráta empatie) při práci s klienty, kteří prožili traumatickou událost (Kottler, 2013; Norcross, & Guys, 2007).

APA (nedat.) uvádí jako další příklad profesních rizik nutnost udržení hranic mezi vlastní osobou a klientem, limitovanou kontrolu nad výsledky psychoterapeutické práce a požadavek na sebeovládání ve smyslu kontroly vlastních emocí a projevů chování vůči klientovi.

Mezi další rizika patří také fyzická izolace vyplývající z pracovní samostatnosti a minimálního kontaktu s kolegy (O'Connor, 2001), velké množství strávené administrativní činností a vykonávání práce pod časovým tlakem (Butler et al., 2019; Norcross, & Guy, 2007), či nadměrně dlouhá pracovní doba (Rupert, Miller, & Dorociak, 2015).

### 5.1.1 Důsledky stresu vyplývajícího z rizik

Všechna výše popsaná rizika mohou u klinického psychologa významně zvyšovat úroveň prožívaného stresu. Stres je přitom nedílnou součástí života a pracovní stres přirozeně patří k výkonu psychologické profese. Podle Americké psychologické asociace (APA, nedat.) stres sám o sobě nemusí být škodlivý, avšak škodlivé může být jeho neefektivní zvládnání. Pro lepší pochopení, jak neefektivní zvládnání stresu může ohrozit nejen osobu psychologa, ale též jeho pracovní výkon včetně negativních vlivů na klienta, vytvořila APA (nedat.) následující **kontinuum stres - distres - defekt - nevhodné chování**:

- (1) **stres** může být vyvolán vnějšími či vnitřními příčinami. Mezi vnější patří výše jmenovaná rizika, mezi vnitřní lze zařadit např. osobní zranitelnost pojící se k určitým problémům, s kterými přichází klienti nebo osobní a rodinné problémy;
- (2) **distres** je v intencích tohoto kontinua pojímán jako neřešený nebo neefektivně řešený stres, který se stává obtížně zvládnutelným a může vést k perseveraci v myšlení či různým zdravotním obtížím, jako jsou problémy se spánkem nebo chutí k jídlu. Objevuje se riziko nadužívání návykových látek a dalších destruktivních copingových strategií;
- (3) **defekt** je stav, který ohrožuje psychologovo fungování, může významně snížit efektivitu vykonávané práce (např. chronickou nedochvilností či opomíjením schůzek), a je také hrozbou pro klienta (např. riziko ztráty víry v psychoterapii, pocity viny, zhoršení symptomů vedoucí až k sebevraždě). Ve stavu defektu je nutné, aby psycholog vyhledal odbornou pomoc, ale zároveň existuje riziko, že si svůj stav neuvědomí;
- (4) **nevhodné chování** se může objevit ve stavu defektu, přičemž se jedná o neetické chování, při kterém psycholog překračuje hranice profesního vztahu s klientem s cílem uspokojit své vlastní potřeby.

Specifickým důsledkem neefektivního zvládnání stresu je **syndrom vyhoření**, který poprvé jako psychologický termín použil Freudenberger (1975) pro popis stavu charakterizovaného emočním vyčerpáním a ztrátou zájmu o práci. V současnosti se pro popis syndromu vyhoření u psychologů nejčastěji používá modelu od Maslach a Jackson (1981), které ho charakterizují třemi složkami – emočním vyčerpáním, depersonalizací a snížením osobního uspokojení:

- (a) emoční vyčerpání** značí vyčerpání emočních zdrojů, postupné zvyšování míry frustrace, prohlubující se tělesné i duševní vysílení, pocit únavy a ztráta zájmu o aktivity, které dříve přinášely radost;
- (b) depersonalizace** se projevuje rozvojem negativních postojů vůči klientům, což narušuje vztah mezi terapeutem a klientem;
- (c) snížení osobní výkonnosti** charakterizuje negativní vztah k práci, nižší tvořivost a neschopnost zvládnout nároky, které dříve nebyly problematické.

### 5.1.2 Etický rozměr sebepečce

Jak jsme již zmínili výše, v etických kodexech západních psychologických asociací se lze dopátrat, že sebepečce ve smyslu profesionálního imperativu je ukotvena jako samostatný požadavek pro způsobilý výkon psychologické profese. Například Americká psychologická asociace (2017, odst. 12) uvádí, že *„psychologové se snaží uvědomovat si možný vliv svého vlastního fyzického a duševního zdraví na schopnost pomáhat těm, s nimiž pracují,“* a dodávají (odst. 34), že *„psycholog se musí zdržet vykonávání své praxe ve chvíli, kdy se domnívá, že by jeho osobní problémy mohly ovlivnit jeho pracovní kompetentnost, a měl by se snažit zabránit rozvoji těchto problémů skrze vyhledání odborné pomoci.“*

Kanadská psychologická asociace (CPA, 2017, 20) dokonce explicitně v jednom ze svých etických standardů uvádí, že *„psychologové by měli provozovat takové sebepečující aktivity, které jim pomohou vyhnout se nemocem a stavům, které by mohly vést ke zhoršení úsudku a narušení jejich schopnosti pomoci ostatním (např. syndrom vyhoření či závislost).“*

Podobně i Australská psychologická společnost (APS, 2018, 18) nabádá psychology, aby *„si uvědomovali možné důsledky vlastního fyzického i duševního zdraví na jejich schopnost provádění kompetentní praxe.“*

V etickém kodexu Asociace klinických psychologů ČR (AKP, 2018, 3) je rovněž upozorněno na uvědomění si osobních limitů. Její člen „*je povinen pečlivě zvážit, zda mu jeho vlastní zdravotní a psychický stav dovoluje vykonávat profesi kompetentně a zodpovědně,*“ a dále je také povinen vyhledat „*relevantní odbornou péči v případě, kdy je jeho profesní činnost ohrožená nebo narušená životními okolnostmi.*“ V těchto zásadách však nezaznívá nutnost prevence tohoto případného ohrožení, kterou může poskytnout právě kvalitní sebedpěče.

## 5.2 Dimenze sebedpěče

Pro zpřehlednění tak rozsáhlého konceptu, jakým je sebedpěče, učinilo několik odborníků snahu o konceptualizaci sebedpěče za využití rozdělení sebepečujících aktivit do různých dimenzí či faktorů, které dané aktivity naplňují. Všechny modely sebedpěče mají za úkol pomoci odborníkům pomáhajících profesí rozpoznat, jaké aktivity sebedpěče zahrnuje, a na jaké oblasti by se měl jedinec zaměřit za účelem zefektivnění sebedpěče. Zároveň autoři všech modelů upozorňují, že **sebedpěče je individuální proces, pro něhož je podstatné zhodnocení především vlastních hodnot, potřeb, zkušeností a také sociálního, kulturního a pracovního kontextu jednotlivce.** (Butler et al., 2019; Lee, & Miller, 2013).

Ačkoli dva z prezentovaných modelů byly vytvořeny odborníky z oblasti sociální práce, sami autoři deklarují jejich přenositelnost na psychology, potažmo všechny pomáhající profese. Po jejich prostudování jsme rovněž uznali, že se jedná o modely, které lze velice dobře aplikovat i na klinické psychology, a proto je níže uvádíme.

### 5.2.1 Lee, & Miller: Osobní a profesní sebedpěče

Jako první přinesli ucelený pohled na dimenze sebedpěče Lee a Miller (2013), kteří se výzkumně věnují sebedpěči u sociálních pracovníků. Jejich snahou bylo vytvořit širší konceptualizaci sebedpěče, která by se týkala jak osobního, tak profesního života jedince. Osobní sebedpěči přitom charakterizují jako „*proces záměrného praktikování aktivit, které podporují celkové zdraví a osobní pohodu,*“ kdežto profesní sebedpěči popisují jako „*proces záměrného praktikování aktivit, které podporují efektivitu a vhodnost profesního jednání v kontextu udržení zdraví a osobní pohody,*“ (2013, 98).

Na základě definování **osobní sebedpěče** zahrnují do ní autoři tyto faktory:



- (a) **fyziická sebepéče** má za cíl optimalizovat fyzické fungování a bezpečí. Mezi strategie, kterými lze tohoto cíle dosáhnout, patří fyzická aktivita, dostatečný spánek, zdravá a vyvážená strava, prevence onemocnění a intimita;
- (b) **emoční sebepéče** se zaměřuje na udržení pozitivního a soucitného sebeobrazu skrze rozpoznání vlastních silných stránek, všímavost vůči spouštěčům stresu a aktivní řešení problémů;
- (c) **sociální sebepéče** apeluje na budování a udržování podpůrné sociální sítě skrze udržování kontaktů s blízkými osobami a účast na společenských akcích a setkávání v rámci jedincovy komunity;
- (d) **spirituální sebepéče** nabádá k pěstování pocitu propojení, víry a míru pomocí meditace, modlitby, reflexe nebo trávení času v přírodě;
- (e) **volnočasová sebepéče** se týká účasti na příjemných aktivitách, které obvykle podporují odpočinek a relaxaci, nebo podněcují kreativitu.

Do dimenze **profesní sebepéče** jsou naopak zahrnuty tyto sebepečující faktory:

- (a) **péče o pracovní vytížení** se zaměřuje na vědomou kontrolu pracovního vytížení, což napomáhá k vyšší všímavosti vůči klientovým i pracovníkovým potřebám. Příkladem takových aktivit může být dávání si pracovních přestávek, využívání dovolené nebo řešení pracovních záležitostí pouze během pracovní doby;
- (b) **pozornost vůči vlastním reakcím** zahrnuje uvědomování si vlastních reakcí vůči klientům či kolegům, k čemuž může pomoci vlastní psychoterapie, mindfulness, vedení deníků, supervize nebo debriefing s kolegy;
- (c) **profesní sociální podpora** je považována za významný zdroj povzbuzení, konstruktivní zpětné vazby, vedení nebo předávání zkušeností mezi kolegy. Autoři považují za důležité nalezení alespoň jednoho podporujícího kolegy, k němuž má jedinec důvěru;
- (d) **profesní rozvoj** zahrnuje účast v profesních organizacích, soustavné vzdělávání v oboru, účast na konferencích nebo četba aktuálních oborových výzkumů;
- (e) **revitalizace** je klíčová pro udržení efektivity a pracovní pohody a lze jí dosáhnout např. vytvořením příjemného pracovního prostředí nebo pravidelného připomínání si pozitivních výsledků, jichž bylo s klienty dosaženo.

## 5.2.2 Butler et al.: 6 dimenzí sebepěče

Doposud nejnovější rozdělení sebepěče nabízí Butler et al. (2019). Tento výzkumný tým na základě rešerše dosavadní literatury věnující se konceptualizaci sebepěče navrhnul šestidimenzionální model sebepěče, který je aplikovatelný na veškeré pomáhající profese. Tento model reflektuje *Maslowovu pyramidu potřeb*, jelikož jsou jeho autoři přesvědčeni, že sebepěče vychází z potřeb konkrétního člověka, a pořadí dimenzí tudíž není náhodné, ale kopíruje lidské potřeby tak, jak je popsal Maslow (1943):

- (1) **fyziická dimenze** se týká plnění potřeb fyzického těla za účelem zajištění optimálního fungování a zamezení poškození či poruch. Při nedostatečné péči o fyzickou dimenzi se mohou objevit komplikace nejen na úrovni těla, ale též v různých oblastech života. Patří sem spánek, výživa, fyzické cvičení a péče o zdraví ve smyslu preventivních prohlídek či dodržení léčebných postupů;
- (2) **profesní dimenze** zahrnuje sebepěči, která především snižuje pracovní stres a riziko vyhoření, a zvyšuje výkonnost a pracovní spokojenost. Patří sem např. schopnost vědomí vlastních limitů, používání efektivních copingových strategií, vyhledání supervize či vlastní psychoterapie, anebo podpurná sociální síť. Autoři upozorňují, že pro spokojenost v profesní dimenzi je nejdůležitější udržet rovnováhu mezi pracovním a osobním životem (tzv. *work-life balance*);
- (3) **vztahová dimenze** se vztahuje k úsilí, které člověk vyvíjí pro udržení a posílení vztahů s ostatními. Patří sem nejen vědomé upřednostnění vztahů s partnery, členy rodiny a dalšími blízkými osobami, ale také schopnost rozpoznat destruktivní vztahy a odejít z nich. Autoři dodávají, že tyto vztahy se mohou týkat i zvířat, k nimž má jedinec blízký vztah. Do této dimenze spadá také altruismus jakožto nezištné poskytování podpory druhým;
- (4) **emoční dimenze** zahrnuje strategie, které mají jednak omezit negativní emoční zkušenosti, a jednak zvýšit pozitivní prožívání a osobní pohodu. Prvním krokem by mělo být uvědomění si užití destruktivních copingových strategií (např. užívání návykových látek, přejídání se, nadměrné utrácení peněz, izolace, popírání stresu) a jejich nahrazení zdravějšími strategiemi za pomoci rozpoznání takových aktivit, osob či věcí, které jsou schopny snížit stres i

v dlouhodobém měřítku. Pro snížení negativních emočních prožitků pak autoři doporučují meditaci, jógu, tai-chi nebo různé druhy relaxací;

**(5) psychická dimenze** cílí jednak na uspokojení intelektuálních potřeb, a jednak na pochopení a naplnění celkových potřeb organismu. Patří sem odpočinkové aktivity, ale i aktivity, které v člověku vyvolají stav *flow*. Psychická sebepéče zahrnuje také sebeuvědomění vlastních myšlenek, pocitů a potřeb a jednání v jejich souladu;

**(6) spirituální dimenze** je prostorem, který odráží lidskou potřebu po hledání smyslu a vlastní role ve světě. Klíčovým faktorem této dimenze je vědomí toho, co člověku pomáhá dosáhnout pocitu propojenosti s vnějším světem a jeho životnímu smyslu. Spiritualita přitom nemusí nutně znamenat víru v určitého boha, ale například také víru ve spojení s lidskostí, přírodou či vesmírem. Autoři dodávají, že spirituální dimenze sebepéče je nejvíce podceňovaná, zvláště u nevěřících osob.

Vedle výše uvedené konceptualizace, navrhla Butler a McClain-Meeder (2015) také **plán sebepéče**, který má sloužit k zachycení sebepečujícího procesu. Autorky nejprve doporučují provést sebeposuzující dotazník sebepéče, který je rozložen do 6 oblastí kopírujících dimenze sebepéče a následně zhodnotit, ve kterých oblastech je vhodné zavést nové sebepečující aktivity. Samotný plán se zaměřuje na konkretizaci aktivit a identifikaci případných překážek v jejich plnění.

### 5.2.3 Norcross a Guy: Sebepečující strategie

Ve své publikaci *Leave It Out Of the Office* (2007) autoři rozebírají důležitost sebepéče u klinických psychologů, a prezentují 12 strategií, jimiž lze sebepéči podpořit. V naší práci uvádíme pouze některé z nich, pro doplnění již prezentovaných dvou modelů sebepéče:

**(1) sebepéče jako priorita** znamená, že sebepéče by neměla být pojmána jako luxus, který si mohou dovolit pouze lidé, kteří mají dostatek času, ale naopak jako univerzální lidská potřeba. Se sebepéčí rovněž souvisí schopnost soucitu sama se sebou a umění dovolit si pečovat o sebe sama. Weiss (2004) navíc doporučuje zahrnout sebepečující aktivity do diáře jako vyvážení pracovních a dalších povinností;

- (2) *zaměření se na odměny*** odkazuje na pozitivní orientaci vůči vlastní práci. Uvědomit si vnitřní motivaci, která jedince vedla ke zvolení profese klinického psychologa, pravidelně vyjadřovat vděčnost např. skrze deník, či připomínat si pozitivní výsledky své práce, patří mezi sebepečující aktivity v této oblasti;
- (3) *nastavení hranic*** se týká nejen profesních hranic mezi odborníkem a klientem, ale také hranic v pracovních vztazích a osobních vztazích. Již zmíněný pojem *work-life balance* vychází právě ze schopnosti nastavení si hranic skrze poznání vlastních limitů. Autoři doporučují pěstovat schopnost laskavého odmítnutí (tzv. umění říct *ne*) a nepracovat do vyčerpání své kapacity, ale vždy si nechat alespoň 10% energie pro osobní záležitosti, ať už se jedná o rodinu či sebeběči;
- (4) *kognitivní restrukturalizace*** se věnuje pestré paletě zaběhaného myšlení a chování, které může negativně ovlivnit duševní zdraví jedince. Mezi techniky, kterými lze restrukturalizace dosáhnout patří vyhýbání se tyranizujícím frázím *musím* a *měl bych*, vyvážení času stráveného přemýšlením nad úspěšnými a frustrujícími případy, nebo připomínání si, že ne každého pacienta může vyléčit daný psychoterapeut;
- (5) *vlastní psychoterapie*** odkazuje na důležitost pravidelného procházení vlastní psychoterapií za účelem udržení emoční vitality a profesní sebeběče. Autoři doporučují uvědomit si případný vnitřní odpor či stud, a pochopit, že docházení do vlastní psychoterapie je ve skutečnosti projevem vyspělosti. Alternativou vlastní psychoterapie může být účast na svépomocných skupinách či meditačních seminářích;
- (6) *tvořivost a rozmanitost*** jsou dvě schopnosti, které by klinický psycholog měl ve svém profesním i osobním životě pěstovat. Možnostmi, jak vnést do své praxe tvořivost je např. užívání metaforických obrátů pro předání našeho poselství klientovi či proměna pracovního prostředí. Rozmanitost lze do života vnést pomocí rozšíření užívaných terapeutických metod, plánování schůzek s klienty tak, aby např. v jeden den terapeut pracoval s mladšími i staršími klienty, nebo rozložení času mezi jednotlivé pracovní aktivity.

