

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Chování člověka v krizových situacích

Integrovaný záchranný systém

Bc. Kateřina Tomanová

© 2021 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Kateřina Tomanová

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Chování člověka v krizových situacích

Název anglicky

Human behaviour in crisis situation

Cíle práce

Cílem teoretické části diplomové práce na téma „Chování člověka v krizových situacích“ konkrétně zaměřené na členy Integrovaného záchranného systému, bude charakteristika pojmů z této problematiky. Kapitoly budou zaměřeny na vysvětlení pojmu krize, jejích druhů, průběhu a dále na spouštěče krizí. Součástí bude také kapitola věnovaná popisu profesí složek Integrovaného záchranného systému. Poslední kapitola bude zaměřena na krizovou intervenci.

Cílem empirické části bude porovnání členů složek Integrovaného záchranného systému v problematice krizových situací. Následně bude navrženo doporučení další péče pro zkvalitnění poskytování pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče a krizových situací pro členy složky, která je dle výsledků nejvíce negativně ovlivněna krizovými situacemi při výkonu služby.

Metodika

Diplomová práce bude členěna na dvě části – část teoretickou a empirickou. Teoretická část bude zpracována na základě prostudované odborné literatury

a internetových zdrojů, které budou citovány na konci diplomové práce.

Empirická část bude vycházet z metody dotazníkového šetření. Dotazníky budou rozdány na stanicích složek Integrovaného záchranného systému.

Data dotazníkového šetření budou zpracována pomocí deskriptivní a induktivní statistiky. Metodami induktivní statistiky budou testovány předem stanovené hypotézy. Získané výsledky budou interpretovány a na jejich základě budou navržena vhodná doporučení pro praxi.

Doporučený rozsah práce

60 – 70 stran

Klíčová slova

integrováný záchranný systém, krize, krizová intervence, krizová situace

Doporučené zdroje informací

Baštecká, Bohumila. Terénní krizová práce: Psychosociální intervence. Havlíčkův Brod: Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.

Kebza, Vladimír. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 978-80-200-1307-1.

Křivohlavý, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

Matoušek, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

Špatenková, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

Vilášek, Josef, Fiala, David a Vondrášek, David. Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století.

Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2477-8.

Vodáčková, Daniela. Krizová intervence. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

Předběžný termín obhajoby

2020/21 LS – PEF

Vedoucí práce

PhDr. Hana Chýlová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 15. 2. 2021

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 15. 2. 2021

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 31. 03. 2021

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Chování člověka v krizových situacích" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31. 03. 2021

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucímu PhDr. Hana Chýlová, Ph.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad a trpělivost při vypracovávání této diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem členům Integrovaného záchranného systému, kteří přispěli k úspěšnému zpracování teoretické, a především empirické části práce.

Chování člověka v krizových situacích

Abstrakt

Téma diplomové práce je Chování člověka v krizových situacích, konkrétně je práce zaměřena na tři základní složky Integrovaného záchranného systému – Hasičský záchranný sbor ČR, Zdravotnická záchranná služba ČR a Policie ČR. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou, přičemž teoretická část se opírá především o pojem krize. S krizovými událostmi se dennodenně potýká každý člen integrovaného záchranného systému. V této části jsou popsány druhy krizí, faktory předcházející vzniku krize, průběh a možné dopady. V práci je také kapitola věnovaná popisu integrovaného záchranného systému a popisu jednotlivých složek. Poslední kapitolou teoretické části je krizová intervence.

Empirická část práce se zabývá porovnáním členů jednotlivých složek integrovaného záchranného systému v oblasti posttraumatické intervenční péče. Prostřednictvím dotazníku je zjišťován stav členů jednotlivých složek, jakou mají dostupnost této pomoci, zda je dostatečná a zda mezi složkami existuje významný statistický rozdíl. Následně bylo pro složku, jejíž profese je dle dotazníkového šetření psychicky nejnáročnější a krizovými situacemi nejvíce negativně ovlivněna, navrženo doporučení další péče pro zkvalitnění této pomoci.

Klíčová slova: integrovaný záchranný systém, krize, krizová intervence, krizová situace

Human behaviour in crisis situation

Abstract

Theme of this diploma thesis is a Human behaviour in crisis situation, specifically is this work focused on three basic parts of the Integrated Rescue System - the Fire and Rescue Service of the Czech Republic, the Rescue Medical Service of the Czech Republic and the Police of the Czech Republic. The diploma thesis is divided into the theoretical and empirical part. The theoretical part is primarily based on crisis. Every member of the integrated rescue system deals with crisis events on a daily basis. This section describes kinds of crisis, factors preceding the crisis, their process and possible impacts. There is also a chapter devoted to the description of the integrated rescue system and the description of individual parts. The last chapter of the theoretical part is crisis intervention.

The empirical part of the thesis compares members of the integrated rescue system in the field of post-traumatic intervention care. The questionnaire is used to determine the status of members, the availability of post-traumatic intervention care, whether it is sufficient and whether there is a significant statistical difference between the parts. Subsequently, for the members whose profession is according to the questionnaire survey the most psychologically demanding and most negatively affected by crisis situations, was proposed recommendation how to improve this assistance.

Keywords: crisis, crisis intervention, crisis situation, integrated rescue system

Obsah

1. Úvod.....	11
2. Cíl práce a metodika	13
2.1. Cíl práce	13
2.2. Metodika	14
3. Teoretická východiska	16
3.1. Definice pojmu krize.....	16
3.2. Příčiny krize	17
3.3. Druhy krizí	18
3.3.1. Baldwinova typologie krizí.....	18
3.3.2. Triádová klasifikace krize dle Shneidmana	19
3.3.3. Suicidální krize	20
3.4. Průběh krize	21
3.4.1. Fáze průběhu krize dle G. Caplana.....	21
3.4.2. Reakce na krizovou situaci	21
3.4.3. Posttraumatické stresová porucha.....	22
3.5. Integrovaný záchranný systém ČR.....	25
3.5.1. Profese záchranáře	26
3.5.2. Stresory IZS	26
3.5.3. Hasičský záchranný sbor České republiky	28
3.5.4. Zdravotnická záchranná služba České republiky.....	30
3.5.5. Policie České republiky	33
3.6. Posttraumatická intervenční péče.....	35
3.7. Krizová intervence	38
3.7.1. Neformální pomoc	38
3.7.2. Krizová intervence	41
4. Empirická část.....	46
4.1. Charakteristika dotazníkového šetření	46
4.2. Postup vyhodnocení dat	46
4.3. Shrnutí dat dotazníkového šetření	48
5. Výsledky a diskuze	60
5.1. Testování statistických hypotéz	60
5.1.1. Testování H_{01}	61
5.1.2. Testování H_{02}	62
5.1.3. Testování H_{03}	64
5.1.4. Testování H_{04}	65
5.1.5. Testování H_{05}	66

5.1.6. Testování $H_{6A} - H_{6E}$	68
5.2. Diskuse	70
6. Závěr.....	80
7. Bibliografie	82
8. Internetové zdroje	88
9. Přílohy	90
9.1. Dotazník	90

Seznam obrázků

Obrázek 1 Výkon pod vlivem stresu.....	38
Obrázek 2 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H1	61
Obrázek 3 Analýza rozptylu složek IZS – H1	61
Obrázek 4 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H1	62
Obrázek 5 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H2	63
Obrázek 6 Analýza rozptylu složek IZS – H2	63
Obrázek 7 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H2	63
Obrázek 8 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H3	64
Obrázek 9 Analýza rozptylu složek IZS – H3	64
Obrázek 10 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H3	65
Obrázek 11 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H4	65
Obrázek 12 Analýza rozptylu složek IZS – H4	66
Obrázek 13 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H4	66
Obrázek 14 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H4	67
Obrázek 15 Analýza rozptylu složek IZS – H5	67
Obrázek 16 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H5	67
Obrázek 17 Pearsonův chí-kv. test H6A.....	68
Obrázek 18 Pearsonův chí-kv. test H6B	68
Obrázek 19 Pearsonův chí-kv. test H6C	69
Obrázek 20 Pearsonův chí-kv. test H6D.....	69
Obrázek 21 Pearsonův chí-kv. test H6E	70

Seznam tabulek

Tabulka 1 Psychická vyčerpanost.....	50
Tabulka 2 Setkání s traumatizujícím zážitkem	50
Tabulka 3 Dostupnost psychologa či PEERa/PITa na stanici	51
Tabulka 4 Svěření se s problémy	52
Tabulka 5 Profesní poškození návštěvou u psychologa	53
Tabulka 6 Důvěra ke kolegům.....	53
Tabulka 7 Materiální vybavenost	54
Tabulka 8 Obavy z chyby při výjezdu	54
Tabulka 9 Syndrom vyhoření	55
Tabulka 10 Posttraumatická stresová porucha.....	55
Tabulka 11 Únava	56
Tabulka 12 Potíže se spánkem.....	56
Tabulka 13 Bezprostřední nebezpečí.....	57
Tabulka 14 Dostatek volného času	58
Tabulka 15 Psychická připravenost	58
Tabulka 16 Výkon profese s nadšením.....	59
Tabulka 17 Změna v posttraumatické intervenční péči	59
Tabulka 18 Průměrné hodnoty odpovědí členů IZS dle hypotéz.....	60

1. Úvod

Téma diplomové práce Chování člověka v krizových situacích si autorka vybrala z důvodu pokračování a kvůli podobnosti tématu bakalářské práce, v které se zaměřovala na stres a jeho vliv na výkonnost v zaměstnání. Konkrétní zaměření na Integrovaný záchranný systém České republiky se přímo nabízel, vzhledem k tomu, že jsou to osoby, které se v krizových situacích ocitají velmi často.

Stres či krize jsou neodmyslitelnou součástí lidského života, v současné době je krize globálním a permanentním jevem, to v lidech vzbuzuje domněnku, že je v krizi vše, co je obklopuje. Laik označuje krizi za jakoukoliv situaci, která je doprovázena negativními emocemi. S takovými situacemi se setkává každý jedinec. Avšak krize, kterými se autorka bude zabývat v diplomové práci, jsou zapříčiněné náhlým vyhocením situace neboli traumatem, které narušuje psychickou rovnováhu. S traumatizujícím zážitkem se již nesetkává každý jedinec, ale jsou například na denním pořádku členů Integrovaného záchranného systému. Po členech IZS jsou nárokovány nejen vysoké fyzické nároky, ale především nadlimitní nároky na psychickou odolnost. Příslušníci IZS musí být připraveni napomoci druhým ve velmi těžkých, traumatizujících situacích, kdy jsou mnohdy sami ohroženi na životě a zdraví. Členi jsou vybíráni dle různých přísných pravidel, které prověřují jejich fyzickou, psychickou, vědomostní a zdravotní způsobilost k výkonu služby. Splnění podmínek je důležité pro kvalitní a bezpečné poskytování pomoci při každodenním výkonu jejich služby. Členi jsou na psychickou zátěž sice připravováni, avšak teorie se vždy od praxe velmi liší a každý člen může být traumatizující událostí zasažen stejně ne-li více než oběti mimořádné události. Denně napomáhají při komplikovaných zásazích, při rozsáhlých neštěstích, jsou v kontaktu s agresivními, nemocnými či nebezpečnými osobami. Veškeré tyto situace, jichž jsou přítomni pravidelně, mohou být příčinou kumulativního stresu či chronických psychických zátěží, kterými příslušníci IZS trpí nejčastěji. I ti nejodolnější příslušníci jsou pouze lidmi a mohou se ocitnout v situaci, kdy sami potřebují pomoc. Mezi nejčastější faktory patří především bezmoc v případech, kdy již nebylo možné jinak pomoci, zoufalství a časté návraty vzpomínek, zda opravdu nebylo možné zasáhnout lépe. Všichni členové mají vysokou zodpovědnost, nejen za zdraví a životy obětí, ale také jejich

a svých kolegů, musejí potlačovat emoce a za jakýchkoliv podmínek vystupovat profesionálně a důvěra na „pracovišti“ mezi kolegy je velmi důležitá. Pracují v nepřetržitém režimu, za nepříznivých podmínek, výkon je nerovnoměrný, slouží v časovém presu a vykonávají důležitá rozhodnutí v rámci vteřin. Pro zvládnutí složitých situací je potřeba znát možnosti řešení problémů souvisejících s touto problematikou. Pro členy IZS existuje mnoho způsobů, kterých mohou využít, avšak ne všichni členi tuto problematiku znají. Autorka se v diplomové práci bude zabývat problematikou krizových situací, druhy, příčinami, důsledky, možnostmi zvládnutí a pomocí, tzv. krizovou intervencí a jedna z kapitol bude věnována popisu Integrovaného záchranného systému. Empirická část bude zaměřena na porovnání složek IZS a zjištění jejich psychického stavu a znalostí způsobů řešení psychických problémů a také jak tuto pomoc vnímají sami členové. Ze zkušenosti či rozhovorů s členy IZS autorka předpokládá, že nejčastějšími obavami či překážkou návštěvy odborné pomoci je strach spojený se ztrátou zaměstnání či následnou stigmatizací. Avšak v těchto profesích je velmi důležité, aby sami jedinci byli schopni nechat si pomoci, aby mohli poskytovat kvalitní pomoc.

2. Cíl práce a metodika

2.1. Cíl práce

Cílem teoretické části bude charakteristika pojmů z problematiky krizových situací. Teoretická část bude zaměřena na vysvětlení pojmu krize, jejích druhů, průběhu, spouštěčů a faktorů, které mohou ovlivnit průběh i dopad krize. Další kapitola bude zaměřena na popis profesí složek Integrovaného záchranného systému (dále jen „IZS“). Kapitola je věnována obecnému popisu profese, služebního dne a stresových faktorů. Poslední kapitola bude věnována krizové intervenci.

Cílem empirické části bude porovnání členů hlavních složek IZS v problematice krizových situací. Zjišťováno bude, zda mezi složkami existuje významný statistický rozdíl a jak funguje systém posttraumatické péče z pohledu členů IZS. Dotazník bude sestaven na základě předem stanovených statistických hypotéz, od kterých se budou odvíjet otázky dotazníku. Data budou následně zpracována pomocí deskriptivní i induktivní statistiky. Následně bude po výpočtech a srovnání navrženo doporučení další péče pro zkvalitnění poskytování pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče a krizových situací pro členy složky, která je nejvíce negativně ovlivněna krizovými situacemi.

Hypotézy, které budou zkoumány:

H₀₁: Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu psychického vyčerpání během výkonu povolání mezi členy složek IZS.

H₁₁: Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu psychického vyčerpání během výkonu povolání mezi členy složek IZS.

H₀₂: Neexistuje statisticky významný rozdíl v prožití posttraumatické stresové poruchy či jejích příznaků mezi členy složek IZS

H₁₂: Existuje statistický rozdíl v prožití posttraumatické stresové poruchy či jejích příznaků mezi členy složek IZS.

H₀₃: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče mezi členy složek IZS.

H₁₃: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče mezi členy složek IZS.

H₀₄: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pracovního okolí mezi členy složek IZS.

H₁₄: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pracovního okolí mezi členy složek IZS.

H₀₅: Neexistuje statisticky významný rozdíl v připravenosti v povolání mezi členy složek IZS.

H₁₅: Existuje statisticky významný rozdíl připravenosti v povolání mezi členy složek IZS.

H₀₆: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi členy IZS, kteří mají přímo na stanici k dispozici psychologa či Peera a těmi, kteří nemají:

H₁₆: Existuje statisticky významný rozdíl mezi členy IZS, kteří mají přímo na stanici k dispozici psychologa či Peera a těmi, kteří nemají:

- H_{6A}: ... v pocitu psychického vyčerpání během výkonu povolání.
- H_{6B}: ... v prožití posttraumatické stresové poruchy či jejích příznaků.
- H_{6C}: ... ve vnímání pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče.
- H_{6D}: ... ve vnímání jejich pracovního okolí.
- H_{6E}: ... v připravenosti v povolání.

2.2. Metodika

Diplomová práce bude členěna na dvě části – část teoretickou a empirickou. Teoretická část bude zpracována na základě prostudované odborné literatury a internetových zdrojů, které budou citovány na konci práce a rozhovorů s členy IZS.

Oblast výzkumu spočívá v problematice posttraumatické intervenční péče a krizových situací, konkrétně zaměřené na členy IZS ČR. Bylo stanoveno deset hypotéz, uvedených v cíli práce. Cílem je posoudit, zda mezi členy existuje statistický rozdíl a zjištění, která ze složek IZS, resp. její členové, jsou nejvíce negativně ovlivněni. Pro tyto členy bude navrženo doporučení či zlepšení posttraumatické intervenční péče.

Porovnání členů proběhne na základě dotazníkového šetření, které je jednou z metod kvantitativního výzkumu. Dotazník bude složen z otevřených otázek, uzavřených i polouzavřených, přičemž bude možná jedna odpověď. Zkoumaným vzorkem jsou členi Integrovaného záchranného systému ČR. Výběr respondentů bude probíhat stratifikovaným náhodným výběr. Výběr spočívá v zaměření se na určitou skupinu neboli stratu, v tomto případě na skupinu členů IZS, dále bude využit jednoduchý náhodný výběr. Dotazníky budou rozeslány či doneseny na stanice členů IZS ČR (Ferjenčík, 2010).

Data dotazníkového šetření budou vyhodnocena deskriptivní i induktivní statistikou. Deskriptivní popisuje data uspořádané v tabulkách. Základem induktivní je bivariační rozdílová statistika, jejíž předmětem je vztah mezi dvěma proměnnými. Výchozím předpokladem je stanovení nulové hypotézy. Porovnání členů bude vypočteno pomocí analýzy rozptylu sloužící pro výpočet rozdílných průměrů mezi více soubory určených jedním faktorem. Dle testu bude nulová hypotéza přijata či zamítnuta. Nulová hypotéza vypovídá o neexistenci významného statistického rozdílu. Hypotéza alternativní, zamítá nulovou a rozdíl potvrzuje. Test počítá hodnotu F-testu, která je porovnávána s kritickou tabulkovou hodnotou. Pokud nastane $F >$ kritická hodnota, bude nulová hypotéza přijata, opačně bude zamítnuta. Bude stanovena hladina významnosti α představující riziko zamítnutí nulové hypotézy, i přestože platí. Hodnoty budou vypočteny v systému STATISTICA CZ. Při prokázání rozdílu bude proveden Scheffého test pro zjištění, která skupina se odlišuje. Průměry hodnot jednotlivých skupin budou od sebe odečteny a porovnány s hodnotou Scheffého testu. Pokud $S <$ průměr, bude u skupiny prokázán rozdíl (Hendl, 2009). Hypotézy H6A – H6E budou vypočteny dle Pearsonova χ^2 - kvadrátového testu dobré shody. Tento test na rozdíl anovy porovnává pouze dvě skupiny. Porovnávána bude skupina členů IZS s dostupností psychologa či peera na stanici a skupina členů bez této možnosti. Na základě testu bude nulová hypotéza přijata či zamítnuta dle toho, zda hladina významnosti α 0,05 bude vyšší či nižší než vypočtená hodnota p . Pokud $p > \alpha$ nulová hypotéza bude přijata a pokud $p < \alpha$ nulová hypotéza bude zamítnuta a bude přijata hypotéza alternativní vypovídající o existenci statistického rozdílu. U zamítnutých nulových hypotéz bude vypočtena síla závislosti dle Spearmanova koeficientu pořadové korelace, který vypovídá o intenzitě závislosti. Výsledné hodnoty budou vypočítány v systému STATISTICA CZ (Neubauer, 2016).

3. Teoretická východiska

3.1. Definice pojmu krize

Původ pojmu „krize“ pochází z latinského slova „crisis“, který se překládá jako označení pro rozsudek, rozdělení či svár. Nebo lze také za něj považovat vrchol či bod obratu (Kastová, 2000). V současnosti je pojem krize globálním a permanentním jevem. Následkem toho je poté domněnka lidí, že v krizi je téměř vše, co nás obklopuje. Můžeme hovořit o krizích finančních, vládních, energetických, ekologických, náboženských i o krizích manželství, rodiny, morálky či hodnot apod. V této práci se však autorka zaměřuje na krize, se kterými se setkávají pracovníci Integrovaného záchranného systému při výkonu svého povolání, konkrétně na psychické krize (Špatenková, 2004).

Laicky je krizí označována téměř jakákoliv situace doprovázená negativními emocemi. Lze takto popsat dramatickou změnu vnímanou negativně. Krize postihuje společnost a její instituce, ale především je záležitostí jedince. Krize je rozhodnou chvílí, obratem zakladajícím si na rozporu dvou protikladných sil. Synonymem pojmu je svízeľ, potíř, nesnář či zmatek. V psychologii je takto označována extrémní psychická zátěž, anebo ji lze považovat za přechodný stav mezi odlišnými fázemi (Špatenková, 2004).

Psychická krize je narušení psychické rovnováhy zapříčiněné náhle vzniklým vyhocením situace neboli traumatem a dlouhodobou kumulací nebo nárůstem problémů, projevuje se selháváním adaptačních mechanismů a změnou uvažování (Vágnerová, 2004).

Krize jsou přirozenou součástí života. Větřina jedinců vnímá krizi negativně, avřak může mít i pozitivní účinek v podobě určité příležitosti. Mezi tři základní složky patří spouřtější událost. Dále jedincovo vnímání události jako ohrořující či nebezpečné. Poslední složkou je skutečnost, že obvyklé způsoby zvládaní situace selhávají, a pokud se nepodaří situaci zvládnout, nastane krize (Špatenková, 2017).

3.2. Příčiny krize

Spouštěče neboli precipitory krize se kvalifikují do dvou kategorií – vnitřní a vnější. Důležitý je princip dvojí kvalifikace. K vzniku určité reakce organismu je zapotřebí, aby došlo k propojení vyladěnosti organismu s vnějším spouštěčem (Vodáčková, 2012).

K vnějším precipitorům řadíme tři základní situační konstelace:

- a) ztráta objektu – nejen ztráta blízké osoby z důvodu smrti, rozchodu či odcizení, ale jakýkoli objektu, který je jedinci blízký, je k němu vázán a s ním identifikován. Příkladem je ztráta partnera, zaměstnání, nemovitosti, zdraví, naděje či víry.
- b) Volba – volba mezi dvěma stejnými kvalitami. Jedinec se musí několikrát během života rozhodovat pro určitou hodnotu či cestu, toto rozhodnutí s sebou nese vzdání se jiné hodnoty, což může způsobit zátěž. Volba může být i mezi dvěma negativy. Příkladem je příběh Buridanova osla, který má stejně daleko dvě kupky sena a musí se rozhodnout pro jednu z nich. Osel je bezradný a vyčerpá se zdlouhavým váháním (Matoušek, 2003). Také volba hlavní hrdinky z knihy Williama Styrona *Sofina volba*, kde se rozhoduje, které ze dvou jejích dětí přežije (Vodáčková, 2012).
- c) Změna – i pozitivní změny má jedinec tendenci vnímat s pocitem nepohodlí a nejistoty. Pokud se vše vyvíjí bez větších zlomů, vnímá jedinec vše jako „dobré“. Spouštěč může být změna zdravotního či rodinného stavu, pracovního prostředí, atmosférické změny, změna času, otěhotnění či výhra v loterii (Matoušek, 2003).

Druhou skupinou jsou vnitřní precipitory. Jedinec se adaptuje na vlastní vývoj. Pokud části vývoje nezvládne, nastane krize. Vnitřní spouštěč hybris – zaslepenost je náhradním opatřením. Přijme nevhodnou strategii, což umožní pouze překlenutí situace. Dlouhodobě se však stává potencionální příčinnou pro vznik krize. Dělí se na individuální (autonehoda, smrt blízkého, loupež či úraz) a komunitní (požár, povodeň, terorismus). Kopletní seznam sestavit nelze. Vznik je subjektivní a každý vnímá sám sebe i své okolí odlišně a disponuje různě silnými obrannými mechanismy (Špatenková, 2004).

Mezi symptomy duševních nemocí vzniklých v návaznosti na prožitý traumatický zážitek, krizi, patří i poruchy psychických funkcí. Mezi tyto poruchy lze zařadit poruchy: vědomí: pokles bdělosti; pozornosti: neschopnost koncentrace; vnímání (percepce):

narušení orientace, halucinace či poruchy gnóze¹; myšlení: změna tempa, narušení obsahu; paměti: snížení či zvýšení výkonnosti, amnézie; jednání: snížení či zvýšení aktivity, impulzivita, zuřivost, obsedantní jednání, sebeškozování; osobnosti: vrozené (paranoia, závislost, disocialita) a vzniklé během života (depersonalizace, schizofrenie, deintegrace); emocí, afektů (fobie), řeči, nálady, pudů (obživy sebezáchovy, pohlavního či rodičovského pudu) a vůle (ztráta rozhodnosti) (Vágnerová, 2004).

