

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019 - 2021

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Markéta Kastnerová

**Posttraumatický růst jako příležitost v osobním i
pracovním životě**

Praha 2021

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Neusarová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2019 - 2021

DIPLOMA THESIS

Markéta Kastnerová

**Post-traumatic growth as an opportunity in personal and
professional life**

Prague 2021

Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jana Neusarová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 20.9.2021

Jméno autorky: Markéta Kastnerová

.....

Poděkování

Své poděkování bych chtěla vyjádřit Mgr. Janě Neusarové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, věnovaný čas, trpělivost a vstřícný přístup.

Anotace

Cílem práce je seznámit se s různými možnostmi a faktory ovlivňujícími vyrovnávání se s důsledky traumatu. Někteří lidé s odstupem času uvádějí, že trauma je donutilo ke změně, kterou následně hodnotili jako kladnou. Tuto změnu lze označit jako posttraumatický růst. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou část a praktickou (výzkumnou) část. V teoretické části se zabýváme definicí a typy traumatu a krize, reakcemi na těžký stres a poruchami přizpůsobení, posttraumatickou stresovou poruchou, vlivem osobnostních a dalších charakteristik na zvládání náročných životních situací, posttraumatickým růstem, andragogickým poradenstvím a edukací se zaměřením na krizovou intervenci i práci s traumatem. Výzkumná část byla realizována v podobě kvantitativního výzkumu, formou dotazování, technikou standardizovaného dotazníku PTGI (Posttraumatic Growth Inventory). Cílovou skupinou je dospělá populace, která prožila v minulosti traumatický zážitek. Celkem se podařilo získat data od 102 respondentů. Pozitivní skutečností je, že 91 % respondentů vykazovalo známky posttraumatického růstu.

Klíčová slova

Krize, krizová intervence, posttraumatická stresová porucha, poradenství, posttraumatický růst, stres, trauma.

Annotation

The aim of the work is to get acquainted with various options and factors influencing coping with the consequences of trauma. Some people, with hindsight, say that trauma forced them to change, which they subsequently rated as positive. This change can be described as post-traumatic growth. The thesis is divided into two parts – the theoretical part and the practical (research) part. In the theoretical part we deal with definition and types of trauma and crisis, responses to severe stress and adjustment disorders, post-traumatic stress disorder, influence of personality and other characteristics on coping with difficult life situations, post-traumatic growth, andragogic counselling and education with a focus on crisis intervention and work with trauma. The research part was realized in the form of quantitative research, in the form of questioning, using the technique of a standardized PTGI questionnaire (Posttraumatic Growth Inventory). The target group was an adult population that had lived through the past traumatic experience. A total of 102 respondents managed to obtain data. The positive fact is that 91% of respondents showed signs of post-traumatic growth.

Keywords

Counseling, crisis, crisis intervention, post-traumatic growth, post-traumatic stress disorder, stress, trauma.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 TRAUMA	11
1.1 Definice traumatu	11
1.2 Typy traumat.....	12
2 KRIZE.....	14
2.1 Definice krize.....	14
2.2 Typy krizí.....	15
3 REAKCE NA TĚŽKÝ STRES A PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ.....	17
3.1 Akutní stresová reakce.....	17
3.2 Posttraumatická stresová reakce	20
3.3 Adaptace organismu	21
3.4 Porucha přizpůsobení.....	22
4 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA	23
4.1 Definice posttraumatické stresové poruchy	23
4.2 Příznaky posttraumatické stresové poruchy	24
5 VLIV OSOBNOSTNÍCH A DALŠÍCH CHARAKTERISTIK NA ZVLÁDÁNÍ NÁROČNÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍ.....	27
5.1 Faktory ovlivňující způsob zvládnání náročných životních situací.....	27
5.2 Osobnostní charakteristiky ovlivňující zpracování náročné životní události	29
5.3 Psychické zpracování náročné životní události	30
5.4 Sociální opora a rodinné zázemí	31
6 POSTTRAUMATICKÝ RŮST.....	32
6.1 Definice.....	32
6.2 Historie.....	34
6.3 Transgenerační trauma.....	36
6.4 Projevy traumatického růstu	37

7	ANDRAGOGICKÉ PORADENSTVÍ A EDUKACE SE ZAMĚŘENÍM NA KRIZOVOU INTERVENCI A PRÁCI S TRAUMATEM.....	38
7.1	Definice andragogického poradenství	38
7.2	Charakteristika andragogického poradenství	39
7.3	Andragogické poradenství v pojetí krizové intervence (KI)	40
7.3.1	Definice krizové intervence (KI)	40
7.3.2	Metodika krizové intervence (KI).....	41
7.3.3	Formy krizové intervence (KI).....	42
7.3.4	Krizová intervence versus psychoterapie	44
	PRAKTICKÁ ČÁST	45
8	METODIKA	45
8.1	Cíle práce	45
8.2	Použité metody	45
8.3	Charakteristika výzkumného souboru	46
8.4	Výzkumné otázky	48
8.5	Výzkumné hypotézy	49
9	VÝSLEDKY	50
9.1	Výsledky dotazníku PTGI (Posttraumatic grow inventory)	50
9.2	Statistické vyhodnocení hypotéz	62
9.2.1	Analýza vlivu věku na posttraumatický růst	62
9.2.2	Analýza vlivu časového odstupu od prožité traumatické události na posttraumatický růst	65
9.2.3	Analýza vlivu závažnosti traumatické události na posttraumatický růst	68
9.2.4	Analýza vlivu závažnosti traumatické události na spirituální oblast posttraumatického růstu.....	71
10	DISKUSE A ZÁVĚR.....	74
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	81
	SEZNAM ZKRATEK	86
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Transformace, modernizace, inovace, restrukturalizace, demokratizace, globalizace, robotizace či krize jsou v posledních letech stále častějšími synonymy pro soudobou společnost, které vyjadřují v podstatě jediné – neustálou přítomnost změny. Mění se výrobní postupy ve firmách, inovují se stroje, zařízení i technologie, rekonstruují se výrobní provozy, ale i prodejny a místa poskytování služeb, transformují se celé firmy v souladu s trendy v oboru, přáními koncového zákazníka, disponibilním lidským kapitálem či aktuální hodnotou měny. Mění se však i vztahy mezi lidmi a jejich podoba, a to jak ve sféře rodinné (např. nové modely rodiny), tak i osobní. Zkrátka změna ve vnějším světě, který nás obklopuje, je stálá. A jak se mění lidé? Transformují se stejně rychle a dokonale jako stroje a technologie či postupy práce? Zvládnou pružně reagovat na zrychlující se výrobní cykly a požadavky na inovace? Přizpůsobovat své životy měnícímu se prostředí? Jednoduchá odpověď na tuto otázku se nenabízí, je proto potřeba se na uvedený problém zaměřit úžeji (Langer, 2017, s.15). Současná moderní doba je pro mnoho lidí stresující, klade velké nároky na změny, adaptaci, transformaci myšlení a postojů člověka. Tato práce se konkrétně věnuje transformaci, která se v člověku odehrává v důsledku prožití negativní traumatické události.

Mezinárodní klasifikace nemocí popisuje trauma jako přímý důsledek stresové události nebo stresové situace (krátce či dlouho trvající) nezvykle ohrožujícího či katastrofického charakteru, která téměř u každého člověka evokuje pocit intenzivní tísně (Vizinová, Preis, 1999, s. 18). Posttraumatický růst vychází z této definice traumatu, ale též z širšího, „měkčího“ traumatu pojatého spíše ve smyslu krize, závažné události či náročné životní okolnosti. Trauma z tohoto pohledu nemusí mít jasně daný přímý a objektivní determinant (např. válka), ale má značný subjektivní aspekt (např. progresivní nemoc). Medicínský pohled vnímající vyléčení traumatu ve smyslu uzdravení se z traumatického stresu není pro definování posttraumatického růstu příznačný. Posttraumatický růst představuje spíše jakousi změnu v osobnosti člověka, provázenou i novou kvalitou života – tzv. posttraumatickým růstem (Preis, 2009, s. 14).

Nelze opomenout náročnost prožívání traumatu pro kteréhokoli člověka na Zemi. Trauma může pro každého představovat jiná událost; ať se již bude jednat o ztrátu blízké osoby, autonehodu či vážnou diagnózu. Vždy jde o stav, který otřese dosavadním způsobem života. Existují různé způsoby vyrovnávání se s traumatickou zkušeností, z nichž některé mohou člověku přinášet obohacení a podněcují jeho osobní růst. A právě tomuto možnému přínosu pro člověka po prožitém traumatu se věnuje tato diplomová práce.

Cílem práce je seznámit se s různými možnostmi vyrovnávání se s důsledky traumatu. U některých osob přináší trauma pouze negativní důsledky, poznamenává je celoživotně, bez možnosti a potenciálu pozitivních změn. Někteří lidé však s odstupem času uvádějí, že trauma je donutilo ke změně, kterou následně hodnotili jako kladnou. Tuto změnu lze označit jako posttraumatický růst, kterému je v poslední době věnována značná pozornost stran laické i odborné veřejnosti.

Práce bude vycházet ze studia odborných zdrojů, z tuzemské i odborné zahraniční literatury, z odborných článků vědeckých časopisů a sborníků, z elektronických internetových zdrojů ve vztahu k tématu kvalifikační práce. Téma má přesah do andragogického poradenství a dalšího vzdělávání dospělých (občanského, zájmového, profesního).

TEORETICKÁ ČÁST

1 TRAUMA

1.1 Definice traumatu

Trauma v medicíně je vnímáno jako označení ve významu řezné rány, tělesného úrazu, poškození organismu v důsledku nehody. Trauma v psychologii je vnímáno jako narušení psychické integrity po extrémně intenzivním negativním prožitku (Ottův slovník naučný, 2002, s. 669). Kromě fyzického traumatu hovoříme tedy též o psychickém traumatu.

Psychické trauma představuje velmi komplexní a diskutovaný problém, který přesahuje standardně uváděné definice. Trauma představuje široký pojem. Můžeme hovořit o traumatu zrození, sexuálním traumatu, traumatických událostech, traumatických vzpomínkách, traumatickém dětství aj. Dnes je slovo trauma často používaným slovním spojením nejen v odborné veřejnosti (Papežová, 2007, s. 41).

Trauma představuje reakci na situaci vzniklou v důsledku události přesahující běžnou lidskou zkušenost, přičemž mezi běžnými lidskými zkušenostmi můžeme zmínit např. úmrtí v rodině po závažném onemocnění. Trauma představuje těžký zásah, který je však součástí toku života (Špatenková, 2004, s. 18).

Psychickým traumatem nazýváme následky událostí, které přichází z vnějšího prostředí. Dotčená osoba je nemůže nijak ovlivnit. Toto zjištění je vnímáno jako extrémně děsivé. Tato prožitá zkušenost navozuje pocit bezmoci a ohrožení života nebo též narušení tělesné a duševní integrity. Základním znakem při prožití traumatizující události je zkušenost neuniknutelnosti a celková nepochopitelnost situace. Nemůžeme-li dát smysl události, kterou zažíváme, tak organismus nemá možnost spustit fyziologický adaptační mechanismus a tento prožitek proto nemůžeme zařadit mezi běžné životní zkušenosti (Vizinová, Preiss, 1999, s. 17).

Traumatickou událost představují situace, kdy jsme v ohrožení my sami nebo jsou v ohrožení naše blízké osoby. Jedná se o účast při nehodě, zabití, fyzickém násilí, přepadení, okradení, teroristickém útoku nebo přírodní katastrofě, ohrožení našeho obydlí (Doležalová et al., 2017, s. 8).

1.2 Typy traumat

Rozlišujeme několik typů traumatizujících událostí. Různí autoři uvádí dělení traumatizujících událostí rozdílně. Ján Praško ve své knize *Stop traumatickým vzpomínkám* rozděluje traumatické události do tří skupin: 1) katastrofy, které člověk nezpůsobuje záměrně, jako např. dopravní neštěstí, letecké katastrofy, požáry a výbuchy plynů, kolapsy budov a mostů, nukleární katastrofy; 2) přírodní katastrofy jako povodně, vichřice, lesní požáry, zemětřesení, výbuchy sopky a laviny 3) události, které jsou člověkem způsobené záměrně, například kriminální činy, přepadení, znásilnění, sexuální zneužívání, teroristické útoky, válečné události, mučení, holocaust (Praško, 2003, s. 22).

Arcel uvádí toto trojí rozdělení psychických traumat: a) primární traumatizace – jedná se o trauma, kde jedinec je přímým cílem agrese, např. zabití, mučení, znásilnění; b) sekundární traumatizace – u tohoto typu traumatu má člověk blízkou zkušenost s traumatizací někoho jiného, např. s rodinou člověka zabitého, mučeného, vyhoštěného, c) terciární traumatizace – jedinec není v přímém ani osobním vztahu k oběti prožitého traumatu, ale je v pozici svědka traumatizující události, např. jako humanitární pracovník, terapeut, člen perzekuované osoby (Vizinová, Preiss, 1999, s. 19).

Trauma je spojeno s osobním významem události, intenzitou a časovým hlediskem. Je spojené s obdobím, kdy se trauma odehrálo (v jakém věku jedince) a s jeho rodinným, sociálním a historickým kontextem. Trauma přichází z vnějších podnětů, často se ale odehrává v rodinném a blízkém sociálním prostředí (Doležalová et al., 2017, s. 8).

Z časového hlediska můžeme dělit trauma na jednorázové a chronické. Jednorázové trauma může být například závažný úraz, nehoda, bolestivý lékařský zákrok, ohrožení života, zážitek extrémního strachu (např. jako svědek přírodní katastrofy, teroristického nebo násilného útoku), přepadení, únos. Chronické dlouhodobé a vývojové trauma může jedinec zažívat nejčastěji v blízkém sociálním prostředí. Dítě např. může být obětí zneužívání, fyzického nebo psychického násilí, svědkem rizikového užívání drog a alkoholu či domácího násilí, anebo může být dlouhodobě zanedbáváno. K rozvoji traumatu může dojít po zveřejnění tabuizované informace, vlivem rozvodových komplikací a separace od rodinných příslušníků nebo v důsledku poruchy citové vazby k nejbližším či rizika jejího vzniku (Doležalová et al., 2017, s. 8-9).

Z dalších používaných termínů souvisejícími s traumatem si vysvětleme pojem posttraumatická stresová porucha (PTSD, sekundární traumatický stres a retraumatizace.

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je zpožděná reakce na trauma. Je provázená neurobiologickou nevyvážeností a má vliv na psychické funkce. Jedinec se může v různém sociálním prostředí chovat nestandardně (Doležalová et al., 2017, s. 9).

Sekundární traumatický stres může být vyvolán na základě práce s traumatizovanými lidmi, pracovní či osobní zkušenosti s traumatem jiné osoby, vyslechnutí či zhlédnutí traumatizujícího příběhu. Jedinec může zažívat stejné pocity a stavy jako při traumatu (Tamtéž, s. 9).

Retraumatizace je opětovné vyvolání pocitu a stavu jako u traumatu. Může vzniknout na základě určitého, třeba i náhodného spouštěče, což může být například nějaké místo, zvuk, pach, záblesk nebo dotek, který může vyvolat či prohloubit stejné pocity jako při traumatu (Tamtéž, s. 10).

2 KRIZE

2.1 Definice krize

Krize jako odborný termín představuje situace, při kterých dochází v životě člověka k dramatickým změnám, často spojovaných s negativními emocemi, přičemž se předpokládá časové zvládnutí krizové situace v horizontu 4-6 týdnů. Slovo krize pochází z původního řeckého slova *krinein*, vyjadřujícího množství významů ve smyslu rozlišování, posuzování a rozhodování. V dnešním pojetí slovo krize představuje rozhodující, zlomová období života jedince, páru, rodiny či celé společnosti. Můžeme rozlišovat např. tzv. krizi hodnot, hospodářskou krizi, vládní, finanční, energetickou či také ekologickou krizi. Krize je definována zlomový obrat ať ve smyslu změny k horšímu tak k lepšímu. Krize je považována za stav přechodný, za období nerovnováhy podnícené závažnou emoční událostí nebo radikální změnou navyklého způsobu života. Z jiného pohledu je krize definována jako chvíle rozhodující o tom, zda se v dané věci či činnosti dále setrvá a bude pokračovat, něco se něco změní, nebo zda bude tato činnost ukončena. Krizi lze vnímat také jako útrapy doprovázené pocitem ohrožení a strachem prožívaným v návaznosti na prožité okolnosti (Svobodová, 2018, s. 3).

Termín krize často bývá zaměňován s jinými pojmy, např. s pojmy konflikt, stres, trauma nebo deprese. Konflikt bývá nejčastěji považován za situaci, při které dojde ke střetu něčeho s něčím jiným. Tato situace někdy bývá vyhrocená natolik, že se může stát krizí. Pojem stres představuje nespecifickou fyziologickou odpověď na ohrožení nebo poškození organismu. Zatímco „trauma“ je specifikováno podnětem (tedy tím „co se stalo“), krize je specifikována subjektem (tedy osobou, „které se to stalo“). Deprese má mnoho společných příznaků s krizí (smutek, pocit zmaru, ztráta energie a motivace). Avšak zatímco krize je pouze patologickým stavem, deprese představuje psychické onemocnění neboli chorobný stav, které má jasně stanovená diagnostická kritéria (Špatenková, 2004, s. 17). Špatenková (2004, s. 17) doslovně zdůrazňuje, že: „*krize není nemoc, je to normální reakce na nenormální situaci*“.

Učinit obecný souhrn událostí, které by bylo možno striktně považovat za příčinu vzniku krize, je velmi obtížné především s ohledem na skutečnost, že každý člověk vnímá krizi zcela subjektivně. Tedy co pro jednoho může představovat krizi zapříčiňující těžký psychický stav, druhým jedincem může být vnímáno jako bezvýznamná maličkost, životní překážka, výzva (Špatenková, 2004, s. 19). Proto také Špatenková (2004, s. 19) přímo uvádí, že „*krizí je taková situace, kterou klient za krizi považuje.*“

I navzdory existenci tohoto subjektivního faktoru ovlivňujícího reálný vznik krize se v roce 1964 pokusili autoři Holmes a Rahe vytvořit seznam událostí (viz příloha 1), které mohou vznik krize zapříčinit. Tento seznam vytvořili na podkladě jejich mnohaletých klinických zkušeností. Každé události uvedené na seznamu je přiřazena určitá hodnota (body), přičemž nejvyšší možná přidělená hodnota je 100 (Životní události způsobující stresovou zátěž u dospělých, online, cit 2020-11-15). Za zmínku stojí skutečnost, že i společensky obecně vnímané radostné události na tomto seznamu jsou vnímány jako události zátěžové (např. Vánoce, sňatek) (Svobodová, 2018, s. 4).

Podobný seznam vytvořil De Meuse. Na tomto seznamu zmiňuje další nové události: rozchod s partnerem (77 bodů), větší zadlužení (47 bodů), potíže s přibuzenstvem z partnerovy strany (43 bodů), přijetí malé půjčky (29 bodů) a změna v počtu rodinných setkání (15 bodů) (Špatenková, 2004, s. 21). Další takový podobný seznam událostí možných vyvolat krizi vytvořila Vodáčková (2012, s. 42). V rámci tohoto seznamu je stanovena hraniční hodnota 250 bodů, která je v pojetí autorky považována jako jakási hranice vlastních možností.

2.2 Typy krizí

Krize jsou děleny z různých úhlů pohledu. Např. Baldwin v roce 1978 dělí krize do šesti typů (tříd) podle závažnosti: situační (dispoziční), přechodové (tranzitorní), traumatické, vývojové krize, psychopatologické krize a krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc (tzv. neodkladné krizové stavy). S vyššími třídami se postupně

vykazuje vyšší stupeň psychopatologie a s tím i závažnosti ve smyslu dopadů stresu z vnějšího prostředí dovnitř organismu.

Situační (dispoziční) krize je zapříčiněna převážně vnějšími stresovými faktory (nějaká ztráta, změna, volba) a je doprovázena intenzivní pocíty tísně. Příkladem může být ztráta zdraví, stěhování, rozhodování se mezi dvěma partnery apod.

Přechodové (tranzitorní) krize jsou typické pro určitá specifická období života, ve kterých dochází k přechodu z jedné životní fáze do druhé. Jsou tedy spojeny s přirozenými překážkami a mohli bychom předpokládat, že by se na ně člověk mohl připravit. Takovým obdobím může být puberta, sňatek, změna povolání apod.

Traumatická krize souvisí s neočekávatelnými a nekontrolovatelnými silnými vnějšími vlivy stresu, při kterých se člověk cítí zničený a kompenzační mechanismy stresu jsou ochromeny. Příkladem takových krizí je náhlá smrt milované osoby, přírodní katastrofy apod.

Vývojová krize souvisí s vývojovou psychologií, s psychodynamikou jedince a vývojovými otázkami v souvislosti s mezilidskými vztahy. Příkladem je závislost, hodnotové konflikty, důvěra, intimita, sexuální identita a další. Tyto krize jsou spojeny s neúspěšným dosažením citové zralosti, což má za následek, že problémy se opakují v dalších mezilidských vztazích (př. opakované neúspěšné partnerské vztah (partneři s nějakým typem závislosti, nevěra atd). Tento typ krize úzce souvisí s nezdárným zvládnutím přechodové krize v předchozím období.