## 6 Sebepečce v dosavadním výzkumu

Ačkoliv se o sebepečci v americkém odborném prostředí hovoří již od devadesátých let minulého století, výzkumně se této problematice začali odborníci věnovat teprve před několika lety. V této kapitole představíme dosavadní výzkumy zkoumající sebepečci u klinických psychologů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků a studentů medicíny a psychologie. Většina těchto výzkumů se soustředila na souvislost mezi sebepečci a životní spokojeností, celkovou kvalitou života, mírou stresu či mírou vyhoření.

Rádi bychom také upozornili, že téměř všechny prezentované výzkumy byly realizovány ve Spojených státech amerických, a tudíž je nutno mít na zřeteli jejich nižší přenositelnost do českého prostředí.

Jeden z prvních pokusů ověření vlivu sebepečce na kvalitu života provedla Catlin-Rakoski (2012), jejíhož dotazníkového šetření se účastnil poměrně nízký počet respondentů (n = 46) z řad poradců a sociálních pracovníků. Pro ověření míry sebepečce použila autorka *Self Care Assesment Worksheet* (Saakvitne, & Pearlman, 1996), což je nedagnostická metoda bez ověřených psychometrických vlastností, složená z 6 faktorů sebepečce (fyzická, psychická, emoční, spirituální, profesní a faktor rovnováhy). Důvodem volby tohoto nástroje byla pravděpodobně absence jakéhokoli diagnostického nástroje měřícího míru sebepečce. Mezi výsledky této studie autorka potvrzuje souvislost mezi **mírou vyhoření** a nižší mírou všech faktorů sebepečce, stejně jako souvislost mezi **sekundární traumatizací** a fyzickou sebepečci.

Stejného nástroje zjišťujícího míru sebepečce použila ve svém výzkumu také Dettle (2014), která zkoumala vliv sebepečce na míru prožívaného stresu a typ používaných copingových strategií. Jejího výzkumu se zúčastnili licencovaní psychologové (n = 167). Vedle potvrzení pozitivního vlivu míry sebepečce na **užívání funkčních copingových strategií** a zároveň snížení míry prožívaného stresu, autorka také uvádí, že psychologové s **déle trvajícím praxí** se věnují sebepečujícím aktivitám ve větší míře než psychologové s kratší praxí.

Myers et al. (2012). provedli rozsáhlý výzkum (n = 488) zkoumající vztah sebepečce (měřené pomocí vícero diagnostických nástrojů zkoumajících kvalitu spánku, míru fyzické aktivity, vyhledávání sociální opory či praktikování mindfulness) a **míru prožívaného stresu** u psychologů v předatestační přípravě. Autoři potvrdili pozitivní vliv všech sebepečujících aktivit na snížení míry prožívaného stresu a také

přinesli další zajímavé výsledky. Potvrdili např., že **manželský status** negativně koreloval s mírou prožívaného stresu.

Jako první přinesli diagnostický nástroj měřící míru sebeděče s uspokojivými psychometrickými vlastnostmi Miller, Lianekhammy, Pope, Lee a Grise-Owens (2017), kteří jej zkonstruovali pro zjišťování míry sebeděče u sociálních pracovníků. První studie exploračního charakteru (n = 138) zkoumala míru osobní sebeděče (Cronbachova  $\alpha = .81$ ) a profesní sebeděče (Cronbachova  $\alpha = .75$ ) pomocí škály *Self-Care Practices Scale*. Autoři zjistili, že vyšší míru profesní i osobní sebeděče vykazovali respondenti, kteří hodnotili svůj **celkový zdravotní stav** jako *vynikající*, oproti respondentům, kteří jej hodnotili jako *dobrý* či *ucházející*. Dalším prediktorem vyšší míry osobní i profesní sebeděče byla **finanční stabilita**.

Druhá, obsáhlejší studie (n = 1011) zkoumala rovněž sociální pracovníky, přičemž použitý nástroj byl stejný, avšak redukovaný na 18 položek. Tato studie jednak potvrdila výsledky předchozí studie (vliv subjektivního zdravotního stavu a finanční stability) a jedním z dalších poznatků bylo, že respondenti se věnují sebeděči pouze *občas*. Dalším zjištěním bylo potvrzení, že **manželský status** zvyšuje míru sebeděče, stejně jako **vyšší věk** a **nižší počet odpracovaných hodin** (Miller, Lianekhammy, & Grise-Owens, 2018).

Pro českou odbornou veřejnost je zajímavá replikace výše uvedené studie na Slovensku (Miller, Poklembová, Grise-Owens, & Bowman, 2018), která byla provedena rovněž na sociálních pracovnících (n = 200). Autoři zjistili, že míra profesní i osobní sebeděče souvisí se **subjektivním zdravotním stavem** a **počtem odpracovaných hodin**, čímž potvrdili některé z předchozích výsledků.

Ve stejném roce, kdy byla vyvinuta první škála na měření míry sebeděče u sociálních pracovníků, vznikla rovněž škála sebeděče pro psychology a další pracovníky v oblasti duševního zdraví (Dorociak, Rupert, Bryant, & Zahniser, 2017). *Professional Self-Care Scale* byla původně inspirovaná pojetím Lee a Millera (2015) ve smyslu zahrnutí složky osobní i profesní sebeděče, avšak výsledná analýza první, explorační studie (n = 422) prokázala přítomnost pouze profesního sebeděče rozdělené do 5 faktorů (*Professional Support, Professional Development, Life Balance, Cognitive Awareness a Daily Balance*, více viz kapitola 8.1.1). Mezi nejzajímavější výsledky patří potvrzení souvislosti míry sebeděče na všech faktorech s **mírou prožívaného stresu** a **životní spokojeností**. Následné follow-up studie se rovněž

účastnili licencovaní kliničtí psychologové (n = 403) a v jejím rámci byla potvrzena pětifaktorová struktura zmíněné škály.

V rámci druhého výzkumu (Dorociak, Rupert, & Zahniser, 2017), ve kterém však byla použita data z předchozích dvou studií, zkoumali autoři rozdíl v míře sebeděče, na základě délky praxe (rozdělení do kategorií praxe 0-7 let, 8-20 let a nad 20 let). Hlavním zjištěním bylo, že **sebeděči se věnovali méně psychologové s praxí do 8 let** než jejich zkušenější kolegové (na všech subškálách kromě *Professional Support*). Mezi vysvětlení těchto zjištění autoři řadí fakt, že psychologové s kratší praxí stráví průměrně **více hodin administrativní činnosti** a odpracují průměrně vyšší počet hodin než psychologové s delší praxí. Tento výsledek se však projevil pouze v první studii, v rámci druhé studie již výsledky nebyly konzistentní, a naopak autoři získali opačný výsledek na **subškále *Daily Balance***, které **se více věnovali psychologové s praxí do 8 let** než zbylé dvě skupiny.

Autoři využili *Professional Self-Care Scale* rovněž pro zkoumání míry sebeděče u psychologů v klinické predatestační přípravě (n = 358). V souladu s předchozími zjištěními potvrdili pozitivní vliv sebeděče na nižší míru prožívaného stresu a **vyšší míry osobní pohody** (Zahniser, Rupert, & Dorociak, 2017).

Na závěr uvádíme ještě výzkumné zjištění Höniga (2018), který zkoumal rozdíl mezi hodnocením důležitosti určitých zvládacích strategií a jejich reálným užíváním u psychoterapeutů a poradců. Pro naši práci za nejzajímavější výsledek považujeme zjištěnou diskrepanci u strategie *všímavost k vlastním potřebám a sebepečující chování*, která byla respondenty výzkumu hodnocena jako druhá nejdůležitější, avšak reálné užívání bylo podstatně nižší. Na základě tohoto zjištění považujeme za důležité se sebeděči v rámci výzkumu věnovat hlouběji pro pochopení jejího vlivu na osobu klinického psychologa.





## **Empirická část**



## 7 Výzkumný problém

V rámci teoretické části práce jsme se zabývali konceptem sebepěče, a to především u psychologů a jiných pomáhajících profesí. Byť se jedná o vysoce diskutované a zkoumané téma v zahraničí, především v americkém prostředí, v České republice se mu doposud nikdo nevěnoval. Zkoumat úroveň duševního zdraví a sebepěče u psychologů je věru podstatné ze dvou důvodů. Jednak je výkon této profese spjat s mnoha nároky na psychickou kapacitu jedince, a jednak při nedostatečné sebekontrolě může dojít k poškození klienta (viz kapitola 5).

Pro připomenutí, význam sebepěče u psychologů potvrzuje několik nedávných výzkumů (Catlin-Rakoski, 2012; Dettle, 2014; Dorociak et al., 2017a; Dorociak et al., 2017b). Všechny zmíněné výzkumy se zabývají převážně ověřováním souvislosti sebepěče a duševního zdraví, životní spokojenosti, míry stresu či syndromu vyhoření.

### 7.1 Cíle práce

- Jelikož touto prací přinášíme do českého odborného prostředí zcela nový koncept, je naším hlavním výzkumným cílem **zmapovat, které aspekty sebepěče souvisí s vybranými proměnnými a zmapovat míru této souvislosti.**

Mezi dílčí výzkumné cíle řadíme:

- Prozkoumat souvislost mezi profesní a fyzickou sebepěčí respondentů a mírou jejich duševního zdraví.
- Přeložit do českého jazyka škálu Professional Self-Care Scale.

### 7.2 Výzkumné hypotézy

V souladu s výše uvedenými výzkumnými cíli a taktéž teoretickým zakotvením práce jsme pro náš výzkum stanovili následující hypotézy týkající se souvislosti sebepěče s vybranými proměnnými.

#### **Hypotézy:**

**H1a:** *Respondenti s vyšší mírou profesní sebepěče vykazují vyšší míru duševního zdraví.*

**H1b:** *Respondenti s vyšší mírou fyzické sebepěče vykazují vyšší míru duševního zdraví*

**H2a:** *Existuje negativní vztah mezi počtem odpracovaných hodin týdně a mírou profesní sebepěče.*

**H2b:** *Existuje negativní vztah mezi počtem odpracovaných hodin týdně a mírou fyzické sebepěče.*

**H3a:** *Existuje negativní vztah mezi počtem hodin věnovaným administrativní činnosti a mírou profesní sebepěče.*

**H3b:** *Existuje negativní vztah mezi počtem hodin věnovaným administrativní činnosti a mírou fyzické sebepěče.*

**H4a:** *Existuje souvislost mezi délkou praxe a mírou profesní sebepěče.*

**H4b:** *Existuje souvislost mezi délkou praxe a mírou fyzické sebepěče.*

**H5a:** *Existuje pozitivní vztah mezi statutem vdané/ženatého a mírou profesní sebepěče.*

**H5b:** *Existuje pozitivní vztah mezi statutem vdané/ženatého a mírou fyzické sebepěče.*

**H6a:** *Existuje pozitivní vztah mezi výší příjmu a mírou profesní sebepěče.*

**H6b:** *Existuje pozitivní vztah mezi výší příjmu a mírou fyzické sebepěče.*

## 8 Metodika výzkumu

Pro účely našeho výzkumu jsme zvolili kvantitativní design, konkrétně kvantitativní dotazníkové šetření. Použité metody včetně pilotního testování, etických aspektů výzkumu a specifikace výběrového souboru prezentujeme v následujících kapitolách.

Jako způsob sběru dat jsme zvolili online dotazování za využití platformy Click4Survey. Důvodem výběru této metody bylo snazší získání respondentů pro náš výzkum. Sběr dat proběhl začátkem roku 2019 a vyexportovaná data byla zpracována v programech Microsoft Excel 16.22 a SPSS 23 (2015).

### 8.1 Použité metody

Dotazníková baterie našeho výzkumu se skládala ze tří výzkumných nástrojů a série demografických otázek. V našem výzkumu jsme využili výzkumné nástroje, které v českém prostředí nebyly dosud standardizované. V době konání výzkumu totiž neexistoval standardizovaný nástroj, který by odpovídal našim požadavkům a byl slučitelný s teoretickými východisky práce.

V následujících podkapitolách představíme jednotlivé nástroje včetně jejich psychometrických charakteristik. Příloha č. 2 obsahuje k náhledu části z dotazníkové baterie. Její celková podoba je v případě zájmu možná k náhledu u autorky práce.

#### 8.1.1 Professional Self-Care Scale (PSCS)

PSCS je sebeposuzovací škála určená k posouzení profesní složky sebepěče u psychologů a dalších odborníků pracujících v oblasti duševního zdraví (tzv. *mental health professionals*). Jedná se o doposud jedinou škálu měřící úroveň sebepěče u psychologů. Škálu vytvořili Dorociak et al. (2017a), kteří vycházeli z rámcového pojetí sebepěče podle Lee a Millera (2013). Ti vytvořili na základě rešerše odborné literatury rámec sebepěče složený ze dvou hlavních oblastí – osobní sebepěče a profesní sebepěče.

Při vývoji autoři dotazníku PSCS sestavili na základě empirické literatury, relevantních teorií sebepěče a konzultací s odborníky 80položkovou škálu obsahující položky týkající se jak osobní, tak profesní sebepěče. Následně byla provedena evaluace třemi odborníky z oblasti sebepěče, která zkrátila škálu na 52 relevantních položek. Takto upravenou škálu vyplnilo 422 klinických psychologů a po provedení faktorové analýzy vznikla výsledná **21položková** škála profesní sebepěče rozložená do pěti faktorů. Vzhledem k faktu, že původně zahrnutá dimenze osobní sebepěče

nedostatečně sytila celkovou škálu, obsahuje vzniklý nástroj pouze dimenzi profesní sebezpečí. Vnitřní konzistence jednotlivých faktorů měřených Cronbachovým koeficientem  $\alpha$  je následující: Professional Support (.83), Professional Development (.80), Life Balance (.81), Cognitive Awareness (.72), Daily Balance (.70).

Faktor **Professional Support**/Profesní opora (5 položek) zdůrazňuje důležitost podpůrných vztahů na pracovišti a obsahuje strategie zaměřené na vyhýbání se samotě, pěstování vztahů s kolegy a sdílení pracovních zkušeností. Příklad položky: *Stres související s prací sdílím s kolegy, k nimž mám důvěru.*

Faktor **Professional Development**/Profesní rozvoj (5 položek) poukazuje na významnost angažování se v aktivitách zaměřených na profesní rozvoj a účasti na společenských akcích v rámci odborné komunity jedince. Příklad položky: *Účastním se společenských a profesních akcí v rámci profesní komunity.*

Faktor **Life Balance**/Životní rovnováha (4 položky) vyzdvihuje důležitost života mimo pracovní prostředí. Tento faktor se zaměřuje na strategie vyhledávání sociální opory mimo práci. Příklad položky: *Trávím čas s lidmi, v jejichž společnosti se cítím dobře.*

Faktor **Cognitive Awareness**/Kognitivní uvědomělost (4 položky) se zabývá psychickou sebezpečí a obsahuje schopnost uvědomování si vlastních pocitů a potřeb, aktivní přístup ke zvládnutí pracovních nároků a schopnost uvědomování si vlastních reakcí vůči klientům. Příklad položky: *Dohlížím na to, abych si byl/byla vědom/vědoma svých pocitů a reakcí vůči klientům/pacientům.*

Faktor **Daily Balance**/Denní rovnováha (3 položky) zahrnuje strategie zaměřené na zvládnutí každodenních nároků především pomocí relaxace a pracovních přestávek. Příklad položky: *Během pracovního dne si dávám přestávky.*

Pro hodnocení položek autoři použili sedmibodovou škálu Likertova typu s póly 1 – *never*/nikdy a 7 – *always*/vždy, přičemž body uprostřed pólů nejsou definovány.

Jelikož doposud neexistuje český překlad PSCS, usnesli jsme se k vytvoření překladu vlastního, který probíhal formou zpětného překladu. Do procesu překladu se rovněž zapojila bilingvní osoba hovořící anglicky a česky na úrovni rodilého mluvčího. Výsledná podoba překladu viz Příloha č. 3. O možnosti překladu a získání skórovacího systému jsme autory žádali jak přes e-mailový, tak telefonický kontakt, ale bohužel se nám nepodařilo jej získat.

Lze si povšimnout, že ve výsledné škále není obsažen faktor fyzické sebeděče, o jehož důležitosti jsme hovořili již v teoretické části. Podle autorů škály (Dorociak, et al., 2017) byly položky reprezentující fyzickou sebeděči do první podoby škály zahrnuty, nicméně v rámci faktorové analýzy nezformovaly samostatný faktor, a proto byly vyřazeny. Jelikož jsme přesvědčeni, že fyzická sebeděče má přinejmenším stejně důležitou váhu jako jiné oblasti sebeděče (např. Butler et al., 2019), rozhodli jsme se zkonstruovat vlastní škálu fyzické sebeděče.