3.3. Druhy krizí

Základní typologie dělí krize dle rozsahu účastníků, individuální či osobní krize a skupinové, také označované jako komunitní, společenské – hospodářské, politické a vojenské a poslední kategorií jsou celosvětové neboli globální krize (Kebza, 2009).

Další klasifikace rozlišuje afektivní krize, emoce se hromadí a dochází k náhlému a rychlému vybití. Krize identity či dozrávání, označovaná jako „druhé zrození“ ve věku 12/14 let až 18/20 let se projevuje v období zařazování se do nových rolí, období je provázáno konflikty a může vrcholit zkratkovým jednáním, úzkostí či fobiemi. Vývojové/životní krize vznikají na základě negativních prožitků z přechodu z jedné životní etapy do druhé, obzvláště při přelomových událostech. Krize kumulované se dostavující, pokud je ustoupeno od řešení a jedinec se uchylí k maladaptivnímu způsobu řešení, krize se kumulují o vzpomínky na předchozí podobné situace (Kebza, 2009).

3.3.1. Baldwinova typologie krizí

Typologie rozlišuje dle hloubky psychopatologie a příčin – od vnitřních k vnějším:

- a) situační vyvolané nepředvídatelnými vnějšími faktory – ztrátou, změnou či volbou. Např.: rozhodování mezi možnostmi budoucnosti, příprava na zkoušku za vyrušování jevu – spolubydlící, zdraví, změna klimatických podmínek, rozvod.

¹ Poruchy gnóze (poznávání): neschopnost rozeznat, identifikovat předmět či aktivitu (Hartl, Hartlová, 2010).

- b) Tranzitorní krize (vývojové) z očekávaných životních změn jsou způsobené očekávanými přechody z jedné životní etapy do druhé a lze se na ně připravit a mít nad nimi kontrolu. Např.: puberta, adolescence, sňatek, stěhování, narození dítěte.
- c) Traumatické krize z náhlého traumatizujícího faktoru. Většinou jsou umocněny neočekávanými a neovlivnitelnými vnějšími faktory. Např.: smrt blízké osoby, partnerské či zdravotní problémy, sociální traumata – nezaměstnanost, soudní stíhání, pokud je obětí nebo svědkem násilí a traumatické zážitky vedoucí k PTSD.
- d) Krize pramenící z psychopatologie vzniká spíše u neurotických lidí, hraničních osobností, charakterových poruch a neorganických psychóz². Vzniká při zvýšené vulnerabilitě, vnitřní psychopatologii umocňující, zrychlující a komplikující krizi.
- e) Neodkladné krizové stavy jsou vysoce naléhavé situace. Zahrnují akutní psychotické stavy, alkoholové intoxikace, problematická kontrola impulzů (vražedné chování, nekontrolovatelná agrese), panická úzkost a stavy extrémního psychického vypětí (Vodáčková, 2012, Kebza, 2005, Špatenková, 2004).

Lze přiřadit i krizi chronickou. Nastává při ústupu od řešení tranzitorní krize a přijetí neefektivního řešení. Mezi znaky patří neschopnost vyrovnat se s krizí, pasivita, rezignace na odpovědnost, snižování motivace jednat a snaha situaci změnit a zvládnout, zhoršení fyzického a psychického stavu, sebelítost a obviňování druhých. Důležité pro zvládnutí je podpořit ztracenou motivaci k určité změně v životě (Špatenková, 2017).

3.3.2. Triádová klasifikace krize dle Shneidmana

Klasifikace je rozdělena z hlediska výskytu a vlivu krize na stádia vývoje lidského života. Krize intertemporální jsou charakteristické pro přechodná životní stádia. V dosaženém životním stádiu se vyskytují krize intratemporální. Poslední jsou krize extratemporální, které lze spojit s jakýmkoli životním stádiem (Špatenková, 2004).

² Neurotické poruchy: úzkost, panická, depresivní, obsedantně – kompulzivní či posttraumatická stresová porucha (Suchomel). Porucha hraniční osobnosti souvisí s emocionálními problémy. Emoční citlivosti je mnohonásobně vyšší než u průměrné populace (Adi Care). Neorganické psychózy: schizofrénie, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi.

Krize lze rozdělit dle předvídatelnosti a ovlivnitelnosti, dle různých generačních období, dle způsobu manifestace na zjevné a latentní. Zjevné si jedinec plně uvědomuje a nutí jej většinou problému čelit a hledat řešení. Latentní krize si jedinec naopak neuvědomuje a nepřipouští. V mnohých případech vede k nevhodným způsobům adaptace, které se mohou projevit zkratkovitým jednáním, příliš vysokou aktivitou, nebo naopak únikem do nemoci. Později mohou latentní krize vyvolat krizi zjevnou (Matoušek, 2003).

3.3.3. Suicidální krize

Extrémním způsobem řešení je sebevražda. Jedinec již nechce nebo nemůže dál hledat řešení a nenachází jiné východisko. Jednou ze základních rizikových skupin jsou pracovníci v pomáhajících profesích, děti, staří a osoby vytržené rutiny (Špatenková, 2011).

Sebevražda neboli suicidium je násilné jednání s úmyslem dobrovolného ukončení vlastního života, kdy jedinec neusiluje o žádný jiný cíl. Existuje řada druhů a motivů, avšak ve většině případech je suicidální chování založeno multifaktoriálně, na kumulaci více druhů zátěže. Příčinou může být geografická poloha, klima, ekonomická vyspělost, osobní spokojenost, duševní onemocnění, vulnerabilita a v neposlední řadě příslušnost k tzv. pečovatelské profesi (Kebza, 2009; Vágnerová, 2004).

E. Ringel definoval příznaky, které v mnoha případech předcházejí sebevražednému chování. Ringelův presuicidální syndrom je formulován třemi znaky: zúžením subjektivního prostoru neboli stažením se do sebe a izolací od okolí, sebeobviňováním a agresí proti vlastní osobě a sebevražednými myšlenkami (Vodáčková, 2012).

E. Shneidman zformuloval deset charakteristik suicidia, které tvoří psychologickou mapu suicidality. Mezi znaky řadí nesnesitelnou psychickou bolest, frustraci psychických potřeb (bezpečí, důvěru, uznání apod.), snahu uniknout krizi a zastavit uvědomění, bezmoc, redukce možností řešení na dvě – vyřešení nebo ukončení, úniky (z domova, vztahu, zaměstnání apod.) a celoživotní modely zvládání krizí (Vodáčková, 2012). J. M. Striebel sestavil čtyři základní psychologické motivy suicidálního jednání. Mezi motivy řadí agresi, autoagresi neboli agrese zaměřená proti sobě, apel – jedince se snaží obrátit pozornost okolí ke své osobě a útěk (Špatenková, 2017).

3.4. Průběh krize

Průběh ovlivňují různé determinanty jedince: věk, pohlaví, osobnostní rysy, životní situace, zdravotní stav, obranné mechanismy, postoje a hodnotová orientace, copingové strategie, dřívější nevyřešené krize, sekundární krize apod. (Mlčák, 2005). I v této kapitole je třeba zdůraznit, že krize je zcela subjektivní a každý jedinec má odlišné individuální vlastnosti a prožívá krizové situace odlišně. Nejčastěji je uváděn průběh krize dle G. Caplana, který jej rozdělil do čtyř fází (Špatenková, 2004).

3.4.1. Fáze průběhu krize dle G. Caplana

V první fázi jedinec začíná vnímat určité ohrožení vedoucí k zvýšení úzkosti, napětí a neklidu. Aktivuje adaptační mechanismy a další zdroje, které napomáhají situaci zvládnout. Pokud zvolí neúspěšnou strategii, krizový stav se prohloubí a pokračuje dále.

V druhé fázi jedinec ztrácí kontrolu nad situací a domnívá se, že krizi nelze vyřešit. Jedinec má pocit zranitelnosti, zmatku, cítí se neúspěšný a k řešení používá nepromyšlené a náhodné strategie. Pokud neobjeví řešení, napětí se opět zvýší a vstupuje do třetí fáze.

Ve třetí fázi se snaží využívat všechny své rezervy, hledá nové způsoby řešení a je otevřen pomoci zvenčí. Buď dojde k překonání krize, anebo odmítnutí problémů – krize se prohlubuje a zvyšuje se riziko možnosti chronického stavu.

Součástí čtvrté je panika a chaos prohlubující odtažitost a zkreslené vnímání. Adaptační mechanismy přestávají pracovat a dochází ke kognitivním, emocionálním či psychickým změnám projevující se podrážděností, zkratkovitým jednáním a sebevražednými myšlenkami. Vhodná je odborná krizová intervence (Špatenková, 2017).

3.4.2. Reakce na krizovou situaci

Průběh zpracování krize trvá přibližně 6 až 8 týdnů. Proces integrace extrémní psychické zátěže může trvat několik měsíců, mnohdy i let. Nejprve začnou alarmující signály upozorňovat na krizový stav, který je vrcholem běžné psychické nerovnováhy. Krizový stav není nemocí, ale také není „psychickým normálem“, stav doprovází pocity podrážděnosti, únavy, nechutenství, smutku, bolesti, agresivity, nespavosti apod.

Rozhodující je mezník 4 až 6 týdnů od vzniku krize. Pokud jedinec krizi neakceptuje a nezačne ji řešit, může se krize prohloubit a způsobit vážná onemocnění nebo poruchy. Krizový stav může vyústit v syndrom psychického ohrožení. Mezi jeho typické projevy patří úzkost, pocit viny, studu a snížené sebevědomí a sebehodnocení (Matoušek, 2003). Syndrom stále nelze považovat za chronické onemocnění, je považován pouze za předstupuň duševního či somatického onemocnění (Vodáčková, 2012).

Spontánně a bezprostředně po příchodu podnětu krize, mohou nastat akutní reakce spojené s obrannými mechanismy a slouží k zachování života při ohrožení. Příznaky trvají 2 až 3 dny. Člení se na aktivní a pasivní. Aktivní vystihuje „flight or fight“ (boj nebo útěk). Přípravuje tělo na náhlou změnu. Lze zpozorovat zrychlený tep a dech, napětí, neklid, různé emoční projevy, mezi kterými nechybí agresivita či vulgarita. Pomoc se často snaží jedinec získat neadekvátními způsoby a pro jeho okolí se stává obtížná (Matoušek, 2003).

Pasivní se vyznačuje reakcí „mrtvý brouk“, lze ji přirovnat k primitivním obranným mechanismům, jimiž disponují nižší živočichové. Fyzické možnosti se snižují, charakteristická je strnulost, ochablost a bledost. Jedinec výrazně neprojevuje a nemusí dostat potřebnou pomoc. Naopak je často považován za statečného, či necitlivého člověka. Ve skutečnosti může dojít k depersonalizaci (sebeodcizení), derealizaci (realita s pocitem nejistoty) i hluboké disociaci (rozštěp osobnosti) (Matoušek, 2003; Hartl, Harlová, 2010).

3.4.3. Posttraumatické stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha či reakce, PTSD (Posttraumatic Stress Disorder), je odpověď na krizovou situaci. Může mít krátkodobý i dlouhodobý účinek, který vznikl jako následek výjimečně ohrožující události. Vzniká bezprostředně a skrytě po události a projevuje se týdny až měsíce poté. (Brečka, 2009). Mezi typické znaky patří znovuprožívání traumatu v podobě vtíravých myšlenek, snů či nočních můr, pocit ochromení a emocionální letargie, odtažitost od okolí, celková znechucenost a vyhýbání se podnětům, které připomínají prožitou traumatickou událost a nadměrné vzrušení. Průběh je individuální a většina léčených případů byla uzdravena. Opačně může přejít v chronické onemocnění přetrvávající v rámci let. Výjimečně nastávají případy trvalé změny osobnosti. Příznaky jsou akutní – symptomy trvají méně než 3 měsíce, chronické – přetrvávají

i po 3 měsících a opožděné – symptomy se projeví až po 6 měsících. Průběh zahrnuje tři fáze. V první si jedinec neuvědomuje trvající ohrožení, nastává ohromení a omráčení, ve druhé není schopen začít fungovat, je pasivní vůči různým aktivitám, a nakonec přicházejí úzkost, obavy a nesoustředěnost (Brečka, 2009). Dle výzkumů se u 25 % osob, vystavených mimořádné či katastrofické události rozvine PTSD (Ralbovská, 2017).

3.4.3.1. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření neboli „burnout syndrom“ označuje stav celkového vyčerpání. Lze jej popsat jako psychický stav vyčerpání či snížení pracovní výkonnosti vznikající v důsledku dlouhodobého a intenzivního působení stresu (Pešek, 2016).

Na vznik ani průběh nemá vliv inteligence, vzdělání či věk. Spouštěč může být neschopnost zvládnout nastavenou hranici pracovního výkonu, setkání s nepochopením jeho okolí, anebo nevhodné řešení krize. Syndrom je spojen s kladením si nezvladatelných nároků a vysokou zátěží, to vede k vyčerpání a ztrátě sebedůvěry. Příčinou jsou negativní vztahy či absence pozitivních k okolí a neporozumění sobě samému (Ulrichová, 2012).

Faktorem je osobnost: perfekcionismus, nízké sebevědomí, nerelaxace, soutěživost, pracovní faktory: nadměrné zatížení, nesamostatnost, nedostatek úspěchů a mimopracovní: samota, konflikty, nedostatek zájmů či pohybu, těžké životní události (Pešek, 2016).

Stav dlouhodobé záporné energetické bilance, ke kterému vede deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se do sebe a časté problémy a nemoci. K syndromu vedou tři cesty. První je „Ztráta ideálů“ začíná nadchnutím pro nové zaměstnání, úkoly či kolegy. Postupem času přichází potíže, ztráta důvěry ve vlastní schopnosti a smysluplnosti práce. Zátěž čím dál více vyčerpává, až nakonec dojde k vyhoření. Druhou je „Workaholismus“, závislost na práci - velmi silná nutková potřeba neustále pracovat. Nyní je potřeba umět si najít čas i na jiné činnosti. Třetí cestou je „Teror příležitostí“. Jedinec má tzv. na stole stále více práce v důsledku toho, že s přijetím každého úkolu, se objeví několik dalších lákavých a příležitostí se nechce vzdát. Nakonec všechny závazky spotřebovávají veškerou energii a neschopnost polevit či odmítnout a uspořádat si plán vedou k vyhoření (Kopřiva, 2006).

Syndrom vyhoření může být důsledkem syndromu pomáhajících či pomocníka vyznačující ho se neschopností formulace vlastních potřeb a pocitů, nepřipouštěním si bezmoci a kompenzací pomáháním druhým, které je ochranou před vlastními myšlenkami, sebereflexí a nezabývání se svými problémy. Jedinec je vnímán jako velmi ochotná, obětavá a prospěšná osoba, avšak v pozadí prožívá boj s vlastními potřebami a pocity. Syndrom často doprovázejí deprese a suicidální myšlenky (Schmidbauer, 2000).

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces rozdělený do pěti fází: idealistické nadšení, stagnace, frustrace, apatie a syndrom vyhoření. Každý prožívá fáze individuálně. Mohou mít různou délku, opakovat se, anebo se nedostavit vůbec (Pešek, 2016). Jedním z bodů léčby je umění zacházet s agresí a její vhodné použití a ukončení hledání vnějšího zavinění, vysvobození a převzetí odpovědnost za své zdraví (Prieß, 2015).

Odolnost zvyšuje například optimismus. Optimisté netrpí často depresemi, neklakladou si za vinu události, které nelze ovlivnit a nepříznivé situace nezevšeobecňují. Dále „self-efficacy“ představuje osobu disponující sebedůvěrou v ovlivňování věcí a nevnímající sebe samu jako oběť. Posiluje ji vnímání překážek jako výzev, uvědomování si a vyjadřování pocitů, družnost, rozumný způsob života vzhledem k dostatku spánku, tělesné aktivity a přiměřené výživy a schopnost vnímat své tělo – lze včas odhlalit problémy v souvislosti s duševním rozpoložením a předejít problémům (Nešpor, 1999).

Resilience

Psychická odolnost je označována pojmem resilience. Resilience je pružnost, elasticita a houževnatost nezdolnosti jedince. Odolnost vůči stresogenním situacím a schopnost se navrátit do původního stavu, aniž by došlo k zásadním změnám identity a schopnost učit se a adaptovat – tedy rychlost a pružnost regenerace systému. Opakem resilience je vulnerabilita označující psychickou zranitelnost jedince. Jedná se o náchylnost k duševním závadám či poruchám (Paulík, 2017).

3.5. Integrovaný záchranný systém ČR

Integrovaný záchranný systém (dále jen „IZS“) vznikl v roce 2001. Základy byly však položeny již v roce 1993. IZS upravuje zákon č. 239/2000 Sb., o Integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů v platném znění. Zákon obsahuje základní pojmy o IZS, složky, působnost, pravomoci a povinnosti. Pojem IZS představuje koordinovaný postup složek při přípravě na mimořádné události a provádění záchranných a likvidačních prací a efektivní a otevřený systém pravidel, koordinace a spolupráce.

Pojem mimořádná událost označuje škodlivé působení sil, jejichž vznik podnítila činnost člověka, přírody, anebo havárie ohrožující životní prostředí, život, zdraví či majetek s následkem vykonání záchranných a likvidačních prací. Záchranné práce jsou činnosti omezující nebo zamezující okamžitému působení rizik a činnosti k odstranění jejich příčin, které vznikly jako následek mimořádné události ve vztahu k životu, zdraví, majetku a životnímu prostředí. Likvidační práce jsou činnosti, které se provádí k likvidaci a odstranění všech následků, které byly způsobeny mimořádnou událostí (Vilášek, 2014).

Struktura IZS

IZS je ve státě součástí vnitřní bezpečnosti a společně s dalšími orgány naplňuje ústavní práva občanů týkající se poskytnutí státní pomoci v ohrožení zdraví či života. Tvořen je základními a ostatními složkami. Základní složky povinné rychle a nepřetržitě poskytovat pomoc a zasahovat, tvoří Hasičský záchranný sbor ČR (dále jen „HZS ČR“), jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany (dále jen „JPO“) neboli dobrovolné hasičské sbory, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby (dále jen „ZZS ČR“) a Policie ČR (dále jen „PČR“).

Ostatní složky napomáhají při záchranných a likvidačních pracích na vyžádání dle povahy mimořádné události. Do struktury spadají vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany a neziskové organizace a sdružení občanů (Vilášek, 2014).

3.5.1. Profese záchranáře

Příslušník IZS se jako zaměstnanec řadí mezi profese s vyšší mírou stresu, zodpovědnosti a nadlimitní psychickou zátěží, která je také jednou ze základních charakteristik jejich práce. Pomáhají v každé situaci ostatním, ale sami jsou také vystaveni velkému psychickému i fyzickému úsilí a jsou ohroženy jejich životy a zdraví. Každý den řeší komplikované zásahy, napomáhají při dopravních nehodách, jsou přítomni velkým neštěstím, komunikují s agresivními, nemocnými a nebezpečnými lidmi a vypomáhají tam, kde jich je zrovna třeba. Tyto záležitosti, a nejen ty jsou poté příčinou kumulativního stresu či chronické psychické zátěže, kterými záchranáři trpí nejčastěji. Jedním z mýtů o záchranářích je, že nejsou mimořádnými událostmi zasaženi. Členi jsou profesionálové nikoli superhrdinové. Jsou odolnější než většina obyvatel, ale i přesto mohou být zásahem i psychicky ovlivněni, ačkoliv se tento vliv obvykle objeví až později po skončení. Při výjezdu jsou vystaveni i velké míře adrenalinu, který jim napomáhá stres nevnímat, avšak po odeznění situace, přichází nepříjemné vyčerpání a uvědomění. I velmi odolní záchranáři jsou pouze lidmi a mohou se dostat do situace, kdy sami potřebují pomoci, tzv. krizovou intervenci. Nejčastějšími případy jsou stavy bezmoci a zoufalství, kdy mají strach anebo nemohli pomoci oběti či kolegům a byli svědky tragédií (Dlouhý, 2014).

Práce členů IZS je většinou vnímána jako stresující a náročná. Záchranáři musejí být trénováni a připraveni zátěž zvládnout. Charakter práce spočívá především v čekání. Čekání na mimořádnou událost je již stresorem, který zvyšuje svalové napětí. Mají vysokou zodpovědnost i nároky, musejí potlačovat emoce a být vždy profesionální. Pracují v nepřetržitém režimu, za nepříznivých podmínek, výkon je nerovnoměrný a jsou pod časovým tlakem, kdy se mnohdy musejí rozhodovat v rámci vteřin (Šeblová, 2017).

3.5.2. Stresory IZS

Mnoho stresorů, s kterými se příslušníci IZS potýkají bylo již v práci zmíněno. Stresory v souvislosti s ohrožením jejich životů i zdraví, komplikovanými zásahy, rozhodování v časové tísně a pod tlakem, zodpovědností, bezmoci, zoufalství, nedostatkem odpočinku, přítomností u tragických neštěstí, dětskými oběťmi, úmrtím nejen kolegy, komunikací s agresivními a nebezpečnými osobami a také kondicí a vědomostmi.

Očekává se, že výkon bude bezchybný, efektivní, energický, rychlý a rozvážný. Skutečně jsou odolnější než běžní občané, díky zkušenostem a výcviku, ale pro záchranáře mohou být také některé situace emočně náročné. Důležitá je soustředěnost a nerozptylování se negativním myšlením. Tomu napomáhá sebekontrola (Volf, 1998).

Zasaženým lidem se snaží profesionálně pomoci a neustále se ocitají v rizikových situacích, a tak prožívají trauma i trojího typu, distres z událostí – hořící budova, vodní živly, agresivní lidé, střelba, rychlá jízda. Distres při přímé péči o zasažené osoby, kdy se mnohdy jedná o boj o vteřiny. Třetím typem je naslouchání osudům lidí, kteří se trápí a potřebují se svěřit. Situace se opakují a členové IZS tak zažívají chronický stres. Profesionálové vyskytující se v neustálém riziku se mohou ocitnout v psychologické nerovnováze – jedinec je „rozhozen“ z obvyklého jednání. Impuls nerovnováhy může být následně rozvojem či poškozením. Výsledek závisí na zpracování (Mareš, 2012).

Zde je shrnutí čtyř nejčastějších podnětů stresu příslušníků IZS:

1. Neznalost situace: Ve většině povolání se lze na práci připravit, avšak členi IZS nemohou stanovit, co se bude dít. Po tísňové výzvě nelze říci, co bude potřeba, pro časté zveličování volajících. Okolnosti se dozvídají až, když dorazí na místo.
2. Časová tíseň: Jakékoliv rozhodnutí musí být rychlé, efektivní a bezpečné, avšak ne neuvážené či ukvapené a často má vliv na vývoj celého zásahu. Běžně je možné zpracovávat 3–5 informací za vteřinu. Při zátěži pouze jednu informaci. Záchranář musí během pár vteřin zhodnotit celou situaci a vydat verdikt.
3. Strach: Mít obavy, strach či starosti je zcela přirozené a je důležitou součástí nejen rozhodování záchranáře. Strach usměrňuje chování a jednání a nastavuje zábrany.
4. Mlčení: Bohužel členi IZS často o vnitřních pocitech, bolesti a smutku nemluví, avšak je to pro jejich psychický stav velmi potřebné. Nejpozději do 72 hodin od stresujícího zážitku by se s ním měl svěřit a ventilovat jej. Mlčení může převést akutní stres v chronický a dále pokračovat k traumatickému stresovému syndromu.

Podnětů je nesčetně a liší v jednotlivých profesích se liší. Na záchranáře působí i „všední“ stresory, s kterými se potýká většina lidí – interní problémy s vedením, kolegy, nedostatečné finanční ohodnocení či motivace, směnný provoz apod (Volf, 1998).

