

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE



**Posttraumatická intervenční péče u záchranářů
hasičského záchranného sboru**

Posttraumatic intervention care for rescue of fire department

Magisterská diplomová práce

Autor: **Petra Sperlingová**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

OLOMOUČ
2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny řádně citovala a uvedla.

Olomouc, 27. 3. 2013

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji touto cestou Mgr. Martinu Kupkovi za jeho vstřícnost a pomoc při vedení mé diplomové práce. Mé poděkování náleží rovněž doc. PhDr. Zdeňku Vtípilovi, CSc. za jeho ochotu, podporu a cenné rady při vypracování výzkumu. Děkuji také Radku Schwarzovi za pomoc při grafickém a formálním zpracování práce. Zvláštní poděkování patří Petru Sperlingovi za cenné připomínky a rady při stylizaci práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
A. TEORETICKÁ ČÁST	6
1. PROFESE HASIČE	6
1.1 ORGANIZAČNÍ STRUKTURA HZS	6
1.2 PRACOVNÍ NÁPLŇ HZS.....	7
2. STRES.....	11
2.1 DEFINICE STRESU	11
2.2 DĚLENÍ STRESU	12
2.2.1 Časová dimenze	12
2.2.2 Místo působení stresu	14
2.2.3 Kvalita stresové reakce.....	14
2.2.4 Intenzita stresové reakce.....	15
2.3 STRESORY	16
2.3.1 Dělení stresorů	16
2.4 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY STRESU U ZÁCHRANÁŘŮ HZS	18
2.4.1 Okamžitá připravenost k akci	18
2.4.2 Neznalost situace při výjezdu.....	18
2.4.3 Obavy.....	18
2.4.4 Časová tíseň.....	19
2.4.5 Práce na směny.....	19
2.5 REAKCE NA STRES	19
2.6 PROJEVY STRESOVÉHO STAVU	20
2.7 ZVLÁDÁNÍ STRESU	22
3. KRIZE.....	23
3.1 IDENTIFIKACE KRIZE	23
3.2 TYPOLOGIE KRIZÍ	24
3.3 PRŮBĚH KRIZE	25
3.4 KRIZE A TĚLO	26
3.5 ŘEŠENÍ KRIZE	27
3.5.1 Coping strategie	27
4. KRIZOVÁ INTERVENCE	29
4.1 ZNAKY KRIZOVÉ INTERVENCE.....	30
4.2 AKTIVITY KRIZOVÉ INTERVENCE.....	30
4.3 METODY A POSTUPY KRIZOVÉ INTERVENCE	30
4.3.1 Krizová intervence jako metoda	31
4.4 ČEMU SE PŘI KRIZOVÉ INTERVENCI VYVAROVAT.....	32
4.5 DRUHY KRIZOVÉ INTERVENCE.....	32
4.5.1 Prezenční pomoc.....	32
4.5.2 Distanční forma pomoci	33
4.6 TELEFONICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE.....	33
4.7 INTERNETOVÁ POMOC	34
4.8 KRIZOVÁ INTERVENCE A PSYCHOTERAPIE	34
5. TRAUMA.....	36
5.1 TRAUMATICKÁ UDÁLOST	36
5.1.1 Traumatická událost v profesi hasiče	36
5.2 ROZVOJ TRAUMATU	38
5.3 SYMPTOMY TRAUMATU.....	39
5.4 TRAUMA A TĚLO.....	41
6. PSYCHICKÉ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S PROBLEMATIKOU TRAUMATICKÝCH UDÁLOSTÍ.....	43
6.1 AKUTNÍ REAKCE NA STRES	43

6.2 PORUCHA PŘÍZPŮSOBENÍ	44
6.3 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA	44
7. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA.....	45
7.1 HISTORIE	45
7.2 CHARAKTERISTIKA PTSD	46
7.3 SYMPTOMY	47
7.4 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PTSD PODLE ICD-10 A DSM- IV.....	48
7.5 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA PODLE MKN- 10.....	48
7.6 PRŮBĚH.....	49
7.7 PREVALENCE.....	50
7.8 LÉČBA.....	50
8. PSYCHOLOGICKÁ SLUŽBA HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR.....	52
8.1 VZNIK A ORGANIZACE PSYCHOLOGICKÉ SLUŽBY.....	52
8.2 HLAVNÍ ÚKOLY PSYCHOLOGICKÉ SLUŽBY HZS.....	52
8.2.1 <i>Péče o příslušníky a zaměstnance HZS.....</i>	<i>52</i>
8.2.1 <i>Odborná příprava příslušníků a zaměstnanců.....</i>	<i>53</i>
8.2.2 <i>Podklady pro personální práci a výkon služby - psychologická vyšetření.....</i>	<i>53</i>
8.2.3 <i>Psychologická a psychosociální pomoc obětem mimořádných událostí.....</i>	<i>53</i>
8.3 POSTTRAUMATICKÁ INTERVENČNÍ PÉČE.....	54
8.3.1 <i>Tým posttraumatické intervenční péče</i>	<i>54</i>
8.3.2 <i>Formy posttraumatické intervenční péče.....</i>	<i>55</i>
8.3.3 <i>Etický kodex členů posttraumatického intervenčního týmu</i>	<i>56</i>
B. VÝZKUMNÁ ČÁST	58
9. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	58
9.1 PROBLÉM, CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU	58
9.2 APLIKOVANÁ METODIKA	59
9.2.1 <i>Dotazníky.....</i>	<i>59</i>
9.2.2 <i>Metoda analýzy dat.....</i>	<i>61</i>
9.3 ZKOUMANÝ SOUBOR	62
9.4 ORGANIZACE A PRŮBĚH ŠETŘENÍ	64
9.5 SYMBOLIKA VÝSLEDKOVÉ ČÁSTI	64
10. VÝSLEDKY STUDIE.....	66
10.1. ZÁKLADNÍ VÝSTUPY IPSS.....	66
10.2. ZÁKLADNÍ VÝSTUPY DPPP-HZS.....	67
10.3. PROFIL SOUBORU Z HLEDISKA SVF 78.....	70
10.4. KORELÁTY VYBRANÝCH PROMĚNNÝCH.....	71
10.5. VYJÁDRĚNÍ K PLATNOSTI HYPOTÉZ.....	76
11. DISKUZE.....	78
12. ZÁVĚR.....	83
13. SOUHRN	85
LITERATURA	88
ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE	92
PŘÍLOHY	

ÚVOD

V dnešní době narůstá počet tragických událostí, zejména přírodních katastrof, dopravních nehod a průmyslových havárií atd. Lidé, kteří tyto události zažili, mohou prožívat silný stres a být traumatizováni, stejně jako hasiči, kteří při těchto tragédiích zasahují. Tyto situace ovlivňují běh každodenního života. Zasahují do vztahů mezi lidmi, mohou ovlivnit sociální zázemí člověka, ale také schopnost radovat se ze života. Téměř každý den nás média informují o těchto tragických událostech. V naší zemi však ve dne i v noci slouží záchranáři, kteří jsou ochotni nasadit vlastní životy pro záchranu zdraví a majetku druhých. Často si kladu otázku, jaké osobnostní charakteristiky mají lidé, kteří vědomě ohrožují vlastní život, aby zachránili cizí. Povolání hasiče záchranáře je často nedocenené. Záchrana života je považována za automatickou součást této profese. Málo lidí si uvědomuje, že do vlivu traumatizující zátěže se záchranáři dostávají daleko častěji než ostatní a že toto povolání může mít negativní dopady na psychický stav. Od záchranářů se sice očekává, že budou odolnější při zvládnání stresu a traumatizujících situací, ale nelze vyloučit, že nebudou těmito náročnými situacemi zasaženi. Na podkladě těchto poznatků vznikla psychologická služba HZS, která své služby neustále rozšiřuje a snaží se o osvětu zaměstnanců v oblasti psychologie, neboť je nezbytné, aby hasiči sami dokázali předvídat, s jakými reakcemi se mohou setkat a dokázali jim účinně předcházet.

Tato diplomová práce je zaměřena na stresující a traumatické události v profesi hasiče a na psychologickou péči HZS. V teoretické části se věnujeme prožívání těchto zátěžových situacím jako je stres, trauma, posttraumatická stresová porucha a další, které s touto oblastí blízce souvisí. Jedna z kapitol je také věnována Psychologické službě, která jak už bylo řečeno, vznikla na podkladě zkušenosti, že v souvislosti se zásahy může dojít k narušení psychického stavu záchranáře.

V praktické části jsme zkoumali, jak hasiči hodnotí své povolání z hlediska stresujících podmínek. Analyzovali jsme způsob, jakým se vypořádávají se stresem. Zajímalo nás, jak hasiči prožívají náročné situace spojené se zásahy. Také jejich orientaci v posttraumatické intervenční péči a eventuální příklon k využití této péče. Empirická část práce předkládá čtenáři nejen kvantitativní data, s důrazem na relativní četnosti ale i na významné korelující vztahy mezi jednotlivými proměnnými.

Jelikož byl výzkumný soubor tvořen malou skupinou hasičů, nelze závěry příliš zobecňovat, mohou však být použity pro zpětnou vazbu účastníkům výzkumu, členům intervenčních týmů, ale i velitelství hasičského záchranného sboru pro přehled o vhodnosti výběru zaměstnanců.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. PROFESE HASIČE

Profesionální požární ochrana prošla od svého vzniku řadou změn. Od dob, kdy vznikla první hasičská jednotka v průběhu 19. století, kterou tvořily dobrovolné jednotky požární ochrany až po současnost, kdy mezi činnosti Hasičského záchranného sboru České republiky (dále jen HZS ČR) patří kromě hašení požárů i likvidace následků živelních pohrom, technologických havárií, úniku ropných nebo chemických látek a od roku 2001 i činnosti z oblasti ochrany obyvatelstva a krizového řízení. (HZS ČR)

1.1 Organizační struktura HZS

Působnost, organizace a fungování HZS je legislativně upravena zákonem č. 133/ 1985 Sb., o požární ochraně; zákonem č. 186/ 1992 Sb., o služebním poměru příslušníků Policie České republiky; zákonem č. 238/ 2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky; zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů; zákonem č. 240/ 2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů, a také nařízením vlády č. 172/ 2001 Sb., k provedení zákona o požární ochraně, a vyhláškou Ministerstva vnitra č. 247/ 2001 Sb., o organizaci a činnosti jednotek požární ochrany.

Hasičský záchranný sbor ČR (dále též jen HZS ČR) je bezpečnostním sborem státu. Tvoří základní složku integrovaného záchranného systému. Jeho posláním je chránit životy, zdraví a majetek a poskytovat i další účinnou pomoc při mimořádných událostech. HZS vykazuje známky polovojenské organizace, kdy velitelé v rámci jednoznačně definované hierarchie udílejí rozkazy členům s nižší hodností, za které zároveň nesou odpovědnost. Členové prokazují svojí příslušnost ke sboru uniformou, zvláštním označením vozidel apod., při výkonu svého povolání požívají ochranu v rámci statutu veřejného činitele, v odůvodněných případech mají právo žádat materiální i jinou pomoc civilních osob, mají právo udílet závazné pokyny apod.

Požární ochranu v České republice zabezpečuje několik typů jednotek požární ochrany, a sice: Jednotka HZS kraje, která je složena z příslušníků HZS ČR, ti vykonávají službu na stanicích HZS krajů a jsou ve služebním poměru; Jednotka HZS podniku je složena ze zaměstnanců podniku, kteří činnost v této jednotce vykonávají jako své zaměstnání (např. drážní hasiči); Jednotka sboru dobrovolných hasičů obce; Jednotka sboru dobrovolných hasičů podniku.

Profesionální hasiči jsou tedy organizováni v Hasičském záchranném sboru České republiky (dále též jen HZS ČR), které tvoří generální ředitelství HZS ČR, jež je organizační

součástí Ministerstva vnitra, a 14 hasičských záchranných sborů krajů, Střední odborná škola požární ochrany a Vyšší odborná škola požární ochrany ve Frýdku-Místku a Záchranný útvar HZS ČR v Hlučíně.

1.2 Pracovní náplň HZS

Být hasičem je společností vnímáno nejen jako mít smysluplné zaměstnání, ale především jako poslání, které je spojené s nezištným úsilím pomáhat ostatním bez ohledu na vlastní bezpečí. Ačkoliv každý hasičské povolání zná, málokdo si dokáže přesně představit úplnou náplň práce. Hasičská profese je prioritně cílena na prevenci vzniku nekontrolovatelných požárů a také na jejich likvidaci. S rozvojem společnosti však profese hasiče subsumovala celou řadu dalších činností. I nadále je hlavní náplní práce hasičů zdolávání požárů, hasiči však zasahují i v případech živelných katastrof (např. povodní), u ekologických havárií, u dopravních nehod a jiných mimořádných událostech a jsou zapojeni v krizovém řízení. Spolupracují při prevenci požárů a dalších podobných nežádoucích událostí. Účelem práce hasiče je ochrana života, zdraví a majetku lidí. Hasiči v neposlední řadě provádí také údržbu a opravy hasičské techniky, účastní se pravidelných výcviků a odborných příprav s přidělenou technikou.

Z uvedeného výčtu aktivit hasiče zcela jednoznačně plyne, že na osobu hasiče jsou a musí být kladeny vysoké požadavky, a to jak fyzické, tak i psychické. Nejen proto, že hasiči pracují v těžkých podmínkách, řadí se jejich povolání k těm, která jsou ta nejnebezpečnější. Profesionální hasič musí mít všestranné dovednosti a znalosti z různých odvětví, musí ovládat poskytování první pomoci, mít technické schopnosti, být fyzicky zdatný. Uchazeč o vstup do služebního poměru tedy nutně musí být fyzicky, zdravotně a osobnostně způsobilý. Hlavní požadavky, které musí hasič splňovat, jsou upraveny jednak v zákoně č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve znění pozdějších předpisů, a dalších prováděcích právních předpisech upravujících činnost a organizaci HSZ ČR.

Osobnostní způsobilost upravuje Vyhláška č. 487/2004 Sb., o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru, ve znění pozdějších předpisů, jež taxativním výčtem uvádí osobnostní charakteristiky, jež jsou nezbytným předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru:

- a) intelektově v pásmu průměru nebo vyšším,
- b) emočně stabilní,
- c) psychosociálně vyzrálý,
- d) odolný vůči psychické zátěži,
- e) s žádoucí motivací, postoji a hodnotami,

- f)** bez nedostačivosti v oblasti volních procesů,
- g)** bez nedostačivosti v oblasti poznávacích procesů,
- h)** bez nedostačivosti v oblasti autoregulace,
- i)** bez znaků nežádoucí agresivity a
- j)** bez psychopatologické symptomatiky.

Výše uvedené rysy osobnosti jsou zkoumány jednak při přijetí hasiče do sboru, tak v případě ustanovení na služební místo v rámci bezpečnostního sboru, pro které je toto zjišťování stanoveno jako jiný zvláštní požadavek, nebo v případě jednání příslušníka, na jejichž základě se lze domnívat, že příslušník je osobnostně nezpůsobilý k výkonu služby v bezpečnostním sboru .

Uchazeč o zaměstnání musí splňovat také předpoklady k přijetí do služebního poměru taxativně vyjmenované v zákoně č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve znění pozdějších předpisů, kdy do služebního poměru může být přijat pouze státní občan České republiky, který:

- a)** je starší 18 let
- b)** je bezúhonný a plně způsobilý k právním úkonům
- c)** splňuje podmínky stanovené pro výkon obsazovaného služebního místa, zejména:
 - stupeň vzdělání - minimálně střední s maturitní zkouškou
 - obor nebo zaměření vzdělání (pokud je stanoven)
 - další odborné a jiné zvláštní požadavky (pokud jsou stanoveny)
- d)** je fyzicky, zdravotně a osobnostně způsobilý k výkonu služby
- e)** je oprávněný seznamovat se s utajovanými informacemi podle zvláštního právního předpisu, má-li být ustanoven na služební místo, pro které se tato způsobilost vyžaduje
- f)** není členem politické strany nebo politického hnutí
- g)** nevykonává živnostenskou nebo jinou výdělečnou činnost a není členem řídicích nebo kontrolních orgánů právnických osob, které vykonávají podnikatelskou činnost
- h)** písemně požádal o přijetí do služebního poměru a úspěšně absolvoval přijímací řízení.

V případě fyzických předpokladů platí, že se hasičem může stát člověk, který disponuje dobrou fyzickou kondicí, kterou si je povinen zachovat a případně i zvyšovat. Tělesná zdatnost musí korespondovat s požadavky, stanovené ředitelem bezpečnostního sboru služebním předpisem pro výkon služebního místa, na které má být uchazeč ustanoven. Poslední z nezbytných podmínek je zdravotní stav odpovídající přísným předpisům, který je zkoumán posudkovým lékařem.

Z uvedeného výčtu požadavků zcela jednoznačně plyne skutečnost, že hasičem by se nepochybně měly stávat především silné osobnosti schopné práce v týmu a obdařené smyslem pro disciplínu a odpovědnost. Neexistuje však žádná univerzální forma osobnosti – hasiče. V hasičských sborech se projevuje u jednotlivých hasičů v jejich osobnostních rysech bezpočet rozdílů. Tomu by také měl odpovídat přístup psychologů poskytujících hasičům pomoc při zvládnání následků stresových pracovních situací. Typu osobnosti je třeba přizpůsobit také aplikované copingové strategie.

Hasičský sbor je vnitřně strukturován a specializován. Pro práci hasičů je nezbytný kolektivní výkon, na základě čehož je základním organizačním prvkem jednotka požární ochrany. Hasiči pracují v relativně stabilních týmech, které pracují ve třech směnách, jež se pravidelně střídají ve 24 hodinových intervalech. Profesionální hasič tedy pracuje 24 hodin a pak následuje mezi jednotlivými směnami 48 hodin nepřetržitého odpočinku. Na směně pracuje od 4 do 50 lidí, v jednom výjezdovém týmu je pak obvykle 4 až 6 hasičů. Pokud však dojde k mimořádné události, hasiči jsou svoláni z nepřetržitého odpočinku a zasahují všichni potřebně dlouhou dobu.

Šmahlík (2009, s.12-13) uvádí dvě kategorie pracovního režimu Hasičského záchranného sboru, a to:

- a) Organizační řízení – Jedná se o pracovní dobu, kdy jsou hasiči na stanici a plní pracovní úkoly v rámci stanice. Jedná se například o údržbu techniky a materiálu, provádí se údržba stanice a jejich přilehlých částí. V rámci organizace řízení se hasiči také pravidelně školí v oblasti technických prostředků, zdravotní přípravě, bojového řádu, taktiky a specifik různých zásahů. Hasiči mají samozřejmě i praktický výcvik, kde trénují práci s čerpadly, motorovými pilami, záchrannými čluny a vyprošťovacími nářadím, práci v protichemických oblecích a jiné činnosti, které při zásahu provádějí. Pro hasiče je povinná i fyzická příprava. Na téměř všech stanicích mohou hasiči využít sportovní zařízení (posilovnu, hřiště, apod.)

- b) Operační řízení - Z organizačního řízení do operačního řízení přechází jednotka po vyhlášení poplachu. Vyhlášení poplachu se provádí zvukovým zařízením, které doprovází hlášení z rozhlasu, o jaký zásah se jedná. Dle zákona o požární ochraně musí jednotka vyjždět z místa svojí dislokace do 2 minut od vyhlášení poplachu. Operační řízení se tedy skládá z cesty na místo zásahu, samotného zásahu a cesty zpět. Po celou dobu jsou hasiči ustrojeni v zásahových oblecích a přilbách. Během zásahu hasiči provádí

činnost, pro kterou jsou předurčeni. Složení zásahů je různé. Hasiči mohou zasahovat u požárů, dopravních nehod, chemických havárií, radioaktivních havárií, průmyslových havárií. Provádějí záchranné akce ve vodě, výškách a nad volnou hloubkou. Do jejich práce patří i záchrana zvířat či likvidace nebezpečného hmyz. Povolání hasiče klade na jedince velké nároky, je fyzicky i psychicky velmi náročné. Hasiči jsou často vystavováni stresu a mnohdy zažívají i traumatické události.

2. STRES

Stres vyvolává mnoho různých událostí, některé představují závažné události, které zasahují velké skupiny lidí jako je např. válka, jaderná katastrofa, živelná pohroma atd. Jiné se týkají závažných změn v životě jednotlivce- např. stěhování, změna zaměstnání, svatba, ztráta blízké osoby, vážná nemoc atd. Někteří lidé prožívají jako stresory i běžné každodenní nepříjemné události a ve formě konfliktních motivací a přání.(Herman, Doubek, 2008)

2.1 Definice stresu

Podle Katze a Wykese (in Trimpop, 1994) mají stresové události tyto charakteristiky: traumatické události mimo rozsah běžné lidské zkušenosti, neovlivnitelnost a nepředvídatelnost.

„Anglický termín stress v technickém kontextu znamená sílu, působící na fyzikální objekt či systém, který se přivádí do stavu napětí. V závislosti na velikosti síly může vzniknout dočasná či trvalá, funkční nebo strukturální porucha systému. Stress v tomto smyslu odpovídá českému termínu zátěž.“ (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1984, str. 9) Poprvé stres popsal Hans Selye v r. 1949. Jeho fyziologická definice hovoří o nespecifické reakci organismu na jakýkoliv nárok spočívající v mobilizování obranných mechanismů a energetických rezerv (Charvát, 1969). H. Selye také popsal stav stresu v symptomech tzv. adaptačního syndromu (GAS) , který je definován jako generalizovaná reakce na zátěž probíhající ve třech fázích.

1. Fáze poplachová: Cílem je zajistit energetické zdroje pro reakci na ohrožení, doprovázeno silnou excitací a zvýšením sekrece hormonů dřeně nadledvinek.
2. Fáze resistence: Dlouhodobá adaptace na působení stresoru.
3. Fáze vyčerpání: Stav, kdy organismus již vyčerpал zdroje pro adaptaci. Výsledkem takového selhání může být vážné ohrožení zdraví i života. (Schreiber, 1992)

Podle Selyeho reakce na GAS může probíhat bez některého ze stádií nebo se některé může naopak prodloužit v závislosti na trvání stresové situace. Obzvláště škodlivé je dlouhodobé působení stresových situací, je však možné organismus postupně adaptovat pomocí slabších stresorů a jejich postupným zesilováním. GAS je sice účelná reakce organismu, může však vést ke vzniku onemocnění. (Dytrych 1968)

Podle Dytrycha (1968) je stres další termín vyjadřující náročné životní situace a stavy organismu, jimi vyvolané. Jedná se o stav organismu, jehož reakce na okolí jsou charakterizovány úzkostí, napětím nebo obrannými reakcemi. Podle Dytrycha (1968) se psychologické stresové reakce vyznačují konfliktem motivů. Rozlišuje stres na chronický, akutní, uvědomovaný a neuvědomovaný.

Podle Praška (2002) je stres setkání s událostmi, které vnímáme jako ohrožení svého tělesného nebo duševního blaha. Tyto události nazývá jako stresory a reakce na ně jako stresové reakce.

Stres se také spojuje s obtížnými, ohrožujícími událostmi, významně narušujícími rovnováhu organismu a vyvolávajícími závažné změny v hormonálním, oběhovém i imunitním systému. (Paulík, 2010)

Podle Hladkého a kol.(1993) je důležité, aby byla brána v potaz jednota psychobiosocio-spirituálně-ekologického systému a aby tyto úvahy zahrnovaly i všechny komponenty chování a prožívání a respektovali propojenost organismu a vnějšího prostředí.

Špatenková (2004, s. 38) dále říká, že: „*Pojem stres odpovídá českému výrazu zátěž. Člověk se do stresu dostává tehdy, je-li míra stresogenní situace (stresoru či stresorů) vyšší než schopnost, nebo možnost daného jedince tuto situaci zvládnout. Obecně se jedná o nadlimitní zátěž, která vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu.*“

Křivohlavý (2001) hovoří o stresové situaci v případě, když míra intenzity stresu je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Křivohlavý používá stres ve dvou různých významech. Pod pojmem stresor uvádí nepříznivé vlivy (tlaky), které mohou vést k tíživé osobní situaci člověka. Naopak salutory uvádí jako faktory, které člověka v těžké situaci posilují.

Souhrnně se dá říci, že klinicky orientovaní odborníci chápou stres jako vnitřní stav organismu, zatímco behavioristé chápou stres situačně jako událost. Existují i názory zpochybňující pojem stresu jako příliš vágní s tím, že se jím dá označit vlastně jakákoli energetická změna v organismu.

2.2 Dělení stresu

Stres můžeme rozdělit z hlediska několika dimenzí: Času, místa působení, kvality stresové reakce a podle intenzity stresové reakce.

2.2.1 Časová dimenze

Stres můžeme rozdělit na dlouhodobý či krátkodobý, může být také intenzivního či následného charakteru. Z hlediska časového rozlišujeme stres akutní, chronický, posttraumatický a anticipační. (MATOUŠEK, 2005).

Akutní stres

Obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Stresorem může být zdrcující traumatický zážitek, zahrnující vážné ohrožení bezpečnosti nebo tělesné integrity jedince nebo blízkých osob (např. živelná pohroma, úraz, ozbrojený konflikt, přepadení, znásilnění), nebo neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním prostředí anebo v mezilidských vztazích jedince, např. ztráta mnoha blízkých osob nebo požár v domácnosti. Akutní stres se může projevovat různě. Můžeme pozorovat depresi, úzkost, zlost, zoufalství, zvýšenou aktivitu nebo naopak stažení, ale žádný typ příznaků dlouho nepřetrvává). Velmi typicky se objevuje úvodní stav „ustrnutí“ se zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty a dezorientaci. Na tento stav může dále navazovat další stažení se nebo neklid a nadměrně zvýšená aktivita (tzv. útěková reakce). Obvykle jsou přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti (zrychlená akce srdce, zrychlené dýchání, pocení apod.). Příznaky se obvykle objeví během několika minut po dopadu stresujícího podnětu nebo události a mizí během 2-3 dnů (často během několika hodin). Na toto období může být částečná nebo úplná ztráta paměti. Pokud k příznakům nedojde okamžitě, dostaví se obvykle během několika minut. (Čáková, 2010)

Chronický stres

Jedná se o dlouhodobé působení závažného stresoru nebo mnoha menších stresorů. Aktuální příznaky u chronického stresu mohou být nenápadné, přesto však bude negativní dopad na organismus větší, než u typu zátěže, při které bude změna situací sice velká, ale dojde k rychlejšímu návratu ke klidu a k uvolnění tenze. U chronických zátěží se udržuje vyšší hladina aktivace a diskomfort v subjektivním prožívání. Nejčastějšími psychickými příznaky chronického stresu bývá podrážděnost, pocity úzkosti, nepřiměřené reakce na běžné situace, napětí, únava, vyčerpanost. Naopak tělesné problémy se projevují bolestmi hlavy, svalovým napětím, bušením srdce, závratí nebo poruchami spánku. (Matoušek, 2005)

Jedinec, který v tomto stavu žije delší dobu, považuje za normu, že nedokáže odpočívat, uvolnit se, není schopen se radovat z maličkostí. Obecně se lidé s chronickým negativním emočně vegetativním napětím těžko osvojují relaxační dovednosti. (Machač, Macháčová, Voskovec 1984)

Chronické nezvládnuté stresové situace mohou být při delším trvání příčinou patologických změn v psychice i v organismu člověka, pokud však nedochází k osobnostním deformacím, k chorobným změnám nebo ke hroucení, mohou se stát pozitivním faktorem ve vývoji člověka. Stresové situace pak mohou sloužit k sebepoznání a mohou napomáhat osobnostnímu zrání. Určitá úroveň stresu je také nezbytná pro růst duševní i tělesné výkonnosti a

odolnosti. Pozitivní vliv na vývoj člověka může mít taková psychická zátěž, po které máme dostatek času na obnovení své duševní rovnováhy a zpracovat zátěžové situace. (Machač, Macháčová, Voskovec 1984)

Posttraumatický stres

Posttraumatický stres nebo-li posttraumatická stresová porucha je ústředním tématem mojí diplomové práce, proto tuto tematiku rozvinu podrobněji až v dalších kapitolách.