Psychopatologické krize jsou typické pro neurotické osoby, jedinci trpící závislostí na drogách či alkoholu, lidí trpící psychózou. Tyto psychopatologie mohou tedy řešení krize významnou měrou ztížit nebo krizi i přímo zapříčinit z důvodu, že jedinci s predispozicí k duševnímu onemocnění jsou zranitelnější skupinou ve srovnání s tzv. normální populací.

Krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc (tzv. neodkladné krizové stavy) z pohledu Baldwinova dělení nejzávažnější. Člověk není schopen fungovat v běžném životě, jeho fungování se na celkové úrovni zhoršuje, nenesou odpovědnost za své skutky. Příkladem těchto stavů je akutní psychóza, panická úzkost, drogová nebo alkoholová intoxikace, či se jedná o osobnosti s nekontrolovatelnými impulsy (agrese, sebevražedné, vražedné jednání) (Špatenková, 2004, s. 28).

3 REAKCE NA TĚŽKÝ STRES A PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ

3.1 Akutní stresová reakce

Tato porucha vzniká jako reakce na výjimečně silný fyzický či psychický stres. Rozvíjí se i u lidí, kteří v minulosti nikdy netrpěli žádnou psychickou poruchou. Průběh bývá převážně krátkodobého charakteru, obvykle odeznívá po několika hodinách nanejvýš dnech.

Spouštěcím faktorem bývá silný zážitek, který bývá spojen s ohrožením dotčeného nebo jemu blízkého člověka (požár, autonehoda, znásilnění) či změnou v sociálních vztazích (rozvod, ztráta zaměstnání). Primární vulnerabilita se u zasažených různí, od toho se odvíjí odlišné reakce na stresovou událost. Větší riziko nastává u osob oslabených dlouhodobou nemocí nebo fyzickou či psychickou námahou.

Nejdříve se člověk dostane do stavu ustrnutí, které je doprovázeno zúženým vědomím, poruchou pozornosti a mírnou dezorientací. Následuje fáze, kdy u zasaženého nastane emoční otupění anebo v opačném případě aktivní „útěková reakce“ (Raboch et al., 2011, s. 37).

Aktivní reakce na stresovou událost je projevuje rychlou mobilizací sil. Jedná se o reakci typu útěk nebo útok. Na úrovni fyzické, emoční i v oblasti chování jsou typické tyto změny přítomné v různé intenzitě:

- třes a svalové napětí, pociťované až v celém těle
- silné pocení, návaly horka
- přesun krve do periferních oblastí, zrudnutí obličeje, u žen často přítomné skvrny na krku
- celkové zrychlení fyziologických procesů
- tachykardie
- výrazná mimika, měnící se mimika
- psychomotorický neklid

- momentálně vyvinutá neobyčejná síla
- silné prožívání emocí, hyperemotivita, silné projevování emocí
- převažující zlostné nebo smutkové reakce či přítomnost protichůdných reakcí, např. smích při prožívané tragické situaci
- tenze a třes rukou či třes celého těla
- autoagresivní sebepoškozující projevy (kousání, trhání vlasů) či agresivní projevy vůči druhé osobě
- překotné zrychlené tempo řeči
- potřeba zvýšeného močení
- subjektivní pocit zkrácení času
- těkavost, dekoncentrace, zhoršená schopnost komunikace (Vodáčková, 2012, s. 361-362).

Útok ve smyslu aktivní stresové reakce bývá zacílen přímo ke zdroji ohrožení nebo k náhradnímu objektu (na někoho nebo něco jiného). Možné je i přesunutí agrese na vlastní osobu. Útok představuje různé podoby chování od výhrůžné gestikulace, přes verbální ataky až po útok fyzický včetně sebevražedných sklonů. K aktivní stresové reakci můžeme zařadit i afinitu k upoutávání pozornosti, k sebeprosazení (např. odlišné a nápadné chování, úprava zevnějšku (Vágnerová, 2004, s. 56).

Méně často se vyskytuje pasivní stresová reakce. Tento typ reakce se vyskytuje u velmi závažných traumat. Tato reakce bývá nazývána „mrtvý brouk“ a patří mezi starší vývojové strategie. Projevuje se tak, že člověk ztuhne, nehýbe se, až se zdá, jako by umřel.

Tato reakce je typická:

- ztuhnutím, strnulostí, zamrznutím“
- přítomností nemotorného, nekoordinovaného pohybu
- odkrvením periferních částí těla, s viditelným zblednutím, eventuálně promodráním
- fyziologické procesy jsou celkově zpomalené
- přítomností studeného potu, záchvěvy zimou
- minimální mimika, ztuhlý výraz obličeje, jako maska
- vyhasnutí emocí, snížená emotivita
- zornice jsou rozšířené

- snížená senzitivita těla dosahující intenzity neschopnosti cítit tělo; s tím bývá spojené sebepoškozování, kdy se dotyčný záměrně zraňuje, aby cítil tělo
- narušené vnímání času, čas se zdá být nekonečně dlouhý
- pocit nemocnosti
- depersonalizace
- snížená schopnost vnímání, rozumět slovním sdělením
- neschopnost navázání očního kontaktu, dotyčný nemá očekávání a požadavky od okolí (Vodáčková, 2012, s. 361-362).

Únik z neřešitelné či neúnosné nastalé situace může být faktický (reálný, skutečný) (např. útěk z místa tragédie), symbolický (zakrytí obličeje rukama), fantazijní. Nezpracované trauma může vést k nejrůznějším projevům, jako např. únik do nemoci (somatizace), přesunutí odpovědnosti na jinou osobu, popírání přítomnosti problému nebo jeho bagatelizování a zlehčování, izolace člověka nebo regrese jedince, negativní ladění člověka, denní snění, únik k alkoholu či jiným návykovým látkám. Nevratnou formou úniku ze života je sebevražda (Vágnerová, 2004, s. 56).

Za zvýšenou odpověď na stresové stimuly je zodpovědný noradrenalinový neurotransmiterový systém, který způsobuje tachykardii, hypertenzi, v moči se nalézá zvýšená hladina metabolitů adrenalinu a noradrenalinu. Serotoninergní dysfunkce způsobuje pozitivní symptomatologii, projevující se iritabilitou a záchvaty vzteku. Negativní symptomatologie je řízena endogenním opiátovým systémem, způsobuje u pacienta vyhasnutí afektivity, tendence k izolaci, abulii.

Akutní stresovou reakci je možné diagnostikovat v rámci mezinárodní klasifikace nemocí pod diagnózou F43.0. Symptomy po krátké době obvykle vymizí. Jako první pomoc dotyčnému poskytujeme zklidňující psychoterapii, účinná může být také jednorázová dávka benzodiazepinů.

Rozumná míra stresu je normální součástí života a je zdravá, obzvláště, pokud člověk stresovou situaci očekává a je na ni připraven. V průběhu života však často přicházejí nepředpokládané a vlastními silami nezvládnutelné situace vyvolávající traumatickou odpověď (Raboch et al., 2011, s. 37).

3.2 Posttraumatická stresová reakce

Psychická resp. psychofyziologická reakce člověka na zážitek, který jej traumatizuje, může být různá a může probíhat u každého člověka různě dlouhou dobu. Je třeba rozlišovat, jaké z těchto reakcí jsou běžné, nelze je tedy považovat za poruchu, a jaké reakce jsou již nefyziologické. Posttraumatické stresové reakce je možné si představit jako jistou formu zpracování a pomalého vyrovnávání se s traumatem (Vágnerová, 2008, s. 426). Všechny reakce nenabývají intenzity a charakteru traumatu či posttraumatické poruchy, a však nelze je podceňovat. I když nedosahují intenzity psychického traumatu nebo nenabývají kritérií formální diagnostické definice traumatu, mohou negativně ovlivnit normální fungování osoby (Kohoutek a Čermák, 2009, s. 23). Jestliže se zasaženému člověku nepodaří traumatický prožitek zvládnout, dochází ke vzniku psychické poruchy, četné patologické příznaky přetrvávají dlouhou dobu a následně významně narušují prožívání i chování jedince (Vágnerová, 2008, s. 426).

Reakce na traumatizující zážitek bývá popisována v pěti následujících fázích:

1) fáze šoku a popření. Tato fáze je popisována slovními projevy jako: „to není možné, že by se něco takového vůbec mohlo stát“;

2) fáze přijetí reality traumatu a prožitků s ním spojených. Tato fáze je popisována slovními projevy jako: „něco tak hrozného se mi opravdu stalo“;

3) fáze postupného vyrovnávání s traumatickým zážitkem spojeného se změnami v rozumovém hodnocení této zkušenosti i citovém prožívání. Pro tuto fázi je typický postoj: „právě mně se to stalo“;

4) fáze reflexe a zpracování traumatu. Tato fáze je popisována slovními projevy „musím se s tím nějak vyrovnat“;

5) fáze zklidnění a vyrovnání. Slovně je možné tuto fázi charakterizovat: „Jsem to pořád já, a i když se mi něco takového stalo, musím žít dál“ (Vágnerová, 2008, s. 437).

3.3 Adaptace organismu

Adaptaci obecně vnímáme jako způsob přizpůsobení se člověka k danému prostředí, způsob vyrovnávání se s určitými úkoly a životními situacemi. Adaptace je nezbytnou podmínkou přežití. Představuje chování organismů umožňující jim přizpůsobení se podmínkám (prostředí), ve kterých žijí. Je umožněna schopností organismu vyrovnávat se s nároky v určitém rozmezí možností a tím zachovávat vnitřní rovnováhu. Adaptace podmiňuje nacházení nových způsobů chování, využívání a uzpůsobování již dříve osvědčených adaptačních mechanismů novým podmínkám. V rámci fyziologické adaptace je cílem dosažení a udržení relativně stabilního stavu vnitřní rovnováhy organismu, tzv. homeostázy. Stejně tak významná je však i rovnováha psychická, označovaná jako naladění ve smyslu vnitřní pohody osobnosti, ve smyslu biopsychosociálně-duchovní entity, neboli duševní harmonie (Paulík, 2010, s. 11-12). Adaptabilita představuje schopnost jedince přizpůsobovat se přírodnímu nebo společenskému prostředí. Nedostatečná, snížená či narušená adaptabilita se může projevit formou mnohých psychopatologických symptomů (Hartl, Hartlová, 2000, s. 16).

Adaptaci na úrovni osobnosti jedince můžeme rozlišovat objektivní a subjektivní. Objektivní adaptace je posuzována různými pohledy, např. z hlediska včleňování člověka do nastalých životních podmínek, z pohledu zakotvení ve své rodině, mezi přáteli, známými, z pohledu zvládnání nároků zaměstnání, partnerských vztahů. V rámci subjektivní adaptace je hodnoceno přijímání, hodnocení a vlastní postavení člověka ve světě ostatních lidí. Hodnotí se, jak se člověk v různých oblastech života cítí (zda spokojený a šťastný nebo naopak nespokojený a v napětí, neklidu či úzkosti (Smékal, 2012, s. 142). Dobře adaptovaný jedinec by měl být schopen úspěšně řešit a zvládat různé životní úkoly, sociálně konstruktivním způsobem se vyrovnávat s problémy i s požadavky okolí a též je schopen přijmout sám sebe takového, jaký je. (Skřivanová, 2015, s. 11). Opakem termínu adaptace je pojem maladaptace. Znamená to, že člověk není úspěšně či dostatečně adaptovaný, přichází často do konfliktů, není schopen přijmout sám sebe, zvládat překážky, přijatelným způsobem se vyrovnávat s problémy, nepřiměřeně reaguje na nastalou situaci. Maladaptovaný jedinec tedy na něj

kladené životní nároky, překážky a přichozí problémy zvládá obtížně nebo dokonce vůbec. Často trpí nejen on sám, ale i jeho okolí (Paulík, 2010, s. 13).

Běžné výkyvy prostředí (a s tím související změny fyziologických funkcí) narušují adaptaci jen nevýznamně a v přijatelných mezích. Projevují se např. jako individuální zvláštnosti v charakteru lidí, tedy jako charakterové vlastnosti jedince, neupoutávají pozornost ze strany okolí. Jsou-li však změny ve vnějším prostředí nebo i ve vnitřním organismu výrazné a neběžné, pak se adaptační mechanismy vyčerpávají. Všeobecně platí, že adaptační dynamismy se projevují viditelněji v obdobích výrazných změn, představujících velkou zátěž, tedy v nových a neznámých situacích, se kterými se člověk běžně v životě nepotká, což vede k tomu, že dosavadní způsoby prožívání a jednání jsou nedostačující (Smékal, 2012, s. 142). Lidská adaptace nastává v interakci mezi osobností a prostředím a závisí na celé řadě faktorů. Význam má genetická výbava, dovednosti naučené v průběhu života a osobnost jedince (Höschl, et al., 2004, s. 518). Adaptační proces je narušen v důsledku stresu, kdy dochází k selhání mechanismů zvládání stresu nebo selhání odolnosti (Skřivanová, 2015, s. 12).

3.4 Porucha přizpůsobení

Porucha přizpůsobení vzniká také podobně jako trauma v důsledku některé životní události, na kterou člověk reaguje nepřiměřenou intenzitou i délkou trvání. Obtíže se projevují přibližně po 1 měsíci, mohou být různě závažné, v těžkých případech mohou vést i k pracovní neschopnosti. Tato porucha bývá diagnostikována pod mezinárodní klasifikací nemocí (MKN) pod kategorií F 43.2 – Porucha přizpůsobení, v rámci reakce na těžký stres.

Symptomy poruchy přizpůsobení se mohou různit:

- depresivní – bývá krátkodobého charakteru (do 1 měsíce) a protahovaná (do 2 let);
- úzkostná – projevuje se především jako úzkostná a depresivní reakce, ale nastávají také poruchy jiných emocí (trvání po několik měsíců);
- poruchy chování – jsou doprovázeny agresivitou, asociálním chováním (Raboch et al., 2011, s. 38).

4 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

4.1 Definice posttraumatické stresové poruchy

Posttraumatická stresová porucha (PTSP nebo v anglickém jazyce PTSD – Posttraumatic Stress Disorder), označovaná v některé literatuře též jako posttraumatická stresová neuróza nebo posttraumatický stresový syndrom, je opožděná reakce na mimořádně emočně těžkou stresovou událost, závažná v takové míře, že překračuje běžnou lidskou zkušenost a bývá jako traumatická vnímána většinou lidí (Vymětal, 2007, s. 335). První popis této poruchy vznikl na základě válečné traumatické neurózy. Rozvoj nastává po delší době, než je tomu u akutní stresové reakce, a může trvat i několik měsíců. Dotyčný znovu prožívá stresovou událost, vrací se k ní v myšlenkách nebo ve snech, přestože vzpomínky mohou být narušené (Raboch et al., 2011, s. 38).

Každý prožitý okamžik naše psychika zpracuje a začleňuje do celku jako prvek, který v konečné podobě tvoří příběh. Pokud je tento proces narušen např. v důsledku prožitého traumatu, prvek se nezačlení a nemůže se tak stát součástí celkové minulosti. Lidé zasažení PTSP se ocitají v tomto nezačleněném časovém období, což způsobuje, že se stále nacházejí v prožitku traumatu (Duševní poruchy a poruchy chování. s. 149-150).

Posttraumatická reakce se snáze rozvine u oslabených skupin populace, jako jsou staří, nemocní nebo jinak znevýhodnění lidé. Důvodem je, že nečekaně prožívaná náhlá zdrcující událost u nich prohloubí již předem přítomnou bezmoc (Vodáčková, 2012, s. 365). Vyvolávacím faktorem bývá stresová událost, ale důležitou roli hraje také genetická dispozice, která k rozvoji poruchy přispívá až z 13–34 %. Větší pravděpodobnost rozvoje PTSD je u lidí, kteří byli již dříve vystavováni silným zátěžovým situacím (Raboch et al., 2011, s. 38). Posttraumatickou stresovou poruchou údajně trpí až 10 % celkové populace. Vyskytuje se u mužů i žen bez rozdílu věku. Může se vyskytovat i u dětí, např. v případech velkého vlivu traumatizující události, jakou je např. sexuální nebo též tělesné zneužívání, ztráta rodičů, válka a další katastrofy. Rozdílná je též délka příznaků. Zatímco u některých jedinců se příznaky

postupně samy vytráčí, u jiných jedinců příznaky přetrvávají roky, u některých pak dokonce i po celý život. Doprovodnými příznaky posttraumatické stresové poruchy pak může být deprese, zneužívání alkoholu či dalších návykových látek (Joseph, 2017, s. 201). Může se vyvinout také agorafobie, panická porucha, depresivní stavy či obsedantně kompulzivní porucha. Celoživotně se posttraumatická stresová porucha vyskytuje odhadem u 1 – 9 % jedinců. (Raboch et al., 2011, s. 38).

Průběh posttraumatické stresové poruchy je velmi proměnlivý. U většiny jedinců dochází k uzdravení, tedy až u 30 % dojde k postupnému spontánnímu uzdravení. U 40 % setrvávají mírné příznaky, u 20 % setrvávají střední příznaky a u asi 10 % jedinců není pozorováno žádné zlepšení a příznaky setrvávají celoživotně. U malého procenta dochází k chronickému řadu let trvajícím průběhu posttraumatické stresové poruchy a také k trvalé změně osobnosti (Praško, Hájek, Preiss, 2002, s. 42).

4.2 Příznaky posttraumatické stresové poruchy

Posttraumatická stresová porucha se diagnostikuje, pokud platí následující kritéria: stav vznikl do šesti měsíců po traumatické události, kromě prokázaného traumatu musí být přítomno opakované, neodbytné, znovu vybavování nebo znovuprožívání události ve vzpomínkách, denních živých představách a snech., často je přítomné výrazné emoční stažení, citové otupění a vyhýbání se podnětům, které by mohly traumatizující událost znovu vyvolat. K diagnóze přispívají vegetativní poruchy, porucha nálady a abnormální chování (Vymětal, 2007, s. 335). V mezinárodní klasifikaci nemocí je uváděna pod diagnózou F 43, Reakce na závažný stres, kdy posttraumatická stresová porucha je uváděna konkrétně pod diagnózou F 43.1.

Probíhá ve 3 stupních:

1. nespecifická reakce doprovázena úzkostmi;
2. po 4 až 6 týdnech přicházejí pocity bezmoci, dotyčný ztrácí kontrolu nad sebou samým, chová se vyhýbavě, může pociťovat zlost;
3. chronická PTSD spojená s demoralizací a invalidizací zasaženého, přeměna životních hodnot.

Pro diagnostiku PTSD dle MKN F 43.1 (se používá systém kritérií, které alespoň v pěti bodech pacient trpící touto poruchou splňuje:

- jedinec byl vystaven traumatické události;
- traumatická událost je znovu prožívána ve formě úzkostných vzpomínek, flashbacků, myšlenek, snů, pocitů, halucinací nebo iluzí;
- po vystavení pacienta podnětům připomínajícím trauma se objevují značné psychické potíže;
- osoba se vyhýbá podnětům, myšlenkám, místům nebo činnostem připomínajícím událost. Obtížně si vybavuje některé momenty z období traumatu a někdy pocituje odcizení od okolní společnosti;
- u pacienta pozorujeme zvýšenou dráždivost, která před traumatem nebyla přítomna. Jde například o neklidný spánek či potíže s usínáním, zvýšená úleková reaktivita (při náhlém hluku, záblesku světla nebo dotyku). Dostávají se potíže s koncentrací, skrytá agrese s občasnými návaly hněvu;
- veškeré symptomy trvají déle než jeden měsíc;
- duševní porucha se promítá do pracovního, sociálního i rodinného života pacienta. Klesá zájem o koníčky a oblíbené činnosti a mohou se objevit poruchy sebehodnocení a emoční strnulost.

Posttraumatický stresový syndrom může být spojen i s jinými psychickými poruchami, jako jsou deprese, panická porucha, fobie a generalizovaná úzkostná porucha. Někdy lze PTSD zaměnit s těmito chorobami, diferenciální diagnostikou je však dokážeme navzájem odlišit.

PTSD můžeme diagnostikovat také biochemicky stanovením krevní hladiny hormonu kortizolu z kůry nadledvin. U nemocných PTSD se kortizolémie paradoxně snižuje, přestože odpovědí na stres by mělo být naopak zvýšení hladiny kortizolu v krvi (Raboch et al., 2011, s. 38).

Posttraumatická stresová porucha je v podstatě neurotickou chorobou, stejně jako fobie a úzkostné stavy. Vyskytuje se u milionů lidí na celém světě v důsledku nějaké tragické události či katastrofy, které byli přítomni jako účastníci (oběti) či svědci a která téměř každého člověka evokuje v době ohrožení vnitřní pocity tísně a stresové reakce. Příkladem takových událostí jsou války, únosy, mučení, živelné pohromy,

přepadení, znásilnění, zneužívání dětí, autonehody, vážné nečekané zdravotní problémy apod. (Svobodová, 2018, s. 9).