3.5.3. Hasičský záchranný sbor České republiky

HZS ČR upravuje zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky. Primárním úkolem je ochrana životů, zdraví a majetku obyvatel před požáry a poskytování účinné pomoci při mimořádné události, v souvislosti s živelnou pohromou či katastrofou, průmyslovou havárií a teroristickým útokem. V souvislosti s IZS je jeho hlavním koordinátorem a páteří. Pokud na místě mimořádné události zasahuje více složek, rozhoduje příslušník HZS ČR (Vilášek, 2014). Hasičské stanice jsou rozmístěny tak, aby dojezdový čas k zásahu nepřekročil 20 minut. Výjezd musí být vykonán do 2 minut (Holoubková, 2017). V ČR je celkem 241 výjezdových stanic (Zaoralová, 2018). V ČR bylo za rok 2019 uskutečněno 130 229 zásahů HZS ČR (Nedělníková, 2020).

Přijetí do služebního poměru

Do služebního poměru k HZS ČR lze přijmout státního občana ČR staršího 18 let, bezúhonné a plně způsobilého k právním úkonům. Dále musí splnit podmínky uložené pro výkon služby – minimálně střední vzdělání ukončené maturitní zkouškou, zaměřené vzdělání a dále mohou být vyžadovány i jiné zvláštní požadavky ohledně odbornosti. Nesmí být členem politické strany či hnutí a vykonávat jakoukoliv živnostenskou činnost. V neposlední řadě jsou součástí přijímacího řízení testy, jimiž musí uchazeč prokázat svoji fyzickou, zdravotní a osobní způsobilost. Na konci procesu skládá uchazeč služební slib.

Osobní způsobilost prokazuje na základě psychologického vyšetření. Příslušník musí být alespoň průměrně intelektuální, emočně stabilní, psychosociálně vyzrálý, odolný vůči psychické zátěži, neagresivní apod. Zdravotní způsobilost se posuzuje dle vyšetření v zařízení závodní preventivní péče (HZZ ČR, 2020). Fyzická způsobilost se posuzuje dle fyzických testů. Uchazeči jsou rozděleni do kategorií dle pohlaví a věku. Testy jsou rozděleny do třech skupin, dva silové a jeden vytrvalostní. Hasič musí získat 95 bodů ze všech testů, přičemž z každého silového testu min. 20 bodů a z vytrvalostního 40 bodů. Pokud nesplní jediný z požadavků, nemůže být přijat. Na uchazeče je tedy již při přijímání vyvíjen tlak a je podroben podrobnému hodnocení jeho sil jak fyzických, zdravotních, tak i psychických (Mísař, 2018).

Služební den v životě hasiče

Organizace výkonu služby hasiče spočívá ve třech směnách – A, B a C. Směny se střídají po 24hodinových intervalech. Příslušník HZS tedy slouží 24 hodin a poté jej čeká 48 hodin odpočinku. Ovšem i v rámci toho odpočinku je stále v pohotovostním režimu a mohou jej kdykoliv svolat do služby. Služební den začíná v 7 hodin ráno, kdy dochází k výměně směn. Výměna směny zahrnuje především kontrolu veškeré techniky a stanice a podání informací, co se za uplynulé dva dny odehrálo. Ráno se při formálním nástupu na službu přečte denní rozkaz, který zahrnuje přiřazení hasiče do jeho denní funkce, je mu přiřazena technika a výjezd (celkem je 5 různých možných výjezdů, které se dělí dle povahy výjezdu). Hasič na nástup nastupuje plně vybaven, aby zkontroloval své vybavení a po přečtení rozkazu si vybavení připraví na své místo. Příchozí směna musí následně projít výjezdová auta a veškerou techniku a zkontrolovat ji. Za jakoukoliv včas nezjištěnou chybu, poté nesou odpovědnosti oni. Každá věc má své místo dle vyhlášky, takže musejí znát naprosto přesné umístění i toho nejmenšího detailu. Na každé stanici by měla být všechna výjezdová vozidla stejná pro stejné výjezdy, avšak tomu tak bohužel není, což může být problém nejen při kontrole, ale i při výjezdu s jiným vozem, proto musejí být připraveni na jakoukoli možnost. Služební den se dále řídí denním a týdenním řádem. Denní řád určuje, co v jaký čas je potřeba na stanici provést a je volnější, vzhledem k možným výjezdům. Týdenní řád určuje tedy úkoly dle dne a je potřeba ho pevně dodržovat. V 8 hodin poté následuje porada, kdy velitel čety oznamuje, co se za poslední dva dny stalo a co se od hasičů očekává a přiděluje úkoly, které nejsou zanesené v týdenním řádu. Dále následuje dopolední školení, avšak při častých výjezdech nezbude čas a proškoluje se jen tehdy, kdy je rozděleno jen méně úkolů. V čase, kdy čekají na výjezd, nemají volno, ale čas vyplňují například údržbou techniky. Ale i přesto, jsou neustále ve stresu a připraveni vyrazit k pomoci. Odpoledne přichází čas i na fyzickou přípravu, po splnění všech úkolů mají hasiči k večeru „volno“ a mohou si čas vyplňovat dle uvážení. Směna je rozdělena na 16 hodin organizační služby, která je placena a 8 hodin pohotovostní služby, kdy je hasič placen jen v případě výjezdu, a proto mají možnost ve službě jít spát. Avšak i tak se jedná spíše jen o polospánky, kdy jsou stále ve střehu a čekají, zda nebudou svoláni, takže si neodpočinou (vlastní zpracování dle rozhovoru s členem HZS ČR).

Stresory

Stres se odvíjí především dle funkce. Každý je hasičem, to znamená, že při výjezdů je plnohodnotným členem, ale nese jen malou odpovědnost a míra zátěže je dle povahy zásahu. Součástí týmu je také strojník, který má navíc odpovědnost za techniku a k zásahu dopravuje vůz s posádkou. K tomu přibývá zátěž v souvislosti s včasným příjezdem, odpovědnost za posádku a vozidlo a provoz kolem, pokud dojde k nehodě, vždy je vina na straně hasičů. Dále jsou součástí týmu chemici, lezci, potápěči apod. Nejvýše je velitel čety nesoucí odpovědnost nejen za celý tým, ale také za výsledek celého zásahu. Velitel je právně odpovědný i za zranění členů a neúspěch či zádrhel tzv. „jde na jeho triko“. Většina hasičů na místě nehody funguje mechanicky, nelze se soustředit na lidi a vnímat je jako osoby, ale zaměřují se na úkol a snaží se jej vykonat co nejlépe. Jako stresor také působí testy přijímací i průběžné, je zkoumána hasičova pozornost v závislosti na únavě, fyzická síla, a zdravotní způsobilost, která je vnímána jako nejproblematictější a s postupem let přináší větší potíže a strach ze ztráty povolání. Každý rok skládají zkoušku před komisí ředitelů mluví o teoretických tématech, které se velmi liší od praxe. Za nejvážnější stresor je považováno, pokud jsou na místě nehody dětské oběti, či příbuzní oběti, kteří se snaží zjistit informace a vyptávají se, zda nebylo možné udělat cokoli lépe. Hasič musí být schopen odpovídat adekvátně a neutrálně a uvědomit si, že i oni jsou vystaveni vysoké zátěži a chovat se profesionálně. Za nejdůležitější stresor oproti záchranářům, je považováno bezprostřední nebezpečí, kterému jsou společně s policisty vystavováni. Povolání lze vykonávat jen s uvědoměním si různých možností, které mohou nastat a nepřipouštět si negativní myšlenky a v případě problému být připraven a umět požádat o pomoc (vlastní zpracování dle rozhovoru s členem HZS).

3.5.4. Zdravotnická záchranná služba České republiky

ZZS ČR je upravena zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. ZZS na základě tísňové výzvy poskytuje přednemocniční neodkladnou péči osobám, kteří utrpěli vážné zdravotní postižení, anebo se ocitli v přímém ohrožení jejich života. Pomoc poskytují od okamžiku vyrozumění až po předání osoby do nemocniční péče. Primárním úkolem je nejkvalitnější provedení dostupných lékařských výkonů k záchraně. Symbolem je hvězda života, jejíž paprsky představují úkoly ZZS: rozpoznání stavu, oznámení, výjezd, péče na místě a během transportu a předání k definitivní péči (MU, 2020).

Při poskytování přednemocniční neodkladné péče či při výběru cílového zdravotního zařízení neplatí možnost svobodné volby lékaře, na rozdíl od jiných druhů zdravotní péče (Franěk, 2020).

Územní střediska ZZS ČR jsou v každém kraji. Celkem se na území ČR nachází 271 stanic či výjezdových základen. Výjezdové stanice musí být po celém území ČR rozmístěny tak, aby zdravotníci byli schopni na místo dorazit do 20 minut od oznámení. V rámci ČR bylo za rok 2019 uskutečněno 1 137 701 výjezdů ZZS ČR. Výjezdové skupiny jsou rozděleny na rychlou lékařskou péči, tzv. RLP, skupina, jejíž součástí je i lékař. Rychlou zdravotnickou pomoc, tzv. RZP, tým je veden zdravotnickým záchranářem. Také se lze setkat s Rendez-vous systémem, tzv. RV, součástí je řidič – záchranář a lékař a s leteckou záchrannou službou, tzv. LZS (Franěk, 2020, Vilášek, 2014).

Podmínky pro přijetí se liší s každou pozicí u ZZS. Lékař musí vystudovat lékařskou fakultu a mít specializovanou způsobilost, zdravotnický záchranář vysokoškolské vzdělání ve stejnojmenném oboru, anebo středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Řidič musí mít středoškolské vzdělání, řidičský průkaz skupiny C a absolvovat akreditovaný kurz řidiče vozidla ZZS v rozsahu 600 hodin studia. Rozdílem oproti přijetí u HZS ČR je, že neskládají psychické ani fyzické testy, naopak je u ZZS ČR kladen důraz na vědomosti a odbornost a nutnost roční praxe u lůžka intenzivní péče. Teprve poté může nastoupit člen do služby, ale stále zatím jen „na zkoušku“, při které plnohodnotný a pověřený člen hodnotí jeho způsobilost a práci v terénu a na základě tohoto hodnocení je přijat či nikoliv (ZZS hl.m. Prahy, 2018).

Služební den záchranáře

Záchranáři podobně jako policisté nemají přísný denní řád, avšak i tak musejí během služby vykonávat různé povinnosti i mimo ni. Pracovní prostředí dle názoru jednoho z členů je volnější a více přátelštější, což napomáhá k lepší náladě a psychickému zdraví. Směny se časově různí, ale každý má vždy přidělené své místo – lékař, řidič – zdravotník či zdravotník. Ranní předání směny je méně oficiální, střídá se vždy jen část směny, anebo pouze záchranář za záchranáře, který by si měl zkontrolovat jeho pracovní místo a poté může první odejít. Pokud se během dne objeví závada, pak je na odpovědnost

příchozího. Co se týče práce na stanici také je to spíše volnější, auta i přístroje je třeba udržovat, avšak již nemusejí zajišťovat jiný pořádek. Také nemají povinný výcvik a jsou zproštěni fyzických testů, avšak na druhé straně je kladen velký důraz na jejich vědomosti. Neexistuje jediný den, kdyby záchranná služba nevyjela do ulic měst a nepomáhala pacientům. Výjezd musí být uskutečněn do 2 minut, a proto musejí být vždy připraveni. Hlavní náplň dne začíná, až tehdy kdy dorazí na místo zásahu a do své péče dostanou osobu. Sice mají záchranáři volnější průběh na stanici, avšak při výjezdu jsou pod velkým tlakem, během několika minut musejí stanovit příčinu problému, diagnózu a mít celkovou představu o tom, co se s osobou děje a co dělat. Bohužel se často stává, že vyjíždějí bez lékaře a záchranář ví, že nelze některé situace zvládnout bez potřebné pomoci, naneštěstí je jich velmi málo a nejezdí pokaždé a záchranář je v těchto situacích v ještě těžší stresové situaci. Po příjezdu zpět na stanici je dále také potřeba vyplnit potřebné dokumenty (vlastní zpracování dle rozhovoru s členem ZZS ČR).

Stresory

Výjezdy ZZS ČR jsou velmi pestré, mohou zasahovat opravdu v jakémkoliv případě, z toho plyne, že musejí být připraveni opravdu na vše. Služba záchranáře je typická vysokou zodpovědností, minimální autonomií pracovního procesu, náhodným rytmem pracovní činnosti, který vyplňuje čekání (Volf, 1998).

Specifickými stresory pro záchranáře jsou především neúspěšné pomoci, kdy nelze osobu v tísní již zachránit, to také souvisí s pocitem bezmoci při zásahu. Anebo pokud na místě zásahu musejí čekat, než dorazí jiná složka IZS, která by napomohla s vyproštěním osob. Během čekání může dojít k vážnějším zraněním či dokonce úmrtí. Musejí pozitivně motivovat pacienty. Často se snaží zachránit životy ve velmi nepříznivých podmínkách a s minimem vybavení. Jindy jsou svědky hromadných nehod a dětských obětí lékaři se potýkají v případě nutnosti s oznámením úmrtí pacienta (Volf, 1998). Na druhé straně záchranáři nevstupují při zásahu do tzv. nebezpečné zony na rozdíl od hasičů a policistů. Nehrozí jim tedy žádné nepřírodní nebezpečí jim samotným ani jejich kolegům. Při zásahu soustředí veškerou svoji pozornost „jen“ na pacienta. Největším strachem pro záchranáře je, pokud by špatně stanovili diagnózu a pacienta začali špatně léčit (vlastní zpracování dle rozhovoru s členem ZZS ČR).

3.5.5. Policie České republiky

Policii ČR upravuje zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky. Policie je jednotný ozbrojený bezpečnostní sbor, který v zemi slouží veřejnosti. Hlavním cílem sboru je ochrana bezpečnosti osob, majetku a jejich práv a svobody, dále ochrana veřejného pořádku a předcházení trestní činnosti. Policie má na území ČR v každém kraji ředitelství. Dojezdový časový limit jednotky PČR k místu zásahu není stanoven, u prvosledových hlídek je dojezdový čas 9 minut. Za rok 2019 policisté zaznamenali 1 323 185 případů kriminality (PČR, 2020; Vilášek, 2014).

Mezi další činnosti Policie spadá také prosazování zákonnosti, zajištění bezpečnosti silničního provozu, odhalování nelegální migrace, korupce či padělání, prevence kriminality apod. Etický kodex udává základní hodnoty Policie, které jsou: profesionalita, nestrannost, odpovědnost, ohleduplnost a bezúhonnost (PČR, 2017).

Policista je oprávněn omezit osobní svobodu bez krutého či ponižujícího zacházení, odebrat věc, zastavit dopravní prostředek či zabránit jeho odjezdu, vstoupit bez souhlasu na pozemek z důvodu bezodkladné ochrany života, zdraví, veřejného pořádku či bezpečnosti. Dále může vykázat osobu a používat donucovací prostředky a zbraň. To vše samozřejmě v souladu se zákonem. Policisté mají nejrozmanitější a nejširší náplň povolání, povinnosti, oprávnění a úkoly v rámci IZS, a proto se také často stávají terčem nejen dopadu stresu, ale i obyvatel, které chrání (PČR, 2017; Vilášek, 2014).

Přijetí do služebního poměru

K Policii může být přijat občan starší 18-ti let, způsobilý k právním úkonům a bezúhonný. Musí mít střední a vyšší odborné vzdělání, nevykonávat živnostenskou činnost, anebo být členem politické strany či hnutí. Důležitým bodem je fyzická, zdravotní a osobní způsobilost. Fyzická způsobilost se prokazuje tělesnými testy – člunkový běh, kliky, běh a celomotorický test, celkem musí uchazeč získat alespoň 36 bodů. Také jsou kladeny na policisty požadavky v souvislosti s jeho vzhledem kvůli jeho společenskému postavení, například nesmí mít viditelná tetování či piercingy apod. (PČR, 2020).

Služební den

Služba u Policie nemá podobně jako záchranná služba denní řád, avšak také musejí během dne plnit zadané úkoly. Směny jsou různorodé, ať už se jedná o délku či náplň. Většina policistů považuje rozdělené směny hasičů za skvělý plán a jejich pouze měsíční plánování za negativum. Velikost pracovního kolektivu, rozložení a začátek směn i denní náplně se různí dle velikosti obvodu. Nejčastěji pracují v 8hodinových, či 24hodinových směnách. Detaily jsou již dle obvodu, hodnosti a příslušnosti, jinou pracovní náplň má pořádkový policista a jinou dopravní apod. Služební den je popsán z pohledu policisti z řad pořádkové policie. Ráno při výměně směn je potřeba směnu předat, dochází ke kontrole pracovního prostoru, vozidla, dokumentů a k popisu toho, co se za uplynulou směnu odehrálo a seznámení s potřebnými úkoly. Pokud policista přijde na směnu během dne, jen se seznámí s instruktáží, kterou sepisuje vedoucí každý den – rozpis podrobného denního plánu. Na plánu je spisová práce, pochůzky a kontrola obvodu. Pokud na stanici zpracovávají i spisy, musejí je po každém oznámení zpracovat – zpracování zahrnuje šetření, výsledky, přepis kamer, veškeré přestupky a vše, co se přestupku či trestného činu týká. Pokud mají pouze výjezdovou skupinu pak tyto materiály předávají kriminální službě, která je zpracuje (vlastní zpracování dle rozhovoru s členem PČR).

Stresory

Na policisty je vyvíjen jak psychický, tak i fyzický tlak při výkonu povolání. Mimo jiné již zmíněné stresory je pro policisty typická hierarchická struktura policie omezující možnost vlastního rozhodnutí, absence podpory od vedení a přepracovanost, která souvisí s nízkým počtem policistů. Také se lze často setkat s pocitem, že soudy nedostatečně trestají „kriminálníky“ a nadržují jim. Také společenská prestiž související se způsobem, jak média o policii hovoří a informují (Nový, 2003). Rozdílem od ostatních pracovníků IZS, je držení zbraně. Zátěžová situace u policisty tedy může vzniknout použitím střelné zbraně a následky jejího užití – i pokud je mířeno proti nim samotným. Mohou se setkat se záchranou rukojmích, sebevraždami, výsledky, pronásledováním vozidel, pátráním po osobách, násilnými činy a rychlou jízdou. Velmi často přicházejí do styku s agresivními osobami či zemřelými a každý den se setkávají s jinými případy a sami musejí odhadnout, kdy je třeba zasáhnout a myslet na veškeré dopady svého rozhodnutí. Za důležitý stresor je podobně jako u hasičů považováno bezprostřední nebezpečí (Vymětal, 2003).

Shrnutí

Pro členy IZS je velmi důležité pochopit svůj strach a umět s ním pracovat, nikoliv jej odmítat. Záchranář beze strachu je pro sebe, své kolegy i okolí nebezpečným, měl by mít neustále na paměti, že zodpovídá nejen za životy a ochranu druhých, ale také za život svůj a svých spolupracovníků (Pokyn HZS ČR, 2017). Veškerá aktivita lidí vyžaduje napětí. Napětí slouží jako prostředek k vyřešení daných situací a napomáhá vyřešit i složité problémy, zlepšuje pozornost a koncentraci. Čím je jedinec blíže kritickému bodu, tím je napětí silnější. Často se jedinec ocitá až na hranici snesitelnosti. Pokud vše proběhne bez větších komplikací a problém jedinec vyřeší, nastává uvolnění. Avšak také jedinec může být poznamenán přetažením, vysokou zátěží a vyčerpáním a zmobilizují se bioenergetické rezervy neboli stres. Členové IZS jsou každý den vystavováni řešení nelehkých problémů, překonávání překážek, jak fyzickému, tak i psychickému vyčerpání a vypětí sil. Psychické vyčerpání je dáno snahou provést daný úkol či záchranu, v co nejkratším časovém intervalu a také se zdárným koncem. Psychika jedince také může utrpět v souvislosti s pocitem zodpovědnosti vůči osobám očekávající pomoc či svým kolegům, v přítomnosti těžce zraněných nebo usmrčených osob, anebo dezorientací v neznámém prostředí. Při záchranných či likvidačních pracích je třeba překonat mnoho překážek vyžadující přenášení těžké techniky, práci ve výšce či s dýchacím přístrojem nebo v uzavřených a stísněných prostorech. Často jsou vystaveni toxickým látkám, vysokým teplotám, nebezpečným a agresivním osobám, nemocem, časovému presu a vystavují svůj život ohrožení. Psychická i fyzická zátěž spolu úzce souvisí a v mnoha případech se prolínají a nelze se jimi zabývat odděleně.

3.6. Posttraumatická intervenční péče

Posttraumatická intervenční péče (dále jen „PIP“) je pomoc osobám se ocitli nebo jsou stále přítomny krizové situaci, katastrofě, terorismu či jiným mimořádným událostem. Spojit si ji lze i s pojmem psychická první pomoc. Cílem PIP je poskytnout odbornou pomoc a stabilizovat jedince. Při poskytování této pomoci by měla intenzita zátěže, jejíž důsledkem může být snížený výkon záchranáře, klesat. Mezi další dílčí cíle patří také nevnučující a soucitná reakce, posílení pocitu bezpečí, podpora emocí rozrušených osob, poskytování praktické pomoci a informací, zapojení sociální opory zasaženého (rodina, přátelé) a podpora adaptivních způsobů zvládnání a aktivní role.

K poskytnutí PIP často stačí obyčejný lidský zájem o postiženou osobu, nevyžaduje speciální odborné vzdělání, avšak samozřejmě schopnosti a znalosti pravidel a postupů PIP napomáhají k redukci nejistoty a bezmoci zasahujících. PIP lze považovat za první a samostatný krok při stabilizaci, ale může být součástí krizové intervence, která na PIP může navazovat. Poskytuje se v bezpečí a soukromí (Špatenková, 2017, Baštecká, 2019).

Jedním z postupů PIP je přístup Critical Incident Stress Management – CISM, vytvořený pro IZS ve Spojených státech Amerických, který je podporující a soucitný, redukuje distres a vyhledává potřeby k zajištění psychického zdraví. Kroky jsou vyjádřeny pod anglickou zkratkou RAPID („rychlý“).

- R – reflective listening neboli reflektující naslouchání. Naslouchat potřebám zasažených je velmi důležité a efektivní, reflektující znamená, že je popisována situace, chování, odpovědi či emoce zasaženého, to napomáhá navázat kontakt, orientovat se v situaci, navrátit se do reality a posilovat pocit zájmu u zasaženého.
- A – assesment of needs neboli analýza potřeb. Podkladem pro identifikaci a zajištění základních potřeb je Maslowova hierarchie potřeb. Prvním bodem je zajištění zdravotní péče, zda zasažený není zraněn nebo nemá bolesti. Dále fyzické potřeby – hlad, žízeň, spánek apod. Nakonec je třeba zajistit pocit bezpečí a potřebu fungovat sám – podílet se na své adaptaci a převzít aktivitu.
- P – prioritize attending neboli prvořadé zaopatření. Zjišťováno je, zda je chování jedince funkční/disfunkční. Při disfunkci je nutné zajistit odbornou lékařskou pomoc.
- I – intervention neboli intervence. Provedení zásahu ku pomoci postiženému.
- D – discharge or refer for continued care neboli „dát dál“ (předat). Po stabilizaci není třeba předávat do odborné péče. Součástí je aktivace přirozeného zdroje opory, rodinu a předat jim. Pokud není stabilizován je předán odborníkům (Špatenková, 2017).

Body není nutné dodržovat v přesném pořadí, či vykonat všechny a lze je opakovat. Jediným pravidlem je potřeba vykonat bod „D“ a jeden z ostatních (Špatenková, 2017).

Obdobou je postup šesti P – promluv, podepři, připomínej realitu, podpoř, pečuj a předej. Promluv – projev lidskost a oslovení, podepři – odvedení postiženého z místa, podepření, připomínání reality – ptát se na jméno, na prožitou událost, místo,

kde se nachází, zklidňování dechu, podpoř – uklidnění, že jeho projev je v situaci naprosto normální, pečuj – zjišťování potřeby, nabídnutí vody, příkrývky, poskytování informací a naslouchání, předej – předání do následné péče (Baštecká, 2005; Baštecká, 2019).

Také metoda BOJISS: B – blízko, O – očekávání zdatnosti, J – jednoduše, I – ihned, S – stručně, S - soustředěně. Metoda je na úrovni vojenské psychiatrie, ale dle B. Baštecké lze toto pravidlo využít i pro účinnou a přiměřenou PIP (Baštecká, 2005).