Posttraumatický stres je opožděná reakce na stresovou situaci, která trvá sice krátkou dobu, přesto však je velmi intenzivní. Tyto situace mohou být katastrofické se závažnými důsledky. K rozvoji posttraumatického stresu může dojít po závažných úrazech, dopravních nehodách, přírodních katastrofách a jiných traumatizujících událostech. Postižený většinou prožívá psychické napětí, které může být doprovázeno úzkostmi, depresi, poruchami spánku, soustředění, pocity beznaděje, zoufalství atd. Touto poruchou trpí lidé, kteří nejsou schopni se s traumatickou událostí delší dobu vyrovnat a tyto traumatické zážitky znovu opakovaně prožívají. (Jones, Moorhouse, 2010)

Anticipační stres

Zatímco u akutního, chronického i posttraumatického stresu dochází k reakci organismu až po určité stresové události, u anticipačního stresu je tomu naopak. Tento druh stresu vzniká při očekávání určité události a o předvídání pravděpodobných důsledků, které mohou ohrozit integritu osobnosti v podobě ztráty sebedůvěry, autority a role. Anticipační stres se projevuje nejdříve mírným emocionálním napětím, které se s blížící se očekávanou událostí zvyšuje a bezprostředně před ní může dojít až k pocitům nejistoty i úzkosti, které však většinou rychle odezní. (Matoušek, 2005; Mayerová, 1997).

2.2.2 Místo působení stresu

Stres můžeme rozdělit dle místa působení na fyzický a psychický. Fyzický stres působí na periférii organismu, nejčastěji ve formě bolesti, zatímco psychický stres je cerebrální, přirovnávaný k pojmu astenická emoce. Odezva organismu je ovšem vždy celkově nespecifická, tudíž má toto dělení pouze teoretický a didaktický význam. (Hošek 1997)

2.2.3 Kvalita stresové reakce

Podle kvalitativní stránky odezvy se rozlišuje eustres a distres s tím, že většinou je stresem míněn distres; pojem eustresu není všeobecně uznáván. Někdy se o eustresu mluví v případě,

kdy má prokazatelně stimulační účinek na výkon (uvolní jinak nemobilizovatelné zdroje energie). (Hošek, 2001)

Podle Křivohlavého (1994) díky stresu dochází i k pozitivním změnám a konstruktivním činnostem. Stres má v podstatě funkci aktivačního činitele.

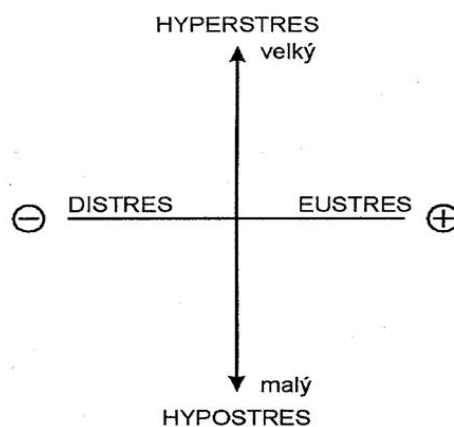
- **Eustres** – V případech, kdy jsou nároky, které jsou na člověka kladeny, a schopnostmi člověka, může mít stres dokonce pozitivní vliv na rozvoj osobnosti a přispívat k rozvoji nových modelů jednání a prožívání, zvyšovat integritu osobnosti člověka a jeho zdravotní odolnost. Jde o stres, který je laicky řečeno dobrý, přiměřený. Tento stres dokáže člověka aktivizovat k vyšším a lepším výkonům. Soustředí se na činnost, kterou vykonává. Člověk pociťuje zvýšené napětí a podráždění, necítí se však v ohrožení, nebo nebezpečí. Tento stres může pramenit např. z pocitu nedostatku času na daný úkol.
- **Distres** – je opakem eustresu – tedy stres škodlivý, nadměrný. Tento stres vede k nadměrné zátěži organismu. Může vést k psychickému poškození, psychosomatickému onemocnění, nebo i smrti jedince (Křivohlavý, 2001)

2.2.4 Intenzita stresové reakce

Stres můžeme také odlišit podle malé nebo velké intenzity stresové reakce (Křivohlavý, 2001).

- **Hyperstres** – definuje Křivohlavý jako intenzivní stres, který přesahuje mez přizpůsobení se dané situaci. Jedná se tedy o neschopnost jedince vyrovnat se se stresem.
- **Hypostres** – o hypostres se jedná v případě, kdy není překročena hranice adaptability, ale vlivem dlouhodobého působení tohoto stresu může dojít k negativním účinkům a organismus si na něj může přivyknout.

Obr. 1. Základní rozměry stresu



2.3 Stresory

Existuje mnoho situací, které vyvolávají stres. Podle Machač, Macháčové a Hoskovce (1985, s. 66) „nemůže být žádný podnět sám o sobě kvalifikován jako stresor“. Opačně každý podnět se může za určitých podmínek stát stresorem. Dále upozorňují, že „psychický stresor jako objekt nezávislý na člověku, na jeho vrozených i získaných vlastnostech, postojích, návycích, zkušenostech a znalostech, neexistuje.“

Půža (2009) definuje stresory jako podněty různého charakteru: Fyzikální, chemické nebo psychosociální, které jsou subjektivně posuzovány jako zátěžové. Mezi stresory zařazuje nedostatek základních potřeb člověka, společenské, společenské a sociální změny a pracovní stresory, mezi které řadí např. pracovní přetížení.

Křivohlavý (1994) uvádí, že stresorem se může stát každý podnět, který má na jedince negativní vliv a způsobuje stres. Mezi nejvýznamnější stresory řadí pracovní přetížení, časový stres, velkou odpovědnost, nezaměstnanost, hluk, nedostatek spánku, negativní sociální jevy atd.

2.3.1 Dělení stresorů

H. Selye dělí stresory na fyzikální a emocionální (Křivohlavý, 1994). Mezi fyzikální stresory řadí drogy, nedostatek kyslíku, radiaci, elektrošoky atd. Jako emocionální stresory uvádí úzkost, zármutek, obavy, strach, anticipační obtíže atd.

B. Baštecká (2009) dělí stresory na fyzikální (nadměrný hluk, teplota), stresory fyziologické (porod, fyzická námaha), stresory psychologické (strach, frustrace) a stresory psychosociální související s mezilidskými vztahy.

Stresory můžeme také rozdělit z hlediska intenzity a délky trvání na ministresory, makrostresory. (Křivohlavý, 1994)

Ministresory způsobují mírné až velmi mírné okolnosti, které navozují stres. Tyto stresory mohou dlouhodobějším působením vyvolat v člověku vnitřní tíseň a mohou vést až k depresi. Křivohlavý (1994) řadí mezi ministresory monotónnost, nudu nebo frustraci. Oproti tomu **makrostresory** mohou být sice krátkodobé, ale mají závažnější důsledky. Mezi makrostresory můžeme zařadit traumatické události, zemětřesení, úzkosti.

Jako další příklad rozdělení stresorů, můžeme použít rozdělení na stresory fyzické a psychické. Příkladem fyzických je např. nadměrná hlučnost, chlad, horko, prach, špatné pracovní podmínky aj.

Mezi psychické stresory můžeme uvést situace vyvolávající žal, nadměrný strach, potlačovaný vztek, trvalý spěch, nezaměstnanost, nesplněná očekávání apod. (Nakonečný, 1996).

Pro důkladnější porozumění rozdělení stresorů můžeme uvést i stresory ovlivňující skupiny obyvatel. Jedná se zejména o :

- **Přírodní katastrofy na velkém území.**
- **Epidemie, pandemie, endemie nemocí. Pobyť či hrozba koncentračního tábora, vyhlazovacího tábora.**
- **Lokální katastrofy.**
- **Vliv masových akcí některé skupiny obyvatel na jiné.** (Lukeš, 2006, s.5)

Lukeš (2006) shrnul typologie stresorů do bodové škály zátěže ve škále zátěže 0 - 100 bodů. Události hodnocené 100 body jsou nejtěživější.

Stresory ovlivňující jedince a skupiny obyvatel:

- 100 bodů: smrt partnera, vlastní pocit smrtelného ohrožení,
80 bodů: nechtěný rozvod, vězení, únos, přepadení, úmrtí blízké osoby,
70 bodů: vážný úraz či stav těsně po něm,
60 bodů: delší nemoc s vědomím následků,
50 bodů: ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, změna zdravotního stavu někoho v rodině,
40 bodů: těhotenství v rodině, sexuální potíže, přírůstek v rodině, změna zaměstnání, změna finančního stavu, smrt přítele, přeřazení na jinou práci,
30 bodů: neshody s partnerem, půjčka peněz, změna postavení v práci, odchod dítěte z domu,
20 bodů: vstup do školy, ukončení školy, změna zvyklostí, konflikt s nadřízeným, změna bydliště, dovolená, vánoce.

Lukeš (2006) upozorňuje na fakt, že jde pouze o orientační schéma. Každý jedinec vnímá situaci subjektivně, tudíž ji může přisuzovat podstatně vyšší význam. Celkově však lze říct, že pokud nasbíráme v kratším období (týden až 14 dnů) více než 200 bodů, měli bychom se těmito událostmi zabývat, protože jsme pravděpodobně ohroženi stresem.

2.4 Nejčastější příčiny stresu u záchranářů HZS

Mnoho lidí prožívá stres téměř každodenně. Někteří si to uvědomují, jiní ne. Tělesné reakce způsobují vyplavování většího množství hormonů, které přispívají k vyšším fyzickým výkonům. V dnešní době však není prostor k tomu, aby byly stresové hormony dostatečně rychle odbourávány a postižený prožívá dál intenzivní stres provázený pocity strachu, úzkosti atd., které se mohou kumulovat a vést až k nemoci. Mezi nejčastěji ohrožené orgány patří, žaludek, srdce a ledviny, stres má negativní vliv i na imunitní systém. Existuje mnoho stresových faktorů, které ovlivňují činnost záchranářů HZS, proto je vhodné, aby byly hasiči proškolení v oblasti psychologie a věděli, že projevy stresu jsou normální lidskou reakcí na zátěžovou situaci.

Mezi nejčastější stresové faktory u záchranářů HZS patří:

2.4.1 Okamžitá připravenost k akci

Hasiči mají během 24 hodinové služby spoustu povinností. Ráno se účastní povinného nástupu, dopoledne probíhá odborné vzdělávání, odpoledne hasiči provádí údržbu požární stanice a technického vybavení a nakonec se věnují fyzické přípravě. Hasiči musí být neustále připraveni na zásah, nezáleží na tom, jakou činnost z těchto jmenovaných zrovna vykonávají, musí být připraveni v jakoukoliv denní či noční dobu. Tato neustálá pohotovost je samozřejmě velmi stresující. Hasiči jsou často povoláváni i v noci, což vyžaduje okamžitou koordinaci smyslu a maximální soustředění ihned po přerušení spánku. Dříve byl poplach ohlašován ihned akusticky a poté došlo k slovnímu upřesnění místa a druhu zásahu. V dnešní době se však přistoupilo nejprve ke slovní specifikaci zásahu a pak se zvukové signalizaci, což je hasiči vnímáno jako šetrnější.

2.4.2 Neznalost situace při výjezdu

Po vyhlášení poplachu operačním střediskem hasičského záchranného sboru nasedají hasiči do určených zásahových aut a vyjíždějí k zásahu. Během jízdy dochází skrze radiové spojení k upřesnění, o jaký druh zásahu se jedná a kolik je na místě zraněných lidí a jestli bude přítomna i záchranná služba a policisté. Informace od dispečinku tísňového volání však nemusí být zcela přesné a hasiči zjistí skutečný rozsah neštěstí až na místě. Musí tedy být pohotová a neustále připraveni řešit neočekávané situace.

2.4.3 Obavy

Hasiči se často dostávají do situací, které vyžadují nasazení vlastního života. Je přirozené, že při těchto zásazích prožívají strach. Strach udržuje organismus v pohotovosti a způsobuje tak zvýšenou reaktivitu na podněty skutečné, ale i na ty, které jsou situačně deformované vědomím,

co by se mohlo stát. Strach má i pozitivní vliv na výkon záchranáře. Díky pohotovosti organismu si tak všimá i maličností. Úplné vymizení obav a strachu by pravděpodobně způsobilo pokles ostražitosti a mohlo by tak dojít k tragickým následkům.

Strach se projevuje zvýšeným krevním tlakem, zvýšeným svalovým napětím, hyperventilací, zrychleným pulsem atd. Strach snižuje schopnost přizpůsobit se novým situacím a snižuje psychickou odolnost člověka, je proto nutné, aby se hasiči naučili, jak se nenechat strachem zcela pohltnout.

2.4.4 Časová tíseň

Záchranáři HZS musí často umět rychle rozhodnout o postupu zásahu. Touto zodpovědností je nejvíce zatížen velitel zásahu. Hasiči se musí co nejrychleji dostat na místo neštěstí. Každé rozhodnutí musí být rychlé a přesné, protože následky špatných rozhodnutí mohou být fatální. Může dojít i k situacím, kdy je třeba rozhodnout o postupu, který neumožní záchranu všech postižených, ale minimalizuje celkový počet obětí. Tyto rozhodnutí jsou velmi psychicky náročné a většinou se týkají právě velitele zásahu.

2.4.5 Práce na směny

Jedna pracovní směna u HZS trvá 24 hodin, během této doby se věnují různým povinnostem, které jsem již zmiňovala a musí být neustále připraveni jak fyzicky, tak psychicky na výjezd. Střídají se po 3 směnách označených písmeny A,B,C, to znamená, že každý hasič má po své směně dva dny volna. Práce na směny je náročná v každém oboru, hasiči musí sloužit i přes víkendy a v období svátků, které nemohou trávit se svými rodinami. S touto skutečností však musí záchranáři počítat.

2.5 Reakce na stres

Povolání hasiče patří mezi tzv. neklidná povolání, jsou na odolnost vůči zátěži zvláště náročná. Hasiči se často dostávají do rušného prostředí, požaduje se po nich přerušování a střídání činností, jsou vystavováni velké zodpovědnosti za důsledky svých výkonů, které mnohdy zachraňují lidské životy.

Psychická odolnost vůči stresu se snižuje s nadměrným pracovním vypětím, při nedostatku spánku, při zhoršeném zdravotním stavu, u osob s neurotickými vlastnostmi, při nadměrném kouření a pití alkoholu. Působení těchto faktorů však nepůsobí na všechny stejně. Mluvíme o

různé odolnosti vůči stresu. Vysoká odolnost vůči stresu a regenerace sil bývá označována jako vitalita příslušného člověka. (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1984)

„Subjektivně se negativní vlivy zátěže projevují většinou v neúčelném, zpravidla nelibě zabarveném pocitu duševního napětí až podrážděnosti, v pocitu duševního rozladění, úzkosti, nepohody i v pocitu ochablosti a únavy.“ (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1984 str.7)

„Stresové situace, které nebyly zvládnuty, mohou být příčinou vzniku mnoha různých chorob“. Jako příklad uvádí hypertenzi, vředovou chorobu, operační šok a určité neuropsychiatrické choroby. Selye (1966, s. 179)

Podle Beckera a Minsela (1982, s. 139) *„jsou emoce nejdůležitějším faktorem, který vyvolává psychosomatické poruchy a negativní emočně vegetativní napětí“.*

2.6 Projevy stresového stavu

Stresové situace narušují psychickou i fyzickou rovnováhu jedince, vyvolávají subjektivně i objektivně pozorovatelné změny v prožívání i jednání.

Vlastní stresová odezva je hlavně neurohumorálního charakteru; v první fázi se jedná o zvýšení aktivační úrovně organismu. Předáním informací mezi retikulární formací a kortexem dochází ke zvýšení pohotovosti organismu k činnosti (součást alarmové reakce, nástup v řádech vteřin po detekci stresoru), což se projeví jako zpozornění a vyladění ke snadnému vzniku afektů. Humorální odezva, fungující na základě spojení mezi kortexem s limbickým systémem a hypofýzou, je pomalejší a jejím smyslem je aktivace kardiopulmonálního systému a zajištění dodávky energie pro svalovou práci. Jedná se o hormony druhu katecholaminů, dále adrenalin a hydrokortizon aj.

Tato reakce je vrozená, daná fylogenetickým vývojem v době, kdy jakýkoli stres vedl v zásadě k útěku nebo útoku, tzn. k intenzivní svalové práci - proto střeh, zvýšená srdeční činnost a glukóza svalům. V současné době není svalová práce jediným efektivním řešením stresu, ale přesto je stres stále aktivujícím činitelem svalové činnosti a není-li dodaná energie spotřebována, její rezidua po čase přispívají k tzv. civilizačním, resp. hypokinetickým onemocněním. (Hošek, 2003)

Podle Čírtkové (2000) probíhají stresem vyvolané změny psychického dění ve třech fázích. **1)** fáze aktivizace, poplachové reakce; **2)** fáze zvládnání či pokusů o zvládnání zátěže, rezistence; **3)** fáze důsledková, fáze vyčerpání. Stresovou reakci organismu provází řada rozmanitých symptomů, a to v rovině fyziologické, kognitivní, emocionální a behaviorální.

Fyziologické symptomy:

- bušení srdce
- zrychlený puls
- zvýšení krevního tlaku
- svalové napětí
- zrychlený dech
- zvýšená srážlivost krve
- zhoršená imunita
- svíravá bolest na prsou
- nechutenství a plynatost
- křečovitě břišní bolesti
- průjem
- časté nucení k močení
- impotence
- snížení libida
- menstruační poruchy
- podivné pocity v končetinách
- napětí a bolesti páteře
- bolesti hlavy
- migrény
- vyrážky na kůži
- nepříjemné krční pocity
- dvojité vidění

Emocionální symptomy:

- výkyvy nálady
- starost o nedůležité věci
- neschopnost empatie
- starosti o tělesné zdraví
- nadměrné denní snění
- omezení sociálního kontaktu
- pocity únavy
- poruchy pozornosti
- zvýšená podrážděnost
- úzkostnost
- výbušnost
- agresivita
- smutek
- apatie
- lhostejnost
- deprese
- pocity zklamání
- bezmocnost
- nedostatečná koncentrace pozornosti
- zhoršená krátkodobá i dlouhodobá paměť

Behaviorální symptomy

- nerozhodnost
- překotná a křečovitá práce
- nedostatečné plánování a přehled
- neopodstatněné nářky
- zvýšená absence
- nemocnost
- pomalé uzdravování
- zvýšená nehodovost
- zhoršení pracovního výkonu

- vyhýbání se úkolům
- zvýšená spotřeba cigaret
- zneužívání léků na spaní
- nechutenství
- přejídání
- změny životního rytmu
- zneužívání drog, zvýšený konzum alkoholu

Stres se většinou v literatuře objevuje v negativním významu, nemusí však mít pouze negativní dopad. Pozitivní vliv přiměřeného stresu může být osobní rozvoj jedince, díky stresu bývá člověk stimulován k lepšímu výkonu, kdy mobilizuje své psychické, fyzické a intelektuální schopnosti. (Černý, 2000)

2.7 Zvládání stresu

Tajemství, proč záchranáři neztrácejí během náročných zásahů rozvahu, spočívá v osvojení strategií a technik zvládání stresu.

Zvládání stresu se rozumí takové psychické pochody, které nastupují plánovitě, vědomě a nevědomě při vzniku stresu tak, aby se dosáhlo jeho zmírnění nebo ukončení. Způsoby zvládání stresu lze rozlišit podle druhu zaměření na aktivní způsoby (směřující k jednání) a intrapsychické způsoby. K základním aktivním strategiím patří útok, útek, nečinnost, navázání sociálního kontaktu, sociální uzavřenost, ale i jednání směřující ke změně nebo k odstranění zátěžové situace nebo reakce na zátěž. Intrapsychické strategie zahrnují kognitivní procesy jako vnímání, představy, myšlení a motivačně emoční představy. Mezi důležité intrapsychické způsoby zpracování patří odklon, podceňování, popírání a přehodnocování stresorů a stresové reakce, ale i zdůraznění a nadhodnocení vlastních zdrojů vzhledem k možnosti překonat stres. Mnohé ze strategií zvládání stresu byly řazeny na základě psychoanalytických modelů jako například potlačení, identifikace apod. Rozlišovat strategie zvládání stresu lze i podle toho, zda se vztahují spíše na reakci při zátěži nebo na zátěžovou situaci. Všechny uvedené aktivní způsoby zvládání by tak mohly být rozlišeny jako situačně orientované nebo na reakci orientované. Strategie zvládání stresu můžeme také rozlišit z hlediska směrů působení na stres snižující nebo zvyšující. Určité strategie zpracování mohou například krátkodobě stres redukovat a dlouhodobě stres zvyšovat, například vyhýbání se nebo bagatelizování. Efektivita určitého způsobu zpracování jsou dále závislé na situačních souvislostech, na druhu a intenzitě stresorů a na charakteristikách osob. (Janke, Erdmannová, 2003)

3. KRIZE

V posledních letech je často a běžně užívaný pojem krize. Krize mohou být vládní, hospodářské, finanční, energetické či ekologické. Z toho vyplývá, že krize je vlastně vše, co nás obklopuje a stává se tak globálním jevem. (Špatenková, 2004)

Gerald, Caplan, Lindemann (in Baštecká, 2007) vymezují krizi od 60. let 20. století jako proces, reakci na situaci, na kterou jedinec nemůže reagovat podle obvyklých strategií, jakými je zvyklý zvládat zátěž. Při subjektivním posouzení situace, má jedinec dojem, že požadavky prostředí převyšují možnosti jeho zdrojů a sil.

Podle Špatenkové (2004) je krize situace, která především zasahuje jedince, týká se však i společnosti, jejich institucí, komunit a jiných sociálních skupin. Dalo by se říci, že se pojem krize běžně užívá pro jakoukoliv situaci, které je vnímána negativně, můžeme ji tedy použít pro situace, ve kterých dochází k dramatické změně doprovázené negativními emocemi.

Hartl (1993) píše, že krize je v psychiatrii, psychologii, psychoterapii výraz pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrat v léčbě.

Podle Thoma (in Špatenková, 2004) je v krizi každý subjekt, jehož stav se projevuje zdánlivě bezdůvodným oslabením regulativních mechanismů a který je subjektem samotným vnímán jako ohrožení vlastní existence.

Thom (in Špatenková, 2004) uvádí, že člověk má díky krizi sice omezený čas a prostředky, ale nutí ho k jednání. Krizi vnímá jako vyvíjející se přechodný stav, protože následuje po stavu, který se považuje za normální.

„Krize je subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, či zrání“. (Vodáčková, 2002, s. 28)

„Podle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení“. (Špatenková, 2004, s. 15)

3.1 Identifikace krize

Špatenková (2004) upozorňuje, že se často zaměňuje krize s jinými pojmy jako je např. konflikt, stres, deprese a trauma.

„Konflikt bývá nejčastěji definován jako střet něčeho s něčím“. (Špatenková, 2004, s. 17)
Ani depresi neřadí mezi krize, i když má řadu podobných nebo shodných symptomů např. smutek, pocit zmaru, ztrátu motivace a energie, pocitu bezcennosti. Oproti depresi není krize

nemoc, ale normální reakce na nenormální situaci. Krizi také odlišuje od stresu. Zatím co stres odpovídá českému výrazu zátěž, krizi vymezuje „jako reakci na situaci, kterou nemůže jedinec snadno řešit v rámci obvyklých strategií“. (Špatenková, 2004, s. 18) Rozdíl mezi traumatem je v tom, že je definován podnětem, na rozdíl od krize, která spočívá v definování subjektu. „Trauma představuje reakci na situaci, která vznikla v důsledku události přesahující běžnou lidskou zkušenost“. (Špatenková, 2004, s. 18)

Abychom dokázali lépe určit, zda se jedinec nachází v krizi Špatenková (2004, s. 18) uvádí symptomy, které mohou krizi předcházet:

- Intenzivní kritická událost, vybočující z každodenní reality.
- Prožívání situace jako ztráty, ohrožení nebo šance (výzvy).
- Přítomnost negativních emocí a zážitků.
- Pocit nejistoty z budoucnosti.
- Pocit ztráty kontroly.
- Náhlé narušení obvyklých vzorců chování jedince, jeho způsobu života, denního rytmu, návyků apod..
- Stav emočního napětí trvající nějakou dobu (nejčastěji 2-6 týdnů, někdy dokonce měsíců).
- Nutnost změny a přizpůsobení se nové situaci.

Krize může mít akutní průběh, který s sebou většinou nesou prožitek naléhavosti a neodkladnosti, tísně nebo nouze. Tento stav trvá obvykle do šesti týdnů. Dále se tento stav mění a krize se může projevit v onemocnění těla, situace se stane chronickou atd.

Jedním z významných kladů krize je však fakt, že je pravděpodobně jedním z mála období, kdy člověk cítí potřebu změny. Krize bývá způsobena ztrátou, zátěží, změnou a volbou, které pro jedince často představují hrozbu. (Baštecká, 2005)

Gerson (in Baštecká, 2005) zdůrazňuje hojivý vliv rituálů, které pravděpodobně pomáhají k vyjádření pocitů a usnadňují tak vyrovnání se s krizí a znovuzískání stavu rovnováhy.

3.2 Typologie krizí

V ČR se většinou vychází z Baldwinovy typologie krizí. Nyní se však používá s mírnými úpravami v souladu se současnými poznatky. Baštecká (2005) uvádí tyto typy krizí:

- **Krize situační** – spouštěčem většinou bývá událost, která náhle vzniká a ohrožuje jedince. Vzbuzuje v něm úzkost a nutkavost danou situací neodkladně řešit
- **Krize přechodové** – jedná se o krizi očekávaných životních změn, mezi které patří prožitek ztráty a loučení se s tím, co bylo, období, kdy už člověk není čím byl, ale ani tím čím bude a osvojení si zisků z nového. Při tomto druhu krize se většinou nepoužívají techniky krizové intervence, neboť tento přechod trvá dlouho.
- **Krize z náhlého traumatizujícího stresoru**- při této krizi se naopak často využívá technik krizové intervence, protože tyto krize přiházejí náhle a neočekávaně a ohrožují tělesnou nebo duševní integritu.
- **Krize vývojové**- jedná se o krizi neřešených vývojových otázek, které byly potlačeny nebo neřešeny a situačním spouštěčem znovu oživeny.
- **Krize pramenící ze zranitelnosti**- objevuje se u lidí, kteří jsou zvýšeně zranitelní v důsledku sociální situace nebo psychické poruchy. Zde je vhodné použít techniky krizové intervence
- **Psychiatrické neodkladnosti**- v této kategorii Baldwin popisuje spíše chování lidí, kteří ztrácí z velké části zodpovědnost za své chování např. pod vlivem alkoholu či drog. Krizová intervence je zde na místě.