### 8.1.2 Škála fyzické sebeděče

Námi zkonstruovaná škála fyzické sebeděče je krátkou škálou čítající 5 položek. Krátkost škály jsme zvolili vzhledem k celkovému objemu dotazníkové baterie. Při tvorbě škály jsme vycházeli z pojetí fyzické sebeděče podle WHO (2013), Lee a Millera (2013), Butler et al. (2019) a inspirovali jsme se rovněž sebezposuzovací škálou vytvořenou pro širokou veřejnost *Self-Care Questionnaire* (IFM, 2016). Opřeli jsme se tedy především o tři složky sebeděče – zdravou stravu, dostatečný spánek a fyzické cvičení. Pro hodnocení položek jsme zvolili pětibodovou škálu Likertova typu s hodnocením četnosti (1 = *téměř vůbec*, 2 = *párkrát do měsíce*, 3 = *párkrát do týdne*, 4 = *téměř každý den* a 5 = *každý den*).

### 8.1.3 Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)

Škálu měřící míru duševního zdraví MHC-SF vyvinul Keyes (2009) jakožto kratší verzi své *Mental Health Continuum Long Form*, která obsahuje 40 položek. Kratší 14položková verze je podle autora dostatečně reprezentující pro všechny složky osobní pohody (tzv. *well-being*), kterými v Keyesově pojetí jsou *Emocionální pohoda*, *Sociální pohoda*, *Psychická pohoda*. Všechny tři faktory vykazují vnitřní konzistenci měřenou koeficientem Cronbachovy alfy vyšší jak 0.80 (Keyes, 2005).

Složka *Emocionální pohody* (3 položky) mapuje přítomnost pocitů štěstí, zájmu o život a životní spokojenosti. Složka *Sociální pohody* (5 položek) představuje 5 dimenzí sociální pohody, kterými podle Keyese (2002) jsou sociální akceptace, sociální aktualizace, sociální přínos, sociální soudržnost a sociální integrace. Složka *Psychické pohody* (6 položek) obsahuje položky vycházející z teorie Ryff a Keyese (1995), kterými jsou sebeděření, osobní rozvoj, smysluplnost, zvládnání prostředí, autonomie, dobré vztahy a mezilidské vztahy.

Položky jsou hodnoceny na šestibodové škále Likertova typu, přičemž u každé položky má respondent hodnotit frekvenci, s jakou během uplynulého měsíce u sebe zaznamenal jednotlivé pocity (1 = *ani jednou*, 2 = *jednou či dvakrát*, 3 = *asi jednou týdně*, 4 = *asi 2x-3x týdně*, 5 = *téměř každý den* a 6 = *každý den*). Příklad položky: „*Jak často jste za poslední měsíc cítil/a, že jste šťastný/á*“.

Výsledný skór hodnotí respondentovo duševní zdraví v rámci tří diagnostických kategorií. Pomyslnou výšinu duševního zdraví reprezentuje kategorie *flourishing mental health* (optimální prospívání), což je stav pozitivního duševního zdraví, v němž je člověk převážně pozitivně naladěný jak v osobní, tak sociální sféře života. Následuje kategorie *moderate mental health* (průměrné duševní zdraví), která je definována jako stav ucházejícího duševního zdraví bez známek vážnějšího onemocnění. Poslední kategorií je *langusihing mental health* (chřadnoucí duševní zdraví), jež je stavem převážně negativního emocionálního naladění s rizikem přítomnosti duševního onemocnění (Keyes, 2005).

Český překlad MHC-SF provedla doc. Alena Slezáčková (dosud nepublikováno). Rozhodli jsme se tedy s jejím svolením tohoto překladu využít i pro potřeby našeho výzkumu.

#### 8.1.4 Soubor socio-demografických otázek

Na základě rešerše předchozích výzkumů v oblasti sebepéče u psychologů a sociálních pracovníků jsme do výsledné dotazníkové baterie zařadili rovněž několik demografických otázek, jež nám posloužily jako další proměnné ve výzkumu.

Příklad proměnných: pohlaví, věk, rodinný stav, délka praxe (0-7 let, 8-20 let, nad 20 let), typ praxe (veřejný sektor, soukromá praxe, obojí), počet odpracovaných hodin týdně a rozložení pracovních hodin mezi jednotlivé náplně práce (administrativa, psychoterapie, psychodiagnostika, krizová intervence) a výše příjmu.

## 8.2 Předvýzkum

Před zahájením hlavního sběru dat jsme provedli předvýzkum s cílem ověřit srozumitelnost položek a vzhledem k poměrně dlouhému dotazníku také jeho atraktivnost. Do předvýzkumu, který byl realizován prostřednictvím online webové platformy Click4Survey, se zapojili 4 respondenti, kteří měli možnost okomentovat každý oddíl dotazníku (každou škálu) a také celkovou podobu dotazníku.



Na základě zpětné vazby jsme se věnovali především stylistické úpravě otázek (např. otevřená otázka na výši příjmu byla převedena na otázku s výběrem z možností rozptylu včetně možnosti *Nechci odpovédět* či u otázky na počet hodin strávený administrativní činností jsme doplnili do závorky „*včetně chodu praxe*“).

### **8.3 Etické aspekty výzkumu**

Respondenti byli v rámci instrukcí k vyplnění dotazníku informováni o podstatě výzkumu a o tom, že jimi poskytnutá data a informace budou použita pouze pro účely výzkumu na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Respondenti byli zároveň srozuměni s anonymitou a dobrovolností jejich účasti na výzkumu. Souhlas se zpracováním údajů byl u respondentů získán zaškrtnutím odpovědi „*Ano*“ na otázku „*Souhlasíte se zpracováním Vašich údajů pro účely magisterské diplomové práce?*“.

V případě, že účastník výzkumu měl zájem o výsledky dotazníkového šetření, byla mu nabídnuta možnost zadání e-mailové adresy, tato však nebyla nikterak spárována se zbylými daty daného respondenta a byla vedena v samostatné tabulce.

## 9 Specifikace populace a výběrového souboru

Kritériem účasti ve výzkumu byla podmínka úspěšně složené atestace v oboru klinické psychologie a zároveň aktuální výkon profese klinického psychologa. Záměrně jsme vybrali do našeho výzkumu pouze klinické psychology, jelikož se jedná z našeho pohledu o nejhomonější skupinu napříč profesním spektrem všech psychologů.

Podle J. Trávy z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR „*byl v roce 2017 přepočtený počet (úvazky) klinických psychologů 968,83 - zahrnutí všichni poskytovatelé zdravotních služeb (zaměstnanci a zaměstnavatelé)*,“ (e-mailová korespondence 31. ledna 2019). Z tohoto údaje vyplývá, že nebylo možno získat přesné množství osob, které reprezentují zvolenou populaci klinických psychologů, nicméně nám alespoň poskytlo přibližnou představu o její velikosti.

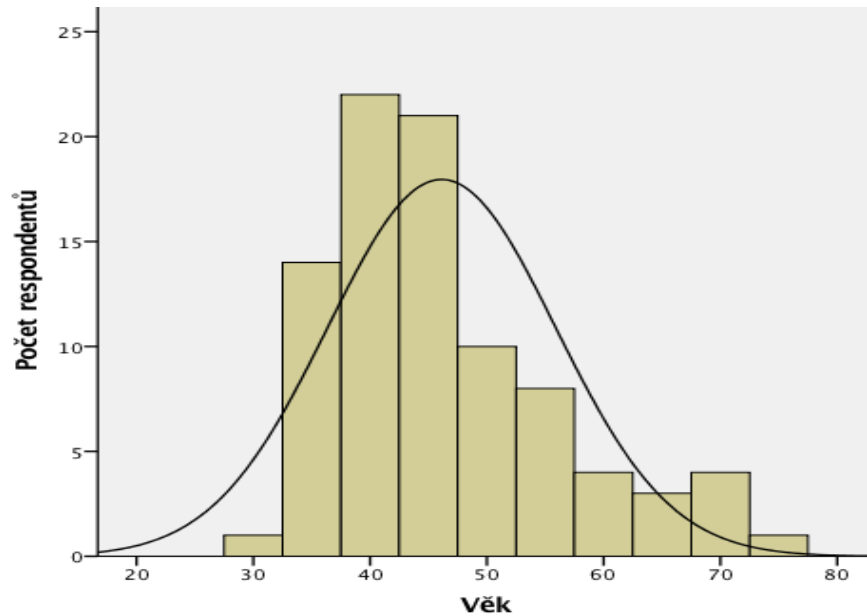
Pro zjištění optimální velikosti výběrového souboru jsme využili statistického nástroje power-analýzy (G\*Power). Při zadání obvyklých hodnot požadovaných koeficientů ( $\alpha = 0,05$ ;  $\beta = 0,85$ ), a nastavení síly korelace  $\rho = 0,3$  na základě výzkumu Dorociak et al. (2017), jsme získali výsledné **číslo optimálního vzorku  $n = 93$** .

Respondenti byli do výzkumu vybírání pomocí nepravděpodobnostního výběru metodou prostého záměrného výběru a metodou sněhové koule. Výběr byl uskutečněn především prostřednictvím e-mailové korespondence za využití hlavičkového papíru Katedry psychologie Univerzity Palackého v Olomouci, jenž obsahoval anotaci k výzkumu s webovým odkazem na dotazník. Šablona e-mailu ke shlédnutí viz Příloha č. 4. Prostřednictvím e-mailu bylo osloveno 280 klinických psychologů či pracovišť, kde kliničtí psychologové pracují.

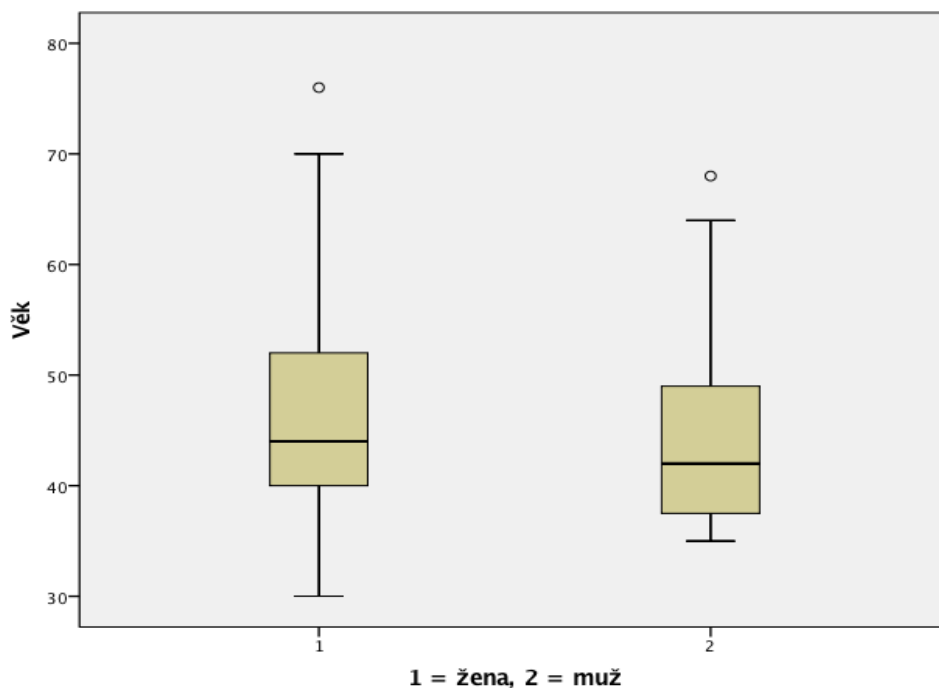
Výzkumná data byla získána od 91 respondentů. Dva respondenti byli z analýzy vyřazeni pro příliš nízký věk (26 let), který se neslučoval s podmínkou ukončení atestační zkoušky. Výběrový soubor v konečném výsledku čítá **89 respondentů**, z toho 19 mužů (21,3 %) a 70 žen (78,7 %). Věkové rozmezí souboru sahá od 30 do 76 let ( $M = 46,13$ ;  $SD = 9,77$ ), přičemž soubor mužů je přibližně o rok mladší ( $M = 45,2$ ;  $SD = 10,08$ ) než soubor žen ( $M = 46,39$ ;  $SD = 9,75$ ). Pro analýzu věkového rozložení byla vyloučena jedna respondentka, která uvedla jako věk 5 let, což považujeme za extrémní hodnotu neodpovídající předpokládanému intervalu.

Věkové rozložení je znázorněno v Grafu č. 1. Lze si všimnout, že věk je oproti normálnímu rozložení lehce zešikmen doprava, což vyjadřuje lehce vyšší zastoupení mladších respondentů, než je průměr. Z Grafu č. 2, který prezentuje věkové rozdělení mužů a žen, je patrné že soubor žen vykazuje vyšší věkovou variabilitu než soubor mužů.

**Graf č. 1: Věkové rozložení respondentů ve výběrovém souboru (n = 88)**



**Graf č. 2: Rozdílné zastoupení věkových kategorií u žen a mužů (n = 88)**



## 10 Výsledky

Normalita jednotlivých proměnných byla hodnocena vizuálním posouzením histogramů, Q-Q plotů, a posouzením koeficientů šikmosti a špičatosti. Tímto způsobem bylo odhaleno několik proměnných s nesymetrickým rozložením a následně pro jejich analýzu využito robustnějších ukazatelů. V následujících podkapitolách na takové proměnné vždy upozorňujeme.

### 10.1 Deskriptivní statistiky

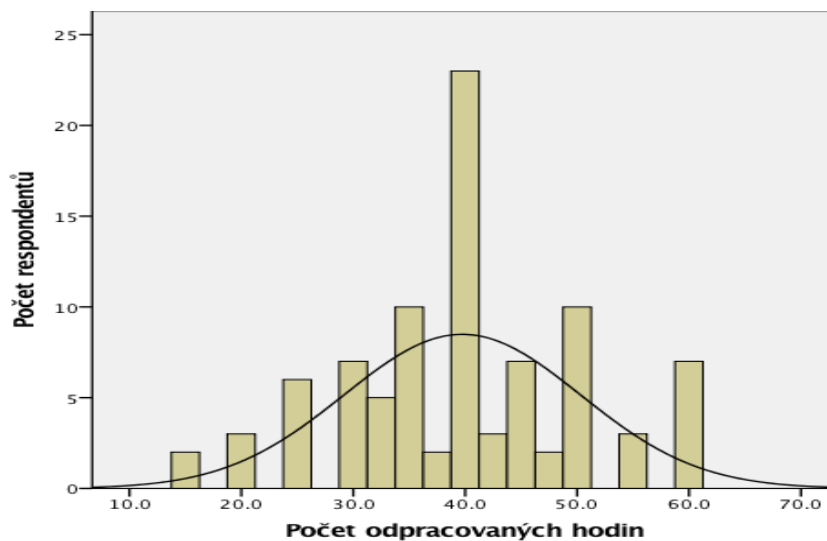
Mezi strategie analýzy patřila na prvním místě vizuální analýza dat, na jejímž základě byly vyloučeny metodou *pairwise deletion* některá data nabývající extrémních hodnot mimo předpokládaný interval (např. jeden respondent uvedl, že odpracuje 75 hodin terapie týdně, nebo jedna respondentka uvedla jako výši úvazku hodnotu 35).

U pěti proměnných byla zjištěna nesymetrická distribuce (výše úvazku a jednotlivé druhy pracovní náplně), a proto jsme v jejich analýze využili robustního ukazatele mediánu.

#### Počet odpracovaných hodin

Počet odpracovaných hodin respondentů se pohybuje od 15 do 61 hodin týdně ( $M = 39,62$ ;  $SD = 10,58$ ). Tento fakt souvisí také s výší úvazku, která se pohybuje od 0,2 po 1,2 úvazku ( $M = 0,94$ ;  $SD = 0,21$ ;  $\bar{x} = 1$ ). Soubor mužů přitom pracuje v průměru o 2 hodiny více ( $M = 41,05$ ;  $SD = 12,34$ ) než soubor žen ( $M = 39,24$ ;  $SD = 10,11$ ).

Graf č. 3: Rozložení počtu odpracovaných hodin respondentů (n = 89)

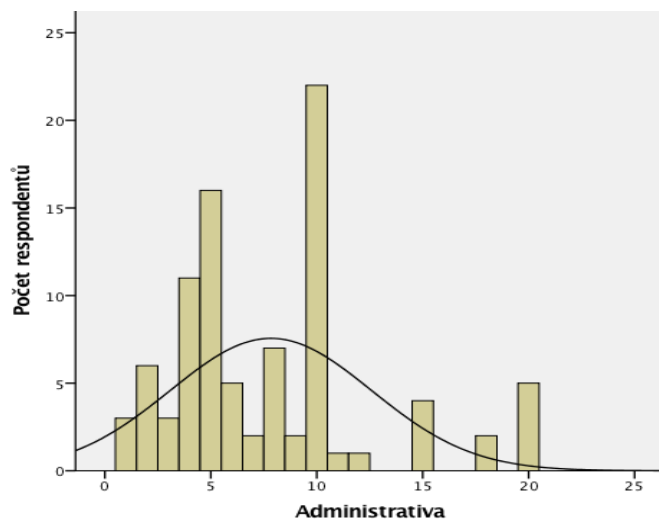


Zajímavou diskrepanci vytvořilo sečtení hodin věnovaných jednotlivým druhům pracovní náplně a jeho porovnání s počtem odpracovaných hodin udaným respondenty. Tato diskrepance se týkala 23 % respondentů a v některých případech dosahovala rozdílu až 15 hodin. Za jedno z vysvětlení považujeme, že někteří respondenti nezapočítávají do počtu odpracovaných hodin veškerou činnost (např. veškerou administrativu), či naopak mají další náplň práce, kterou jsme v otázce nepojmenovali.