Existuje řada postupů pro zvládání krizí, z dalších přístupů lze zmínit National Child Traumatic Stress Network a National Centre for PTSD, zaměřené na bezprostřední pomoc osobám v krizové situaci či PIP dle Světové zdravotnické organizace (WHO) poskytující vstřícnou pomoc všem, kdo trpí a potřebují pomoc (Špatenková, 2017).

Opatřeními PIP je školení a vzdělávání, individuální krizová prevence, demobilizace, defusing, debriefing a podpora rodinou či organizací. Školení členů PIP je individuální a podkladem je model CISM. Individuální krizová intervence je okamžitá první pomoc poskytovaná přímo na místě mimořádné události. Demobilizace je forma psychické pomoci poskytovaná bezprostředně po směně, při které se závažná událost odehrála. Cílem je informovat a uvolnit a zprostředkovat návazné služby (Vymětal, 2007).

Defusing lze přeložit jako „zbavit situaci výbušnosti“. Je nejen pro záchranáře, ale i pro postižené poskytován do 12 hodin po události. Může být veden jen členem psychosociálního intervenčního týmu (dále jen „PIT“). Cílem je pomocí rozhovoru v malých skupinkách zmírnění zátěže a emocí, doplnění informací o zásahu a o stavu osob, které byly na místě nehody. Popřípadě je nabídnuta další pomoc (Vymětal, 2007).

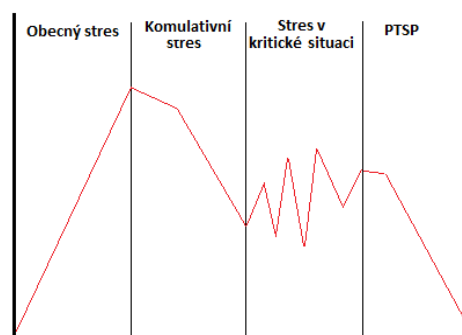
Debriefing znamená „podat hlášení po úkolu“. Prováděn je do 10 dnů po události a do 3-4 týdnů po katastrofách a pod dozorem zkušeného psychologa se spoluúčastí PIT, který vede schůzku pod pevnými pravidly v 7 fázích. Cílem je usnadnit uzavření události. První fází je úvod, jehož součástí je představení, zjištění důvodu schůzky a zpracování prožitků. Ve fázi faktu účastníci sdělují jména a role a vypráví o události. Třetí je sdílení myšlenek, které doprovázely krizi. Ve fázi pocitů jsou sdělovány nejhorší a nejvíce zraňující zážitky, které by postižený chtěl vymazat z paměti a je zjišťován podnět. Ve fázi

chování je zjišťováno, zda a jak se změnilo chování, myšlení či pocity po události. Následuje fáze informování, poskytování rad, doporučení a další pomoci a ujišťování, že reakce je normální. V poslední je opětovné začlenění (Baštecká, 2005).

3.7. Krizová intervence

V případě, kdy nastane mimořádná událost, ve výkonu nejen členů IZS dochází k častým výkyvům. Zasahující si musejí uvědomit a akceptovat, že tento stav je naprosto normální a také, že i chyby jsou základem řešení krize. Na druhé straně přináší krizová situace zvýšení adrenalinu, energie i pocit smysluplnosti práce. Hranicí toho je, že záchranáři často pracují v modu tzv. automatického pilota a nepřipouštějí si jakékoli emoce, které mohou vyjít na povrch zpožděně či po ukončení krize (Dlouhý, 2014).

Na obrázku vpravo je graficky znázorněn výkon jedince pod vlivem různých typů stresu.



Obrázek 1 Výkon pod vlivem stresu

3.7.1. Neformální pomoc

Neformální pomoc je nejčastějším způsobem zvládnání. Součástí je svépomoc a vzájemná pomoc, kterou jedinec v krizi využívá od svého nejbližšího okolí. Nejprve se každá osoba uchyluje k zvládnání svépomocnými aktivitami. Pokud technika selže, či nemá dostatečný účinek, teprve poté přichází profesionální pomoc. Pokud pomoc „zvenčí“ nefunguje, či je odmítána, neformální pomoc znovu nabývá na významu (Špatenková, 2017).

Zvládnání krize vždy začíná u člověka samotného. Pracovníci by se neměli utápět ve vlastních myšlenkách, potlačovat své emoce (pokud tedy není zrovna přítomen na místě zásahu, kde by neměl dávat najevo emoce) a uzavírat se sami do sebe (Volf, 1998).

3.7.1.1. Svépomoc

Při podpoře je velmi vhodné zmínit se o možnosti svépomoci, resp. o klientových vlastních postupech a strategiích (Vymětel, 2009). Jedinec si plně uvědomuje svůj stav a chce si pomoci s využitím vlastních schopností a zkušeností. Často dochází k využití obranných mechanismů (Špatenková, 2017).

Definice obranných mechanismů: „*Klamné, iluzorní, fantastické, realitu nerespektující a někdy až matoucí formy zvládnání životních těžkostí*“ (Křivohlavý, 2001).

Mezi tyto formy zvládnání lze zařadit následující:

- útok – velmi obvyklý způsob. Jedinec může chovat rozmanitě: verbální útoky, výhrušná gestikulace či mimika a fyzický atak směrem k podnětu problému.
- Únik – útěk může být doslovný a realistický, když jedinec odejde z místa tragédie, dále symbolický, pokud si zakryje rukama obličej, anebo fantazijní. Často se vyskytuje útěk do nemoci, tzv. „hození se marod“.
- Represe – vytěsnění reality z vědomí mimo vědomí. Jedinec si nemůže vzpomenout na detaily, úseky či dokonce celou tragédii.
- Suprese – záměrné a vědomé vytěsnění události. Člověk si plně uvědomuje situaci, ale vzpomínky potlačuje a odsouvá – „Nebudu na to teď myslet“ – naopak toto vede spíše k častějším myšlenkám na tragickou událost, než kdyby měly volný průběh.
- Regrese – návrat k vývojově nižším stádiím. Dospělí se chová jako „malé dítě“, čímž vyjadřuje svoji potřebu péče a podpory od svého nejbližšího sociálního okolí.
- Fixace – zamrznutí v určitém bodě vývojového stádia.
- Inverze – neboli převrácené chování.
- Popírání – jedinec odmítá pravdu a realitu, popírá nepřijatelná fakta, předstírá, že se událost nestala, že to nevnímá a není to jeho starost.
- Racionalizace – vysvětlování si svého chování na základě rozumového zdůvodnění.
- Introjekce – přivlastňování si a promítání problémů ostatních do svého života.
- Projekce – opakem introjekce, promítání svých problémů do druhých lidí. Své chyby připisuje ostatním – „To ty za to můžeš, ne já!“.
- Sebeobviňování – jedinec bere za situaci vinu pouze na sebe (Špatenková, 2017).

Coping na rozdíl od obranných mechanismů respektuje realitu. Je behaviorální, kognitivní či sociální reakcí s cílem snížit vnitřní i vnější tlaky. Lazarus definoval strategii zaměřenou na sebe, kdy se rozvíjí přirozený egocentrismus. Hlavním bodem pozornosti jsou emoce a vlastní osoba. A strategii zaměřenou na problém, jedinec působí na vnější prostředí a ovlivňuje jej. Volba závisí na předchozích zkušenostech a subjektivním hodnocení (Špatenková, 2017). Mezi možnosti svépomoci patří správná výživa, relaxace, přijetí stavu a dodržování rutinních činností, vyjádření emocí, fyzická cvičení, snížení nároků a nepřirovnávání k jiným událostem (Vymětal, 2009). Optimální je aktivně zjišťovat informace o krizi, její dopady a rizika, krizi rozložit a řešit ji postupně, ochota změnit sám sebe a mít sebedůvěru a naději, že krizi lze překonat (Špatenková, 2017).

3.7.1.2. Vzájemná pomoc

Vzájemná pomoc je charakterizována interakcí s nejbližším okolím – rodinou, příbuznými, přáteli, sousedy, spolupracovníky, spoluobčany, členy zájmové skupiny i náhodnými kolemjdoucími (Baštecká, 2009).

Pro jedince v krizi je důležité vyslechnutí a povzbuzení a pocit, že na problém nejsou sami. Základem je vstřícná, akceptující a důvěrná atmosféra a opravdový zájem. Průběh pomoci může narušit zlehčování, devalvace, odmítání a moralizování i touha po okamžitém vyřešení (Špatenková, 2017). Laická pomoc s nejbližšími či od osob, které si podobným neštěstím neprošli může být neúčinná a zraňující. Příkladem je poučování, dávání „dobrých“ rad („Vykašli se na to“, „Buď rád, že jsi to přežil“), potlačování emocí („Nebreč, vzchop se“, „Uklidni se“), vynucování unáhlených rozhodnutí („Co vlastně chceš“, „Já bych na tvém místě udělal tohle...“), zlehčování projevů krize (poruchy potravy, spánku) a nadměrná konzumace alkoholu, léků či jiných drog. Nevhodné je: „Vím, co prožíváš“ či „Chápu, jak se cítíš“ (Vymětal, 2009). Pomoc v rámci rodiny či přátel je také velmi riziková a hrozí konflikt v podobě protichůdných rad, vysvětlení a žárlivosti. Důležitá je motivace pomáhajících jedinci v krizi ulevit. Správná neformální pomoc napomáhá upevnění vztahu a rozvíjí altruismus, avšak nemá odborné základy, chybí potřebné vědomosti a velmi často se využívají neefektivní obranné mechanismy – „Pojď, dáme si radši panáka“. Základem by měla být rodina ochotná naslouchat a představující přirozené prostředí (Špatenková, 2017, Klimpl, 1998).

3.7.2. Krizová intervence

Krizová intervence je považována za formální či institucionalizovanou a specializovanou pomoc. Vyhledávána je zpravidla když neformální pomoc nepostačuje. Každá rodina má nastavenou svoji hierarchii a konkurenci, která může narušovat přirozené uvolňování emocí a podpory, proto se jedinci obrací na bezpečné a profesionální prostředí, ve kterém je jim projev emocí umožněn a usnadněn (Špatenková, 2017). Cílem je navrátit klientovi psychickou rovnováhu a eliminovat krizi (Vymětel, 2009).

3.7.2.1. Znaky krizové intervence

Krise je narušením psychické rovnováhy mezi základními charakteristikami jedince (Vymětel, 2009). Proto je nutné, aby nebyla řešena pouze v rámci běžných vyrovnávacích strategií. Intervence znamená, že v řešení krize napomáhá klientovi krizový intervent. Pro zasaženého jedince vystupuje intervent jako prostředník napomáhající získat od krize větší odstup, aby ji mohl pozorovat, informovat se a navázat kontakt (Špatenková, 2017).

Zajišťována je okamžitě a neprodleně – *immediacy*, co nejbližší – *proximity*. Pomoc je kompetentní, s očekávanou způsobilostí – *expectancy*, bezpečná, platí „nepoškozovat a neublížovat“ – *security* a využíváno je jednoduchých řešení – *simplicity*. Dochází k poskytnutí okamžité pomoci, redukci ohrožení a zabezpečení podpory. Má stanovený časový rámec, strukturovaný a řízený průběh a individuální přístup (Špatenková, 2017).

3.7.2.2. Etapy krizové intervence

Nejčastěji jsou uváděny tři fáze – zahájení, realizace a ukončení. Pro zahájení intervence je základem rychlé a okamžité navázání kontaktu (Špatenková, 2017). Důležitý je kvalitní vztah, akceptování stavu a výzva k vyprávění příběhu (Vodáčková, 2007). Klient prožívá různé pocity – strach, úzkost, beznaděj a může se projevat neadekvátně. Podstatou je zajistit pocit psychického bezpečí. Následně intervent napomáhá ujasnit si myšlenky a formulovat, s čím a jak vlastně potřebuje pomoci (Špatenková, 2017).

Ve druhé fázi realizaci jsou zjišťovány informace o krizi. Intervent reflektuje odpovědi klienta, který vnímá situaci jako ohrožení. Během procesu lze vnímání přehodnotit. Intervent se snaží posoudit faktory precipitující událost, porozumět stavu

klienta, úrovní adaptace, fungování, vztahu k okolí a ochotě přijmout pomoc. Postupně vzniká plán, k němuž se přidává sociální opora. Pro správné pochopení zakázky lze informace zrekapitulovat, popřípadě klientovi nabídnout více možností pochopení. Klient se osamostatňuje a stabilizuje a sám hodnotí situaci. Pokud se klient nezvládne osamostatnit a krizový stav se prohloubí, je nutná hospitalizace, tedy situace na tzv. krizovém lůžku. V případě stabilizace, přichází klient do poslední fáze a k ukončení intervence. Jedinec si je vědom toho, co bylo spouštěčem, a jak krizi překonat. Základem je dokumentace k případnému dalšímu kontaktu (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2007).

3.7.2.3. Formy krizové intervence

1. Prezenční forma

Základem je osobní přítomnost intervenanta. Zahrnuje terénní službu, kdy intervenant napomáhá v místě výskytu klienta – doma, ve škole, na ulici. Dále ambulanci službu, kdy klient navštěvuje ambulanci. Ve většině případů jsou centra doporučena linkou důvěry, policií či sociálními a zdravotními pracovníky. Pobytová služba představuje krátkodobé poskytnutí tzv. krizového lůžka. To je nabízeno, pokud se jedinec nachází v takovém krizovém stavu, že již nelze zůstat v domácím prostředí. Pobyt v centru eliminuje nežádoucí rizikové faktory, například pokud se pro klienta domácí prostředí jeví jako ohrožující, anebo pokud je klientův stav třeba neustále sledovat (Špatenková, 2017).

2. Distanční forma

Založena na neosobní pomoci, bez přítomnosti intervenanta, tzv. pomoc na dálku. Poskytována telefonicky nebo prostřednictvím internetu. Dle odborníků není dostačující, avšak může být stejně efektivní jako prezenční. Linky důvěry jsou často prvním krokem k vyhledání pomoci pro snadnou dostupnost a jedinec tak získá zkušenosti s intervencí. Využívány jsou různé technické prostředky a má vysokou dostupnost (Špatenková, 2017). Všeobecnou linkou důvěry s nepřetržitým provozem je RIAPS Praha pro celé ČR, či Linka bezpečí také s nepřetržitým provozem pro děti a mládež (Vodáčková, 2008).

3. Face to face

Forma pomoci tváří v tvář má mnoho možností, jedním z přístupů je model ABC založený na krátkých rozhovorech a rozdělený do tří etap – A = úvod, aktivní navázání

kontaktu, B = stať, chování (behavior), C = závěr, vyřešení a zvládnutí krize (coping). Pro kvalitní vztah je důležitá vstřícnost, parafrázování pro eliminaci nejasností a komunikačních šumů, reflexe pocitů a empatie. Cílem je sdílet to, co bylo řečeno. Po sblížení získá intervent základní údaje o klientovi, společně identifikují problém a hledají řešení. Intervent povzbuzuje a ujišťuje, že reakce je běžná a vzdělává klienta v oblasti krizí. Navrhuje užitečnou strategii řešení a podporuje ve správném rozhodnutí. Přeformulace mění pohled klienta pro vnímání krize jako příležitosti (Špatenková, 2017).

Poslední fází je coping. Pro překonání je podstatné probádat adaptační mechanismy. Pracovník rekapituluje získané poznatky o problému. Společně, avšak především v režii klienta, shrnou dosavadní strategie pro zjištění, co bylo přínosem a co nikoli a intervent nasměruje klienta k určitému způsobu. Následně je pomoc ukončena, pokud je klient stabilizován. Často je klient převzat do psychoterapeutické, popřípadě psychiatrické péče. V lepším a optimální případě krizi překoná (Špatenková, 2017).

4. Telefonická forma

Poskytována linkami důvěry s různou specializací. Linky poskytují bezprostřední, nepřetržitou a kvalifikovanou pomoc. Zavolat může kdokoliv a kvůli čemukoliv, interventi mají rozsáhlé možnosti i kontaktní adresář, který mohou využít k vhodné následné pomoci (Vodáčková, 2008). Intervent naslouchá a neomezuje, dodržuje mlčenlivost, zajišťuje anonymitu pro usnadnění sebeotevření a bere na vědomí, že pro klienta je nelehké otevírat choulostivý problém (Vodáčková, 2007). Výhodou je okamžitá pomoc, dostupnost, bezbariérovost a „domácí komfort“, klient nemá strach z cizího prostředí a má možnost hovor kdykoli ukončit. Pro důvěru velmi záleží na prvních slovech (Špatenková, 2017).

Nevýhodou je absence neverbální komunikace. Může nastat časový stres a je třeba zrychleně získat důvěru. Během hovoru může být kontakt kdykoli přerušen kvůli špatnému signálu či zavěšení. To může vyvolat pocit nedokončené práce u interventa a klient si může domýšlet různé důvody, proč mu intervent nechce pomoci. Zavádějící pro interventa může být i ton hlasu či denní doba (Vodáčková, 2007).

5. Prostřednictvím internetu

Často využívané spíše jako doplněk. Lze dělit dle použité formy komunikace či nabízené služby. Nabízeno je internetové poradenství a krizová intervence. Formou jsou webové stránky, e-mailová korespondence, chatová komunikace a internetová telefonie. Webové stránky jsou nejjednodušší. Na stránkách sociálních služeb jsou zveřejňovány statické informace. Nevýhodou je jednosměrnost a nízká účinnost. Email je jednoduchý a rozšířený. Poskytuje se bezplatně poradenství. Nevýhoda je časové zpoždění odpovědi a chybějící neverbální komunikace. Na druhé straně je prodleva výhodou pro přípravu.

Chatová komunikace je interaktivní a bezprostředním kontaktem. Zprostředkovává ji Linka bezpečí a Krizové centrum pro děti a mládež, Sponde a E-linka. Důraz kladen na anonymitu s možností přihlášení pod přezdívkou. Výhody spočívají v dostupnosti odkudkoliv, poradenství je levné a přístupné osobám s vadou řeči či neslyšícím. Internetová telefonie se liší pouze v možném výpadku a v podstatě nulové ceně. Program Skype využívá třeba Modrá linka Brno (Špatenková, 2017).

6. Terénní forma

Poskytována v přirozeném prostředí. Intervent přichází ke klientovi a vstupuje do jeho osobního života – domova, pracoviště, školy či vyjíždí do terénu – k mimořádné události. Také může doprovázet klienta k poskytnutí další odborné péče (Špatenková, 2017).

3.7.2.4. Pracovník krizové intervence

PIP by měl být schopen poskytnout kdokoliv nacházející se u postiženého, avšak krizová intervence již vyžaduje určité podmínky. Krizový intervent (dále jen „KI“) musí disponovat teoretickými i praktickými znalostmi a dovednostmi, mít potřebné osobnostní dispozice a projít speciálním výcvikem. Vytváří bezpečný prostor pro otevřenou ventilaci emocí a problémů. Posuzuje závažnost situace a poskytuje rady. Musí bezchybně znát problematiku krize a její intervence. Musí aktivně naslouchat, mít základy první pomoci, právního vědomí i sebeobrany, orientovat se v potřebách, plánovat, podporovat soběstačnost a rozeznávat silné stránky, zasahovat, rychle se rozhodovat, spolupracovat, reflektovat a správně využívat metod a odborně neustále růst. Sám KI se může ocitnout v krizi a musí umět pečovat sám o sebe a znát hranice svých možností.

Kdokoliv, kdo pečuje o druhé, musí nejprve začít u sebe. energii, kterou vydává musí zase získat zpět. Ne pracovat do „roztrhání těla“, to může vyústit v syndrom vyhoření. Profese je nelehká a vykonávají jí jen osoby, které jsou připraveny a vyškoleny a vůči stresu odolnější než jiní (Špatenková, 2017; Vodáčková, 2007).

3.7.2.5. Krizová intervence při suicidálním jednání

Lze uskutečnit ve třech případech. Při ohrožení suicidálním pokusem, tedy v situaci před pokusem či při započetí pokusu. Bezprostředně po neúspěšném pokusu, tehdy jsou jedinci nejprístupnější pomoci zvenčí. Posledním případem je po úspěšném dokonaném suicidiu, v této situaci se krizová intervence zaměřuje na pozůstalé (Špatenková, 2017).

Sebevražedný pokus bývá impulzivním činem a většina lidí po pomoci již žádné takové úmysly nemá, proto je krizová intervence velmi důležitá a taky obtížná. Jedinec ztrácí smysl života, není schopen akceptovat svá selhání, pro možný přístup k takovému jedinci je potřeba zvážit svůj vlastní postoj k sebevraždě a poznat svoji vlastní suicidalitu. Pokud ji intervent neakceptuje, může se toto nouzové východisko stát vydíráním od jedince a ohrožena bude i interventova identita. Intervence může mít podobu prezenční i distanční po telefonu. Linky důvěry byly právě na tomto základě vybudovány – k suicidální prevenci (Kastová, 2000).

Průběh krizové intervence při ohrožení suicidiem začíná navázáním kontaktu, a především zachováním klidu, poradce nesmí projevit zděšení či paniku, musí být schopen objektivně zhodnotit situaci a ohrožení a nebát se i otevřeně zeptat, zda klient o sebevraždě uvažuje. Po zorientování musí redukovat nebezpečí a neměl by analyzovat příčiny – otázka „Proč“, ale snažit se zjistit, co bylo poslední kapkou, co se dělo v posledním týdnu či hodinách. Především nesmí obviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nebagatelizovat a nehádat se a naopak projevovat zájem. Dalším bodem je identifikace hodnot – rodina, přátelé, zvířecí mazlíček, práce apod a zjištění motivu sebevraždy. Po zjištění potřebných informací intervent nabídne jinou alternativu, plán a pomoc a uzavře s ním tzv. „smlouvu o přežití“ – není plnohodnotnou psychoterapii či zárukou neublížení si, ale jedná se o podnět k aktivizaci stávajících sil jedince a posílení vědomí vlastního ohrožení a odpovědnosti za sebe sama (Špatenková, 2017).

4. Empirická část

4.1. Charakteristika dotazníkového šetření

Výzkum je zaměřen na problematiku posttraumatické intervenční péče a krize. Výzkum porovnává členy IZS ČR. Dotazník byl sestaven dle formulovaných statistických hypotéz, které jsou uvedeny v cíli práce. Dotazník obsahuje celkem 36 otázek otevřených, zavřených i polouzavřených, přičemž je vždy možná pouze jedna odpověď. Respondenti jsou členové IZS, především Středočeského kraje a hl. m. Prahy. Konkrétní stanice nechce autorka uvádět kvůli anonymitě. Výběr respondentů proběhl stratifikovaným náhodným výběr, kde skupina neboli strata představovala členy IZS a dále jednoduchým náhodným výběrem. Dotazníky byly na stanice rozeslány v online podobě či dodány v papírové podobě. Reprezentativnost vzorku je podpořena sběrem 240 odpovědí, přičemž z každé složky bylo získáno 80 vyplněných dotazníků (Ferjenčík, 2010; Hendl, 2009).

4.2. Postup vyhodnocení dat

Výsledky dotazníkového šetření byly vyhodnoceny prostřednictvím deskriptivní i induktivní statistiky. Deskriptivní statistika zahrnuje popis dat uspořádaných prostřednictvím tabulek a grafů. Základem induktivní statistiky je bivariační rozdílová statistika, jejíž předmětem je vztah mezi dvěma proměnnými. Výchozím předpokladem je stanovení nulové hypotézy. Porovnání členů je vypočteno pomocí jednofaktorové ANOVY neboli analýzy rozptylu, sloužící pro výpočet rozdílných průměrů mezi více soubory, které jsou určeny jednou kategoriální nezávislou proměnnou neboli faktorem. Faktor je vždy stanoven pro každou hypotézu jiný – pocit psychického vyčerpání, prožití posttraumatické stresové poruchy, vnímání pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče, vnímání pracovního okolí a připravenost. Na základě testu bude nulová hypotéza přijata či zamítnuta. Nulová hypotéza vypovídá o neexistenci významného statistického rozdílu, tedy průměry všech skupin jsou si rovny a faktor závisle proměnnou neovlivňuje. Opakem je hypotéza alternativní, zamítá nulovou a potvrzuje statisticky významný rozdíl, tvrdí, že alespoň jedna ze skupin se v průměru odlišuje. Bude vypočten součet čtverců mezi třídami a uvnitř tříd, stupně volnosti a rozptyl dle vzorců níže, a nakonec hodnotu

F-testu porovnat s tabulkovou kritickou hodnotou pro $F\alpha^{(m1); m(n1)}$. Pokud $F < F\alpha^{(m1); m(n1)}$
 \Rightarrow nulová hypotéza bude přijata a bude statistický rozdíl zamítnut, pokud $F > F\alpha^{(m1); m(n1)}$
 \Rightarrow nulová hypotéza bude zamítnuta a bude přijata hypotéza alternativní (Hendl, 2009).