Zajímavou kategorií tvoří psychospirituální krize. „Jedná se o epizody neobvyklých zkušeností, zahrnující změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí, ve kterých je patrný přesah obvyklých hranic definice vlastního Já, tj. posun k transpersonálním zážitkům. Člověk má schopnost nahlížet na tento stav jako na vnitřní psychologický proces a přistupovat k němu jako k takovému“. Nebezpečí při psychospirituální krizi může vzniknout při necitlivém zastavení procesu represí, kdy je narušen pozitivní potenciál tohoto procesu. Zážitek psychospirituální krize se sice velice obtížný až děsivý průběh, podle Grofa je však uvnitř skrytý léčivý potenciál. (Hrabánek, 2010)

3.3 Průběh krize

Během života se lidé setkávají s mnoha událostmi, které mohou potencionálně vyústit v krizi. Krize je však subjektivní záležitost. Někteří lidé projdou krizovou situací bez problému a jiné to hluboce zasáhne. Prožívání krizové situace není závislé jen na síle působícího faktoru, ale hlavně na individuálních vlastnostech jedince. Pokud tedy selžou zvládací mechanismy jedince

může dojít ke krizi, která prochází fázemi. Zjednodušeně si můžeme formulovat jednotlivé fáze krize dělením dle Kübler-Rossové (in Špatenková, 2004) :

1. šok
2. popírání
3. hněv a agrese
4. deprese
5. akceptace

Prožívání těchto fází je individuální, mohou se překrývat, vracet nebo se vůbec nevyskytnout. Většinou se předpokládá, že se lidé s kritickými situacemi vyrovnají, klinické výzkumy však ukazují, že se někteří lidé s krizovou událostí nedokážou vyrovnat nikdy. (Špatenková, 2004)

Pro lepší orientaci v období krize lze použít Caplanův (1964) výčet jednotlivých fází krize:

- **1. fáze** – trvá krátkodobě minuty až hodiny. Jsou zde aktivovány vyrovnávací strategie. Jedinec pociťuje ohrožení, tenzi, zvýšenou úzkostnost. V této fázi lidé většinou vyhledávají pomoc v podobě sociální opory.
- **2. fáze** – trvá hodiny až dny. Jedinec se nachází v labilním, zranitelném stavu a má nedostatek kontroly nad situací. V této fázi převážně hledá pomoc např. cestou linky důvěry.
- **3. fáze** – trvá hodiny až dny. Jedinec si připouští, že je neschopen situaci řešit, je přístupný pomoci z vnějšku. Tato fáze je vhodná pro metody krizové intervence
- **4. fáze** – celková dezorganizace a dekompenzace – trvá dny až týdny či měsíce, chybí síla vyhledat pomoc. Dochází ke stavům paniky. Objevují se hluboké emocionální a psychologické změny. V tomto případě je vhodná krizová intervence, následná psychoterapie i hospitalizace s farmakoterapií.

3.4 Krize a tělo

Psychický život je životem našeho těla, reaguje na vše, co prožíváme. Tělo reaguje na emočně obsazené vzpomínky, na tomto principu je založeno mnoho psychofyziologických metod v psychoterapii. V krizi dochází k neúměrnému psychickému zatížení, tedy i k zatížení

našeho těla. Tělesná reakce na zátěž může mít mnoho podob. Může jít o pocit změněné tělesné celistvosti, pocit ztráty dobrého zdraví. Typické jsou i pocity napětí, bolesti a změny ve schopnosti cítit v různých částech těla. Někdy dochází i k narušení dechu a narušení pocitu tělesného schématu, tím dochází k blokování energie a emocí, které mohou zapříčinit vznik různých symptomů.

Reakce na krizi se může projevit i v poruše stability, kdy člověk není schopen stát pevně na svých nohou. Jedná se o tzv. „grounding“ (uzemnění). Někdy člověk v krizové situaci prožívá takovou úzkost, že se doslova dusí, pak může dojít k tomu, že prožívá tělo fragmentovaně (neúplně). Další reakcí může být svalová ztuhlost, špatná tělová koordinace, necitlivost nebo přehnaná citlivost různých částí těla, únava, nespavost, bolest hlavy vegetativní obtíže. Většinou se stává, že tělesné symptomy prvotně indikují krizi, pocity přicházejí až následně. Tyto zjištění naznačují, že by krizová intervence měla s tělesnými projevy počítat a zahrnout je určitým způsobem do své práce. (Vodáčková, 2002)

3.5 Řešení krize

V této kapitole se budu zabývat vrozenými strategiemi, jak zvládnout krizovou situaci. Uvedu příklady přirozených strategií, které se týkají svépomoci a pomoci dostupné v rodině. V druhé části se budu zabývat odbornou pomocí v krizi, její definicí, znaky, základními principy a metodami.

3.5.1 Coping strategie

„Jedná se o způsob a formu chování, kterým se přizpůsobujeme nárokům života“.
(Vodáčková, 2002, s. 45)

„Zvládací postupy se obvykle odvozují od základních reakcí na zátěž ve smyslu útoku, útěku a ochromení. Více či méně si je uvědomujeme a více či méně je můžeme změnit“.
(Baštecká, Goldman in Vodáčková, 2002, s. 46)

Vrozené vyrovnávací strategie

Jsou vývojově staré a mají za úkol přežití jedince. Jedná se o reakce typu útok a útěk. Fyziologicky jde o stimulaci určité části vegetativního nervstva, která zajišťuje aktivaci nebo útlum. Za ještě starší můžeme považovat hyperkinetickou reakci, jejíž ekvivalentem je panika. Jejím úkolem je nastartovat organismus rychle, ne však řízeně. K útlumové reakci dochází při stimulaci jiné oblasti vegetativního nervstva, parasympatiku. Zvláštní útlumovou reakcí je ztuhnutí, které může nastat pod vlivem velkého stresu. Dochází k zablokování myšlenkových

procesů a může dojít až k omdlení. V této situaci se většinou stírají zralejší vrstvy osobnosti a dochází právě k těmto reakcím, které jsou na úrovni instinktů zajišťujících přežití. (Vodáčková, 2002)

Vědomé vyrovnávací strategie

K vyrovnávacím strategiím patří i vědomé adaptivní postupy, které mohou být vysoce užitečné. Vodáčková (2002, s. 48) uvádí přehled osvědčených postupů, které je dobré u klientů respektovat a podporovat.

Člověk by měl být schopný mít kontakt se svými pocity. Je důležité ventilovat silné emoce a mít schopnost ulevit si pláčem nebo hněvem. Podstatné také je orientovat se v ambivalentních pocitech a respektovat emoce u druhých. V mezilidských vztazích se také ukazuje, že je dobré při krizové situaci umět sdílet své pocity s blízkými lidmi a využít jejich i vlastní předchozí zkušenosti. Krizová situace je někdy i nutnost, zabývat se vlastními potřebami, které jsme doposud opomíjeli. Mnohdy je dobré, aby tento proces pomohl dotvořit odborník, protože si klient nemusí být jist tím, co prožívá. Stává se, že klientův prožitek vlastní životní situace je natolik naléhavý, že ho není schopen sám zvládnout. V takovém případě klient může vyhledat krizovou pomoc, která nabízí bezpečí, podporu a vedení k tomu, aby se dokázal vrátit na předkrizovou úroveň (Vodáčková, 2002)

Někdy zejména v traumatických krizových situacích nebo ve stavech psychického a fyzického vyčerpání se můžeme setkat i s bazálními lidskými potřebami jako je potřeba sucha, tepla, bezpečného místa, jídla atd. Krizi často předchází tělesné symptomy, které jsou dobrým indikátorem toho, že se něco děje. Dobrý kontakt s tělem nám dává zprávu o tom, jakou máme hranici únosnosti a to pro nás může mít důležitý varovný a ochranný význam. Nápomocné může být i znalost významu těžkosti, kterou prožíváme. Získáváme tak údaje o tom, jaký má krize smysl a co v ní mám získat. V takových situacích můžeme dočasně krizi vnímat jako šanci vedoucí k vyšší kvalitě bytí.

Další možností při překonávání zátěžové situace je schopnost využít potenciálu přirozené komunity. Jedná se o společenství lidí, kteří žijí ve stejné lokalitě nebo jsou ze stejné zájmové skupiny a mohou si předávat řadu hodnot. Díky principu vzájemnosti komunita nenásilně podporuje ty, kteří mají problémy a potřebují je řešit. Komunita může poskytnout pomoc ve formě rady, podpory, ale i pouhé přítomnosti ostatních. Nedílnou součástí překonávání krizí je využití kolektivního chování. Vzorce kolektivního chování se dotýkají např. katastrof a reakcí na ně. Pokud se někde stane katastrofa, zúčastnění na ni nějak reagují, nějak se z události poučí a odnášejí si zkušenosti, které pomáhají při vzniku kolektivních vzorců chování. (Vodáčková, 2002)

4. KRIZOVÁ INTERVENCE

Krizová intervence pracuje se spouštěcími mechanismy krize a zkoumá její hlubší smysl. Měla by také umožnit nový způsob zacházení s úzkostí a přinášet pomoc při řešení vnějších problémů. Jde o pátrání po zdrojích pomoci u člověka zasaženého krizí. Krizovou intervenci můžeme chápat jako terapeutický postup, kterým se dotyčný člověk dostává prostřednictvím vztahu k druhému člověku do kontaktu se svou krizí a je schopen využít její potenciál. (Kastová, 2000)

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“ (Vodáčková, 2002, str. 60)

Baštecká (2003, s. 339) vymezuje metodu krizové intervence jako „způsob chování a jednání pracovníka, který v klientovi navozuje pocit úlevy a vede ho k řešení jeho situace.

Špatenková (2003) popisuje krizovou intervenci jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi“. Uvádí různé formy pomoci, které zajišťují navrácení psychické rovnováhy, narušené kritickou životní událostí. Krizová intervence zahrnuje pomoc:

- **Psychologickou** – spočívá v časově omezeném terapeutickém kontaktu. Jedinec je s krizí konfrontován a nachází její řešení. Cílem psychologické krizové intervence je snižování příznaků krize a obnovení psychické rovnováhy.
- **Lékařskou**- zahrnuje intervenci psychiatrickou, při které může být klient i krátkodobě hospitalizován
- **Sociální**- jedná se o okamžitý sociální zásah u osob, které se ocitly v akutní krizi nebo žijí v mimořádně obtížných poměrech.
- **Právní**- spadá do kompetence právníků, může však být v omezeném rozsahu poskytnuta sociálním pracovníkem v oblasti sociálně- právní.

4.1 Znamky krizové intervence

Schneidemann (in Špatenková 2004) upozorňuje, že krizová intervence není vhodná ke složitým dlouhým psychologickým interpretacím, je to situace, kde je nutné jednat. Špatenková (2004, s. 16-17) uvádí specifické znamky krizové intervence a vymezuje aktivity, které ji nejčastěji tvoří.

- Okamžitá pomoc – poskytnutí co nejrychlejší možné pomoci.
- Redukce ohrožení – zajišťuje emocionální podporu, pocitu bezpečí a pomoc materiální.
- Koncentrace na problém „tady a teď“ - zaměření na aktuální situaci a problém.
- Časové ohraničení - (od 6 do 10) setkání pravidelně přinejmeším jednou za týden.
- Intenzivní kontakt – krizového intervenanta s klientem (může být i každodenní).
- Strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup – intervenanta od trpělivého empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožení zdraví.
- Individuální přístup – krize je vnímána jedincem subjektivně

4.2 Aktivity krizové intervence

- Poskytnutí emocionální podpory a pocitu bezpečí.
- Usnadnění komunikace.
- Podpora ventilace emocí.
- Konfrontace s realitou a eliminace tendencí k odmítnutí a zkreslení reality.
- Identifikace „nejdůležitějšího“ problému, který je nutno řešit.
- Odhalení skryté zakázky.
- Zhodnocení dosavadních adaptačních mechanismů a využití efektivních mechanismů.
- Mobilizace zdrojů pomoci.
- Vytvoření plánu pomoci.

4.3 Metody a postupy krizové intervence

Krizová intervence přináší rychlou a efektivní pomoc u krizových stavů. Její metody a postupy charakterizují především účinné navázání kontaktu s klientem, jeho vedení a vyústění. Dílčí prvky krizové intervence vycházejí z jednotlivých psychoterapeutických škol (dynamická psychoterapie, systemická terapie, hypnoterapie, rogersovská psychoterapie, autoregulační a bodytherapeutické techniky). (Lorenc, 2008)

4.3.1 Krizová intervence jako metoda

V rámci krizové intervence existují více nebo méně jasně vymezené metody. Špatenková (2004) vymezuje krizovou intervenci jako proces interakce pracovníka s klientem. Tento proces směřuje od navázání kontaktu až po ukončení a zhodnocení intervence. V první etapě upozorňuje, že se klient může chovat neadekvátně popuzeně i agresivně, zde považuje za vhodnou metodu akceptace, protože navázání dobrého kontaktu je pro řešení problému v rámci krizové intervence klíčové. K této fázi také radí zajištění bezpečí, protože jedině klient, který se necítí aktuálně ohrožen, dokáže dobře spolupracovat. Poukazuje na důležitost shromažďování informací při budování kontaktu. Tyto informace slouží k určení rozsahu krizové reakce, příčin krize a okolností, za jakých k ní došlo a ke stanovení možností jejího překonání. V této fázi tedy vzniká plán, jak krizi řešit. Za důležité považuje, aby byl prozkoumán klientův systém sociální opory, protože přítomnost sociální opory má rozhodující vliv na hloubku a trvání krize. Někdy však nestačí podpora blízkých a klient potřebuje pomoci i ve fázi realizace krizového plánu. V takovém případě krizový intervent opět poskytuje podporu a potvrzení průběžných úspěchů při překonávání obtíží. Upozorňuje, že však může dojít k situaci, kdy krizový stav klienta je natolik vážný, že je nutná hospitalizace. Za ukončenou krizovou intervenci považuje, jakmile se ukáže, že klient krizi překonal a uvědomuje si její příčinu a způsob řešení. (Špatenková, 2004)

Roberts (in Baštecká, 2005) uvádí shrnující sedmistupňový model krizové intervence jako metody, jak pomoci klientovi vrátit se na předkrizovou úroveň.

1. Naplánování a posouzení krize- jedná se o posouzení ohrožení života
2. Rychlé vytvoření dobrého vztahu- zde je důležité rychle navázat vztah s klientem
3. Stanovení hlavních problémů- v této fázi posuzujeme příčiny vzniku krize
4. Zabývání se pocity- aktivní naslouchání
5. vytvářej a zkoumej různé možnosti řešení – plánování krizového plánu
6. udělej a pojmenuj plán činností- provedení krizového plánu
7. Vytvoření hodnotícího plánu a dohody – vyhodnocení postupů krizové intervence

Vodáčková (2002) rozvíjí teorii, vycházející z efektivní komunikace při práci s klientem v krizi. Přitom klade důraz na bezpečí klienta, na respekt k jeho vlastním možnostem a potenciálu pro zvládnutí krize. Velmi podrobně rozpracovává i techniky telefonické krizové intervence s jejími komunikačními specifiky. Podrobně se též věnuje technikám práce s emocemi v rámci krizové intervence.

4.4 Čemu se při krizové intervenci vyvarovat

Při krizové intervenci je dobré znát nejen zásady práce s klientem, ale také čemu se vyhnout, abychom nenarušili proces překonávání krize. Souhrn doporučení čemu je dobré se vyvarovat, nabízí Špatenková (2004):

- Utěšování, přesvědčování, dávání „dobrých rad“.
- Tlumení emocionálních reakcí (místo „Nebreč“, raději „Můžeš se vyplakat“).
- Vynucování rychlých rozhodnutí.
- Bagatelizování intenzivních projevů krizové reakce (např. problémů s přijímáním potravy, poruch spánku).
- Příliš častému podávání uklidňujících léků.

4.5 Druhy krizové intervence

Druhy odborné krizové pomoci můžeme rozlišovat podle různých kritérií, např. podle druhu kontaktu intervenanta s klientem na :

- Prezenční formu pomoci
- Distanční formu pomoci

4.5.1 Prezenční pomoc

Je to takové zprostředkování pomoci, jímž terapeut odpovídá na daný stav a vážnost krizového stavu, s nímž se na něho pomoc hledající obrátil. Specifickým způsobem jde o první pomoc v oblasti psychiky člověka, který se ocitl v krizovém stavu. (Eis, 1993)

Jedná se o osobní setkání tzv. „tváří v tvář“ krizového intervenanta s klientem v některé z možných forem. Podle Špatenkové (2004a, s. 39)

- 1. Ambulantní** - je poskytována klientům, kteří dochází do ambulancí různých krizových center a institucí, které poskytují krizovou intervenci sekundárně (např. psychoterapeutická pracoviště, psychiatrické ordinace, ordinace klinického psychologa, rodinná poradna apod.)
- 2. Hospitalizace**- k hospitalizaci klienta se přistupuje v případě, kdy je jeho stav takový, že nemůže pobývat v domácím prostředí. Jedná se o krátkodobé umístění na „krizové“ lůžko v krizovém centru. Umožňuje využití všech zdrojů krizového centra k řešení krize.
- 3. Terénní a mobilní služby**- jedná se o přemístění krizového intervenanta a procesu krizové intervence do místa, kde se nachází osoba v krizi (např.místo, kde došlo k neštěstí nebo katastrofě). Krizová intervence v terénu, je poskytována především v aglomeraci velkých měst. Jejich výhodou je bezodkladná intervence, dostupnost pro klienta, zásah v místě

vzniku krize se zapojením rodinných příslušníků do krizové péče a předcházení hospitalizaci nebo její zkrácení.

Podle Špatenkové (2004a, s. 39) se všemi formami prolíná model krizové intervence „ABC“: „Je to metoda vedení krátkých rozhovorů s jedincem, jehož schopnosti a možnosti běžného fungování byly významně narušeny v důsledku krize“. Model „ABC“ sestává ze tří fází:

- **Fáze A:** Vytvoření a udržení kontaktu – v krizové intervenci je důležité vytvořit dobrý vztah mezi krizovým interventem a klientem. Mezi základní techniky patří např. (vstřícné chování, dotazování, parafrázování, reflexe pocitů apod.)
- **Fáze B:** Identifikace problému – v této fázi se krizová intervence zaměřuje na hledání spouštěče krize, významu spouštěcí události pro klienta. Intervent zajišťuje podporu a edukaci klienta.
- **Fáze C:** Vyrovnávání se (coping) – v této fázi dochází k prozkoumání klientových vyrovnávacích mechanismů, ukončení krizové intervence a zprostředkování následné péče.

4.5.2 Distanční forma pomoci

Zahrnuje především telefonický nebo internetový kontakt s klientem. Krizový intervent bývá prostorově vzdálen od klienta.

1. Telefonická pomoc- nabízí klientům pomoc skrze telefon, kterou zajišťují většinou linky důvěry. Tyto linky se specializují na určitou cílovou skupinu a problém.
2. Internetová pomoc- je zprostředkována internetem. Vzhledem ke stále rostoucímu počtu uživatelů a komunikačním možnostem tohoto média zájem o tuto pomoc stále roste.

4.6 Telefonická krizová intervence

Jedná se o poskytování krizové intervence prostřednictvím telefonní linky. Eis(1993) uvádí tři základní formy TKI v České republice

- Specializované linky zaměřené na určitou problematiku – (např. AIDS, drogová problematika),
- Kontaktní linky – (nemusí sloužit pouze klientům v krizi) – v některých krizových, kontaktních centrech či v občanských poradnách můžou sloužit k navázání prvního kontaktu
- Linky důvěry - nespecializují se na konkrétní problematiku, jsou pro celou populaci nebo jen pro děti či dospělé.

Cíle TKI jsou shodné s cíli krizové intervence tváří v tvář. Při TKI je však nutné intenzivně pracovat, protože je zaměstnanec krizové linky omezen limitem telefonního hovoru., který může být kdykoliv z různých důvodů přerušena potřeba navázat vztah hned v úvodu. Intervent se musí rozhodovat bezprostředně, bez odkladů a prodlev, neboť musí většinou rychle řešit situaci člověka, který se nachází v krizi. TKI se zaměřuje na aktuální problém, není proto důležité znát celou klientovu anamnézu. Délku hovoru si určuje klient sám, může se tedy stát, že zavěsí. (EIS, 1993)

Telefonickou krizovou intervencí mohou využít lidé, pro které je problematické dojet na ambulantní návštěvu např. staří lidé, nemocní. Klientelu TKI také často tvoří lidé, kteří z nějakého důvodu odmítají setkání „tváří v tvář“, může jít o lidi intoxikované, pachatele trestných činů atd. Některé linky důvěry nabízejí alternativu v podobě internetového poradenství, takovouto pomoc mohou využít i lidé s vadami sluchu. (Knoppová, in Špatenková 2004)

Nevýhody telefonické krizové intervence mohou být v tom, že mohou u klienta sledovat pouze paraverbální projevy, jedná se o mimoslovní akustické prvky. Chybí nám tedy vizuální klíč o osobě, s níž mluvíme, tím pádem máme o klientovi mnohem méně informací. Další nevýhodou je časový tlak. Při setkání „tváří v tvář“ máme více času k navázání kontaktu s klientem. U telefonické krizové intervence je situace jiná, pokud se nám nepodaří s klientem navázat vztah včas, pravděpodobně hovor ukončí. Hovory TKI jsou většinou jednorázové, proto chybí dostatečná zpětná vazba. Interventi nemají přehled o účinnosti zásahu. Vodáčková, (2002)

4.7 Internetová pomoc

Internetové poradenství je v mnoha ohledech shodné jako v případě telefonické krizové intervence. Internet začíná stále více pronikat do pomáhajících profesí. Nabízí se zde prostor mluvit o tématech, při kterých lidé rádi volí anonymitu (např. odlišná sexuální orientace, trestná činnost, AIDS, apod. Internet bývá často využíván lidmi, kteří se potýkají s komunikačními bariérami (zdravotně postižení, bezdomovci, lidé v duševní krizi). Internet může pomoci odstranit pocit izolace a zlepšit tak kvalitu jejich života. (Špatenková, 2004)

4.8 Krizová intervence a psychoterapie

V odborné literatuře není zcela jasně vymezený rozdíl mezi krizovou intervencí a psychoterapií. Obě disciplíny jsou si sice velmi blízké, nejsou však totožné.

Kratochvíl definuje psychoterapii jako „léčebné působení psychologickými prostředky. Jde o léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii. Je upravováním narušené činnosti organismu. Jde o působení, jehož smyslem je odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností i

odstranit jejich příčiny. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta. (Kratochvíl 2006)

Vodáčková (2002, s. 61) vymezuje psychoterapii jako „odbornou metodu, vhodnou v určitém životním období klienta, v němž se zvýšila jeho vnímavost k otázkám kvality vlastního života natolik, že se odhodlal hledat cestu vnitřní změny. Psychoterapie přináší možnost reflektované změny v klientově prožívání a chování prostřednictvím systematické práce s trsem problémů či strukturou klientovy osobnosti pomocí psychoterapeutického rámce“.

Baštecká (2003, str. 340) uvádí, že „*metoda krizové intervence je jednou z cest depsychiatrizace. Neusiluje o léčbu, nýbrž o podporu člověka, který se dostal do obtížné situace*“.

Podle Vodáčkové (2002) pracuje-li psychoterapeut s lidmi v krizi, používá jiné metody. Krizová intervence má také odlišné cíle, odlišný časový rámec a jiný záběr z hlediska hloubky pohledu na problém.

Krizová intervence nese určité poselství, že krizi je možné překonat, zvládnout, „dostat se z toho“, uzdravit se z ní“. Tuto naději může klient zcela zahlcený krizí pomalu, ale jistě ztrácet. Proto „je nezbytné v rámci krizové intervence u klienta posílit, případně obnovit naději na změnu a zprostředkovaně tak posílit jeho kompetenci krizi řešit“. (Špatenková, 2004)

5. TRAUMA

Slovo trauma pochází z řečtiny a znamená „zranění“. V lékařství označuje poškození organismu například v důsledku nehody; v psychologii jím rozumíme narušení psychické integrity nějakým extrémně intenzivním prožitkem.

Psychologové většinou trauma charakterizují jako „emocionální zranění“, které však může být daleko bolestnější než fyzické a může mít delší a těžší průběh léčby. (Praško a kol., 2003)

„Trauma tvoří malou část všech lidských trápení i malou část krizí, je působeno vnějšími situacemi, v nichž musí psyché přeživších jedinců čelit vlastní smrti“. (Bailly in Baštecká, 2005, s. 40)

Hartl (2004, s.626) definuje trauma jako *„psychické poškození, či duševní úraz, který má za následek funkční poruchy a někdy organické změny“.*

„Trauma je velmi silný omračující, životu nebezpečný a děsivý zážitek přesahující naše tělo, ohrožující závažně integritu těla i duše, narušující coping mechanismy“. (Doleželová, 2005)

5.1 Traumatická událost

Snad každého z nás někdy v životě potkalo něco nepříjemného, co se mu nesmazatelně vrylo do paměti. Někdy čas na to nemohl přestat myslet, jsou však lidé, kteří si tyto zážitky nesou v sobě mnoho let, v některých případech i celý život.

Jedná se o události neobvyklého hrozivého rázu, které mohou narušit tělesnou či psychickou integritu. K traumatické události dochází, když je překročena schopnost člověka emočně ji zvládnout, následkem toho dochází k emocionálnímu zranění.

5.1.1 Traumatická událost v profesi hasiče

Profese hasičského záchranáře patří mezi povolání, která jsou nejvíce ohrožena traumatickými událostmi. Hasiči velmi často nasazují vlastní život či svoji tělesnou integritu a při mimořádných událostech se často setkávají s utrpením a bezmocí, ale i s extrémně vypadajícími zraněními a s mrtvými osobami. Jsou nuceni čelit velmi náročným situacím. Jsou vystavováni bezmoci při selhání či neúspěšnosti zásahu při záchraně života. K nejvíce stresujícím a traumatizujícím událostem pro hasiče patří události, při kterých jde o život kolegy, jiného člověka, zranění nebo smrt dítěte

Psychickou odolnost vůči těmto extrémním zátěžím mohou narušovat některé faktory nedůvěra v kolegiální podporu, nedostatečná sociální opora, podceňování nebo negativní hodnocení práce ze strany nadřízených či veřejnosti vůči hasičům. (Šváb, 2006)

Nejčastějšími typy traumatických událostí, ke kterým jsou hasiči povolávání jsou :

- **Přírodní pohromy** – např. dlouhotrvající sucha, povodně, živelné pohromy s velkým rozsahem (lesní požáry, vichřice, sněhové kalamity, sesuvy půdy)
- **Technologické zásahy** – jedná se o provozní havárie; radiační havárie velkého rozsahu; havárie velkého rozsahu způsobená vybranými nebezpečnými látkami a chemickými přípravky, technické havárie např. požáry, exploze, znečištění vody a ovzduší
- **Pohromy přímo narušující rovnováhu lidské společnosti** - zásahy v životním prostředí při hromadných nálezích polních kultur, při hromadných nálezích zvířat, při narušení veřejné bezpečnosti a pořádku, při epidemiích, pandemiích, ekonomické stability, územní a společenské infrastruktury atd.

Praško (2003, s. 22) uvádí další kategorii a to traumatické události záměrně způsobené člověkem, mezi které patří například: Kriminální činy, přepadení, znásilnění, sexuální zneužívání, teroristické útoky, válečné události, mučení.

Obecně lze říci, že lidé nejhůře zpracovávají traumatické události záměrně způsobené člověkem. Na rozdíl od přírodních katastrof, kde se objevuje pocit sounáležitosti a vzájemná pomoc, které přispívají k prevenci posttraumatické stresové poruchy. Podle posledních výzkumů se však PTSD vyskytuje u 25% lidí, kteří prožili nějakou katastrofickou událost. (Praško, 2003)

Tyto události mohou ovlivnit momentální i budoucí profesionální výkon hasiče, který může, ale také nemusí být schopen kritickou situaci zvládnout sám. Přibližně 86% účastníků (všech, nejen záchranářů) traumatizující události má ještě dalších 24 hodin tělesné, poznávací a emocionální reakce (např. bezmocnost, lhostejnost, odpoutání se od reality, vtíravé, neodbytné myšlenky a představy, izolace, nechutenství, poruchy spánku, smutek, atd.). asi u 22% účastníků takové události mohou tyto příznaky přetrvávat až dalších 6 měsíců. U 4% zasažených je nebezpečí vzniku posttraumatické stresové poruchy. (HZS ČR)

5.2 Rozvoj traumatu

Psychické poruchy následkem traumatu se mohou vyskytovat jak u postižených, tak u záchranářů. Nejčastěji vznikají následkem přírodních katastrof nebo násilnou trestnou činností.