Především je nutné vyloučit organickou duševní chorobu, jakou může být třeba organická porucha osobnosti, delirium nebo anamnestický syndrom. Podobné symptomy mohou vznikat také v důsledku fyzického poranění, např. po úrazech hlavy. Současně se obvykle rozvíjí i depresivní epizoda a symptomy se mohou v mnohém překrývat, v tom případě je vhodné diagnostikovat a léčit oboje současně. U ených se může rozvinout až fobický vztah k danému místu či situaci a při střetu s těmito stimuly může reagovat panickou atakou. V rámci léčby je nejvhodnější kombinace psychoterapeutických postupů a podávání psychofarmak. Velmi důležitá je časná krizová intervence a podpůrná psychoterapie, které mohou od samého začátku zmírnit průběh (Raboch et al., 2011, s. 38).

5 Vliv osobnostních a dalších charakteristik na zvládání náročných životních situací

5.1 Faktory ovlivňující způsob zvládání náročných životních situací

Každý člověk reaguje za určitých okolností v různých ohrožujících situacích rozdílně (např. závažné onemocnění, setkání se smrtí, přepadení, znásilnění, mučení, přírodní katastrofy atd.). Tato rozdílnost lidí zpracovat zátěž souvisí s mnoha faktory. Např. na tom, jak jsou lidé momentálně predisponováni, jaké mají předpoklady a životní zkušenosti. Závažnost možných negativních důsledků ovlivňuje individuálně rozdílná míra vulnerability, tj. citlivosti a odolnosti člověka na náročné životní situace. Význam mají též okolnosti, za nichž trauma vzniklo. Důležitá je též skutečnost, zda se člověku dostalo potřebné sociální podpory. Roli má též běžné vnímání traumatické situace ve společnosti, jejíž je jedinec součástí. Reakce na trauma nebo dopad silného stresu jsou odvislé též od toho, zda se týkala pouze jednoho jedince nebo více obětí (např. živelní katastrofy). Reakce na závažné trauma jsou rozdílné také dle příčiny vzniku traumatické události. Rozdílný je pohled na přírodní katastrofu a na traumatickou událost zapříčiněnou lidskou činností, zejména pokud šlo o úmyslné jednání. Někteří lidé se umí vypořádají s traumatickou událostí bez větších problémů a újmy, zatímco jiní prožívají v podobné situaci pocity beznaděje a strachu. Z toho vyplývá, že každý lidský zážitek je relativní, je vnímán subjektivně rozdílně, každý reaguje na podobné traumatické zážitky různě a jak již bylo zmíněno, psychická zranitelnost, resp. psychická odolnost člověka závisí na mnohých faktorech jak osobnostních, tak i sociálních (Skřivanová, 2015, s. 36). Při vzniku traumatu tedy dochází k neúměrné psychické zátěži člověka a skutečnost, jak bude každý jedinec zpracovávat psychické trauma a jaká bude míra dopadu traumatické události, je u každého jedince odlišná, závisí a je ovlivněn mnoha okolnostmi.

Kohoutek a Čermák (2009, s. 41) uvádějí toto rozdělení faktorů ovlivňujících reakci na trauma:

- *vnější faktory* - jde o faktory působící z vnějšího prostředí přímo, též o faktory působící příčinně (např. druh traumatické události);

- *psychologické faktory* – jde o faktory vycházející z individuality osobnosti jedince, průběh reakce na trauma a celkový způsob prožívání a zpracování traumatického zážitku;

- *mediátory a moderátory* vzniku psychických následků – jedná se o skutečnosti nemající přímý příčinný důsledek, ale reakci na traumatický zážitek mohou výrazně modifikovat ve smyslu pozitivním i negativním (např. přítomnost přiměřené pomoci a sociální opory nebo v opačném směru sociální izolace);

- *prediktory* – jedná se o další charakteristiky umožňující předvídat prevalenci, tedy míru pravděpodobného výskytu psychických dopadů (např. sociodemografické determinanty jako pohlaví, věk aj.).

Všechny zmiňované faktory se podílejí a zároveň ovlivňují zpracování traumatu, mohou mít zásadní roli a rozhodují o tom, zda se člověk s prožitou traumatickou událostí, i když je zatěžující a stresující, bude umět vyrovnat s pomocí obecných adaptačních mechanismů a procesů, či zda dojde k významnému snížení nebo selhání adaptačního procesu, čímž člověk nebude umět se s traumatickou událostí sám vyrovnat s ohledem na skutečnost, že situace pro něj bude mimořádně zatěžující, ohrožující, utlačující, vyčerpávající a traumatizující (Skřivanová, 2015, s. 36).

Výše zmíněné rizikové faktory dle statistických dat zvyšují pravděpodobnost rozvoje PTSD po prožití traumatické události, ale i navzdory jejich výskytu nemusí u každého jedince PTSD vzniknout a zase naopak u stabilní osobnosti bez přítomnosti rizikových faktorů je naopak možné, aby se po těžkém traumatu PTSD rozvinul (Hašto, Vojtová, 2012, s. 22).

5.2 Osobnostní charakteristiky ovlivňující zpracování náročné životní události

Základním indikátorem rozhodným pro daný vývoj jedince a s tím související psychologickou problematiku je věk. Z pohledu věku jsou nejzranitelnějšími skupinami všeobecně děti, dospívající a staří lidé. Konkrétně např. sebevražedné myšlení se vyskytuje nejvíce u dospívajících a také sociálně izolovaných seniorů.

Pohlaví je také důležitým determinantem. Vesměs můžeme soudit, že ženy jsou více emotivní, hovorné a nemají takový problém s ventilací svých problémů. Muži častěji řeší problémy samostatně, a to například alkoholem, prací nebo sexualitou. U žen je prevalence PTSD dvojnásobně vyšší ve srovnání s muži. Nejčastějšími traumaty vyskytujícími se u mužů jsou válečné zkušenosti a autonehody, u žen je nejčastějším traumatem znásilnění.

Na průběh krize má také vliv zdravotní kondice člověka, tedy psychický či fyzický stav, a osobnostní charakteristiky, např. charakter a emocionální reaktivita. Hůře se s traumatem vyrovnávají osoby úzkostné, neurotické a introvertní. Více náchylné jsou osoby, které již též před prožitím traumatické události měly předchozí psychické problémy (nejčastěji se jedná o psychické projevy zahrnující úzkost a deprese). Vliv má také schopnost člověka zvládat náročné životní situace, resilience (odolnost) organismu, houževnatost.

Oslabujícím způsobem působí nedořešené krize z předchozích období, znesnadňující schopnost člověka řešit krize nově následující a zároveň současně působící (sekundární) (Skřivanová, 2015, s. 40-41).

Protektivně se mohou naopak projevit osobnostní charakteristiky mající blízko k jedincově pojetí „já“, tedy vnímání sebe sama ve smyslu zdravého sebepojetí, zdravé sebedůvěry, emoční stability před traumatem, charakteristiky osobnosti ve smyslu odolnosti, víry, vnitřní síly, houževnatosti. Důležité je také náboženské přesvědčení, které člověka mimo jiné posiluje a dodává naději představující důležitý významný pozitivní faktor i pro lidi nevěřící. Stejně tak významná je důležitost interpretace smysluplnosti dané situace (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 63).

5.3 Psychické zpracování náročné životní události

Psychické zpracování náročné životní události je významně ovlivněno subjektivním vnímáním rizika (resp. bezpečnosti) dané konkrétní události. Narušený pocit bezpečí, narušené vnímání vlastního ohrožení zásadně se rozcházející s výší reálného rizika obecně zmírňuje nebo naopak zhoršuje průběh traumatu. V riziku jsou lidé vnímající vysoké ohrožení za situace nízkého nebezpečí, a ještě výrazněji jsou rizikovější lidé vnímající nízké ohrožení za situace vysokého nebezpečí. Lidé ignorující příznaky blížícího se ohrožení si budou s největší pravděpodobností v kritické zátěžové situaci počínat více zkratkovitě, mají sklon snáze podlehnout šoku a obtížněji se adaptují než ti, kteří nebezpečí očekávají a počítají s ním (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 45).

Z pohledu psychické zátěže a dopadů traumatického zážitku je významné kognitivní zpracování a interpretace události. Problematickým a kritickým bodem je, když jedinec události nerozumí, stojí mimo jeho možnosti vnímání a chápání, nečeká ji, nezná rizika a je dezinformován, nemůže se připravit. Dochází-li ke ztrátě vnitřní nezávislosti, kontroly nad děním kolem i nad vlastními prožitky, pravděpodobný rozvoj těžších dopadů a následků prožitého traumatu vzrůstá. Též vlastní reakce na traumatizující událost, především když je velmi intenzivní, obtížně ovladatelná vůlí a výrazně ovlivňuje jednání člověka, působí jako velmi ohrožující faktor z důvodu, že nadále umocňuje pocity bezmocnosti i úzkosti (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 49).

Pozitivním a ochranným faktorem zmírňujícím za určitých okolností vývoj traumatu, je předchozí zkušenost s jinou traumatickou událostí podobného charakteru. Lidé, kteří prožili v minulosti traumatickou zkušenost, zpravidla vykazují menší počet negativních psychických příznaků a úzkostných pocitů než lidé bez podobného prožitku. Neplatí to samozřejmě u všech. Psychické trauma, resp. traumatická událost není řazeno mezi běžné životní zkušenosti, a proto nejsme na něj připraveni s ohledem na jeho náhlost, neočekávanost a s tím související neznalost adekvátních postupů zpracování a vyřešení dané situace. Je prakticky zcela jisté, že člověka tato událost hluboce zasáhne, může se cítit ohrožený, i když žádné nebezpečí až není přítomno. Může obviňovat sebe, ztrácí důvěru ve vlastní hodnotu i kontrolu nad svým vlastním prožíváním a uvažováním. I když existují protektivní faktory zmírňující

v individuálních případech průběh traumatu, je psychické zpracování traumatické události pro traumatizovaného jedince velmi náročné (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 45).

5.4 Sociální opora a rodinné zázemí

Sociální opora je významným mediátorem ovlivňujícím psychické zpracování traumatu a zanechání psychických následků. Dostupnost sociální opory a pomoci bývá spojována s nižším rizikem vzniku negativních psychických důsledků traumatizujícího prožitku. Brzká efektivní intervence (jak ve formě profesionálního zásahu v rámci krizové intervence, tak v podobě podpory ze strany blízkého sociálního okolí) může významným způsobem ovlivnit průběh reakce na traumatickou událost a psychické dopady prožité traumatizující události. Z pohledu sociální opory je důležitý aspekt, že člověk získává trvalou pozornost i přítomnost druhých. Základní a nejpřirozenější sociální oporou je samozřejmě rodina (Kohoutek, Čermák, 2009, s. 56).

6 POSTTRAUMATICKÝ RŮST

6.1 Definice

Konstatování, že trauma nemusí znamenat jen bolest, se může zdát na první dojem jako hrubé a tvrdé. Stoupá však počet zkušeností a výzkumných prací, které odhalují kromě nežádoucích a negativních důsledků traumatu též výskyt pozitivních přínosů traumatu (Preiss, 2009, s. 12). Lidé s anamnézou zažitého, prožitého nebo přežitého traumatického zážitku mohou být zpracováním a přijetím těchto těžkých zážitků naopak posíleni. Útrpná životní událost a prožitá traumatická zkušenost může v některých případech kromě negativních dopadů paradoxně nastartovat i postupný rozvoj pozitivních změn (Mareš, 2012). Trauma tedy nezpůsobuje v lidské psychice jen blokády a temný odraz prožitku, ale za určitých okolností může být i přínosem ve smyslu pozitivního potenciálu osobnosti.

Vyrovňávání se s traumatem může vyvolat negativní i pozitivní prožitky, nejčastěji pak směs negativních a pozitivních prožitků. U některých jedinců má trauma pouze negativní dopad, poznamenávající osobnost člověka v negativním smyslu, bez možnosti pozitiv. Po určité době v odstupu po prožitém traumatu někteří lidé uvádějí, že trauma je přimělo ke změně, kterou hodnotí kladně. Tato pozitivní změna je odborně nazývána jako posttraumatický růst (Preiss, 2009, s. 12). Někdy bývá překládán anglický termín *posttraumatic growth* ve smyslu posttraumatického rozvoje osobnosti (Vančura, 2007, s. 32).

Mareš (2012, s. 42) uvádí, že přesnějším výkladem anglického výrazu *posttraumatic growth* v českém jazyce z psychologického hlediska je však již zmíněný posttraumatický rozvoj, neboť se v rámci posttraumatických změn jedná přednostně o transformaci osobnostních postojů člověka. Výklad ve smyslu „růst“ dle Mareše podněcuje především vnímání kvantitativních změn, ale z pohledu posttraumatického rozvoje se jedná přednostně o kvalitativní proměnu osobnosti člověka několika úrovních.

Posttraumatický růst neboli také rozvoj představuje pozitivní změnu, která se u člověka postupně rozvíjí po prožití dramatické, traumatické, negativní události. Tato pozitivní změna se zpravidla projevuje i ve vnějším chování člověka. Člověk jakoby dozraje nad svou dosavadní úroveň psychologického naladění a náhledu na běh života. Rozvojem nebo růstem je vnímán výsledek i proces trvající měsíce i léta (Mareš, 2012, s. 44).

Preiss (2009, s. 12) zmiňuje, že posttraumatický růst může být vnímán prožitek ve významu kladné změny, jež pro některé jedince představuje zásadní osobní transformaci vycházející právě z potýkání se člověka s velmi závažnými životními situacemi. Dle Mareše (2012, s. 37) je posttraumatický růst pozitivní změna objevující se po vyrovnání se člověka s traumatickou událostí. Některé změny související s posttraumatickým růstem si pak člověk uvědomuje hned, zatímco jiné až s odstupem času. Uvědomění si pozitivních dopadů traumatu však nepředstavuje zamítání negativních a neměnných změn přichozích v důsledku prožitého traumatu. Jedná se o uvědomění si skutečnosti, že navzdory negativním dopadům traumatu existují i další než pouze negativní příznaky. Též platí, že pozitivní změny nemůžeme očekávat u každého jedince po prožitém traumatu. Jak již bylo zmíněno výše, u některých jedinců má prožité trauma dopad jen tragický a poškozující v negativním slova smyslu, bez možnosti pozitivního potenciálu (Preiss, 2009, s. 12).

Konkrétněji je posttraumatický růst vnímán jako zásadní kladná změna v kognitivní a emoční sféře života člověka, mající i zevní dopad ve smyslu změny v jeho chování. V rámci této změny se člověk dostává nad hranici své úrovně adaptace, psychických možností a porozumění života. Posttraumatický růst (rozvoj) zahrnující jak proces, děj, tak i jeho výsledek, se může dostavit individuálně v různém časovém odstupu (měsíce, roky, či dokonce desetiletí) (Mareš, 2012, s. 45).

Posttraumatický růst může existovat současně s reziduálním distresem, tedy negativním dopadem prožitého traumatu. Existence posttraumatického růstu osobnosti neznamená vymizení bolu, distresu, negativního prožitku, nebo vnímání traumatu ve smyslu příznivé, vítané, žádoucí události. Posttraumatický růst představuje pouze jakési skryté pozitivum vynořující se po těžké životní události a kladný posun v životě člověka z pohledu rozvoje osobnosti (Calhoun, Tedeschi, 1999, Mareš, 2012, s. 46). Jako

příklad uvádí autoři Calhoun a Tedeshi (1999) příběh paní H, který byla do nehody tělesně i duševně zdravá a pracovitá žena. V roce 2004 chtěla jednoho dne se synem přejít na přechodu silnici a při přecházení ji srazilo osobní auto. Následně absolvovala řadu závažných operací a bohužel v důsledku nehody přišla o jednu nohu a byla v plném invalidním důchodu. Od nehody byla dispenzarována dlouhodobě v psychiatrické péči s diagnostikovaním závažné posttraumatické stresové poruchy. Ani 4 roky od uplynutí nehody se necítila dobře. Měla problémy se spánkem, soustředěním, časté sklony k plačtivosti. Při psychologickém vyšetření i po čtyřech letech byly pozorovány výrazné známky traumatického stresu (např. vracející se vzpomínky doprovázené pocity spojenými s událostí; pocit podráždění, špatné soustředění, reaguje jako kdysi za traumatické situace), ale byly naopak pozorovány i známky posttraumatického růstu (např. změna životních priorit ve smyslu, co je v životě důležité, vážení si maličkostí a každého dne, empatie a soucit s druhými lidmi).

Posttraumatický růst není primárně vyvolán traumatickou událostí samotnou, nýbrž klíčovou roli zde hraje snaha člověka vyrovnat se s prožitou traumatickou událostí, odhodlání najít smysl života a motivace žít dál (Mareš, 2012, s. 83).

Tak jako jsou známé rizikové a protektivní faktory formující reakci a zpracování prožitého traumatu, jsou přítomny též proměnné působící na posttraumatický růst osobnosti ve smyslu jeho urychlení nebo zpomalení. Z těchto proměnných lze uvést např. typ prožitého traumatu, individuální strategie vyrovnávání se člověka s tíživou událostí, různé způsoby zvládnutí zátěže, dosah pomoci a sociální opory, individuální charakteristiky osobnosti a stejně také doba od uplynulého prodělaného traumatu (Mareš, 2012, s. 84).

6.2 Historie

Vědeckým zkoumáním posttraumatického růstu se zabýval již zakladatel analytické psychologie Carl Gustav Jung. Proces. Tento proces nazval individualizace ve smyslu růstu lidské osobnosti. Podle Junga „*jde člověk cestou k sobě samému a rozvíjí se do své úplnosti a celistvosti*“. Tento proces psychologického růstu je probíhá po celý život, jde o vnitřní vývoj člověka, který probíhá na nevědomé úrovni a je

nezávislý na vědomých imperativech či přáních (Jung, 1994, s. 221). Tématikou posttraumatického růstu se v minulých cca dvaceti letech zabývalo mnoho autorů a jejich pohledy je možné rozdělit na dva úhly pohledu. Jedna polovina se zaměřovala především na *výsledek* procesu vyrovnávání se s traumatem, druhá polovina se zaměřovala zase na *průběh* procesu vyrovnávání se s traumatickou životní situací (Mareš, 2012, s. 46).

Snaha nalézt pozitivní důsledky prožitých negativních traumatických životních událostí je fenomén zmiňovaný v dávné historii. Poučení z negativních událostí ve světle pozitivní životní zkušenosti můžeme znát ze všech významných světových náboženství. Mnohé lze vyčíst již v samotné Bibli (Job), v dávných filozofických textech a dokonce i v mnohých dnes stále používaných úslovích či příslovích (např. všechno zlé je k něčemu dobré; co tě nezabije, to tě posílí; co škodí, to učí; čím hůře, tím lépe; mistr Nouze naučil Dalibora housti; všeho do času, Pán Bůh na věky; kdo hledá, najde; čas hojí všechny rány či koho bůh miluje, toho křížem navštěvuje) (Preiss, 2009, s. 12).

Exaktně se z vědeckého pohledu pozitivní dopady negativních událostí začaly osvětlovat v období po druhé světové válce. Za významnou osobnost stojící za osvětlením tohoto konceptu je považován vídeňský lékař z židovské rodiny, mající vlastní traumatické prožitky z koncentračních táborů, do kterých se dostal, mimo jiné též zakladatel logoterapie, Viktor E. Frankl (1905 - 1997). Franklova filozofie sděluje, že se smysl života skrývá i v utrpení. Říká, že v situacích, které nemůžeme změnit, se po nás vyžaduje změna nás samotných; cílem je vývoj osobnosti, dozrání osobnosti, transformace nás samotných. Začátkem 90. let 20. století se v zahraničí a následně též o několik let později i v ČR vytvořil výzkumný vědecký směr, který se začal zabývat různými pozitivními změnami objevujícími se u lidí po traumatických událostech. První odbornou publikaci o posttraumatickém růstu osobnosti vydali v roce 1995 američtí odborníci Tedeschi a Calhoun (Mareš, 2012, s. 14). Z českých autorů se jedná o práce Heleny Klímové či Dity Šamánkové (Šamánková, 2002, s. 84–91, Klímová, 1999, s. 26 – 28).

6.3 Transgenerační trauma

Posttraumatický růst představuje subjektivně i objektivně pozorovaný prožitek pozitivní změny, znamenající pro některé osoby radikální osobnostní změnu, vyplývající z překonávání vysoce náročných životních okolností. Je otázkou, zda posttraumatický růst není umožněn jen v případě lehčích traumat, závislých na subjektivním zhodnocení zasažené osoby, a zda platí i pro případy těžkých traumat, které se přenáší přes generace a vytvářejí specifické vzorce chování souvisejících s traumatem. Velmi těžká traumata se mohou přenášet transgeneračně, tedy přenášet se na budoucí generace. Je otázkou, zda i u transgeneračního traumatu můžeme vedle negativních příznaků zaznamenat také pozitivní dopady. Termín transgenerační trauma byl poprvé použit v souvislosti s holocaustem ve smyslu dopadu rodičovského traumatu nepřímo na potomky. Výzkumy zabývající se transgeneračním traumatem se věnovaly kromě obětem holocaustu i veteránům ze 2. světové války, Vietnamu, domorodému obyvatelstvu (násilné zotročení a transport do Ameriky), domácímu násilí a zneužívání v dětském věku. Transgenerační přenos traumatu je pozorován i u přírodních katastrof, např. důsledky zemětřesení, požárů, povodní, hurikánů. Transgenerační přenos traumatu nerezonuje s definicí traumatu dle mezinárodní klasifikace nemocí, podle níž je trauma definováno jako „*přímá odezva na stresovou událost nebo situaci (krátce nebo dlouho trvající) neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň*“ (Preiss, 2009, s. 12 – 18).