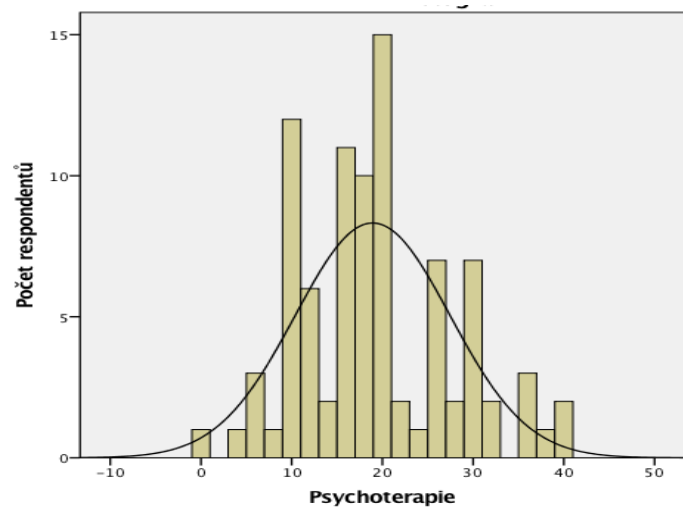
### Rozložení času mezi Administrativu a Psychoterapii

Administrativní činnosti se respondenti věnují v rozmezí od 1 do 20 hodin týdně. V průměru jí tráví respondenti 7,81 hodin ( $SD = 4,77$ ), medián činí 7 hodin. Psychoterapii se věnují respondenti v rozmezí od 0 do 40 hodin týdně. V průměru jí tráví 19,54 hodin ( $SD = 10,4$ ), medián činí 18 hodin.

**Graf č. 4: Počet hodin strávených týdně administrativou (n = 89)**



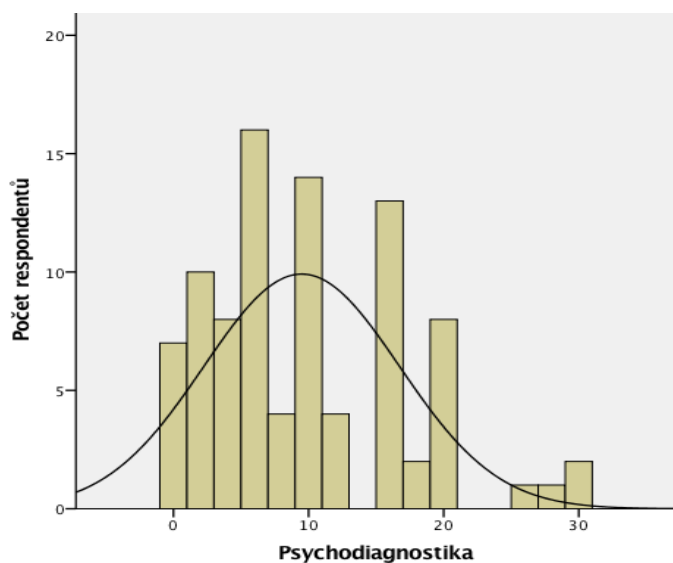
**Graf č. 5: Počet hodin strávených týdně psychoterapií (n = 89)**



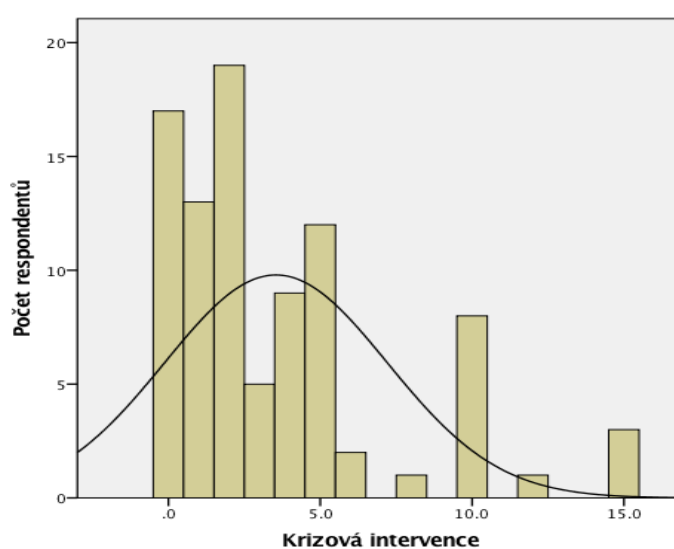
## Rozložení času mezi Psychodiagnostiku a Krizovou intervencí

Psychodiagnostice se respondenti věnují mezi 0 až 30 hodinami týdně. Průměr činí 9,37 hodin ( $SD = 7,2$ ), medián činí 8 hodin. Krizová intervence patří u respondentů mezi pracovní náplň s nejnižším počtem odpracovaných hodin, její hodnoty nabývají od 0 do 15 hodin. Průměrný počet hodin činí 3,58 hodin ( $SD = 3,67$ ) s mediánem o hodnotě 2 hodiny.

**Graf č. 6: Počet hodin strávených týdně psychodiagnostikou (n = 89)**



**Graf č. 7: Počet hodin strávených týdně krizovou intervencí (n = 89)**



## Délka a typ praxe

Následující tabulka ukazuje rozložení respondentů podle doby, po kterou pracují jako kliničtí psychologové a v jaké oblasti pracují.

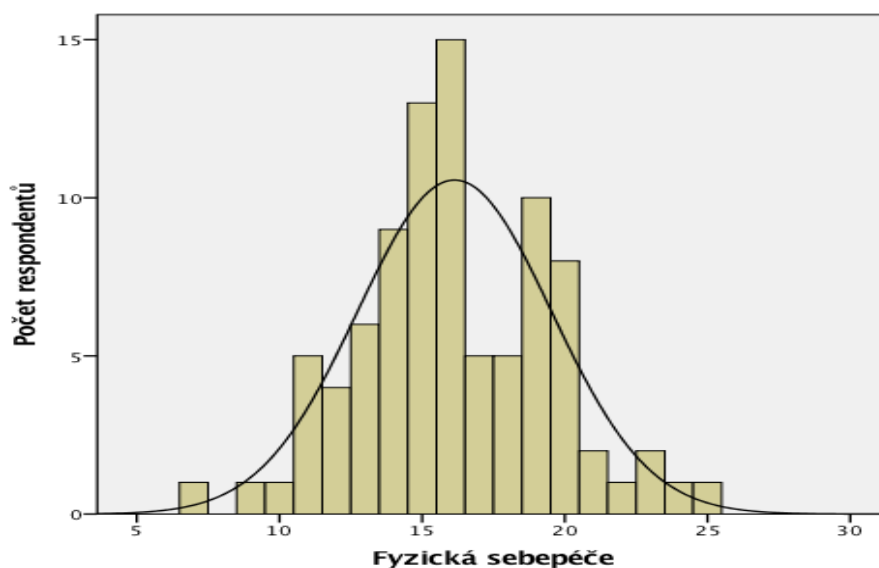
**Tabulka 2: Rozložení respondentů podle délky a typu praxe (n = 89)**

Délka praxe	Počet respondentů	% zastoupení
0-7 let	23	25,8 %
8-20 let	43	48,4 %
nad 20 let	23	25,8 %
<b>Typ praxe</b>		
veřejný sektor	23	25,8 %
soukromá praxe	38	42,7 %
veřejný sektor i soukromá praxe	28	31,5 %

## 10.2 Sebepéče respondentů

V rámci našeho výzkumu jsme posuzovali fyzickou a profesní sebepéči respondentů. Na **Škále fyzické sebepéče** byl průměrný skóre  $M = 16,18$  bodů ( $SD = 3,39$ ) z celkových možných 25 bodů. Nejvyššího průměrného bodového hodnocení dosahovali respondenti v rámci položky *Vypijete alespoň 2 litry tekutin denně?* ( $M = 3,68$ ;  $SD = 1,22$ ; max. počet bodů = 5) a v těsném závěsu u položky *Spíte alespoň 7 hodin denně?* ( $M = 3,62$ ;  $SD = 1,03$ ). Nejnižší průměrné hodnocení se naopak projevilo u položky *Trávíte čas v přírodě?* ( $M = 2,63$ ;  $SD = 0,99$ ).

Graf č. 8: Rozložení výsledků na Škále fyzické sebepéče (n = 89)



Pro Škálu fyzické sebepéče jsme ověřovali míru reliability ve smyslu vnitřní konzistence škály. Pro její posouzení byl využit Cronbachův koeficient alfa, jehož hodnota dosáhla  $\alpha = .63$ .

Vzhledem k faktu, že Škála fyzické sebepéče je škálou vlastní konstrukce, neexistuje žádná tabulka pro porovnání míry fyzické sebepéče u respondentů. Na následujících stránkách však prozkoumáme souvislost Škály fyzické sebepéče se škálou Professional Self-Care Scale, a pokusíme se nastínit vztah těchto dvou škál.

V rámci **Professional Self-Care Scale (PSCS)** bylo hodnoceno pět subškál. Při analýze normálního rozložení proměnných jsme objevili hodnotu špičatosti u subškály *Professional Support* ( $\kappa = 3,1$ ), která značí nenormální rozložení proměnné. Vizualním posouzením jednotlivých skóre pomocí histogramu, krabicového grafu a Q-Q plotu jsme dále odhalili tři extrémní hodnoty nacházející se více než tři směrodatné odchyly

od průměru (dvě na subškále *Professional Support* a jednu na subškále *Life Balance*). Vzhledem k faktu, že v psychologickém výzkumu neexistuje jednoznačný postup, jak nakládat s extrémními hodnotami, rozhodli jsme se pro aktuální výzkum extrémní hodnoty nevyřadit, a to především z důvodu předejití ztráty hodnotných dat (Field, 2016). Každá ze zmíněných extrémních hodnot se totiž nacházela pouze na jedné z pěti subškál, přičemž daný respondent skóroval na zbylých subškálách v normě. Dalším důvodem ponechání extrémních hodnot byl poměrně nízký rozsah výběrového souboru. Na základě tohoto rozhodnutí jsme proto zvolili jako metody analýzy těchto proměnných neparametrické statistické testy, které nejsou tolik citlivé na extrémní hodnoty, a jsou tudíž robustnějšími ukazateli než metody parametrické (Scibilia, 2015).

Následující tabulka prezentuje popisné charakteristiky jednotlivých subškál PSCS. Subškálou s nejvyšším průměrným skórem (měřeno procentuálně vzhledem k rozlišným maximálním hodnotám dosažitelného počtu bodů) byla *Cognitive Awareness*, a naopak subškálou s nejnižším průměrným skórem byla *Daily Balance*. Tyto výsledky značí, že se respondenti více věnují sebepěči ve smyslu uvědomování si vlastních potřeb, pocitů a jednání než sebepěči ve smyslu pravidelného odpočinku během pracovního dne.

**Tabulka 3: Popisné charakteristiky subškál PSCS (n = 89)**

Subškála PSCS	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\bar{x}$	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>MAX</i>
PSCS	114,81	13,22	116	65	136	147
Professional Support	26,27	5,31	27	7	35	35
Professional Development	26,23	5,14	27	14	35	35
Life Balance	23,72	3,1	24	12	28	28
Cognitive Awareness	24,5	2,82	25	16	28	28
Daily Balance	14,1	4,1	15	5	21	21

pozn.: *MAX* = počet bodů, jichž bylo možno v rámci dané škály/subškály dosáhnout

Míru reliability ve smyslu vnitřní konzistence celkové škály i jednotlivých subškál jsme rovněž ověřovali Cronbachovým koeficientem alfa. Ten činil pro celkovou škálu PSCS .78. Pro subškály pak činil: *Professional Support* .68, *Professional Development* .69, *Life Balance* .57, *Cognitive Awareness* .56 a *Daily Balance* .58.



### 10.2.1 Souvislost Škály fyzické sebedpěče s PSCS

V návaznosti na doporučení Dorociak et al. (2017) jsme doplnili škálu PSCS vlastní Škálou fyzické sebedpěče, přičemž nás zajímalo, jak spolu tyto dvě škály souvisí. Pro analýzu jsme použili Spearmanův korelační koeficient, který jsme zvolili jakožto robustnější ukazatel vzhledem k nenormálnímu rozložení proměnných. Tabulka 4 znázorňuje vztah mezi Škálou fyzické sebedpěče, škálou PSCS a jejími subškálami za použití Spearmanova korelačního koeficientu.

**Tabulka 4: Korelace Škály fyzické sebedpěče a subškál PSCS (n = 89)**

Subškály PSCS	Fyzická sebedpěče
PSCS celkový skór	0,19
Professional Support	0,01
Professional Development	0,04
Life Balance	0,11
Cognitive Awareness	0,1
Daily Balance	0,31**

Pozn.: \*\* - hladina statistické významnosti  $p < 0,01$ .

Jak si lze všimnout, jediný signifikantní vztah vykazuje se Škálou fyzické sebedpěče subškála *Daily Balance*, a to středně silný pozitivní vztah. Tento vztah lze vysvětlit faktem, že subškála *Daily Balance* je charakterizována pravidelným odpočinkem a věnováním se relaxaci, což jsou v zásadě charakteristiky, které sdílí i Škála fyzické sebedpěče.

### 10.3 Duševní zdraví respondentů

Duševní zdraví respondentů jsme posuzovali pomocí metody **Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)**, která je složena ze tří subškál. Následující tabulka prezentuje průměrné skóry a další charakteristiky těchto subškál. Nejvyššího průměrného skóru (opět měřeno procentuálně) dosáhla subškála *Emocionální pohoda*, nejnižší pak skórovali respondenti na subškále *Sociální pohoda*.

**Tabulka 5: Popisné charakteristiky MHC-SF (n = 89)**

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>MAX</i>
Emocionální pohoda	14,33	2,3	6	18	18
Sociální pohoda	18,1	5,1	6	29	30
Psychická pohoda	26,82	4,96	11	36	36

pozn.: MAX = počet bodů, jichž bylo možno v rámci dané subškály dosáhnout

Podle Keyese (2009) lze respondenty rozřadit ve smyslu míry duševního zdraví do tří kategorií. Kategorie *Optimální prospívání* dosáhnou ti respondenti, kteří odpoví „každý den“ nebo „téměř každý den“ alespoň na dvě položky v rámci subškály *Emocionální pohody* a zároveň odpoví „každý den“ nebo „téměř každý den“ alespoň na šest položek uvnitř subškál *Sociální pohoda* a *Psychická pohoda*. Pro kategorii *Chřadnoucí duševní zdraví* platí podobná pravidla, ale ve smyslu odpovědí „ani jednou“ nebo „jednou či dvakrát“. Do kategorie *Průměrné duševní zdraví* pak spadají zbývající respondenti. Tabulka 6 prezentuje zastoupení respondentů v těchto kategoriích. Jak si lze všimnout, do poslední kategorie nespadá žádný respondent, lze tedy tvrdit, že náš výběrový soubor tvoří respondenti s průměrnou až optimální mírou duševního zdraví.

**Tabulka 6: Rozdělení respondentů do kategorií duševního zdraví (n = 89)**

	Počet respondentů	% zastoupení
Optimální prospívání	44	49,4 %
Průměrné duševní zdraví	45	50,6 %
Chřadnoucí duševní zdraví	0	0 %

## 10.4 Souvislost sebepěče a duševního zdraví

Pro zjištění souvislosti mezi sebepěčí respondentů a úrovní jejich duševního zdraví jsme zvolili jednak statistický test Pearsonův korelační koeficient (pro korelaci Škály fyzické sebepěče a MHC-SF), a jednak statistický test Spearmanův korelační koeficient (pro korelaci PSCS a MHC-SF), který byl použit z důvodu nenormálního rozložení subškál PSCS.

### Souvislost fyzické sebepěče a duševního zdraví

Následující tabulka znázorňuje vztah mezi Škálou fyzické sebepěče, škálou MHC-SF a jejími subškálami za použití testu Pearsonova korelačního koeficientu.

**Tabulka 7: Korelace Škály fyzické sebepěče a subškál MHC-SF**

	Fyzická sebepěče
MHC-SF celkový skór	0,29**
Emocionální pohoda	0,36**
Sociální pohoda	0,24*
Psychická pohoda	0,19

Pozn.: \* - hladina statistické významnosti  $p < 0,05$ ;

\*\* - hladina statistické významnosti  $p < 0,01$ ;  $n = 89$ .

Z tabulky je patrné, že signifikantní výsledek středně silného pozitivního vztahu vykazují vzhledem ke Škále fyzické sebepěče škály *Emocionální pohoda* a *Sociální pohoda*. Nesignifikantní výsledek lze naopak pozorovat ve vztahu subškály *Psychická pohoda* ke Škále fyzické sebepěče, kde je však přesto patrná pozitivní tendence (hodnota signifikace  $p = 0,08$ ).

### Souvislost profesní sebepěče a duševního zdraví

Následující tabulka prezentuje vztah mezi škálou PSCS a škálou MHC-SF za použití neparametrického testu Spearmanova korelačního koeficientu.

**Tabulka 8: Korelace PSCS a MHC-SF (n = 89)**

	PSCS celkový skór
MHC-SF celkový skór	0,39**

Pozn.: \*\* - hladina statistické významnosti  $p < 0,01$ .

Z tabulky je zřejmý středně silný pozitivní vztah mezi Professional Self-Care Scale a Mental Health Continuum – Short Form, který nasvědčuje souvislosti mezi profesní sebepěčí a mírou duševního zdraví respondentů. Pro bližší porozumění této souvislosti jsou v tabulce 9 znázorněny korelace mezi jednotlivými subškálami obou dvou nástrojů za použití testu Spearmanova korelačního koeficientu.

**Tabulka 9: Korelace subškál PSCS a MHC-SF (n = 89)**

	Professional Support	Professional Development	Life Balance	Cognitive Awareness	Daily Balance
Emocionální pohoda	0,13	0,24*	0,35**	0,2	0,23*
Sociální pohoda	0,14	0,16	0,29**	-0,03	0,18
Psychická pohoda	0,24*	0,26*	0,39**	0,05	0,17

Pozn.: \* - hladina statistické významnosti  $p < 0,05$ ; \*\* - hladina statistické významnosti  $p < 0,01$ .

Z tabulky lze pozorovat, že nejsilnější pozitivní vztah vykazuje subškála *Life Balance* směrem ke všem subškálám MHC-SF. Naopak subškála *Cognitive Awareness* nevykazuje žádný signifikantní výsledek, a na základě výsledků je možné pozorovat, že k subškálám *Sociální pohoda* a *Psychická pohoda* nevykazuje žádný vztah. Nejnižší korelace z hlediska subškál MHC-SF je patrná u *Sociální pohody*, která nabývá signifikantního vztahu pouze s již zmíněnou *Life Balance*.

## 10.5 Vztah sebeděče a dalších faktorů

V rámci aktuálního výzkumu nás dále zajímalo, jaký vztah má k míře sebeděče (měřené Škálou fyzické sebeděče a PSCS) pracovní vytížení, administrativní činnost, rodinný stav, délka praxe či příjem respondentů.

### Souvislost sebeděče a pracovního vytížení

Pro zjištění souvislosti mezi *profesní* sebeděčí respondentů a jejich pracovním vytížením hodnoceným počtem odpracovaných hodin týdně jsme zvolili Spearmanův korelační koeficient. Výsledky tohoto testu zkoumajícího vztah pracovního vytížení, škály PSCS a jejich subškál prezentujeme v Tabulce 10.

**Tabulka 10: Korelace škály PSCS, jejích subškál a pracovního vytížení respondentů (n = 89)**

	PSCS	Professional Support	Professional Development	Life Balance	Cognitive Awareness	Daily Balance
Pracovní vytíženost	-0,08	0,03	0,14	-0,09	0,07	-0,28**

Pozn.: \*\* - hladina statistické významnosti  $p < 0,01$ .

Pro zjištění souvislosti mezi *fyzickou* sebeděčí respondentů a jejich pracovním vytížením jsme zvolili Pearsonův korelační koeficient. Výsledky tohoto testu zkoumajícího vztah mezi Škálou fyzické sebeděče a pracovním vytížením prezentujeme v Tabulce 11.

**Tabulka 11: Korelace Škály fyzické sebeděče a pracovního vytížení respondentů**

	Fyzická sebeděče
Pracovní vytíženost	-0,24*

Pozn.: \* - hladina statistické významnosti  $p < 0,05$ ;  $n = 89$ .

Na základě prezentovaných tabulek vyplývá, že čím vyšší je pracovní vytíženost respondentů, tím nižší je jejich míra fyzické sebeděče a rovněž profesní sebeděče v rámci subškály *Daily Balance*.

### Souvislost sebeděče a administrativní činnosti

Pro zjištění souvislosti mezi *profesní* sebeděčí (hodnocenou škálou PSCS) respondentů a jejich vytížením administrativní činností hodnoceným počtem hodin věnovaných týdně této činnosti jsme zvolili Spearmanův korelační koeficient. Výsledky tohoto testu prezentujeme v Tabulce 12.

**Tabulka 12: Korelace PSCS, jejích subškál a administrativní činnosti respondentů (n = 89)**

	PSCS	Professional Support	Professional Development	Life Balance	Cognitive Awareness	Daily Balance
Administrativní činnost	-0,01	0,09	0,01	-0,01	0,08	-0,04

Pro zjištění souvislosti mezi *fyzickou* sebepěčí respondentů a jejich vytížením administrativní činností jsme zvolili Pearsonův korelační koeficient. Výsledky tohoto testu prezentujeme v Tabulce 13.

**Tabulka 13: Korelace Škály fyzické sebepěče a administrativní činnosti respondentů**

	Fyzická sebepěče
Administrativní činnost	-0,25*

Pozn.: \* - hladina statistické významnosti  $p < 0,05$ ;  $n = 89$ .

Při posouzení výsledků dvou výše uvedených testů je patrné, že administrativní činnost respondentů nikterak nesouvisí s jejich mírou profesní sebepěče, ale zato lze pozorovat signifikantní negativní vztah mezi administrativní činností a fyzickou sebepěčí, který poukazuje na nižší míru fyzické sebepěče se vzrůstajícím počtem hodin věnovaným administrativní činnosti.

### Souvislost sebepěče s rodinným stavem

Zdali ženatí respondenti a vdané respondentky mají vyšší míru *profesní* sebepěče než respondenti svobodní, rozvedení či ovdovělí, jsme zkoumali pomocí neparametrického Mann-Whitneyova U-testu na stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . V tabulce 14 jsou zobrazeny výsledky pro srovnání škály PSCS, jejích subškál a této proměnné.

**Tabulka 14: Souvislost mezi škálou PSCS, jejími subškálami a rodinným stavem respondentů**

	U	Z	n1	n2	p
PSCS	722	-1,3	29	60	0,2
Professional Support	824,5	-0,4	29	60	0,69
Professional Development	841,5	-0,25	29	60	0,8
Life Balance	803,5	-0,59	29	60	0,56
Cognitive Awareness	779	-0,81	29	60	0,42
Daily Balance	833,5	-0,32	29	60	0,75

Pozn.: n1 – počet respondentů se stavem svobodný/á, rozvedený/á či ovdovělý/á; n2 – počet respondentů se stavem ženatý/vdaná.

Souvislost mezi danou proměnnou a *fyzickou* sebeděčí jsme zkoumali pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. V tabulce 15 jsou zobrazeny výsledky pro srovnání Škály fyzické sebeděče a rodinného stavu.

**Tabulka 15: Souvislost mezi Škálou fyzické sebeděče a rodinným stavem respondentů**

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>SD1</i>	<i>SD2</i>	<i>F-test</i>	<i>F-test</i> ( <i>p</i> )	<i>t-test</i>	<i>t-test</i> ( <i>p</i> )
Fyzická sebeděče	15,97	16,28	3,31	3,45	0,003	0,96	-0,41	0,68

Pozn.: *M1* a *SD1* – soubor 29 respondentů se stavem svobodný/á, rozvedený/á či ovdovělý/á; *M2* a *SD2* – soubor 60 respondentů se stavem ženatý/vdaná.

Výsledky proměnné *rodinný stav* naznačují, že neexistuje žádný rozdíl, ať už v profesní či fyzické sebeděči mezi respondenty v manželském soužití a respondenty svobodnými, rozvedenými či ovdovělymi.

### Souvislost sebeděče s délkou praxe

Pro nízký počet pozorování v rámci jednotlivých kategorií délky praxe jsme pro zjištění souvislosti mezi *profesní* i *fyzickou* sebeděčí respondentů a délkou jejich praxe použili neparametrický Kruskal-Wallisův test se stanovenou hladinou  $\alpha = 0,05$ . Tabulka 16 prezentuje výsledky vztahu mezi škálou PSCS, jejími subškálami, Škálou fyzické sebeděče a délkou praxe respondentů.

**Tabulka 16: Souvislost mezi škálou PSCS, jejími subškálami, Škálou fyzické sebeděče a délkou praxe**

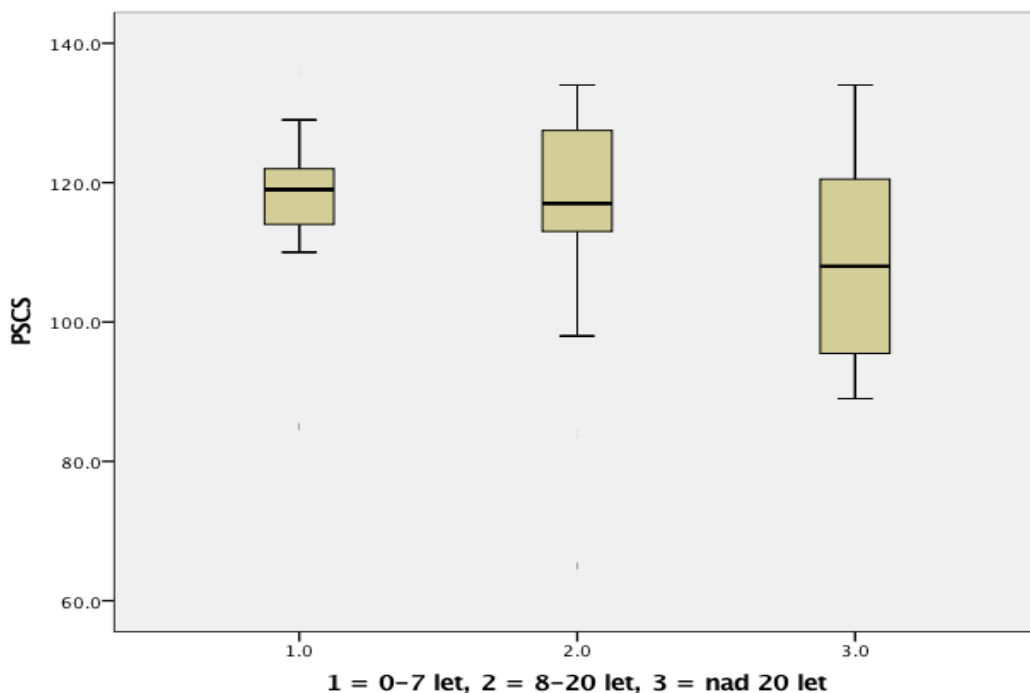
	<i>H</i>	<i>sv</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	$E^2_R$
Fyzická sebeděče	0,51	2	89	0,78	-
PSCS	6,52	2	89	<b>0,04</b>	0,07
Professional Support	11,99	2	89	<b>0,02</b>	0,14
Professional Development	3,81	2	89	0,15	-
Life Balance	2,85	2	89	0,24	-
Cognitive Awareness	0,89	2	89	0,64	-
Daily Balance	0,98	2	89	0,61	-

Pozn.: *sv* – stupně volnosti. Respondenti vybírali mezi kategoriemi 0-7 let, 8-20 let, a nad 20 let;  $E^2_R$  – hodnota míry praktické významnosti

Z tabulky lze pozorovat signifikantní výsledek na celkovém skóru škály PSCS a subškále *Professional Support*. Míra praktické významnosti těchto dvou signifikantních hodnot

je však velmi nízká. Tyto výsledky však pouze naznačují signifikantní rozdílnost uvnitř kategorií délky praxe. Pro určení směru vztahu na škále PSCS jsme jednak posoudili rozdílnost mediánů (pro kategorii 0-7 let praxe je medián 119 bodů, pro kategorii 8-20 let praxe 117 bodů a pro kategorii nad 20 let praxe činí medián 108 bodů) a jednak jsme použili následující krabicový graf č. 9 zkoumající rozdíly mezi třemi kategoriemi délky praxe. Jak si lze všimnout, nejnižšího průměrného skóru i mediánu dosahuje třetí kategorie reprezentující míru profesní sebepěče u respondentů s praxí delší jak 20 let. Tvoří tak významný rozdíl oproti zbylým dvěma kategoriím, především oproti kategorii respondentů s praxí 0-7 let.

**Graf č. 9: Rozdílná míra průměrných skóru PSCS podle délky praxe (n = 89)**



Podobně u subškály *Professional Support* byla zjevná klesající tendence s rostoucí délkou praxe. Mediány u této skupiny činily 29 bodů pro kategorii 0-7 let, 27 bodů pro kategorii 8-20 let a 23 bodů pro kategorii nad 20 let praxe.

### **Souvislost sebepěče s výší příjmu**

Pro zjištění souvislosti mezi mírou *fyzické* a *profesní* sebepěče a výší příjmu respondentů jsme zvolili opět Kruskal-Wallisův test se stanovenou hladinou  $\alpha = 0,05$ . V následující tabulce jsou znázorněny výsledky vztahu mezi škálou PSCS, jejími subškálami, Škálou fyzické sebepěče a výší příjmu respondentů. Původní počet

kategorií proměnné výše příjmu byl 5, ovšem pro nízký počet pozorování jsme sloučili dvě nejnižší kategorie.

**Tabulka 17: Souvislost mezi škálou PSCS, jejími subškálami, Škálou fyzické sebepěče a výší příjmu**

	<i>H</i>	<i>sv</i>	<i>n</i>	<i>p</i>
Fyzická sebepěče	2,89	3	76	0,41
PSCS	1,72	3	76	0,63
Professional Support	1,29	3	76	0,73
Professional Development	0,86	3	76	0,83
Life Balance	1,96	3	76	0,58
Cognitive Awareness	2,01	3	76	0,57
Daily Balance	2,96	3	76	0,4

*Pozn.: sv – stupně volnosti. Respondenti vybírali mezi kategoriemi příjem do 26 tisíc Kč, příjem 26 001 – 35 000 Kč, příjem 35 001 – 45 000 Kč a příjem nad 45 000 Kč. 13 respondentů odmítlo uvést svou kategorii příjmu, a proto byli z analýzy vyřazeni.*

Jak lze vypožorovat z tabulky, mezi kategoriemi výše příjmu neexistuje žádný signifikantní rozdíl související s mírou fyzické či profesní sebepěče respondentů.

### Souvislost sebepěče a pracovní spokojenosti

Míru pracovní spokojenosti jsme u respondentů zjišťovali pomocí otázky „*Jak hodnotíte celkovou spokojenost s Vaší prací?*“ Byť jsme pro zodpovězení použili čtyřbodovou škálu Likertova typu, kromě jednoho respondenta všichni odpověděli pouze v rámci dvou kategorií. Z tohoto důvodu jsme pro zjištění souvislosti mezi *profesní* sebepěčí a mírou pracovní spokojenosti použili Mann-Whitneyův U-test na stanovené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Tabulka 18 prezentuje výsledky pro srovnání subškál PSCS a této proměnné.

**Tabulka 18: Souvislost mezi subškálami PSCS a pracovní spokojeností respondentů**

	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>n1</i>	<i>n2</i>	<i>p</i>
PSCS	847	-0,52	33	55	0,6
Professional Support	904	-0,03	33	55	0,98
Professional Development	758,5	-1,29	33	55	0,2
Life Balance	702	-1,79	33	55	0,07
Cognitive Awareness	865	-0,37	33	55	0,71
Daily Balance	821,5	-0,74	33	55	0,46

*Pozn.: n1 – počet respondentů s odpovědí „naprosto spokojený/á“; n2 – počet respondentů s odpovědí „spíše spokojený/á“.*



Souvislost mezi danou proměnnou a *fyzickou* sebeděčí jsme zkoumali pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. Tabulka 19 zobrazuje výsledky pro srovnání Škály fyzické sebeděče a mírou pracovní spokojenosti.

**Tabulka 19: Souvislost mezi Škálou fyzické sebeděče a pracovní spokojeností**

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>SD1</i>	<i>SD2</i>	<i>F-test</i>	<i>F-test</i> ( <i>p</i> )	<i>t-test</i>	<i>t-test</i> ( <i>p</i> )	Cohenovo <i>d</i>
Fyzická sebeděče	17,36	15,56	3,35	3,21	1,27	0,26	2,5	<b>0,01</b>	0,55

*Pozn.: M1 a SD1 – soubor 33 respondentů s odpovědí „naprosto spokojený/á“; M2 a SD2 – soubor 55 respondentů s odpovědí „spíše spokojený/á“.*

Jak si lze všimnout, jediný signifikantní výsledek se projevil v rámci souvislosti fyzické sebeděče a pracovní spokojenosti, kde byla zároveň dosažena středně vysoká míra praktické významnosti. Průměry pozorovaných skupin přitom napovídají, že respondenti, kteří uvedli, že jsou v práci *naprosto spokojení*, mají vyšší míru fyzické sebeděče.

## 10.6 Platnost hypotéz

**H1a:** Míra profesní sebeděče vykazuje signifikantně pozitivní souvislost s mírou duševního zdraví. Celkový skóre škály *PSCS* a celkový skóre škály *MHC-SF* nabývají středně silného pozitivního vztahu ( $r_s = 0,39$ ;  $p < 0,01$ ). Hypotézu H1a **přijímáme**.

**H1b:** Míra fyzické sebeděče vykazuje signifikantně pozitivní souvislost s mírou duševního zdraví. *Škála fyzické sebeděče* a celkový skóre škály *MHC-SF* nabývají středně silného pozitivního vztahu ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ). Hypotézu H1b **přijímáme**.

**H2a:** Počet odpracovaných hodin týdně nevykazuje signifikantně negativní souvislost s mírou profesní sebeděče. Hypotézu H2a **zamítáme**.

**H2b:** Počet odpracovaných hodin týdně vykazuje signifikantně negativní souvislost s mírou fyzické sebeděče. *Škála fyzické sebeděče* a *počet odpracovaných hodin týdně* nabývají mírně silného negativního vztahu ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ). Hypotézu H2b **přijímáme**.