Psychické trauma může vznikat buď působením jednoho extrémního stresujícího zážitku nebo dlouhodobým působením stresové situace, která má vnější příčinu, pro jedince je extrémně děsivá, znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity a vytváří v jedinci pocit bezmocnosti. Podstatou traumatu je „působení vnějšího činitele jsou poničeny psychické a biologické adaptační mechanismy jedince. K tomu dochází tehdy, když vnitřní a vnější zdroje nejsou schopny vyrovnat se s ohrožením“. (Vizinová, Preiss, 1999, s. 17)

Traumatické události vyvolávají hluboké a trvalé změny v oblasti fyziologické, kognitivní i emoční, vzniká v okamžiku, kdy člověk není schopen smysluplné reakce a ocitá se ve stavu bezmoci. Jde o situaci, kdy není možný útok ani útěk, proto dochází k dezorganizaci jednotlivých komponent obvyklé odpovědi organismu na nebezpečí. Při traumatické události se může člověk dostat do stavu vnitřního zmatku, kdy vzniká rozpor mezi základními představami a vnímanou realitou. Výsledkem může být disociace. Jedná se o oddělení různých duševních procesů, které však fungují ve vzájemné integraci. Je to obrana člověka, který se tak nevědomě chrání před přívalem silných emocí, které by pravděpodobně nedokázal zvládnout.

Jedna z podob disociace může být popření. Jedná se o přerušení kontaktu mezi člověkem a vzpomínkou na určitou událost nebo na pocity z ní. Příčinou může být, že jsou tyto emoce příliš zraňující. Důsledkem disociace mohou být i somatizace. Může se jednat například o bolesti hlavy, symptomy vyskytující se v trávícím traktu a jiné chronické bolesti. (Levine, 2002)

Při rozvoji traumatu dochází k narušení mezilidských vztahů. Potřeba vyhledávat ostatní roste v situacích, kdy naše vnitřní zdroje nejsou schopny zvládnout ohrožení. Stabilní sociální vazby mají pozitivní vliv na míru následků traumatu. Další důsledek rozvoje traumatu bývá ztráta důvěry v sebe a ostatní, zranitelnost a stud z pocíťované bezmoci. Pocity viny se objevují především u lidí, kteří byli svědky utrpení a smrti druhých lidí a nemohl nebo nedokázal jim pomoci. (Vizinová, Preiss, 1999)

Vágnerová (2004, s. 427) píše: „*Na závažnost traumatu mají vliv biologické, sociální a psychické faktory, které ovlivňují to, jak se s traumatizující událostí člověk dokáže vyrovnat. Určitá traumatizující událost tedy nemusí pro někoho předznamenávat vznik traumatu a pro jiného může znamenat zážitek, který si v sobě ponese ještě dlouhou dobu.*“

Podle Arcela (1994, in Vizinová, Preiss, 1999) lze traumatizaci rozdělit na tři formy:

- **primární traumatizace** - člověk je přímým cílem agrese (např. zabití, zranění,

mučení, znásilnění, vyhoštění, nucené pasivní přihlížení vraždě),

- **sekundární traumatizace** - podnětem je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina zabitého, mučeného, pohřešovaného apod.)
- **terciální traumatizace** - člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek, člen perzekvované skupiny, humanitární pracovník nebo terapeut.

5.3 Symptomy traumatu

„Traumatické symptomy vyvěrají ze zamrznuté neuvolněné energie, která nemohla být vybita. Jde o rozdíl mezi vnitřním napětím nervového systému a vnější nehybností, která vytváří v těle energetické turbulence, které lze připodobnit k tornádu. Symptomy PTSP jsou projevem této reziduální energie.“ (Levine, 2002, s. 31) Energie traumatu obsahuje zuřivost, hrůzu, bezmocnost. Traumatizovaní lidé opakovaně vypráví a znovuprožívají své zážitky a pokud se nedostanou přes primitivní reakci nehybnosti a nevolní zablokovanou reziduální energii, zůstanou uvězněni v traumatu. (Levine, 2002)

Vizinová, Preiss (1999, s. 20-22) většinu symptomů, které se objevují následkem traumatické události, rozčleňují do tří hlavních kategorií:

1. **Nadměrné vzrušení**- je příčinou neustálého očekávání nebezpečí. Vzrušení udržuje organismus ve stavu, kdy je neustále v pohotovosti a je schopný bojovat nebo uniknout z ohrožující situace. V tomto stavu člověk mívá poruchy spánku, podrážděně reaguje a snadno se poleká. Mohou být přítomny i symptomy úzkosti či specifických strachů. V momentě působení podnětu, který připomíná trauma, dojde ke zvýšení fyziologické reaktivity, která se projevuje náhlou hyperventilací, tachykardií, třesem, pocením, pocitem nevolnosti. Tyto fenomény většinou přetrvávají dlouhodobě a znesnadňují traumatizovanému člověku adaptaci na normální podmínky.
2. **Intruzivní příznaky**- Projevují se vzpomínkami, sny či chováním. Jedná se o vtíravé a neodbytné pocity opakovaného prožívání traumatické události, která se dostává do vědomí v podobě opakované vzpomínky. Tyto vzpomínky mohou být vyvolány i zdánlivě nevýznamným podnětem, ale prožitek je stejně intenzivní jako v původní situaci. Tyto tzv. „Flashbacky“ mohou lidé vnímat jako skutečnou realitu. Emoce a tělesné pocity strachu, studu nebo úzkosti se mohou objevit i bez konkrétního spouštěcího podnětu. Dochází k narušení spánku vlivem opakujících se děsivých snů a nočních můr. Tyto traumatické sny jsou jiné než ostatní a mohou se objevit i ve fázích

spánku, ve kterých lidé obvykle nesní. Často se opakují ve stejné podobě a bývají hroživě živé. Intruzivní příznaky znamenají pro traumatizovaného člověka emocionální zahlcení, které někdy překračuje meze zvladatelnosti.

- 3. Příznaky stažení, sevření (konstruktivní)**- jedná se o situaci, kdy byl člověk vystaven totální bezmocnosti, nemohl utéct ani klást odpor a ocitl se ve stavu strnulosti. Situace ohrožení může vyvolávat kromě strachu a hrůzy i stavy zdánlivého klidu, kdy strach a bolest mizí. Vědomí sice registruje události, ale nespojuje se se svým skutečným významem. Vnímání může být provázené částečnou anestézií, může být deformované a provázené ztrátou určitých vjemových modalit. Tento stav bývá nazýván traumatický trans. Tyto symptomy postihují nejen vědomí, myšlení a paměť, ale také spontánní aktivitu a iniciativu. V této situaci je chování často motivováno strachem a člověk má tendence se situacím vyvolávajícím vzpomínku na trauma vyhýbat.

Jedním rysů následků traumatu je provázanost intruzivních příznaků a příznaků sevření. Tato provázanost se projevuje existencí dvou extrémních situací- stavů amnézie s možností náhlé záplavy emocí anebo stavu inhibované aktivity, který je zcela bez emocí. Začarovaným kruhem se stává situace, kdy intruzivní příznaky sice slábnou, ale konstruktivní sílí. Člověk sice viditelně nevypadá vyplašeně a vrací se do normálu, prožívá však každodenní události jakoby z odstupu. Dlouhodobé střídání těchto stavů, může vést až k myšlenkám na ukončení života a k sebevraždě.

Další symptomy traumatické reakce, mohou být podle Levina (2002):

- nadměrná ostražitost;
- hyperaktivita;
- nadměrná citlivost na světlo a zvuky;
- přehnané emoční reakce, úlekové reakce;
- náhlé výkyvy nálad, reakce zlosti, pocity hanby;
- snížená schopnost zvládat stres;
- obtíže se spánkem;
- ataky paniky, úzkosti, fobie;
- vyhýbavé chování;
- přitahování a fascinace nebezpečnými situacemi;
- častý pláč;
- zvýšená či snížená sexuální aktivita;

- amnézie, zapomnětlivost;
- neschopnost milovat, starat se o druhé, navazovat vztahy s jinými lidmi;
- strach ze smrti, ze zbláznění.

Dále se mohou vyskytnout i příznaky, jejichž vznik trvá delší dobu : (Levine, 2002)

- stydlivost;
- chybějící nebo snížené emoční reagování;
- neschopnost dodržet závazky;
- chronická únava, nedostatek energie;
- problémy s imunitou, endokrinologické potíže;
- výrazné psychosomatické potíže;
- deprese, pocit blížící se smrti;
- pocit odstupů, odcizení, izolace – „žijící mrtvola“;
- snížený zájem o život

Levine (2002) předpokládá, že traumatické symptomy má mnohem více lidí, než se uvádí. Až 75% lidí, kteří navštěvují lékaře, má obtíže, které by se daly nazvat jako psychosomatické, protože nemají žádné jiné tělesné vysvětlení. 10- 15% dospělých trpí nevysvětlitelnými úzkostmi, fobiemi nebo záchvaty paniky.

5.4 Trauma a tělo

Typické pro oběti těžkých traumat je, že dlouhodobě potlačují svoje emoce. Následky tohoto potlačování se stávají chronickými a začínají se manifestovat v těle křečovitostí a přetrvávajícím svalovým napětím. Snižuje se celková hladina energie v organismu a napětí se začíná objevovat ve svalstvu brady, krku, svalech ramen, hrudníku a zádovém svalstvu, ve svalstvu břicha i v pánevní oblasti. (Vizinová, Preiss, 1999)

Chronicky traumatizovaní lidé zažívají stav fyzického nepokoje a nepohody. Důsledkem chronického napětí dochází k funkčním poruchám např. bolesti hlavy, zad a páteře, bolestmi břicha a problémy se zažívacím traktem. Může se objevit také dušnost a bušení srdce. Tyto psychosomatické reakce se vyskytují většinou u všech traumatizovaných osob. Traumatické události způsobují narušení tělesné integrity i autonomie, kdy traumatizovaný člověk přestává mít kontrolu nad svými tělesnými funkcemi. (Hermann, 2001)

K procesu léčení mohou přispět i zklidňující psychofarmaka, které potlačují akutní symptomy. Farmakologická léčba traumatu může poskytovat určitý čas ke stabilizaci traumatizované osoby. Tato léčba však může proces léčby i blokovat. Pokud jsou užívána dlouhodobě, potlačují pokusy vlastního těla o znovuoobnovení rovnováhy. Organismus využívá k uvolnění energie spontánní chvění a třes. (Levine, 2002)

6. PSYCHICKÉ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S PROBLEMATIKOU TRAUMATICKÝCH UDÁLOSTÍ

V této kapitole uvedu vybrané poruchy, které se mohou objevit jako důsledek mimořádné zátěžové situace. Jedná se o poruchy související s traumatem a stresem.

Brečka (2009) charakterizuje následující poruchy jako maladaptivní reakce, které souvisejí se schopností úspěšně zvládnout ohrožující situaci.

6.1 Akutní reakce na stres

Jedná se o krátkodobou přechodnou poruchu, která vzniká samostatně bez další zjevné psychické poruchy jako odpověď na mimořádný fyzický a psychický stres, který většinou odezní během několika hodin či dnů. Na závažnost této reakce má vliv individuální zranitelnost a odolnost jedince se s danou situací vyrovnat. Symptomy bývají různé, patří mezi ně počáteční stádium tzv. omámenosti, kdy jedinec vnímá s určitým omezením pozornosti a je neschopný adekvátně reagovat na stimuly. Po této fázi následuje buď další stažení se ze skličující situace nebo naopak přehnaná aktivita. Běžné jsou příznaky jako u panické úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání). Akutní reakci na stres lze dělit na mírnou, středně těžkou a těžkou. (Brečka, 2009)

(Lucká, Koblí, in Vodáčková, 2002, s. 361) uvádí konkrétní tělesné a emoční změny, které můžeme na jedinci při akutní reakci na stres sledovat:

- svalové napětí (často v celém těle)
- zrudnutí v obličeji (skvrny na krku zejména u žen)
- silné pocení (pocit horka)
- všechny fyziologické projevy se zrychlí (tep, dech apod.)
- výrazná mimika (nekontrolovaně se mění)
- psychomotorický neklid (bezúčelné pobíhání)
- výrazné emoce (výrazné projevy)
- třes rukou, nohou (nebo celého těla)
- agresivní projevy (i autoagresivita)
- překotné tempo řeči (rychleji mluví než myslí)
- těkavý pohled (kontrola okolí)
- častější potřeba močit (převážně imperativní)

6.2 Porucha přizpůsobení

Jde o stav subjektivního distresu a emocionálního rozrušení, které obvykle zasahují i do sociálního fungování. Tato porucha se většinou objevuje v čase adaptace na závažnou životní změnu či stresující zátěžovou událost. Stresor může mít povahu zásadní vývojové změny či krize nebo může zasáhnout do jedincovi sociální sítě v podobě úmrtí či odloučení. Důležitou roli při vzniku této poruchy mají individuální predispozice či zranitelnost. Projevy se liší. Mohou se vyskytnout depresivní nálady, úzkost, obavy, pocity neschopnosti zvládnout situaci, plánovat budoucí či setrvávat v současné situaci či různá míra neschopnosti zvládat každodenní úkoly. Převládající může být také krátkodobá či dlouhodobá depresivní reakce či poruchy emocí a chování. (Brečka, 2009)

6.3 Posttraumatická stresová porucha

„Objevuje se jako opožděná a protahovaná odpověď na stresovou událost nebo na situaci, krátkého nebo dlouhého trvání, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter, a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv“. (Smolík, 1996 s.271)

Posttraumatické poruše se budu věnovat obsáhleji v následující kapitole.

7. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

7.1 Historie

Studie psychického traumatu mají svou zvláštní historii, kdy se střídala období aktivního zkoumání s obdobími zapomnění. V minulosti bylo často spekulováno o tom, zda jsou pacienti s posttraumatickými stavy hodni péče a zájmu, zda nesimulují a zda jsou jejich výpovědi pravdivé. Koncem minulého století se začala zkoumat tzv. hysterie. Studií hysterie se nejvíce zabýval Freud a Janet. Jednalo se o tzv. velkou neurózu, jak ji Freud nazýval. Byla nejen klasifikována, ale lékař s pacientkami vedl rozhovory o jejich osobním životě a prožívání. Freud a Janet nezávisle na sobě zjistili, že hysterie je psychický stav způsobený traumatem. (Vizinová, Preiss, 1999)

Další podrobnější zprávy o posttraumatické stresové poruše se objevily na počátku 20. Století. Tento termín byl používán v období první světové války. V tomto období měli vojáci často psychické potíže a nebyli schopni se vrátit zpět na frontu. Potýkali se s výbuchy vzteku, poruchami spánku, poruchami paměti i prožívání. Tuto situaci řešili nezřízeným opíjením a někdy až sebevraždou. Tento stav byl označován jako „válečná neuróza“ nebo „shell shock“ (nervový otřes), vzniklý psychickým nikoliv fyzickým traumatem. (Vinař, 2011)

Později se v lékařských výzkumech objevovaly zmínky, že válka není jediný faktor vedoucí k posttraumatickému rozvoji. Lidé se s obdobnými projevy setkávali i při tzv. „nehodové neuróze“. V roce 1911 došlo v Toulonu ve francouzském přístavu k požáru, při kterém zahynulo 300 lidí. Po této události popisovali stejné potíže jak přeživší, tak záchranáři, kteří zasahovali na místě neštěstí. Jednalo se o opakované znovuprožívání události, úzkosti, poruchy spánku a fobie. (Praško a kol. 2003)

K dalšímu zájmu o posttraumatickou stresovou poruchu došlo v období druhé světové války. Výzkumy lékařů ukazovaly, že této poruše může podlehnout každý člověk, záleží však na intenzitě traumatizujících podnětů. Dalším významným objevem bylo, že pevná emoční vazba může fungovat jako protektivní faktor. Systematický výzkum následků války nebyl poté prováděn až do vietnamské války. V 70 letech žádali Vietnamští veteráni psychiatrickou pomoc. Tato aktivita byla podnětem pro mnohé výzkumy, na jejichž základě byla pečlivě popsána posttraumatická stresová porucha. Později se tento pojem začal používat i ve spojení s psychickými potížemi vyvolanými traumatickými zážitky, jako je znásilnění či pouliční násilí. Pojem Posttraumatická stresová porucha se poprvé objevil ve druhém vydání DSM v roce 1968. Dříve byla označována jako tzv. „velká stresová porucha“. (Vizinová, Preiss, 1999)

V roce 1980 ve třetím vydání diagnostického manuálu DSM byla posttraumatická porucha zařazena pod velkou skupinu úzkostných poruch. V roce 1987 revidovaná edice DSM- III rozšířila diagnózu PTSD, která zahrnovala sociální, behaviorální a emocionální abnormality následující po vystavení silnému stresoru. V DSM- IV byla úzkost v diagnostice pokládána za významnější diskriminační faktor než stresový činitel, byla také stanovena minimální doba trvání symptomů pro diagnostiku PTSD na jeden měsíc. (Vizinová, Preiss, 1999)

7.2 Charakteristika PTSD

Posttraumatickou stresovou poruchou trpí miliony lidí na celém světě, kteří byli vystaveni traumatizující události, jako jsou válečné události, mučení, únosy, zemětřesení, větrné smrště, povodně, požáry, dramatické změny zdravotního stavu apod. Jedná se o události, které by vyvolaly pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci téměř u každého.

Zážitek traumatizující události však nemusí automaticky znamenat rozvoj PTSD. Platí však, že čím větší je trauma a větší bezmocnost se mu bránit a čím je menší podpora od ostatních, tím pravděpodobnější je rozvoj PTSD. (Praško, 2003)

„PTSP je opožděnou a prodlouženou odpovědí na traumatizující podnět. Podle MKN-10 se diagnostikuje do šesti měsíců po události, DSM-IV zná i variantu „s odloženým začátkem“, začínají-li se příznaky objevovat nejméně šest měsíců po dopadu traumatizující události. MKN-10 se dobou trvání nezabývá“ (Baštecká a kol., 2005; s. 48)

Podle Praška (2005) je posttraumatická stresová porucha (PTSD) *„reakcí na extrémní traumatickou událost. Podle diagnostických kritérií jde o události, které ohrožují na životě, zdraví, tělesné integritě nebo důležitých hodnotách. Typickými takovými událostmi jsou válečné zážitky, mučení, přepadení, znásilnění, havárie, přírodní pohromy, ale i zjištění život ohrožující diagnózy nebo traumatizující léčebné zákroky.*

Jiná definice označuje PTSP jako psychobiologický fenomén, který je odpovědí na psychologické trauma a je charakterizován maladaptivní neurobiologickou dysregulací a psychologickou dysfunkcí. (ZoharJ, Amital, in Roy, 2006)

Termín posttraumatická stresová porucha (PTSD) je používán pro úzkostnou poruchu, která se typicky rozvíjí po emočně těžké, stresující události, která svojí závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatickou pro většinu lidí. (Praško, 2001)Psychiatrie pro praxi

7.3 Symptomy

Typické příznaky posttraumatické stresové poruchy se mohou ze začátku projevovat jako součást obvyklé reakce na ohrožující událost. Když však tyto symptomy přetrvávají déle než měsíc, označujeme je jako příznaky PTSD. Mohou se objevit bezprostředně po traumatické události, většinou se však projevují s odstupem času výjimečně do několika let.

Praško (2003) rozděluje příznaky PTSD do čtyř hlavních skupin:

- 1. Rozpomínání na trauma-** je nejtypičtějším příznakem. Lidem se často vracejí vzpomínky na traumatickou událost. Většinou bývají vtíravé, živé a mají útržkovitý charakter. Často jsou doprovázeny záchvaty vzteku, úzkosti, bezmoci, smutku nebo pocit odcizení a marnosti. Může dojít i k znovuprožívání traumatu, kdy má člověk pocit, že se traumatické události znovu účastní. Traumatická událost se může vyskytnout i v děsivých snech. Obsahem snů bývá znovuprožívání události nebo různé podoby zlověstných symbolů. Občas dojde i k znovuprožití emocí i s jejich fyziologickým doprovodem, které jsou však bez přítomnosti vzpomínek na traumatickou událost. Objevují se silná úzkost, strach, bušení srdce, bolesti atd.. Tyto záchvaty se objevují opakovaně.
- 2. Negativní emoční stavy ztráta pozitivních emocí-** postiženým schází prožitky ze života. Nedokáží se radovat, stěžují si, že jsou prázdní a necitliví. Nejsou neschopni prožívat příjemné pocity a věnovat se příjemným aktivitám. Může se objevovat neustálý pocit znuďenosti a znechucení. Postižení často nedovedou vyjádřit ani silné emoce týkající se samotného traumatu. Tyto emoce se snaží potlačovat a následně tak dochází k celkovému potlačení emocí vůbec. Velmi často se objevují pocity viny. Člověk se obviňuje, že se měl zachovat jinak, než se zachoval a vyčítá si například situaci, kdy někdo zemřel a jiný přežil a že nebyl schopný pomoci.
- 3. Zvýšená psychická a tělesná vzrušivost-** souvisí s automatickou připraveností organismu, že se může opět něco zlého stát. Následkem tohoto neustálého napětí je podrážděnost. K podrážděné reakci může docházet i u podnětu, které před traumatickou událostí zůstávaly bez povšimnutí. „Čekání na ohrožení“ vede k tomu, že všechno nové a nečekané ruší a vyvádí z míry. Objevuje se výbušnost, prudkost v chování. Vzhledem k této podrážděnosti se tyto lidé snadno dostávají do konfliktu s jinými lidmi. Mají také potíže se soustředěním, proto se jim zhoršuje výkon.
- 4. Nadměrná ostražitost-** je charakterizována neustálou lekavostí a napětím, že se objeví něco ohrožujícího. Objevují se přehnané reakce vůči hluku, pachům, světlu. Zvýšená je

i tělesná vzrušivost. Ta se projevuje vysokou pohotovostí k biologické poplašné reakci, která se projevuje řadou fyziologických reakcí jako je bušení srdce, závratě, pocity na zvracení, bolesti břicha, brnění v končetinách apod. Tyto příznaky jsou sice neškodné a slouží organismu k přípravě na boj, nebo útěk, ale mohou vyděsit a vyvolat strach.

7.4 Diagnostická kritéria PTSD podle ICD-10 a DSM- IV

Kritéria	DSM-IV	ICD-10
Kritéria traumatu	A1: událost spojená s těžkým tělesným poraněním, faktickou nebo možnou smrtí anebo s určitým ohrožením tělesné integrity vlastní osoby či jiných osob. A2: subjektivní reakce s intenzivním strachem, bezmocností nebo zhrozením.	Zatěžující událost nebo určitá situace mimořádného ohrožení anebo katastrofický charakter události, podmínka je, že událost by téměř u každého vyvolala hluboké rozrušení.
Postačující symptomy	Přítomnost symptomů z následujících oblastí: B: intruze (alespoň 1) C: vyhýbání / emocionální otupení (alespoň 3) D: autonomní hyperexcitace (alespoň 2)	Opakované vzpomínky, kterým se nedá vyhnout nebo opětovné inscenování události v paměti, denní snění nebo noční sny v souvislosti s traumatickou událostí.
Trvání poruchy	E: alespoň 4 týdny; Akutní: 1-3 měsíce; Chronická: 3 a více měsíců	Žádné údaje
Začátek poruchy	F: žádná omezení Specifikování odloženého začátku, až se symptomatika objeví po 6 měsících od traumatu.	V průběhu 6 měsíců od traumatu
Klinické následky	G: symptomatikou podmíněné klinicky významné následky v důležitých oblastech života.	Žádné údaje

Zdroj: Hašto, Vojtová, 2012, s. 16-17

7.5 Diagnostická kritéria podle MKN- 10

A- postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.

B- je přítomno neodbytné znovuvybavování nebo „znovuprožívání“ stresu v podobě rušivých „flashbacků“, živých vzpomínek či opakujících se snů nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím stresor nebo spojeným s ním.

C- postižený se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají stresor nebo jsou s ním spojené, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.

D- musí být přítomno některé z následujících kritérií:

1. Neschopnost vybavit si buď částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu.

2. Jsou přítomny kterékoliv dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:

- a) obtíže s usínáním nebo udržením spánku,
- b) podrážděnost nebo návaly hněvu,
- c) obtíže s koncentrací,
- d) hypervigilita,
- e) přehnané úlekové reakce.

E- kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány. (Smolík, 1996, s. 271, 272)

7.6 Průběh

Rozvoj PTSD může nastat hned po traumatické události a může zesilovat v průběhu let. Příznaky se také mohou objevit až po určitém časovém období, které může trvat od několika týdnů až po několik měsíců a výjimečně i let. Více bývají ohroženi lidé, kterým během traumatické události chyběla opora blízkých lidí. *„Kolem 47 %, resp. 33 % pacientů splňuje kritéria pro diagnózu PTSD déle než rok(17). Kolem 30 % pacientů se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, u asi 20 % dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky asi u 10 % ke zlepšení vůbec nedojde.“ (Praško, 2005, s. 5)*

Horší prognóz mívají lidé buď velmi mladí anebo velmi staří. Prognózu výrazně zhoršuje premorbidní psychická porucha, ať jde o poruchu osobnosti, organickou psychickou poruchu, afektivní poruchu nebo jinou úzkostnou poruchu, abúzus alkoholu nebo užívání drog. Naopak dostupná sociální podpora může pozitivně ovlivnit rozvoj, závažnost i trvání PTSD. (Praško, 2005)

7.7 Prevalence

Prevalence závisí na populačních vzorcích epidemiologických studií. PTSD byla stanovena dvěma způsoby. První strategie zahrnuje odhad výskytu podle rozhovorů s reprezentativním vzorkem obecné populace. Druhá zahrnovala rozhovory s traumatizovanou populací. Diagnostický manuál DSM-IV uvádí prevalenci v celkové populaci mezi 0.5% a 1%. U rizikových skupin (váleční veteráni, oběti přírodních katastrof nebo kriminálních činů) se uvádí rozmezí 3- 58%. (Vizinová, Preiss, 1999) Podle Davidsona (in Vizinová, Preiss, 1999) je prevalence dvacetkrát vyšší u psychicky narušených osob. Podle Praška (2001) je celoživotní prevalence PTSD 10,4–12,3 % u žen a 5,0–6,0 % u mužů v západní populaci. Uvádí, že posttraumatická stresová porucha může vzniknout v kterémkoliv věku. Častěji se však objevuje v mladším věku, kdy je člověk více vystaven traumatickým událostem. Nejtypičtějšími traumaty u mužů jsou válečné zážitky a autonehody, u žen znásilnění. Vinař (2007) uvádí, že k rozvoji PTSD dojde u jedné třetiny osob po těžké stresové reakci. Toto tvrzení bylo ověřeno četnými studiemi v Izraeli, USA, Kanadě, Norsku, Dánsku a Austrálii a také v České republice, jak o tom svědčí i zkušenosti s oběťmi povodní z roku 1997 a 2002. Dnes může být diagnostikována PTSD, splňuje-li postižený přesně stanovená kritéria podle MKN-10 nebo DSM-IV. Někteří jedinci však splňují jen některé z diagnostických kritérií, proto se mluví o tzv. podprahové PTSD. Přesto i tito lidé trpí obtížemi, které narušují jejich život. U lidí s podprahovou PTSD se zvyšuje riziko pracovní neschopnosti, objevují se u nich úzkostné poruchy a deprese. (Marshall, 2001, in Vinař 2007)

7.8 Léčba

Nejdůležitější pro člověka, který prožil traumatickou událost je vyléčení, emoční podpora, povzbuzení a možnost vyjádření emocí. Pokud se u postiženého PTSD již rozvinula, je důležité, aby byl seznámen s tím, co se s ním děje a jaké jsou možnosti léčby. Pro léčbu PTSD se nejčastěji využívají různé formy psychoterapie a farmakoterapie. Kombinace těchto terapií má pozitivní vliv na léčbu až v 70%. V léčbě akutních stavů po ukončení léčby je však efekt psychoterapie trvalejší. Všeobecně platí, že čím závažnější je symptomatologie, tím častěji se využívají psychofarmaka. (Praško,2003, 2005, Bartůňková, 2010)

Úkolem psychoterapie je pomoci pacientovi zvládat své příznaky tak, aby ho neomezovaly v jeho životě. Jedním ze základních principů léčby PTSD je vytvoření terapeutického vztahu. V terapii je důležitým prvkem také edukace o tom, jak PTSD probíhá, jaké má příznaky a jaké jsou možnosti její léčby. Velmi důležité pro úspěšnost léčby je podpůrný sociální systém. Jedná se o příbuzné, přátele případně podpůrné skupiny. Psychoterapeutické přístupy k PTSD zahrnují

skupinovou i individuální psychoterapii, podpůrnou psychoterapii, psycho-dynamickou psychoterapii a kognitivně-behaviorální terapii. Ve všech jmenovaných přístupech je zdůrazněna opakovaná konfrontace s traumatickou událostí a abreakce. Postižený se tak učí přijmout trauma jako svou minulost a tímto ho trauma přestává ovlivňovat v nynějším životě.