Vzorce k výpočtu analýzy rozptylu:

m = počet řádků; n = počet sloupců; $\sum x_i$ = součet hodnot řádku; $\sum_m \sum_n x_{ij}^2$ = součet všech hodnot na druhou mocninu

Součet čtverců odchylek mezi třídami $S1 = \frac{1}{n} \sum x_i^2 - c$ ($c = \frac{x_{..}^2}{mn}$)

Součet čtverců odchylek uvnitř tříd $S2 = S - S1$

Celková S $S = \sum_m \sum_n x_{ij}^2 - c$

Stupně volnosti $S1 = m - 1$; $S2 = m(n-1)$

Rozptyl $rs1 = \frac{S1}{m-1}$; $rs2 = \frac{S2}{m(n-1)}$

Hodnota F-testu $F = \frac{rs1}{rs2}$ (Svatošová, a kol., 2008).

Dále je potřeba stanovit hladinu významnosti α , která představuje pravděpodobnost či riziko zamítnutí nulové hypotézy, i přestože platí. Hodnoty analýzy rozptylu budou vypočteny v systému STATISTICA CZ. Počítáno bude s hladinou významnosti α 0,05, tzn. že nulová hypotéza bude přijata či zamítnuta s 95 % pravděpodobností. Po porovnání hodnoty F-testu a kritické hodnoty, bude u zamítnutých nulových hypotéz, tedy v případě potvrzení statistického rozdílu alespoň u jedné ze skupin, proveden Scheffého test pro podrobnější vyhodnocení a zjištění, která ze skupin se odlišuje. Nejprve budou průměry hodnot jednotlivých skupin od sebe odečteny, každý průměr s každým a následně budou porovnány s hodnotou Scheffého testu, vypočteného dle vzorce níže. Pokud bude hodnota S-testu nižší pak bude u dané skupiny prokázán rozdíl (Ferjenčík, 2010; Hendl, 2009; Neubauer, 2016).

Scheffého test

$$Sch = \sqrt{(m - 1) * F\alpha^{(m-1); m(n-1)} * \frac{2rs2}{n}}$$

(Svatošová, a kol., 2008).

Hypotézy H6A – H6E budou vypočteny dle Pearsonova χ^2 - kvadrátového testu dobré shody. Výchozím předpokladem je stanovení nulové a alternativní hypotézy, rozdílem je, že porovnává pouze dvě skupiny. Porovnávána bude skupina členů IZS, kteří mají psychologa či peera k dispozici na stanici a skupina členů bez dostupnosti odborné pomoci na stanici. Na základě testu bude nulová hypotéza přijata, rozdíl nebude potvrzen, či zamítnuta a rozdíl bude prokázán. Počítáno bude s hladinou významnosti α 0,05. Zvolená hladina významnosti bude porovnávána s vypočtenou p hodnotou. Pokud nastane, že $p > \alpha$, pak bude nulová hypotéza přijata a pokud naopak $p < \alpha$, nulová hypotéza bude zamítnuta a bude přijata hypotéza alternativní a skupiny se od sebe odlišují. U přijatých alternativních hypotéz bude vypočtena síla závislosti dle Spearmanova koeficientu „S“ pořadové korelace, který vypovídá o intenzitě závislosti mezi testovanými skupinami. Síla závislosti může nabývat hodnot do 0,3, to představuje pouze slabou závislost či nízkou. Hodnoty od 0,3 – 0,5 představují mírnou závislost. Při hodnotách 0,5 - 0,7 bude prokázána význačná závislost. Hodnoty 0,7 – 0,9 znamenají velkou závislost. Hodnoty $>0,9$ vypovídají o velmi silné či velmi vysoko závislosti. Hodnoty budou počítány v systému STATISTICA CZ. (Ferjenčík, 2010; Hendl, 2009; Neubauer, 2016).

4.3. Shrnutí dat dotazníkového šetření

1. Jste členem/členkou?

Dotazník byl vyplněn rovnoměrně od členů všech složek IZS, tzn. že bylo získáno 80 vyplněných dotazníků od HZS ČR, od ZZS ČR i od PČR.

2. Jaké je Vaše pohlaví?

Celkem na dotazník odpovědělo 173 mužů a 67 žen. Z toho respondenti z HZS ČR byli všichni muži, za ZZS odpovídalo 42 mužů a 38 žen a PČR 51 mužů a 29 žen.

3. Kolik je Vám let?

Průměrný věk všech respondentů je po zaokrouhlení 36 let. Průměrný věk HZS je 37 let. Nejvíce členů, 60, se nachází v rozmezí 30–45 let. Celkem 15 členů je mladších 30 let, v rozmezí 22-29 let. Pouze 5 členů je starších 45 let, v rozmezí 46-49 let. Průměrný věk respondentů ZZS odpovídá 38 rokům. Ve věkovém rozmezí 28-29 let se nachází pouze

7 respondentů. Dále v rozmezí 30-39 let odpovědělo celkem 38 respondentů. Respondentů starších 40 let, tedy v rozmezí 40 – let je 35. Průměrný věk respondentů PČR je 34 let, přičemž ve věkovém rozmezí 21-29 let se nachází 38 respondentů, v rozmezí 30–39 let 12 respondentů a v rozmezí 40–53 let odpovědělo 30 respondentů.

4. Jaká je délka Vašeho služebního poměru?

Průměrná délka služby všech respondentů je 13 let. Služba HZS odpovídá téměř vždy stejnému věku nástupu do služby, mezi 21-22 rokem. Průměrná doba služby je 15 let. Lze konstatovat, že většina nastupuje po ukončení vzdělání a setrvává do vyššího věku. Průměrná délka služby členů ZZS je 11 let a odpovídá nástupu mezi 26-30 rokem, zdravotníci velmi často studují až do 26 let. Praxi do 10 let má 36 respondentů, v rozmezí 10-14 let 28 a vyšší než 15 let a nejdéle 21 let 16 členů. Průměrná délka služby policistů odpovídá 12 rokům. Vzhledem k průměrnému věku nastupují do služby po ukončení vzdělání, avšak dle dotazníku lze konstatovat, že většina přichází do služby s nadšením, ale nadšení vyprchá a respondentů středního věku s praxí již po ukončení vzdělání není tolik, mnohem méně je policistů vyššího věku s dlouholetou praxí. Služební poměr přibližně po 10 letech bude zlomovým, kdy policisté buď setrvávají ve službě či odchází.

5. U kolik výjezdů, akcí jste přibližně přítomen/přítomna během jednoho týdne?

K nejvíce případům vyjíždí členi ZZS, v 85 % případech byla zaznamenána odpověď „16 a více“. Naopak nejméně případů na jednoho člena během týdne připadá na složku HZS, přičemž 48 respondentů zvolilo možnost „1-5“. Členi PČR nejčastěji vyjíždí během jednoho týdne k 6-10 případům.

6. Domníváte se, že výkon Vaší profese je psychicky náročnější v porovnání s jinými?

Dle výsledků převážná část, konkrétně 80 % respondentů, považuje svoji profesi za náročnější v porovnání s jinými. Nejvíce členů HZS zvolilo negativní odpověď ve smyslu náročnosti, celkem 92 % členů s výrokem souhlasí. Naopak nejvíce s výrokem nesouhlasí členi ZZS, kdy záporně odpovědělo 40 % členů a ani jeden plně nesouhlasil.

7. Cítíte se během výkonu svého povolání psychicky vyčerpaný/á?

Tabulka 1 Psychická vyčerpanost

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano, vždy		5	0	0	5
b. Ano, často		15	38	18	71
c. Ano, občas		26	31	37	94
d. Ano, výjimečně		28	11	25	64
e. Ne		6	0	0	6

(Zdroj: vlastní zpracování)

V tabulce výše jsou zaznamenány odpovědi členů IZS na otázku jejich psychické vyčerpanosti. Nejvíce psychicky vyčerpaní se cítí členi ZZS, kteří nejčastěji zaznamenali odpověď „často“ či „občas“, celkem 69 respondentů, to představuje více než 86 %. Policisté tuto možnost zvolili v 68 % případů a hasiči i s možností „vždy“ v 57 % případů.

8. Setkal(a) jste se během výkonu svého povolání s extrémně obtížným (psychicky náročným/traumatizujícím) zážitkem/zážitky?

Tabulka 2 Setkání s traumatizujícím zážitkem

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano, vždy		2	0	0	2
b. Ano, často		19	33	13	65
c. Ano, občas		36	31	22	89
d. Ano, výjimečně		20	16	27	63
e. Ne		3	0	18	21

(Zdroj: vlastní zpracování)

Dle tabulky výše lze konstatovat, že více než 91 % všech respondentů se během výkonu svého povolání alespoň jednou setkalo s psychicky náročným/traumatizujícím zážitkem. Co se týče policistů, kteří zvolili možnost „ne“, jedná se především o členy, kteří jsou ve výkonu svého povolání teprve velmi krátkou dobu. Dle hodnot z tabulky lze také konstatovat, že nejčastěji se s traumatizujícím zážitkem setkávají členové ZZS.

9. Pokud ano. Jak jste se s traumatizujícím zážitkem vyrovnal(a)?

Respondentů, kteří se setkali ve službě s traumatizujícím zážitkem bylo celkem 219. Z toho se většina se zážitkem vypořádala sama, konkrétně 49 % a mnohem méně se svěřilo blízkému, 26 % respondentů. Velmi málo členů k vyrovnání využilo pomoci odborníka, pouze 13 %. A s takovýmto zážitkem se nevypořádalo téměř 12 % členů. Odbornou pomoc psychologa či kolegy využili nejčastěji respondenti HZS, konkrétně ve 20 případech ze 77.

10. Pokud jste se vyrovnal(a). Jak dlouho jste se zátěžovou situací vyrovnával(a)?

Z počtu členů, kteří se setkali s traumatem, 219, se většina z nich vypořádala s traumatizujícím zážitkem během krátké doby, tedy do 4 týdnů. Delší dobu, tedy více než 4 týdny, se s takovým zážitkem vyrovnávalo 30 %. Nejrychleji se s traumatem vyrovnávají členi HZS, kteří v 11 případech zvolili možnost „ihned“ a v 38 případech možnost „krátce“. Nejdéle se zátěžovou situací vyrovnávají respondenti ZZS, kteří 26krát zvolili možnost „delší dobu“ a dokonce 11 členů se s traumatem zatím nevyrovnalo.

11. Znáte program strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací (PIT)

Více než 56 % respondentů se již setkalo s programem strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací, tedy posttraumatickým intervenčním týmem. Pouze členové ZZS mají nejvyšší nadpoloviční počet pozitivních odpovědí, celkem 61 členů ZZS tento pojem zná. HZS mají odpovědi vyrovnané mezi možnostmi. Členové PČR se s tímto pojmem setkali jen v 37 % případů.

12. Je pro Vás psycholog či PEER/PIT k dispozici přímo na stanici?

Tabulka 3 Dostupnost psychologa či PEERa/PITa na stanici

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano, oba		25	0	0	25
b. Jen psycholog		0	0	0	0
c. Jen PIT/PEER		15	13	15	43
d. Nevím		2	0	21	23
e. Ne		38	67	44	149

(Zdroj: vlastní zpracování)

Program PIT zná 135 respondentů, z toho pouze 68 členů má na stanici k dispozici psychologa či PITa. 62 % členů nemá k odborné pomoci na stanici přístup. Většinová část ZZS na stanici nemá k dispozici odbornou pomoc, policisté mají obdobné rozpoložení, avšak ¼ členů netuší, zda mohou kolegů o pomoc požádat. Více než polovina členů HZS má na stanici k dispozici odbornou pomoc. Z 40 členů HZS, kteří mají přístup k odborné pomoci na stanici, ji využilo při vyrovnání se s traumatizujícím zážitkem 20 respondentů. U ZZS možnost nevyužil nikdo a z 15 policistů možnost zvolilo 9 členů.

13. Oceňujete/ocenil(a) byste přítomnost psychologa či PEERa/PITa na stanici? Pokud není psycholog či PEER/PIT přítomen na stanici, ocenil(a) byste to?

Přítomnost odborné pomoci přímo na stanici by ocenilo či oceňuje 58 % respondentů. Členi HZS s možností odborné pomoci na stanici zvolili, že ji oceňují. Členi, kteří zvolili negativní odpověď, jsou převážně s krátkou délkou služby. Opět všichni členi ZZS, kteří mají na stanici možnost pomoci PITa odpověděli kladně. Více než polovina by možnost neocenila, avšak důvodem může být neznalost praxe s pomocí. Členi PČR s přítomností PITa na stanici také zvolili kladnou odpověď, tedy 15 respondentů. Negativní odpovědi, kterých byla většina, mohou být opět ovlivněni neznalostí praxe i teorie oblasti.

14. Svěřili byste s problémy odborníkovi v oblasti PIP či PEERovi/PITovi?

Tabulka 4 Svěření se s problémy

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		23	10	11	44
b. Spíše ano		39	40	54	133
c. Spíše ne		16	30	15	61
d. Ne		2	0	0	2

(Zdroj: vlastní zpracování)

Z tabulky výše je zřejmé, že většina respondentů, konkrétně 74 %, by se s problémy odborníkovi či PITovi svěřila. Největší nedůvěru v tuto pomoc chovají členi ZZS, avšak i v tomto případě se jedná o méně než polovinu respondentů. Kladnou odpověď zvolili téměř všichni členové, kteří na stanici tuto pomoc mají k dispozici.

15. Myslíte si, že by Vás mohla návšteva u služebního psychologa profesně poškodit?

Tabulka 5 Profesní poškození návštěvou u psychologa

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		0	13	0	13
b. Spíše ano		39	24	10	73
c. Spíše ne		37	35	62	134
d. Ne		4	8	8	20

(Zdroj: vlastní zpracování)

Členi IZS, kteří nedůvěřují odborníkům, se domnívají, že by je tato pomoc mohla profesně poškodit, jen několik respondentů, především z řad policistů nedůvěřuje z jiného důvodu. Profesního poškození návštěvou u odborníka se nebojí 64 % respondentů.

16. Je dle Vašeho názoru pro Vás dostatečně zajištěna odborná intervenční pomoc?

I přesto, že 86 respondentů odpovídalo v neprospěch kvalitní PIP a s problémy by se nesvěřilo 62 respondentů, nespokojenost projevilo pouze 52 členů. 78% spokojenost svědčí o dobrém zajištění, avšak většina členů nemá zkušenost s touto pomocí jako ostatní. Nejvíce nespokojených je z ZZS, 22 členů zvolilo možnost „spíše ne“, respondenti HZS tuto možnost zvolili také pouze v 17 případech a členi PČR ve 13 případech.

17. Ocenili byste, pokud by si s Vámi promluvil specialista po každém výjezdu či zásahu?

Dle odpovědí na tuto otázku lze konstatovat, že rozhovor po každém zásahu by neocenilo 80 % členů. Pomoc po každém výjezdu by ocenilo nejvíce policistů, konkrétně 43 % členů. Členi HZS a ZZS zvolili každý kladnou odpověď v 7 případech.

18. Důvěřujete svým kolegům při mimořádných událostech (při zásahu, výjezdu)?

Tabulka 6 Důvěra ke kolegům

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		58	39	26	123
b. Spíše ano		22	41	23	86
c. Spíše ne		0	0	20	20
d. Ne		0	0	11	11

(Zdroj: vlastní zpracování)

Tabulka výše představuje důvěru respondentů ve své kolegy. Členové HZS i ZZS důvěřují svým kolegům, v řadách policistů se nachází 31 respondentů, kteří svým kolegům nedůvěřují a při zásahu je důvěra ve své kolegy velmi důležitá.

19. Máte na pracovišti konflikty s kolegy či nadřízenými?

Celkem 52 členů má na pracovišti nějaký konflikt, z toho nejvíce členů ZZS, konkrétně 25, avšak i členi PČR, kteří se liší jen dvěma odpověďmi. Nejméně respondentů s konflikty jsou ze složky HZS, kdy žádné konflikty na pracovišti nemá 95 % členů.

20. Myslíte si, že je Vaše pracovní prostředí dostatečně materiálně vybavena?

Tabulka 7 Materiální vybavenost

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		51	9	10	70
b. Spíše ano		28	45	22	95
c. Spíše ne		1	26	30	57
d. Ne		0	0	18	18

(Zdroj: vlastní zpracování)

Členů nespokojených s materiálním vybavením je 31 %. Největší nespokojenost projeví policisté, nespokojena je více než polovina. Naopak materiálně spokojeni jsou členi HZS, kdy pouze jeden respondent projevil nespokojenost s materiální vybaveností.

21. Míváte obavy, že při výkonu své služby uděláte chybu, která ohrozí vás, kolegy či „pacienta/osobu v nouzi“?

Tabulka 8 Obavy z chyby při výjezdu

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		9	19	0	28
b. Spíše ano		23	36	16	75
c. Spíše ne		45	22	64	131
d. Ne		3	3	0	6

(Zdroj: vlastní zpracování)

Celkem 57 % členů se neobává chyby při výkonu. Nejvíce členů mající tyto obavy je nejvíce z řad zdravotníků, 69 % z členů ZZS zvolilo možnost ano či spíše ano.

22. Zažili jste v souvislosti s výkonem stav celkového vyčerpání – syndrom vyhoření?

Tabulka 9 Syndrom vyhoření

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		0	11	0	11
b. Spíše ano		13	32	10	55
c. Spíše ne		37	33	57	127
d. Ne		30	4	13	47

(Zdroj: vlastní zpracování)

Syndrom vyhoření již zažilo 27,5 % respondentů. Ostatní členi IZS zvolilo zápornou možnost. Opět lze konstatovat, že nejvíce respondentů zasažených syndromem vyhoření dle odpovědí je z řad ZZS, kdy kladnou odpověď zvolila více než polovina členů.

23. Míváte pocit podrážděnosti?

Pocit podrážděnosti je nejčastější u policistů, záporně neodpověděl jediný člen. Naopak jen málo se s pocitem podrážděnosti potýkají členi HZS, přičemž nejčastěji volili možnost, buď „výjimečně“ či „nikoliv“, a to v 66 případech. Pouze 15 % členů IZS tento pocit nemívá. Složka ZZS měla nejvyšší zastoupení v možnosti „občas“, 38 odpovědí.

24. Pocítil(a) jste někdy PTSD (Posttraumatickou stresovou poruchu) někdy na sobě?

25. Vracely se Vám někdy vzpomínky na stresující situaci při zásahu?

Tabulka 10 Posttraumatická stresová porucha

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		0	1	0	1
b. Spíše ano		0	11	0	11
c. Spíše ne		35	49	53	137
d. Ne		45	19	27	91

(Zdroj: vlastní zpracování)

PTSD na sobě nepocítil žádný z členů HZS a PČR. Zápornou odpověď zvolilo 95 % a 5 % členů pouze ZZS ji pocítilo. To potvrzují odpovědi o návratu vzpomínek. Vzpomínky se nejčastěji navrací ZZS. Pouze 20 % členům se vzpomínky nevracejí a 51 % respondentům pouze výjimečně.

26. Vracíte se ze zaměstnání unaven/a?

Tabulka 11 Únava

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano, vždy		0	0	7	7
b. Ano, často		14	27	6	47
c. Ano, občas		22	36	30	88
d. Ano, výjimečně		26	17	34	77
e. Ne		18	0	3	21

(Zdroj: vlastní zpracování)

Pouze necelých 9 % respondentů se nevrací z práce unaveno, nejvíce HZS. Naopak nejčastěji se vracejí unaveni členi ZZS, zápornou možnost ne zvolil ani jeden člen a mají největší zastoupení v možnostech „často“ a „občas“. Výsledky fyzické únavy nejsou tolik odlišné, nejčastěji psychicky vyčerpaní se také cítí členi ZZS, také mají největší zastoupení v možnosti „občas“ a nejnižší v možnosti „vždy“ a následně „ne“.

27. Vyhýbáte se/jste odtažití od svého okolí (přátelé, rodina, kolegové...)

Svému okolí se nejčastěji vyhýbají členi PČR, záporně volili 17krát a nejméně volili možnosti „často“ a „občas“, v 41 případech a jako jediní volili i možnost „stále“. Naopak nejbližší svému okolí jsou členové HZS, zápornou možnost zvolilo 79 % členů. Členi složky ZZS volili nejčastěji možnost „výjimečně“, 37krát a „ne“ 32krát.

28. Máte neklidný spánek či potíže s usínáním?

Tabulka 12 Potíže se spánkem

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano, stále		0	0	0	0
b. Ano, často		0	23	5	28
c. Ano, občas		20	27	12	59
d. Ano, výjimečně		17	24	41	82
e. Ne		43	6	22	71

(Zdroj: vlastní zpracování)

Pouze 29,5 % respondentů nemá potíže se spánkem. Nejčastěji se problémy s usínáním objevují u členů ZZS, pouze u 7,5 % členů se neprojevují, také nejčastějších odpovědí „často“ a „občas“ bylo zaznamenáno u ZZS. S problémy se nejméně potýkají členi HZS.

29. Míváte problémy s koncentrací (soustředěním)?

S koncentrací, soustředěním, mají nejčastěji problémy členi PČR. Pouze ti několikrát volili možnosti „vždy“ a „často“, v 24 případech. Členi HZS a ZZS nemívají problémy se soustředěním a více jak ¾ respondentů se s těmito problémy vůbec nepotýká, popřípadě jen výjimečně. Celkově se s těmito problémy nepotýká či jen výjimečně 73 % respondentů.

30. Ocitáte se při zásahu/výkonu Vašeho povolání v bezprostředním nebezpečí?

Tabulka 13 Bezprostřední nebezpečí

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		38	0	17	55
b. Spíše ano		25	0	63	88
c. Spíše ne		17	35	0	52
d. Ne		0	45	0	45

(Zdroj: vlastní zpracování)

Žádný z členů ZZS se při výjezdu či zásahu neocitá v bezprostředním nebezpečí. Naopak osoba člena HZS či PČR ohrožena při zásahu je. Ti se setkávají při téměř každém zásahu se situacemi, které ohrožují jejich zdraví.

31. Bojíte se o své zaměstnání z důvodu pravidelných zkoušek?

Celkem 65 % respondentů se pravidelných zkoušek – fyzických, zdravotních či vědomostních neobává. Nejčastěji lze zaznamenat obavy u členů HZS, v 64 % případů. Členi PČR se tohoto obávají pouze v 21 případech a členi ZZS pouze ve 12.

32. Myslíte si, že máte dostatek volného času a odpočinku?

Tabulka 14 Dostatek volného času

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		34	9	8	51
b. Spíše ano		36	25	32	93
c. Spíše ne		10	35	40	85
d. Ne		0	11	0	11

(Zdroj: vlastní zpracování)

Nejvíce volného času se domnívají, že mají členi HZS, jejich služba je založena na režimu 24 hodin práce a 48 hodin odpočinku, na rozdíl od ZZS a PČR, jejichž služba je nepravidelná. Odpovědi respondentů ZZS a PČR jsou velmi vyrovnané, avšak i přesto lze konstatovat, že více negativních odpovědí zvolili respondenti ZZS.

33. Myslíte si, že se dá na stres spojený se zásahem při mimořádné události připravit?

34. Myslíte si, že jste dostatečně psychicky připraven(a)?

Tabulka 15 Psychická připravenost

Odpověď	IZS	HZS	HZS2	ZZS	ZZS2	PČR	PČR2	C	C2
a. Ano		13	32	9	18	5	20	27	70
b. Spíše ano		37	43	15	39	31	44	83	126
c. Spíše ne		30	5	42	23	29	16	101	44
d. Ne		0	0	14	0	15	0	29	0

(Zdroj: vlastní zpracování)

V tabulce jsou zaznamenány odpovědi nejprve na otázku č. 33 a následně na otázku č. 34 označené 2. Odpovědi první otázky jsou velmi vyrovnané, více členů zvolilo zápornou možnost. Nejkladnější odpovědi lze zaznamenat u složky HZS, kdy možnost „spíše ne“ upřednostnila méně než polovina. Členi ZZS se v nejvíce případech domnívají, že se připravit nelze. Na otázku, zda se lze připravit, negativně odpovědělo 55 % členů, avšak pouze 18 % projevilo svoji nepřipravenost. Většina se domnívá, že je dostatečně připravena, i přesto že si myslí, že se dopředu připravit nelze. Psychicky připravených 82 %, je velmi dobrým znakem přípravy. Nejvíce připravení se cítí členi HZS a nejméně ZZS.