**H3a:** Počet hodin věnovaných týdně administrativní činnosti nevykazuje signifikantně negativní souvislost s mírou profesní sebeděče. Hypotézu H3a **zamítáme**.

**H3b:** Počet hodin věnovaných týdně administrativní činnosti vykazuje signifikantně negativní souvislost s mírou fyzické sebeděče. *Škála fyzické sebeděče* a *počet hodin*

*věnovaných týdně administrativní činnosti* nabývají mírně silného negativního vztahu ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ). Hypotézu H3b **přijímáme**.

**H4a:** Délka praxe vykazuje signifikantní souvislost s profesní mírou sebepěče. Celkový skór škály *PSCS* se signifikantně liší podle *délky praxe* ( $H = 6,52$ ;  $p = 0,04$ ). Hypotézu H4a **přijímáme**.

**H4b:** Délka praxe nevykazuje signifikantní souvislost s fyzickou mírou sebepěče. Hypotézu H4b **zamítáme**.

**H5a:** Status vdané/ženatého nevykazuje signifikantní pozitivní souvislost s mírou profesní sebepěče. Hypotézu H5a **zamítáme**.

**H5b:** Status vdané/ženatého nevykazuje signifikantní pozitivní souvislost s mírou fyzické sebepěče. Hypotézu H5b **zamítáme**.

**H6a:** Výše příjmu nevykazuje signifikantní pozitivní souvislost k vyšší míře profesní sebepěče. Hypotézu H6a **zamítáme**.

**H6b:** Výše příjmu nevykazuje signifikantní pozitivní souvislost k vyšší míře fyzické sebepěče. Hypotézu H6b **zamítáme**.

## 11 Diskuze

Hlavním cílem výzkumné části této diplomové práce bylo zmapovat, které aspekty sebezpečí souvisí s vybranými proměnnými u klinických psychologů a dále zmapovat míru této souvislosti. Mezi dílčí cíle patřilo přeložit škálu Professional Self-Care Scale (Dorociak et al., 2017).

Vzhledem k faktu, že aktuální výzkum byl *mapujícího* charakteru, přineslo s sebou toto rozhodnutí několik předností, ale i limitů. Jak již vyplynulo z předchozího, v českém prostředí se jedná o vůbec první výzkum zkoumající koncept sebezpečí ve smyslu péče o vlastní zdraví u neklinické populace. Jelikož doposud neexistuje v české verzi žádný výzkumný nástroj hodnotící sebezpečí, přinesla tato studie jako první také překlad nástroje *Professional Self-Care Scale (PSCS)*, který posuzuje profesní sebezpečí u psychologů.

Limity výzkumu lze například vidět v poměrně nízkém rozsahu výběrového souboru ( $n = 89$ ), který ač měl dle výsledku nástroje power-analýzy dosahovat reprezentativnosti, mohl způsobit zamítnutí některých hypotéz. Výběrový soubor nebyl z několika hledisek rovnoměrně rozložen. Nejvyšší diskrepance se týká pohlaví, mužská část souboru tvořila pouhých 21,3 % celkového rozsahu souboru. Nepoměr se projevil také v délce praxe respondentů, přičemž téměř 50 % z nich pracuje jako klinický psycholog 8-20 let, oproti zbylým dvěma rovnoměrně rozloženým skupinám pracujícím méně jak 8 let, respektive více jak 20 let.

Za další limit výzkumu považujeme riziko kulturní nepřenositelnosti zvoleného výzkumného nástroje, který pochází ze Spojených států amerických a vychází tudíž z praxe tamních klinických psychologů. Jako problematická se jevila např. položka „*Vyhýbám se samotě na pracovišti*“, ke které se jeden respondent vyjádřil ve smyslu, že jakožto ambulantní psycholog pracuje sám, a proto se nemůže samotě vyhýbat ani nevyhýbat. Překladem zahraniční metody jsme se zároveň vystavili riziku snížení validity a reliability. Reliabilitu ve smyslu vnitřní konzistence jsme posuzovali pro škálu PSCS Cronbachovým koeficientem alfa, který činil .78, což je uspokojivá hodnota. Pro jednotlivé subškály však již dosahoval nižších hodnot: *Professional Support* .68, *Professional Development* .69, *Life Balance* .57, *Cognitive Awareness* .56 a *Daily Balance* .58. Je patrné, že žádný z koeficientů na daných subškálách nedosáhl všeobecně přijímané minimální hodnoty 0.70 (Best, & Kahn, 2006). Naměření nižších

hodnot koeficientů mohlo být způsobeno jednak překladem škály (Rode, 2005), jednak nízkým rozsahem výběrového souboru (Samuels, 2015) a jednak nízkým počtem položek na jednotlivých subškálách (Cortina, 1993).

Problematické mohlo být také použití *Škály fyzické sebeděče*, jakožto škály vlastní konstrukce. Při posouzení vnitřní validity této škály koeficientem Cronbachovy alfy byla získána hodnota  $\alpha = .63$ , která je opět pod hranicí 0.70.

Důvěryhodnost výsledků mohla být snížena taktéž využitím výzkumného designu, který neumožnil zamezit riziku sociální desirability. Využití sebezposuzovacích nástrojů jakožto jediných metod měření mohlo rovněž vést k celkovému snížení validity výzkumu. V potaz je nutné také vzít riziko nového tématu, které mohlo ovlivnit skladbu respondentů. Budoucí výzkum v tomto směru by mohl využít například longitudinálního designu, který by zvýšil reliabilitu výsledků. Pro hlubší porozumění úlohy sebeděče by také mohl pomoci kvalitativní sběr dat, např. skrze polostrukturovaný rozhovor který by odhalil nejdůležitější oblasti sebeděče. Další ověření významu sebeděče by mohl poskytnout design zahrnující intervenci v podobě vytvoření tzv. plánu sebeděče (Butler, & McClain-Meeder, 2015) a prozkoumání jeho vlivu na zdraví a životní spokojenost.

Co se týče konstrukce online dotazníkové baterie, mohlo být předejito nesrovnalostem, pokud by byly bývaly nastaveny intervaly, v nichž se mohou vyskytovat určité hodnoty (např. by nebylo možné, aby respondent uvedl jako hodnotu věku 5 let).

I přes výše uvedený seznam limitů považujeme výsledky této práce za velmi přínosné, jelikož mnoho z nich dokládá důležitost praktikování kvalitní sebeděče u klinických psychologů. Mezi subškálami PSCS se jako subškála s nejméně praktikovaným jevila *Cognitive Awareness* ( $M = 24,5$ ;  $MAX = 28$  bodů), která je charakterizována sebereflexí vlastních potřeb a pocitů, a také schopností uvědomovat si vlastní reakce vůči klientům nebo pacientům. Zajímavý je ovšem poznatek, že tato subškála nevykazuje signifikantní korelaci ani s jednou ze tří subškál *Mental Health Continuum Scale – Short Form* (*MHC-SF*), které byly použity ke zjištění míry duševního zdraví respondentů. Kvalitní sebereflexe tudíž zjevně nesouvisí s vyšší mírou duševního zdraví. Jako jedno z možných vysvětlení tohoto zjištění by mohl být fakt, že sebereflexe je považována za jednu z nejdůležitějších kompetencí psychologů (Fisher, Chew, & Leow, 2015), a důraz na ni je zmiňován v mnoha etických kodexech

psychologických asociací (EFPA, 2005). Schopnost sebereflexe v sobě zároveň neimplikuje jednání v souladu s vlastními pocity či následování vlastních potřeb, ale jedná se spíše o úvodní krok směrem k sebepečujícímu chování (Butler et al., 2019).

Druhou nejčastěji praktikovanou sebepečující subškálou je *Life Balance* ( $M = 23,72$ ;  $MAX = 28$  bodů), která je charakterizována udržováním rovnováhy mezi pracovním a osobním životem (tzv. *work-life balance*) a vyhledáváním sociální opory mimo kontext práce. Tato subškála naopak vykazovala se všemi subškálami MHC-SF nejsilnější korelace (hodnota  $r_s$  se pohybovala od 0,29 do 0,39 při hladině významnosti  $p < 0,01$ ). Je proto zjevné, že právě *work-life balance* a sociální opora hrají klíčovou roli v míře duševního zdraví našich respondentů. Tato zjištění jsou z části v souladu s výsledky studie Dorociak et al. (2017), podle níž jsou nejdůležitějšími subškálami pro snížení stresu a zvýšení osobní pohody *Life Balance*, *Cognitive Awareness* a *Daily Balance*. Poslední zmíněná subškála v našem výzkumu korelovala signifikantně pouze se subškálou *Emocionální pohoda* ( $r_s = 0,23$  při hladině významnosti  $p < 0,05$ ).

Za zajímavý výsledek považujeme absenci signifikantní korelace subškály *Sociální pohoda* se subškálami PSCS. Jediná signifikantní souvislost se projevila směrem, k již zmíněné *Life Balance*. Jedním z možných vysvětlení je, že položky na subškále *Sociální pohoda* jsou spíše obecnějšího charakteru (např. pocit sounáležitosti a víra v dobrou povahu lidí) oproti aktivnímu vyhledávání sociální opory, která je považována za jednu ze sebepečujících strategií (např. Lee, & Miller, 2013; Norcross, & Guy, 2007).

Za nejpodstatnější výsledek však považujeme prokázání středně silné pozitivní souvislosti mezi škálou PSCS a škálou MHC-SF ( $r_s = 0,39$ ;  $p < 0,01$ ). Podobných výsledků bylo dosaženo i na Škále fyzické sebezpečce, která se škálou MHC-SF sdílí rovněž středně silný pozitivní vztah ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ). Tato dvě zjištění tudíž dokládají, že míra profesní i fyzické sebezpečce významně souvisí s mírou duševního zdraví respondentů.

V rámci výsledků jsme se snažili také o posouzení souvislosti mezi Škálou fyzické sebezpečce, škálou PSCS a jejími subškálami. Jediný signifikantní výsledek se projevil mezi Škálou fyzické sebezpečce a subškálou *Daily Balance* ( $r_s = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ). Tento výsledek se jeví jako pochopitelný vzhledem k podobným charakteristikám těchto škál. Škála fyzické sebezpečce je charakterizována kvalitním spánkem, relaxací a pohybem, *Daily Balance* je charakterizována relaxací a přestávkami v průběhu pracovního dne. Jistá propojenost těchto dvou škál se projevila i v dalších analýzách, např. *pracovní vytížení* (posuzované počtem odpracovaných hodin týdně) negativně korelovalo pouze

s dvěma faktory - Škálou fyzické sebepěče ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ) a subškálou Daily Balance ( $r_s = -0,28$ ;  $p < 0,01$ ). Subškála Daily Balance navíc dosahovala nejnižší průměrné hodnoty ( $M = 14,1$ ;  $MAX = 21$  bodů) ze všech subškál PSCS, a proto na základě těchto zjištění usuzujeme, že míra fyzické sebepěče respondentů rovněž dosahuje spíše nižší míry ( $M = 16,18$ ;  $MAX = 25$  bodů).

Jak již bylo zmíněno, jedinou subškálou PSCS, která korelovala s proměnnou *pracovní vytížení* byla Daily Balance. Toto zjištění je v souladu s výzkumy Miler et al. (2018a) a Miller et al. (2018b). Naopak proměnná *administrativní činnost* (posuzovaná počtem odpracovaných hodin týdně) nevykázala signifikantní korelaci ani k jedné ze subškál PSCS. Se *Škálou fyzické sebepěče* však vykázala signifikantní negativní vztah ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ). Toto zjištění je v souladu s výzkumem Dorociak et al. (2017). Tento výsledek vysvětlujeme tím, že při vyšším pracovním vytížení a vyšším množstvím času věnovanému administrativní činnosti nezbývá respondentům čas pro fyzickou péči o sebe sama.

Za jedno z nejzajímavějších zjištění považujeme signifikantní souvislost proměnné *délka praxe* se škálou PSCS ( $H = 6,52$ ;  $p = 0,04$ ) a subškálou *Professional Support* ( $H = 3,81$ ;  $p = 0,02$ ). Detailnější analýza odhalila, že respondenti s praxí do 8 let se věnují sebepěči jak v rámci celkové škály PSCS, tak i subškály Professional Support (tedy vyhledávání sociální opory u kolegů) více než jejich zkušenější kolegové. Medián skupiny do 8 let praxe činil 119 bodů pro PSCS a 29 bodů pro Professional Support a medián skupiny nad 20 let praxe činil 108 bodů pro PSCS a 23 bodů pro Professional Support. Obě tato pozorování však dosahují velmi nízké míry praktické významnosti ( $E^2_R = 0,07$  pro škálu PSCS;  $E^2_R = 0,14$  pro subškálu Professional Support), a proto je nutné ověření těchto výsledků v dalším výzkumu. V porovnání s výzkumem Dorociak et al. (2017) jde přesto o zajímavý výsledek, jelikož v daném výzkumu se v rámci první studie prokázala vyšší míra sebepěče u respondentů nad 20 let praxe na všech subškálách PSCS kromě subškály *Professional Support*. Zároveň v rámci druhé studie byly autory zjištěny nekonzistentní výsledky, přičemž na subškále *Daily Balance* skórovali naopak signifikantně výše respondenti s délkou praxe do 8 let. Jako důvod výsledku našeho výzkumu považujeme fakt, že čerství kliničtí psychologové mají vyšší potřebu hledání profesní podpory vzhledem k jejich nižší míře zkušeností, oproti kolegům z oboru s delší praxí.

V rámci našeho výzkumu jsme nepotvrdili vliv *manželství* na míru sebeděče, který byl potvrzen např. ve studii Miller et al. (2018). Předpokladem tohoto vztahu byl fakt, že manžel či manželka jakožto nejbližší osoba respondenta poskytuje významný zdroj sociální opory, tedy jedné ze sebepečujících strategií (Butler et al., 2019). Jedním z vysvětlení neprokázání této souvislosti může být fakt, že ve státu Kentucky, kde byl zmíněný výzkum realizován, dosáhla v roce 2016 míra rozvodovosti 13,2 % (Payless Divorce, 2017), kdežto v České republice byla v roce 2017 míra rozvodovosti 47,5 % (ČSÚ, nedat.). Tento fakt by mohl nasvědčovat vyššímu počtu nespokojených manželství v naší zemi a tím pádem nižší míře sociální opory v manželském svazku. Druhým důvodem neprokázání této souvislosti však může být také nerovnoměrné rozložení respondentů v kategoriích. V manželství se nacházelo v průběhu konání výzkumu 67 % respondentů oproti 33 % respondentů žijících mimo manželský svazek.

Poslední neprokázaný vztah se týkal míry sebeděče a proměnné *výše příjmu*, který byl ve smyslu finanční stability prokázán např. ve výzkumech Miller et al. (2017) a Miller et al. (2018). Za důvod neprokázání tohoto stavu považujeme fakt, že zjišťovaná proměnná nebyla posuzována ve smyslu finanční stability, ale jako reálná výše příjmu. Dalším důvodem může být nízký a zároveň nerovnoměrně rozložený počet respondentů v jednotlivých kategoriích (12 respondentů, 25 respondentů, 24 respondentů a 15 respondentů).

Mimo předkládané hypotézy jsme dále zkoumali vztah sebeděče a proměnné *pracovní spokojenost*, přičemž jsme tuto souvislost potvrdili v rámci vztahu ke *Škále fyzické sebeděče*,  $t(87) = 2,5$ ;  $p = 0,01$ . Hodnota Cohenova  $d$  přitom nabývala středně silné hodnoty  $d = 0,55$ . Z našeho výzkumu proto vyplývá, že pracovní spokojenost je významným faktorem uplatňujícím se při fyzické sebeděči. Vzhledem ke zvolení pouze jedné subjektivně hodnotící položky pro zjištění respondentovy spokojenosti je však potřeba tuto souvislost dále prozkoumat pomocí ucelenějších nástrojů měřících pracovní spokojenost.

Výše rozvedené výsledky aktuálního výzkumu by snad mohly přispět ke zvýšenému zájmu o oblast sebeděče nejen u klinických psychologů, ale všech pomáhajících profesí. Jelikož z našich zjištění vyplývá, že profesní i fyzická sebeděče významně souvisí s duševním zdravím, doporučujeme, aby se na tuto důležitou oblast života začal klást zvýšený důraz. Pozornost by pak měla být věnována především oblasti sebeděče týkající se tzv. *work-life balance* a vyhledávání sociální opory. Subškála PSCS *Life*

*Balance*, která reprezentuje tyto sebepečující strategie, totiž prokázala nejsilnější souvislost ke všem složkám duševního zdraví.

Inspirací pro českou psychologickou veřejnost mohou být etické kodexy psychologických asociací ve Spojených státech amerických, Kanadě či Austrálii. V těchto kodexech je sebepečce považována za profesionální imperativ především z důvodu jejího vlivu na omezení negativního působení psychologa na klienty či pacienty (více viz kapitola 5.1.2). Etablování sebepečce jakožto jednoho z požadavků na výkon profese v rámci kodexů českých psychologických společností a asociací (např. ČMPS či AKP ČR) by mohlo být jedním z prvních kroků k reálnému důrazu na tuto oblast. Věříme také, že k vyššímu zájmu o oblast sebepečce by mohly přispět různé vzdělávací aktivity zaměřené na praktický nácvik sebepečujících strategií např. podle vybraných modelů sebepečce prezentovaných v kapitole 5.2. Zájem o lepší sebepečci psychologů a dalších pomáhajících profesionálů by tedy měl vycházet také z organizací tyto odborníky zaměstnávajících.

Vzhledem k faktu, že se jedná o první výzkum zkoumající koncept sebepečce, je nutné daná zjištění ověřit na dalších skupinách, ať už odborníků působících v psychologické profesi nebo dalších pomáhajících profesích. Výzkumy rovněž naznačují, že věnování pozornosti sebepečci je důležité již u psychologů, kteří jsou v klinické předatestační přípravě (Zahniser et al., 2017), či studentů psychologie a jiných pomáhajících profesí (Ayala, 2018; Myers et al, 2012).

Zapotřebí by bylo také prozkoumat souvislost sebepečce s dalšími aspekty ovlivňujícími duševní zdraví, a ověřit tak výsledky výzkumů zkoumajících souvislost sebepečce s mírou prožívaného stresu (Dorociak et al., 2017), mírou vyhoření (Catlin-Rakoski, 2012; Dorociak et al., 2017), či životní spokojeností (Dorociak et al., 2017; Myers; 2012). Za zvážení by také stálo zkonstruování škály měřící sebepečci, která by odpovídala kulturnímu kontextu českých psychologů, popřípadě dalších odborníků v pomáhajících profesích.



## 12 Závěry

Hlavním cílem výzkumné části bylo zmapovat, které aspekty sebepěče signifikantně souvisí s vybranými proměnnými u klinických psychologů. Konkrétními proměnnými byla míra duševního zdraví, pracovní vytížení, vytížení administrativní činností, rodinný stav, délka praxe a výše příjmu.

Nejdůležitějším výsledkem bylo nalezení signifikantního pozitivního vztahu mezi profesní sebepěčí (PSCS) a duševním zdravím (MHC-SF), a rovněž mezi fyzickou sebepěčí a duševním zdravím. Dále byla zjištěna signifikantní negativní souvislost mezi fyzickou sebepěčí a pracovním vytížením. Signifikantní negativní vztah vůči fyzické sebepěči vykazovala také míra vytížení administrativní činností. Posledním signifikantním výsledkem bylo prokázání souvislosti délky praxe a profesní sebepěče. Konkrétně respondenti s délkou praxe do 8 let skórovali na škále profesní sebepěče významněji výše než respondenti s délkou praxe nad 20 let. Praktická významnost této souvislosti byla však shledána jako velmi nízká.

Mezi další zjištění tohoto výzkumu patří prokázání souvislosti mezi pracovní spokojeností a fyzickou sebepěčí. Respondenti, kteří jsou v práci naprosto spokojeni skórují na škále fyzické sebepěče signifikantně výše než respondenti, kteří jsou v práci spíše spokojeni. Prokázal se také pozitivní vztah Škály fyzické sebepěče k subškále PSCS *Daily Balance*.

Výsledky naopak nepotvrdily souvislost mezi profesní sebepěčí a pracovním vytížením či vytížením administrativní činností. Dále nebyl shledán jako signifikantní vztah mezi fyzickou sebepěčí a délkou praxe. Neprokázala se souvislost mezi profesní ani fyzickou sebepěčí a rodinným stavem či výší příjmu.

Z uvedených zjištění vyplývá, že fyzická i profesní sebepěče hrají významnou roli v míře duševního zdraví respondentů, a měla by proto být této oblasti věnována zvýšená pozornost.

## Souhrn

Předkládaná diplomová práce se zabývá vztahem sebeděče a duševního zdraví u klinických psychologů. Primárním cílem práce bylo přinést do českého odborného prostředí koncept sebeděče a zároveň upozornit na důležitost jejího praktikování především v životech psychologů a dalších pomáhajících profesionálů. Hlavním výzkumným cílem bylo zmapovat, které aspekty sebeděče souvisí s vybranými proměnnými, a zmapovat míru této souvislosti. Mezi dílčí cíle patřilo prozkoumat souvislost mezi profesní a fyzickou sebeděčí a mírou duševního zdraví, a přeložit škálu Professional Self-Care Scale.

V teoretické části rozebíráme hlavní oblasti týkající se této práce, kterými jsou zdraví, duševní zdraví a sebeděče. První kapitola je úvodem do problematiky sebeděče jakožto aktuálního amerického psychologického konceptu se zaměřením na její důležitost v pomáhajících profesích, konkrétně v profesi klinického psychologa.

Druhá kapitola pojednává o vztahu mezi zdravím a sebepečujícím chováním. Sebepečující chování se dá rozdělit na zdraví podporující (např. kvalitní spánek, vyvážená strava, fyzická aktivita) a zdraví ohrožující (např. obezita, sedavé chování, konzumace návykových látek, nepřiměřené zvládnání stresu).

Třetí kapitola se obsáhleji věnuje duševnímu zdraví, jeho atributům a konceptům. Představujeme zde koncept duševní pohody Ryffové (1989) s doplněním od Keyese (2002), kterého jsme využili v rámci empirické části. Prostor je věnován také duševní hygieně v pojetí Míčka (1984), a představení sedmi zásad duševní hygieny podle Nevypust' duši (2019).

Čtvrtá kapitola uvádí téma sebeděče s pojmenováním základních rozdílů mezi sebeděčí a duševní hygienou. Prezентujeme zde také rozsáhlou tabulku odborných definic sebeděče s následným uvedením vlastní definice.

Pátá kapitola se zaměřuje na sebeděči v pomáhajících profesích a pojmenování profesních rizik psychologické praxe (náročné chování klientů s projevy agrese či suicidalitu, udržování profesních hranic nebo požadavek na kontrolu vlastních emocí a projevů vůči klientovi). Prezентujeme zde také kontinuum stres – distres – defekt – nevhodné chování (APA, nedat.), které popisuje důsledky neefektivně zvládnutého stresu u psychologů. Je zde zmíněný také etický rozměr sebeděče, který je v západní kultuře vnímán jako profesionální imperativ všech psychologů. Závěrem kapitoly

nabízíme tři modely sebepéče, které srozumitelně vysvětlují multidimenzionalitu tohoto konceptu s návrhy konkrétních sebepečujících strategií podle jednotlivých dimenzí.

Šestá kapitola je okénkem do dosavadních výzkumů v oblasti sebepéče u pomáhajících profesionálů. Tyto výzkumy začaly být realizovány teprve před několika lety a přinesly zjištění o souvislosti sebepéče s životní spokojeností (Dorociak et al., 2017a), mírou osobní pohody (Zahniser et al., 2017), pracovním vytížením (Miller et al., 2018a), vytížením administrativní činností (Dorociak et al., 2017b), délkou praxe (Dettle, 2014; Dorociak et al., 2017b), manželským statutem (Miller et al., 2018b) nebo finanční stabilitou (Miller et al., 2017).

V empirické části je popsán výzkumný design zjišťující souvislost profesní a fyzické sebepéče s duševním zdravím. Za účelem ověření stanovených cílů byl zvolen kvantitativní design, konkrétně dotazníkové šetření. Pro měření profesní sebepéče byl použit sebeposuzovací nástroj Professional Self-Care Scale (PSCS; Dorociak et al., 2017a), který je rozložen do pěti faktorů. Jednotlivé faktory se zaměřují na profesní a sociální oporu, profesní rozvoj, work-life balance, sebereflexi pocitů a potřeb, a relaxaci během dne. PSCS nebyla dosud přeložena do českého jazyka, a proto součástí tohoto výzkumu bylo její přeložení. Pro měření fyzické sebepéče byla použita škála vlastní konstrukce Škála fyzické sebepéče, která byla zkonstruována na základě rešerše relevantních zdrojů zabývajících se fyzickou sebepéčí. Tato škála obsahuje položky týkající se spánku, fyzické aktivity či vyvážené stravy. Pro měření duševního zdraví byl použit sebeposuzovací nástroj Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes, 2009), který je rozložen do tří faktorů. Faktory se zaměřují na emocionální, sociální a psychickou pohodu. Dotazníkovou baterii doplnil soubor socio-demografických otázek zjišťujících např. délku praxe, rodinný stav či výši příjmu. Výzkumný soubor tvořilo 89 respondentů (z toho 19 mužů) ve věkovém rozsahu 30–76 let získaných metodou prostého záměrného výběru a metodou sněhové koule.

Pro ověření hypotéz byly vzhledem k nenormálnímu rozložení škály PSCS použity jak parametrické testy (pro souvislost týkající se Škály fyzické sebepéče), tak neparametrické testy (pro souvislost týkající se PSCS). Pozitivní korelace byla prokázána mezi PSCS a MHC-SF ( $r_s = 0,39$ ;  $p < 0,01$ ) a Škálou fyzické sebepéče a MHC-SF ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ). Negativní korelace byla prokázána mezi Škálou fyzické sebepéče a pracovním vytížením ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ) a Škálou fyzické sebepéče a vytížením

administrativní činností ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,05$ ). Signifikantní souvislost byla zjištěna mezi PSCS a délkou praxe ( $H = 6,52$ ;  $p = 0,04$ ), přičemž rozdíl se projevil mezi skupinou respondentů s praxí do 8 let a skupinou respondentů s praxí nad 20 let. První zmíněná skupina vykázala vyšší skóre v profesní sebepěči oproti skupině druhé. Mezi další zjištění patří signifikantní pozitivní souvislost mezi Škálou fyzické sebepěče a subškálou PSCS *Daily Balance* ( $r_s = 0,31$ ;  $p < 0,01$ ) a souvislost mezi Škálou fyzické sebepěče a pracovní spokojeností,  $t(87) = 2,5$ ;  $p = 0,01$ ; přičemž vyšších skóre fyzické sebepěče dosáhli respondenti, kteří uvedli, že jsou v práci naprosto spokojeni oproti respondentům spíše spokojeným.

Výsledky zčásti odpovídají teoretickým předpokladům, bylo přijato pět z dvanácti hypotéz. Nejvýznamnějším zjištěním bylo prokázání vztahu mezi profesní i fyzickou sebepěčí a duševním zdravím. Jako nejdůležitější sebepečující strategie vzhledem k duševnímu zdraví se projevila subškála PSCS *Life Balance*, která je charakterizována udržováním tzv. work-life balance a vyhledáváním sociální opory. Nejčastěji užívanou sebepečující strategií však byla subškála PSCS *Cognitive Awareness*, která je charakterizována sebereflexí pocitů, potřeb a také reflexí vlastních reakcí vůči klientům. Dalším potvrzením bylo, že zvýšené pracovní vytížení a vytížení administrativní činností snižuje míru fyzické sebepěče. Potvrdil se také vliv délky praxe na profesní sebepěči, která byla vyšší u respondentů s délkou praxe do 8 let oproti respondentům s délkou praxe nad 20 let. Nepotvrzena zůstala souvislost mezi sebepěčí a manželským statutem a dále mezi sebepěčí a výší příjmu.

Veškerá zjištění mají potenciál pro zvýšení zájmu o oblast sebepěče u české odborné veřejnosti. Doporučujeme etablování sebepěče jakožto jednoho z požadavků na výkon profese v rámci kodexů českých psychologických společností a asociací, např. podle vzoru APA, APS nebo CPA. Vzhledem k mapujícímu charakteru aktuálního výzkumu je však nutné dané výsledky generalizovat s opatrností. Budoucí výzkum by měl ověřit aktuální zjištění a zaměřit se na sebepěči u dalších skupin pomáhajících profesionálů.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

- AKP. (2018). *Snahy AKP ČR o zákonnou podporu oboru klinická psychologie, dětská klinická psychologie a psychoterapie*. Získáno 16. ledna 2019 z <http://www.akpcr.cz/novinky/psychoterapie/snahyakprozakonnoupodporuoboruklinickapsychologiedetskaklinickapsychologieapsychoterapie>
- AKP. (2018). *Etický kodex Asociace klinických psychologů České republiky, z. s.* Získáno 8. února 2019 z <http://www.akpcr.cz/predpisy/eticky-kodex>
- APA. (nedat.) *The Stress-Distress-Impairment Continuum for Psychologists*. Získáno 3. března 2019 z <https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/colleague-assist>
- APA. (1. ledna 2017). *Ethical principles of psychologists and Code of conduct*. Získáno 4. března 2019 z <https://www.apa.org/ethics/code>
- APS. (2018). *APS Code of ethics*. Získáno 4. března 2019 z <https://www.psychology.org.au/getmedia/d873e0db-7490-46de-bb57-c31bb1553025/APS-Code-of-Ethics.pdf>
- ATYP. (2018). *Nedostatek klinických psychologů i pedopsychiatrů je nejen pro PAS fatální*. Získáno z <http://www.atypmagazin.cz/2018/07/21/nedostatek-klinicky-psychologu-i-pedopsychiatru-je-nejen-pro-pas-fatalni/>
- Ayala, E. E., Winseman, J. S., Johnsen, R. D., & Mason, H. R. C. (2018). U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Medical Education*, 18:189.
- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: The self-care imperative. *Professional Psychology Research and Practice*, 38(6), 603–612.
- Barnett, J. E. (2014). Renewing one's self-care sensibilities: Distress, burnout, vicarious traumatization, and self-renewal. In R. Wicks and E. A. Maynard (Eds.), *The clinician's guide to selfrenewal* (25-43). New York: John Wiley & Sons.

- Bartko, D. (1976). *Moderní psychohygienu*. Praha: Orbis.
- Baštecká, B. & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Belar, C. D., Mendonca McIntyre, T. & Matarazzo, J. D. (2003). Health psychology. In D. K. Freedheim & I. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology. Vol.1: History of Psychology* (451-464). New York: John Wiley & Sons.
- Belloc, N., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1(3), 409-421.
- Benda, J. (2010). Všímavost: Budhistická revoluce v psychologii? *Psychologie dnes*, 16 (5), 48-50.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in Education* (10. vyd.). New York: Pearson.
- Brucato, B., & Neimeyer, G. (2009). Epistemology as a Predictor of Psychotherapists' Self-Care and Coping. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 269-282.
- Butler, L. D., & McClain-Meeder, K. (2015). *How to Flourish in Social Work*. Získáno 4. března 2019 z <http://socialwork.buffalo.edu/content/dam/socialwork/home/self-care-kit/self-care-poster.pdf>
- Butler, L., D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107-124.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of health. *The Hastings Center Studies*. 1(3), 77-87.
- Catlin-Rakoski, S. (2012). *Therapist's Perceptions of Self-Care* (Nepublikovaná diplomová práce). State University of New York.
- Coaston, S. C. (2017). Self-Care Through Self-Compassion: A Balm for Burnout. *The Professional Counselor*, 7(3), 285-297.

- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- CPA. (2017). *Canadian Code of Ethics for Psychologists*. Získáno 4. března 2019 z [https://cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA\\_Code\\_2017\\_4thEd.pdf](https://cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_2017_4thEd.pdf)
- ČMPS. (nedat.) *Sekce pro pozitivní psychologii při ČMPS*. Získáno 17. 10. 2018 z [https://cmps.ecn.cz/?page=pozitivni\\_psy](https://cmps.ecn.cz/?page=pozitivni_psy)
- Dettle, K. L. (2014). *Psychologist Self-Care, Perceived Stress, Psychological Distress, and Coping Self-Efficacy Across the Career-Span* (Nepublikovaná diplomová práce). Seton Hall University.
- Dorociak, K. (2015). *Development of the Personal and Professional Self-Care Scale* (Nepublikovaná diplomová práce). Loyla University Chicago.
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017a). Development of the professional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325-334.
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., & Zahniser, E. (2017b). Work Life, Well-Being, and Self-Care Across the Professional Lifespan of Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(6), 429-437.
- EFPA. (2005). *Meta-Code of Ethics*. Získáno 16. března 2019 z <http://ethics.efpa.eu/metaand-model-code/meta-code/>
- Field, A. (2016). *Discovering Statistics: Exploring Data*. Získáno 8. března 2019 z <https://www.discoveringstatistics.com/repository/exploringdata.pdf>
- Fisher, P., Chew, K., & Leow, Y. J. (2015). Clinical psychologists' use of reflection and reflective practice within clinical work. *Reflective Practice*, 16(6), 731-743.
- Foucault, M. (1986). *The Care of the Self: Volume 3 of the History of Sexuality*. New York: Pantheon Books.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 12, 73-82.

- Godfrey, C. M., Harrison, M. B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. D., & Oakley, P. (2011). Care of self–care by other–care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 3-24.
- Halmo, R. (2016). *Sebepéče v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada.
- Hartl., P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hillger, Ch. (2008). Lifestyle and Health Determinants. In W. Kirch (Ed.), *Encyclopedia of Public Health: Volume 1: A–H Volume 2: I – Z*. Berlin: Springer Science+Business Media.
- Honzák, R. (2009). Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *Psychiatria- psychoterapia-psychosomatika*, 16(3), 134-142. Získáno 12. února 2019 z <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2009/psy3-2009-cla3.pdf>
- Hönig, D. (2018). *Zvládací strategie psychoterapeutů/poradců ve vztahu k jejich pracovní a životní spokojenosti* (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita.
- IBM Corp. (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- iDNES. (2018). *Psychologů je málo, což nahrává šarlatánům, varuje asociace*. Získáno z [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klinicti-psychologove-nedostatek-deprese-asociace-zdravotni-pojistovny-detiadhautismus.A180709\\_095516\\_domaci\\_pmk](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/klinicti-psychologove-nedostatek-deprese-asociace-zdravotni-pojistovny-detiadhautismus.A180709_095516_domaci_pmk)
- IPPA. (nedat.) *About IPPA*. Získáno 12. 10. 2018 z <https://www.ippanetwork.org/about/>
- Jordan, K. (2010). Vicarious trauma: Proposed factors that impact clinicians. *Journal of Family Psychotherapy*, 21, 225–237.



- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kaczor, M. (2016). *Psychohygienu sociálního pracovníka*. (Nepublikovaná diplomová práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2009). Atlanta: *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Staženo 18. ledna 2019 z <https://www.aacu.org/sites/default/files/MHC-SFEnglish.pdf>
- Kottler, J. (2013). *Profesní psychohygienu terapeuta*. Praha: Portál.
- Koudelková, A. (1995). Metoda zjišťování duševního zdraví dospělé populace: psychometrické vlastnosti dotazníku K a L. *Československá psychiatrie*, 2, 88-97.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2015). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A Self-care Framework for Social workers: building a Strong Foundation for practice. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 96-103.
- Mareš, J. (Ed.). (2013). *25. výročí psychologie zdraví v České republice*. Brno: MSD.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.
- Maslach, Ch., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. C. P. Zalaquett, & Wood, R. J. (Eds.), *Evaluating Stress* (191–218).

- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370–396.
- Matušková, M. (2017). *Zdraví podporující a zdraví ohrožující chování dospělých respondentů ve vztahu k vybraným osobnostním charakteristikám*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita.
- MentalHealth.gov. (29. srpna 2017). *What Is Mental Health?* Získáno 27. února 2019 z <https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health>
- Michael, R. (8. července 2018). *What Self-Care Is – and What It Isn't*. Získáno 2. února 2019 z <https://psychcentral.com/blog/what-self-care-is-and-what-it-isnt-2/>
- Michaelson, J. (11. listopadu 2016). *Practicing Self-Care as a Parent*. Získáno 19. února 2019 z <https://blogs.psychcentral.com/weightless/2016/11/practicing-self-care-as-a-parent-qa-with-psychologist-jessica-michaelson/>
- Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Míček, L. (1988). *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Miller, J. J., Lianekhammy, J., Pope, N., Lee, J., & Grise-Owens, E. (2017). Self-care among healthcare social workers: An exploratory study. *Social Work in Health Care*, 1-19.
- Miller, J. J., Lianekhammy, J., & Grise-Owens, E. (2018a). Examining Self-Care Among Individuals Employed in Social Work Capacities: Implications for the Profession. *Advances in Social Work*, 18(4), 1250-1266.
- Miller, J. J., Poklembová, Z., Grise-Owens, E., & Bowman, A. (2018b). Exploring the self-care practice of social workers in Slovakia: How do they fare? *International Social Work*, 00(0), 1-12.
- Moráň, M. (2001). Poruchy spánku. *Interní medicína pro praxi*, 3, 104-109.

- Myers, S. B., Sweeney, A. C., Popick, V., Wesley, K., Bordfeld, A., & Fingerhut, R. (2012). Self-Care Practices and Perceived Stress Levels Among Psychology Graduate Students. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(1), 55-66.
- Nevypust' duši. (2017). *Výroční zpráva zapsaného spolku Nevypust' duši za rok 2017*. Získáno 28. února 2019 z [http://nevypustdusi.cz/wp-content/uploads/2018/10/Výroční%AD-zpráva-2017\\_final.pdf](http://nevypustdusi.cz/wp-content/uploads/2018/10/Výroční%AD-zpráva-2017_final.pdf)
- Nevypust' duši. (2019). *Sedm zásad zdravé psychohygieny*. Získáno 28. února 2019 z [http://nevypustdusi.cz/infografika/?\\_gallery=gg-1-22](http://nevypustdusi.cz/infografika/?_gallery=gg-1-22)
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. New York: Guilford Press.
- NÚDZ. (2018). *Světový den duševního zdraví: duševní onemocnění prožije v Česku ročně každý pátý člověk*. Získáno z <http://www.nudz.cz/files/pdf/tz-dus-evni-onemocne-ni-proz-ije-v-c-esku-roc-ne-kaz-dy-pa-ty-c.pdf>
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 345-350.
- Paulíková, M. (2015). *Užití teorie deficitu sebepěče klienta CMP* (Nepublikovaná diplomová práce). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: Norton.
- Piskořová, K. (2017). *Psychohygienu u sociálních pracovníků*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ptáček, R., Vňuková, M., Raboch, J., Smetáčková, I., Harsa, P., & Švandová, L. (2018). Syndrom vyhoření a životní styl učitelů českých základních škol. *Česká a slovenská psychiatrie*, 114(5), 199-204.

- Rode, N. (2005). Translation of Measurement Instruments and their Reliability: An Example of Job-Related Affective Well-Being Scale. *Metodološki zvezki*, 2(1), 15-26.
- Rogers, C. R. (1995). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rupert, P. A., Miller, A. O., & Dorociak, K. E. (2015). Preventing Burnout: What Does the Research Tell Us? *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(3), 168-174.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 57 (6), 1069- 1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (2010). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Saakvitne, & Pearlman. (1996). *Self-Care Assesment Worksheet*. Získáno 20. ledna 2019 z [https://www.mentoring.org/new-site/wp-content/uploads/2015/09/MARCH\\_2015\\_Self\\_Care\\_Assessment.pdf](https://www.mentoring.org/new-site/wp-content/uploads/2015/09/MARCH_2015_Self_Care_Assessment.pdf)
- Samuels, P. (2015). *Advice on Reliability Analysis with Small Samples*. Birmingham: Birmingham City University. Získáno 17. března 2019 z [https://www.researchgate.net/publication/280936182\\_Advice\\_on\\_Reliability\\_Analysis\\_with\\_Small\\_Samples](https://www.researchgate.net/publication/280936182_Advice_on_Reliability_Analysis_with_Small_Samples)
- Scibilia, B. (2015). *Why You Should Use Non-parametric Tests when Analyzing Data with Outliers*. Získáno 10. března 2019 z <http://blog.minitab.com/blog/applying-statistics-in-quality-projects/why-you-should-use-non-parametric-tests-when-analyzing-data-with-outliers>
- Scorsolini-Comin, F., Fontaine, A. M., Koller, S. H., & Santon, M. A. (2012). From Authentic Happiness to Well-Being: The Flourishing of Positive Psychology. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 26(4), 663-670. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400006>.

- Seedhouse, D. (2001). *Health: The Foundations for Achievement*. New York: John Wiley & Sons.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness*. London: Hodder & Stoughton.
- Seligman, M. (2011). *Flourish*. London: Hodder & Stoughton.
- Skovholt, T. M., Grier, T. L., & Hanson, M. R. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development*, 27, 167–176.
- Sunim, H. (2018). *The Things You Can See Only When You Slow Down*. London: Penguin Life.
- Svobodová, K. (2017). *Vztah empatie a syndromu vyhoření u zdravotních sester*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
- Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu: příručka*. Praha: Testcentrum.
- The Institute for Functional Medicine. (2016). *Self-Care Questionnaire*. Získáno 10. ledna 2018 z <https://static1.squarespace.com/static/581a52ff414fb5c2f581b403/t/59d6c0bfd7bdce90d546a3c3/1507246271211/Self-Care+Questionnaire.pdf>
- Time. (2005). *The New Science of Happiness*. Získáno 12. 10. 2018 z <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,1015832,00.html>
- Wallston, K. A. (1996). Healthy, Wealthy and Weiss: A History of Division 38 (Health Psychology). In D. Dewsbury (Ed.), *Histories of APA Divisions*. Získáno 12. 10. 2018 z <https://societyforhealthpsychology.org/wpcontent/uploads/2016/07/DivHistory.pdf>
- Weiss, L. (2004). *Therapist's Guide to Self-Care*. New York: Brunner – Routledge.
- Wise, E. H., Hersh, M. A., & Gibson, C. M. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Reenvisioning the Stress-Distress Continuum, 43(5), 487-494.

- World Federation For Mental Health. (2019). *There is no health without mental health*. Získáno 27. února 2019 z <https://wfmh.global>
- World Health Organization (2018). *Tobacco*. Získáno 12. února 2019 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Health Organization. (2001). *Basic documents, 43rd edn. Geneva: WHO*. Získáno 4. ledna 2019 z <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-editionen.pdf#page=7>
- World Health Organization. (2013). *Self-Care for Health*. Získáno z [http://apps.searo.who.int/PDS\\_DOCS/B5084.pdf](http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5084.pdf)
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Získáno 27. února 2019 z [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- Yager, G. G., & Tovar-Blank, Z. G. (2007). Wellness and counselor education. *The Journal of Humanistic Counseling*, 46, 142–153.
- Zahniser, E., Rupert, P. A., & Dorociak, K. E. (2017). Self-Care in Clinical Psychology Graduate Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(4), 283-289.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Část dotazníkové baterie

Příloha č. 3: Překlad Professional Self-Care Scale (PSCS)

Příloha č. 4: Šablona s anotací výzkumu

## **Příloha č. 1 Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vztah sebepéče k duševnímu zdraví u klinických psychologů

**Autor práce:** Bc. Anna-Marie Pospíšilová

**Vedoucí práce:** PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 85 stran, 142 459 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 107

**Abstrakt:** Sebepéče je považována za klíčový prvek nejen při prevenci vyhoření, ale také při zachování osobní pohody a podpoření celkového zdraví. V této diplomové práci předkládáme výsledky mapujícího kvantitativního výzkumu, který se zabýval souvislostí profesní a fyzické sebepéče s duševním zdravím u klinických psychologů. Výzkumu se zúčastnili kliničtí psychologové (n = 89), kteří vyplnili online dotazníkovou baterii složenou z nástrojů PSCS, Škály fyzické sebepéče a MHC-SF. Výsledky ukazují pozitivní souvislost mezi mírou profesní sebepéče (PSCS) a fyzické sebepéče s duševním zdravím (MHC-SF), přičemž nejvýznamněji souvisí s duševním zdravím subškála PSCS Life Balance charakterizovaná udržováním work-life balance a vyhledáváním sociální opory. Výzkum dále prokázal negativní vliv pracovního vytížení a vytížení administrativní činností na míru fyzické sebepéče. Posledním zjištěním bylo, že kliničtí psychologové s praxí kratší než 8 let se věnují profesní sebepěči více, než kliničtí psychologové s praxí delší než 20 let. Vliv manželství a výše příjmu na fyzickou i profesní sebepěči naopak prokázán nebyl.

**Klíčová slova:** sebepéče, duševní zdraví, osobní pohoda, klinický psycholog



## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** The Relationship Between Self-care and Mental Health in Clinical Psychologists

**Author:** Bc. Anna-Marie Pospíšilová

**Supervisor:** PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 85 pages, 142 459 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 107

**Abstract:** Self-Care is considered a key element not only in burnout prevention, but also in maintaining well-being and promoting overall health. This thesis presents the results of the exploratory quantitative research, which examined the link between self-care (professional and physical) and mental health in clinical psychologists. An online questionnaire consisting of three instruments: PSCS, Physical Self-care Scale and MHC-SF, was completed by clinical psychologists (n = 89). Results show a positive link between professional self-care (PSCS) and mental health (MHC-SF) as well as link between physical self-care and mental health. A PSCS subscale Life Balance showed the strongest link to mental health, suggesting that work-life balance and social support are most important self-care strategies. Furthermore, research has shown a negative impact of hours worked per week and administrative paperwork hours on the level of physical self-care. The last observation was that clinical psychologists with practice of less than 8 years were engaged in professional self-care more than clinical psychologists with practice of more than 20 years. Conversely, the influence of marital status and income on physical and professional self-care were not confirmed.

**Key words:** self-care, mental health, well-being, clinical psychologist

**Příloha č. 2 Část dotazníkové baterie**

***D O T A Z N Í K***

***Vztah sebepéče a duševního zdraví u klinických psychologů***

**SOCIO-DEMOGRAFICKÁ ČÁST**

**1. Jste...**

- žena
- muž
- jiné

**2. Je Vám...**

\_\_\_\_\_ let

**3. Jste...**

- ženatý/vdaná
- svobodný/á bez trvalého partnerského vztahu
- svobodný/á v trvalém partnerském vztahu
- rozvedená/ý
- ovdovělý/á

**4. Jak dlouho pracujete jako klinický psycholog (po složené atestační zkoušce)?**

- 0-7 let
- 8-20 let
- Více jak 20 let

**5. Pracujete ve...**

- veřejném sektoru
- soukromé praxi
- veřejném sektoru i soukromé praxi
- jiné

**6. Jaká je výše Vašeho pracovního úvazku v oblasti klinické praxe?**

\_\_\_\_\_

**7. Jaký je přibližně celkový počet hodin, které týdně odpracujete v oblasti klinické praxe?**

\_\_\_\_\_

**8. Kolik přibližně hodin týdně věnujete jednotlivým druhům pracovní náplně?**

- Administrativa (včetně chodu praxe): \_\_\_\_\_
- Psychodiagnostika: \_\_\_\_\_
- Psychoterapie: \_\_\_\_\_
- Krizová intervence: \_\_\_\_\_

**9. Jak hodnotíte celkovou spokojenost s Vaší prací?**

- Naprosto spokojen/a – Naprosto nespokojen/a

**10. Do které příjmové skupiny spadá Váš čistý měsíční příjem?**

Rozumíme, že se jedná o velmi citlivou otázku, máte proto možnost zvolit odpověď "Nechci odpovédět".

- 18 000 Kč nebo méně
- 18 001 Kč - 26 000 Kč
- 26 001 Kč - 35 000 Kč
- 35 001 - 45 000 Kč
- Více jak 45 000 Kč
- Nechci odpovédět

**ŠKÁLA FYZICKÉ SEBEPÉČE**

**Jak často...?**

**Téměř vůbec – Párkrát do měsíce – Asi 2x-3x týdně – Téměř každý den – Každý den**

1. Spíte alespoň 7 hodin denně?
2. Vypijete alespoň 2 litry tekutin denně?
3. Trávíte čas v přírodě?
4. Jíte vyváženou stravu bohatou na ovoce a zeleninu?
5. Se věnujete fyzickému cvičení po dobu alespoň 30 minut?

### **Příloha č. 3 Překlad Professional Self-Care Scale (PSCS)**

#### **Tvrzení hodnotte na škále (1) Nikdy----- (7) Vždy**

1. Rozvíjím dobré pracovní vztahy se svými kolegy.
2. Vyhýbám se samotě na pracovišti.
3. Stres související s prací sdílím s kolegy, k nimž mám důvěru.
4. Sdílím se svými kolegy pozitivní pracovní zkušenosti.
5. Pravidelně se účastním supervizí.
6. Věnuji se aktivitám, které podporují můj profesní rozvoj.
7. Ve své profesní komunitě se zapojuji do organizací, které jsou podle mě důležité.
8. Účastním se společenských a profesních akcí v rámci profesní komunity.
9. Udržuji své odborné znalosti na aktuální úrovni.
10. Snažím se věnovat co nejvíce času profesním aktivitám, které mi přinášejí potěšení.
11. Trávím čas s lidmi, v jejichž společnosti se cítím dobře.
12. Trávím čas s rodinou nebo přáteli.
13. Vyhledávám uvolňující aktivity nebo společnost lidí, s nimiž se cítím uvolněně.
14. Nacházím způsoby, jak do svého života vnášet pocit sounáležitosti a propojení s ostatními.
15. Snažím se být si vědom/a svých pocitů a potřeb.
16. Dohlížím na to, abych si byl/byla vědom/vědoma svých pocitů a reakcí vůči klientům/pacientům.
17. Jsem si vědom/a toho, co u mne spouští pracovní stres.
18. Aktivně usiluji o to, abych zvládnul/a náročné požadavky, které přinášejí má odborná práce.
19. Během pracovního dne si dávám přestávky.
20. Každý den věnuji čas relaxaci.
21. Vyhýbám se neúměrným pracovním závazkům.

## Příloha č. 4 Šablona s anotací výzkumu



### VÝZKUM SEBEPÉČE U KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ

Vážená paní, vážený pane,

rádi bychom Vás požádali o **10 minut Vašeho času** pro věnování se výzkumnému projektu do magisterské diplomové práce.

Naším cílem je přinést do českého odborného prostředí koncept **sebepéče** u pomáhajících profesí, konkrétně **u klinických psychologů a psychologek**. Sebepéčí se v obecné rovině rozumí **jakákoli záměrně prováděná aktivita přispívající k duševnímu či fyzickému zdraví**. Tento koncept je na americké psychologické půdě již pevně zakotven, a proto věříme v jeho vysoký přínos i **u nás, v České republice**.

Touto cestu Vás prosíme o **vyplnění anonymního dotazníku** týkajícího se **vztahu sebepéče a duševního zdraví u klinických psychologů**. Jeho vyplněním, které Vám zabere do 10 minut času, pomůžete blíže pochopit význam sebepéče v životě klinického psychologů a psychologek.

<http://www.click4survey.cz/s4/25538/4264ccf5>

**Bc. Anna-Marie Pospíšilová**  
anna-marie.pospisilova01@upol.cz

**PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.**  
jan.smahaj@upol.cz

Korespondenční adresa: Křížkovského 10, 771 80 Olomouc  
Sídlo: Vodární 6, 779 00 Olomouc  
Tel.: +420 585 633 501 | Fax: +420 585 633 700  
E-mail: [psychologie@upol.cz](mailto:psychologie@upol.cz) | [www.psych.upol.cz](http://www.psych.upol.cz)



Univerzita Palackého  
v Olomouci