Dalším cílem psychoterapie je zmírnění pocitu viny, trapnosti a studu, které provázejí většinu lidí postižených PTSD. Je důležité, aby se postižený přijmul s tím, že nezvládl všechno dokonale. Terapeut by měl být trpělivý a neměl by příliš na pacienta tlačit, aby mu popsal všechny detaily. Při opakované konfrontaci s traumatickou událostí se objevují silné emoce, je tedy důležité, aby všechny psychoterapeutické přístupy byly prováděny ohleduplně a aby terapeut tyto emoce netlumil, ale naopak je podpořil. (Praško, 2005,2003, Vinař 2007, Bartůňková, 2010

8. PSYCHOLOGICKÁ SLUŽBA HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR

Povolání hasiče je jednou z nejhroženějších profesí, s extrémní psychickou i fyzickou zátěží. Právě zvyšující se fyzická a psychická náročnost zásahů vedly k zamyšlení nad potřebou psychologické služby.

8.1 Vznik a organizace psychologické služby

Psychologická služba byla u HZS zřízena v roce 2002. Úkoly jsou dané zákonem a pokynem generálního ředitele HZS a náměstkem ministra vnitra. Následně dostali ředitelé pokyn zřídit v jednotlivých krajích psychologická pracoviště. Dále byl na základě těchto pokynů zřízen systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a tým Anonymní linky pomoci v krizi.

Psychologická služba HZS ČR oficiálně vznikla k 1. lednu 2003, kdy vzniklo psychologické pracoviště vedené hlavním psychologem HZS ČR (Sotolářová, 2003). V roce 2010 byla vypracována další Aktualizace koncepce psychologické služby HZS ČR pro roky 2010–2015 (Vrbová, Dohnal, 2010).

V ČR působí celkem 18 psychologů a 4 asistenti psychologa. Činnost psychologa je upravena především Statutem psychologických pracovišť HZS ČR a Etickým kodexem psychologa HZS ČR. Na území ČR se nachází 14 krajských pracovišť, pracoviště Ministerstva vnitra a pracoviště v rámci Záchranného útvaru HZS ČR. (HZS ČR, 2010a).

8.2 Hlavní úkoly psychologické služby HZS

- Péče o zaměstnance a příslušníky HZS
- Podklady pro personální práci a výkon služby - psychologická vyšetření
- Pomoc obětem mimořádných událostí

8.2.1 Péče o příslušníky a zaměstnance HZS

Jedná se o preventivní psychologickou službu příslušníkům HZS ČR, která je nabízena hasičům, kteří se zúčastnili zvláště náročného zásahu. Cílem této péče je redukovat duševní napětí a poskytovat tuto péči tak, aby z normální reakce na stres nedocházelo k rozvoji posttraumatické stresové poruchy. Podle Sotolářové (2003) patří do péče o příslušníky HZS budování CISM, do níž spadá i poskytování posttraumatické péče a služba anonymní telefonní linky pomoci v krizi. Psychologická péče je dostupná pro každého příslušníka HZS. Může být poskytována jak psychologem, tak vyškoleným členem Týmu posttraumatické pomoci. Tato péče je nabízená,

nikoli vnucovaná. Psychologická péče o zaměstnance HZS je založena na důvěře, obsah intervence se nedozví ani nadřizený ani kdokoliv jiný. Psycholog poskytuje také psychologické poradenství nejen zaměstnancům HZS, ale i rodinným příslušníkům. Je zaměřeno na pracovní, osobní či jiné problémy. Při poskytování poradenských služeb je psycholog vázán etickým kodexem psychologa HZS ČR, to znamená, že je psycholog má povinnost především zachovávat důvěrnost informací, které se během poradenství dozvěděl.

8.2.1 Odborná příprava příslušníků a zaměstnanců

Hasiči procházejí nejen náročným fyzickým a technickým výcvikem, je také nutné, aby prošli systémem školení, ve kterém se dozví, jak se chovat při traumatické události a jaký dopad na ně může mít. V těchto školeních získávají poznatky z oblasti psychologie a psychohygieny. Učí se poskytovat první psychologickou pomoc obětem neštěstí a zvyšovat svoji odolnost vůči stresu.

8.2.2 Podklady pro personální práci a výkon služby - psychologická vyšetření

Tato oblast zahrnuje ověřování osobní způsobilosti uchazečů pro výkon služby u HZS ČR. Psychologové provádí psychodiagnostická vyšetření příslušníků HZS ČR pro zařazování do speciálních funkcí. Psychologové se snaží zjistit, zda vyhovuje osobnostní profil hasiče nárokům stanovených pro určité pozice u HZS ČR. Provádí se psychologické vyšetření uchazečů do služebního poměru u HZS ČR podle § 15 zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, jde o zjišťování osobní způsobilosti. Patří sem rovněž vyšetření hasičů z povolání, která jsou stanovena v § 37 vyhlášky č. 247/2001, ve znění vyhlášky č. 226/2005 Sb. Tyto dva typy vyšetření probíhají v laboratoři HZS Olomouckého kraje a provádí se dle jednotné metodiky HZS ČR. Psychologové vycházejí z funkční analýzy pracovních úkolů, která stanovuje profily hasiče, hasiče- strojníka, hasiče lektora, hasiče- velitele. (Baštecká, 2005, HZS ČR)

8.2.3 Psychologická a psychosociální pomoc obětem mimořádných událostí

Oběti neštěstí nemusí být jen zraněný nebo mrtvý člověk, ale také další účastníci jako jsou příbuzní obětí, osoby postižené materiální ztrátou při katastrofách, kteří si často odnášejí trauma. (Sotolářová, 2003) Psycholog HZS poskytuje na vyžádání velitelem zásahu první psychologickou pomoc a krizovou intervenci na základě SIAŘ GR HZS a náměstka MV č. 32/2006. a náměstka MV č. 32/2006., kterým se stanovují podmínky pro povolávání psychologa Hasičského záchranného sboru ČR do výkonu služby v operačním řízení. Mezi mimořádné události, které vyžadují psychologický zásah patří například komplikované a dlouhotrvající

zásahy, rozsáhlé přírodní katastrofy, komplikované evakuace většího počtu atd. Psychologickou pomoc obětem může poskytovat psycholog, nebo využít členové týmu posttraumatické intervenční péče, nebo některou ze spolupracujících složek IZS, jedná se především o nestátní organizace (Česká katolická charita, ADRA, Český červený kříž, psychosociální intervenční týmy a jiné). (HZS ČR)

8.3 Posttraumatická intervenční péče

Psychologická služba HZS nabízí pomoc zaměstnancům HZS, kteří se dostali do mimořádné situace. Je to péče poskytovaná hasičům, kteří zažili v rámci zásahů traumatickou událost, která může negativně ovlivňovat výkon jejich služby. Posttraumatickou intervenční péči poskytují proškolení členové posttraumatických intervenčních týmů u jednotlivých správ krajů. Intervenční týmy provádí okamžitou první pomoc a případně seznamují postiženého s možnostmi další pomoci skrze další odborníky. Hasiči jsou seznamováni s možnostmi posttraumatické intervenční péče skrze školení a pomocí různých brožur, informace o posttraumatické péči mohou nalézt i na webu hasičského záchranného sboru včetně kontaktů na členy posttraumatického intervenčního týmu. Cílem je redukovat tzv. náraz kritické události a poskytovat péči k omezení negativních dopadů na psychiku zasaženého i možnosti vzniku posttraumatické stresové poruchy. Posttraumatická intervenční péče je oficiálně stanovena dvěma pokyny z 8. září 2003, kterými byl stanoven Systém poskytování PIP příslušníkům HZS ČR, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních úkolů (SIAŘ GŘ HZS ČR č. 38/2003). Druhý pokyn stanovuje zřízení Anonymní telefonní linky pomoci v krizi (SIAŘ GŘ HZS ČR č. 39/2003). Součástí systému posttraumatické intervenční péče je zmíněná anonymní telefonní linka pomoci v krizi tel: 974 834 688 na kterou je možno volat 24 hodin denně. Tato služba zaručuje anonymitu, profesionalitu vycvičeného týmu v poskytování telefonní intervence. (Šmahlík, 2009)

8.3.1 Tým posttraumatické intervenční péče

Tým posttraumatické péče („TPP“) tvoří skupina odborně připravených příslušníků HZS, která poskytuje kolegiální psychickou pomoc a první psychologickou pomoc obětem na místě neštěstí. Poskytování kolegiální péče vychází z poznatku, že psychologická pomoc bývá lépe přijímána od kolegů, protože k nim mají postižení členové HZS blíže a nemají tak zábrany a strach svěřit se se svými problémy. Poskytování posttraumatické intervenční péče je samozřejmě vázáno mlčenlivostí. Členové týmu posttraumatické péče jsou na poskytování pomoci odborně

přípravě úvodním výcvikem v rozsahu 40 hodin a dalším vzděláváním v rozsahu nejméně 16 hodin ročně. Členové intervenčních týmů bývají řazeni i ve směnách,

Tito hasiči, kteří prošli školením posttraumatické intervenční péče jsou na každé požární stanici a jsou seznámeni s pojmy: stres, trauma, posttraumatická stresová porucha a jejich možnými dopady na člověka. Tito hasiči často bývají t přítomní na místě neštěstí a je možné je případně okamžitě povolát. Jsou vyškoleni v poskytování první psychologické pomoci, což je vhodné při neštěstích menšího rozsahu, kde je nutné poskytnout péči rychle a bezprostředně. Psycholog následně poskytuje těmto zasahujícím členům týmu supervizi. (HZS ČR, Šmahlík, 2009)

8.3.2 Formy posttraumatické intervenční péče

Interventi posttraumatické intervenční péče jsou v rámci HZS ČR vyškoleni v metodách Critical Incident Stress Management (dále jen CISM, zvládání zátěže pramenící z traumatizující události). U vzniku tohoto modelu zvládání stresu stojí Jeffrey T. Mitchell. CISM je proces orientovaný na prevenci, nejde o terapii ani psychoterapii ani poradenství. Tento proces je orientovaný na osvětu stresu, má povahu diskuse, podpory a strukturovaného setkání. (Baštecká, 2005)

Baštecká (2005) rozlišuje tyto formy CISM:

1. ***První psychologická pomoc***- lze poskytnout ihned na místě neštěstí. Jedná se o postupy, které se snaží zmírnit působení negativních podnětů. Snaží se o to, aby postižený vnitřně přijal, že prožívá krizi, vyličil událost a své pocity. Interventi se snaží vysvětlit postiženému, že jeho tělesné i psychické reakce jsou normální a časté a snaží se vysvětlit mu princip stresových reakcí.
2. ***Demobilizace***- využívá se v případě katastrof velkého rozsahu pro skupiny pracovníků nebo krizové štáby. Cílem je získat informace o možných projevech stresu, o možnostech zvládání stresu. Je třeba, aby se účastníci zásahu udrželi na úrovni tzv. automatického pilota, kdy člověk funguje bez emočního prožitku. Záchranáři jsou tak schopni účinně plnit záchranné a likvidační práce. Demobilizace trvá přibližně 10 minut, poté následuje 20 min. relaxace.
3. ***Defusing***- jedná se v podstatě o zkrácenou formu debriefingu. Používá se pro malé události. Cílová skupina je malá, jedná se pouze o lidi, kteří společně prožili traumatickou událost (5-10). Optimální doba je 3-8 hodin po události. Defusing se provádí bezprostředně po návratu ze zásahu, dříve než dotyčný opustí služebnu, dokud přetrvávají jeho emocionální reakce. Provádí se v chráněném klidném prostředí, ale ne

déle jako 20-30 minut. Cíl defusingu je zajistit zklidnění a zjistit, jestli nebude třeba zajistit dodatečnou péči.

4. **Debriefing-** je strukturovaný rozhovor, který využívá potenciálu skupiny. Podstata debriefingu je seskupit lidí, kteří prožili stejnou traumatickou událost a snažit se, aby svou zkušenost sdíleli a mluvili o svých reakcích a přijali tak, že prožívají přirozené reakce na nenormální situaci. Provádí se teprve tehdy, až člověk není v šoku a je schopen prožitky zpracovávat. Zpravidla se provádí 6-10 dní po akci. Vede jej pouze psycholog a je důležité spolupůsobení kolegů (angl. peers). Počet účastníků je 4-20 a počet členů týmu je 3-4. Mezi pravidla Debriefingu patří např., že se sedí v kruhu a účastníci sezení jsou pouze ti, kteří se přímo účastnili akce. Je zachována důvěrnost a neprovádějí se žádné záznamy

8.3.3 Etický kodex členů posttraumatického intervenčního týmu

•Důvěrnost

Členové posttraumatického týmu jsou povinni respektovat důvěrnost informací po dobu psychologické činnosti. Odhalování takovýchto informací je možné jen se souhlasem příslušné osoby, s výjimkou takových mimořádných případů, kdy hrozí bezprostřední ohrožení osoby nebo jiných osob. V těchto případech intervent informuje svého klienta o právních mezích důvěrnosti. Intervent vždy chrání zájmy svého klienta.

• Prospěch klienta

Intervent respektuje osobnost lidí, se kterými pracuje. Pokud dojde ke střetu zájmů mezi klientem a institucí, která intervenanta zaměstnává, intervent má povinnost objasnit povahu a směr loajalitu a zodpovědností a informuje všechny účastníky o jejich závazcích. Intervent vždy informuje klienta o cíli a povaze terapeutického postupu.

• Nestrannost

Intervent je nezávislým odborným konzultantem řídicích pracovníků, kterým poskytuje expertizní stanoviska. Nepropůjčuje se k činnostem a postupům, které jsou nehumánní nebo mají za následek nezákonné nebo neoprávněné jednání včetně postupů se zřetelem na rasu, postižení, věk, sexuální orientaci, náboženský nebo národnostní původ, atd. Intervent odmítne poskytovat své služby, jestliže vznikly okolnosti ohrožující objektivitu, nezávislost, bezúhonnost, apod. Pokud se tyto podmínky a okolnosti vytvoří v průběhu psychologické činnosti a intervent je nemůže účinně ovlivnit, ukončí danou činnost a zajistí psychologickou službu na jiném pracovišti.

• **Zodpovědnost**

Intervent si vždy předem vyjasní se všemi zainteresovanými osobami a činiteli, co očekávají od zadaného úkolu, jak se budou podílet na psychologických zjištěních a jak je budou využívat. Snaží se vyvarovat vztahů, které mohou omezit objektivitu získaných údajů nebo vyvolat konflikt zájmů. Zasahování do prostředí, ve kterém se údaje zjišťují, má být minimální. Musí mít výraznou zodpovědnost k tomu, aby nedocházelo k manipulacím či nesprávnému používání psychologických závěrů a zjištění ze strany zaměstnavatele nebo objednatele psychologického úkolu. Ve všech oblastech psychologické činnosti si intervent uvědomuje, že nese výraznou sociální zodpovědnost, protože jeho doporučení a profesionální činnost mohou výrazně měnit životy jiných. Intervent je neustále ostražitý vůči osobním, sociálním, organizačním, finančním nebo politickým situacím a tlakům, které by mohly vést k nesprávnému použití jeho vlivu. Snaží se zachovávat vůči těmto vlivům resistenci a neutrální postoj. (SIAŘ GŘ HZS ČR, NMV, č. 29/2003)

B. VÝZKUMNÁ ČÁST

9. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

9.1 Problém, cíle a hypotézy výzkumu

Jak již bylo řečeno povolání hasiče je velmi psychicky i fyzicky náročné. Záchranáři hasičského záchranného sboru (dále jen HZS) musí být neustále v pohotovosti k zásahu a často čelí intenzivnímu stresu a traumatickým událostem. Požadavky na povolání hasiče a náročnost zásahů neustále stoupá, z tohoto důvodu byla zřízena v rámci HZS psychologická služba, která poskytuje pomoc nejen zaměstnancům HZS, ale i obětem mimořádných událostí. V rámci této služby mohou hasiči využít posttraumatickou intervenční péči, kterou poskytují proškolení členové HZS a psycholog. Hasiči se s psychickou zátěží vyrovnávají různě, někteří tyto situace dokáží zvládat sami, jiní potřebují pomoc odborníka. Cílem mojí práce bylo analyzovat prožívání hasičů v průběhu zásahů. Zjistit jakým způsobem zpracovávají stres z hlediska dimenzí dotazníku SVF 78. Určit profil souboru z hlediska stresujících pracovních činností a podmínek. Odhalit základní orientaci hasiče v posttraumatické intervenční péči (PIP) a případnou míru příklonu hasiče k využití PIP. A nakonec analyzovat vztah mezi postoji k využití PIP a proměnnými míry stresu a mezi postoji k využití PIP a vybranými proměnnými zvládnání stresu.

Hypotézy:

- **H1:** Existuje statisticky významný vztah mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů“ a postoji k využití posttraumatické intervenční péče.
- **H2:** Existuje statisticky významný vztah mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů“ a mírou vnímaného stresu.
- **H3:** Existuje statisticky významná relace mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů“ a pozitivními strategiemi zvládnání stresu
- **H4:** Existuje statisticky významný vztah mezi mírou vnímaného stresu a negativními strategiemi zvládnání stresu.

9.2 Aplikovaná metodika

9.2.1 Dotazníky

Ve výzkumu byl využit pro sběr dat i jejich následné analýze kvantitativní výzkum. Byly použity celkem tři dotazníkové metody. První z nich byl čtyřdimenzionální dotazník s likertovými škálami DPPP-HZS. (Sperlingová, Vtípil, 2013) V tomto dotazníku byly použity relativně samostatné dimenze, které byly rozděleny do čtyř oblastí. Dimenze PPH vyjadřuje míru zaujetí, resp. Míru uspokojení s vlastní prací hasiče. Dimenze PPZ vyjadřuje míru prožívání v předzásahové, zásahové a pozásahové fázi. Dimenze IH-PIP vyjadřuje míru informovanosti hasiče o posttraumatické intervenční péči a dimenze PV-PIP, která vyjadřuje postoje hasiče k eventuálnímu využití posttraumatické intervenční péče. Dotazník obsahuje celkem 40 otázek, které se vztahují k jednotlivým dimenzím. Respondent má k dispozici škálu odpovědí od 5 (spíše souhlasím) do 1 (silně nesouhlasím) a 3 je středová hodnota označující nerozhodnost v dané otázce.

Výklad sum u jednotlivých dimenzí DPPP- HZS:

- **PPH:** Čím vyšší suma, tím více je hasič zaujat vlastní prací, tím větší v ní nachází uspokojení (a naopak)
- **PPZ:** Čím vyšší je suma, tím lépe je hasič orientován v možnostech využití posttraumatické intervenční péče (PIP) (a naopak).
- **IH-PIP:** Čím vyšší je suma, tím lépe je hasič orientován v možnostech využití PIP (a naopak) **PV-PIP:** Čím vyšší je suma, tím vyšší je pravděpodobnost příklonu hasiče k eventuálnímu využití PIP.

Zásady výpočtu sum:

U plusových položek se pracuje s hodnotami, které označil respondent. U minusových položek se pracuje s hodnotami obrácenými: Tj. když zatrhne respondent 5, pak se zapisuje „1“, když zatrhne 4, zapisuje se „2“, když zatrhne 2, zapisuje se „4“, když zatrhne 1, zapisuje se „5“. Trojka (3) se vždy, jak u plusových tak u minusových položek zapisuje jako „3“. Tato zásada platí u všech dimenzí.

Příklad – vyhodnocení dimenze PPH:

							Výsledná hodnota
1.	5z	4	3	2	1	+	5
2.	5	4	3	2	1z	-	5
3.	5	4z	3	2	1	+	4
4.	5	4	3z	2	1	-	3
5.	5	4	3z	2	1	+	3
6.	5	4z	3	2	1	-	2
7.	5	4z	3	2	1	+	4
8.	5	4	3	2z	1	-	4

Pro lepší přehlednost výstupu dotazníku DPPP-HZS byly data zaznamenány do tabulek a grafů.

Druhý z nich je dotazník IPSS, Inventář pracovního stresu Spielberger (autor původní verze: Spielberger, C.D. University of South Florida. Autoři české verze: H. Knotková, F. Man, Praha 2000). V tomto výzkumu byla použita jeho modifikace pro povolání hasiče (Z. Vtípil, KP FF UP Olomouc, 2012). Dotazník má celkem 27 otázek popisujících činnosti a podmínky spjaté s prací hasiče. Respondent má k dispozici škálu od 1-3 (nízká míra stresu), 4-6 střední míra stresu a 7-9 (vysoká míra stresu). Dotazník zjišťuje celkovou míru stresu u zkoumaného vzorku.

Jako třetí dotazník byl použit dotazník SVF 78. Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku SVF, kterou vypracovali Wilhelm Jarke a Gisela Erdmannová (1997, 2002). Je to více dimenzionální sebezpozorovací inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích. Obsahuje 13 subtestů. Při administraci se používá stručná a srozumitelná instrukce: „Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování, odpověď označte přeškrtnutím zvoleného čísla na škále od 0 (vůbec ne), 1 (spíše ne), 2 (možná), 3 (pravděpodobně), 4 (velmi pravděpodobně). Předpokládá se, že proband pracuje samostatně.. Pro zpracování dotazníku osoby obvykle potřebují 10 – 15 minut. Pro získání hrubých skóre je třeba sečíst bodové hodnoty položek řazených podle subtestů do sloupců. U každého probanda se zjišťuje celková pozitivní a negativní strategie.

Tab. č. 1 Popis subtestů SVF 78

1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly řešení problému
6	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu, pomoc
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout
10	Únikové tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
11	Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
12	Rezignace	Vzdát se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

9.2.2 Metoda analýzy dat

Výsledky všech tří dotazníků byly vyhodnoceny jednak samostatně, pomocí absolutních a relativních četností, z čehož jsme získali profil IPSS, DPPP-HZS a SVF 78 a dále byl použit Pearsonův korelační koeficient, abychom zjistili úroveň vztahů vybraných proměnných.

- Koreláty PV-PIP, PPH a proměnnými dotazníku IPSS.
- Koreláty PV-PIP a POZ, NEG strategiemi zvládnání stresu.
- Koreláty IPSS a proměnnými dotazníku DPPP-HZS.
- Koreláty IPSS a POZ, NEG strategiemi zvládnání stresu.
- Koreláty věku, IPSS a dimenzí DPPP-HZS
- Koreláty seniority, IPSS a dimenzí DPPP-HZS

Korelační koeficient určuje stupeň vztahu mezi dvěma proměnnými. Vyjadřujeme ho hodnotami mezi -1 (negativní korelace) a 1 (pozitivní korelace), (0 – žádná korelace). Korelace byly vypočítány pomocí programu MS Excel. Byly také vybrány dvě hladiny významnosti k určení signifikantnosti.

Tab. č. 2 Statistické hladiny významnosti

N	5% hladina významnosti	1% hladina významnosti
40	0,3044	0,3932

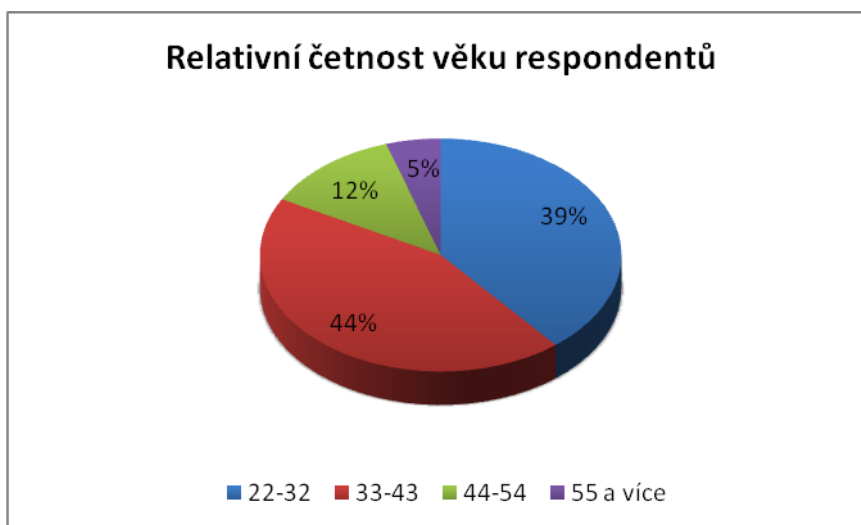
9.3 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor tvořilo 41 hasičů hasičského záchranného sboru v Přerově. Respondenti byli ve věku od 22 do 62 let, s průměrnou hodnotou věku 35let. Dosažená praxe se pohybovala v rozpětí od 1 do 30 let, s průměrnou hodnotou 11 let. Z respondentů je 66% ženatých, 34% svobodných a žádný rozvedený ani vdovec. Všichni dotazovaní byli muži, z toho 36 bylo výjezdových hasičů a 5 příslušníků denní směny, kteří se však také účastní zásahů při mimořádných událostech. Pro lepší přehlednost jsou charakteristiky výzkumného souboru zaznamenány do tabulek a grafů.

Tab. č. 3 Výzkumný soubor dle věku respondentů

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Věk		
22-32	16	39,02
33-43	18	43,90
44-54	5	12,20
55 a více	2	4,88
CELKEM	41	100,00

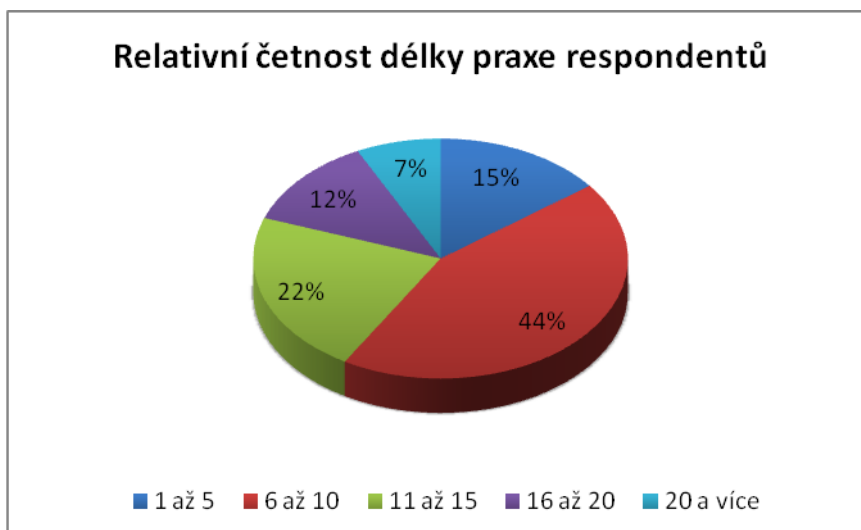
Graf č. 1. Relativní četnost věku respondentů



Tab. č. 4 Výzkumný soubor dle délky praxe

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Seniorita		
1-5	6	14,63
6-10	18	43,90
11-15	9	21,95
16-20	5	12,20
20 a více	3	7,32
CELKEM	41	100,00

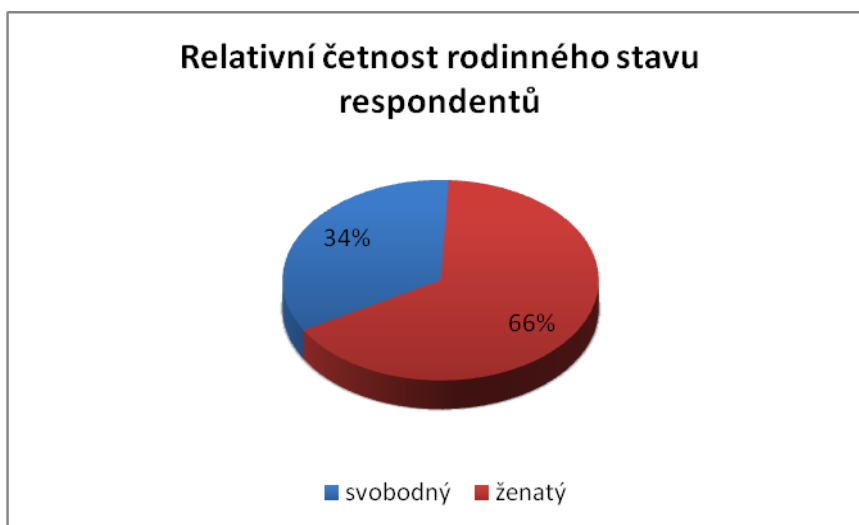
Graf č. 2. Relativní četnost délky praxe respondentů



Tab. č. 5 Rozdělení výzkumného souboru dle rodinného stavu

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Rodinný stav		
svobodný	14	34,15
ženatý	27	65,85
CELKEM	41	100,00

Graf č. 3. Relativní četnost rodinného stavu respondentů



9.4 Organizace a průběh šetření

Ve výzkumné části diplomové práce byly použity tři dotazníky, dotazník DPPP-HZS, IPSS, SVF 78. Sběr dat byl proveden po domluvě s ředitelem hasičského záchranného sboru v Přerově v průběhu měsíce března 2013. Respondentům bylo sděleno, o jaký výzkum se jedná, a následně byli instruováni ohledně způsobu vyplňování dotazníků. Administrace dotazníků trvala přibližně 25 min. Respondentům byla zaručena anonymita. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků, návratnost činila 41 dotazníků, což je 82 %. Během výzkumu se nevyskytly žádné obtíže.