35. Naplňuje Vás výkon Vašeho povolání a vykonáváte jej stále stejným nadšením?

Tabulka 16 Výkon profese s nadšením

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Ano		57	26	9	92
b. Spíše ano		17	36	55	108
c. Spíše ne		6	18	16	40
d. Ne		0	0	0	0

(Zdroj: vlastní zpracování)

Převážná část respondentů je stále v zaměstnání spokojena, svoji profesi vykonává s nadšením a výkon je naplňuje, pouze 17 % profesi se stejným nadšením již nevykonává. Negativní odpovědi jsou mezi členy ZZS a PČR vyrovnané a jedná se zejména o členy, kteří službu vykonávají alespoň 10 let. Nejvíce spokojených členů je z řad HZS.

36. Chtěl(a) byste něco změnit ve způsobu poskytování Posttraumatické intervenční péče?

Tabulka 17 Změna v posttraumatické intervenční péči

Odpověď	IZS	HZS	ZZS	PČR	Celkem
a. Nic, spokojen/a		36	2	21	59
b. Anonymita		0	32	0	32
c. Dostupnost		27	31	35	93
d. Informace		17	14	24	55
e. Jiné: _____		0	1	0	1

(Zdroj: vlastní zpracování)

V otázce zabývající se názorem členů na zajištění PIP, kladně odpovědělo přes 78 % členů. Spokojenost projevilo méně než 25 %. Nejčastějším nedostatkem je dostupnost pomoci, to potvrzují i odpovědi na otázku ohledně přítomnosti odborníka na stanici, pouze 28 % členů má možnost na stanici. Dalším problémem jsou informace ohledně poskytování pomoci. Obavy o nedostatečnou anonymitu projevilo 13 %. Poslední možnost „jiné“ zvolil jeden člen ZZS. Odpověď člena: „Je to stále relativně tabu mezi posádkami, většina se obává následné stigmatizace! Nikdo nechce být ten, kdo musel za psychologem na pomoc.“

5. Výsledky a diskuze

5.1. Testování statistických hypotéz

K statistickým hypotézám bylo stanoveno vždy několik otázek z dané problematiky. Odpovědi jednotlivých otázek byly obodovány a body otázek následně sečteny. Poté byl součet těchto bodů rozvržen na škálu či osu pouze s celými čísly od 1 do čísla dle nejvyššího možného počtu bodů v hypotéze a dle těchto čísel byl proveden výpočet pro porovnání členů v jednotlivých hypotézách. Bodování odpovědí je následující:

- otázka se čtyřmi možnostmi: ano – 1,5 bodu; spíše ano – 3 body; spíše ne – 4,5 bodu, ne – 6 bodů. U otázek 15, 19, 30, 31 a 32 je toto bodování otočené vzhledem k povaze otázky. Možnost ano tedy odpovídá 6 bodům a ne 1,5 bodu;
- otázky s pěti možnostmi: vždy – 1 bod; často – 2 body; občas – 3 body; výjimečně – 4 body; ne – 5 bodů.

Tabulka 18 Průměrné hodnoty odpovědí členů IZS dle hypotéz

Hypotéza	Člen	HZS	ZZS	PČR	Cel. průměr	Poznámka
H1		27,81	22,75	24,76	25,11	Nižší = negativnější
H2		18,83	16,42	15,77	17,01	Nižší = negativnější
H3		17,46	19,16	16,53	17,72	Vyšší = negativnější
H4		11,38	10,95	16,67	13	Vyšší = negativnější
H5		12,39	12,09	12,9	12,4625	Nižší = negativnější

(Zdroj: vlastní zpracování)

Tabulka výše představuje průměrné hodnoty odpovědí členů IZS v jednotlivých stanovených hypotézách H1 – H5. Dle výsledků lze konstatovat, že složkou s nejmenším zastoupením odpovědí negativní povahy je HZS, jejíž průměrný výsledek je vždy nad či pod celkovým průměrem směrem k pozitivu ve všech hypotézách. PČR má naopak průměr hodnot ku celkovému průměru vždy nad či pod směrem k negativu ve všech hypotézách, kromě jedné – H5. ZZS celkem ve třech z pěti hypotéz vyšlo jako složka s nejnegativnějšími odpověďmi dle průměru hodnot a ve všech hypotézách se odpovědi jejích členů nachází nad či pod hranicí celkového průměru směrem k negativním odpovědím. HZS i ZZS jsou dle odpovědí respondentů velmi vyrovnané, avšak i přesto je složka ZZS označena za tu, která je touto problematikou nejvíce negativně ovlivněna.

5.1.1. Testování H_{01}

Hypotézy H_{01} a H_{11} zkoumají pocit psychického vyčerpání členů a zahrnují do výpočtu otázky číslo 6, 7, 22, 23, 26, 28 a 32.

H_{01} : Neexistuje statisticky významný rozdíl v pocitu psychického vyčerpání během výkonu povolání mezi členy složek IZS.

H_{11} : Existuje statisticky významný rozdíl v pocitu psychického vyčerpání během výkonu povolání mezi členy složek IZS.

Hodnoty pro výpočet rozdílů mohou dle odpovědí nabývat hodnot 8,5 až 38 bodů. Čím nižší hodnota, tím negativnější odpovědi členů. Průměrná bodová hodnota odpovědí HZS je 27,81; ZZS 22,75 a PČR 24,76. Průměrná hodnota ZZS je jediná pod polovinou, která představuje 23,25 bodů, lze ji označit za složku s nejvíce negativními odpověďmi. Celková průměrná hodnota odpovědí všech složek této hypotézy je 25,11 bodů.

Po přiřazení hodnot vznikla škála od 1 do 39, přičemž průměr hodnot HZS je 21,6; ZZS 11,5 a PČR 15,53. Hodnota 1 odpovídá na škále bodovému ohodnocení odpovědi 17,5 - nejnižšímu vypočtenému ohodnocení a 39 ohodnocení 36,5 - nejvyššímu. Stále platí skutečnost, že čím nižší hodnota na škále, tím negativnější povaha odpovědi.

Obrázek 2 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H_1

Člen/Hdn	1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
HZS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	3	1	6	3	4	1
ZZS	2	5	3	1	3	7	6	4	4	4	8	3	9	3	1	4	1
PČR	0	0	1	1	0	0	0	3	2	5	7	9	5	6	10	5	7

Člen/Hdn	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	39
HZS	8	2	8	6	8	1	4	4	5	2	2	3	2	1	1	1
ZZS	8	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
PČR	7	4	1	3	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

(Zdroj: vlastní zpracování)

Obrázek 3 Analýza rozptylu složek IZS – H_1

Proměnná	Analýza rozptylu (Tabulka1) Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$						
	SČ efekt	SV efekt	PČ efekt	SČ chyba	SV chyba	PČ chyba	F
Hodnota	4147,225	2	2073,613	6522,937	237	27,52294	75,34123

(Zdroj: vlastní zpracování)

- $F = 75,34123 > F_{0,05 (2;237)} = 3,24$
- ⇒ H_{01} je s 95 % pravděpodobností zamítnuta a H_{11} je přijata, tzn. že mezi alespoň dvěma soubory existuje statisticky významný rozdíl v průměru.
- Scheffého test - $S = \sqrt{(2 * 3,04) * \frac{27,5229 * 2}{80}} = 2,0454$

Obrázek 4 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H1

Rozdíl mezi průměry skupin		
HZS	ZZS	PČR
-	10,1125	6,0875
-	-	4,025
-	-	-

⇒ $HZS - ZZS = 10,1125 > 2,0454 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen

⇒ $HZS - PČR = 6,0875 > 2,0454 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen

⇒ $ZZS - PČR = 4,025 > 2,0454 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen

(Zdroj: vlastní zpracování)

S 95 % pravděpodobností byl mezi složkami IZS prokázán statisticky významný rozdíl a H_{01} byla zamítnuta a přijata H_{11} . Dle podrobnějšího vyhodnocení se od sebe odlišují všechny složky, přičemž nejvíce se odlišuje ZZS směrem k negativu.

5.1.2. Testování H_{02}

Hypotézy H_{02} a H_{12} se zabývají PTSD a jejich součástí jsou otázky číslo 24, 25, 27 a 29.

H_{02} : Neexistuje statisticky významný rozdíl v prožití PTSD či příznaků mezi členy složek IZS.

H_{12} : Existuje statistický rozdíl v prožití PTSD či příznaků mezi členy složek IZS.

Hodnoty pro výpočet statistického rozdílu nabývají 4,5 bodu až 21 bodů. Čím nižší hodnota, tím negativnější odpovědi. Průměrná zaokrouhlená bodová hodnota odpovědí HZS je 18,83; ZZS 16,42 a PČR 15,77. Lze konstatovat, že složky odpovídaly převážně pozitivně. Polovina hodnot je v bodě 12,75, kterou nepřekročila žádná složka. Celková průměrná hodnota odpovědí všech složek této hypotézy je 17,01 bodů.

Po rozložení vznikla škála od 1 do 22, přičemž průměr HZS je 17,66; ZZS 12,85 a PČR 11,55. Hodnota 1 odpovídá na škále 10,5 bodům – nejnižšímu ohodnocení a 22 nejvyššímu ohodnocení 21. Platí, že čím nižší hodnota, tím negativnější povaha odpovědi.

Obrázek 5 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H2

Člen/Hdn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HZS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
ZZS	0	3	2	1	5	2	2	2	2	2	7	1
PČR	3	0	5	1	7	0	4	0	6	3	21	1

Člen/Hdn	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
HZS	5	2	6	4	12	16	9	13		9
ZZS	14	0	18	1	0	10	0	3	0	5
PČR	6	1	1	4	1	6	0	2	0	8

(Zdroj: vlastní zpracování)

Obrázek 6 Analýza rozptylu složek IZS – H2

Analýza rozptylu (Tabulka2)							
Označ. efekty jsou význ. na hlad. p < ,05000							
Proměnná	SČ efekt	SV efekt	PČ efekt	SČ chyba	SV chyba	PČ chyba	F
Hodnota	1659,008	2	829,5042	5359,888	237	22,61556	36,67847

(Zdroj: vlastní zpracování)

- $F = 36,67847 > F_{0,05 (2;237)} = 3,04$
- ⇒ H_{02} je s 95 % pravděpodobností zamítnuta a H_{12} je přijata, tzn. že mezi alespoň dvěma soubory existuje statisticky významný rozdíl v průměru.
- Scheffého test - $S = \sqrt{(2 * 3,04) * \frac{22,61556 * 2}{80}} = 1,8541$

Obrázek 7 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H2

Rozdíl mezi průměry skupin		
HZS	ZZS	PČR
-	4,8125	6,1125
-	-	1,3
-	-	-

- ⇒ $HZS - ZZS = 4,8125 > 1,8541 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen
- ⇒ $HZS - PČR = 6,1125 > 1,8541 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen
- ⇒ $ZZS - PČR = 1,3 < 1,8541 \Rightarrow$ rozdíl nepotvrzen

(Zdroj: vlastní zpracování)

S 95 % pravděpodobností byla H_{02} zamítnuta ve prospěch H_{12} vypovídající o statistickém rozdílu. Dle podrobnějšího vyhodnocení se od ostatních odlišují členi HZS směrem k pozitivním odpovědím. Mezi ZZS a PČR rozdíl neexistuje, ale lze konstatovat, že členi PČR se s PTSD či jejími příznaky potýkali častěji než členi ZZS.

5.1.3. Testování H₀₃

Hypotézy H₀₃ a H₁₃ zkoumají PIP a seskupují otázky číslo 13, 14, 15, 16 a 17.

H₀₃: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče mezi členy složek IZS.

H₁₃: Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče mezi členy složek IZS.

Hodnoty pro výpočet nabývají 7,5 až 30 bodů. Čím vyšší hodnota, tím negativnější odpovědi. Zaokrouhlená průměrná hodnota odpovědí HZS je 17,46; ZZS 19,16 a PČR 16,53. Polovina představuje 18,75 bodu, tuto hranici blíže k negativu opět překročily pouze členi ZZS. Celková průměrná hodnota odpovědí všech složek této hypotézy je 17,72 bodů.

Po rozložení hodnot vznikla škála od 1 do 31, přičemž průměr hodnot HZS je poté 14,91; ZZS 18,33 a PČR 13,08. Hodnota 1 odpovídá na škále bodovému ohodnocení odpovědi 10,5 - nejnižšímu ohodnocení a 31 ohodnocení 25,5 – nejvyššímu. Stále platí skutečnost, že čím vyšší hodnota na škále, tím negativnější povaha odpovědi.

Obrázek 8 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H3

Člen/Hdn	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28	31
HZS	0	4	5	17	15	13	13	5	5	2	1
ZZS	0	1	1	3	12	17	21	14	7	3	1
PČR	2	8	8	6	20	20	12	4	0	0	0

(Zdroj: vlastní zpracování)

Obrázek 9 Analýza rozptylu složek IZS – H3

Proměnná	Analýza rozptylu (Tabulka3) Označ. efekty jsou význ. na hlad. p < ,05000						
	SČ efekt	SV efekt	PČ efekt	SČ chyba	SV chyba	PČ chyba	F
Prom1	1135,575	2	567,7875	6987,487	237	29,48307	19,25809

(Zdroj: vlastní zpracování)

- $F = 19,25809 > F_{0,05 (2;237)} = 3,04$
- ⇒ H₀₂ je s 95 % pravděpodobností zamítnuta a H₁₂ je přijata, tzn. že mezi alespoň dvěma soubory existuje statisticky významný rozdíl v průměru.
- Scheffého test – $S = \sqrt{(2 * 3,04) * \frac{29,48307 * 2}{80}} = 2,117$

Obrázek 10 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H3

Rozdíl mezi průměry skupin		
HZS	ZZS	PČR
-	3,4125	1,8375
-	-	5,25
-	-	-

⇒ $HZS - ZZS = 3,4125 > 2,117 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen

⇒ $HZS - PČR = 1,8375 < 2,117 \Rightarrow$ rozdíl nepotvrzen

⇒ $ZZS - PČR = 5,25 > 2,117 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen

(Zdroj: vlastní zpracování)

S 95 % pravděpodobností lze zamítnout H_{03} ve prospěch H_{13} , která předpokládá existenci statisticky významného rozdílu mezi skupinami. Dle Scheffého testu se od ostatních odlišuje pouze složka ZZS, přičemž dle odpovědí se odlišuje negativně. Naopak složky HZS a PČR se od sebe neodlišují a jejich odpovědi jsou pozitivnější.

5.1.4. Testování H_{04}

Hypotézy H_{04} a H_{14} se zaobírají pracovním okolím členů a skládají se z otázek číslo 18, 19, 20 a 30.

H_{04} : Neexistuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pracovního okolí mezi členy složek IZS.

H_{14} : Existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání pracovního okolí mezi členy složek IZS.

Hodnoty pro výpočet statistického rozdílu mohou dle možností odpovědí nabývat hodnot 6 bodů až 24 bodů. Čím vyšší hodnota, tím negativnější odpovědi členů. Průměrná bodová hodnota odpovědí (zaokrouhlené na dvě desetinná místa) HZS je 11,38, ZZS 10,95 a PČR 16,67. Nejnegativněji odpovídali členi PČR. Polovina škály je 15 bodů, kterou také jako jediný překročili směrem k negativu. Celková průměrná hodnota odpovědí je 13 bodů.

Po rozložení hodnot vznikla škála od 1 do 25, přičemž průměr hodnot HZS je 8,76; ZZS 7,9 a PČR 19,34. Hodnota 1 odpovídá na škále bodovému ohodnocení odpovědí 7,5 - nejnižšímu ohodnocení a 25 19,5 bodům – nejvyššímu. Stále platí skutečnost, že čím vyšší hodnota na škále, tím negativnější povaha odpovědí.

Obrázek 11 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H_4

Člen/Hdn	1	4	7	10	13	16	19	22	25
HZS	3	9	27	24	14	2	1	0	0
ZZS	7	16	25	16	10	6	0	0	0
PČR	0	0	0	1	4	8	45	16	6

(Zdroj: vlastní zpracování)

Obrázek 12 Analýza rozptylu složek IZS – H4

Analýza rozptylu (Tabulka ⁴)							
Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$							
Proměnná	SČ efekt	SV efekt	PČ efekt	SČ chyba	SV chyba	PČ chyba	F
Prom1	6490,425	2	3245,213	2935,575	237	12,38639	261,9982

(Zdroj: vlastní zpracování)

- $F = 261,9982 > F_{0,05 (2;237)} = 3,04$
- ⇒ H_{02} je s 95 % pravděpodobností zamítnuta a H_{12} je přijata, tzn. že mezi alespoň dvěma soubory existuje statisticky významný rozdíl v průměru.
- Scheffeho test – $S = \sqrt{(2 * 3,04) * \frac{12,38639 * 2}{80}} = 1,3722$

Obrázek 13 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H4

Rozdíl mezi průměry skupin		
HZS	ZZS	PČR
-	0,8625	10,575
-	-	11,4375
-	-	-

- ⇒ $HZS - ZZS = 0,8625 < 1,3722 \Rightarrow$ rozdíl nepotvrzen
 - ⇒ $HZS - PČR = 10,575 > 1,3722 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen
 - ⇒ $ZZS - PČR = 11,4375 > 1,3722 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen
- (Zdroj: vlastní zpracování)

S 95 % pravděpodobností lze zamítnout H_{04} a přijmout H_{14} , která předpokládá, že alespoň jedna ze skupin se odlišuje. Po podrobnějším vyhodnocení bylo zjištěno, že se od ostatních odlišuje pouze složka PČR, přičemž povaha odpovědí jejích členů je nejvíce negativní. Složky HZS a ZZS nevnímají své pracovní okolí odlišně, přičemž odpovědi jejích členů jsou spíše pozitivní.

5.1.5. Testování H_{05}

Hypotézy H_{05} a H_{15} zkoumají připravenost členů a zahrnují otázky číslo 21, 31 a 34.

H_{05} : Neexistuje statisticky významný rozdíl v připravenosti v povolání mezi členy složek IZS.

H_{15} : Existuje statisticky významný rozdíl připravenosti v povolání mezi členy složek IZS.

Hodnoty pro výpočet rozdílu mohou nabývat 4,5 bodu až 18 bodů. Čím nižší hodnota, tím negativnější odpovědi. Průměrná hodnota odpovědí HZS je 12,39, ZZS 12,09 a PČR 12,9. Odpovědi členů jsou velmi vyrovnané a odpovídali spíše pozitivně. Polovina škály je 11,25 bodů. Celková průměrná hodnota odpovědí této hypotézy je 12,46 bodů.

Po rozložení vznikla škála od 1 do 22, přičemž průměr HZS je poté 10,79; ZZS 10,19 a PČR 11,8. Hodnota 1 odpovídá ohodnocení 7,5 - nejnižšímu a 22 nejvyššímu ohodnocení 18. Platí skutečnost, že čím nižší hodnota, tím negativnější povaha odpovědi.

Obrázek 14 Rozložení odpovědí respondentů na škále k výpočtu H4

Člen/Hdn	1	4	7	10	13	16	19	22
HZS	3	5	14	21	25	8	3	1
ZZS	0	5	31	18	13	8	3	2
PČR	0	3	11	16	37	11	2	0

(Zdroj: vlastní zpracování)

Obrázek 15 Analýza rozptylu složek IZS – H5

Proměnná	Analýza rozptylu (Tabulka5), Označ. efekty jsou význ. na hlad. p < ,05000						
	SČ efekt	SV efekt	PČ efekt	SČ chyba	SV chyba	PČ chyba	F
Prom1	106,2750	2	53,13750	3630,375	237	15,31804	3,468949

(Zdroj: vlastní zpracování)

- $F = 3,468949 > F_{0,05(2;237)} = 3,04$
- ⇒ H_{02} je s 95 % pravděpodobností zamítnuta a H_{12} je přijata, tzn. že mezi alespoň dvěma soubory existuje statisticky významný rozdíl v průměru.
- Scheffeho test – $S = \sqrt{(2 * 3,04) * \frac{15,31804 * 2}{80}} = 1,5259$

Obrázek 16 Absolutní hodnoty rozdílů mezi průměry složek IZS – H5

Rozdíl mezi průměry skupin		
HZS	ZZS	PČR
-	0,6	1,0125
-	-	1,6125
-	-	-

- ⇒ $HZS - ZZS = 0,6 < 1,5259 \Rightarrow$ rozdíl nepotvrzen
- ⇒ $HZS - PČR = 1,0125 < 1,5259 \Rightarrow$ rozdíl nepotvrzen
- ⇒ $ZZS - PČR = 1,6125 > 1,5259 \Rightarrow$ rozdíl potvrzen

(Zdroj: vlastní zpracování)

S 95 % pravděpodobností lze zamítnout H_{05} a přijmout H_{15} , tzn. že statisticky významný rozdíl mezi skupinami byl potvrzen. Dle Scheffého testu se mezi sebou odlišují pouze složky ZZS a PČR, přičemž lze konstatovat dle odpovědí, že členi ZZS jsou méně psychicky připraveni, a naopak členi PČR se cítí nejvíce psychicky připraveni.

5.1.6. Testování H_{6A} – H_{6E}

H₀₆: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi členy IZS, kteří mají přímo na stanici k dispozici psychologa či Peera a těmi, kteří nemají:

H₁₆: Existuje statisticky významný rozdíl mezi členy IZS, kteří mají přímo na stanici k dispozici psychologa či Peera a těmi, kteří nemají:

H_{6A}: ... v pocitu psychického vyčerpání během výkonu povolání

Výpočet

$$\alpha = 0,05$$

$$p = 0,00001$$

$$p < \alpha \Rightarrow H_{061} \text{ zamítáme}$$

$$S = 0,4242072$$

Obrázek 17 Pearsonův chí-kv. test H_{6A} (Zdroj: vlastní zpracování)

Statist.	H61 - IZS		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	78,61063	df=32	p=,00001
M-V chí-kvadr.	96,12548	df=32	p=,00000
Fí	,5723149		
Kontingenční koeficient	,4967187		
Cramér. V	,5723149		
Spearmanovo poř. R	,4242072	t=7,2268	p=,00000

S 95 % pravděpodobností lze zamítnout H₀₆₁ ve prospěch H₁₆₁ vypovídající o existenci statistického rozdílu v pocitu psychického vyčerpání mezi členy, kteří na stanici mají odbornou pomoc a mezi těmi, kteří ne. Průměrná hodnota členů, kteří pomoc na stanici mají je 20,37 a členů, kteří nemají 14,57. Při pouze pozitivních odpovědích lze dosáhnout 39 bodů. Platí skutečnost, že čím nižší hodnota, tím negativnější odpovědi. Lze konstatovat, že členi bez psychologa či peera na stanici se mnohem častěji cítí psychicky vyčerpání během výkonu služby. Byla zjištěna mírná závislost mezi skupinami.

H_{6B}: ... v prožití posttraumatické stresové poruchy či jejích příznaků

Výpočet

$$\alpha = 0,05$$

$$p = 0,2217$$

$$p > \alpha \Rightarrow H_{06B} \text{ přijímáme}$$

Obrázek 18 Pearsonův chí-kv. test H_{6B} (Zdroj: vlastní zpracování)

Statist.	H62 - IZS		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	34,62984	df=20	p=,02217
M-V chí-kvadr.	41,93354	df=20	p=,00282
Fí	,3798565		
Kontingenční koeficient	,3551006		
Cramér. V	,3798565		
Spearmanovo poř. R	-,214316	t=-3,385	p=,00083

S 95 % pravděpodobností nelze zamítnout H_{06B} vypovídající o neexistenci rozdílu v prožití PTSD mezi skupinami. Průměrná hodnota členů s pomocí je 15,8 a členů bez 13,32. Při pouze pozitivních odpovědích lze dosáhnout 22 bodů. Platí skutečnost, že čím nižší hodnota, tím negativnější odpovědi. Lze konstatovat, že členi bez pomoci na stanici častěji prožili PTSD či její příznaky.

H_{6C}: ... ve vnímání pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče

Výpočet

$$\alpha = 0,05$$

$$p = 0,18291$$

$$p > \alpha \Rightarrow H_{06C} \text{ přijímáme}$$

Obrázek 19 Pearsonův chí-kv. test H6C (Zdroj: vlastní zpracování)

Statist.	H63 - IZS	Statist. : Prom1(2) x Prom2(11)		
		Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.		13,78749	df=10	p=,18291
M-V chí-kvadr.		18,39922	df=10	p=,04859
Fí		,2396828		
Kontingenční koeficient		,2330813		
Cramér. V		,2396828		
Spearmanovo poř. R		-,000676	t=-,0104	p=,99168

S 95 % pravděpodobností nelze zamítnou H_{06C} vypovídající o neexistenci statisticky významného rozdílu ve vnímání pomoci v oblasti PIP mezi členy IZS s odbornou pomocí přímo na stanici a těmi bez. Průměrná hodnota členů s pomocí je 15,56 a členů bez 15,39. Při pouze negativních odpovědích je nejvyšší hodnota 31 bodů. Platí skutečnost, že čím vyšší hodnota, tím negativnější odpovědi. Průměry hodnot obou skupin jsou velmi vyrovnané a lze konstatovat, že obě skupiny vnímají nabízenou pomoc, která jim je k dispozici shodně.

H_{6D}: ... ve vnímání jejich pracovního okolí

Výpočet

$$\alpha = 0,05$$

$$p = 0,00009$$

$$p < \alpha \Rightarrow H_{06D} \text{ zamítáme}$$

$$S = 0,2970650$$

Obrázek 20 Pearsonův chí-kv. test H6D (Zdroj: vlastní zpracování)

Statist.	H64 - IZS	Statist. : Prom1(2) x Prom2(9)		
		Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.		31,99380	df=8	p=,00009
M-V chí-kvadr.		38,45178	df=8	p=,00001
Fí		,3651130		
Kontingenční koeficient		,3429679		
Cramér. V		,3651130		
Spearmanovo poř. R		,2970650	t=4,7996	p=,00000

S 95 % pravděpodobností lze zamítnou H_{06D} ve prospěch H_{16D}, která vypovídá o existenci rozdílu ve vnímání pracovního okolí mezi členy s dostupnou odbornou pomocí a mezi těmi, kteří nemají. Průměrná hodnota členů s pomocí je 8,85 a členů bez 13,16. Při pouze negativních odpovědích lze dosáhnout 25 bodů. Platí skutečnost, že čím vyšší hodnota, tím negativnější povaha odpovědích. Lze konstatovat, že členi bez psychologa či peera na stanici jsou mnohem nespokojenější s pracovním okolím (kolegy, nadřízenými, materiálním vybavením či ohrožením). Byla zjištěna pouze slabá závislost mezi skupinami.

H_{06E}: ... v psychické připravenosti v povolání

Výpočet

$\alpha = 0,05$

$p = 0,28755$

$p > \alpha \Rightarrow H_{06E}$ přijímáme

Obrázek 21 Pearsonův chí-kv. test H6E (Zdroj: vlastní zpracování)

Statist.	H65 - IZS			Statist. : Prom1(2) x Prom2(8)		
	Chi-kvadr.	sv	p	Chi-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	8,538034	df=7	p=,28755			
M-V chí-kvadr.	10,05196	df=7	p=,18565			
Fi	,1886137					
Kontingenční koeficient	,1853457					
Cramér. V	,1886137					
Spearmanovo poř. R	-,107813	t=-1,673	p=,09564			

S 95 % pravděpodobností nezamítáme H_{06E}. Rozdíl v připravenosti mezi skupinami neexistuje. Průměrná hodnota členů, kteří pomoc mají je 11,59 a členů, kteří nemají 10,66. Při pouze pozitivních odpovědích lze dosáhnout 22 bodů. Platí skutečnost, že čím nižší hodnota, tím negativnější odpovědi. I přesto neprokázání rozdílu, členi bez psychologa či peera na stanici se cítí méně psychicky připraveni.

5.2. Diskuse

Dle výsledků dotazníkového šetření a následných vypočtených statistických hypotéz lze za složku, která je nejvíce negativně ovlivněna krizovými situacemi a traumatizujícími zážitky v průběhu výkonu služby považovat ZZS, resp. její členy. Následně budou uvedeny výsledky a důvody, dle kterých se autorka takto rozhodla.

Při popisu výsledků dotazníkového šetření deskriptivní statistikou byla složka ZZS označena celkem v 15 případech, resp. otázkách červeně z celkových 28 takto hodnocených otázek. Označení červenou barvou znamená, že členi dané složky měli nejnegativnější povahu odpovědí ze všech respondentů přímo v dané otázce. Toto označení záviselo na průměru bodového ohodnocení odpovědí. Naopak označení zelenou barvou značí nejpozitivnější povahu odpovědí určité složky v dané otázce. Složka ZZS byla zeleně označena pouze ve třech otázkách z 28 celkových. Složka HZS byla červeně označena pouze ve dvou případech a zeleně v 17 případech. Ty výsledky představují složku IZS, která je nejméně z respondentů negativně ovlivněna krizovými situacemi. Také lze složku HZS takto označit dle výpočtu statistických hypotéz, kdy se odlišovala jen v případech, pokud se jednalo o pozitivní odlišnost. Složka PČR byla celkem 6krát označena červenou barvou a zeleně 3krát. Složka PČR se blížila dle povahy odpovědí spíše k ZZS, a tedy negativnějším povahám, ale i přesto dle výsledků odpovědí má negativnější povahu

odpovědi složka ZZS. Dále byly složky v některých případech označeny oranžovou barvou, která značí velmi vyrovnanou povahu odpovědi členů v dané otázce. Vyrovnanost mohla být považována při spíše negativních i při spíše pozitivních odpovědích. Takto vyrovnané byly například odpovědi složek HZS a PČR v otázce vyrovnání se se zátěžovou situací, svěřeni se s problémy odborníkovy, kdy obě složky projeví větší zájem než ZZS o podporu ze strany této pomoci. Dále v otázce zabývající se syndromem vyhoření, přičemž respondenti z obou složek se s takovým vyčerpáním setkali jen v několika málo případech a také žádný z členů HZS a PČR na sobě nepocítil posttraumatickou stresovou poruchu. Složky HZS a ZZS měli podobné odpovědi v otázce obav z profesního poškození z důvodu návštěvy psychologa, přičemž se tyto složky návštěvy obávají více než PČR. Složky ZZS a PČR měli podobné odpovědi v pocitu dostatečné psychické připravenosti, přičemž se složky cítí méně psychicky připraveni než složka HZS a obě složky již nevykonávají své povolání se stejným nadšením jako členi HZS.

Dle shrnutí dotazníkového šetření lze konstatovat, že složka ZZS vyjíždí během jednoho kalendářního týdne k nejvíce případům připadajících na jednoho člena. V mnoha případech se jedná o více než 16 zásahů za týden. S výrokem, že jejich profese je psychicky náročnější v porovnání s jinými, souhlasila více než polovina členů, avšak méně členů než z jiných složek. V otázce týkající se psychické vyčerpanosti během výkonu, se nejvíce takto vyčerpání také cítí členi ZZS, téměř 90 %. Respondenti ZZS se také nejčastěji setkali s psychicky náročným zážitkem, každý člen se alespoň jednou s takovýmto zážitkem setkal. V návaznosti na tyto zážitky byla i otázka na délku vyrovnávání se s tímto zážitkem, a také respondentů z řad ZZS bylo nejvíce, kteří se s tímto zážitkem zatím nevypořádali, anebo doba vyrovnávání se trvala delší dobu. Více než 76 % členů ZZS zná program PIT, avšak pouze 16 % může takto vyškoleného kolegu požádat o psychickou pomoc. Což představuje nejmenší počet respondentů složek IZS s přítomností psychologa či PITa přímo na stanici. V závislosti na této otázce možnost moci využívat tuto pomoc přímo na stanici by ocenilo či oceňuje méně než polovina členů, avšak to může být ovlivněno právě neznalostí praxe s touto pomocí. V otázce důvěry také nejvíce členů ZZS zvolilo odpověď negativní povahy, která vypovídá o problému se svěřením se problémů psychologovi či peerovi. I přesto by se však více než polovina členů spíše svěřila. Jedním z důvodů obav při svěřování se může být strach z profesního

poškození, s kterým v mnoha případech členi ZZS také souhlasili. Avšak názor členů na dostatečné zajištění posttraumatické intervenční péče je spíše kladný. Pouze 31 % členů má na pracovišti konflikty s kolegy či nadřízenými, což může negativně ovlivňovat jejich psychické zatížení a všichni členové ZZS důvěřují svým kolegům, což má v této profesi velkou váhu. Nejvíce respondentů obávajících se, že při výkonu služby udělají chybu, která ohrozí je, kolegy či osobu v nouzi, je také z řad ZZS. Dalším důvodem výběru je, že nejčastěji z respondentů, dle jejich domnění, zažili stav celkového vyčerpání neboli syndrom vyhoření. Celkem 54 % členů bylo syndromem vyhoření zasaženo. Také PTSD neboli posttraumatickou stresovou poruchu na sobě pocítili pouze ZZS respondenti, konkrétně 15 % členů. Toto také potvrzují výsledky ohledně návratu vzpomínek ze zásahů, kdy členi ZZS jsou považováni za složku s nejnegativnějšími odpověďmi, protože návrat vzpomínek z traumatizujícího zážitku je jedním z hlavních příznaků PTSD. Pocit podrážděnosti je pouze občasným či výjimečným problémem členů ZZS. Ze zaměstnání se alespoň výjimečně vrací všichni členi ZZS, přičemž jejich odpovědi měly nejčastější zastoupení v možnostech „často“ a „občas“. Nejvíce respondentů potýkajících se s problémy se spánkem či s usínáním je také ze ZZS, přičemž pouze u 7,5 % členů se tyto problémy neprojeví. Naopak problémy s koncentrací nemají, anebo mají jen výjimečně. Velkým pozitivem jejich pracovní náplně je, že se při zásazích neocitají v bezprostředním nebezpečí jako členi HZS či PČR, což naopak napomáhá, resp. negativně neovlivňuje jejich psychické zatížení. Také se spíše neobávají o své zaměstnání z důvodu neúspěchu při pravidelných zkouškách a ve většině případech se domnívají, že nemají dostatek volného času a odpočinku. Členi ZZS se domnívají v 70 %, že na stres spojený se zásahem se připravit dopředu nelze a také se nejméně členů připravených cítí, společně s členy PČR. Zajištění posttraumatické intervenční pomoci hodnotilo pozitivně celkem 73 % respondentů ZZS kladně, avšak změnu by ocenilo 98 % členů. To značí poměrně mnoho nedostatků v poskytování PIP těmto členům. Změnu by členi ocenili především v anonymitě, v dostupnosti i v poskytování informací ohledně možností psychické pomoci a dle odpovědi jednoho z respondentů se obávají především následné stigmatizace neboli sociálních předsudků. Odpověď člena ZZS: „Je to stále relativně tabu mezi posádkami, většina se obává následné stigmatizace! Nikdo nechce být ten, kdo musel za psychologem na pomoc.“ (Zdroj: dotazník). Dle této odpovědi, je zřejmé, že velkým problémem je především anonymita. Nikdo nechce být označován za toho, kdo potřeboval psychickou

pomoc. Obávají se následné stigmatizace neboli sociálních předsudků vůči jejich osobě, díky kterým jsou následně osobě připisovány různé negativní vlastnosti, od svých kolegů, nadřízených či jejich okolí. Dle odpovědí členům chybí dostatek informací ohledně fungování PIP a obávají se následků.

Dle rozhovoru s respondenty lze říci, že žádný z nich nezná nikoho ze svého okolí, kdo by odcházel z využití PIP s negativními následky či poškozením, avšak na druhé straně je také skutečnost, že jen 12 % respondentů tuto pomoc využilo a pouze 3 %, tedy 8 respondentů pro vyrovnání s traumatizujícím zážitkem využilo pomoci psychologa.

Při testování statistických hypotéz H1 až H5 byl statistický rozdíl mezi skupinami vždy s 95 % pravděpodobností potvrzen. Při podrobnějším vyhodnocení H1 byl rozdíl zjištěn mezi všemi skupinami, přičemž za složku s nejnegativnější povahou odpovědí dle průměrného počtu bodů je považována ZZS. Členy této složky lze považovat za nejčastěji psychicky vyčerpané během výkonu povolání. Tato hypotéza zahrnovala otázky zabývající se psychické náročnosti jejich povolání, psychickým vyčerpáním během výkonu, syndromem vyhoření, pocitem podrážděnosti, únavou při odchodu ze služby, problémy se spánkem a dostatkem volného času. H2 potvrdila odlišnost složky HZS od ostatních, přičemž dle bodového průměru ji lze považovat za tu s nejvíce pozitivními odpověďmi. Naopak složky ZZS a PČR mají odpovědi spíše negativní povahy a nebyl mezi nimi zaznamenán rozdíl v prožití PTSD. Dle bodového průměru lze za složku s více negativními odpovědi v této hypotéze označit PČR. Hypotéza se zabývala otázkami prožití posttraumatické stresové poruchy, návratem vzpomínek na traumatizující zážitek ze zásahu, odtazitostí od vlastního okolí a problémy s koncentrací neboli soustředěním. Třetí hypotéza zabývající se vnímáním pomoci v oblasti posttraumatické intervenční péče potvrdila odlišnost pouze u složky ZZS, přičemž ji lze považovat za složku s nejnegativnější povahou odpovědí dle bodového průměru. Hypotéza shrnovala otázky týkající se ocenění přítomnosti psychologa či peera přímo na stanici, svěřením se s problémy odborníkovi, profesního poškození po návštěvě psychologa, zjištění odborné pomoci a ocenění rozhovoru se specialistou po každém zásahu. Výpočtem H4, zkoumající pracovní okolí členů, jejich materiální vybavení, důvěru ke kolegům, konflikty na pracovišti a ohrožení jejich osoby při výkonu služby, bylo zjištěno, že negativně

se odlišuje od ostatních složka PČR. Hypotéza 5 potvrdila rozdíl mezi složkami ZZS a PČR v připravenosti členů, přičemž složka ZZS se odlišuje negativně. Pátá hypotéza zabývající se připravenosti shrnovala domněnky toho, zda se lze dopředu připravit na stres spojený se zásahem a zda si sami členi cítí být připraveni a také zda se při výkonu služby obávají ohrožující chyby. Složka ZZS by jako statisticky odlišná potvrzena celkem ve třech hypotézách z pěti. Tento rozdíl je považován za negativní a je tedy nejvíce negativně ovlivněna určitými faktory počítanými v rámci hypotéz H1 – H5. Pro tuto složku bude dle výpočtu statistických hypotéz a dotazníkového šetření navrženo doporučení či zlepšení další intervenční péče.

Dle výpočtu hypotézy zabývající se rozdílem mezi členy, kteří na stanici mají k dispozici psychologa či peera a mezi těmi členy, kteří nemají byl statistický rozdíl potvrzen v otázce psychické vyčerpanosti a pracovním okolím členů, přičemž dle výsledků bodového ohodnocení odpovědí členi bez přítomnosti odborné pomoci na stanici odpovídali negativněji. Při výpočtu H62 – prožití PTSD a H65 – připravenost členů rozdíl mezi skupinami potvrzen nebyl, avšak lze konstatovat dle výsledků, že lehce negativněji odpovídali členi bez přítomnosti odborné pomoci na stanici. H3 zkoumající vnímání zajištění PIP statistický rozdíl nepotvrdila a odpovědi členů byly vyrovnané.

Problém v poskytování PIP nastává především v anonymitě. Členi se obávají stigmatizace či profesního poškození. Tyto problémy lze také spojit s problémem špatné informovanosti, a proto je potřeba podpořit členy ve vnímání toho, že prioritou pomocníků je právě jejich anonymita a mnohdy také i anonymita intervenanta a také podpořit pocit či představu toho, že správný člen IZS, aby byl schopen pomáhat ostatním, musí být schopen pomoci sám sobě v situaci, kdy to potřebuje.

Dle hypotéz H6A – H6E lze konstatovat, že členi IZS s přítomností odborné pomoci na stanici odpovídali pozitivněji. Pro zkvalitnění by jistě mohla napomoci větší informovanost, kterou by bylo možné podpořit pravidelným proškolením. Proškolenat nejen, jak mají pomáhat ostatním, ale také především sami sobě. Školení zaměřené, kam či a na koho se mohou členi ZZS obrátit, jak často by se měli scházet s odborníkem nebo jak často ho mohou navštěvovat, s jakými problémy mají docházet i pokud žádné

problémy je zrovna trápit nebudou, ale rádi by zjistili, jak pomoci dalším či jak zkvalitňovat jejich pracovní prostředí a vztahy s kolegy. Vytvořit například ucelený a kompletní vzdělávací systém zaměřený na výjezdové skupiny zkompletovaný na míru jejich potřebám, požadavkům, odbornosti a povaze absolvovaných výjezdů. Proškolení by mělo být pravidelné, alespoň 1x za půl roku pro zvyšování důvěryhodnosti systému odborné pomoci členům IZS, Také v rámci školení vyzdvihnout možnosti neosobní pomoci, jako jsou například linky bezpečí a internetové poradenství, kde je anonymita podpořena například přihlašováním pod přezdívkou a nikdo tak kromě samotných členů, kteří se svěří, nezjistí, že požádali o pomoc krizového intervenanta. Také navrhopat například každý půl rok možnost zapojit se do programu strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací neboli se přidat k posttraumatickému intervenčnímu týmu. Zapojení se do programu a zdárné ukončení by mohlo být podpořeno finanční odměnou. Tímto způsobem by bylo možné docílit toho, že alespoň na každé stanici ZZS by byl přítomen PIT či PEER, který by tu byl speciálně vyškolen pro své kolegy a také i tento člen by lépe věděl, jak v případě problému pomoci sobě. Cestu anonymity k odborné pomoci by bylo možné vyřešit povinnými pravidelnými návštěvami u psychologa, například jednou za 3-4 měsíce. Čas strávený u psychologa by byl zdravotníkovi hrazen a návštěva by probíhala mimo areál ZZS, aby nebylo možné zjistit, jak dlouhý čas dotyčný u psychologa strávil. Takto by museli odborníka navštěvovat všichni a obavy z následné stigmatizace z toho, že by byli považováni za toho, kdo musel k psychologovi, by odpadly. Řešení psychických problému je subjektivní záležitostí každého jedince a takto by mohli mít záchranáři dvě cesty. Jednu, kdy by se mohli svěřit někomu ze svého blízkého okolí, komu důvěřují – tedy kolegovi a druhou, která by zahrnovala někoho, kdo by je nesoudil na základě blízkého vztahu a jejich společné minulosti – tedy odbornému psychologovi. Tato doporučení lze aplikovat i pro členy ostatních složek IZS, nejen členi ZZS jsou negativně ovlivněni a potýkají se s psychickými problémy, které vznikly v souvislosti se zásahem, ale každý pomáhající člen jistě alespoň jedenkrát za celou svoji službu potřebuje podpořit od blízké osoby či slyšet utěšující slova odborníka. V rámci navyšování psychické odolnosti pracovníků IZS, by mohlo dojít i ke zkvalitňování poskytované péče a pomoci od těchto členů. Každý jedinec, nejen členi IZS, podává lepší výsledky a jsou výkonnější s pozitivní náladou a bez psychických problémů. Vzhledem k tomu by také mohlo dojít k navyšování počtu příslušníků v řadách jednotlivých složek IZS.

V časopisu Urgentní medicína z roku 2005 se J. Šeblová a V. Kebza zabývají studií „Zátěž a stres pracovníků záchranné služby s potenciálním vyústěním v burnout syndrom – možnostmi včasné diagnózy, terapie a prevence. Cílem byla identifikace stresorů a hladiny psychologické zátěže a vytvoření intervenčního programu. Mezi nejčastější stresory byla zařazena smrt nebo KPR dítěte a mladých lidí a přítomnost u hromadných a závažných dopravních nehod. Možnosti zlepšení ve vzdělávání uvedlo 41,5 % respondentů, kteří změnu oceňují, další péči a vyšší ohodnocení z nich uvedlo 30,5 % členů a lepší organizační opatření 24,4 % z nich. Za největší pozitivum služby považují členi možnosti pomoci a zachraňovat. Bohužel vždy je zapojení do podpůrných programů vázáno na ochotu příslušníka a jeho zájem, tyto faktory jsou i v zahraničí velkým problematickým bodem. První část této studie potvrdila vysokou míru rizika jejich pracovního okolí a dále byly zaváděny podpůrné intervenční programy s ohledem na toto riziko a jeho dopady (Šeblová a kol. 2005). Vyplývá, že zaměstnanci by změnu uvítali a rádi by změnili poskytování pomoci i dle autorčiných výsledků dotazníku, avšak nastává problém s ochotou docházet. Vzdělávací program pro poskytování informací ohledně PIP by byl povinný a za účast na školení by náležela odměna, ať finanční či materiální pro danou stanici IZS. Výsledky členů, kteří různými školeními prošli by také sloužily pro další výzkumy v této problematice, které by byly vhodné a zasloužily by si širší vzorek respondentů. Výcvik a zaškolení profesionálních členů IZS trvá roky, a proto je v zájmu celé společnosti, aby kvalifikovaní příslušníci IZS setrvali ve své službě co nejdéle. Vznikla skupina pro vytvoření systému krizové intervence s cílem vybudovat metodické postupy činnosti a zajistit podmínky poskytování psychické pomoci v rámci celé ČR, avšak stále jsou v systému chyby, které nepodporují a podněcují členy k obavám z konzultace. Psychická pomoc nejen členům ZZS a celého systému IZS, ale i dalších zaměstnanců by měla být nedílnou součástí práce zaměstnavatele pro kvalitní výkon. Také v časopise 112 z roku 2007 publikovala J. Šeblová studii zátěže a stresu členů ZZS, která navazuje na první část z roku 2005. Pro podporu psychiky členů navrhovala preventivní přednášky pro navýšení odolnosti a semináře zabývající se managementem v organizaci. Také doporučila zavedení programů krizové intervence a poslední bod doporučení zohledňoval riziko ohrožení při výkonu služby také doporučila vytvoření specifických intervenčních programů pro zasažené členy, které by navyšovaly pracovní pohodu i efektivitu a předešlo by se tak předčasným odchodům kvalifikovaných zaměstnanců (Šeblová, 2007).

Také v zahraničí se potýkají s podobnými problémy. Například v USA se „program peer“ velmi osvědčil při pomoci traumatizovaným policistům. Program je založen na konzultaci problému s neprofesionálem, většinou přítelem či kolegou, který prošel speciálním výcvikem. Cílem programu je, aby policisté byli schopni se vypořádat s problémy, s kterými se potýkají každý den a zabránilo se tak vzniku deprese, vztahovým konfliktům, závislostem, a především krizi a syndromu vyhoření (Hoskovcová, 2009). Také je doporučováno, aby záchranáři byli po účasti při katastrofách a neštěstích větších rozměrů sledováni pro včasné odhalení možné PTSP a byla včas zajištěna léčba. Výzkum zabývající se záchranáři, kteří zasahovali po výbuchu továrny pyrotechniky, potvrdil PTSP po 5 měsících u 1,6 % členů a po 18 měsících dokonce u 3,1 % členů (ASK a kol., 2014). Autorka také navrhuje podpoření a větší propagaci možnosti zapojení se do programu PIT a zabránění tak možným vznikům psychických poruch a následnému ukončení služby.

V roce 2014 se V. Křivánková zabývala využitím posttraumatické intervenční péče k překonání traumatizujícího zážitku. Dotazovala se příslušníků HZS ČR. Výsledkem bylo, že pouze 11 % respondentů k vyřešení psychického problému využilo služeb PIP (Křivánková, 2014). Podobné jsou i výsledky autorky, při vyhodnocování bylo zjištěno, že odbornou pomoc k vyrovnání se s traumatem využilo pouze 13 % respondentů.

Problematikou krizových intervencí se také zabýval V. Jiříšta ve své diplomové práci věnované tématu vlivu akutního stresu na záchranáře. Dle výsledků jeho výzkumu využilo pouze 11 % respondentů k vyrovnání se s traumatem pomocí psychologa či peera, a tato pomoc byla hodnocena s převážnou spokojeností respondentů (Jiříšta, 2012). Autorčiny výsledky také vypovídají 78 % spokojenosti respondentů s PIP.

V rámci dotazníkového šetření P. Vaňáskové, v kterém porovnávala členy IZS, došla k závěru, že možnost využít pomoci PITa, zná 81 % respondentů z 118 celkových. Avšak možnost by nevyužilo 88 % dotazovaných. K podobným výsledkům došla i autorka. Z 240 respondentů program PIT zná 56 %, z respondentů ZZS program zná více než polovina, avšak také službu využilo pouze minimum. Rozlišným výsledkem je, že přítomnost odborníka přímo na stanici by ocenilo 58 % respondentů. Což také podporuje autorku v návrhu lepšího začleňování do programu PIT (Vaňásková, 2014).

M. Guľašová konstatuje v časopise *Urgentní medicína*, že psychická zátěž záchranářů není průběžně ani adekvátně řešena. Tento problém může následně vyústit v pracovní i osobní konflikty a zdravotní problémy. Vhodná je prevence psychologickou intervencí pro předcházení a redukování syndromu vyhoření. Doporučením je věnovat pozornost preventivním opatřením a vzdělávat záchranáře ve správné reakci na jednání pacientů a v umění rozlišovat signály ohrožující nejen jeho ale i celý zasahující tým (Guľašová, 2011). Navrhuje tedy pravidelné proškolení příslušníků za účelem ochrany jejich psychického zdraví, ovšem dle předchozích odstavců lze konstatovat, že členi odbornou pomoc využívají jen velmi zřídka, a proto autorka navrhuje podpoření účasti materiální či finanční odměnou pro celou stanici k vytvoření lepších pracovních podmínek.

M. Guľašová také předkládá doporučení pro zvládání zátěžových situací přesahující běžné každodenní zkušenosti záchranářů. Důraz klade na okamžitou skupinovou intervenci s využitím peer programu, defusingu a debriefingu za účasti psychologa (Guľašová, 2016).

Také v Pákistánu proběhla studie zabývající se psychickou pomocí záchranářům. Dle výsledků jsou záchranáři dlouhodobě a opakovaně vystavováni působení distresu. Doporučením bylo další a pravidelné vzdělávání v oblasti psychologie a krizových situací, a především školení věnované problematice zvládání stresu (Ahmad a kol., 2015).

E. Val'ko také došel k závěru, že respondenti PČR účastníci se jeho výzkumu většinou odbornou pomoc nevyužívají. Obavy příslušníků jsou založené především na nedůvěře ohledně anonymity. Příslušníci vnímají svoji profesi tak, že nesmí psychicky pochybit a být stále odolní a profesionální a jakákoliv odlišnost by následně mohla vést ke snížení způsobilosti. Většina z respondentů pomoc nevyužije z důvodu zneužití informací o jejich psychickém stavu a obav z profesního poškození. K podobným výsledkům došla i autorka, kdy 40 % respondentů ZZS se obává anonymity či následné stigmatizace od svých kolegů či nadřízených (Val'ko, 2011).

Také F. Saida se zabýval ve své diplomové práci PIP. Dle výzkumu zjistil, že 76,8 % respondentů ví, že lze využít krizovou linku a pouze 32,3 % by ji k řešení využilo. Důvodem mohou být obavy z monitorování, kterých se obává 80 % respondentů. Psychologa

by především z důvodu obav z profesního poškození nenavštívilo 64,9 % respondentů. Dle autorčiných výsledků by se s problémy psychologovi nesvěřilo pouze 26 % členů a profesního poškození se obává také pouze necelých 36 % členů. Tento výzkum tedy neodpovídá autorčiným výsledkům (Saida, 2011).

S autorčinými výsledky také nekoresponduje odpověď člena z výzkumu V. Janků. Člen se vyjádřil takto: „Nadřízené absolutně nezajímá psychický stav záchranářů, tudíž co si člověk sám nezařídí to nemá a mít nebude. A pokud se nadřízený dozvěděl o někom, kdo využil psychologickou pomoc v souvislosti s povoláním, roznesl to po celém oddělení tak, že toho jednotlivce kolektivní silou znemožnil, nebo donutil odejít.“ (Janků, 2017).

Podobnou odpověď zaznamenala i autorka, kdy se respondentka nejvíce obávala následné stigmatizace. Členi IZS mají velké obavy z anonymity a z následných důsledků nedodržení mlčenlivosti. Za účelem toho navrhla autorka povinné schůzky s psychologem pro zjištění psychického stavu záchranáře a jeho sledování. A tak aby byla zachována anonymita toho, kdo psychologickou podporu opravdu potřebuje, ale bojí se služby využít.

V současnosti je systém posttraumatické intervenční péče v ČR, která je poskytována členů IZS, dobře rozpracován, ale dle veškerých výsledků je stále co zlepšovat a nadále zkvalitňovat služby pro psychické zdraví členů IZS, kteří napomáhají k udržení a ochraně zdraví všem ostatním. A pokud někdo napomáhá dalším, musí být schopen pomoci sám sobě a musí být bez závažných psychických problémů.

6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo prozkoumání problematiky krizových situací a posttraumatické intervenční péče pro příslušníky Integrovaného záchranného systému ČR. Kapitoly teoretické části práce se opírají o odbornou literaturu, odborné internetové články a rozhovory s příslušníky IZS. Kapitoly jsou věnovány popisu krize, definice psychické krize zní, že se jedná o narušení psychické rovnováhy zapříčiněné náhlým vyhocením situace neboli traumatem. Dále přičinám vzniku krize, které jsou nejčastěji rozdělovány do dvou kategorií – na vnější a vnitřní, přičemž možností podnětu vzniku krize je nespočetně a nelze sestavit kompletní seznam všech situací a objektů vyvolávající krizi. Další kapitola je věnována druhům krizí. Krize se rozlišují dle hloubky, počtu účastníků, vzniku, výskytu, stádia vývoje lidského života, předvídatelnosti apod. a v neposlední řadě rozlišujeme také krizi suicidální, kdy jedinec řeší krizovou situaci nejhorším a extrémním způsobem, sebevraždou. Průběh krize je subjektivně ovlivňován individuálními determinantami každého jedince. Nejčastěji jsou uváděny čtyři fáze dle G. Caplana. Krizová situace může vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu či syndrom vyhoření, těmito poruchami je v kapitole také zabýváno. Následující kapitola je zaměřena na popis Integrovaného záchranného systému ČR, popsány jsou jednotlivé složky IZS, profese záchranářů a typické stresory této služby a služební dny členů těchto složek. V neposlední řadě bylo třeba se také zaměřit na možnosti zvládnutí a řešení krizí, tedy na posttraumatickou intervenční péči a krizovou intervenci.

Empirická část je založena na dotazníkovém šetření a výpočtu stanovených statistických hypotéz. Stanoveno bylo deset statistických hypotéz, přičemž prvních pět hypotéz H1 – H5 mezi sebou porovnává členy jednotlivých složek, tedy HZS, ZZS a PČR. Hypotézy H6A – H6E porovnávají mezi sebou členy IZS, kteří mají přímo na své stanici možnost využít pomoci odborníka či PITa. Cílem empirické části bylo porovnání složek IZS mezi sebou a zjištění, zda a která ze složek je nejvíce negativně ovlivněna krizovými situacemi a následně pro tuto složku, resp. její členy navrhnout doporučení ke zlepšení PIP. Dle výsledků dotazníkového šetření a výpočtu statistických hypotéz lze za tuto složku považovat ZZS, resp. její členy, pro které bylo v kapitole vyhodnocení výsledků navrženo doporučení pro zlepšení posttraumatické intervenční péče. Navržen byl pravidelný

vzdělávací systém členů, vhodný nejen pro příslušníky ZZS, dále nabízení pravidelného zapojení se do programu strategie zvládání psychicky náročných profesních situací neboli se přidat k posttraumatickému intervenčnímu týmu, které by mohlo být podpořeno i finanční odměnou po zdárném ukončení. Pro psychickou podporu a snížení obav z následné stigmatizace při návštěvě odborníka byla navržena povinná účast členů složek u psychologa mimo areál jejich pracoviště, která by museli absolvovat v rámci každých 3-4 měsíců. Poskytování kompletních a pravdivých informací o systému, proškolení a kvalitní pozitivní výsledky zvyšují důvěryhodnost celého systému poskytování odborné posttraumatické intervenční péče a krizové intervence. Proškolení a možnost promluvit si s odborníkem bez následků a obav by mohlo napomoci také nižšímu odcházení příslušníků IZS ze svého zaměstnání, a naopak by ve svém zaměstnání setrvali déle. Přeci jen náklady na jejich zaškolení na příslušné pozice jsou poměrně vysoké, proces zdoluhavý, a ne každý jedinec zvládne být takto psychicky odolný. Také pokud velmi traumatizující zážitek bez následného řešení utrpí jeden z příslušníků, se on na jedné straně potýká s vážnými psychickými problémy a na straně druhé stát financuje jeho proces uzdravování se, který může být jakkoli dlouhý. Navržené opatření jsou vhodná i pro další složky Integrovaného záchranného systému, v kterých jsou členi velmi obdobně zasaženi traumatizujícími zážitky při službě a při kvalitní podpoře psychické odolnosti příslušníků, bude kvalitněji jimi poskytována pomoc. Každá osoba je výkonnější a pracuje s většími úspěchy s pozitivní náladou a bez psychických problémů.

7. Bibliografie

Ahmad, Sahrish, Arshad, Tehreem a Kausar, Rukhsana. Psychological Correlates of Distress in Rescue 1122 Workers in Pakistan. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2015, vyd. 17, č. 2, str. 486-494.

Ask, Elklit, Gudmundsdottir, Drifa. A Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Symptoms and their Predictors in Rescue Workers after a Firework Factory Disaster. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2014, vyd. 16, č. 2, str. 99-103.

Baštecká, Bohumila. *Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

Baštecká, Bohumila. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervence*. Havlíčkův Brod: Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.

Brečka, Tibor. *Psychologie katastrof*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-330-1.

Dlouhý, Martin a kol. *Krizová komunikace v zátěžových situacích*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2014. ISBN 978-80-87647-12-7.

Ferjenčík, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-815-9.

Generální ředitel HZS ČR Ryba, Drahoslav. *Sbírka interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR*. Praha, 2017.

Gul'ašová, Monika. Opakované ztráty. *Rescue report: časopis pro integrovaný záchranný systém*. Brno: Ikaria, 2016, roč. 19, č. 4, str. 9-10.

Gul'ašová, Monika. Krízové situácie vyžadujúce psychologickú intervenciu u záchranárov. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: Mediprax CB, 2011, roč. 14, č. 3, str. 32-35.

Hartl, Pavel; Hartlová, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-686-5.

Hendl, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-482-3.

Hoskovcová, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1

Janků, Vendula. *Vliv mimořádných a zátěžových situací na psychiku člověka*. Kladno, 2017. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebecka Ralbovská, Ph.D.

Jiříšta, Vladimír. *Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná krizová intervence*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra radiologie, toxikologie a ochrany obyvatelstva. Vedoucí diplomové práce Mgr. Štěpán Klen.

Kastová, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X.

Kebza, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze; Provozně ekonomická fakulta, 2009. ISBN 978-80-213-1971-4.

Kebza, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 978-80-200-1307-1.

Klimpl, Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci.* Praha: Grada publishing, 1998. ISBN 80-7169-324-3.

Kopřiva, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

Křivánková, Veronika. *Mimořádné události a jejich vliv na psychiku hasičů.* Kladno, 2014. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce PhDr. Eva Biedermannová.

Křivohlavý, Jaro. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

Matoušek, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

Mareš, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka.* Praha: Grada publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3007-3.

Mlčák, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. ISBN 80-7368-036-X.

Navrátilová, Žaneta. *Posttraumatická intervenční péče u zasahujících složek Integrovaného záchranného systému v Moravskoslezském kraji.* Kladno, 2016. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Nešpor, Karel. *Závislost na práci.* Praha: Grada publishing, 1999. ISBN 80-7169-764-8.

Neubauer, Jiří, Sedlačík, Marek a Kříž, Oldřich. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech.* Praha: Grada publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5786-5.

Nový, Michal. Stresory v policejní práci. *Psychologie dnes.* 2003, str. 11.

Saida, František. *Postkrizová intervenční péče v situacích ohrožení u Policie České republiky.* České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra radiologie a toxikologie. Vedoucí práce JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.

Světová zdravotnická organizace. *Psychická první pomoc: Průvodce pro terénní pracovníky.* [editor] Bohumila Baštecká. Praha: Diakonie ČCE - Středisko humanitární a rozvojové spolupráce, 2019. ISBN 978-80-906509-9-2.

Paulík, Karel. *Psychologie lidské odolnosti.* Praha: Grada publishing, 2017. ISBN 978-80-271-9578-7.

Pešek, Roman a Praško, Ján. *Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhým nezníčit.* Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

Prieß, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření. Najděte cestu zpátky k sobě.* Praha: Grada publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

Ralbovská, Rebeka, Ralbovská, Denisa a Šín, Robin. Vliv psychické zátěže u členů integrovaného záchranného systému. *Urgentní medicína, časopis pro neodkladnou lékařskou péči.* 2017, str. 3.

Policie České republiky. *POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY.* Praha: Policejní prezidium České republiky, 2017. ISBN 978-80-270-0664-9.

Svatošová, Libuše a Prášilová, Marie. *Statistické metody v příkladech.* Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2008, str. 46-47. ISBN 978-80-213-1673-7.

Šeblová, Jana. Zátěž a stres pracovníků zdravotnických služeb. *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2007 č. 3, str.12–14.

Šeblová, Jana. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. *Československá psychologie. Z klinické praxe*, 2017, Sv. LI, str. 4.

Šeblová, Jana a Kebza, Vladimír. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. *Urgentní medicína, časopis pro neodkladnou lékařskou péči.* 2005, č. 1, str. 27 – 29.

Schmidbauer, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.

Špatenková, Naděžda. *Krize - Psychologický a asociologický fenomén.* Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4.

Špatenková, Naděžda. *Krize a krizová intervence.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

Špatenková, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi.* Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.

Ulrichová, Monika. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady.* Hradec Králové: Oftis, 2012. ISBN 978-80-7405-186-9.

Vágnerová, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

Val'ko, Erik. *Posttraumatická intervenční péče v Policii České republiky.* Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce. Vedoucí práce Dipl.–Theol. Univ. Stanislava Ševčíková.

Vaňásková, Pavla. *Psychosociální péče při mimořádných událostech.* Kladno, 2014. Diplomová práce. ČVUT, Praha, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Vilášek, Josef, Fiala, David a Vondrášek, David. *Integrovaný záchranný systém ČR počátku 21. století.* Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2477-8.

Vodáčková, Daniela. *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Vodáčková, Daniela. *Prostupnost záchranné služby s psychosociálními službami.* Kladno: Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, 2008. ISBN 978-80-9040018-1-5.

Vodáčková, Daniela. *Krizová intervence.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

Volf a Karlík. *Záchrana osob. 150 hoří.* 1998, str. 9.

Vymětal, Štěpán. *Krizové situace. Měsíčník Policista.* 2003, str. 12.

Vymětal, Štěpán. *Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích. Odborný časopis požární ochrany, IZS a ochrany obyvatelstva.* 2007, 2.

Vymětal, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika.* Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

8. Internetové zdroje

Adi Care. Adi Care - Centrum psychologické a psychiatrické péče. *Hraniční porucha osobnosti*. [Online] [Citace: 11. Červen 2020.] <https://www.adicare.cz/hranicni-porucha-osobnosti/>.

ČR, Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru. Přijetí do služebního poměru. *HZS ČR*. [Online] 2020. [Citace: 2. Srpen 2020.] <https://www.hzscr.cz/clanek/podminky-prijeti-a-dalsi-informace.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>.

Franěk, Ondřej. 2020. Systém zdravotnické záchranné služby v ČR. *Záchrannaslužba.cz*. [Online] WordPress, 2020. [Citace: 5. září 2020.] <https://zachrannaslužba.cz/system-zzs-v-cr/>.

Holoubková, Blanka. Dojezdové časy hasičů nesmí přesáhnout 15 minut. *PRAHATV*. [Online] TV PRAHA, s.r.o., 23. Říjen 2017. [Citace: 2. Srpen 2020.] <https://prahatv.eu/zpravy/praha/praha/5751/dojezdove-casy-hasicu-nesmi-presahnout-15-minut>.

Mísař, Martin. Přehled přijímacích fyzických testů hasičských sborů. *RonnieCZ*. [Online] Erasport, s. r. o., 4. Červenec 2018. [Citace: 2. Srpen 2020.] <https://kulturstika.ronnie.cz/c-29919-prehled-prijimacich-fyzicky-testu-hasicskych-sboru.html>.

Nedělníková, Hana. Statistická ročenka 2019 Česká republika. *Ministerstvo vnitra-generální ředitelství HZS ČR*. [Online] 2020. [Citace: 3. Září 2020.] <https://www.hzscr.cz/clanek/statisticke-rocenky-hasicskeho-zachranneho-sboru-cr.aspx>

PČR. Informace pro uchazeče. *Policie České republiky*. [Online] 2020. [Citace: 8. Září 2020.] <https://www.policie.cz/clanek/podminky-prijeti-do-sluzebniho-pomeru.aspx>.

PČR. O Policii ČR. *Policie ČR*. [Online] 2020. [Citace: 30. Srpen 2020.] <https://www.policie.cz/clanek/o-nas-policie-ceske-republiky-policie-ceske-republiky.aspx>.

Prahy, ZZS hl. m. Kariéra. *Zdravotnická záchranná služba hl. m Prahy*. [Online] 2018. [Citace: 28. Srpen 2020.] <https://www.zzshmp.cz/kariera/>.

Suchomel, Přemysl. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. *Neurotické poruchy*. [Online] [Citace: 11. červen 2020.] <http://www.plhb.cz/content/neuroticke-poruchy>.

Masarykova univerzita. Zdravotnické záchranářství. *MUNI*. [Online] 2020. [Citace: 28. Srpen 2020.] <https://www.muni.cz/bakalarske-a-magisterske-obory/23444-zdravotnicke-zachranarstvi>.

Zaoralová, Nicole. Počet stanic HZS ČR stoupne na 250. *POŽÁRY.cz*. [Online] 14. únor 2018. [Citace: 28. srpen 2020.] <https://www.pozary.cz/clanek/182860-pocet-stanic-hzs-cr-stoupne-na-250-v-pristich-peti-letech-se-zvysi-pocet-prislusniku-o-700/>.

9. Přílohy

9.1. Dotazník

Dobrý den, věnujte mi prosím několik minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je určen pro členy Integrovaného záchranného systému České republiky, je dobrovolný a anonymní. Výsledky dotazníku budou využity pouze pro účely zpracování mé diplomové práce na téma „Chování člověka v krizových situacích“.

1. Jste členem/členkou:
 - a) Hasičského záchranného sboru ČR
 - b) Zdravotnické záchranné služby ČR
 - c) Policie ČR

2. Jaké je Vaše pohlaví? a) Žena b) Muž

3. Kolik je Vám let? _____

4. Jaká je délka Vašeho služebního poměru? _____

5. U kolika výjezdů, akcí jste přibližně přítomen/přítomna během jednoho týdne
 - a) Žádné
 - b) 1–5
 - c) 6–10
 - d) 11–15
 - e) 16 a více

6. Domníváte se, že výkon Vaší profese je psychicky náročnější v porovnání s jinými profesemi (i v porovnání s ostatními složkami IZS)?
 - a) Ano, vždy
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne

7. Cítíte se během výkonu svého povolání psychicky vyčerpaný/á?
 - a) Ano, vždy
 - b) Ano, často
 - c) Ano, občas
 - d) Ano, výjimečně
 - e) Ne

8. Setkal(a) jste se během výkonu svého povolání s extrémně obtížným (psychicky náročným) zážitkem/zážitky?
 - a) Ano, pokaždé
 - b) Ano, často
 - c) Ano, občas
 - d) Ano, výjimečně
 - e) Ne

9. Pokud ano. Jak jste se s traumatizujícím zážitkem vyrovnal(a)?
- a) Vyrovnal(a) jsem se s ním sám/sama
 - b) Svěřil(a) jsem se blízkému
 - c) Vyhledal(a) jsem pomoc člena posttraumatického intervenčního týmu (PIT/PEER)
 - d) Vyhledal(a) jsem odbornou pomoc (psycholog, psychiatr, krizový intervent, jiný)
 - e) Nevypořádal(a) jsem s tím dodnes
10. Pokud jste se vyrovnal(a). Jak dlouho jste se zátěžovou situací vyrovnával(a)? Pokud jste se setkal(a) s více traumatizujícími zážitky, pak vyberte dobu obvyklou.
- a) Ihned
 - b) Během krátké doby (do 4 týdnů)
 - c) Delší dobu (více jak 4 týdny)
 - d) Nevypořádal(a) jsem se dodnes
11. Znáte program strategie zvládnání psychicky náročných profesních situacích (Posttraumatický intervenční tým – PEER/PIT)
- a) Ano
 - b) Ne
12. Je pro Vás psycholog či PEER k dispozici přímo na stanici?
- a) Ano, oba
 - b) Jen psycholog
 - c) Jen PEER/PIT
 - d) Nevím
 - e) Ne
13. Oceňujete přítomnost psychologa či PEERa/PITa na stanici? Pokud není psycholog či PEER/PIT přítomen na stanici, ocenil(a) byste to?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
14. Svěřili byste s problémy odborníkovi v oblasti PIP či PEERovi/PITovi?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
15. Myslíte si, že by Vás mohla návštěva u služebního psychologa profesně poškodit?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
16. Je dle Vašeho názoru pro Vás dostatečně zajištěna odborná intervenční pomoc?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne

17. Ocenili byste, pokud by si s Vámi promluvil specialista po každém výjezdu či zásahu?
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
18. Důvěřujete svým kolegům při mimořádných událostech (při zásahu, výjezdu)?
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
19. Máte na pracovišti konflikty s kolegy či nadřízenými?
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
20. Myslíte si, že je Vaše pracovní prostředí (stanice/vozidlo/osoba...) dostatečně materiálně vybavena?
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne e) Ne
21. Míváte obavy, že při výkonu své služby uděláte chybu, která ohrozí vás, kolegy či „pacienta/osobu v nouzi“?
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
22. Zažili jste někdy v souvislosti s výkonem služby stav celkového vyčerpání – syndrom vyhoření?
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
23. Míváte pocit podrážděnosti?
a) Ano, velmi často c) Ano, občas
b) Ano, často d) Ano, výjimečně e) Ne
24. Pocítil(a) jste někdy PTSD (Posttraumatickou stresovou poruchu) někdy na sobě?
a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
25. Vracely se Vám někdy vzpomínky na stresující situaci při zásahu?
a) Ano, pokaždé c) Ano, občas
b) Ano, často d) Ano, výjimečně e) Ne
26. Vracíte se ze zaměstnání unaven/a?
a) Ano, pokaždé c) Ano, občas
b) Ano, často d) Ano, výjimečně e) Ne

27. Vyhýbáte se/jste odtažiti od svého okolí (přátelé, rodina, kolegové...)
- a) Ano, velmi často c) Ano, občas
b) Ano, často d) Ano, výjimečně e) Ne
28. Máte neklidný spánek či potíže s usínáním?
- a) Ano, stále c) Ano, občas
b) Ano, často d) Ano, výjimečně e) Ne
29. Míváte problémy s koncentrací (soustředěním)?
- a) Ano, stále c) Ano, občas
b) Ano, často d) Ano, výjimečně e) Ne?
30. Ocítáte se při zásahu/výkonu Vašeho povolání v bezprostředním nebezpečí?
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
31. Bojíte se o své zaměstnání z důvodu pravidelných zkoušek – fyzické, zdravotní, vědomostní? a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
32. Myslíte si, že máte dostatek volného času a odpočinku?
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
33. Myslíte si, že se dá na stres spojený se zásahem při mimořádné události připravit?
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
34. Myslíte si, že jste dostatečně psychicky připraven(a)?
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
35. Naplňuje Vás stále výkon Vašeho povolání a vykonáváte jej stále se stejným nadšením?
- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne
36. Chtěl(a) byste něco změnit ve způsobu poskytování Posttraumatické intervenční péče?
- a) Nic, jsem spokojen(a) d) Více informací
b) Více anonymity e) Jiné: _____
c) Lepší dostupnost