Goodman (2008, s. 121 – 136) popisuje ve své práci příběh Arthura (41 let), který byl zaměstnancem hotelu v New Orleans, když město v roce 2005 zničil hurikán Katrina, což představovalo doposud vůbec největší katastrofu zapříčiněnou atlantickým hurikánem. V důsledku této katastrofy tehdy zemřelo 1300 osob. Po katastrofě byl Arthur postaven před nové neočekávané úkoly, jako úklid následků hurikánu a následně rekonstrukce obydlí. Ve spolupráci se sociálními pracovníky si Arthur připomněl hurikán Betsy z roku 1965 (65 mrtvých), který znal pouze ze vzpomínek svého otce, jehož rodina tehdy v důsledku hurikánu musela znovu postavit zničené obydlí. Arthur si vzpomněl také na noční můry, úzkost při bouřkách na astmatické záchvaty, které zažíval v dětství. Výskyt hurikánů považoval spíše jako za lidi než přírodou zapříčiněnou katastrofu. Arthur začal opakovat jednání a postoje svých rodičů po

hurikánu Betsy. Při terapeutické pomoci si byl schopen též uvědomit, v čem se jeho postoje ke zvládnutí traumatické situace podobají houževnatému postoji jeho rodičů. Jeho otec, stejně jako nyní on, vnímal úřady jako nepomáhající. Vybudování nového obydlí Arthur vnímal po vzoru otce jako závazek k předchozím generacím, které žily právě zde, na stejném místě. Pro Artura představoval hurikán Katrina opakování situace, kterou prožil v dětství jako malý chlapec. Nyní v dospělosti hurikán Katrina představuje nápodobu přístupu a jednání (např. houževnatosti), které v dětství zažil u svých rodičů (Goodman, 2008, s. 121–136).

6.4 Projevy traumatického růstu

Posttraumatický růst se může projevit v pěti kategoriích. První kategorií jsou *vztahy s druhými lidmi* – růst se projevuje např. významnějším zainteresováním druhých lidí do vlastního života jedince, vnitřního či vnějšího, větším soucítěním s jejich potřebami, pocitem větší sounáležitosti a blízkosti, lepším vyjadřováním pocitů ve vztahu ke druhým lidem, věnováním větší pozornosti vztahům obecně. Druhou kategorií jsou *nové životní možnosti* – tam se růst projevuje např. vzplanutím nových oblastí zájmů a příležitostí, zlepšeným nakládáním s časem, napřením vůle k okolnostem, které je zapotřebí změnit. Třetí kategorií je *osobnostní růst* – zde se růst projevuje např. pocitem zvýšené sebedůvěry, jistějším vyrovnáváním se s životními těžkostmi, otevřenějším přijímáním životních událostí. Čtvrtou kategorií je *spirituální změna* – růst se projevuje např. vnímáním vlastních duchovních potřeb či porozuměním duchovním potřebám druhých lidí, afinitou k duchovnu a spiritualitě, zesílením zájmu o víru či náboženskými potřebami. Poslední, pátou kategorií je *ocenění života*, kde se růst projevuje např. úvahou o životních prioritách, o žebříčku hodnot v životě, smýšlením o podstatných věcech v životě, oceněním možností, které nám všem život naskýtá (Preiss, 2009, s. 12 – 18).

7 ANDRAGOGICKÉ PORADENSTVÍ A EDUKACE SE ZAMĚŘENÍM NA KRIZOVOU INTERVENCI A PRÁCI S TRAUMATEM

7.1 Definice andragogického poradenství

Dvořáková a Šerák upozorňují, (2016, s. 12) že definic andragogiky je celá řada. Společným rysem je pak v zásadě jen orientace na edukaci dospělých, ačkoliv i bližší specifikace edukace je v pojetí různých andragogů a jejich konceptů značně nekoherentní. Šimek (1995, s. 97–99) je vymezuje andragogiku jako disciplínu věnující se animaci dospělého člověka. Animaci si lze představit jako oduševňování či humanizaci člověka, která probíhá v rámci procesů enkulturace, socializace a edukace (bližší vymezení viz dále v tomto textu). Zde lze spatřit jasné konsekvence pro koncipování poradenství ve vzdělávání dospělých jako nedílné součásti andragogiky. Je to právě rozvoj člověka (v rámci uvedených kategorií lze říci jeho „animace“), orientace na jeho cestě a napomáhání v řešení jeho problémů, které jsou podstatou poradenské práce (Freibergová, 2007, s. 9; Krutilová, 2015, s. 5–6; Gladding, 2013, s. 6–7).

V kontextu České republiky lze v andragogice nalézt dva základní přístupy k vymezení andragogiky, jedná se o pojetí edukativní a integrální. Téma poradenství je rozvíjeno více v rámci integrální andragogiky. Dle Jochmanna (1992, s. 13) má poradenství v jeho pojetí andragogiky výchovnou funkci, ovšem výchovu definuje zcela jinak, než jak je vymezeno v pedagogické literatuře. Výchovou totiž míní proces, v němž člověk získává schopnost reagovat na vnější podněty, a tím i schopnost přežít. Je tak zjevné, že výchova je jednou ze základních sociálních funkcí, na níž stojí existence a reprodukce společnosti. Výchovu tedy Jochmann chápe ve třech dimenzích: personalizaci spočívající v utváření osobnosti jako společenské bytosti schopné seberealizace v praxi; socializaci ve smyslu přijímání sociálních regulativů a osvojování sociálních rolí, vč. přípravy na jejich výkon; enkulturaci jako vrůstání do kultury, její internalizaci. Je též patrné, že takto koncipovaná výchova je nikdy neukončeným procesem, což je navíc zdůrazněno jejím dvojitým charakterem – funguje totiž

intencionálně (zejm. prostřednictvím institucí) a zároveň funkcionálně, a to přímým i nepřímým působením.

7.2 Charakteristika andragogického poradenství

V souvislosti s turbulentností profesních, rodinných i osobních drah člověka, které interferují s životními drahami člověka a kritickými uzly, s nimiž se člověk setkává a je nucen se vyrovnat, nabývá na významu role poradenství. Ostatně jedna z definic andragogiky uvedené aspekty akcentuje, jedná se konkrétně o vymezení andragogiky jako vědy o orientování se člověka v kritických uzlech jeho životní dráhy a při problémovém průběhu jeho životní dráhy (Šimek, 1995, s. 97–99).

Jedním z klíčových pojmů pro tuto práci je *poradenský proces*, jenž je zároveň základním mechanismem celého poradenství. Lze jej vymezit jako záměrný sled jednotlivých kroků, které vedou k cíli (případně cílům) poradenství. Jeho jádrem je „... komunikace a interakce mezi poradcem a klientem (nebo skupinou klientů). Tato komunikace a interakce je primárně zaměřená na témata, se kterými klient přichází“ (Freibergová, 2007, s. 12). V poradenském procesu jsou postupně definována témata jako problémy k řešení, s nimiž přichází klient k poradci, ale taktéž jejich širší souvislosti. Ve smyslu poradenství jako *guidance* vede poradce klienta k nalezení řešení a pomáhá mu s jeho výběrem, v preferovaném přístupu typu *counseling* je poradce spíše průvodcem klienta na jeho vlastní cestě k nalezení rozhodnutí a následné akci.

Poradenským procesem vzniká mezi jeho aktéry, tedy poradcem a klientem, *poradenský vztah*. Jedná se o obtížně definovatelný stav komunikace mezi poradcem a klientem, který je ovlivňován řadou zjevných (vzhled, způsob vyjadřování apod.) i skrytých (např. sympatie na základě prvního dojmu) vlastností obou aktérů poradenského procesu. Jak upozorňuje Freibergová (2007, s. 15), svou roli hraje také hloubka proniknutí do problému, délka a frekvence setkávání a s tím související emotivnost setkání.

Poradenskou intervenci lze definovat jako jakoukoliv interakci poradce směrem ke klientovi, a to jak přímou, tak i zprostředkovanou, neboť intervence ve smyslu zásahu do určité struktury může být přítomna kdykoliv v průběhu poradenského

procesu. V užším smyslu ji však můžeme vidět jako intervenci ve smyslu krizových situací, kdy konkrétní aktivita poradce může vést k vyřešení (zpravidla neodkladné a ohrožující) životní situace klienta. Freibergová (2007, s. 20) hovoří dokonce o sérii intervenčních strategií v poradenském procesu, které poradce užívá, pokud chce dosáhnout určitých výsledků v průběhu poradenství. Jedná se například o strategii zvládnání emocí, naslouchání a tréninku relaxace v případě, že klient je neklidný a nevyrovnaný.

7.3 Andragogické poradenství v pojetí krizové intervence (KI)

7.3.1 Definice krizové intervence (KI)

Pomoc ve smyslu krizové intervence je určena lidem, kteří se ocitli v krizi. Krize se může objevit v podobě akutní a chronické. Akutní krize vznikají obvykle po prožití intenzivního traumatického zážitku. Chronické krize jsou nejasné z pohledu jejich počátku, trvají dlouhou dobu, vyvíjí se postupně, člověk se subjektivně necítí vyrovnaný, ale netíží ho tak silně ve srovnání s akutní krizí. Člověk prožívající akutní krizi bude mít větší nutkání ji řešit (Matoušek, 2003, s. 124). Krizovou intervencí (KI) představují různé formy pomoci. Cílem je vrátit klientovi rovnováhu, rozšířit mu v důsledku krize zúžený úhel pohledu. KI zahrnuje pomoc psychickou, lékařskou, sociální, právní, ale i další (Špatenková, 2004, s. 15).

V širším slova smyslu je krizová intervence metoda používající uspořádané a návazné postupy k dosažení cíle, kterým je vyřešení momentální situace a obnovu lidských sil. Krizová intervence směřuje od nejmenšího cíle, kterým je návrat na předkrizovou úroveň, až k největšímu přesahujícímu cíli, který označujeme jako pokrizový růst. V užším slova smyslu pak krizovou intervencí představují vhodně zvolené techniky a strategie, používané u člověka v nepříznivé životní situaci. Obecně řečeno krizovou intervencí můžeme označit jako zásah v krizi (Baštecká et al., 2005, s. 163).

V praxi krizová intervence poskytuje pocit bezpečí, emocionální podporu, pomoc při navození komunikace. Krizový pracovník podporuje a vytváří podmínky pro uvolnění emocí. Pracovník konfrontuje klienta s realitou, snižuje tendenci k nepřijetí a zkreslování reality, pomáhá identifikovat problém, pomáhá odhalovat potřeby k řešení klienta, spolu s klientem zhodnocuje dosavadní adaptační mechanismy, aplikaci adaptačních mechanismů a efektivitu jejich využití v rámci stávající krizové situace, podporuje mobilizaci sil klienta a vytváří plán pomoci (Špatenková, 2004, s. 16-17). Základním předpokladem krizového pracovníka pro poskytování efektivní krizové intervence je dobrá znalost problematiky po odborné stránce, aktivní pracovní nasazení a specifické profesní dovednosti (Vodáčková, 2012, s. 366).

7.3.2 Metodika krizové intervence (KI)

KI jako metoda má za cíl znovunavrátit klienta na takovou úroveň, aby byl sám schopen řešit vzniklou situaci, ideálně v takovém rozsahu, jako před prožitou krizí. Tato metoda má určitou strategii rozloženou do několika kroků, ve kterých klient postupně nalézá správně navést k pocit zvládnutí a překonání tíživé situace, s následným pocitem úlevy.

Prvním krokem je zmapovat situaci ve smyslu, v jakém stavu se klient nachází, co je příčinou spuštění krize. Zjistit, jaké má klient potřeby a z toho vyplývající pro pracovníka odborné zakázky. V rámci mapování současného stavu je důležité zjistit, jaké má klient k dispozici vlastní síly, jaké mechanismy používal dříve při vyrovnávání se s podobnými situacemi, co mu pomohlo. Současně s tím mapujeme úroveň jeho sociální opory.

V druhém kroku na základě zjištěných údajů posuzujeme, co daný klient potřebuje. Posuzujeme, jaký má potenciál pro zvládnutí této krize, jakou má vnitřní sílu, jakou má oporu v přátelích, rodině. Je potřeba vyloučit hrozbu akutního rizika, např. sebevraždy. Je-li přítomno hrozící riziko sebevraždy, dohodneme se s klientem na uzavření dohody proti sebevraždě. Dále se určí cíl intervence, tedy výsledek, ke kterému by spolupráce intervence s klientem měla směřovat, v jakých frekvencích, s jakými podmínkami bude spolupráce probíhat. Cíl intervence by měl pro klienta snadno uchopitelný, měřitelný a

krátkodobý. Platí pravidlo, že se pracuje postupně od krátkodobých k dlouhodobým cílům.

V dalším kroku se za aktivní spoluúčasti klienta vytvoří plán pomoci. Pracovník klientovi po dobu tvorby plánu poskytuje podporu, vycházející z reálných možností a zaměřený na problém, se kterým klient přišel. Plán k dosažení cílů stanovují klient s pracovníkem společně a kroky mají být konkrétní, jasné, proveditelné. Pro případ, že by se první plán nepodařilo splnit, může být součástí plánování i krizový plán.

V první řadě pracovník pomáhá klientovi v krizi prostřednictvím naslouchání, svou projevenou blízkostí, sdílením klientovy bezmoci. Nadto může pracovník nabídnout klientovi pomoc při zprostředkování jiných, návazných služeb, například služba psychologa, psychoterapeuta (Baštecká et al., 2005, s. 170-175).

Mezi specifické znaky krizové intervence patří:

- okamžitá dostupnost
- snížení akutního ohrožení poskytováním emocionální podpory, zajištění pocitu bezpečí, materiálního uspokojení základních životních potřeb
- cílenost na aktuální problém, aktuální stav, současnou situaci, tady a teď
- časová ohraničenost
- intenzivní kontakt pracovníka s klientem, např. i každodenní setkání
- pracovník používá strukturovaný hovor, je aktivní, v situacích ohrožujících život či smrt pak může použít i direktivní přístup
- ke klientovi je třeba přistupovat individuálně (Špatenková, 2004, s. 16-17).

7.3.3 Formy krizové intervence (KI)

Krizová intervence má charakter jednorázového nebo časově omezeného kontaktu. Je realizována v podobě osobního či zprostředkovaného kontaktu krizové pomoci. Rozlišujeme prezenční a distanční formu krizové pomoci.

Prezenční forma krizové pomoci může být poskytována ve formě ambulantní, formou hospitalizace a terénních služeb. Pracovník a klient jsou při poskytování intervence spolu v bezprostředním přímém kontaktu, proto jinými slovy bývá tato forma

krizové intervence nazývána dle anglického spojení face-to-face (Špatenková, 2004, s. 23).

Při ambulantní formě poskytované intervence klient do zařízení aktivně dochází. Tato forma zahrnuje i týdenní stacionáře, kdy klient dochází domů. Ambulantní forma pomoci není doporučována, pokud je klient ohrožen ve svém domácím prostředí. Je naopak indikována tam, kde klientův emoční stav vyžaduje plošnější podporu a intenzivnější jištění a péči.

V rámci hospitalizace jsou krizová lůžka k dispozici přímo v krizovém centru nebo v rámci nemocnice, domova pro seniory, azylového domu apod. Hospitalizace je krátkodobá, zpravidla pět až sedm dnů. Je nabízena klientům ve vážném stavu, kdy pobyt v domácím prostředí by jim mohl naopak uškodit. Konkrétně např. klientům, kteří čelili nebo čelí nadlimitní zátěži, zejména traumatizující, dále klientům se sebevražednými sklony nebo tendencemi, duševně nemocným lidem. Naopak se hospitalizace jako forma krizové intervence nedoporučuje u lidí s akutní psychózou, abstinčním syndromem nebo lidem akutním tělesným onemocněním (Vodáčková, 2012, s. 130).

Terénní služby jako forma krizové intervence mají několik podob. Jednou z forem je výjezd do terénu ke klientovi, např. pokud nemůže klient sám navštívit krizové centrum. Další možností je doprovod klienta na různé instituce, jako např. policie, nemocnice, nebo návštěva klienta v zařízení, kde klient dočasně pobývá (Vodáčková, 2012, s. 55). Terénní služba nachází uplatnění při hromadných neštěstích a katastrofách (Vodáčková, 2012, s. 381).

Distanční forma krizové intervence spočívá především v pomoci telefonické (Vodáčková, 2012, s. 55). Další dostupnou formou je internetová pomoc. Distanční formu krizové intervence využívají především lidé, kteří vyhledávají anonymitu, např. z důvodu možné sociální stigmatizace. Dále je využívána lidmi potýkajícími se se zdravotními problémy, kteří se nemohou do krizového centra dopravit osobně (Špatenková, 2004, s. 23).

7.3.4 Krizová intervence versus psychoterapie

Krizová intervence a psychoterapie při práci s traumatem se liší od sebe především délkou a frekvencí poskytované péče. Zatímco KI představuje krátkodobou formu pomoci, psychoterapie je považována za dlouhodobější formu intervence. KI pracuje především s akutním stavem klienta, věnuje se především aktuálnímu problému klienta a nezaměřuje se na plné zpracování prožitého traumatu. Pracovník KI pomáhá klientovi při zvládnání traumatu např. nasloucháním jeho příběhu, sdílením pocitů bezmoci, nabídnutím a povzbuzením k navštívení psychoterapeuta, který by klientovi následně pomohl při vyrovnávání se s traumatem a jeho postupným zpracováním. Hlavní smysl KI spočívá v empatii a poskytnutí rychlé, odborné pomoci v co nejkratším čase po prožité traumatizující události (Baštecká, 2013,51).

Psychoterapie spočívá především v poskytnutí odborné pomoci dlouhodobějšího rozsahu, za použití schválených terapeutických metod. Cílem je dosáhnout postupného zpracování traumatu a tím přispět ke zvýšení kvality života klienta (Zapalačová, 2009, s. 38).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODIKA

8.1 Cíle práce

Cílem práce je zjistit u respondentů zkušenost s traumatem, jak s ním pracují, délku období od prožití traumatu do současné doby, způsoby vyrovnávání se s traumatem a zmapovat úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje. Cílem výzkumu je zjistit, jak časový faktor a povaha traumatické události ovlivňují úroveň posttraumatického rozvoje/růstu. Zhodnotit vliv věku, doby uplynuté od traumatické události, ale také např. závažnosti jednotlivých událostí (dle T. H. Holmese a R. H. Raheho) na posttraumatický rozvoj respondentů šetření. Sledovány jsou změny v následujících oblastech – vztahy s druhými lidmi, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změna, ocenění života.

8.2 Použité metody

Šetření bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu, formou dotazování, technikou anonymního standardizovaného dotazníku. Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, resp. jejich míru (stupeň). Číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Je možno je sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech nebo použít další metody matematické statistiky (Gavora, 2000, s. 31).

Úroveň posttraumatického růstu v našem šetření bude zjišťována prostřednictvím standardizovaného dotazníku posttraumatického růstu PTGI – Posttraumatic Growth Inventory, v české variantě PTGI-CZ (příloha 2). Dotazník obsahuje u otázky č. 3 21 položek, které tvoří 5 subškál. Položky mají podobu oznamovacích vět, např. *Umím si více vážit každého dne*, a měří pouze pozitivní změny.

K odpovědi slouží 6 - bodová Likertova škála. Dotazník má dobré psychometrické charakteristiky. Dotazník zjišťuje změny v následujících oblastech - vztahy s druhými lidmi, ocenění života, nové možnosti, spirituální změna a osobní růst. Vztahy s ostatními měří položky č. 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21 otázky č. 3 dotazníku PTGI, posttraumatický růst ve smyslu objevení nových životních možností měří položky č. 3, 7, 11, 14, 17 otázky č. 3 dotazníku PTGI, posttraumatický růst ve smyslu objevení silných stránek jedince měří položky č. 4, 10, 12, 19 otázky č. 3 dotazníku PTGI, posttraumatický růst v oblasti spirituálních změn, změn v duchovní oblasti měří položky č. 5, 18 otázky č. 3 dotazníku PTGI a posttraumatický růst v oblasti porozumění životu, pochopení života (ocenění života) měří položky č. 1, 2, 13 otázky č. 3 dotazníku PTGI.

Pro vyhodnocení závažnosti prožitých traumatických událostí byl použit seznam náročných životních situací (dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe, příloha 1), přičemž traumatické události zařazené z pohledu závažnosti prostřednictvím tohoto seznamu byly následně vyhodnocovány ve vztahu k výsledkům dotazníku PDGI.

Sběr dat proběhl elektronickou formou v prosinci 2020 prostřednictvím programu survio.cz. Získaná data byla zpracována prostřednictvím tabulek, grafů, v programech Excel a ve statistickém programu STATISTICA.

Pro seřídění souboru slouží jako základní demografická charakteristika respondentů jejich věk. Dalšími důležitými charakteristikami souboru jsou též konkrétní prožité traumatické události, ve kterých bylo respondentům umožněno odpovídat více než 1 možností, a doba, která uplynula od uvedené těžké události. Analýza získaných dat bude sledovat, jaký vliv má především věk a uplynutá doba od dané traumatické události na posttraumatický rozvoj, ale také vliv závažnosti jednotlivých traumatizujících událostí na míru posttraumatického rozvoje.

8.3 Charakteristika výzkumného souboru

Práce se zabývá souborem respondentů po těžkých a traumatických událostech, které jim následně změnily život. Cílovou skupinou pro účely šetření je dospělá populace, přičemž podmínkou pro zařazení do šetření bylo, aby daná osoba v minulosti prožila traumatickou událost. Respondenti v různých věkových skupinách hodnotili,

jakým způsobem se jejich život proměnil po prožití těchto náročných situací. Základní soubor pro účely výzkumu tedy tvořila dospělá populace, výběrový soubor pak ti dospělí, kteří v minulosti prožili traumatickou událost. Respondenti byli vybráni náhodně.

Celkem se podařilo získat data od 102 respondentů, datový soubor tedy obsahuje 102 pozorování, tj. 102 odevzdaných a vyplněných dotazníků jako zdroj primárních dat. Z celkového množství 198 oslovených respondentů tvoří dokončené vyplněné dotazníky 51,5 procentního bodu. Nedokončené dotazníky respondentů se v souboru nevyskytly. Respondenti, kteří vyplněný dotazník neodevzdali, pravděpodobně neprožili žádnou z uvedených traumatických záležitostí a netvořili tak prvky souboru, který byl pro výzkum zvolen.

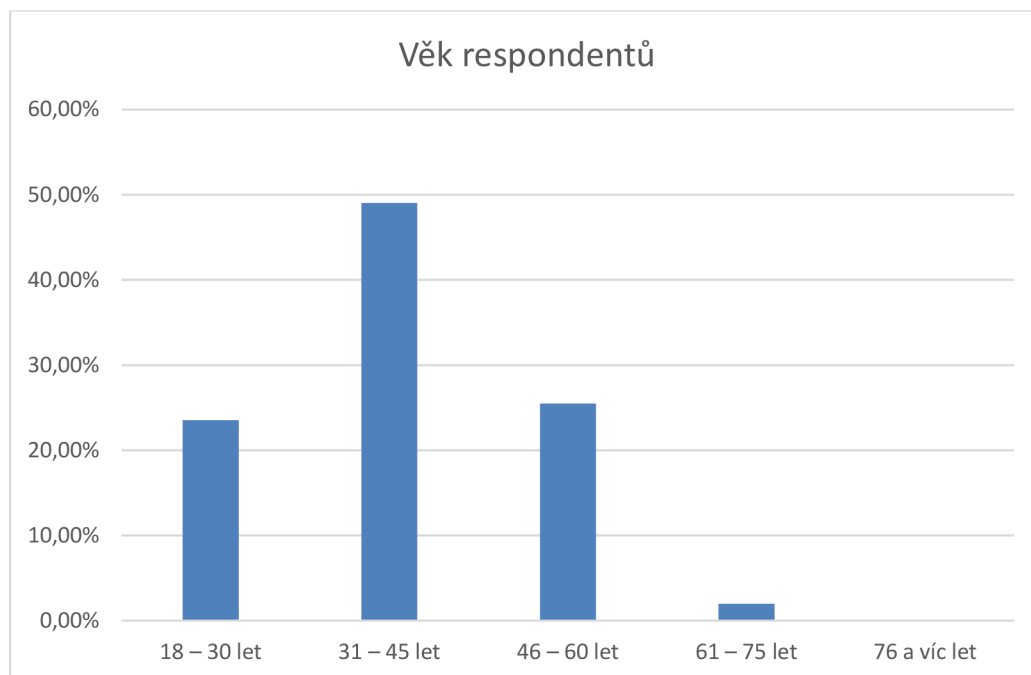
Základní demografickou charakteristikou datového souboru je věk, v našem případě spíše příslušnost k dané věkové skupině. Z celkového počtu 102 respondentů je nejpočetnější skupina respondentů 31 – 45 let, naopak ze skupiny 76 a více let neodpověděl ani jeden respondent.

Tabulka 1: Rozložení respondentů v datovém souboru dle věkových skupin (n = 102)

Věková skupina	Počet respondentů	Zastoupení v %
18 – 30 let	24	23,53 %
31 – 45 let	50	49,02 %
46 – 60 let	26	25,49 %
61 – 75 let	2	1,96 %
76 a více let	0	0 %

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 1. Věkové rozložení respondentů (n = 102)



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

8.4 Výzkumné otázky

1. Jak ovlivňuje úroveň posttraumatického růstu časový faktor a) ve smyslu sociodemografického ukazatele věk a b) ve smyslu času/doby uplynuté od prožitého traumatu?
2. Jak ovlivňuje povaha prožité traumatické události posttraumatický růst?

8.5 Výzkumné hypotézy

Pro účely šetření byly stanoveny 4 hypotézy, opřené o odborná východiska obsažená v teoretické části práce.

Hypotéza č. 1. S vyšším věkem respondentů je možné sledovat vyšší úroveň posttraumatického růstu.

Hypotéza č. 2. S delším časovým odstupem od prožité události je možné sledovat vyšší úroveň posttraumatického růstu.

Hypotéza č. 3. Traumatické události hodnocené respondenty vyšším skóre podle seznamu náročných životních událostí dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe povedou k vyšší úrovni posttraumatického růstu.

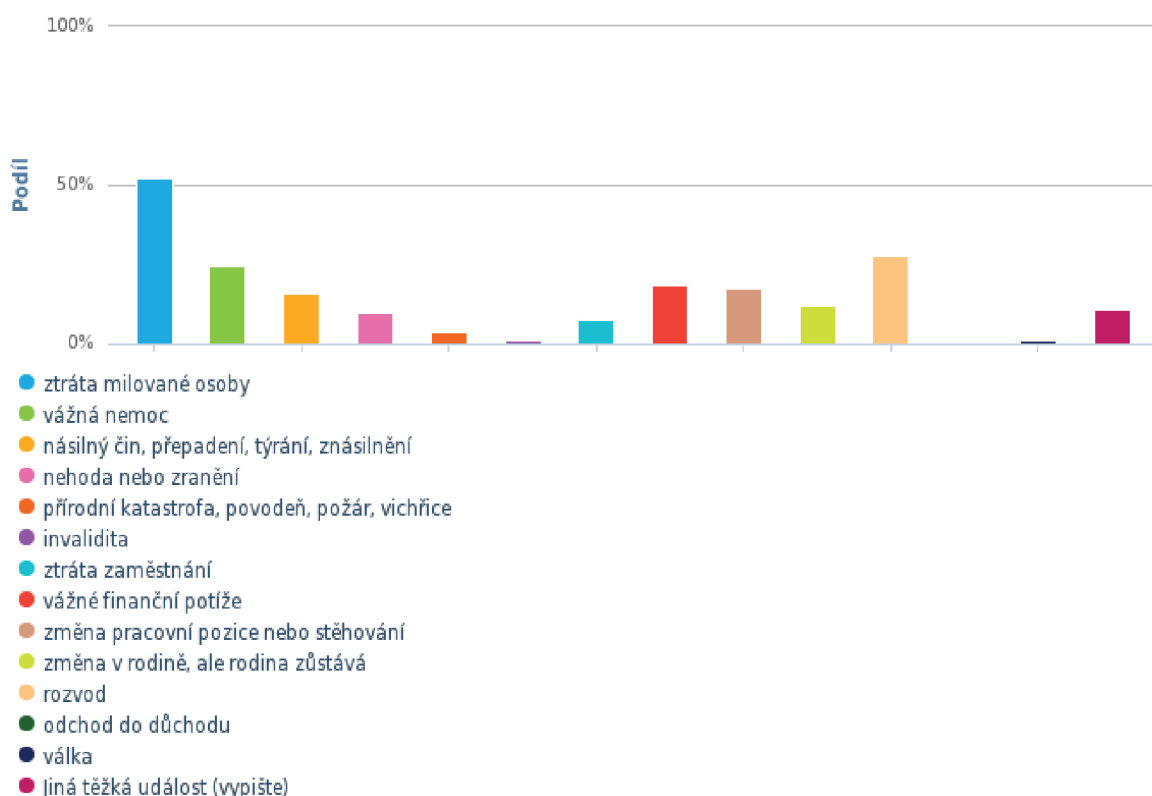
Hypotéza č. 4. U nejzávažnějších traumatických událostí (hodnocených vyšším skóre dle seznamu náročných životních událostí dle T.H. Holmes a R.H. Rahe) bude v oblasti posttraumatického růstu nejvíce potencována oblast spirituálních změn.

9 VÝSLEDKY

9.1 Výsledky dotazníku PTGI (Posttraumatic grow inventory)

Graf 2. Zastoupení prožitých traumatických událostí u respondentů (n = 206)

Každý člověk zažije ve svém životě něco těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se trochu změnil. Specifikujte těžkou, traumatickou událost, která Vám změnila život:



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

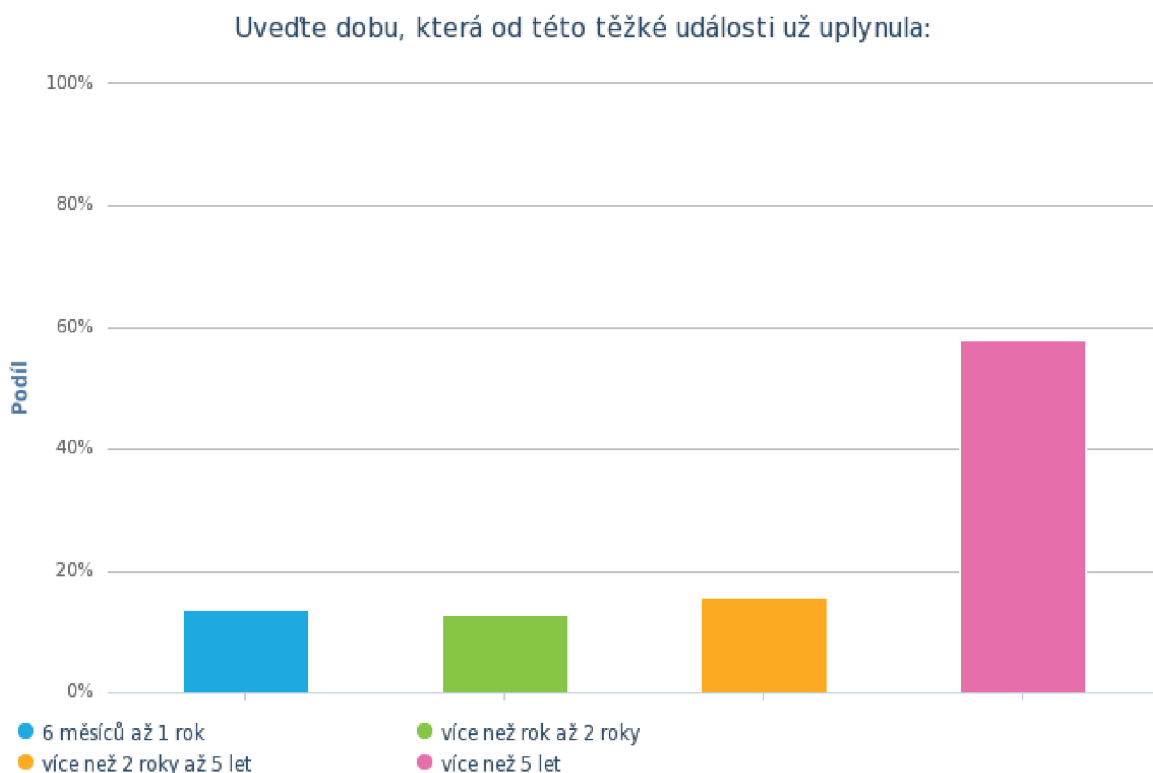
Z jiných těžkých událostí respondenti uvedli tyto konkrétní události: sebevražda manžela kvůli vážným finančním potížím (v době trvání vážné manželské krize), těžký porod - akutní císařský řez a pobyt v inkubátoru a patologické partnerské vztahy, zneužití v dětství nevlastním strýcem, nátlak bývalého manžela v sexu, manipulace setkání s psychopatem nebo osobou takto zasaženou.. nicméně ztráta důvěry obecně, šikana ze strany nadřazeného, alkoholismus v rodině, zneužívání v dětství, sebevražedné sklony, partnersky vztah – nevěra, exém a alergie.

Tabulka 2: Zastoupení prožitých traumatických událostí u respondentů (respondenti měli možnost volit více odpovědí (n = 206))

	Druh traumatické události	Zastoupení odpovědí v absolutních číslech	Zastoupení odpovědí v %
	ztráta milované osoby	53	52,0 %
	změna v rodině, ale rodina zůstává	12	11,8 %
	rozvod	28	27,5 %
	odchod do důchodu	0	0 %
	válka	1	1,0 %
	jiná těžká událost (vypište)	11	10,8 %
	vážná nemoc	25	24,5 %
	násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění	16	15,7 %
	nehoda nebo zranění	10	9,8 %
	přírodní katastrofa, povodeň, požár, vichřice	4	3,9 %
	invalidita	1	1,0 %
	ztráta zaměstnání	8	7,8 %
	vážné finanční potíže	19	18,6 %
	změna pracovní pozice nebo stěhování	18	17,6 %

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 3: Doba uplynulá od prožití traumatické události (n = 102)



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 3: Doba uplynulá od prožití traumatické události (n = 102)

	Možnosti odpovědí	Počet odpovědí v absolutních číslech	Zastoupení odpovědí v %
	6 měsíců až 1 rok	14	13,7 %
	více než rok až 2 roky	13	12,7 %
	více než 2 roky až 5 let	16	15,7 %
	Více než 5 let	59	57,8 %

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 4: Posttraumatický růst v oblasti vztahů s ostatními. Vztahy s ostatními měří položky č. 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21 (otázka č. 3 dotazníku PTGI) (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)

		0	1	2	3	4	5
6.	Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	10 (9,8 %)	10 (9,8 %)	13 (12,7 %)	28 (27,5 %)	20 (19,6 %)	21 (20,6 %)
8.	Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	12 (11,8 %)	13 (12,7 %)	6 (5,9 %)	22 (21,6 %)	29 (28,4 %)	20 (19,6 %)
9.	Jsem teď ochotnější dát najevo své city	15 (14,7 %)	9 (8,8 %)	15 (14,7 %)	23 (22,5 %)	27 (26,5 %)	13 (12,7 %)
15.	Víc soucítím s jinými lidmi, než dříve	8 (7,8 %)	10 (9,8 %)	10 (9,8 %)	18 (17,6 %)	25 (24,5 %)	31 (30,4 %)
16.	Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	10 (9,8 %)	7 (6,9 %)	10 (9,8 %)	32 (31,4 %)	27 (26,5 %)	16 (15,7 %)
20.	Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	26 (25,5 %)	10 (9,8 %)	15 (14,7 %)	19 (18,6 %)	24 (23,5 %)	8 (7,8 %)
21.	Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	19 (18,6 %)	6 (5,9 %)	17 (16,7 %)	19 (18,6 %)	25 (24,5 %)	16 (15,7 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Posttraumatický růst v oblasti vztahů s lidmi se u 14 % respondentů neprojevil vůbec, u 9,1 % respondentů jen v minimální míře, u 12 % respondentů v malé míře, u 22, 5 % respondentů v průměrné míře, u 24, 8 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 17,5 % respondentů ve výrazné míře.

Tabulka 5: Posttraumatický růst ve smyslu objevení nových životních možností. Posttraumatický růst ve smyslu objevení nových životních možností měří položky č. 3, 7, 11, 14, 17 (otázka č. 3 dotazníku PTGI). (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)

		0	1	2	3	4	5
3.	Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	5 (4,9 %)	5 (4,9 %)	11 (10,8 %)	19 (18,6 %)	15 (14,7 %)	47 (46,1 %)
7.	Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	7 (6,9 %)	5 (4,9 %)	8 (7,8 %)	18 (17,6 %)	21 (20,6 %)	43 (42,2 %)
11.	Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	6 (5,9 %)	4 (3,9 %)	7 (6,9 %)	23 (22,5 %)	38 (37,3 %)	24 (23,5 %)
14.	Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	9 (8,8 %)	4 (3,9 %)	4 (3,9 %)	12 (11,8 %)	22 (21,6 %)	51 (50 %)
17.	Více se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	9 (8,8 %)	4 (3,9 %)	9 (8,8 %)	22 (21,6 %)	31 (30,4 %)	27 (26,5 %)
	Celkové vyhodnocení posttraumatického růstu ve smyslu objevení nových životních možností	36 (7,1 %)	22 (4,3 %)	39 (7,6 %)	94 (18,4 %)	127 (24,9 %)	192 (37,6 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Posttraumatický růst ve smyslu objevení nových životních možností se u 7,1 % respondentů neprojevil vůbec, u 4,3 % respondentů jen v minimální míře, u 7,6 % respondentů v malé míře, u 18,4 % respondentů v průměrné míře, u 24,9 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 37,6 % respondentů ve výrazné míře.

Tabulka 6: Posttraumatický růst ve smyslu objevení silných stránek jedince. Posttraumatický růst ve smyslu objevení silných stránek jedince měří položky č. 4, 10, 12, 19 (otázka č. 3 dotazníku PTGI). (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – změna nastala ve výrazné míře)

		0	1	2	3	4	5
4.	Víc si teď důvěřuji, věřím si	9 (8,8 %)	7 (6,9 %)	10 (9,8 %)	21 (20,6 %)	30 (29,4 %)	25 (24,5 %)
10.	Teď už vím, že umím zvládat obtíže	4 (3,9 %)	6 (5,9 %)	5 (4,9 %)	19 (18,6 %)	33 (32,4 %)	35 (34,3 %)
12.	Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	3 (2,9 %)	7 (6,9 %)	6 (5,9 %)	19 (18,6 %)	40 (39,2 %)	27 (26,5 %)
19.	Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	4 (3,9 %)	6 (5,9 %)	10 (9,8 %)	8 (7,8 %)	26 (25,5 %)	48 (47,1 %)
	Celkové vyhodnocení posttraumatického růstu ve smyslu objevení silných stránek jedince	20 (4,9 %)	26 (6,4 %)	31 (7,6 %)	67 (16,4 %)	129 (31,6 %)	135 (33,1 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Posttraumatický růst ve smyslu objevení silných stránek jedince se u 4,9 % respondentů neprojevil vůbec, u 6,4 % respondentů jen v minimální míře, u 7,6 % respondentů v malé míře, u 16,4 % respondentů v průměrné míře, u 31,6 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 33,1 % respondentů ve výrazné míře.

Tabulka 7: Posttraumatický růst v oblasti spirituálních změn, změn v duchovní oblasti. Posttraumatický růst v oblasti spirituálních změn, změn v duchovní oblasti měří položky č. 5, 18 (otázka č. 3 dotazníku PTGI). (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)

		0	1	2	3	4	5
.	Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	4 3,9 %)	5 (4,9 %)	1 (1,0 %)	10 (9,8 %)	28 (27, 5 %)	54 (52, 9 %)
8.	To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	27 (26, 5 %)	8 (7,8 %)	6 (5,9 %)	13 (12, 7 %)	20 (19, 6 %)	28 (27, 5 %)
	Celkové vyhodnocení posttraumatického růstu v oblasti spirituálních změn, změn v duchovní oblasti	31 (15, 3 %)	12 (5,9 %)	7 (3,4 %)	23 (11, 3 %)	48 (23, 6 %)	82 (40, 4 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Posttraumatický růst v oblasti spirituálních změn, změn v duchovní oblasti se u 15,3 % respondentů neprojevil vůbec, u 5,9 % respondentů jen v minimální míře, u 3,4 % respondentů v malé míře, u 11,3 % respondentů v průměrné míře, u 23,6 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 40,4 % respondentů ve výrazné míře.

Tabulka 8: Posttraumatický růst v oblasti porozumění životu, pochopení života. Posttraumatický růst v oblasti porozumění životu, pochopení života měří položky č. 1, 2, 13 (otázka č. 3 dotazníku PTGI). (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)

		0	1	2	3	4	5
1.	Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	2 (2,0 %)	3 (2,9 %)	7 (6,9 %)	17 (16,7 %)	31 (30,4 %)	42 (41,2 %)
2.	Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života	2 (2,0 %)	3 (2,9 %)	8 (7,8 %)	15 (14,7 %)	25 (24,5 %)	49 (48,0 %)
13.	Umím si více vážit každého dne	5 (4,9 %)	5 (4,9 %)	5 (4,9 %)	19 (18,6 %)	31 (30,4 %)	37 (36,3 %)
	Celkové vyhodnocení posttraumatického růstu v oblasti porozumění životu, pochopení života	9 (2,9 %)	11 (3,6 %)	20 (6,5 %)	51 (16,7 %)	87 (28,4 %)	128 (41,8 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

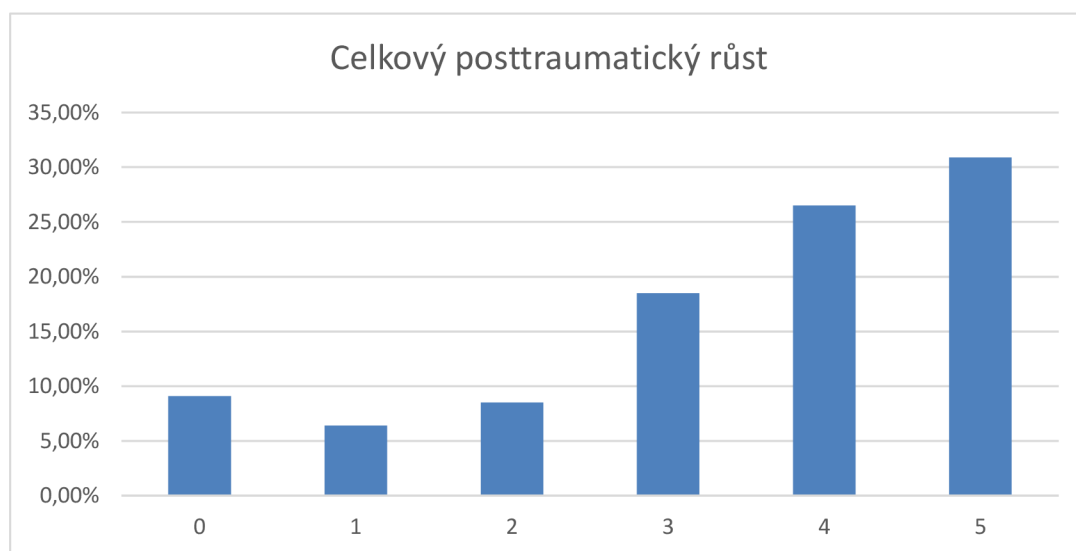
Posttraumatický růst v oblasti porozumění životu, pochopení života se u 2,9 % respondentů neprojevil vůbec, u 3,6 % respondentů jen v minimální míře, u 6,5 % respondentů v malé míře, u 16,7 % respondentů v průměrné míře, u 28,4 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 41,8 % respondentů ve výrazné míře.

Tabulka 9: Celkový posttraumatický růst (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)

Varianta odpovědi	0	1	2	3	4	5	Celkem
Počet respondentů	9 (9,1 %)	7 (6,4 %)	8 (8,5 %)	19 (18,5 %)	27 (26,5 %)	32 (30,9 %)	102 (100 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

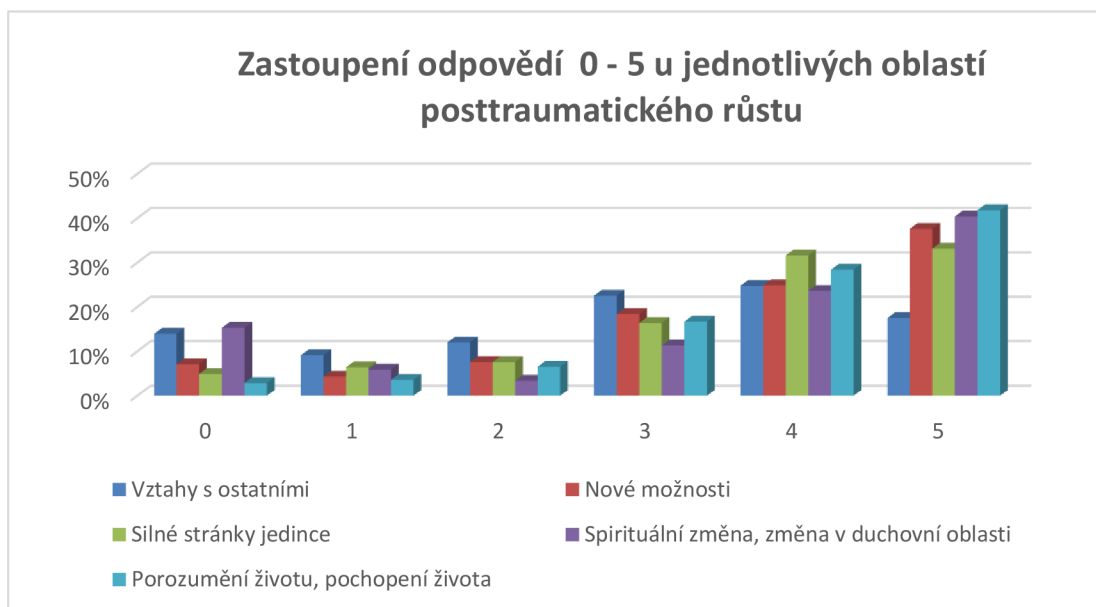
Graf 4: Celkový posttraumatický růst (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Pokud bychom měli zhodnotit posttraumatický růst celkově, potom lze konstatovat, že 30,9 % (32) respondentů pociťovalo změnu ve smyslu posttraumatického růstu ve výrazné míře, 26,5 % (27) respondentů takovou změnu pociťovalo ve větší než průměrné míře, 18,5 % (19) respondentů v průměrné míře, 8,5 % (8) respondentů v malé míře, 6,4 % (7) respondentů v minimální míře. Pouze 9,1 % (9) respondentů takovou změnu nepociťovalo vůbec.

Graf 5: Zastoupení odpovědí 0 – 5 u jednotlivých oblastí posttraumatického růstu (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 10: Zastoupení odpovědí 0-5 u jednotlivých oblastí posttraumatického růstu (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)

		0	1	2	3	4	5	Celkem
1	Vztahy s ostatními	100 (14 %)	65 (9,1 %)	86 (12 %)	161 (22,5 %)	177 (24,8 %)	125 (17,5 %)	714 (100 %)
2	Nové možnosti	36 (7,1 %)	22 (4,3 %)	39 (7,6 %)	94 (18,4 %)	127 (24,9 %)	192 (37,6 %)	510 (100 %)
3	Silné stránky jedince	20 (4,9 %)	26 (6,4 %)	31 (7,6 %)	67 (16,4 %)	129 (31,6 %)	135 (33,1 %)	408 (100 %)
4	Spirituální změna, změna v duchovní oblasti	31 (15,3%)	12 (5,9 %)	7 (3,4 %)	23 (11,3 %)	48 (23,6 %)	82 (40,4 %)	203 (100 %)
5	Porozumění životu, pochopení života	9 (2,9 %)	11 (3,6 %)	20 (6,5 %)	51 (16,7 %)	87 (28,4 %)	128 (41,8 %)	306 (100 %)
	Celkový posttraumatický růst	196 (9,1 %)	136 (6,4 %)	183 (8,5 %)	396 (18,5 %)	568 (26,5 %)	6 (30,9 %)	2141 (100 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 11: Zastoupení jednotlivých oblastí posttraumatického růstu u jednotlivých typů odpovědí 0-5 (0 – nezažil/a jsem takovou změnu, 1 – taková změna u mě nastala jen v minimální míře jako následek těžké životní situace, 2 – taková změna u mě nastala jen v malé míře, 3 – taková změna u mě nastala v průměrné míře, 4 – taková změna u mě nastala ve větší, než průměrné míře, 5 – taková změna u mě nastala ve výrazné míře)

		0	1	2	3	4	5
1	Vztahy s ostatními	100 (51 %)	65 (47,8 %)	86 (47 %)	161 (40,7 %)	177 (31,2 %)	125 (18,9 %)
2	Nové možnosti	36 (18,4 %)	22 (16,2 %)	39 (21,3 %)	94 (23,7 %)	127 (22,4 %)	192 (29 %)
3	Silné stránky jedince	20 (10,2 %)	26 (19,1 %)	31 (16,9 %)	67 (16,9 %)	129 (22,7 %)	135 (20,4 %)
4	Spirituální změna, změna v duchovní oblasti	31 (15,8 %)	12 (8,8 %)	7 (3,8 %)	23 (5,8 %)	48 (8,4 %)	82 (12,4 %)
5	Porozumění životu, pochopení života	9 (4,6 %)	11 (8,1 %)	20 (10,9 %)	51 (12,9 %)	87 (15,3 %)	128 (19,3 %)
	Celkový posttraumatický růst	196 (100 %)	136 (100 %)	183 (100 %)	396 (100 %)	568 (100 %)	662 (100 %)

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

9.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Cílem analýzy dat je ověřit vliv uplynuté doby od traumatické události, věkové struktury nebo závažnosti traumatické události na posttraumatický rozvoj. Zmiňované vlivy, které kopírují stanovené hypotézy, ověříme pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, jelikož máme více skupin dat, které můžeme charakterizovat pouze jejich průměrnou hodnotou, a sledujeme jen fakt, zda-li mají data tendenci se měnit bez nutnosti kvantifikace této změny. Pro ověření statistické významnosti korelace pak využijeme hodnotu p . Data pak promítneme na regresní přímku, která nám jakoukoli obecnou tendenci graficky promítne.

9.2.1 Analýza vlivu věku na posttraumatický růst

Hypotéza č. 1. S vyšším věkem respondentů je možné sledovat vyšší úroveň posttraumatického růstu.

Vzhledem k faktu, že pro analýzu vlivu věku na posttraumatický růst nerozčleňujeme odpovědi z otázky 3 na různě vlivné skupiny, považujeme každou odpověď za stejně hodnotnou. Pro potřebu analýzy trendu proto zhodnotíme celkové skóre za každého respondenta a danou věkovou skupinu budeme charakterizovat průměrným celkovým skóre.

Podíváme-li se na složení jednotlivých věkových skupin, musíme konstatovat, že neznáme žádná konkrétní popisná data o vzorcích v jednotlivých skupinách. Jelikož nejsme schopni rozčlenit data na žádné přesnější vzorky, budeme charakterizovat data ve skupinách a s předpokladem, že jednotlivé skupiny jsou homogenní a struktura vzorků je víceméně podobná, srovnáme vývoj mezi skupinami na základě průměrného skóre za skupinu a zástupného věku, který bude střední hodnotou extrémů dané věkové skupiny. Ačkoli by bylo nejvhodnější srovnávat data na spojitě množině věku, porovnáváme vývoj mezi skupinami, ve kterých neznáme přesné statistiky.

Tabulka 12: Rozložení respondentů v datovém souboru dle věkových skupin

Věková skupina	Počet respondentů	Zastoupení v %
18 – 30 let	24	23,53 %
31 – 45 let	50	49,02 %
46 – 60 let	26	25,49 %
61 – 75 let	2	1,96 %
76 a víc let	0	0 %

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 13: Hodnoty průměrného celkového skóre a střední hodnoty věku pro sledované věkové skupiny respondentů

Věková skupina	Průměrné celkové skóre	Střední hodnota věku
18 – 30 let	70,25	33
31 – 45 let	72,44	53,5
46 – 60 let	72,73	76
61 – 75 let	37,00	98,5

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Průměrné celkové skóre pro věkovou skupinu 61 – 75 let je očividně velmi odlišné a to nejspíše kvůli nedostatečně velkému vzorku, který nám data poskytují. Pro potřeby regresní analýzy proto vyčleníme tuto skupinu, která očividně nemá dostatečnou vypovídací hodnotu a na extrémě citlivou regresní analýzu výrazně ovlivní. U věkové skupiny 31 – 45 let pozorujeme 3 procentní nárůst oproti mladším respondentům a velmi mírný (<1 procento) nárůst pozorujeme též mezi druhou a třetí věkovou skupinu.

Při lineární regresní analýze získáváme přímku, která udává vztah mezi nezávislou proměnnou x , která v našem případě odpovídá střední hodnotě věku, a závislou proměnnou y , která odpovídá průměrnému celkovému skóre.

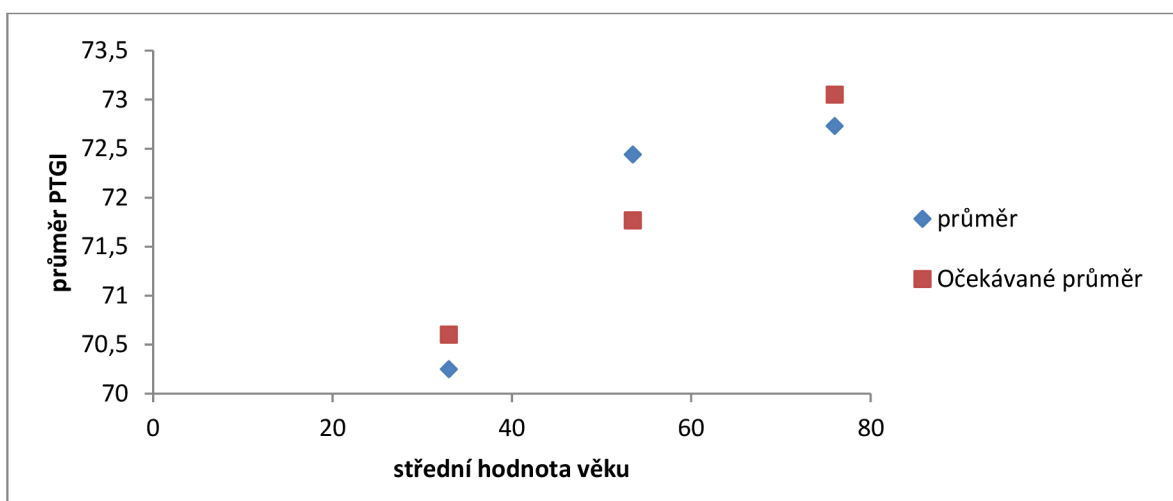
Výsledná regresní rovnice má tvar:

$$y = 0,057x + 68,721$$

Z rovnice můžeme vyčíst, že koeficient β_1 je kladný, funkci proto můžeme charakterizovat jako rostoucí. Zda-li se jedná o vypovídající hodnotu zjistíme na základě p-testu. Definujeme nulovou hypotézu, podle které nemá x (tj. střední hodnota věku) statisticky významný vliv na y (tj. průměrné celkové skóre). Dle alternativní hypotézy pak získaný koeficient statistický význam má.

Pro koeficient β_1 získáváme hodnotu $p = 0,28$. Zvolíme-li hladinu významnosti 5 %, získaná hodnota $p = 0,28$ je větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucím věkem nepozorujeme statisticky významný nárůst posttraumatického rozvoje.

Graf 6: Regresní analýza znázorňující vztah střední hodnoty věku sledovaných věkových skupin respondentů a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

9.2.2 Analýza vlivu časového odstupu od prožité traumatické události na posttraumatický růst

Hypotéza č. 2. S delším časovým odstupem od prožité traumatické události je možné sledovat vyšší úroveň posttraumatického růstu.

V případě časového odstupu od prožité události sledujeme stejnou granularitu dat, která jsou z dotazníkového šetření k dispozici. Zatímco v případě věku nám odpadl přísně neohraničený interval respondentů, tedy věková skupina 76 let a více, v případě analýzy vlivu časového odstupu od prožité události s tímto intervalem musíme počítat, sdružuje nejvíce respondentů z celého šetření.

Velmi důležitým krokem je volba reprezentativního času za každou skupinu. Vzhledem k tomu, že interval 5 let a více je ohraničený jen zdola, zvolíme právě spodní extrémy každého z intervalů jako reprezentanta dané skupiny respondentů. Uvnitř jednotlivých skupin respondentů očekáváme přibližně homogenní rozložení a celkově předpokládáme podobnou strukturu jednotlivých skupin. I v tomto případě lze tyto fakta pouze předpokládat, jelikož žádné přesnější údaje o respondentech nemáme k dispozici.

Stejně jako v případě věku respondentů i v případě časového odstupu od prožité události by bylo nejvhodnější metodou zkoumat regresní chování na spojitém spektru, musíme se na základě dostupnosti dat spokojit s nominálně označenými množinami.

Tabulka 14: Počty respondentů rozdělené dle uplynulé doby od traumatizující události

Uplynutá doba	Počet respondentů	Procento zastoupení
6 měsíců až 1 rok	14	13,73 %
1 až 2 roky	13	12,75 %
2 až 5 let	16	15,69 %
5 let a více	59	57,84 %

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Pro zkoumání vlivu doby uplynuté od traumatizující události byli respondenti rozčleněni do 4 skupin (viz. tabulka výše). Nejzastoupenější skupinou je *5 let a více*, ve které pozorujeme téměř 58 % procent respondentů. Ostatní 3 skupiny jsou každá zastoupené více než 12 procenty respondentů a lze tedy konstatovat, že bychom neměli pozorovat žádné výrazné výkyvy, které by mohly výraznějším způsobem ovlivnit kvalitu regresní analýzy.

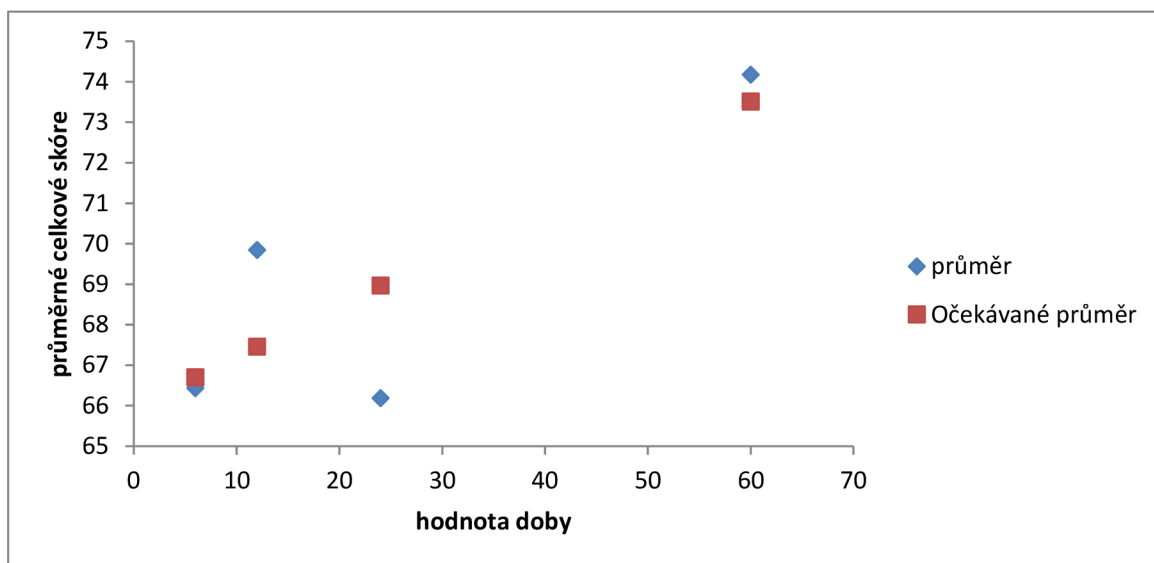
Tabulka 15: Průměrné celkové skóre za každou skupinu respondentů vč. odpovídajících reprezentativních hodnot doby

Uplynutá doba	Průměrné celkové skóre	Hodnota doby
6 měsíců až 1 rok	66,43	6
1 až 2 roky	69,85	12
2 až 5 let	66,19	24
5 let	74,17	60

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Letmým pohledem na data pozorujeme mírný (5%) nárůst mezi prvními dvěma skupinami, naopak mezi skupinami *1 až 2 roky* a *2 až 5 let* pozorujeme pokles (5 %). Výraznější nárůst pak pozorujeme mezi skupinami pod 5 let a skupinou nad 5 let uplynuté doby (12 %). Očekáváme proto nárůst, a tudíž případné potvrzení naší hypotézy, že s rostoucí uplynutou dobou roste i posttraumatický rozvoj. Otázkou však zůstává, zda-li klesající hodnota v intervalu *2 až 5 let* nesníží statistickou významnost natolik, aby se nárůst ze získaných dat stal statisticky neprůkazným.

Graf 7: Regresní analýza znázorňující vztah hodnoty doby a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Regresní analýzou získáváme rovnici:

$$y = 0,126x + 65,943$$

Z rovnice můžeme vyčíslit, že koeficient β_1 je kladný, funkci proto můžeme charakterizovat jako rostoucí. Zda-li se jedná o vypovídající hodnotu zjistíme na základě p-testu. Definueme nulovou hypotézu, podle které nemá x (tj. doba uplynutá od traumatizující události) statisticky významný vliv na y (tj. průměrné celkové skóre). Dle alternativní hypotézy pak získaný koeficient statistický význam má.

Pro koeficient β_1 získáváme hodnotu $p = 0,18$. Zvolíme-li hladinu významnosti 5%, získaná hodnota $p = 0,18$ je větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucí uplynutou dobou od traumatizující události nepozorujeme statisticky významný nárůst posttraumatického rozvoje.

9.2.3 Analýza vlivu závažnosti traumatické události na posttraumatického růstu

Hypotéza č. 3: Traumatické události hodnocené respondenty vyšším skóre podle seznamu náročných životních událostí dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe povedou k vyšší úrovni posttraumatického rozvoje.

Při analýze vlivu závažnosti traumatické události na posttraumatický rozvoj vycházíme z dat, která respondenti poskytli v odpovědích na otázku číslo 1 dotazníku. Tyto odpovědi byly rozčleněny na nejvyšší závažnost, která poskytnutá data charakterizuje. Vzhledem k faktu, že vycházíme z výrazně zpracovaných dat a jednotlivá ohodnocení stupňů přesně odpovídají nominální hodnotě závažnosti (1 až 4 – viz. tab. 16), budeme danou skupinu respondentů charakterizovat střední hodnotou bodového ohodnocení jednotlivých kategorií závažnosti.

Z hlediska množství dat pro jednotlivé kategorie sledujeme velice zajímavé rozložení výskytu. Zatímco pro závažnost v kategorii 1 nepozorujeme žádný výskyt a u závažnosti v kategorii 2 výskyt pouhých necelých 8 procent, u závažnosti 4 máme výskyt přes 61 procentních bodů (viz. tab.17). Z hlediska statistických metod je proto důležité brát hodnotu pro málo zastoupenou kategorii 2 s jistou dávkou nadhledu. Ačkoli ji pro své zkoumání využijeme, statisticky významný trend získaný regresní analýzou nemusí popisovat realitu v takové míře, v jaké ji popisuje statistická metoda. Podíváme-li se na data pro třetí a čtvrtou kategorii izolovaně, pozorujeme naopak mírný pokles. V případě, že regresní metoda vykáže rostoucí trend, by neměl být výsledek analýzy statisticky příliš významný.

Tabulka 16: Rozdělení traumatických událostí otázky č. 1 do skupin z hlediska závažnosti podle seznamu náročných životních situací dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe

Skupina	Bodové rozmezí náročných životních situací (T.H. Holmes a R.H. Rahe)	Druh traumatické události z dotazníku PTGI
1	0 - 25	-----
2	26 – 50	Ztráta zaměstnání Vážné finanční potíže Změna pracovní pozice nebo stěhování Změna v rodině, ale rodina zůstává Odchod do důchodu
3	51 – 75	vážná nemoc přírodní katastrofa, povodeň, požár, vichřice invalidita rozvod
4	76 - 100	ztráta milované osoby násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění nehoda nebo zranění válka

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Tabulka 17: Zastoupení respondentů charakterizované dle závažnosti traumatické události

Závažnost posttraumatické události	Počet respondentů	Procento zastoupení
1	0	0,00 %
2	8	7,84 %
3	31	30,39 %
4	63	61,76 %

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

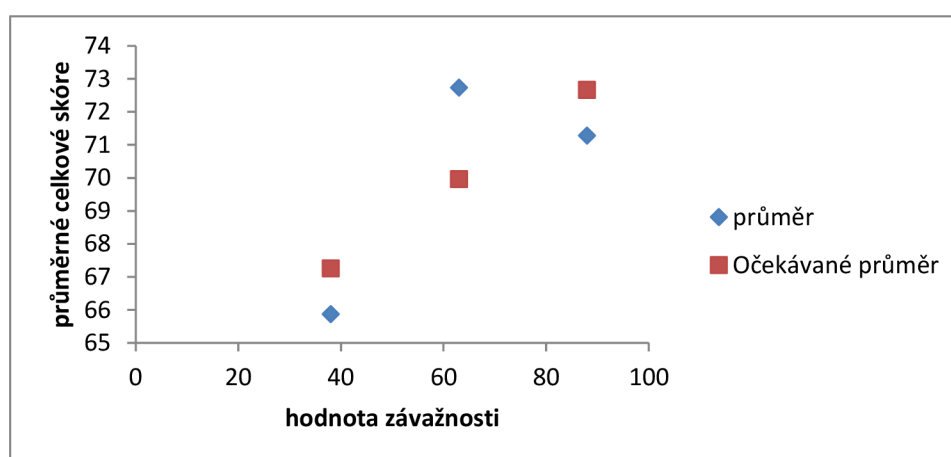
Jak již bylo popsáno výše, velmi nízký výskyt pozorujeme v kategoriích závažnosti 1 a 2. Naopak kategorie nejvyšší závažnosti je významně zastoupena. Ačkoli by hodnota závažnosti 2 mohla být z důvodu nízkého počtu respondentů odstraněna z analýzy jako adepty na zkreslení, regresní analýza z pouhých 2 hodnot nenabízí žádná statistická východiska a jedná se spíše o jednoduchý matematický trend, který s určitostí neposlouží ke statistickému analyzování.

Tabulka 18: Průměrné celkové skóre a reprezentativní hodnoty závažnosti pro jednotlivé kategorie

Závažnost (označení skupiny)	Průměrné celkové skóre	Hodnota závažnosti
2	65,88	38
3	72,74	63
4	71,29	88

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Graf 8: Regresní analýza znázorňující vztah hodnoty závažnosti a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

Mezi kategorií závažnosti 2 a 3 pozorujeme relativně výrazný nárůst (10 %), avšak mezi závažnostmi 3 a 4 nejen, že nepozorujeme žádný nárůst, průměrné celkové skóre naopak mírně pokleslo (o 2 procentní body). Ačkoli na první pohled může být nápadný nárůst mezi 2. a 3. kategorií, regresní analýza by statisticky významný rostoucí trend potvrdit neměla.

Regresní analýzou získáváme rovnici přímky:

$$y = 2,705x + 61,851$$

Z rovnice můžeme vyčíst, že koeficient β_1 je kladný, funkci proto můžeme charakterizovat jako rostoucí. Zda-li se jedná o vypovídající hodnotu zjistíme na základě p-testu. Definujeme nulovou hypotézu, podle které nemá x (tj. body závažnosti traumatické události) statisticky významný vliv na y (tj. průměrné celkové skóre). Dle alternativní hypotézy pak získaný koeficient statistický význam má.

Pro koeficient β_1 získáváme hodnotu $p = 0,46$. Zvolíme-li hladinu významnosti 5 %, získaná hodnota $p = 0,46$ je výrazně větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucí závažností traumatické události nepozorujeme statisticky významný nárůst posttraumatického rozvoje.

9.2.4 Analýza vlivu závažnosti traumatické události na spirituální oblast posttraumatického růstu

Hypotéza č. 4: U nejzávažnějších traumatických událostí (hodnocených vyšším skóre dle seznamu náročných životních událostí dle T.H. Holmes a R.H. Rahe) bude v oblasti posttraumatického rozvoje nejvíce potencována oblast spirituálních změn.

Z již využitých dat z otázky č. 3 využijeme podotázku č. 5 a č. 18, které dohromady popisují spirituální změny. Stejně složení respondentů rozčleněné do skupin na základě otázky č. 1 dotazníku bude nyní souborem, u kterého budeme sledovat a

analyzovat vliv závažnosti traumatické události na spirituální změny, tedy vývoj v hodnocení zmiňované dvojice podotázek.

Stejně jako v předcházejícím případě zde máme spíše nedostatek respondentů ve skupině závažnosti č. 2. Tyto respondenty z analýzy nevyločíme, a to z toho důvodu, že zbývají pouhé dvě skupiny respondentů, na základě kterých nejsme schopni zkonstruovat regresní analýzu o statistické hodnotě a zároveň nemáme k dispozici takovou granularitu dat, abychom nemuseli porovnávat četnost v jednotlivých skupinách.

Množství respondentů v jednotlivých skupinách zůstává stejné, jak uvádí tabulka č. 17 v předchozím příkladě. Stejně tak zůstává reprezentativní hodnota závažnosti, která znovu odpovídá střední hodnotě bodového intervalu dané kategorie závažnosti. Průměrný součet hodnocení pro vybrané dvě otázky spirituálních změn (tzn. otázek č. 5 a 18) respondentů ve skupinách vypadá následovně

Tabulka 19: Data o průměrném celkovém skóre za skupiny závažnosti a reprezentativní hodnoty závažnosti

Závažnost (označení skupiny)	Průměrné celkové skóre	Hodnota závažnosti
2	6,38	38
3	7,13	63
4	6,76	88

Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

V datech pozorujeme poměrně výrazný nárůst mezi druhou a třetí skupinou, kde průměrné celkové skóre vzrostlo o zhruba 12 procentních bodů. Naopak mezi třetí a čtvrtou skupinou závažnosti hodnota průměrného celkového skóre o zhruba 5 procent poklesla. Vzhledem k faktu, že skupina závažnosti číslo 2 zahrnovala řádově menší četnost respondentů, je nutné brát nárůst mezi druhou a třetí skupinou závažnosti s odstupem a očekávat, že se vzrůstající závažností traumatické události významně neroste oblast spirituálních změn. Toto ověříme regresní analýzou.

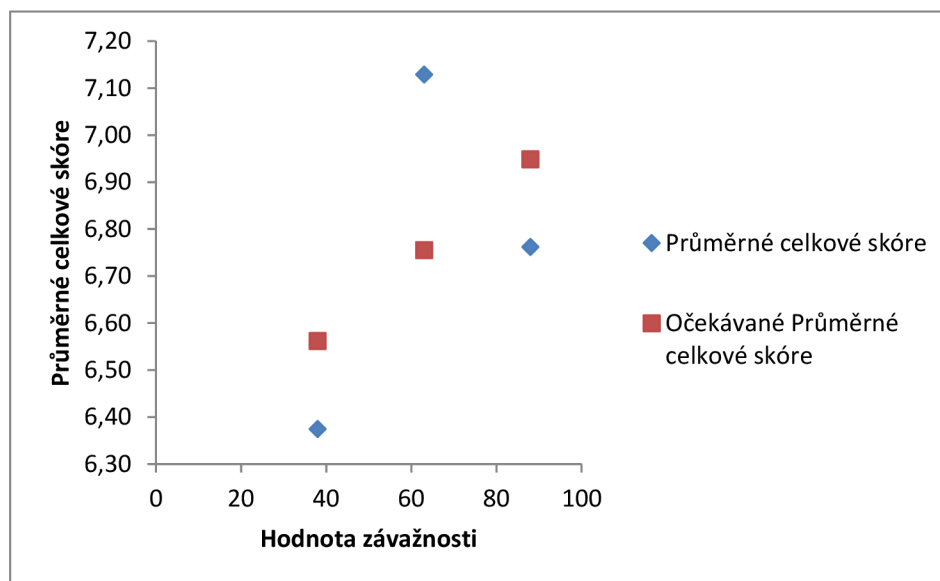
Pomocí regresní analýzy formulujeme rovnici:

$$y = 0,008x + 6,268$$

Z rovnice můžeme vysledovat, že regresní přímka má velice mírný pozitivní trend. Rovnoměrný nárůst průměrného celkového skóre na základě vzrůstající hodnoty závažnosti tedy pozorujeme. Otázkou však zůstává, zda-li je tento nárůst statisticky významný. Tuto významnost ověříme p-testem. Definujeme nulovou hypotézu, podle které nemá x (tj. body závažnosti traumatické události) statisticky významný vliv na y (tj. průměrné celkové skóre oblasti spirituálních změn). Dle alternativní hypotézy pak získaný koeficient statistický význam má.

Pro koeficient β_1 získáváme hodnotu $p = 0,66$. Zvolíme-li hladinu významnosti 5%, získaná hodnota $p = 0,66$ je výrazně větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucí závažností traumatické události nepozorujeme statisticky významný nárůst spirituálních změn.

Graf 9: Regresní analýza znázorňující vztah hodnoty závažnosti a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu za skupiny závažnosti



Zdroj: autor práce, 2020 (vlastní šetření)

10 DISKUSE A ZÁVĚR

V teoretické části se zabýváme definicí a typy traumatu a krize, reakcemi na těžký stres a poruchami přizpůsobení, posttraumatickou stresovou poruchou, vlivem osobnostních a dalších charakteristik na zvládání náročných životních situací, posttraumatickým růstem, andragogickým poradenstvím a edukací se zaměřením na krizovou intervenci i práci s traumatem.

Praktická část práce se zabývá souborem respondentů po těžkých a traumatických událostech, které jim následně změnil život. Cílem práce bylo zjistit u respondentů zkušenost s traumatem, jak s ním pracují, délku období od prožití traumatu do současné doby, způsoby vyrovnávání se s traumatem a zmapovat úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak časový faktor a povaha traumatické události ovlivňují úroveň posttraumatického růstu. Zhodnotit vliv věku, doby uplynuté od traumatické události, ale také např. závažnosti jednotlivých událostí (dle T. H. Holmese a R. H. Raheho) na posttraumatický růst respondentů šetření. Sledovány byly změny v následujících oblastech – vztahy s druhými lidmi, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změna, ocenění života.

Úroveň posttraumatického rozvoje byla zjišťována prostřednictvím standardizovaného dotazníku posttraumatického růstu PTGI – Posttraumatic Growth Inventory, v české variantě PTGI-CZ (příloha 2). Dotazník se doporučuje vyplnit až po určitém čase od těžkosti nebo tragédie, kterou daný jedinec prožil. Je také třeba mít na paměti, že může trvat dlouho, než si člověk uvědomí změnu ve výše zmíněných oblastech, které jsme zjišťovali: vztahy s druhými lidmi, ocenění života, nové možnosti, spirituální změna a osobní růst. Lidé často zaznamenají růst pouze v některých oblastech a v jiných jej naopak nezaznamenají. Jen vzácně lidé zaznamenají posttraumatický růst ve všech oblastech ve stejný čas.

Pro vyhodnocení závažnosti prožitých traumatických událostí byl použit seznam náročných životních situací (dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe, příloha 1), přičemž traumatické události zařazené z pohledu závažnosti prostřednictvím tohoto seznamu byly následně vyhodnocovány ve vztahu k výsledkům dotazníku PTGI.

Celkem se podařilo získat data od 102 respondentů, datový soubor tedy obsahuje 102 pozorování, tj. 102 odevzdaných a vyplněných dotazníků jako zdroj primárních dat. Z pohledu věkového zastoupení bylo 23,5 % (24) respondentů v kategorii 18 – 30 let, 49 % (50) respondentů v kategorii 31 – 45 let, 25,5 % (26) respondentů v kategorii 46 – 60 let a 2 % (2) respondentů v kategorii 61 – 75 let. Žádný respondent nebyl z věkové kategorie 76 let a více.

Co se týče zastoupení prožitých traumatických událostí (otázka 1 dotazníku PTGI), nejčastěji uváděli respondenti v 52 % (53) ztrátu milované osoby, na druhém místě ve 27,5 % (28) rozvod, na třetím místě 24,5 % (25) vážnou nemoc. Dále respondenti v sestupném pořadí uváděli vážné finanční potíže 18,6 % (19) respondentů, změnu pracovní pozice nebo stěhování 17,6 % (18) respondentů, násilný čin, přepadení, týrání a znásilnění 15,7 % (16) respondentů, změnu v rodině, ale rodina zůstává 11,8 % (12) respondentů, jinou těžkou událost 10,8 % (11) respondentů, nehodu nebo zranění 9,8 % (10) respondentů, ztrátu zaměstnání 7,8 % (8) respondentů. 1 % (1) respondentů uvedlo válku a stejné procento uvedlo též invaliditu. Nikdo z respondentů nevedl variantu odchod do důchodu, a sice pravděpodobně z důvodu, že respondenti jsou v mladší věkové kategorii a pouze 2 % (2) respondentů jsou ve věkové kategorii 61 – 75 let. Z jiných těžkých událostí respondenti uvedli tyto konkrétní události: sebevražda manžela kvůli vážným finančním potížím (v době trvání vážné manželské krize), těžký porod - akutní císařský řez a pobyt v inkubátoru, patologické partnerské vztahy, zneužití v dětství nevlastním strýcem, nátlak bývalého manžela v sexu, manipulace setkání s psychopatem nebo osobou takto zasaženou... nicméně ztráta důvěry obecně, šikana ze strany nadřízeného, alkoholismus v rodině, zneužívání v dětství, sebevražedné sklony, partnersky vztah – nevěra, exém a alergie.

Co se týče doby uplynulé od prožité události (otázka č. 2 dotazníku PTGI), u 57,8 % (59) respondentů uplynulo více než 5 let od prožité události, u 15,7 % (16) respondentů více než dva roky až 5 let, u 12,7 % (13) respondentů více než 1 rok až 2 roky a u 13,7 % (14) respondentů pak uplynulo 6 měsíců až 1 rok.

Otázka dotazníku PTGI č. 3 se skládala ze 21 položek (podotázek) a sledovala změny vedoucí k posttraumatickému růstu v 5 následujících oblastech: vztahy s druhými lidmi, ocenění života, nové možnosti, spirituální změna a osobní růst.

Posttraumatický růst v oblasti vztahů s lidmi se u 14 % respondentů neprojevil vůbec, u 9,1 % respondentů jen v minimální míře, u 12 % respondentů v malé míře, u 22, 5 % respondentů v průměrné míře, u 24, 8 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 17,5 % respondentů ve výrazné míře.

Posttraumatický růst ve smyslu objevení nových životních možností se u 7,1 % respondentů neprojevil vůbec, u 4,3 % respondentů jen v minimální míře, u 7,6 % respondentů v malé míře, u 18, 4 % respondentů v průměrné míře, u 24, 9 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 37,6 % respondentů ve výrazné míře.

Posttraumatický růst ve smyslu objevení silných stránek jedince (osobního růstu) se u 4,9 % respondentů neprojevil vůbec, u 6,4 % respondentů jen v minimální míře, u 7,6 % respondentů v malé míře, u 16, 4 % respondentů v průměrné míře, u 31, 6 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 33,1 % respondentů ve výrazné míře.

Posttraumatický růst v oblasti spirituálních změn, změn v duchovní oblasti se u 15,3 % respondentů neprojevil vůbec, u 5,9 % respondentů jen v minimální míře, u 3,4 % respondentů v malé míře, u 11, 3 % respondentů v průměrné míře, u 23, 6 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 40,4 % respondentů ve výrazné míře.

Posttraumatický růst v oblasti porozumění životu, pochopení života (ocenění života) se u 2,9 % respondentů neprojevil vůbec, u 3,6 % respondentů jen v minimální míře, u 6,5 % respondentů v malé míře, u 16, 7 % respondentů v průměrné míře, u 28, 4 % respondentů ve větší, než průměrné míře a u 41,8 % respondentů ve výrazné míře.

Pokud bychom měli zhodnotit posttraumatický růst celkově, potom lze konstatovat, že 30, 9 % (32) respondentů pocíťovalo změnu ve smyslu posttraumatického růstu ve výrazné míře, 26,5 % (27) respondentů takovou změnu pocíťovalo ve větší než průměrné míře, 18,5 % (19) respondentů v průměrné míře, 8,5 % (8) respondentů v malé míře, 6,4 % (7) respondentů v minimální míře. Pouze 9,1 % (9) respondentů takovou změnu nepocíťovalo vůbec. Souhrnně lze konstatovat, že 91 % respondentů v nějaké formě změny ve smyslu posttraumatického růstu pocíťovalo, pouze 9 % respondentů takové změny nepocíťovalo vůbec.

Pro účely šetření byly stanoveny 2 výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zabývala tím, jak ovlivňuje úroveň posttraumatického růstu časový faktor a) ve smyslu

sociodemografického ukazatele věk a b) ve smyslu času/doby uplynuté od prožitého traumatu. Druhá výzkumná otázka se zabývala skutečností, jak ovlivňuje povaha prožité traumatické události posttraumatický růst.

V návaznosti na zmíněné výzkumné otázky byly stanoveny 4 výzkumné hypotézy.

Hypotéza č. 1. S vyšším věkem respondentů je možné sledovat vyšší úroveň posttraumatického růstu. Při lineární regresní analýze získáme přímkou, z níž je patrný regresní trend. Zvolíme-li hladinu významnosti 5 %, získaná hodnota $p = 0,28$ je větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucím věkem nepozorujeme statisticky významný nárůst posttraumatického rozvoje.

Hypotéza č. 2. S delším časovým odstupem od prožité události je možné sledovat vyšší úroveň posttraumatického růstu. Při lineární regresní analýze získáme přímkou, z níž je patrný regresní trend. Zvolíme-li hladinu významnosti 5%, získaná hodnota $p = 0,18$ je větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucí uplynutou dobou od traumatizující události nepozorujeme statisticky významný nárůst posttraumatického rozvoje.

Hypotéza č. 3. Traumatické události hodnocené respondenty vyšším skóre podle seznamu náročných životních událostí dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe povedou k vyšší úrovni posttraumatického růstu. Regresní přímkou můžeme hodnotit jako rostoucí. Zvolíme-li hladinu významnosti 5 %, získaná hodnota $p = 0,46$ je výrazně větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucí závažností traumatické události nepozorujeme statisticky významný nárůst posttraumatického rozvoje.

Hypotéza č. 4. U nejzávažnějších traumatických událostí (hodnocených vyšším skóre dle seznamu náročných životních událostí dle T.H. Holmes a R.H. Rahe) bude

v oblasti posttraumatického růstu nejvíce potencována oblast spirituálních změn. Regresní přímka má velice mírný pozitivní trend. Zvolíme-li hladinu významnosti 5%, získaná hodnota $p = 0,66$ je výrazně větší než hladina 0,05 a nezamítáme proto nulovou hypotézu ve prospěch alternativní. Nelze tedy konstatovat, že rostoucí trend je statisticky významný, a proto jej nepotvrzujeme (avšak ani nezamítáme). Můžeme proto konstatovat, že s rostoucí závažností traumatické události nepozorujeme statisticky významný nárůst spirituálních změn.

Závěrem lze shrnout, že ačkoliv jevy, které sledovaly stanovené hypotézy, projevovaly prostřednictvím regresní analýzy rostoucí trend, statisticky významnou souvislost se nepodařilo ani u jedné ze stanovených hypotéz prokázat. Pozitivní skutečností zůstává fakt, že většina respondentů (90 %) pociťuje po prožití traumatické události nějakou formu (úroveň) posttraumatického růstu. S ohledem na závěry našeho šetření lze vyslovit domněnku, že úroveň posttraumatického růstu by mohly statisticky významně ovlivnit jiné faktory, kterými se náš výzkum nezabýval, ale které by mohly být zajímavým námětem pro další možná šetření. Např. sociální opora, předchozí zkušenost s prožitým traumatem, charakteristika osobnosti ve smyslu vlastností osobnosti, které umožňují danému jedinci lépe se vyrovnávat s tíživými životními situacemi, lépe se na ně adaptovat. Jednou z těchto teorií je např. teorie nezdolnosti typu houževnatosti. Tato teorie pracuje se složitým dynamickým procesem u jednotlivce či komunit při střetu se závažnou překážkou charakteru traumatu.

Pro posílení osobnostních charakteristik napomáhajících zvládnutí tíživých situací, např. pro posílení houževnatosti, se používají různé metody. Jednou z nich je metoda Sdílení příběhů (story circle exercise). Tato metoda spočívá v sepisování a zveřejňování příběhů, které navazují na předchozí sdělení jiných členů skupiny. Zkušenosti jedinci pak pomáhají těm, kteří situaci zvládají hůře. Příběhy jsou sdíleny např. na sociálních sítích, účastníci je mohou číst a získávat tak informace napomáhající jim ke zvládnutí těžké situace. Stejně tak se může sdílet a ve skupině analyzovat transgenerační trauma. Práce s příběhy a s tím spojená výměna zkušeností, názorů a pocitů je obecně považována za nejdůležitější součást pomoci trpícím lidem (Goodman, 2008, s. 121–136).

Bartulcová (2011, s. 32) se ve své práci zabývá vztahy mezi posttraumatickým růstem a vybranými charakteristikami osobnosti, kterými jsou dimenze Big Five,

optimismus a religiozita. Ukázalo se, že u rodičů dětí, které prošly onkologickou léčbou, dochází k posttraumatickému rozvoji. Více pozitivních změn uvedly osoby s vyšší mírou přívětivosti, extravertze a svědomitosti. Byly pozorovány také vztahy mezi osobností a jednotlivými oblastmi posttraumatického růstu.

Často se u jedinců vyskytují známky posttraumatického růstu a posttraumatického stresu současně. V různých provedených studiích uvedlo 30 – 90 % osob, které prožily traumatickou situaci, také alespoň nějakou pozitivní změnu. Tuto skutečnost popisuje např. výzkum autorů Calhoun a Tedeshi (1999), kdy jak trauma, tak růst byly hodnoceny standardními metodami (Impact of Event Scale-Revised a Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) (Calhoun, Tedeshi, 1999, s. 134). Současný výskyt známek posttraumatického stresu i posttraumatického růstu zachytil i výzkum Harms a Talbota z roku 2007, podle něhož se u osob 3 – 4 roky po závažných dopravních nehodách vynutivších si vážné operace a rehabilitaci, v 87 % objevily předpokládané známky traumatického stresu, a zároveň v 99 % byly přítomny také známky posttraumatického růstu (Harms, Talbot, 2007, s. 127-137).

Z našeho výzkumu je patrné, že důsledkem traumatických i subjektivně prožívaných zvlášť nežádoucích událostí není jen traumatický stres, ale i posttraumatický růst. Posttraumatický růst lze mapovat kvalitativními prostředky (příběhy), ale i standardně měřit a zjišťovat v průběhu času. V naší práci jsme úroveň dosaženého růstu zjišťovali prostřednictvím standardizovaného dotazníku PTGI – Posttraumatic Growth Inventory. Z šetření vyplynulo, že u 91 % respondentů došlo k posttraumatickému růstu po prožití negativní události. Pro účely výzkumu byly stanoveny 4 hypotézy, které se statisticky nepotvrdily, ačkoli určitý rostoucí trend závislosti pozorovaných jevů byl zaznamenán. Cíle práce byly naplněny, výzkumné otázky byly zodpovězeny, výstupy z praktické části navazují na poznatky získané z teoretické části práce.

Než těžké životní období člověka přejde a než jej člověk zpracuje a překoná, může uběhnout různě dlouhé časové období. Lidé se často domnívají, že zvládnutí traumatu či krize představuje zapomenout na ni. Nebo si lidé představují, že budou žít život naprosto stejný jako před traumatickou událostí. Bohužel tak to však většinou není. Zpracování a vyrovnání se s tíživou situací znamená znovuoobnovení energie ve

smyslu normálního zapojení do života, znovuobnovení vazeb a vztahů k druhým, zažívání pocitů uspokojení nebo i radosti, že tíživé období je za námi, i když si jsme vědomi, že bolest může znovu kdykoli přijít (Svobodová, 2018, s. 14). Ve zvládnání a zpracování traumatické události má nezastupitelnou roli andragogické poradenství, které se může v praxi aplikovat nejen v podobě první pomoci v oblasti krizové intervence. Významný úkol v této problematice plní též andragogické vzdělávání, podporující nalézání silných stránek osobnosti a další práce s nimi, andragogické vzdělávání v oblasti osobnostního a duchovního rozvoje, a to jak na úrovni dalšího občanského a zájmového vzdělávání, tak i v oblasti profesní. Poukazovat na fenomén posttraumatického růstu může být přínosné jak pro klienty, tak i pro odborníky vzhledem k tomu, že rozšiřuje naše znalosti o traumatech, a především odhaluje jejich neznámou a pozitivnější stránku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARTULCOVÁ, J. *Vztah posttraumatického rozvoje k vybraným charakteristikám osobnosti*. Brno, 2011. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav. Vedoucí práce: Marek Blatný.

BAŠTECKÁ, B. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. s. 320. ISBN 978-80-247-4195-6.

BAŠTECKÁ, B. et al. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha.: Portál, 2005. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.

ČUČKOVÁ, M. *Umění jako prostředek andragogické intervence*. Olomouc, 2011. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, katedra sociologie a andragogiky. Vedoucí práce: Petra Potměšilová.

DOLEŽALOVÁ, P. et al. *Trauma v dětství a adolescenci. Průvodce pro pedagogy*. 1. vyd. Klecany, Národní ústav duševního zdraví, 2017. 28 s. ISBN 978-80-87142-32-5.

DVOŘÁKOVÁ, M., ŠERÁK, M. *Andragogika a vzdělávání dospělých: vybrané kapitoly*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, 2016. 169 s. ISBN 978-80-7308-694-7.

FREIBERGOVÁ, Z. *Studijní poradenství ve vzdělávání dospělých*. Liberec: Technická univerzita, 2007. 89 s. ISBN neuváděno.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. s. 261. ISBN 978-80-7315-185-0.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

- HAŠTO, J.; VOJTOVÁ, H. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 186 s. ISBN 978-80-244-2944-1.
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: Tigis, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
- JOCHMANN, V. *Výchova dospělých – andragogika*. In: *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Facultas Philosophica, Sociologica – Andragogica*. 1. vyd. Olomouc: UP, 1992. ISSN 1803-0246.
- JOSEPH, S. *Co nás nezabije...: možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál, 2017. 312 s. ISBN 978-80-262-1240-9.
- JUNG, C. G. *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis, 1994. 380 s. ISBN 80-710-8087-X.
- KLÍMOVÁ, H. *Rodiny po holocaustu*. *Psychologie dnes*. 1999; roč. 5, č. 4, s. 26–28. ISSN 1212-9607.
- KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I. *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia, 2009. 364 s. ISBN 978-80-200-1816-8.
- KRUTILOVÁ, D. *Poradenský proces v sociální práci*. 2. vyd. Pardubice: Benepal, 2014. 286 s. ISBN neuvedeno.
- LANGER, T. *Psychologická a sociologická východiska poradenství ve vzdělávání dospělých*. Praha, 2017. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, katedra andragogiky a personálního řízení. Vedoucí rigorózní práce: Michal Šerák.
- MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3.
- MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- Ottův slovník naučný*. 1.vyd. Díl 25. Praha: Argo, 2002. 995 s. ISBN 80-7203-385-9.
- PAPEŽOVÁ, H. *Trauma - náhlý vznik, pomalá léčba*, *Psychologie dnes*, roč. 17, č. 5/2007, s. 41. ISSN 1212-9607.

- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf, 2002. 93 s. ISBN 80-859-1280-5.
- PRAŠKO, J. et al. *Stop traumatickým vzpomínkám. Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1.vyd. Praha : Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-811-2.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
- PREISS, M. Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, roč. 10, č. 1, s. 12-18. ISSN 1213-0508.
- RABOCH, J., HERLE, P. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. S. 138. ISBN 978-80-87553-27-5.
- SKŘIVANOVÁ, V. *Psychické trauma a jeho vliv na lidský život*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta pedagogická, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce: Monika Mužáková.
- SLEZÁČKOVÁ, A. Posttraumatický rozvoj osobnosti v kontextu pozitivní psychologie. In. Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity. Brno: FF MU, 2009. roč. 57, č. č. 13, s. 45-59. ISSN 1211-3522.
- SMĚKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 3. opr.vyd. Brno: Barrister & Principal, 2012. 523 s. ISBN 978-80-87029-62-6.
- SVOBODOVÁ, I. *Krize v životě člověka a posttraumatický růst*. Brno, 2018. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra tělesné výchovy a výchovy ke zdraví. Vedoucí diplomové práce: Alice Prokopová.
- ŠAMÁNKOVÁ, D. Mezigenerační přenos traumatu holocaustu. *Psychiatrie*. 2002; roč. 6, č. 2, s. 84-91. 1211-7579.
- ŠIMEK, D. Andragogika na pokraji vědy. *S-Obzor* 1995, roč. 4, č. 7, s. 97-99.

ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004, 132 s. ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, N. *Krize*. In: BAŠTECKÁ, B. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. 515 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

TANZEROVÁ, A. *Posttraumatický stres a růst u přeživších holocaustu a jejich rodin*. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, katedra psychologie. Vedoucí diplomové práce: Marek Preiss.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Barrister and Principal, 2007. 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5.

VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD). Psychická pomoc obětem válek a katastrof*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 160 s. ISBN 80-7178-284-X.

ZAPALAČOVÁ, A. *Krizová intervence a psychoterapie při práci s traumatem*. Olomouc, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, katedra křesťanské sociální práce. Vedoucí bakalářské práce: Vít Hušek.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

CALHOUN, L.G, TEDESHI, R.G. *Facilitating Posttraumatic Growth. A Clinician's Guide*. 1. ed. New Yoork: Routledge, 1999. 238 s. ISBN 9781410602268.

GLADDING, S. COUNSELING, T. *A Comprehensive Profession*. New Jersey: Pearson, 2013. 228 s. ISBN 978-0-13-265797-6.

GOODMAN, RD. Transgenerational trauma and resilience: improving mental health counselling for survivors of hurricane Katrina. *Journal of Mental Health Counseling*. 2008; č. 30, s. 121–136. ISSN 1040-2861.

HARMS, L., TALBOT, M. The aftermath of road trauma: Survivor's perceptions of trauma and growth. *Health and Social Work*. 2007, 32 (2), s. 129–137. ISSN 1545-6854.

TEDESHI, R.G., CALHOUN, L.G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 2004, roč. 15, č. 1, s. 1-18. ISSN 1047-840X.

Seznam použitých internetových zdrojů

Dotazník PTGI. [online]. [cit 2020-11-10]. Dostupné z <http://www.apapractice.org/apo/public/resilience/presentation/ptgi.GenericArticle.Single.articleLinkGenericArticle.Single.file.tmp/Inventory.pdf>

Životní události způsobující stresovou zátěž u dospělých. [online]. [cit 2020-11-15]. Dostupné z: <http://nadacesirius.cz/kviz/tabulka1/>

SEZNAM ZKRATEK

IES-R - Impact of Event Scale–Revised (Dotazník následků prožitého traumatu)

KI – Krizová intervence

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

PTGI – Posttraumatic grow inventory (Dotazník posttraumatického růstu)

PTSP – Posttraumatická stresová porucha

PTSD – Posttraumatic Stress Disorder

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozložení respondentů v datovém souboru dle věkových skupin	47
Tabulka 2: Zastoupení prožitých traumatických událostí u respondentů.....	51
Tabulka 3: Doba uplynulá od prožité traumatické události	52
Tabulka 4: Posttraumatický růst v oblasti vztahů s ostatními	53
Tabulka 5: Posttraumatický růst ve smyslu objevení nových životních možností	54
Tabulka 6: Posttraumatický růst ve smyslu objevení silných stránek jedince	55
Tabulka 7: Posttraumatický růst v oblasti spirituálních změn, změn v duchovní oblasti.....	56
Tabulka 8: Posttraumatický růst v oblasti porozumění životu, pochopení života	57
Tabulka 9: Celkový posttraumatický růst	58
Tabulka 10: Zastoupení odpovědí 0-5 u jednotlivých oblastí posttraumatického růstu..	60
Tabulka 11: Zastoupení jednotlivých oblastí posttraumatického růstu u jednotlivých typů odpovědí 0-5	61
Tabulka 12: Rozložení respondentů v datovém souboru dle věkových skupin	63
Tabulka 13: Hodnoty průměrného celkového skóre a střední hodnoty věku pro sledované věkové skupiny respondentů	63
Tabulka 14: Počty respondentů rozdělené dle uplynulé doby od události.....	65
Tabulka 15: Průměrné celkové skóre za každou skupinu respondentů vč. odpovídajících reprezentativních hodnot doby	66

Tabulka 16: Rozdělení traumatických události otázky č. 1 do skupin z hlediska závažnosti podle seznamu náročných životních situací dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe.....69

Tabulka 17: Zastoupení respondentů charakterizované dle závažnosti traumatické události69

Tabulka 18: Průměrné celkové skóre a reprezentativní hodnoty závažnosti pro jednotlivé kategorie70

Tabulka 19: Data o průměrném celkovém skóre za skupiny závažnosti a reprezentativní hodnoty závažnosti72

Seznam grafů

Graf 1: Věkové rozložení respondentů48

Graf 2: Zastoupení prožitých traumatických událostí u respondentů.....50

Graf 3: Doba uplynulá od prožité traumatické události52

Graf 4: Celkový posttraumatický růst58

Graf 5: Zastoupení odpovědí 0 – 5 u jednotlivých oblastí posttraumatického růstu59

Graf 6: Regresní analýza znázorňující vztah střední hodnoty věku sledovaných věkových skupin respondentů a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu.....64

Graf 7: Regresní analýza znázorňující vztah hodnoty doby a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu67

Graf 8: Regresní analýza znázorňující vztah hodnoty závažnosti a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu70

Graf 9: Regresní analýza znázorňující vztah hodnoty závažnosti a průměrného celkového skóre posttraumatického růstu za skupiny závažnosti73

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Seznam náročných životních situací (T.H. Holmes a R.H. Rahe).....I

Příloha 2 - Dotazník posttraumatického růstu PTGI – Posttraumatic Growth Inventory, v české variantě PTGI-CZ II - V

Příloha 1 – Seznam náročných životních situací (dle autorů T.H. Holmes a R.H. Rahe) (Svobodová, 2018, s. 5).

ŽIVOTNÍ UDÁLOST	BODY
úmrť partnera	100
rozvod	73
rozvrat manželů	65
uvěznění	63
úmrť blízkého příbuzného	63
zranění nebo vážné onemocnění	53
sňatek	50
ztráta zaměstnání	47
usmíření a přebudování manželství	45
odchod do penze	45
onemocnění člena rodiny	44
těhotenství	40
sexuální potíže	39
příchod nového člena do rodiny	39
změna zaměstnání	39
změna finanční situace	38
úmrť blízkého přítele	37
změna pracovní pozice	36
propadnutí hypotéky, ztráta větší částky peněz	30
změna pracovní způsobilosti	29
odchod potomka z domova	29
nesoulad v manželství	29
mimořádný osobní úspěch	28
manžel/ka začala nebo přestala chodit do zaměstnání	26
zahájení nebo ukončení studia	26
změna životních podmínek	25
změna osobních zvyků a návyků	24
potíže s nadřizeným	23
změna bydliště, změna školy	20
změna během rekreace	19
změna v sociálních činnostech	18
změna spánkových návyků	16
změna stravovacích návyků	15
prázdniny	13
Vánoce	12
drobné porušení zákona	11

**Příloha 2 - Dotazník posttraumatického růstu PTGI – Posttraumatic Growth Inventory,
v české variantě PTGI-CZ**

Dotazník PTGI-CZ

© R. G. Tedeschi, L.G. Calhoun, University of North Carolina – Charlotte 1996

© Český překlad: M. Preiss, (1. LF UK Praha), J. Krutiš, J. Mareš (LF UK Hradec Králové) 2008

Pokyny pro vyplňování

Každý člověk zažije ve svém životě něco těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se trochu změnil.

Specifikujte těžkou, traumatickou událost nebo událost, která Vám změnila život:

<input type="checkbox"/> ztráta milované osoby	<input type="checkbox"/> vážné finanční potíže
<input type="checkbox"/> vážná nemoc	<input type="checkbox"/> změna pracovní pozice nebo stěhování
<input type="checkbox"/> násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění	<input type="checkbox"/> změna v rodině, ale rodina zůstává
<input type="checkbox"/> nehoda nebo zranění	<input type="checkbox"/> rozvod
<input type="checkbox"/> přírodní katastrofa, povodeň, požár, vichřice	<input type="checkbox"/> odchod do důchodu
<input type="checkbox"/> invalidita	<input type="checkbox"/> válka
<input type="checkbox"/> ztráta zaměstnání	<input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypište)

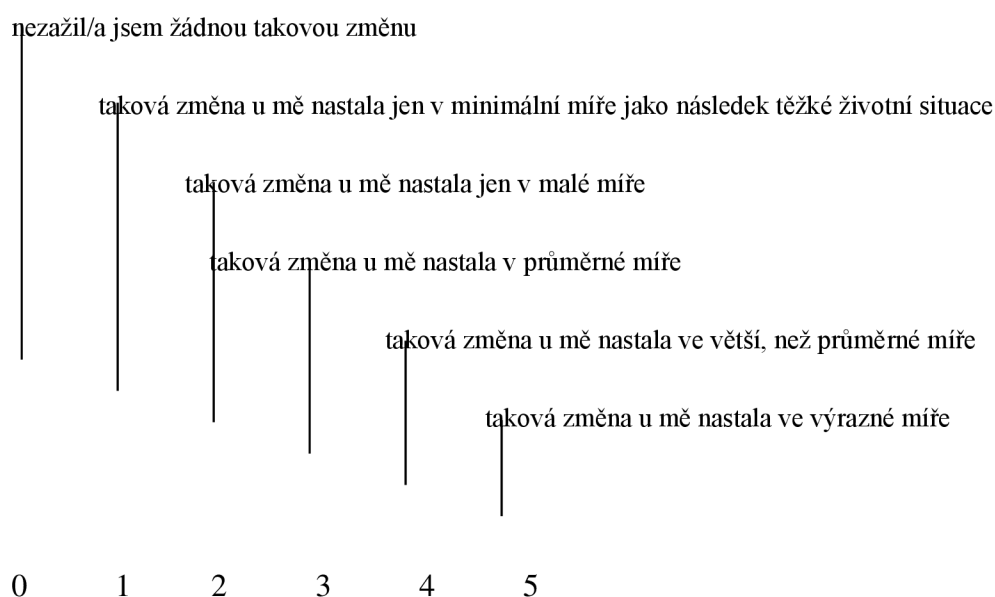
Uveďte **dobu**, která od této těžké události už uplynula:

6 měsíců až 1 rok; více než rok až 2 roky; více než dva roky až 5 let; více než 5 let

Zde je několik tvrzení; zjišťují, v čem je člověk, který prodělal těžkou životní situaci, teď už jiný.

Přečtete si pečlivě každé tvrzení, promyslete, jestli se týká právě Vás a označte **zakroužkováním** tu variantu, která s nejvíce blíží Vašemu názoru. Pokud se spletete nebo se rozhodnete dodatečně změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Zde je nabízená stupnice odpovědí:



1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5

7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Děkujeme Vám za ochotu a prosíme: projděte ještě jednou celý dotazník a zkontrolujte, jestli jste někde nezapomněli uvést svoji odpověď. Těžko bychom ji za Vás domýšleli...

Klíč k dotazníku PTGI

Dotazník měří pět proměnných:

1. vztahy s ostatními (položky č. 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21)
2. nové možnosti (položky č. 3, 7, 11, 14, 17)
3. silné stránky jedince (položky č. 4, 10, 12, 19)
4. spirituální změna, změna v duchovní oblasti (položky č. 5, 18)
5. porozumění životu, pochopení života (položky č. 1, 2, 13)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Markéta Kastnerová

Obor: andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Posttraumatický růst jako příležitost v osobním i pracovním životě

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh: 72

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 42

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 5

Počet internetových zdrojů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Jana Neusarová, Ph.D.