9.5 Symbolika výsledkové části

DPPP-HZS – dotazník postojů k práci a posttraumatické péči pro příslušníky hasičského záchranného sboru. Dotazník obsahuje čtyři dimenze.

1. **PPH-** postoje k práci hasiče-vyjadřuje míru zaujetí, resp. míru uspokojení s vlastní prací hasiče

2. **PPZ-** prožívání průběhu zásahů- vyjadřuje míru prožívání v předzásahové, zásahové a pozásahové fázi.
3. **IH-PIP-** informovanost hasiče o posttraumatické intervenční péči - vyjadřuje míru informovanosti hasiče o posttraumatické intervenční péči
4. **PV-PIP-** postoje k využití posttraumatické intervenční péči-vyjadřuje postoje hasiče k eventuálnímu využití posttraumatické intervenční péče

IPSS- inventář pracovního stresu

SVF 78- vícedimenzionální sebezpozorovací inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích.

POZ- pozitivní strategie

NEG- negativní strategie

Další zkratky:

HZS- hasičský záchranný sbor

PIP- posttraumatická intervenční péče

R- Pearsonův korelační koeficient

N- počet respondentů

10. VÝSLEDKY STUDIE

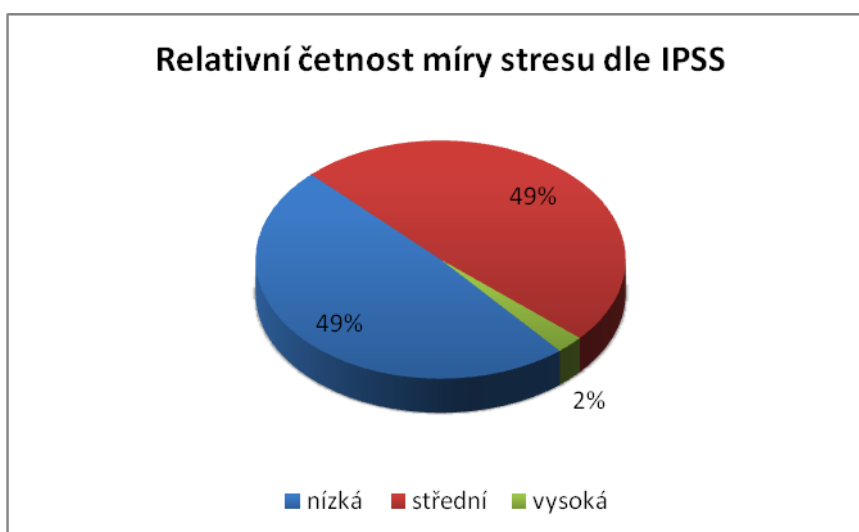
10.1. Základní výstupy IPSS

Inventář pracovního stresu má celkem 27 otázek popisujících činnosti a podmínky spjaté s prací hasiče. Respondent má k dispozici číselnou škálu od 1- 9, přičemž rozmezí 1-3 odpovídá nízké míře stresu, 4-6 střední míře stresu a 7- 9 vysoké míře stresu. Součtem 27 zvolených hodnot dostaneme celkový profil souboru z hlediska stresujících pracovních činností a podmínek, tedy celkovou míru stresu. Tato hodnota vypovídá o vnímání své profese jako stresující. Čím vyšší je tedy celkové skóre, tím je daná profese vnímána jako stresovější. Minimální hodnota dotazníku je 27 a maximální 243. (27- 99)nízká úroveň stresu, (100-172) střední úroveň stresu a vysoká úroveň stresu (173-243). Ke zjištění celkové míry stresu jsme použili absolutní četnost a následně relativní četnost, tedy vyjádření v procentech.

Tab. č. 6 Celková míra stresu

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
IPSS		
27-99	20	48,78
100-172	20	48,78
173-243	1	2,44
CELKEM	41	100,00

Graf č. 4 Relativní četnost míry stresu dle IPSS



Z uvedeného grafu vyplývá, že shodné procento hasičů (49%) se vyjádřilo, že vnímá svoji profesi jako mírně a středně stresující. Pouze 2% vnímá svoje povolání jako vysoce stresující.

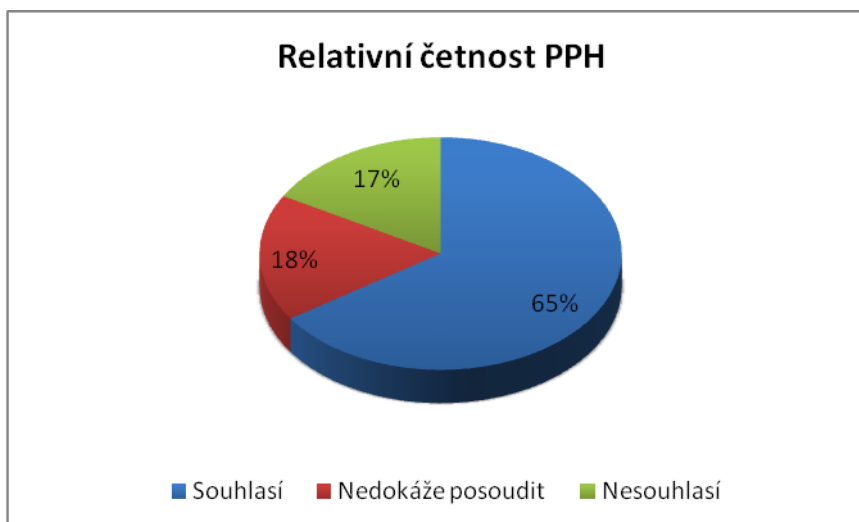
10.2. Základní výstupy DPPP-HZS

Dotazník DPPP-HZS se vyhodnocuje v jednotlivých dimenzích. Jednotlivé míry v dimenzích se vždy prezentují jako sumy. Škály umožňují také vyjádření odpovědi v jednotlivých položkách v absolutních a relativních četnostech- procentech. Pro lepší přehlednost výstupu dotazníku DPPP-HZS byly data zaznamenány do tabulek a grafů.

Tab. č. 7 Postoje k práci hasiče - PPH

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
PPH		
Souhlasí	215	65,5
Nedokáže posoudit	58	17,7
Nesouhlasí	55	16,8
CELKEM	328	100,0

Graf č. 5 Relativní četnost postojů k práci hasiče

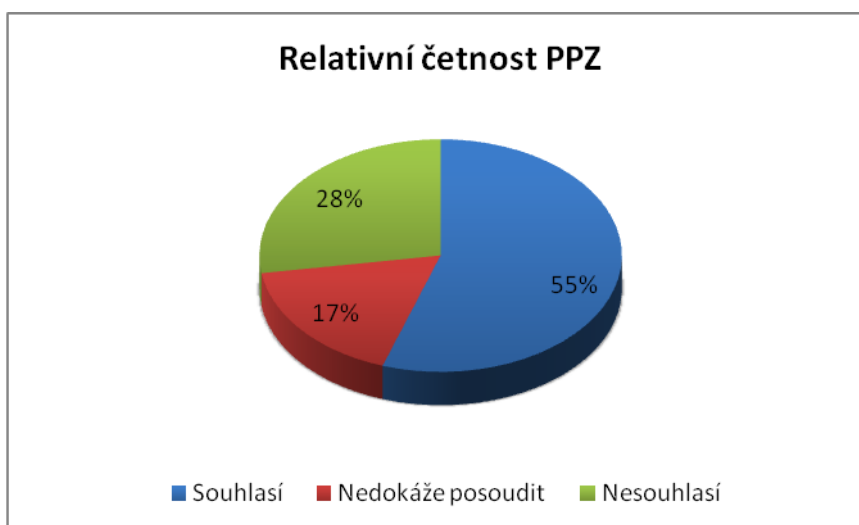


Z grafu vyplývá, že 65% hasičů ve své profesi nachází uspokojení. 18% hasičů se v této oblasti vyjádřilo nerozhodně a 17% hasičů jejich práce nenaplnuje.

Tab. č. 8 Prožívání průběhu zásahů - PPZ

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
PPZ		
Souhlasí	181	55,2
Nedokáže posoudit	57	17,4
Nesouhlasí	90	27,4
CELKEM	328	100,0

Graf č. 6 Relativní četnost prožívání průběhů zásahů

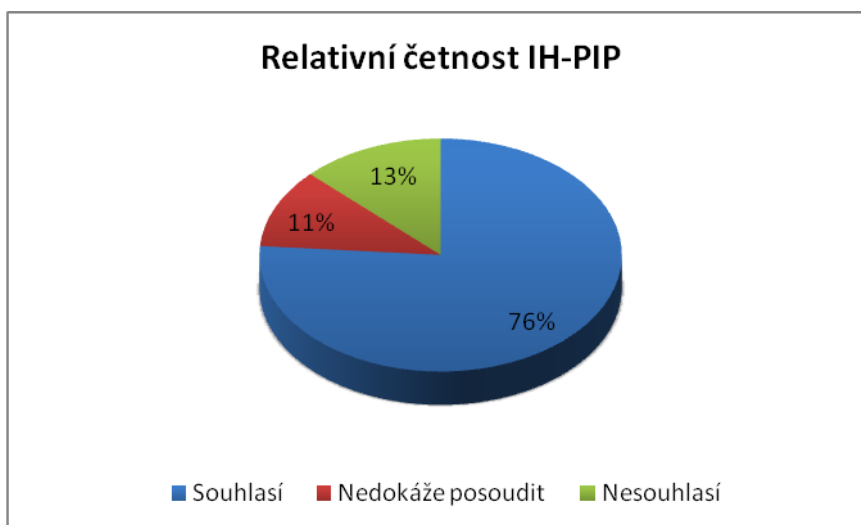


Z uvedeného grafu vyplývá, že 55% hasičů je dobře adaptováno na náročné situace spojené se zásahem. 28% hasičů není dobře připraveno a 17% hasičů tuto situaci nedokážou posoudit.

Tab. č. 9 Informovanost hasiče o posttraumatické intervenční péči - IH-PIP

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
IH		
Souhlasí	125	76,2
Nedokáže posoudit	18	11,0
Nesouhlasí	21	12,8
CELKEM	164	100,0

Graf č. 7 Relativní četnost informovanosti hasiče o posttraumatické intervenční péči

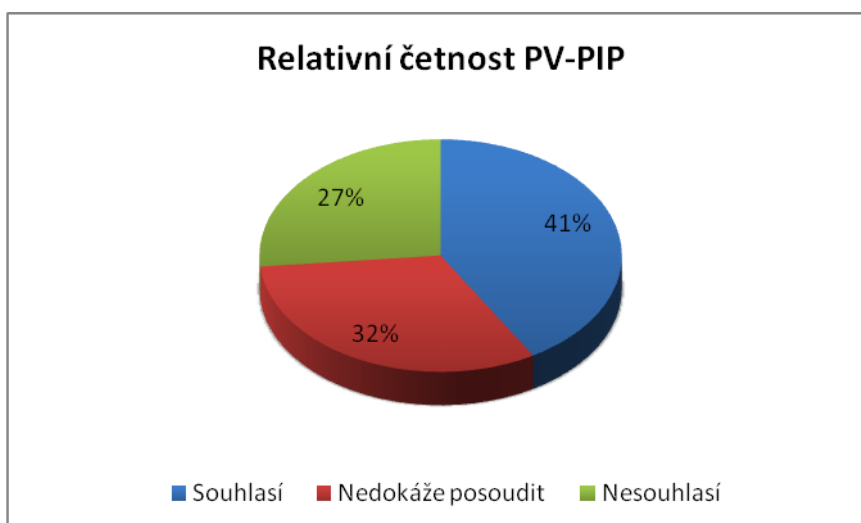


Graf znázorňuje, že 76% hasičů je dobře informováno o posttraumatické intervenční péči. 13% hasičů je špatně informovaných a 11% hasičů tuto oblast nedokázalo posoudit.

Tab. č.10 Postoje k využití posttraumatické intervenční péče PV- PIP

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
PV		
Souhlasí	136	41,5
Nedokáže posoudit	105	32,0
Nesouhlasí	87	26,5
CELKEM	328	100,0

Graf č. 8 Relativní četnost postojů k využití PIP



V grafu č. 8 jde vidět, že 41% hasičů by se pravděpodobně přiklonilo k eventuálnímu využití PIP. 32% hasičů se v této oblasti vyjádřilo nerozhodně a 27% hasičů by pravděpodobně posttraumatickou intervenční péči nevyužilo.

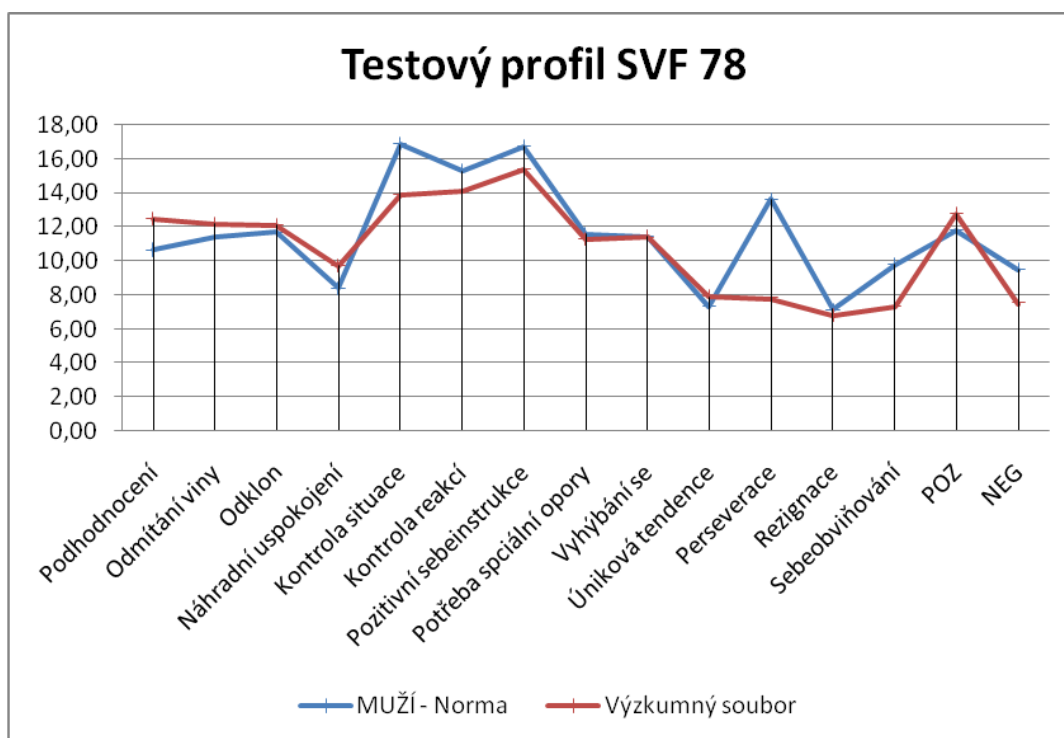
10.3. Profil souboru z hlediska SVF 78

Dotazník SVF 78 se zaznamenává pomocí vyhodnocovacích listů, kde jsou jednotlivé položky řazeny podle subtestů do sloupců. Bodové hodnoty v každém sloupci se sečtou a představují hrubý skóre pro každý subtest. Tyto hrubé skóre v jednotlivých subtestech jsem poté zprůměrovala a srovnala s normovanými hodnotami. Pomocí takto získaných údajů jsem vytvořila testový profil celého výzkumného souboru.

Tab. č. 11 Profil SVF 78

Testový profil SVF 78			
	MUŽI Norma	Výzkumný soubor	Rozdíl
Podhodnocení	10,67	12,5	-1,83
Odmítání viny	11,41	12,2	-0,79
Odklon	11,69	12,1	-0,41
Náhradní uspokojení	8,42	9,7	-1,28
Kontrola situace	16,84	13,9	2,94
Kontrola reakcí	15,27	14,1	1,17
Pozitivní sebeinstrukce	16,71	15,4	-1,31
Potřeba sociální opory	11,57	11,3	-0,27
Vyhýbání se	11,44	11,4	0,04
Úniková tendence	7,35	7,9	-0,55
Perseverace	13,61	7,8	5,81
Rezignace	7,17	6,8	0,37
Sebeobviňování	9,81	7,3	2,51
POZ	11,80	12,8	-1
NEG	9,49	7,5	1,99

Graf č. 9 Testový profil SVF 78



Při vyhodnocování dotazníku strategie zvládnání stresu SVF – 78 byl kladen důraz na pozitivní a negativní strategie zvládnání. Z výsledků vyplynulo, že hasiči ve větší míře preferují pozitivní strategie zvládnání stresu oproti negativním. Dále byl testový profil souboru srovnán s normou. Z grafu č. 9 vyplývá, že se výzkumný soubor významněji odlišuje od normy s maximálním rozdílem 6, v subtestech: Podhodnocení (-1,83), kontrola situace (2,93), perseverace (5,81), sebeobviňování (2,51). Celkově se výrazněji liší od normy při volbě negativních strategií (1,99).

10.4. Koreláty vybraných proměnných

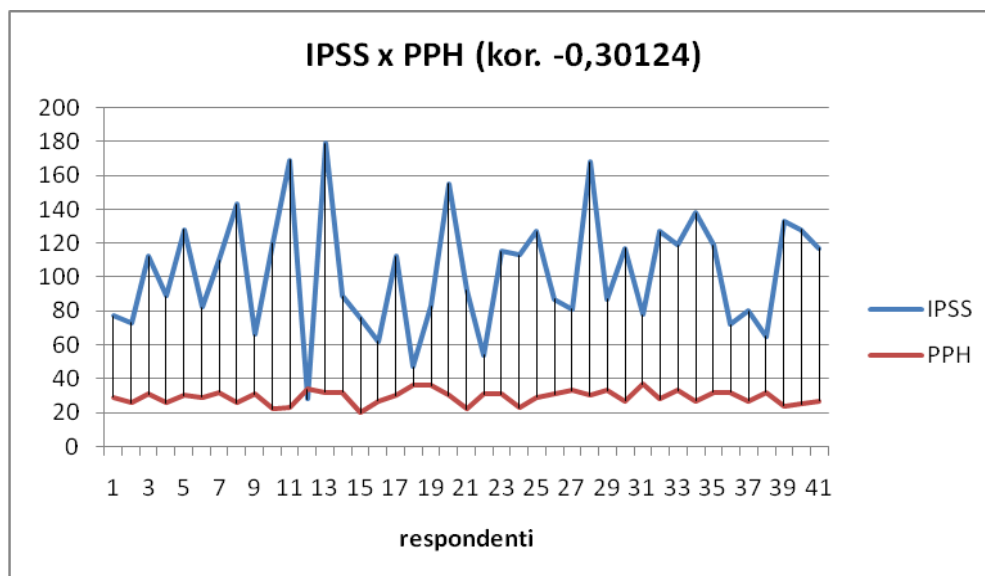
Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu jsme zjišťovali existenci statisticky významně významných vztahů mezi vybranými proměnnými. Zajímá nás vztah mezi celkovou mírou stresu (IPSS), postoji k využití PIP (PV-PIP), dimenzemi DPPP-HZS a vybranými proměnnými zvládnání stresu. Dále vztah mezi vybranými strategiemi stresu (SVF-78) a postoji k využití PIP (PV-PIP). Zajímá nás také vztah celkové míry stresu (IPSS), dimenzí DPPP-HZS a vybraných statusových charakteristik respondentů, jako je věk a délka služby u HZS. Hodnoty jednotlivých korelací jsou znázorněny v tabulce č. 12. Statisticky významné hodnoty byly dále zpracovány do grafů.

Tab. č. 12 Koreláty vybraných proměnných

Srovnávané proměnné	Korelační koeficient	Hladina významnosti
PV x PPH	-0,13459	
PV x NEG	-0,05983	
PV x POZ	-0,14157	
IPSS x PPH	-0,30124	5%
IPSS x PPZ	-0,45993	1%
IPSS x IH	-0,03565	
IPSS x PV	0,05916	
IPSS x NEG	0,31111	5%
IPSS x POZ	0,12529	
VĚK x IPSS	0,26394	
VĚK x PPH	-0,27000	5%
VĚK x PPZ	-0,29236	5%
VĚK x IH	-0,05449	
VĚK x PV	0,18630	
PRAXE x IPSS	0,31652	5%
PRAXE x PPH	-0,29694	5%
PRAXE x PPZ	-0,40402	1%
PRAXE x IH	-0,02111	
PRAXE x PV	0,03054	
PPZ x POZ	0,05587	

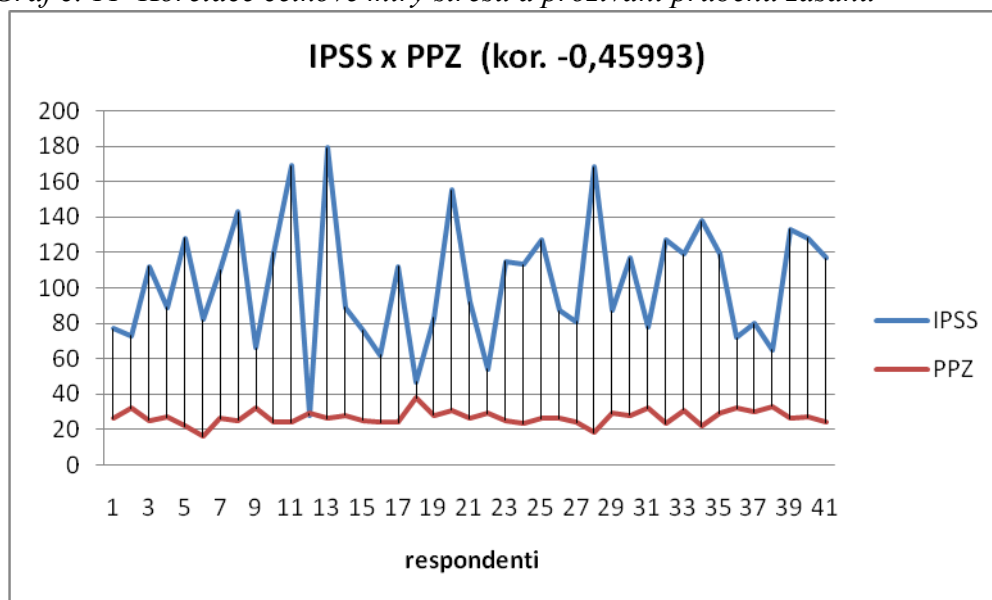
Z uvedené tabulky vyplývá, že mezi statisticky signifikantními hodnotami na 1% hladině významnosti se nachází koreláty Prožívání průběhu zásahů (PPZ), celkové míry stresu (IPSS) a věku. Mezi statisticky signifikantními hodnotami na 5% hladině významnosti se nachází koreláty celkové míry stresu (IPSS), postoje k práci hasiče (PPH), negativními strategiemi stresu (NEG) a praxe. Dále Postoje k práci hasiče (PPH), věku a praxi. A prožívání průběhu zásahů (PPZ) a věku. U dalších korelátů ve výzkumném souboru nebyly zjištěny téměř žádné významné vztahy závislosti.

Graf č. 10 Korelace celkové míry stresu a postojů k práci hasiče



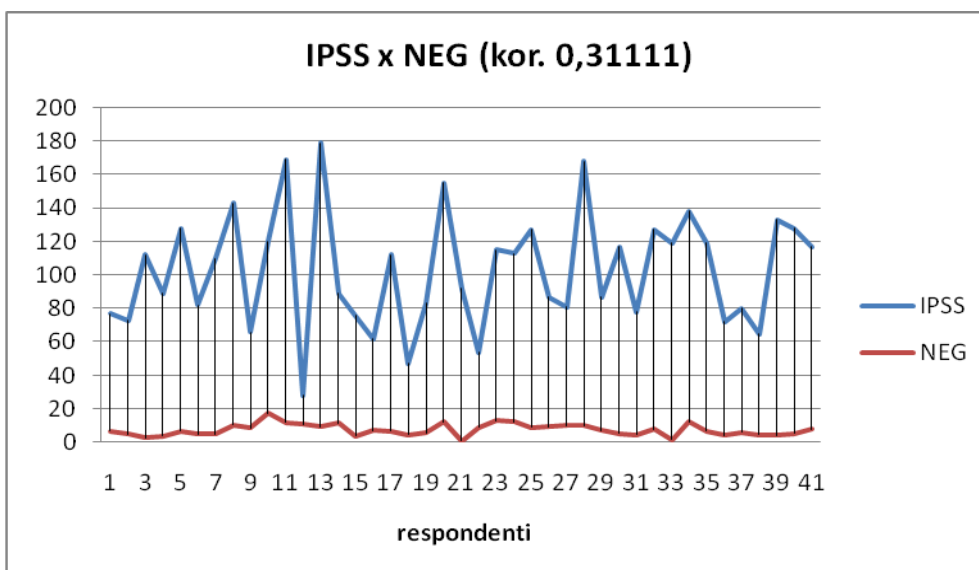
V uvedeném grafu můžeme vidět negativní korelaci na 5% hladině významnosti mezi celkovou mírou stresu a postoji k práci hasiče. To znamená, že čím vyšší je celková míra stresu, tím nacházejí hasiči menší uspokojení ve své práci.

Graf č. 11 Korelace celkové míry stresu a prožívání průběhu zásahů



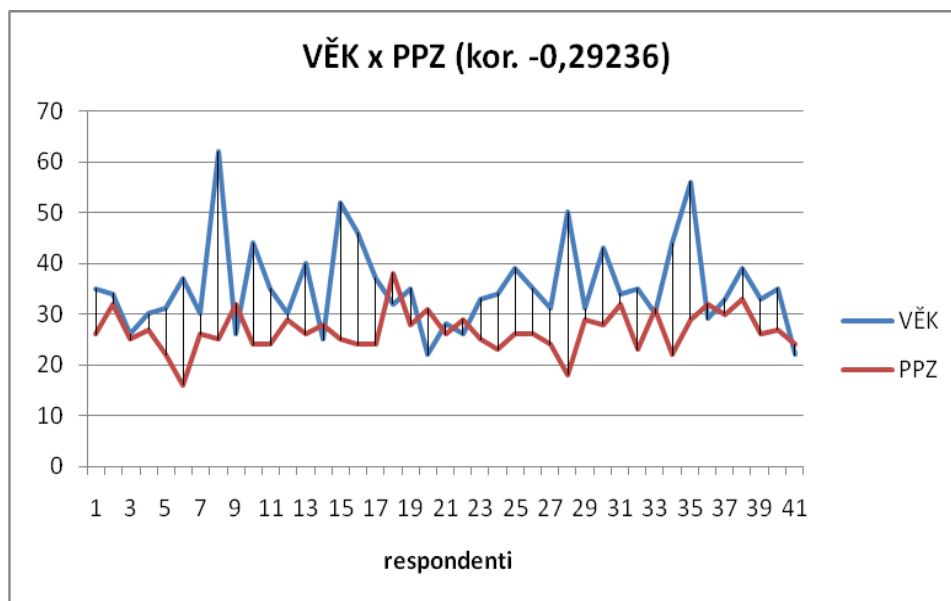
V tomto grafu se jedná o negativní závislost na 1% hladině významnosti mezi celkovou mírou stresu a prožívání průběhu zásahů. Z toho vyplývá, že čím více je hasič stresován, tím hůře je připraven na náročné situace.

Graf č. 12 Korelace celkové míry stresu a negativních strategií zvládání stresu



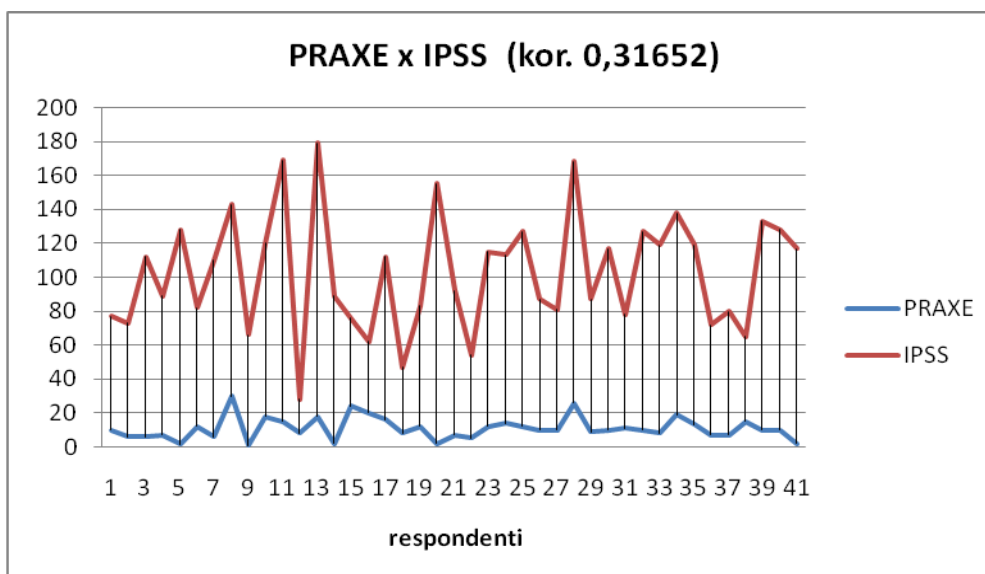
Uvedený graf ukazuje pozitivní korelaci na 5% hladině významnosti mezi celkovou mírou stresu a negativními strategiemi zvládání stresu. Koreláty těchto proměnných naznačují, že čím více je hasič vystavován stresu, tím častěji volí negativní strategie zvládání.

Graf č. 13 Korelace prožívání průběhu zásahů a věku



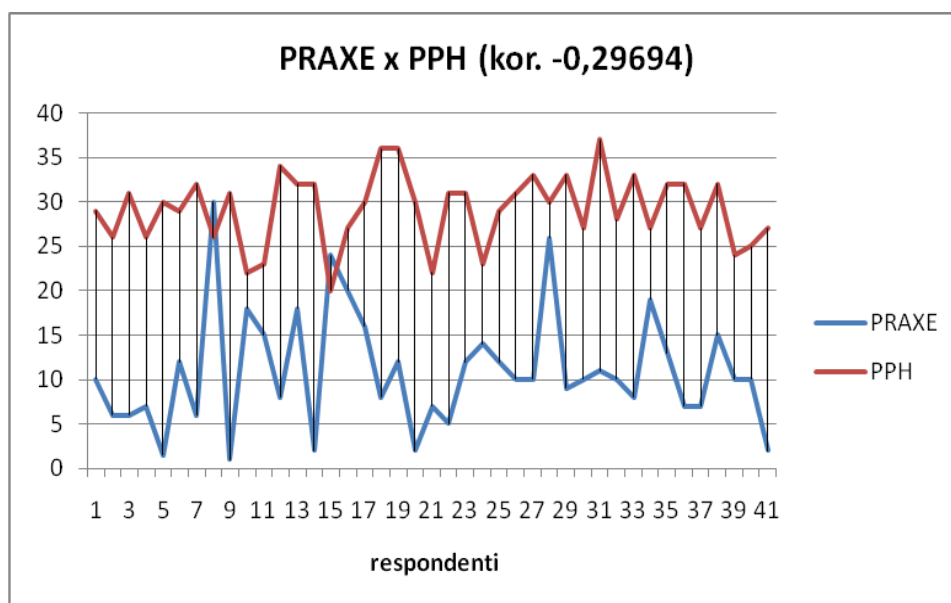
V grafu č. 13 můžeme vidět negativní korelaci na 5% hladině významnosti mezi prožíváním průběhu zásahů a věkem. Z korelátů těchto proměnných vyplývá, že čím je hasič starší, tím hůře je adaptován na náročné situace spojené se zásahem.

Graf č. 14 Korelace celkové míry stresu a délky praxe



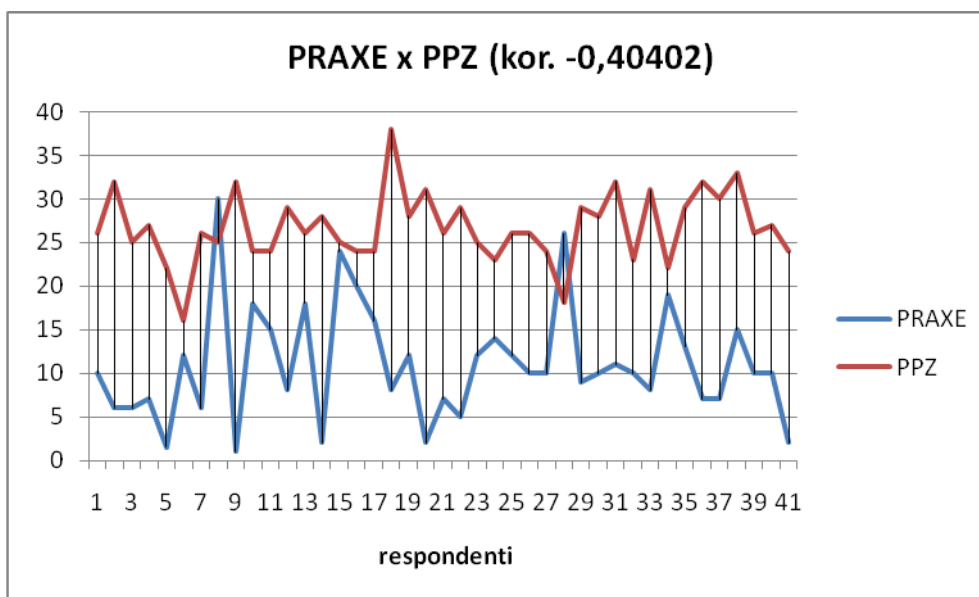
Graf č. 14 ukazuje pozitivní korelaci na 5% hladině významnosti mezi celkovou mírou stresu a délkou praxe. Z tohoto grafu plyne, že čím delší má hasič praxi, tím je více stresován.

Graf č. 15 Korelace postojů k profesi hasiče a délky praxe



V grafu č. 15 můžeme vidět negativní korelaci na 5% hladině významnosti mezi postoji k práci hasiče a délkou praxe. Koreláty těchto proměnných ukazují, že čím kratší dobu pracuje hasič u HZS, tím nachází ve svém povolání větší uspokojení.

Graf č. 16 Korelace prožívání průběhu zásahů a délky praxe



V grafu č. 16 můžeme vidět negativní korelaci na 1% hladině významnosti mezi prožíváním průběhu zásahů a délkou praxe. Z uvedeného grafu vyplývá, že s narůstající délkou praxe je hasič hůře připraven na náročné situace spojené se zásahem.

10.5. Vyjádření k platnosti hypotéz

V souladu s cíli výzkumu jsme v kapitole 9. 1. formulovali tyto hypotézy:

- **H1:** Existuje statisticky významný vztah mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů“ a postoji k využití posttraumatické intervenční péče.

Korelace těchto dvou proměnných nebyla statisticky významná. Z tohoto důvodu byla H1 zamítnuta.

- **H2:** Existuje statisticky významný vztah mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů“ a mírou vnímaného stresu.

Byla zjištěna statisticky signifikantní korelace na 1% hladině významnosti ve vztahu mezi prožíváním průběhu zásahů a mírou vnímaného stresu. Bylo zjištěno, že s vyšší mírou vnímaného stresu se snižuje připravenost hasiče na náročné situace. Hypotéza se potvrdila.

- **H3:** Existuje statisticky významná relace mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů a pozitivními strategiemi zvládnání stresu.

Vztah mezi prožíváním průběhu zásahů a pozitivními strategiemi zvládnání stresu není podle výsledků korelace statisticky významný. Hypotéza byla zamítnuta.

- **H4:** Existuje statisticky významný vztah mezi mírou vnímaného stresu a negativními strategiemi zvládnání stresu.

Byla prokázána statisticky významná závislost na 5% hladině významnosti mezi mírou vnímaného stresu a pozitivními strategiemi zvládnání stresu. Z výsledných hodnot vyplývá, že čím větší míru stresu hasič prožívá, tím častěji volí negativní strategie zvládnání. Hypotéza se potvrdila.

11. DISKUZE

Cílem naší práce bylo určit profil souboru z hlediska stresujících pracovních činností a podmínek. Analyzovat prožívání hasičů v průběhu zásahů a jejich postoje ke svému povolání. Odhalit základní orientaci hasiče v posttraumatické intervenční péči (PIP) a případnou míru příklonu hasiče k využití PIP. Zjistit jakým způsobem zpracovávají stres z hlediska dimenzí dotazníku SVF 78. Dále analyzovat vztah mezi postoji k využití PIP a proměnnými míry stresu a mezi postoji k využití PIP a vybranými proměnnými zvládnání stresu. Také nás zajímaly koreláty míry stresu, proměnných dotazníku DPPP-HZS a vybraných proměnných zvládnání stresu. Dále Koreláty věku, délky praxe a celkovou mírou stresu a vybraných dimenzí dotazníku DPPP-HZS.

V praktické části jsme analyzovali výsledky tří dotazníků. Nejdříve jsme vyhodnotili dotazník IPSS, ze kterého jsme zjistili profil celkové míry stresu působící na hasiče v souvislosti s výkonem služby. Dalšími zjištěnými údaji byl věk, délka praxe a rodinný stav respondentů. Celková hodnota míry stresu vypovídá o vnímání své profese jako stresující. Čím vyšší je tedy celkové skóre, tím je daná profese vnímána jako stresovější. Minimální získaná hodnota v dotazníku činí 27 a maximální 243. Bylo zjištěno, že v pásmu minimální úrovně stresu (27-99) se nachází 49% hasičů. V pásmu střední míry stresu (100-172) se nachází rovněž 49% hasičů. Pouze 2% hasičů se nacházelo v pásmu vysoké míry stresu (173-243). Z těchto výsledků lze usuzovat, že pracovní stres nemá na hasiče výraznější vliv a že účinek stresujících pracovních činností a jejich podmínek pravděpodobně není ovlivněn mírou stresu. Myslím si, že je nezbytné, aby hasiči dokázali dobře odolávat náročným stresovým situacím. Je nutné, aby dokázali okamžitě a soustředěně zasáhnout a vysoká míra stresu by jim tento výkon značně omezovala. Dá se tedy říci, že z pohledu odolnosti na stres byl výběr pracovníků k výkonu povolání hasiče proveden velmi dobře.

Dobrou schopnost hasičů zvládat stres potvrzují i výsledky testu SVF 78. Bylo zjištěno, že pracovníci HZS v Přerově dosahují nižších skóre v jednotlivých negativních strategiích zvládnání stresu oproti většině pozitivních strategií. Stejně tak dosahují nižšího skóre i v celkové hodnotě negativního skóre i ve srovnání s normou. Z těchto výsledků vyplývá, že záchranáři HZS v Přerově využívají ke zvládnání stresu a zátěžových situací spíše pozitivní strategie. Tyto závěry potvrzují i výsledky studie provedené Křížovou (2012). V této studii bylo na výzkumném vzorku hasičů rovněž zjištěno, že hasiči používají ke zvládnání stresu spíše pozitivní strategie než negativní.

Nyní se zaměříme na detailnější rozbor jednotlivých subtestů. Mezi pozitivní strategie patří subtesty: *Podhodnocení*, *Odmítání viny*, *Odklon*, *Náhradní uspokojení*, *Kontrola situace*, *Kontrola reakce*, *Pozitivní sebeinstrukce*, *Potřeba sociální opory* a *Vyhýbání se*.

V subtestech *Podhodnocení* a *Odmítání viny* dosahovali probandi téměř totožných skóre, což potvrdila ve svém výzkumu i Křížová (2012). Ve srovnání s normou dosahovali probandi nepatrně vyšší skóre. Tyto výsledky ukazují na zvýšenou tendenci hasičů snižovat celkovou míru stresoru. Hodnotit vlastní reakce ve srovnání s jinými příznivěji a tendenci uvědomovat si, že ne za vše mám vlastní zodpovědnost. Tyto výsledky vypovídají o schopnosti hasičů udržet si od stresujících událostí jistý odstup, který je nezbytný k efektivnímu zvládnání situace. Při extrémním nárůstu strachu a obav by mohlo dojít k omezení schopnosti zasáhnout. Je také důležité, aby hasiči měli zdravé sebevědomí, důvěřovali vlastním schopnostem a aby věděli, že nejsou za všechny události, které se dějí při mimořádných událostech zodpovědní.

V subtestech *Odklon* a *Náhradní uspokojení* dosahovali probandi vyšších skóre oproti normě. Tyto hodnoty ukazují na zvýšenou tendenci využívat odklonu od stresujících událostí. Přiklánět se k možnostem náhradního uspokojení, které zmírňují psychickou zátěž. Hasiči často řeší psychickou zátěž pomocí odreagování se jinými činnostmi zejména sportem nebo posezením s kolegy a přáteli. Hasiči většinou tvoří dobrý kolektiv a scházejí se i na různých akcích jako jsou sportovní turnaje, oslavy, pobyty na horách atd.

U subtestů *Kontrola situace*, *Kontrola reakcí* a *Pozitivní sebeinstrukce* vykazuje výzkumný soubor zvýšené skóre oproti jiným subtestům, ale nepatrně nižší ve srovnání s normou. Tyto hodnoty ukazují na schopnost hasičů dobře analyzovat aktuální situaci a zasáhnout do ní. Jsou schopni kontrolovat vlastní reakce a v náročných situacích zachovat klid. Dokáží věřit vlastním schopnostem a efektivně jednat. Jak již bylo řečeno, přítomnost těchto schopností naznačuje vhodný výběr záchranářů pro výkon služby u HZS.

Poslední dva subtesty patřící mezi pozitivní strategie jsou *Potřeba sociální opory* a *Vyhýbání se*. Skóre těchto subtestů jsou srovnatelné s normou. Tyto výsledky ukazují, že i hasiči, kteří se občas staví do role nezdolných hrdinů, potřebují pomoc blízkých. Myslím si, že sociální opora je důležitá u každého člověka, který prochází velkou psychickou zátěží a působí také příznivě na průběh vyrovnání se s náročnými životními situacemi. Srovnatelné skóre v subtestu *Vyhýbání se* ukazuje, že i hasičům se může stát, že ne vždy všechny situace optimálně zvládnou. I zde se však dá říci, že se jedná o pozitivní zpracování ve smyslu zlepšení přístupu k dané situaci.

Mezi subtesty tvořící negativní strategie zvládnání stresu patří: *Rezignace*, *Perseverace*, *Sebeobviňování* a *Úniková tendence*. První tři subtesty vykazují nižší skór, než udává norma

populace. Subtest *Úniková tendence* vykazuje ve srovnání s normou nepatrně vyšší skór. Tyto subtesty ukazují, že jsou hasiči schopni ovládat negativní myšlenky tak, aby nezabíraly kapacitu myšlení ve velké míře a po dlouhou dobu. Dokáží zabránit neúměrnému protahování zátěžové situace, sebeobviňování a bezmoci.

Celkově lze říci, že výzkum ukazuje na vysokou míru odolnosti hasičů vůči stresovým situacím. Je důležité, aby byl výběr uchazečů k výkonu služby u HZS dělán pečlivě s ohledem na očekávané požadavky na tuto profesi. Tento způsob výběru by pravděpodobně dokázal předejít selhání hasiče přímo při zásahu, předešel by konfliktům v kolektivu a v neposlední řadě by ušetřil výdaje za zbytečný výcvik a výbavu.

V dalším dotazníkovém šetření jsme analyzovali dimenze dotazníku DPPP-HZS. První oblast, která nás zajímala, bylo zjištění, jaký mají hasiči postoj ke svému povolání. Zdali v něm nachází uspokojení či ne. Bylo zjištěno, že 65% záchranářů HZS hodnotí svoje povolání jako uspokojivé. 17% uvedlo, že ve svém povolání nenachází uspokojení a 18% se v této oblasti vyjádřilo nerozhodně. Z těchto výsledků je jasné, že více jak polovina dotázaných hodnotí svoji práci jako uspokojivou. Zajímavé je, že i přes všechny náročné situace, se kterými se hasiči běžně setkávají, dokáží stále v tomto povolání nacházet uspokojení. Mohli bychom spekulovat, která kritéria tuto spokojenost ovlivňují. Například to může být tím, že jsou hasičům poskytovány dobré pracovní podmínky, mají vytvořený dobrý kolektiv a tráví společně i volný čas nebo jde o maximální pocit uspokojení z pomoci druhým. Ve výzkumu jsme tyto otázky zatím nepoložili, bylo by však zajímavé tuto oblast blíže prozkoumat.

Další oblast dotazníku DPPP-HZS obsahovala otázky spojené s prožíváním průběhu zásahů. Zjišťovali jsme, zda je hasič dobře připraven na náročné situace spojené se zásahem. Z uvedených hodnot vyplývá, že 55% hasičů je dobře adaptováno na zátěžové situace při zásahu. 28% hasičů není na tyto situace dobře připraveno a 17% tuto oblast nedokáže posoudit. Tyto údaje svědčí o tom, že více jak polovina hasičů je dobře připravena na tyto náročné situace spojené se zásahy. Tyto závěry potvrzují i výsledky předešlých dotazníků, které prokázali vysokou míru odolnosti hasičů na zátěžové situace.

Dále jsme v rámci dotazníku DPPP-HZS zkoumali informovanost hasičů o posttraumatické intervenční péči (PIP). Ptali jsme se, zdali jsou hasiči dobře orientováni v možnostech využití PIP a naopak. Zjistili jsme, že 76% hasičů je dobře orientováno v možnostech využití PIP. 13% nemá o této oblasti dobrý přehled a 11% se vyjádřilo nerozhodně. Tyto výsledky můžeme srovnat s výzkumem Váchové (2012), která zkoumala tuto oblast a dospěla rovněž k závěru, že vysoké procento dotázaných (90%) je o této oblasti dobře informováno. Toto tvrzení

pravděpodobně odpovídá skutečnosti, že hasiči jsou na pravidelných školeních dostatečně vzdělávání v této oblasti a dokáží tyto informace smysluplně využít.

V poslední části dotazníku DPPP-HZS jsme zjišťovali postoje hasičů k využití posttraumatické intervenční péče. Zda se hasiči přiklání k eventuálnímu využití posttraumatické péče či nikoli. Zjistili jsme, že 41% hasičů by pravděpodobně využilo služeb PIP. 27% hasičů by posttraumatickou péčí nevyhledalo a 32% odpovědělo v této otázce nerozhodně. K podobnému zjištění dospěla i Váchová (2012). Ve svém výzkumu uvádí, že by 44% hasičů rovněž využilo služeb PIP. Z uvedených výsledků můžeme vidět zvýšené procento dotázaných, kteří se v této oblasti vyjádřilo nerozhodně nebo negativně. Důvodů, proč se hasiči příliš nepřiklání k využití posttraumatické intervenční péče, může být několik. Jak už vyplynulo v předcházejícím dotazníku, hasiči často využívají pozitivní strategie zvládnání stresu. Můžeme tedy předpokládat, že i zde využívají vlastní mechanismy ke zvládnání náročných situací, tudíž tak často nevyužívají odbornou pomoc. Další důvod, proč se hasiči příliš nepřiklánějí k využití PIP, může být strach ze zneužití informací například o jejich chování v průběhu zásahu.

K dotazníku DPPP-HZS byla připojena otevřená otázka. Ptali jsme se na zásahovou situaci, která na hasiče silně zapůsobila a jak se s touto situací vyrovnal. Ve výzkumu se ukázalo, že hasiči nebyli ve většině případů ochotni na tuto otázku odpovědět. Tato skutečnost mohla být způsobena délkou a náročností všech administrovaných dotazníků. Ze získaných odpovědí však můžeme předpokládat, že se hasiči obtížně vyrovnávají se situacemi, kdy je usmrceno či zraněno dítě a se zásahy při dopravních nehodách, kdy je usmrceno několik osob. Několikrát bylo také zmíněno, že se hasiči setkali se situacemi, kdy museli zasahovat u neštěstí, při kterém byli zraněni jejich blízcí. Ze získaných odpovědí na druhou část otázky, jak se s těmito náročnými situacemi vyrovnávají, většina odpověděla, že sami, nejčastěji sportem nebo rozhovorem s blízkými či kolegy.

Ve výzkumu jsme analyzovali korelace vybraných proměnných. V diskuzi se budeme blíže věnovat jen těm, mezi kterými se vyskytl signifikantní vztah na 1% a 5% hladině významnosti.

Byla zjištěna negativní korelace na 5% hladině významnosti mezi celkovou mírou stresu (IPSS), „Postoji hasiče ke svému povolání“ (PPH) a „Prožíváním zásahů“ (PPZ). Tato korelace vychází z logické úvahy, že čím je hasič méně odolný na stres, tím hůře dokáže zvládat náročné situace spojené s povoláním hasiče a tím také ztrácí potěšení ze své práce. Tato zjištění potvrzují provázanost mezi požadavky na vysokou odolnost vůči stresu a následné hodnocení své profese a zvládnání zátěžových situací spojenými s průběhem zásahů.

Dále byla zjištěna pozitivní korelace na 5% hladině významnosti u celkové míry stresu (IPSS) a negativními strategiemi stresu (NEG). Z těchto výsledků plyne, že čím intenzivnější

stres hasič prožívá, tím častěji volí negativní strategie zvládnání stresu. K takovéto reakci může dojít při vysoce stresujících situacích, které svojí intenzitou převyšují schopnosti hasiče účinně je zvládnout. Celkově však lze říci, že hasiči jsou více odolní vůči stresu a volí spíše pozitivní strategie zvládnání, což bylo potvrzeno v dotazníku IPSS a SVF 78.

Další významná korelace na 5% hladině významnosti byla zjištěna mezi proměnnými věku, „Postoji k profesi hasiče“ a „Prožíváním průběhu zásahů“. Jedná se o negativní korelaci, tedy čím vyšší má hasič let, tím hůře hodnotí svoji práci a je hůře adaptován na náročné situace spojené se zásahem. Z této korelace vyplývá, že při rostoucím věku pravděpodobně dochází ke zhoršení odolnosti na zátěžové situace spojené s výkonem profese hasiče a tím se zhoršuje i spokojenost s vlastní prací. Hasiči s přibývajícím věkem mají sice hodně zkušeností, ale možná právě díky nim si mnohem více mohou uvědomovat potenciální nebezpečí různých mimořádných událostí. Je také přirozené, že lidem ve vyšším věku ubývají fyzické často i psychické síly. Z toho vyplývá, že vyšší věk je negativním faktorem pro schopnost adaptace na náročné situace spojené se zásahy a mohl by být jedním z faktorů pro výběr pracovníků HZS.

Následující korelace byla provedena mezi proměnnými délkou praxe, celkovou mírou stresu (IPSS), „Postoji k práci hasiče“ (PPH) a „Prožívání průběhu zásahů“ (PPZ). Byla zjištěna pozitivní a negativní korelace na 5% hladině významnosti mezi délkou praxe, IPSS, PPH a negativní korelace na 1% hladině významnosti mezi délkou praxe a PPZ. Délka praxe podobně jako věk odráží negativní zkušenost v souvislosti s výkonem náročného povolání a je potenciálním rizikem pro adaptaci na zátěžové situace a souvisí i malou mírou uspokojení s výkonem povolání hasiče.

12. ZÁVĚR

V praktické části diplomové práce byl pomocí dotazníku IPSS zjišťován profil souboru z hlediska stresujících pracovních činností a podmínek. Bylo zjištěno, že v pásmu minimální úrovně stresu (27-99) se nachází 49% hasičů. V pásmu střední míry stresu (100-172) se nachází rovněž 49% hasičů. Pouze 2% hasičů se nacházelo v pásmu vysoké míry stresu (173-243). Z těchto výsledků lze usuzovat, že pracovní stres nemá na hasiče výraznější vliv a že účinek stresujících pracovních činností a jejich podmínek pravděpodobně není ovlivněn mírou stresu.

V dalším dotazníkovém šetření jsme se zabývali profilem souboru z hlediska dimenzí dotazníku SVF 78. Výsledky tohoto testu potvrzují dobrou schopnost hasičů účinně zvládat stres. Bylo zjištěno, že pracovníci HZS v Přerově dosahují nižších skóre v jednotlivých negativních strategiích zvládnání stresu oproti většině pozitivních strategií. Stejně tak dosahují nižšího skóre i v celkové hodnotě negativního skóre i ve srovnání s normou.

Dále jsme analyzovali dimenze dotazníku DPPP-HZS. První oblast, která nás zajímala, byly postoje hasičů ke svému povolání. Bylo zjištěno, že 65% záchranářů HZS hodnotí svoje povolání jako uspokojivé. 17% uvedlo, že ve svém povolání nenachází uspokojení a 18% se v této oblasti vyjádřilo nerozhodně. Z výsledných hodnot je jasné, že více jak polovina dotázaných hodnotí svoji práci jako uspokojivou. Nelze však opomenout, že více jak 1/3 respondentů nenachází ve své práci jednoznačné uspokojení.

Další oblast dotazníku DPPP-HZS obsahovala otázky spojené s prožíváním průběhu zásahů. Zjišťovali jsme, zda je hasič dobře připraven na náročné situace spojené se zásahem. Z uvedených hodnot vyplynulo, že 55% hasičů je dobře adaptováno na zátěžové situace při zásahu. 28% hasičů není na tyto situace dobře připraveno a 17% tuto oblast nedokáže posoudit. Tyto údaje svědčí o tom, že více jak polovina hasičů je dobře připravena na zvládnání náročných situací, což potvrzují i výsledky předešlých dotazníků, které prokázali vyšší míru odolnosti hasičů na zátěžové situace.

Dále jsme v rámci dotazníku DPPP-HZS zkoumali informovanost hasičů o posttraumatické intervenční péči (PIP). Zjistili jsme, že 76% hasičů je dobře orientováno v možnostech využití PIP. 13% nemá o této oblasti dobrý přehled a 11% se vyjádřilo nerozhodně. Toto tvrzení pravděpodobně odpovídá skutečnosti, že hasiči jsou na pravidelných školeních dostatečně vzdělávání v oblasti posttraumatické intervenční péče a dokáží tyto informace smysluplně využít.

V poslední části dotazníku DPPP-HZS jsme zjišťovali postoje hasičů k využití posttraumatické intervenční péče (PIP). Zjistili jsme, že 41% hasičů by pravděpodobně využilo

služeb PIP. 27% hasičů by posttraumatickou péčí nevyhledalo a 32% odpovědělo v této otázce nerozhodně. Tyto výsledky mohou svědčit o přetrvávající nedůvěře vůči PIP, ale pravděpodobně opět ukazují na zvýšenou odolnost hasičů vůči zátěži a schopnost odbourat stres pomocí vlastních strategií zvládnání.

Statistické výstupy v našem výzkumu jsou v souladu s některými logickými předpoklady. Byla zjištěna negativní korelace na 5% hladině významnosti mezi celkovou mírou stresu (IPSS), „Postoji hasiče ke svému povolání“ (PPH) a „Prožíváním průběhu zásahů“ (PPZ). To znamená, že čím je hasič méně odolný na stres, tím hůře dokáže zvládat náročné situace spojené se svým povoláním a tím ztrácí i potěšení ze své práce. Dále byla zjištěna pozitivní korelace na 5% hladině významnosti u celkové míry stresu (IPSS) a negativními strategiemi stresu (NEG). Z těchto výsledků plyne, že čím hasič prožívá intenzivnější stres, tím častěji volí negativní strategie zvládnání. Další významná korelace na 5% hladině významnosti byla zjištěna mezi proměnnými věku, „Postoji k profesi hasiče“ (PPH) a „Prožíváním průběhu zásahů“ (PPZ). Jedná se o negativní korelaci, tedy čím vyšší má hasič věk, tím hůře hodnotí svoji práci a je hůře adaptován na náročné situace spojené se zásahem. Následující korelace byla provedena mezi proměnnými délkou praxe, celkovou mírou stresu (IPSS), „Postoji k práci hasiče“ (PPH) a „Prožívání průběhu zásahů“ (PPZ). Byla zjištěna pozitivní a negativní korelace na 5% hladině významnosti mezi délkou praxe, IPSS, PPH a negativní korelace na 1% hladině významnosti mezi délkou praxe a PPZ. Tyto korelace potvrzují předchozí zjištění, že s narůstající délkou praxe se snižuje odolnost hasiče na zátěž, tím se samozřejmě snižuje schopnost adaptace na náročné situace spojené se zásahem a tím také schopnost nacházet ve svém povolání uspokojení.

Díky těmto zjištěním byla zamítnuta hypotéza č. 1, která říká, že existuje statisticky významný vztah mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů“ a postoji k využití PIP. Dále pak hypotéza č. 3, která předpokládala statisticky významný vztah mezi „prožíváním průběhu zásahů“ a pozitivními strategiemi zvládnání stresu. Naopak byla potvrzena hypotéza č. 2, ve které byl prokázán statisticky významný vztah mezi proměnnou „Prožívání průběhu zásahů“ a pozitivními strategiemi zvládnání stresu. A hypotéza č. 4, ve které se potvrdil statisticky významný vztah mezi mírou vnímaného stresu a negativními strategiemi zvládnání stresu.

13. SOUHRN

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku prožívání stresujících a traumatických událostí a na oblast následné psychologické péče u záchranářů hasičského záchranného sboru (HZS).

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teorie je dělena do 8 kapitol. V první kapitole čtenáři nabízím stručný přehled o požadavcích na profesi hasiče. Přiblížím, jakým způsobem je organizována její struktura a pracovní náplň.

V další kapitole se zabýváme stresem, jeho definicí z pohledu různých autorů, dělením stresu z hlediska časové dimenze, místa působení, kvality a intenzity stresové reakce. Uvádíme charakteristiku, dělení stresorů a nejčastější příčiny stresových situací u záchranářů HZS. Dále se zabýváme reakcemi na stres, jeho projevy a nakonec se zaměřujeme na strategie zvládnání stresu.

Následující kapitola je věnována popisu krize, do které se hasič může dostat například po prožití zátěžové situace při průběhu zásahu. Tato kapitola pojednává o způsobech identifikace krize, uvádí její druhy, sleduje její průběh, možné dopady krize na tělo a metody řešení krize.

Čtvrtá kapitola tematicky navazuje na předchozí a pojednává o odborné pomoci v krizi skrze krizovou intervenci (KI). V této části práce se čtenář dozví, jaké jsou znaky krizové intervence, jakými aktivitami se zabývá, které metody a postupy jsou při krizové intervenci používány. Další část tvoří rozdělení KI na prezenční a distanční formu a způsoby práce s klientem, které tomuto dělení odpovídají. Závěrem této kapitoly uvedeme rozdíl mezi krizovou intervencí a psychoterapií.

Pátá kapitola je zaměřena na oblast traumatu. Tato část práce uvádí přehled o traumatických událostech, se kterými se hasiči mohou setkat. Popisuje rozvoj a symptomy traumatu. Charakterizuje způsob projevu traumatu skrze tělo.

Šestá kapitola upozorňuje na psychické poruchy vzniklé v souvislosti s problematikou zátěžových situací. Uvádíme zde základní charakteristiku akutní reakce na stres, poruchy přizpůsobení a posttraumatické stresové poruchy, kterou blíže rozvíjíme v následující kapitole.

Sedmou kapitolu věnujeme vymezení posttraumatické stresové poruchy, která může vzniknout jako důsledek traumatických událostí. Zmiňujeme zde historický vývoj diagnostiky této poruchy. Charakterizujeme nynější přístupy k pojmu PTSD, blíže specifikujeme symptomy a diagnostická kritéria podle ICD-10, DSM-IV a MKN-10. Dále se zabýváme průběhem této poruchy, jejím výskytem v populaci a možnostmi její léčby.

Poslední kapitola teoretické části přiblíží čtenáři způsob práce psychologické služby HZS ČR. Popíše vznik a organizaci této služby. Její hlavní úkoly, které se týkají především péče o příslušníky a zaměstnance HZS, odborné přípravy zaměstnanců, přípravy podkladů pro personální práci a nakonec pomoc obětem mimořádných událostí. Další část kapitoly tvoří charakteristika posttraumatické péče jako formy psychologické pomoci. Zde se zabýváme způsoby práce s klientem, které posttraumatická intervenční péče využívá a kvalifikací lidí, kteří mohou PIP poskytovat. Nakonec uvádíme etické zásady členů posttraumatického intervenčního týmu.

Praktická část práce začíná stanovením výzkumného problému. Jak již bylo řečeno, povolání hasiče je velmi psychicky i fyzicky náročné a hasiči jsou často vystavováni stresujícím a traumatizujícím událostem. Cílem výzkumu bylo analyzovat prožívání hasičů v průběhu zásahů. Zjistit jakým způsobem zpracovávají stres z hlediska dimenzí dotazníku SVF 78. Určit profil souboru z hlediska stresujících pracovních činností a podmínek. Odhalit základní orientaci hasiče v posttraumatické intervenční péči (PIP) a případnou míru příklonu hasiče k využití PIP. A nakonec analyzovat vztah mezi postoji k využití PIP a proměnnými míry stresu a mezi postoji k využití PIP a vybranými proměnnými zvládnutí stresu.

Výzkum probíhal v březnu roku 2013. Výzkumný soubor tvořil celkem 41 členů hasičského záchranného sboru v Přerově. K analýze dimenzí prožívání průběhu zásahů, postoji k práci hasiče, orientace hasiče v posttraumatické intervenční péči a případný příklon hasiče k PIP byl použit dotazník DPPP-HZS. (Sperlingová, Vtípil, 2013)

Pro výzkum souboru z hlediska stresujících činností a podmínek jsme použili dotazník IPSS, tedy Inventář pracovního stresu Spielberger (autor původní verze: Spielberger, C.D. University of South Florida. Autoři české verze: H. Knotková, F. Man, Praha 2000).

Jako třetí dotazník byl použit dotazník SVF 78. Jednalo se o zkrácenou verzi dotazníku SVF, kterou vypracovali Wilhelm Jarke a Gisela Erdmannová (1997, 2002). Je to vícedimenzionální sebepozorovací inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích. Obsahuje 13 subtestů.

Výsledky všech tří dotazníků byly vyhodnoceny jednak samostatně, pomocí absolutních a relativních četností, z čehož jsme získali profil IPSS, DPPP-HZS a SVF 78 a dále byl použit Pearsonův korelační koeficient, abychom zjistili úroveň vztahů vybraných proměnných. Statisticky signifikantní korelace na 1% a 5% hladině významnosti byly zpracovány do tabulky a grafů.

Na základě zjištěných statistických údajů byly zamítnuty hypotézy č. 1 a 3. Nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi proměnnými „Prožíváním průběhu zásahů“ a „Postoji k využití

PIP“ ani vztah mezi „Prožíváním průběhu zásahů“ a pozitivními strategiemi zvládnání stresu. Naopak byla potvrzena hypotéza č. 2 a 4, že existuje statistický významný vztah mezi „Prožíváním průběhu zásahů“ a mírou vnímaného stresu a vztah mezi mírou vnímaného stresu a negativními strategiemi stresu.

LITERATURA

- ANDRŠOVÁ, A. (2012). Psychologie a komunikace pro záchranáře. Praha: Grada publishing.
- BAŠTECKÁ, B. (2009) Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. Praha: Grada.
- BAŠTECKÁ, B. (2005) Terénní krizová práce. Vydání 1. Praha: Grada
- BAŠTECKÁ, B. (2003) Klinická psychologie v praxi. Praha: Grada.
- BECKER, P., MINSEL, B., KORCHIN, S. (1986) A Cross-cultural View of Positive Mental Health. Inst. für Empirische Pädag. und Pädag. Psychologie, Univ.
- BREČKA, T. A. (2009) Psychologie katastrof: Vybrané kapitoly. Praha: Triton.
- ČERNÝ, J. (2006) Strategie zvládnání stresu u manažerů ve vztahu k jejich osobnostnímu typu. Brno: Diplomová práce na Filozofické fakultě sociálních studií MU.
- ČÍRTKOVÁ, L. (2000) Policejní psychologie. 3. vydání (v nakl. Portál 1.). Praha: Portál.
- DYTRYCH Z. (1968). Utváření osobnosti v náročných životních situacích. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- EIS, Z. (1993). Volejte linku důvěry! Co s krizemi, které nás potkávají. Praha: H&H.
- HOŠEK, V. (2003) Psychologie odolnosti. 2. vydání. Praha: Karolinum.
- HARTL, P. (1993). Psychologický slovník. Praha: Jiří Budka.
- HARTL, P. (2004). Stručný psychologický slovník. Praha: Portál.
- HERMAN, J.L. (2001). Trauma a uzdravenie. Násilie a jeho následky – od týrania v súkromí po politický teror. Bratislava: Aspekt.
- HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H. (2012). Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia. Olomouc: Univerzita Palackého.
- HERMAN E., DOUBEK P., (2008). Deprese a stres: Vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy, Praha: Maxdorf.
- HOŠEK, V. (1997) Psychologie odolnosti. Praha: Karolinum.
- HLADKÝ, A, et al. (1993) Zdravotní aspekty zátěže a stresu. 1. vydání. Praha: Karolinum.
- CHARVÁT, J. (1969). Život, adaptace a stress. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha.

- JANKE, W., ERDMANNOVÁ, G. (2003). Příručka SVF 78. Strategie zvládnání stresu. Praha: Test centrum.
- JONES, G., MOORHOUSE, A. (2010). Jak získat psychickou odolnost. Praha: Grada Publishing.
- KASTOVÁ, V. (2000) Krize a tvořivý přístup k ní, 1. vyd. Praha: Portál.
- KRATOCHVÍL, S. (2006). Základy psychoterapie. Praha: Portál.
- KRIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. 280 s.
- KRIVOHLAVÝ, J. (1994). Jak zvládat stres. 1. vyd. Praha: Grada.
- LEVINE, A. P, FREDERICKOVÁ, A.. (2002): Prebúdzanie tигра. Liečenie traumy. Vnútoraná schopnosť trnasormovať zaplavujúce zážitky, Košice: Vienála.
- LUKEŠ, V. - VONÁSEK, P (2006). Statistická ročenka 2005, Časopis 112, 2006, ročník 5, č. 3.
- MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. (1988). Emoce a výkonnost. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- MATOUŠEK, O. (2005). Bezpečný podnik. Pracovní stres a zdraví. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
- MAYEROVÁ, M. (1997) Stres a výkonnost. Praha: Grada Publishing.
- NAKONEČNÝ, M., HOSKOVEC J., SEDLÁKOVÁ M. (1996) Psychologie 20. Století. Praha: Karolinum.
- PAULÍK, K. (2010). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada Publishing.
- PUŽA, M. (2009). Analýza stresových faktorů na pracovišti. (Bakalářská práce) Brno: VŠE.
- PRAŠKO, J. (2003) Stop traumatickým vzpomínkám. Vydání 1. Praha: Portál.
- PRAŠKO, J. HÁJEK, T., PREISS, M. (2002): Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit, Praha: Maxdorf.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. (2001) Proti stresu krok za krokem. Vydání 1. Praha: Grada 2001.

- ROY, M. (2006). Novel Approaches to the Diagnosis And Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Ios press.
- SELYE, H. (1966). Život a stres. Obzor, Bratislava.
- SCHREIBER, V. (1992). Lidský stres. Vydala Academia, Praha.
- SOTOLÁŘOVÁ, M. Psychologická služba HZS ČR. 150 hoří: magazín požárníků. Praha: Panoráma, 2007. roč. 13, č.7, ISSN: 0862-8467.
- SMOLÍK, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha: Maxdorf.
- ŠMAHLÍK, S. (2009). Diplomová práce. Zátěžová situace v profesi hasiče Zlín: Fakulta humanitních studií.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krize: psychologický a sociologický fenomén. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, 132 str.
- ŠVÁB, S. Psychologie práce pro nováčky, hasiče- záchranáře, ale nejen pro ně. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství 2006.
- TRIMPOP, J. (1994) The Psychology of Risk Taking Behavior, Elsevier.
- VÁGNEROVÁ, M. (2004) Psychopatologie pro pomáhající profese. Vydání 3. Praha: Portál.
- VÁCHOVÁ, J. (2010) Bakalářská práce- Systém posttraumatické intervenční péče v rámci IZS.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. (1999) Psychické trauma a jeho terapie (PTSD). Vydání 1. Praha: Portál.
- VODÁČKOVÁ, D. (2002) Krizová intervence. Vydání 1. Praha: Portál.
- VRBOVÁ, Z., DOHNAL, D. (2010) Aktualizace koncepce psychologické služby hasičského záchranného sboru ČR. Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství HZS.
- Vyhláška Ministerstva vnitra č. 247/ 2001 Sb., o organizaci a činnosti jednotek požární ochrany.
- Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení.
- Zákon č. 238/2000 Sb., o hasičském záchranném sboru České republiky.
- Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému.

- Zákon č. 133/ 1985 Sb., o požární ochraně.
- Zákon č. 186/ 1992 Sb., o služebním poměru příslušníků Policie České republiky.
- Zákon č. 172/ 2001 Sb., k provedení zákona o požární ochraně, a vyhláškou Ministerstva.
- Zákon č. 133/ 1985 Sb., o požární ochraně.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- ČÁKIOVÁ, J. (2000) Stresové reakce. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/stresove-reakce-poruchy-prizpusobeni> (18.2. 2013).
- DOLEŽELOVÁ, P. (2005) Trauma a závislostní chování. Dostupné z: http://www.adiktologickakonference.cz/wp/wp-content/uploads/05_Dolezalova_p.pdf (4.2. 2013).
- HRABÁNEK, M. (2010) Psychospirituální krize. Dostupné z: <http://www.holos.cz/cs/pracoviste/holos-centrum/holisticka-medicina/lecba-psycho-spiritualni-krize.html> (1.2. 2013).
- LORENC, J.(2008) O krizové intervenci a krizových centrech. Dostupné z: <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1732> (28.1. 2013)
- Ministerstvo vnitra - Hasičský záchranný sbor ČR. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/> (15.3. 2013).
- PRAŠKO, J. (2005) Posttraumatická stresová porucha. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282> (12.2. 2013).
- PRAŠKO, J. (2001) Posttraumatické stresové poruchy – I. DÍL. Klinický obraz a etiologie Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2173 (12.2. 2013).
- Vinař, O. (2007) Trpí celý svět PTSD? Dostupné z: <http://www.ptsd.htm> (20.3. 2013)
- Pokyn GŘ HZS ČR č. 29/2003. Dostupné na: www.hzscr.cz/soubor/pokyn29-doc.aspx (22.3. 2013).
- Soubor interních aktů řízení GŘ HZS ČR č. 39/2003, o zřízení týmu Anonymní telefonní linky pomoci v krizi. Dostupné z: <http://www.hzslk.cz/237-posttraumaticka-pece.html> (10.3. 2013).

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta: Filozofická

Katedra: Psychologie

Školní rok: 2012/2013

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Petra Sperlingová

Rok imatrikulace: 2009

Obor: Psychologie - jednooborová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran: 93

Název Diplomové práce:

Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru

Abstrakt diplomové práce:

Práce se zabývá problematikou stresu, traumatu a následnou posttraumatickou intervenční péčí u záchranářů hasičského záchranného sboru.

Teoretická část práce je tvořena tématy: profese hasiče, stres, krize, krizová intervence, trauma, psychické poruchy související s traumatem, posttraumatická stresová porucha a psychologická služba HZS.

Výzkumná část práce se zabývá analýzou dat získaných prostřednictvím dotazníkových metod DPPP-HZS, IPSS a SVF 78. Zkoumaný soubor tvořilo 41 hasičů. Výstupy tohoto výzkumu mohou sloužit jako zpětná vazba pro hasiče, kteří se na výzkumu podíleli, pro psychologickou službu, neboť zde byly zjištěny informace o aktuálním vnímání zátěžových situací, o postojích ke svému povolání a orientaci hasiče v posttraumatické intervenční péči. V neposlední řadě mohou být tyto informace cenné jako zpětná vazba pro velitelství hasičského záchranného sboru o vhodném výběru zaměstnanců.

Klíčová slova: Stres, trauma, posttraumatická intervenční péče

University: Univerzita Palackého v Olomouci

Faculty: Philosophical

Department: Psychology

Acad. Year: 2012/2013

ABSTRACT OF THE THESIS

Name: Petra Sperlingová

Matriculation Year: 2009

Field of study: Psychology – single subject

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages: 93

Title of the thesis:

Posttraumatic intervention care for rescue of fire department

Abstract of the thesis:

The work deals with the stress, trauma and subsequent posttraumatic intervention care in rescue fire brigade.

The theoretical part consists of topics: the firefighter profession, stress, crisis, crisis intervention, trauma, mental disorders associated with trauma, post-traumatic stress disorder and psychological care of fire brigade.

The research deals with the analysis of data obtained through questionnaire methods DPPP-HZS, IPSS and SVF 78. The sample consisted of 41 firefighters. The outputs of this research can serve as feedback for firefighters who participated in the research. For psychological service, because there have been found information about the current perception of the stressful situations, attitudes to their profession and the orientation of the firefighters in post-traumatic intervention care. Finally, this information can be valuable as feedback for the fire brigade headquarters on the appropriate selection of employees.

Keywords: Stress, Trauma, Posttraumatic intervention care

PŘÍLOHY

DPPPP - HZS

Dotazník postojů k práci a posttraumatické péči pro příslušníky HZS

Výroky, které obsahuje tento dotazník, se týkají vlastní práce hasiče a především psychologických problémů, které se mohou vyskytnout v souvislosti se zásahy. Možností pro řešení těchto problémů je využití posttraumatické intervenční péče (PIP), postupu, který může prostřednictvím kolegiální či odborné psychologické pomoci normalizovat psychický stav hasiče po prožití náročné či traumatizující události. Váš názor na uvedená témata nás velmi zajímá...

Instrukce pro vyplnění dotazníku:

Zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor, a to u každého z výroků. Nejsou zde správné nebo nesprávné odpovědi – jde nám jen o Váš skutečný názor. Dotazník je anonymní. Zakroužkujte vždy jen jednu odpověď.

Vysvětlení hodnotící škály – legenda:

5 - silně souhlasím

4 - souhlasím

3 - nemám názor, nedovedu se rozhodnout

2 - nesouhlasím

1 - silně nesouhlasím

PPH Postoje k práci hasiče

Hodnotící škála

1. Má práce je pro mne koníčkem	5	4	3	2	1+
2. Považuji svou práci za poněkud nepříjemnou	5	4	3	2	1-
3. Mám ze své práce větší požitek než z volného času	5	4	3	2	1+
4. Každý den vypadá v práci vypadá, jako by neměl ani skončit	5	4	3	2	1-
5. Mám rád své povolání více než průměrný pracovník	5	4	3	2	1+
6. Jsem zklamán, že jsem se kdy dal na tuto práci	5	4	3	2	1-
7. Současná práce mne dosti uspokojuje	5	4	3	2	1+
8. Výkon svého povolání považuji více za dobrodružství než práci	5	4	3	2	1-

PPZ Prožívání průběhu zásahů

1. Myslím, že jsem vždy na zásah plně psychicky připraven	5	4	3	2	1+
2. Myslím, že jsem vždy na zásah plně připraven fyzicky	5	4	3	2	1+
3. Většinou mívám obavy, s čím se u zásahu setkám	5	4	3	2	1-
4. V průběhu některých zásahů se setkávám se situacemi, které považuji za traumatické	5	4	3	2	1-
5. V průběhu některých zásahů se setkávám se situacemi, které by mohly být pro některé zasahující traumatizující	5	4	3	2	1-
6. Před některými zásahy či v jejich průběhu mívám pocit ohrožení svého zdraví či života	5	4	3	2	1-
7. Po některých zásazích se cítím nervově vyčerpan	5	4	3	2	1-
8. Po některých zásazích bývám tělesně vyčerpan	5	4	3	2	1-

Legenda: 5 silně souhlasím, 4 souhlasím, 3 nemám názor, nedovedu se rozhodnout, 2 nesouhlasím, 1 silně nesouhlasím

IH – PIP Informovanost hasiče o posttraumatické intervenční péči

	Hodnotící škála				
1. Jsem dobře informován o možnostech zdravotní péče, kterou mi může HZS poskytnout					
2. Mám o PIP a jejím využití dostatek informací	5	4	3	2	1 +
3. Mám dostatek informací pro eventuální využití pomoci či podpory psychologa HZS	5	4	3	2	1 +
4. V rámci odborné přípravy hasičů dostáváme aktuální informace o možnostech event. pomoci ze strany vedení HZS či psychologa-pro případ, že by se někdo z nás ocitl po zásahu v psychické krizi	5	4	3	2	1 +

PV- PIP Postoje k využití PIP, posttraumatické intervenční péče

1. Zkušený hasič PIP nepotřebuje	5	4	3	2	1 -
2. PIP by měla být po náročných zásazích pro všechny zasahující povinná	5	4	3	2	1 +
3. Vyrovnání se s event. psychickou krizí po zásahu je věcí jednotlivce	5	4	3	2	1 -
4. Využití psychologa při event. psychické krizi může negativně ovlivnit kariéru příslušníka HZS	5	4	3	2	1 -
5. PIP považuji za vhodný nástroj pomoci příslušníku HZS v krizi	5	4	3	2	1 +
6. Pro zvládnutí event. krize po zásahu mi stačí pohovor se zkušeným a důvěryhodným kolegou	5	4	3	2	1 -
7. Kolektivní řešení (např. uvnitř družstva) psychické krize jednotlivce považuji za rozumné	5	4	3	2	1 +
8. Event. psychologickou pomoc bych si v případě krize zajistil raději ze zdrojů mimo HZS	5	4	3	2	1 -

Otevřená otázka:

Můžete popsat zásahovou situaci, která na Vás silně zapůsobila, resp. jak jste se s tímto zážitkem vyrovnal? Pozn.: Pokud Vám rozsahově nevyjde odpověď níže, pokračujte na rubu tohoto listu...

Pro bibliografický záznam: Sperlingová, P., Vtípil, Z.(2013). DPPP-HZS. Dotazník postojů k práci a posttraumatické péči pro hasiče. Olomouc: Katedra psychologie FF UP.

Charakteristika: Čtyřdimenzionální postojový dotazník s likertovými škálami. Relativně samostatné dimenze orientovány na (viz názvy jednotlivých dimenzí).

Dimenze PPH vyjadřuje míru zaujetí, resp. míru uspokojení s vlastní prací hasiče.

Dimenze PPZ vyjadřuje míru prožívání v předzásahové, zásahové a pozásahové fázi

Dimenze IH – PIP vyjadřuje míru informovanosti hasiče o posttraumatické intervenční péči

Dimenze PV – PIP vyjadřuje postoje hasiče k eventuálnímu využití posttraumatické intervenční péče

Vyhodnocení v jednotlivých dimenzích – jednotlivé míry v dimenzích se vždy prezentují jako sumy. (Škály umožňují také vyjádření odpovědí v jednotlivých položkách v absolutních a relativních četnostech – procentech).

K jednotlivým dimenzím – popis sum:

- PPH: Čím vyšší suma, tím více je hasič zaujat vlastní prací, tím větší v ní nachází uspokojení (a naopak)
- PPZ: Čím vyšší je suma, tím lépe je hasič připraven, adaptován na náročné situace spojené se zásahem (a naopak)
- IH-PIP: Čím vyšší je suma, tím lépe je hasič orientován v možnostech využití PIP (a naopak)
- PV-PIP: Čím vyšší je suma, tím vyšší je pravděpodobnost příklonu hasiče k eventuálnímu využití PIP

VÝPOČTY SUM A ZÁSADY:

U plusových položek se pracuje s hodnotami, které označil respondent. U minusových položek se pracuje s hodnotami obrácenými: Tj. když zatrhne respondent 5, pak se zapisuje „1“, když zatrhne 4, zapisuje se „2“, když zatrhne 2, zapisuje se „4“, když zatrhne 1, zapisuje se „5“. Trojka (3) se vždy, jak u plusových tak minusových položek zapisuje jako „3“. Tato zásada platí pro výpočet všech sum dimenzí.

Příklad – PPH:

							Výsl. hodnota
1.	5z	4	3	2	1		5
2.	5	4	3	2	1z		5
3.	5	4z	3	2	1		4
4.	5	4	3z	2	1		3
5.	5	4	3z	2	1		3
6.	5	4z	3	2	1		2
7.	5	4z	3	2	1		4
8.	5	4	3	2z	1		4

Suma pro jednotlivce: 30

„z“ značí respondentem zatržené číslo

Zd. Vtípil, KP FF UP, 12.3. 2013

Univerzita Palackého v Olomouci
Philosophical Faculty
Akademický rok: 2010/2011

Studijní program: Psychologie
Forma: Full-time
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
SPERLINGOVÁ Petra	Kozlovská 6, Přerov	F08016

TÉMA ČESKY:

Posttraumatická intervenční péče u záchranářů HZS

NÁZEV ANGLICKY:

Posttraumatic intervention care about rescuers of fire department

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Martin Kupka, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

V teoretické části budou zpracována tato témata: Stres, krize a její příčiny, krizová intervence, trauma, posttraumatická stresová porucha, metody práce s klientem po prožité traumatizující události, posttraumatická péče. Cílem práce bude pomocí kvantitativního výzkumu zjistit, zda je záchranářům HZS podle jejich názoru poskytována dostatečná odborná a ochranná péče při zvládání náročných a traumatizujících událostí. Hlavní metodou budou dotazníky. Výzkumný soubor bude tvořit 70 záchranářů ve věku od 20-50 let

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- BAŠTECKÁ, B. Goldmann, P. 2001. Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
BAŠTECKÁ, B. et al. 2003. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál.
BAŠTECKÁ, B. et al. 2005. Terénní krizová práce ? psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada.
KNOPPOVÁ, D. 2002. Telefonická krizová intervence ? linka důvěry. Praha: Remedium
PRAŠKO, J. et al. 2003. Stop traumatickým vzpomínkám, Praha: Portál
ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2004a. Krize ? psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada.
VIZINOVÁ, D. PREISS, M. 1999. Psychické trauma a jeho terapie. Praha: Portál.
VODÁČKOVÁ, D et al., 2002. Krizová intervence, Praha: Portál

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum: