

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2015-2017

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Iva Holeková

**Posttraumatická intervenční péče u základních složek
Integrovaného záchranného systému**

Praha 2017

Vedoucí diplomové práce: Doc. JUDr. Jan Brázda, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2015-2017

DIPLOMA THESIS

Iva Holeková

**Post-traumatic Interventional Care in the Basic
Components of the Integrated Rescue System**

Prague 2017

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. JUDr. Jan Brázda, Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Iva Holeková

Poděkování

Děkuji panu Doc. JUDr. Janu Brázdovi, Ph.D. za vedení diplomové práce. Současně děkuji všem pracovníkům základních složek Integrovaného záchranného systému za jejich práci a za spolupráci při výzkumném šetření.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování posttraumatické intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného systému – konkrétně u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky, Policie České republiky a Zdravotnické záchranné služby. Cílem práce je na základě kvantitativní metody dotazníku identifikovat pro hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře stresující a traumatizující události; zjistit jejich znalosti a informovanost o možnostech využívání posttraumatické intervenční péče; zjistit skutečný stav poskytování této péče a navrhnout doporučení ke zlepšení a zefektivnění této péče u základních složek Integrovaného záchranného systému ve smyslu budoucího zákona (de lege ferenda).

Klíčová slova

Hasičský záchranný sbor České republiky, Integrovaný záchranný systém, Policie České republiky, posttraumatická intervenční péče, psychologická intervenční služba, psychologická služba, Zdravotnická záchranná služba.

Annotation

Diploma Thesis deals with the provision of post-traumatic interventional care in the basic components of the Integrated Rescue System – specifically for members of the Fire Rescue Service of the Czech Republic, Police of the Czech Republic and Emergency Medical Services. The aim of the thesis is based on a quantitative method - survey - to identify stressful and traumatic events for firemen, policemen and paramedics; determine their knowledge about the possibilities of using post-traumatic intervention care; determine the real state of care provision, and propose recommendations to improve and streamline this care in the basic components of the Integrated Rescue System in terms of the future law (de lege ferenda).

Keywords

Emergency Medical Services, Fire Rescue Service of the Czech Republic, Integrated Rescue System, Police of the Czech Republic, Post-traumatic Interventional Care, Psychological Intervention Services, Psychological Services.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ A DEFINICE ZÁKLADNÍCH TERMINOLOGICKÝCH POJMŮ	11
1.1 Integrovaný záchranný systém	11
1.2 Stres	14
1.3 Krize	19
1.4 Krizová intervence	24
1.5 Trauma a traumatická událost.....	31
1.6 Posttraumatická stresová porucha.....	34
2 POSTTRAUMATICKÁ INTERVENČNÍ PÉČE V OBEČNÉM POJETÍ	39
3 SPECIFIKA PIP U ZÁKLADNÍCH SLOŽEK IZS	43
3.1 PIP u HZS ČR	43
3.2 PIP u PČR	44
3.3 PIP u ZZS.....	45
PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	46
4.1 Cíl výzkumu.....	46
4.2 Výzkumné hypotézy.....	46
4.3 Metodika výzkumu	47
4.4 Výsledky výzkumu	63
4.5 Ověření výzkumných hypotéz.....	100
5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	103
6 NÁVRHY A DOPORUČENÍ KE ZLEPŠENÍ A ZEFEKTIVNĚNÍ PIP U ZÁKLADNÍCH SLOŽEK IZS DE LEGE FERENDA	104
ZÁVĚR	106
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	110
SEZNAM ZKRATEK	115
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	116
SEZNAM PŘÍLOH	118

ÚVOD

Současnou moderní společnost lze charakterizovat mimo jiné neustále se zvyšujícím počtem mimořádných a tragických událostí. K těm nejčastějším patří například přírodní katastrofy, dopravní nehody, průmyslové havárie či teroristické útoky, které jsou celosvětovým fenoménem zvláště posledních let.

Uvedené události a mnoho dalších incidentů jsou pro osoby, které je na vlastní kůži zažili, mnohdy velice traumatizující a stresující. Obvykle je pro ně velice obtížné vyrovnat se s prožitými traumatizujícími situacemi. Mnohdy se jim to ani nepodaří. Tyto traumatizující události mají ve většině případů velice nepříznivý vliv na jejich každodenní život – zasahují do jejich mezilidských vztahů, ovlivňují jejich sociální zázemí, působí na jejich tělesnou a duševní integritu. Nezřídka kdy traumatizující události takto působí také na jejich blízké, kteří je přímo neprožili.

Stejný vliv mohou mít tyto traumatizující události na členy základních složek Integrovaného záchranného systému (tj. hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře), kteří obvykle na místech neštěstí zasahují. Tuto skutečnost si však běžně mnoho lidí ani neuvědomuje. Jen málokdo si je vědom toho, že do působení traumatizující zátěže se dostávají hasiči, policisté a záchranáři mnohem častěji, než ostatní lidé, což vyplývá především z charakteru jejich povolání. Jejich profese tak může mít a ve skutečnosti také často má nepříznivý vliv na jejich psychický stav. Tento fakt není v žádném případě možné opomíjet, a to i přesto, že na pozice hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů jsou vybíráni výhradně jedinci s vyšší odolností vůči stresu a s vyšší schopností zvládat a reagovat na vzniklé mimořádné události.

Právě na základě výše uvedených poznatků došlo ke vzniku tzv. psychologických služeb poskytující posttraumatickou intervenční péči členům základních složek Integrovaného záchranného systému, tedy hasičům, policistům a zdravotnickým záchranářům zasahujícím při nejrůznějších mimořádných událostech.

Autorka kvalifikační práce si uvědomuje aktuálnost a nezbytnost poskytování posttraumatické intervenční péče jednotlivým členům základních složek Integrovaného záchranného systému, neboť jsou to lidé, kteří každým dnem i nocí zachraňují lidské životy, zdraví a majetek nás – občanů, a proto si toto téma zvolila k vypracování diplomové práce.

Z metodologického hlediska je diplomová práce rozdělena na dvě části, a to část teoretickou a část praktickou. Obě tyto části jsou dále systematicky rozčleněny do několika stěžejních kapitol souvisejících s tématem práce. Teoretická východiska sestávají ze tří hlavních kapitol.

První kapitola teoretické části je zaměřena na vymezení a definování základních terminologických pojmů vztahujících se ke zkoumané problematice – konkrétně Integrovaného záchranného systému, stresu, krize, krizové intervence, traumatu a traumatické události a v neposlední řadě posttraumatické stresové poruchy. Pozornost je v rámci vymezení těchto pojmů zaměřena rovněž na oblasti s nimi souvisejícími. V případě definice Integrovaného záchranného systému jsou uvedeny jeho základní a ostatní složky. V souvislosti se stresem jsou zmíněny stresory a různé dimenze stresu. V rámci vymezení krize je blíže popsána její typologie a průběh. V souladu s krizovou intervencí jsou uvedeny její cíle, specifické znaky, činnosti a druhy. U definování traumatu a traumatické události je charakterizován vznik a rozvoj traumatu, formy psychické traumatizace a symptomy traumatu. Posttraumatická stresová porucha je pojímána z hlediska symptomů, diagnostiky, průběhu a léčby. Druhá kapitola teoretické části se zabývá posttraumatickou intervenční péčí v obecném pojetí, a to jejími cíli, fázemi, poskytováním, intervenčním týmem a etickými aspekty. Třetí kapitola teoretické části je orientována na specifika posttraumatické intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného systému (tedy u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky, Policie České republiky a Zdravotnické záchranné služby).

Praktická část je tvořena třemi hlavními kapitolami. Podstatou této části práce je kvalitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření a kvalitativní výzkum v podobě rozhovorů s hasiči, policisty a zdravotnickými záchranáři realizované na Územním pracovišti Náchod. Součástí praktické části jsou návrhy a doporučení ke zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného systému ve smyslu de lege ferenda.

Metodikou diplomové práce je literární rešerše s využitím odborných literárních, periodických, internetových a legislativních zdrojů, a dále kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření.

Teoretickým cílem je shrnutí dostupných poznatků týkajících se specifík poskytování posttraumatické intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného

systemu, zejména u Hasičského záchranného sboru České republiky, Policie České republiky a Záchrané zdravotnické služby.

Praktickým cílem kvantitativního výzkumu je identifikace stresujících a traumatizujících událostí, kterým jsou hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři při výkonu svého povolání vystaveni; zjištění znalostí a informovanosti hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů o možnostech využívání posttraumatické intervenční péče v rámci příslušných psychologických služeb základních složek Integrovaného záchranného systému; zjištění skutečného stavu poskytování posttraumatické intervenční péče o hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře; včetně návrhu a doporučení pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného systému de lege ferenda.

Praktickým cílem kvalitativního výzkumu je zjištění kritického pohledu hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů na poskytování posttraumatické intervenční péče na jejich pracovišti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ A DEFINICE ZÁKLADNÍCH TERMINOLOGICKÝCH POJMŮ

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům základních složek Integrovaného záchranného systému, a to konkrétně hasičům, policistům a zdravotnickým záchranářům.

V souladu s tématem kvalifikační práce, jeho zaměřením a cíli jsou v následujících podkapitolách 1.1 až 1.6 vymezeny a definovány základní terminologické pojmy, které s ním přímo či nepřímo souvisí. Jedná se zejména o termíny: Integrovaný záchranný systém, základní složky Integrovaného záchranného systému, stres, krize, krizová intervence, trauma a traumatická událost, posttraumatická stresová porucha.

1.1 Integrovaný záchranný systém

Zcela zásadním terminologickým pojmem je s ohledem na téma této diplomové práce Integrovaný záchranný systém (dále je IZS). Tohoto pojmu nebylo až do roku 2001 nikterak užíváno¹, neboť jeho zavedení vyplývá až ze zákona č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů² (dále jen zákon o integrovaném záchranném systému), který nabyl účinnosti 1. ledna roku 2001. Dle tohoto právního předpisu se IZS rozumí „*koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací*“³, přičemž v souvislosti s definicí IZS jsou zákonem definovány také další pojmy, a to:

- ♣ **mimořádná událost:** „*Škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek*

¹ VILÁŠEK, J., FIALA, M., VONDRÁŠEK, D. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum Press, 2014, s. 11. ISBN 978-80-246-2477-8.

² Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>.

³ Tamtéž, Část první, Hlava I, § 2, písm. a).

nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací⁴.

- ♣ **záchranné práce:** *„Činnost k odvrácení nebo omezení bezprostředního působení rizik vzniklých mimořádnou událostí, zejména ve vztahu k ohrožení života, zdraví, majetku nebo životního prostředí, a vedoucí k přerušení jejich příčin⁵.*
- ♣ **likvidační práce:** *„Činnosti k odstranění následků způsobených mimořádnou událostí⁶.*

Kromě výše definovaných pojmů jsou zákonem o integrovaném záchranném systému definovány rovněž výrazy jako ochrana obyvatelstva, zařízení civilní ochrany bez právní subjektivity, věcná pomoc a osobní pomoc.⁷

Na oficiálních internetových stránkách Hasičského záchranného sboru České republiky (dále jen HZS ČR), který je hlavním koordinátorem a páteří celého IZS, je tento systém definován jako *„efektivní systém vazeb, pravidel spolupráce a koordinace záchranných a bezpečnostních složek, orgánů státní správy a samosprávy, fyzických a právnických osob při společném provádění záchranných a likvidačních prací a přípravě na mimořádné události⁸.*

Použití IZS je vázáno na přípravu na vznik mimořádné události a na potřebu provádění záchranných a likvidačních prací současně dvěma či více složkami tohoto systému.⁹

⁴ Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>, Část první, Hlava I, § 2, písm. b).

⁵ Tamtéž, Část první, Hlava I, § 2, písm. c).

⁶ Tamtéž, Část první, Hlava I, § 2, písm. d).

⁷ Tamtéž, Část první, Hlava I, § 2, písm. e) – h).

⁸ O IZS: Integrovaný záchranný systém. *Hasičský záchranný sbor ČR* [online] 2009 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranný-systém.aspx>.

⁹ Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>, Část první, Hlava II, § 3.

V současné době představuje IZS právně definovaný, otevřený systém koordinace a kooperace¹⁰. Zákonem o integrovaném záchranném systému jsou rozlišeny jeho základní a ostatní složky. Mezi základní složky IZS patří:

- ♣ „HZS ČR,
- ♣ jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany,
- ♣ poskytovatelé zdravotnické záchranné služby,
- ♣ Policie České republiky¹¹ (dále jen PČR).

Z ostatních složek IZS je možné dle tohoto právního předpisu jmenovat:

- ♣ „vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil,
- ♣ ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory,
- ♣ ostatní záchranné sbory,
- ♣ orgány ochrany veřejného zdraví,
- ♣ havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby,
- ♣ zařízení civilní ochrany,
- ♣ neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím¹².

K ostatním složkám IZS dále patří také poskytovatelé akutní lůžkové péče s urgentním příjmem a poskytovatelé zdravotních služeb, kteří mají s místně příslušným poskytovatelem zdravotnické záchranné služby či krajským úřadem uzavřenou dohodu o plánované pomoci na vyžádání¹³, a to v souladu s ustanovením Části první, Hlavy IV, Dílu 2, § 21 zákona o integrovaném záchranném systému.

¹⁰ VILÁŠEK, J., FIALA, M., VONDRÁŠEK, D. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum Press, 2014, s. 12. ISBN 978-80-246-2477-8.

¹¹ Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>, Část první, Hlava II, § 4, odst. 1.

¹² Tamtéž, Část první, Hlava II, § 4, odst. 2.

¹³ Tamtéž, Část první, Hlava II, § 4, odst. 3.

Koordinace zmiňovaných složek je dána zákonem o integrovaném záchranném systému a zvláště pak vyhláškou č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému, ve znění pozdějších předpisů¹⁴ (dále jen vyhláška o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému), na jejímž základě probíhá způsob řízení záchranných a likvidačních prací složek IZS na třech úrovních – taktické, operační a strategické.¹⁵

V souladu s tématem diplomové práce bude pozornost soustředěna výhradně na základní složky IZS, a to HZS ČR, PČR a Zdravotnickou záchrannou službu (dále pouze ZZS).

1.2 Stres

Pojem stres lze definovat různými způsoby. Kupříkladu M. Machač, H. Machačová a J. Hoskovec uvádí, že „anglický termín stress v technickém kontextu znamená sílu, působící na fyzikální objekt či systém, který se přivádí do stavu napětí. V závislosti na velikosti síly může vzniknout dočasná či trvalá, funkční nebo strukturální porucha systému. Stress v tomto smyslu odpovídá českému termínu zátěž“¹⁶. K tomuto se přiklání také N. Špatenková a kolektiv, podle níž pojmu stres odpovídá výraz zátěž. Tato autorka dále uvádí, že ke stresu dochází v případech, kde je míra stresogenní situace (tj. stresoru / stresorů) vyšší, než schopnost či možnost člověka danou situaci zvládnout. Všeobecně toto nazývá nadlimitní zátěží vedoucí k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu.¹⁷ Obdobně pojímá stres rovněž K. Paulík, který jej spojuje s obtížnými a ohrožujícími událostmi, které výrazně narušují rovnováhu organismu a vyvolávají vážné změny v rámci hormonálního, oběhového a imunitního

¹⁴ Vyhláška č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2001 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-328>.

¹⁵ VILÁŠEK, J., FIALA, M., VONDRÁŠEK, D. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum Press, 2014, s. 14. ISBN 978-80-246-2477-8.

¹⁶ MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988, s. 9. ISBN neuvedeno.

¹⁷ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004, s. 38. ISBN 978-80-247-2624-3.

systemu člověka.¹⁸ Dle J. Praška, T. Hájka a M. Preisse představuje stres setkání s událostmi, jenž jsou vnímány jako ohrožení fyzického a psychického blaha.¹⁹

STRESORY

Výše uvedené nepříznivé události jsou obecně označovány jako stresory. Reakce na stresory se pak nazývají stresové reakce.²⁰ J. Křivohlavý v této souvislosti zmiňuje tzv. salutory, což jsou podle něj činitele, jež člověka v těžkých situacích naopak posilují.²¹ M. Machač, H. Macháčová a J. Hoskovec zdůrazňují, že žádný podnět nemůže být sám o sobě stresorem. V opačném případě však platí, že každý podnět se za jistých okolností může stresorem stát.²²

Stresory jsou obvykle rozlišovány dle různých hledisek:

♣ **stresory:**

- **fyzikální / fyzické** – příkladem může být nadměrný hluk, teplota (horko / chlad), prašnost, nepříznivé pracovní podmínky apod.,
- **fyziologické** – např. fyzická zátěž, porod atd.,
- **psychosociální** – kupříkladu mezilidské vztahy aj.²³,
- **psychické** – žal, strach, vztek, spěch, nesplněná očekávání atp.,

♣ **stresory dle intenzity a délky trvání:**

- **ministresory:**

Jsou zapříčiněny velice mírnými událostmi navozujícími stres. Při dlouhodobějším vystavení těmto stresorům vyvolávají u člověka vnitřní úzkost vedoucí postupem času až k depresi. Do skupiny ministresorů patří např. monotónnost, nuda či frustrace.

¹⁸ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing a. s., 2010, s. 41 – 44. ISBN 978-80-247-2959-6.

¹⁹ PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf, 2002, s. 14. ISBN 80-85912-80-5.

²⁰ Tamtéž, s. 14.

²¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, s. 174. ISBN 978-80-7178-551-4.

²² MACHAČ, M., MACHÁČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988, s. 66. ISBN neuvedeno.

²³ BAŠTECKÁ, B. (ed.). *Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 13 – 17. ISBN 978-80-7367-470-0.

– **makrostresory:**

Tyto stresory mají velice vážné důsledky i při krátkodobém působení. Z makrostresorů je možné uvést kupříkladu nejrůznější traumatické události, přírodní katastrofy a celou řadu dalších.²⁴

DIMENZE STRESU

V souvislosti se stresem lze rozlišit několik dimenzí stresu, v nichž je stres kategorizován z několika hledisek:

♣ **dimenze stresu z hlediska času:**

- krátkodobý a dlouhodobý stres,
- intenzivní a následný stres,
- akutní, chronický, posttraumatický a anticipační stres:

Akutní stres vzniká v důsledku prožití velice traumatického zážitku zahrnující závažné ohrožení bezpečnosti či tělesné integrity člověka nebo jeho blízkých, a to například kvůli živelné pohromě, úrazu, ozbrojenému konfliktu, přepadení, znásilnění apod. Ke vzniku akutního stresu však může dojít rovněž v důsledku neobyčejně náhlých a ohrožujících změn v sociálním prostředí či v mezilidských vztazích (např. v důsledku ztráty blízkých osob). Projevy akutního stresu mohou být různé – deprese, úzkost, zlost, zoufalství nebo zvýšená či naopak snížená aktivita. Žádný z těchto symptomů akutního stresu nepřetrvává příliš dlouho. Pro akutní stres je charakteristický počáteční stav tzv. ustrnutí, provázaný zúženým vědomím a pozorností, neschopností k pochopení podnětů a dezorientací. Tento stav může být dále provázen neklidem a nadměrně zvýšenou aktivitou, což je označováno jako tzv. útěková reakce. Zcela běžně se u akutního stresu objevují vegetativní symptomy panické úzkosti v podobě zrychlené srdeční akce, zrychleného dýchání, pocení atd. K rozvoji těchto příznaků dochází v průběhu několika prvních minut po účinku stresujícího podnětu či události. V případech, kdy k symptomům akutního stresu nedojde okamžitě, nastoupí pak v průběhu několika minut. Akutní stres

²⁴ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 7 – 12. ISBN 80-7169-121-6.

pak zpravidla odeznívá v průběhu několika hodin či dnů (obvykle 2 až 3 dnů). V tomto období může dojít k částečné či úplné ztrátě paměti.²⁵

Chronický stres představuje dlouhodobé působení velmi vážného stresoru či velkého počtu menších stresorů. Symptomy chronického stresu mohou být mnohdy velice nenápadné. Důsledky chronického stresu však mají větší nepříznivý dopad, než působení velkého stresu, při němž však brzy dojde k rychlému návratu ke klidu a k uvolnění napětí. Pro chronické zátěže je typické udržování vyšší hladiny aktivace a diskomfort v subjektivním prožívání. K nejčastěji se vyskytujícím psychickým symptomům chronického stresu patří podrážděnost, pocity úzkosti, nepřiměřené reakce na zcela normální situace, napětí, únava, vyčerpanost. Z fyzických příznaků chronického stresu lze uvést bolesti hlavy, svalový tonus, bušení srdce, závratě či poruchy spánku.²⁶ Lidé, kteří prožívají chronický stres dlouhodobě, považují tento stav za jakousi normu, čímž nejsou schopni odpočinku, uvolnění, radosti z maličkostí apod. U jedinců s chronickým nepříznivým emočně vegetativním napětím dochází obtížně k osvojování relaxačních dovedností. Nezládnuté stresové situace chronického charakteru mohou být při dlouhodobém působení příčinou patologických změn, a to po fyzické i psychické stránce člověka. V případech, kdy takové situace nezpůsobují osobnostní deformace, patologické změny či celkové zhroucení, mohou mít zcela opačný účinek, což znamená, že mohou pozitivně působit na vývoj jedince. Stresové situace pak mohou být vodítkem k poznání sebe sama a k podpoře rozvoje osobnosti člověka. Jistá míra stresu je velice důležitá rovněž pro rozvoj fyzické i psychické výkonnosti a odolnosti. Pozitivní účinek na rozvoj člověka může mít také psychická zátěž, po níž je dostatečný prostor na regeneraci duševní rovnováhy a ke zpracování samotné zátěžové situace.²⁷

Posttraumatický stres je označován také jako posttraumatická stresová porucha. Této problematice je věnována samostatná podkapitola 1.6.

Anticipační stres představuje opak akutního, chronického a posttraumatického stresu. Důvodem je skutečnost, že v případě anticipačního stresu dochází k reakci organismu

²⁵ ČÁKIOVÁ, Julie. Stresové reakce, poruchy přizpůsobení. *NICM: Národní informační centrum pro mládež* [online] 2014 [2016-05-25]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/posttraumaticka-intervencni-pece>.

²⁶ MATOUŠEK, O. *Pracovní stres a zdraví: Bezpečný podnik*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2005, s. 5. ISBN 80-903604-1-6.

²⁷ MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988, s. 66. ISBN neuvedeno.

před určitou stresovou situací, kdežto u akutního, chronického a posttraumatického stresu dochází k této reakci až po stresové události. Ke vzniku anticipačního stresu tedy dochází při očekávání jisté události s předvídáním pravděpodobných následků potenciálně ohrožujících integritu osobnosti člověka ve formě ztráty sebejistoty, autority a role. Prvním symptomem anticipačního stresu je mírné emocionální napětí, jež se s přibližující se očekávanou událostí zvyšuje. Po příchodu očekávané události může dojít k pocítování nejistoty a úzkosti. Jedná se však o krátkodobé projevy, jež brzy odeznívají.^{28 29}

♣ **dimenze stresu z hlediska místa působení:**

– **fyzický stres:**

Fyzický stres působí na periférii organismu člověka. Nejčastějším projevem fyzického stresu je bolest.

– **psychický stres:**

Psychický stres je cerebrálního charakteru. Často je tento druh stresu přirovnáván s pojmem astenická emoce. Reakce organismu na psychický stres je však v mnoha případech celkově zcela nespecifická.

Obecně lze konstatovat, že klasifikace stresu dle místa působení má spíše teoretický a didaktický význam.³⁰

♣ **dimenze stresu dle kvality stresové reakce:**

Dle kvalitativní stránky reakce organismu na stres je rozlišován tzv. eustres a distres. Pro stres je obecně využíváno pojmu distres. Termín eustres není příliš uznáván. Tohoto výrazu je používáno, zvláště pokud má stres prokazatelně stimulační účinek na výkon člověka, což znamená, že jeho působením dochází k uvolnění jinak nemobilizovaných zdrojů energie.³¹ J. Křivohlavý považuje stres za jakéhosi aktivačního činitele, prostřednictvím něhož dochází k příznivým změnám a konstruktivním aktivitám.³²

²⁸ MATOUŠEK, O. *Pracovní stres a zdraví: Bezpečný podnik*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2005, s. 5. ISBN 80-903604-1-6.

²⁹ MAYEROVÁ, M. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing a. s., 1997, s. 60 – 67. ISBN 80-7169-425-8.

³⁰ HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 1997, s. 21 – 24. ISBN 80-7066-976-4.

³¹ Tamtéž, s. 21 – 24.

³² KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 7 – 12. ISBN 80-7169-121-6.

– **eustres:**

Eustres je označován jako pozitivní stres. Tento druh stresu příznivě ovlivňuje rozvoj osobnosti člověka, přispívá k rozvoji nových modelů jeho jednání a prožívání, zvyšuje integritu jeho osobnosti a jeho zdravotní imunitu. Eustres aktivizuje jedince k vyšším a lepším výkonům. Napomáhá jim ke koncentraci na vykonávané aktivity. Charakteristickým rysem eustresu je pocitování zvýšeného napětí a podráždění, nikoliv ohrožení či nebezpečí. Příčinou eustresu může být kupříkladu pocit nedostatečného množství času potřebného pro vyřešení nějakého úkolu.³³

– **distres:**

Distres bývá označován jako stres negativní. Jedná se o opak eustresu. Distres představuje nadměrnou zátěž pro lidský organismus, která může vést k psychickým poškozením, psychosomatickým onemocněním či v krajních případech také ke smrti člověka.³⁴

♣ **dimenze stresu dle intenzity stresové reakce:**

– **hyperstres:**

Pod pojem hyperstres se rozumí velice intenzivní stres přesahující hranice adaptace člověka na určitou situaci. Jednoduše řešeno, jde o neschopnost člověka vyrovnat se se stresem. Důsledkem hyperstresu může být selhání, fyzické či psychické zhroucení, příp. i smrt člověka.

– **hypostres:**

Hypostres je opakem hyperstresu. V případě hypostresu nedochází k překročení hranice adaptability člověka. To znamená, že se člověka na něj může adaptovat (tj. zvyknout si). Pokud však hypostres působí na jedince dlouhodobě, může mít na jeho organismus nepříznivý vliv v podobě přivyknutí si na něj.³⁵

1.3 Krize

Pojem krize lze definovat jako proces / reakci na situaci, na níž člověka není schopen reagovat dle běžných strategií, jejichž prostřednictvím obvykle zátěž zvládá: Krize je tak

³³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 978-80-7178-551-4, s. 174.

³⁴ Tamtéž, s. 174.

³⁵ Tamtéž, s. 174.

„reakce na situaci, kterou jedince nemůže snadno řešit v rámci obvyklých strategií, jakými je zvyklý zvládat zátěž“³⁶. V rámci subjektivního posouzení situace se lidé domnívají, že nároky prostředí jsou vyšší, než možnosti jejich zdrojů a sil.³⁷

N. Špatenková a kolektiv vymezují krizi následujícím způsobem:

- ♣ „Krise je zejména záležitostí jedince. Dle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení.
- ♣ Krizí je taková situace, kterou klient za krizi považuje³⁸.

D. Vodáčková a kolektiv definuje krizi jako „subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, či zrání“³⁹.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že ke vzniku krize dochází v případech, kdy se lidé v průběhu svého života setkávají s nejrůznějšími překážkami, jež v běžném čase nejsou schopni zvládnout normálními metodami řešení problémů, čímž pak nastává období tzv. dezorganizace a zmatku s množstvím pokusů o jejich řešení.⁴⁰

TYOLOGIE KRIZE

Obecně je možné rozlišit několik druhů krizí. Obvykle se v rámci typologie krizí vychází v České republice z tzv. Baldwinovy typologie krizí, která je však dle současných poznatků v podmínkách našeho státu nepatrně upravena. V této souvislosti lze uvést následující druhy krizí:

³⁶ BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001, s. 275. ISBN 80-7178-550-4.

³⁷ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 38. ISBN 978-80-247-0708-2.

³⁸ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krise: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 15. ISBN 978-80-247-0888-1.

³⁹ VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 28. ISBN 978-80-262-0212-7.

⁴⁰ CAPLAN, G. *Principles of Prevention Psychiatry*. London: Tavistock Publication, 1964, s. 126. ISBN neuvedeno.

♣ **situační krize:**

Příčinou situační krize jsou ve většině případů náhle vzniklé události, které člověka ohrožují, vzbuzují v něm úzkost a nutkání danou situaci bez jakéhokoliv odkladu řešit.

♣ **přechodové krize:**

Za přechodové krize jsou považovány krize očekávaných změn v životě člověka. Z těchto změn lze uvést kupříkladu prožívání ztráty a loučení s tím, co bylo, dále období, kdy již jedinec není tím, čím byl, ani tím, čím bude, a osvojení si výhod z nového. V rámci přechodové krize nejsou obvykle využívány techniky krizové intervence. Důvodem tohoto je dlouhodobého přechodu.

♣ **krize z náhlého traumatizujícího stresoru:**

Krize z náhlého traumatizujícího stresoru vznikají zcela náhle a neočekávaně. V důsledku nich dochází k ohrožení fyzické i psychické integrity člověka. Při tomto typu krize jsou využívány technicky krizové intervence.

♣ **vývojové krize:**

Jde o krizi nejrůznějších otázek, které jsou spjaty s vývojem člověka, a které jsou nějakým způsobem potlačeny či nejsou nikterak řešeny, a které byly určitou situací spuštěny. Průběh vývojové krize je v různých obdobích lidského života odlišný. Tyto krize probíhají od období dospívání až do stáří.

♣ **krize pramenící ze zranitelnosti:**

Krize ze zranitelnosti se vyskytují u jedinců s vyšší zranitelností, která plyne z jejich sociální situace či z duševní poruchy. U těchto osob je možné využít technik krizové intervence.

♣ **krize z psychiatrické neodkladnosti:**

Krize z psychiatrické neodkladnosti vznikají především v důsledku chování lidí, jenž z velké části ztrácí zodpovědnost za vlastní chování (jedná se například o osoby jednající pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek). Také v tomto případě jsou uplatňovány techniky krizové intervence.⁴¹

⁴¹ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 92. ISBN 978-80-247-0708-2.

V. Kastová rozlišuje krizi vývojovou (viz výše), krizi plynoucí z nadměrných požadavků a krizi ztráty (např. následkem ztráty zaměstnání, rozvodu, smrti, tělesných změn apod.).⁴² Dále lze rozeznat:

- ♣ krizi afektivní neboli citová exploze,
- ♣ krizi identity / dozrávání,
- ♣ krizi rozumu (kritika kultu rozumu),
- ♣ krizi života (silně nepříznivé pocity plynoucí z přechodu z jednoho sociálního věku do druhého – příkladně odchod do penze).

Specifickým typem krize je tzv. psychospirituální krize, jíž se rozumí „epizody neobvyklých zkušeností, které zahrnují změny vědomí a změny percepčních, emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcí. V těchto epizodách je patrný přesah obvyklých hranic definice a prožívání vlastního Já tj. posun k trans-personálním či psychospirituálním zážitkům“⁴³. Ke vzniku psychospirituální krize může dojít v důsledku spontánních objevení symptomů z vnitřních zdrojů, ohrožení života (vážného onemocnění, nehody, operace), nadměrné fyzické zátěže, spánkové deprivace, perinatálních událostí (např. porodu, spontánního potratu, interrupce), silného sexuálního zážitku, silných emočních prožitků (ztráty blízkého člověka, traumatizace), řady životních neúspěchů, intenzivní meditační praxi či jiné duchovní praktiky a provádění technik aktivujícího spirituální energie, užití psychedelických látek, náhlé ztráty běžné životní struktury bez možnosti její náhrady, včetně kombinace příčin.⁴⁴

⁴² KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2010, s. 13 – 14. ISBN 978-80-7367-800-5.

⁴³ Psychospirituální krize: Informace pro odborníky. *Občanské sdružení Diabasis* [online] 2016 [2016-05-25]. Dostupné z: <http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/pro-odborniky/>.

⁴⁴ Tamtéž.

PRŮBĚH KRIZE

V průběhu života se lidé setkávají s nejrůznějšími situacemi a událostmi, jež mohou potencionálně způsobit krizi. Pojetí krize je však zcela subjektivní záležitostí. To znamená, že někteří jedinci mohou krizovou situace zvládnout bez větších problémů, naopak jiní mohou být krizovou událostí zcela paralyzováni. Prožívání krizových situací a událostí se odvíjí nejen od síly působícího činitele, ale také od vlastností člověka, které jsou pro každého zcela individuální. Ke vzniku krize tak dochází v případech, kdy dojde k selhání mechanismů člověka pro zvládnutí určité krizové situace.

Jak již bylo naznačeno, prožívání krize je zcela individuální. Krize probíhá v několika fázích. Jednotlivé fáze krize se mohou vzájemně překrývat, navracet zpět či se nemusí vůbec vyskytnout. Ve většině případů jsou lidé schopni se s krizovými událostmi vyrovnat. Existují však rovněž jedinci, kteří tohoto schopni nejsou.⁴⁵ V souvislosti s fázemi, v nichž krize obvykle probíhá, lze uvést stádia krize dle G. Caplana:

♣ první fáze krize:

První fáze krize trvá po dobu několika minut až hodin. Obranné mechanismy nedávají člověku v krizi žádné řešení. V této fázi dochází k aktivaci vyrovnávacích strategií. Člověk se cítí být v ohrožení, pociťuje napětí a úzkost. V první fázi krize se lidé spoléhají na svépomoc či vyhledávají pomoc ve formě sociální podpory.

♣ druhá fáze krize:

Druhá fáze krize trvá několik hodin až dnů. Lidé se v této fázi krize nacházejí v labilním a zranitelném stavu, v němž nemají dostatek kontroly nad celou situací. Ve druhé fázi krize vyhledávají lidé pomoc prostřednictvím linek důvěry.

♣ třetí fáze krize:

Třetí fáze krize trvá stejně jako druhá fáze krize několik hodin až dnů. Jedinec v této fázi krize se nachází ve stavu, kdy se snaží o předefinování krize. Sám si uvědomuje, že krizovou situace není schopen vyřešit zcela samostatně. V této fázi krize jsou lidé nejpřístupnější k pomoci zvenčí. Ve třetí fázi krize je tak nejvhodnější využití metod krizové intervence.

⁴⁵ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 33 – 47. ISBN 978-80-247-0888-1.

♣ čtvrtá fáze krize:

Čtvrtá fáze krize trvá po dobu několika dnů až týdnů či dokonce několika měsíců. Jedná se o fázi velmi vážné psychologické dezorganizace a dekompenzace. V této fázi dochází u člověka ke stavům paniky. Rovněž dochází k hlubokým emocionálním a psychologickým změnám. Ve čtvrté fázi krize je již využití krizové intervence nezbytné, na níž může navazovat psychoterapie s hospitalizací a s farmakoterapií.⁴⁶

Zjednodušeně uvádí fáze krize N. Špatenková a kolektiv – fáze šoku, fáze popírání, fáze hněvu a agrese, fáze deprese a fáze akceptace.⁴⁷ Obdobným způsobem uvádí fáze krize J. Švarc: fáze vzteku („kdo za to může“), fáze popření („to není možné“), fáze smlouvání („třeba to nebude pravda“), fáze deprese („je to pravda, je to smutné“) a fáze smíření („musím se s tím naučit žít“).⁴⁸

1.4 Krizová intervence

Pojem intervence pochází z latinského výrazu *intervenire*. V Psychologickém slovníku P. Hartla a H. Hartlové je uvedeno, že tento latinský termín vyjadřuje „*v užším smyslu cílený, předem promyšlený zásah, zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace sledované osoby, jakýkoli postup, nebo technika směřující k přerušení, zamezení, nebo úpravě probíhajícího procesu*“⁴⁹.

Pojem krizová intervence lze definovat různými způsoby. Některé z vymezení krizové intervence jsou jako příklad uvedeny v následujícím textu:

♣ definice krizové intervence dle D. Vodáčkové a kolektivu:

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník

⁴⁶ CAPLAN, G. *Principles of Prevention Psychiatry*. London: Tavistock Publication, 1964, s. 134. ISBN neuvedeno.

⁴⁷ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 33 – 47. ISBN 978-80-247-0888-1.

⁴⁸ ŠVARC, J. Principy krizové intervence. In *Psychiatrie pro praxi*, 2003, č. 6, s. 277 – 279. ISSN 1213-0508.

⁴⁹ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 239. ISBN 978-80-7367-569-1.

klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek⁵⁰.

- ♣ definice krizové intervence dle B. Baštecké a kolektivu:

„Krizová intervence je způsob chování a jednání pracovníka, který v klientovi navozuje pocit úlevy a vede ho k řešení jeho situace⁵¹.

- ♣ definice krizové intervence dle N. Špatenkové a kolektivu:

„Krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi⁵². Tato autorka vymezuje krizovou intervenci rovněž jako „různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí⁵³.

- ♣ definice krizové intervence dle Z. Mlčáka:

„Krizovou intervenci je možné obecně vymezit jako odborně fundovaný zásah, zaměřený na komplexní a intenzivní zvládnutí specifické stresové reakce, během níž člověk prožívá negativní pocity bezmoci či ohrožení své existence, nebo některé její podstatné kvality a kterou není schopen zvládat v důsledku selhávání jeho dosavadních autoregulačních a adaptačních procesů⁵⁴.

- ♣ definice krizové intervence dle P. Klimpla:

„Krizová intervence je z medicínského a psychoterapeutického hlediska eklektická metoda první pomoci osobám v mentální nebo emocionální krizi, která interdisciplinárně přesahuje mezi psychiatrií, ostatní medicínou a zvláště všeobecným lékařstvím na jedné straně, emergentní psychiatrií s přesahem do medicíny katastrof na straně druhé,

⁵⁰ VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 60. ISBN 978-80-262-0212-7.

⁵¹ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003, s. 339. ISBN 80-7178-735-3.

⁵² ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 49. ISBN 978-80-247-0888-1.

⁵³ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004, s. 15. ISBN 978-80-247-2624-3.

⁵⁴ MLČÁK, Z. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, s. 24. ISBN 80-7368-036-X.

a na třetí straně se krizová intervence vztahuje k sociálním zdrojům pomoci (sociální poradenství a péče), aniž by je zastupovala⁶⁵.

Krizová intervence tedy představuje bezprostřední, intenzivní a specializovanou pomoc lidem, jež se ocitly v nějaké krizové situaci, s cílem navrácení jejich psychické stability a zabránění kontraproduktivním sklonům.

CÍLE KRIZOVÉ INTERVENCE

Cílem krizové intervence je poskytnutí pomoci jedinci ke zvládnutí krizové situace takovým způsobem, aby byl schopen vrátit se na úroveň adaptace a žití před krizí, a popř. aby byl podpořen jeho rozvoj.⁶⁶ D. Vodáčková a kolektiv rozděluje cíle krizové intervence na aktuální a perspektivní:

♣ aktuální cíle krizové intervence:

Cílem krizové intervence je v tomto případě stabilizace stavu jedince prožívajícího krizovou situaci a zabránění prohlubování krize.

♣ perspektivní cíle krizové intervence:

Perspektivním cílem krizové intervence je propracování s jedincem prožívajícím krizi brzkou budoucnost a nasměrování jej k možnostem řešení. V této souvislosti lze zmínit důležitost podpory kompetence a samostatnost osoby, která prožívá krizovou situaci.⁶⁷

SPECIFICKÉ ZNAKY KRIZOVÉ INTERVENCE

Mezi základní specifické znaky krizové intervence patří zejména okamžitá pomoc, což znamená poskytnutí co možná nejrychlejší možné pomoci; redukce ohrožení, čímž dochází k zabezpečení emocionální podpory, pocitu bezpečí a materiální pomoci (kupříkladu jídla apod.); koncentrace na problém „tady a teď“, kdy dochází k orientaci na aktuální krizovou situaci; časové ohraničení (kupříkladu od 6:00 hod. do 10:00 hod., setkání by měla být minimálně 1krát týdně; intenzivní kontakt (třeba i každý den) krizového intervenanta s jedincem prožívajícím krizi; strukturovaný, aktivní a v některých

⁶⁵ KLIMPL, P. Krizová intervence: Ohlédnutí po dvaceti letech. In *Psychiatrie pro praxi*, 2009, č. 5, s. 234. ISSN 1213-0508.

⁶⁶ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 170. ISBN 978-80-247-0708-2.

⁶⁷ VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 55. ISBN 978-80-262-0212-7.

případech také direktivní přístup krizového intervenanta zahrnující nejen trpělivé a empatické naslouchání, ale také direktivní zákrok v situacích ohrožení zdraví; individuální přístup, který zohledňuje subjektivní vnímání jedince nacházejícího se v krizi.⁵⁸

ČINNOSTI KRIZOVÉ INTERVENANCE

V souladu se základními specifickými znaky krizové intervence uvádí N. Špatenková a kolektiv činnosti, kterými je krizová intervence tvořena. Jedná se především o poskytování emocionální podpory a pocitu bezpečí; usnadnění komunikace, podporu ventilace emocí; porovnání s realitou a odstranění snah k odmítnutí a zkreslení skutečnosti; identifikaci nejvýznamnějšího problému, jímž je potřeba se zabývat; zjištění skrytých zakázek; zhodnocení dosavadních adaptačních mechanismů a využití účinných mechanismů; mobilizaci zdrojů pomoci; tvorbu plánu pomoci.⁵⁹

DRUHY KRIZOVÉ INTERVENANCE

Krizovou intervencí se rozumí poskytování komplexní pomoci speciálně vyškolenými odborníky. Součástí krizové intervence je dle N. Špatenkové a kolektivu psychologická, lékařská, sociální a právní pomoc:

♣ psychologická pomoc:

Podstatou psychologické pomoci je časově omezený terapeutický kontakt s orientací na konkrétní problém vyvolávající krizi. V rámci této pomoci dochází ke konfrontaci jedince se samotnou krizí. Snahou je nalezení řešení krizové situace. Účel psychologické pomoci je redukce symptomů krize a obnova psychické stability.

♣ lékařská pomoc:

Lékařská pomoc spočívá v psychiatrické intervenci, v jejímž rámci může být jedinec prožívající krizi krátkodobě hospitalizován a v případě potřeby mu mohou být podány příslušné medikamenty.

⁵⁸ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 16 – 17. ISBN 978-80-247-0888-1.

⁵⁹ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004, s. 16 – 17. ISBN 978-80-247-2624-3.

♣ **sociální pomoc:**

Sociální pomocí se rozumí intervence zaměřená na okamžitý sociální zásah. Je uplatňována zejména u jedinců, kteří se ocitli v akutní krizové situaci či u osob, které žijí v mimořádně těžkých podmínkách.

♣ **právní pomoc:**

Právní krizová intervence je prováděna právníky. V omezeném rozsahu ji však provádějí také sociální pracovníci. Úlohou právní pomoci je poskytování podpory v sociálně-právních oblastech.⁶⁰

Druhy krizové intervence lze rozlišovat dle různých hledisek. Kupříkladu dle druhu kontaktu krizového intervenanta s jedincem prožívajícím krizovou situaci je rozlišována prezenční a distanční forma pomoci:

♣ **prezenční forma pomoci – osobní účast:**

Prezenční forma pomoci je formou pomoci, kterou terapeut reaguje na určitý stav a závažnost krizové situace jedince nacházejícího se v krizi, jenž se na něj obrátil. Jedná se o poskytování první pomoci v oblasti psychiky osoby, která se ocitla v krizi.⁶¹ Prezenční forma pomoci je založena na osobní účasti neboli osobním setkání krizového intervenanta s jedincem prožívajícím krizi. Tato forma pomoci je označována jako krizová intervence tváří v tvář (face-to-face). Prezenční forma pomoci může být poskytována formou:

– **ambulantní péče:**

Ambulantní krizová intervence tváří v tvář je poskytována jedincům docházejícím do ambulancí různých zařízení poskytujících sekundární krizovou intervenci. Příkladem zařízení poskytujících ambulantní péči v rámci prezenční formy krizové intervence mohou být psychoterapeutická pracoviště (ambulance), psychiatrické ordinace, ordinace klinických psychologů, rodinné poradny a další.

⁶⁰ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004, s. 15. ISBN 978-80-247-2624-3.

⁶¹ EIS, Z. *Volejte linku důvěry! Co s krizemi, které nás potkávají*. Praha: H&H, 1993, s. 98. ISBN 80-85467-20-8.

– **hospitalizace:**

Hospitalizace jedince prožívajícího krizi je využíváno v případech, kdy se nachází ve velmi vážném stavu, v němž není přípustné ponechat jej v jeho přirozeném domácím prostředí. V takových případech jsou lidé krátkodobě umisťováni na tzv. krizové lůžko nacházející se nejčastěji v příslušném krizovém centru. Hospitalizace dává možnost využívání veškerých zdrojů k intenzivnímu řešení krize.

– **terénních a mobilních služeb:**

Typickým znakem terénních a mobilních služeb je v rámci prezenční formy krizové intervence přemísťování krizových interventů a procesů krizové intervence do míst, v nichž se jedinci nachází v krizové situaci (např. do místa, kde došlo k nějakému neštěstí, nehodě či katastrofě). Terénních a mobilních služeb krizové intervence je využíváno především v aglomeraci větších měst. Výhoda této formy pomoci spočívá v bezodkladném zásahu, v dostupnosti, v intervenci na místě vzniku krize, v možnosti účasti rodinných příslušníků v rámci krizové péče a v prevenci hospitalizace či jejího zkrácení.⁶²

V souvislosti s uvedenými druhy krizové intervence je nutno zmínit model krizové intervence „ABC“, jenž se prolíná všemi zmiňovanými formami. Jedná se o metodu vedení krátkodobých rozhovorů s osobou, jejíž schopnosti a možnosti normálního fungování byly následkem krize významným způsobem narušeny. Model krizové intervence „ABC“ sestává ze tří fází, a to z vytvoření a udržení kontaktu mezi krizovým interventem a jedincem prožívajícím krizi, v identifikaci problému a v intenzivní orientaci na problém, ve vyrovnání se s krizovou situací.⁶³

♣ **distanční forma pomoci – intervence na dálku:**

Distanční forma pomoci, která je založena na poskytování krizové intervence na dálku, zahrnuje:

⁶² ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 39. ISBN 978-80-247-0888-1.

⁶³ Tamtéž, s. 39.

– **telefonickou pomoc:**

Telefonická krizová intervence je založena na poskytování pomoci jedincům nacházejícím se v krizové situaci prostřednictvím telefonu. Ve většině případů se jedná o linky důvěry, které jsou specializovány na konkrétní cílové skupiny a problémy.

– **internetovou pomoc:**

Internetová krizová intervence je zprostředkována pomocí internetu jako komunikačního média. Tato forma krizové intervence je určena zejména jedincům s komunikačními bariérami. Využívá se jí také v rámci řešení celé řady sociálních stigmat.⁶⁴

Jistým druhem krizové intervence je také psychoterapie. V současné době není striktně dán rozdíl mezi krizovou intervencí a psychoterapií. Jedná se však o dva obory, které jsou si velmi blízké, avšak jej nelze vzájemně zaměňovat, neboť nejsou zcela totožné. Psychoterapii jako takovou lze definovat různě. Kupříkladu S. Kratochvíl vymezuje psychoterapii jako *„léčebné působení psychologickými prostředky. Jde o léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii. Je upravováním narušené činnosti organismu. Jde o působení, jehož smyslem je odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností i odstranit jejich příčiny. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta“*⁶⁵.

Podle D. Vodáčkové a kolektivu se jedná o *„odbornou metodu, vhodnou v určitém životním období klienta, v němž se zvýšila jeho vnímavost k otázkám kvality vlastního života natolik, že se odhodlal hledat cestu vnitřní změny. Psychoterapie přináší možnost reflektované změny v klientově prožívání a chování prostřednictvím systematické práce s trsem problémů či strukturou klientovy osobnosti pomocí psychoterapeutického rámce“*⁶⁶. Tato autorka však poukazuje na skutečnost, že pokud psychoterapeut pracuje s jedinci nacházejícími se v krizi, využívá pro tyto účely jiných metod, neboť krizová intervence má rozličné cíle, časový rámec a záběr ve vztahu k hloubce stanoviska na určitý problém.⁶⁷

⁶⁴ ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, s. 39. ISBN 978-80-247-0888-1.

⁶⁵ KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, s. 13 – 19. ISBN 978-80-262-0302-5.

⁶⁶ VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 61. ISBN 978-80-262-0212-7.

⁶⁷ Tamtéž, s. 61.

1.5 Trauma a traumatická událost

Pojem trauma pochází z řečtiny a vyjadřuje zranění. V medicíně jím je označováno poškození organismu. V oboru psychologie se jedná o narušení psychické integrity člověka v důsledku extrémně intenzivního prožitku. Z hlediska psychologie je trauma popisováno jako tzv. emocionální zranění, jenž může být mnohem bolestnější, než zranění fyzické. Zároveň může mít také delší a obtížnější průběh terapie.⁶⁸

B. Baštecká a kolektiv uvádí, že „trauma tvoří malou část všech lidských trápení i malou část krizí, je působeno vnějšími situacemi, v nichž musí psyché přeživších jedinců čelit vlastní smrti“⁶⁹. V Psychologickém slovníku je trauma definováno jako „psychické poškození, či duševní úraz, který má za následek funkční poruchy a někdy organické změny“⁷⁰.

Traumatickou událostí se rozumí událost, která má neobvykle hrozivý charakter. Taková událost narušuje fyzickou i psychickou integritu člověka. Ke vzniku traumatické události dochází v okamžiku překročení schopnosti jedince emočně zvládnout danou situaci, čímž dochází ke zranění (zvláště emocionálnímu).

VZNIK A ROZVOJ TRAUMATU

Závažnost traumatu se odvíjí od biologických, sociálních a psychických činitelů ovlivňujících schopnost člověka vyrovnat se s traumatizující událostí. Jisté traumatizující události tak nemusejí pro všechny představovat vznik a následný rozvoj traumatu. Pro některé však tyto znamenají velice negativní zážitky, které si s sebou nesou po dlouhou dobu, ba i do konce života.⁷¹ Ke vzniku psychického traumatu dochází působením jednoho extrémně stresujícího zážitku či dlouhodobým působením stresové situace vzniklé z vnější příčiny, jenž je pro člověka vysoce děsivá, ohrožuje jej bezprostředně na životě, ohrožuje jeho tělesnou integritu a vyvolává v něm pocity bezmocnosti.

⁶⁸ PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., SOUKUPOVÁ, N., TICHÝ, V. Posttraumatické stresové poruchy – I. díl: klinický obraz a etiologie. In *Psychiatrie pro praxi*, 2001, č. 4, s. 157 – 160. ISSN 1213-0508.

⁶⁹ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 40. ISBN 978-80-247-0708-2.

⁷⁰ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 626. ISBN 978-80-7367-569-1.

⁷¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 427. ISBN 978-80-262-0225-7.

Působením vnějšího faktoru dochází k poničení psychických a biologických mechanismů člověka, což znamená, že jeho vnitřní a vnější zdroje nemají schopnost vyrovnat se s ohrožením. V důsledku traumatu dochází k narušení mezilidských vztahů. Lidé, kteří prostřednictvím vlastních vnitřních zdrojů nejsou schopni zvládnout ohrožení, mají potřebu vyhledávat kontakt s ostatními. Stabilní sociální vazby v pozitivním slova smyslu ovlivňují míru dopadů traumatu. Důsledkem rozvoje traumatu je rovněž ztráta důvěry v sebe sama i v ostatní. Trauma způsobuje rovněž zranitelnost a stud plynoucí z pocitů bezmoci. U jedinců, kteří se stali svědky utrpení a smrti ostatních, aniž by jim mohli pomoci, se v důsledku traumatu objevují pocity viny.

D. Vizinová a M. Preiss uvádí, že „v našich podmínkách se vyskytují následky psychického traumatu nejčastěji v souvislosti s nehodou, železničním a důlním neštěstím, požárem, znásilněním, sexuálním zneužíváním, týráním, únosem, pokusem o vraždu nebo jinou násilnou trestnou činností. Týká se to obětí, ale i svědků této trestné činnosti“⁷².

Důsledkem traumatických událostí jsou hluboké a trvalé změny, a to ve fyziologické, kognitivní a emoční oblasti. Tyto změny nastávají v okamžiku, kdy jedinec není schopen smysluplně reagovat na danou situaci a nachází se ve stavu bezmoci. Jedná se o situace, kdy není možný ani útok, ani útek. Z tohoto důvodu dochází k dezorganizaci dílčích prvků běžné reakce organismu na ohrožení. V rámci traumatické události se může osoba ocitnout ve stavu vnitřního zmatku, který je charakterizován rozporem mezi základními představami a vnímanou skutečností. Důsledkem tohoto může být disociace, kterou se rozumí separace nejrůznějších psychických procesů fungujících ve vzájemném spojení. Jde o jakousi obranu člověka, prostřednictvím níž se nevědomě brání množství silných emocí, jež by s největší pravděpodobností nedokázal zvládnout. Jednou z forem disociace může být popření čili přerušení kontaktu mezi osobou a vzpomínkou na traumatizující událost či pocity z ní. Následkem disociace může být somatizace v podobě bolestí hlavy, příznaků vyskytujících se v gastrointestinálním traktu apod.

⁷² VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999, s. 17. ISBN 80-7178-284-X.

FORMY PSYCHICKÉ TRAUMATIZACE

Obecně jsou rozlišovány tři formy psychické traumatizace:

♣ primární traumatizace:

V rámci této formy traumatizace je člověk přímým cílem agrese. Jedná se o zabití, zranění, mučení, znásilnění, vyhoštění či nucené pasivní přihlížení vraždě.

♣ sekundární traumatizace:

Podnětem této formy traumatizace je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (kupříkladu rodina zabitého, mučeného, znásilněného, pohřešovaného atd.).

♣ terciální traumatizace:

V rámci této formy traumatizace není člověk v přímém vztahu k oběti traumatizace, nýbrž je v kontaktu s primárně nebo sekundárně traumatizovanými v podobě svědka, člena perzekvované skupiny, humanitárního pracovníka či terapeuta.⁷³

Traumata jsou dále rozdělována na „*existenciální traumata, traumata ze ztráty, traumata z narušené vazby a traumata z narušeného systému rodinných vazeb*“⁷⁴.

SYMPTOMY TRAUMATU

Příznaky projevující se v důsledku traumatické události jsou klasifikovány do tří hlavních kategorií:

- ♣ nadměrné vzrušení,
- ♣ intruzivní symptomy,
- ♣ konstruktivní symptomy – stažení, sevření⁷⁵.

⁷³ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999, s. 19 – 25. ISBN 80-7178-284-X.

⁷⁴ RUPERT, F. *Trauma a rodinné konstelace*. Praha: Portál, 2008, s. 53 – 107. ISBN 978-80-7367-367-3.

⁷⁵ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999, s. 20. ISBN 80-7178-284-X.

1.6 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSP) je rovněž označována jako akutní reakce na stres. Jedná se o pojem, kterým je označována úzkostná porucha s typickým rozvojem po emočně velmi těžké a stresující události, jenž svou vážností přesahuje běžnou zkušenost člověka, a jenž bývá pro většinu jedinců velice traumatická.⁷⁶

B. Baštecká a kolektiv definují PTSP jako „*opožděnou a prodlouženou odpověď na traumatizující podnět*“⁷⁷. Dle J. Praška je PTSP „*reakcí na extrémní traumatickou událost. Podle diagnostických kritérií jde o události, které ohrožují na životě, zdraví, tělesné integritě nebo důležitých hodnotách. Typickými takovými událostmi jsou válečné zážitky, mučení, přepadení, znásilnění, havárie, přírodní pohromy, ale i zjištění život ohrožující diagnózy nebo traumatizující léčebné zákroky*“⁷⁸. Dle M. Roye je PTSP psychologickým fenoménem, jenž je reakcí na psychologické trauma. Lze jej popsat jako maladaptivní neurobiologickou dysregulaci a psychologickou dysfunkci.⁷⁹

SYMPTOMY PTSP

Příznaky PTSP jsou velice variabilní.⁸⁰ Symptomy charakterizující PTSP se mohou zprvu projevovat stejně jako běžné odpovědi organismus na stresující událost. Pokud však tyto příznaky trvají po delší dobu, než 1 měsíc, jedná se o symptomy PTSP. K projevům této poruchy může dojít jak bezprostředně po traumatické události, tak později (do 2 až 3 dnů o působení stresové situace, ve výjimečných případech v průběhu několika let).⁸¹

„Příznaky jsou v typických případech smíšené a měnlivé a zahrnují počáteční stav „zmatku“ s určitým zúžením vědomí a pozornosti, neschopností porozumět podnětům a s dezorientací. Tento stav může být následován únikem z dané situace (až do

⁷⁶PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., SOUKUPOVÁ, N., TICHÝ, V. Posttraumatické stresové poruchy – I. díl: klinický obraz a etiologie. In *Psychiatrie pro praxi*, 2001, č. 4, s. 157 – 160. ISSN 1213-0508.

⁷⁷ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 48. ISBN 978-80-247-0708-2.

⁷⁸ PRAŠKO, J. Posttraumatická stresová porucha. In *Postgraduální medicína*, 2005, č. 1, s. 73. ISSN 1212-4184.

⁷⁹ ROY, M. *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. IOS Press, 2006, s. 105. ISBN 978-1-58603-590-7.

⁸⁰ VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999, s. 28. ISBN 80-7178-284-X.

⁸¹ VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 360. ISBN 978-80-262-0212-7.

disociativního stuporu) nebo agitovaností a hyperaktivitou (útěková reakce nebo fuga). Běžně jsou přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení, rudnutí). Příznaky se obvykle dostaví během minut po zasažení stresovým podnětem nebo událostí a mizí během 2 - 3 dnů (často během hodin). Může být rovněž přítomna částečná nebo úplná amnézie na epizodu⁸².

Autoři J. Praško, T. Hájek, B. Pašková, M. Preiss, M. Šlepecký a R. Záleský rozlišující následující symptomy PTSP:

- ♣ **rozpomínání na trauma** doprovázené opakované záchvaty vzteku, úzkosti, strachu, bezmoci, smutku či pocitu odcizení a marnosti, objevují se bušení srdce a bolesti,
- ♣ **negativní emoční stavy (ztráta emocí)** – neschopnost prožívání radosti a příjemných pocitů, neschopnost věnovat se příjemným činnostem, pocitu znučenosti a znechucení, objevují se rovněž pocity viny,
- ♣ **zvýšená fyzická a psychická vzrušivost** – podrážděnost, výbušnost, prudkost v chování, obtíže s koncentrací, zhoršování výkonnosti, vznik konfliktů,
 - ♣ **nadměrná ostražitost** – neustálá lekavost a napětí, přehnané reakce na hluk, pachy či světlo, zvýšená fyzická vzrušivost, bušení srdce, závratě, nauzea, bolesti břicha, brnění v končetinách.⁸³

DIAGNOSTIKA PTSP

V současné době lze PTSP diagnostikovat dle Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10), dle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV), a dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

Diagnostická kritéria PTSP dle ICD-10 a dle DSM-IV jsou uvedena v tabulce 1.

⁸² PALČOVÁ, A. *Slovník psychiatrických termínů*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998, s. 13. ISBN 80-85121-78-6.

⁸³ PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., SOUKUPOVÁ, N., TICHÝ, V. Posttraumatické stresové poruchy – I. díl: klinický obraz a etiologie. In *Psychiatrie pro praxi*, 2001, č. 4, s. 157 – 160. ISSN 1213-0508.

Tabulka 1: Diagnostická kritéria PTSP dle ICD-10 a DSM-IV

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

Zdroj⁸⁴

⁸⁴ Vlastní zpracování dle HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H. *Posttraumatická stresová porucha: Bio-psycho-sociálne aspekty: EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: Prípadová štúdia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2012, s. 16 – 17. ISBN 978-80-88952-71-8.

Diagnostická kritéria PTSP dle KMN-10 jsou uvedena v následující tabulce 2.

Tabulka 2: Diagnostická kritéria PTSP dle KMN-10

A - Postižený musel být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv
B - Je přítomno neodbytné znovu vybavování nebo „znovuprožívání“ stresu v podobě rušivých „flashbacků“, živých vzpomínek či opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem
C - Postižený se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru
D - Musí být přítomno některé z následujících kritérií: <ol style="list-style-type: none">1. neschopnost vybavit si buď částečně, nebo kompletně některé důležité momenty z období traumatu2. jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru:<ol style="list-style-type: none">a) obtíže s usínáním nebo udržením spánkub) podrážděnost nebo návaly hněvuc) obtíže s koncentracíd) hypervigilitae) přehnané úlekové reakce
E - Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány

Zdroj^{85 86}

⁸⁵ Vlastní zpracování dle PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M., ŠLEPECKÝ, M., ZÁLESKÝ, R. *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003, s. 158. ISBN 80-7178-811-2.

⁸⁶ Vlastní zpracování dle SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996, s. 271 – 272. ISBN 80-85800-33-0.

PRŮBĚH PTSP

K rozvoji PTSP může dojít buď bezprostředně po prožití traumatické události, nebo později v řádech několik týdnů, měsíců či dokonce let. Totéž platí pro symptomy PTSP. Obecně však bývá průběh PTSP velice proměnlivý.

PTSP probíhá obvykle v několika fázích. Ty jsou však velice obecné, neboť se vzájemně prolínají a jsou zcela individuální. Jedná se o fázi omráčení a šoku trvajících od 0 do 24 až 36 hodin po události, o fázi výkřiku trvajících do 3 dnů od události, o fázi hledání smyslu, o fázi popření a znovuprožívání trvajících do 2 týdnů až 1 měsíce, o posttraumatickou fázi, pro niž je doba trvání neurčitá.⁸⁷

J. Praško uvádí: „Kolem 47 %, resp. 33 % pacientů splňuje kritéria pro diagnózu PTSD déle než rok. Kolem 30 % pacientů se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, u asi 20 % dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky, asi u 10 % ke zlepšení vůbec nedojde.“⁸⁸.

LÉČBA PTSP

Léčba PTSP spočívá především v psychoterapii. Ta může být podpůrného, psychodynamického či skupinového charakteru. Z dalších léčebných metod PTSP lze uvést rodinnou a manželskou terapii nebo kognitivně-behaviorální terapii. Uvedené terapeutické metody v léčbě PTSP mohou být doplněny o farmakoterapii.⁸⁹

⁸⁷ VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 379. ISBN 978-80-262-0212-7.

⁸⁸ PRAŠKO, J. Posttraumatická stresová porucha. In *Postgraduální medicína*, 2005, č. 1, s. 75.

ISSN 1212-4184.

⁸⁹ Tamtéž, s. 75.

2 POSTTRAUMATICKÁ INTERVENČNÍ PÉČE V OBECNÉM POJETÍ

Lze konstatovat, že v současné době neexistuje žádná oficiální a obecně uznávaná definice posttraumatické intervenční péče (dále jen PIP).

Dle slovníku cizích slov se jedná o péči, která je poskytnuta jedinci prožívajícímu negativní následky stresu v souvislosti se vznikem krizové situace, jejímž cílem je jeho zmírnění a obnovení psychického zdraví a psychické způsobilosti.⁹⁰ Jednoduše řečeno, PIP se rozumí poskytování odborné psychologické pomoci lidem, u nichž v souvislosti s prožitím nějaké traumatizující události došlo k porušení duševní rovnováhy.

CÍLE PIP

Cílem PIP je redukce tzv. nárazu kritické události, poskytování odborné pomoci členům základních složek IZS (tj. hasičům, policistům a zdravotnickým záchranářům) a příp. také jejich rodinným příslušníkům, jež v souvislosti s plněním svých pracovních činností prožili traumatizující událost za účelem omezení nepříznivých účinků na jejich psychiku a možnosti vzniku posttraumatické stresové poruchy.⁹¹

FÁZE PIP

PIP probíhá obvykle v několika fázích:

♣ první fáze PIP:

První fáze PIP spočívá v **první psychologické pomoci**, a to buď na místě události, nebo bezprostředně po návratu na služebnu. První psychologické pomoci se účastní psycholog, peer a člen intervenčního týmu PIP. V rámci této pomoci je uplatňováno tzv. 6 P – promluv, podepři, připomínej realitu, podpoř, pečuj a předej.

⁹⁰ Pojem posttraumatická intervenční péče. *SCS.ABZ.CZ: Slovník cizích slov* [online] 2009 [2016-05-25]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/posttraumaticka-intervencni-pece>.

⁹¹ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 208. ISBN 978-80-247-0708-2.

♣ **druhá fáze PIP:**

Druhou fází PIP je tzv. **defusing**. Jedná se o metodu rychlé reakce uplatňující se ihned po traumatizující události (obvykle do 24 hodin). Těto pomoci je využíváno především v malých skupinách o maximálním počtu 8 osob. Podílí se na ni psycholog a peer. Cílem defusingu je rychlé omezení intenzivních reakcí na stres, normalizace zkušeností, vzájemné doplnění informací k události, zamezení izolace osob zasažených traumatizující událostí, informování o zacházení se stresem, aktivace zdrojů a představení hlubších možností podpory.

♣ **třetí fáze PIP:**

Jedná se o tzv. **debriefing**. Debriefing se neprovádí ihned po prožití traumatizující události, nýbrž s určitým časovým odstupem, který činí nejméně 48 hodin. Debriefing probíhá individuální formou nebo ve skupinách po 4 až 20 osobách. Provádí jej psycholog a peer. Debriefing představuje strukturovaný rozhovor, který využívá potenciálu skupiny. Podstata debriefingu spočívá v seskupení skupiny jedinců, jež prožili stejnou traumatickou událost. Jeho cílem je přimět tuto skupinu osob ke sdílení zkušeností, k mluvení o vlastních reakcích a k přijetí skutečnosti, že se jedná o jejich zcela přirozené reakce na abnormální situaci. V rámci debriefingu sedí skupina v kruhu. Jedná se o zcela neformální posezení, při kterém však platí jistá pravidla, která je potřeba dodržovat. Debriefing sestává z těchto úseků – úvod, úsek skutečností, úsek myšlenek, úsek reakcí, úsek příznaků, úsek učení a přípravy, úsek zakončení.⁹²

♣ **čtvrtá fáze PIP:**

Čtvrtou fází PIP je **následná péče** v případech, kdy u osob, které prožili traumatizující událost, stále přetrvávají symptomy. Pro tyto účely se využívá nejčastěji psychologického poradenství a psychoterapie. Ve výjimečných případech dochází k psychiatrické léčbě a hospitalizaci.

POSKYTOVÁNÍ A ALGORITMUS PIP

PIP je poskytována dobrovolně, nikoliv nuceně, což znamená, že k pomoci dochází na základě vlastní žádosti členů základních složek IZS, kteří ji potřebují. Tato péče je dále poskytována jedincům, u nichž jsou v důsledku kritické události patrné zjevné projevy

⁹² VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, s. 282 – 283. ISBN 978-80-262-0212-7.

stresové reakce. V neposlední řadě je taková pomoc poskytována při samotných mimořádných událostech.⁹³

Algoritmus poskytování PIP je znázorněn na obrázku 1, který je přílohou A diplomové práce.

INTERVENČNÍ TÝM PIP

Intervenční týmy PIP vznikly na základě skutečnosti, že psychologové nebývají ve všech případech vždy dostupní, a že při zvláště rozsáhlých mimořádných událostech nejsou schopni věnovat se většímu počtu jedinců zároveň.

ETICKÉ ASPEKTY PIP A ČLENŮ INTERVENČNÍHO TÝMU

Základem poskytování kvalitní a efektivní PIP je přítomnost specifických dovedností a důvěry ve vzájemné interakci mezi členy intervenčního týmu PIP a členy základních složek IZS. Členové intervenčního týmu jsou při poskytování PIP vázáni dodržováním určitých etických aspektů, k nimž patří zejména:

♣ důvěrnost:

Členové intervenčního týmu PIP jsou v průběhu poskytování psychologické péče povinni respektovat důvěrnost informací, které v rámci poskytování pomoci získali od jedinců přímo zapojených do této aktivity. K odhalování těchto informací může dojít pouze na základě souhlasu příslušné osoby. Výjimkou jsou však případy, kdy hrozí bezprostřední ohrožení jedince či jiných osob. Ve vhodných případech jsou osoby, kterým je poskytována PIP, informovány o právních omezeních důvěrnosti. Členové intervenčního týmu PIP ochraňují zájmy příslušníků základních složek IZS.

♣ prospěch:

Členové intervenčního týmu PIP respektují osobnosti lidí, s nimiž pracují. V případech střetu zájmů je nezbytné objasnit charakter a orientaci loajality a zodpovědnosti, včetně poskytnutí informací o příslušných závazcích. Příslušníci intervenčního týmu PIP v plném rozsahu informují jedince, jemuž je poskytována tato forma péče, o cíli a charakteru hodnotícího, terapeutického či tréninkového postupu.

⁹³ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 208. ISBN 978-80-247-0708-2.

♣ **nestrannost:**

Členové intervenčního týmu PIP nejsou součástí řízení, nýbrž nezávislými odbornými konzultanty řídicích pracovníků, jimž poskytují expertizní stanoviska. Příslušníci intervenčního týmu PIP se nesnižují k tomu, aby použili nehumánních, nezákonných či neoprávněných postupů s ohledem na rasovou příslušnost, postižení, věk, pohlaví, sexuální orientaci, náboženství, národnost apod.

♣ **zodpovědnost:**

V rámci zodpovědnosti je nezbytné vyjasnění si se všemi zainteresovanými stranami očekávání od zadaného úkolu, způsobů podílení se na psychologických zjištěních a způsobů jejich využití. Snahou je vyvarovat se vztahům omezujícím objektivitu získaných informací či vyvolání konfliktu zájmů. Důležité je rovněž provádění minimálních intervencí do prostředí, v němž jsou potřebné informace zjišťovány. Členové intervenčního týmu PIP jsou zodpovědní za to, aby nedocházelo k manipulaci nebo nesprávnému používání psychologických závěrů a zjištění. Příslušníci intervenčního týmu PIP mají výraznou sociální zodpovědnost, neboť jejich činnosti a doporučení mohou výrazně ovlivnit život ostatních.

♣ **ostrážitost:**

Členové intervenčního týmu PIP musí být ostrážití, a to vůči osobním, sociálním, organizačním, finančním či politickým situacím a tlakům vedoucím k nesprávnému použití jejich působení.⁹⁴

⁹⁴ BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005, s. 208. ISBN 978-80-247-0708-2.

3 SPECIFIKA PIP U ZÁKLADNÍCH SLOŽEK IZS

V rámci základních složek IZS vykazuje poskytování PIP určitá specifika, která jsou stručně charakterizována v následujících podkapitolách diplomové práce.

3.1 PIP u HZS ČR

PIP je u HZS ČR poskytována prostřednictvím psychologické služby. Oficiální vznik této služby je datován k 1. lednu roku 2003, kdy došlo ke zřízení psychologického pracoviště pod vedením hlavního psychologa HZS ČR.

Základní oblasti činnosti psychologické služby HZS ČR jsou opřeny o 3 podstatné pilíře. Jedná se o poskytování PIP nejen hasičům, ale také jejich rodinným příslušníkům. Dále jde o zajišťování podkladů pro personální práci a pomoc lidem, kteří byli zasaženi mimořádnou událostí. Psychologická služba HZS ČR je poskytována ze strany psychologů HZS ČR a jejich asistentů. Tito psychologové a jejich asistenti vykonávají zejména následující činnosti:

- ♣ *„nabízejí pomoc v těžkých profesních i životních situacích,*
- ♣ *poskytují psychologické poradenské služby v oblasti vztahů k sobě i druhým,*
- ♣ *vyučují v odborných učilištích požární ochrany a provádí výcviky s psychologickou problematikou,*
- ♣ *publikují odborné texty, články i propagační materiály,*
- ♣ *vybírají uchazeče do služebního poměru příslušníka HZS ČR, hasiče do specializovaných funkcí HZS ČR, účastníky výběrového řízení,*
- ♣ *spolupracují se státními a nestátními organizacemi a každým, kdo projeví zájem⁹⁵.*

Psychologové HZS ČR a jejich asistenti tvoří, po odborné stránce vzdělávají a zajišťují systém poskytování PIP hasičům i civilním pracovníkům, včetně osob zasažených mimořádnou událostí. V rámci každého kraje ČR je jmenován tzv. tým posttraumatické péče (dále jen TPP). Koordinátorem tohoto týmu je psycholog HZS příslušného kraje. Členové TPP jsou příslušníky či pracovníky HZS ČR, jež mají nad rámec svých

⁹⁵ Psychologická služba: O nás. *Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR* [online] 2012 [2016-09-19]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>.

pracovních povinností zájem o poskytování pomoci lidem prostřednictvím psychologické služby. Každý člen TPP musí absolvovat výcvik tzv. Critical Incident Stress Management (CISM), včetně odborné přípravy v poskytování první psychické pomoci, jejíž účel spočívá ve stabilizaci psychického stavu postiženého jedince, a to takovým způsobem, aby se pro něj situace nezhoršovala, aby mu byl dodán pocit bezpečí, aby byly zabezpečeny jeho základní potřeby, popř. aby byl předán do další péče. V současnosti je do funkce HZS ČR jmenováno 206 členů TPP.⁹⁶

3.2 PIP u PČR

Ke koncepčnímu rozvoji psychologické služby u PČR dochází v průběhu posledních 25 let. Postupem času došlo k vytvoření rozsáhlé sítě psychologických pracovišť, na nichž působí, vyjma psychologů a pedagogů, rovněž speciálně vzdělané a vycvičené osoby z řad policistů přímého výkonu služby. Garantem kvality psychologické služby PČR je z hlediska odborného a etického oddělení psychologie a sociologie Ministerstva vnitra ČR. Psychologové jsou v rámci PČR uplatňováni v následujících 3 základních oblastech, a to v personalistice, ve vzdělávání a ve výcviku, a v neposlední řadě ve specializovaných pozicích. V rámci personalistiky nejsou psychologové orientováni jen na provádění psychologických vyšetření způsobilosti žadatelů o povolání příslušníka PČR. Rozsah jejich činnosti je daleko širší – kupříkladu poskytují poradenství, psychologickou podporu v konfliktních nebo stresových situacích, výstupní pohovory, odborné konzultace kriminalistům a vyšetřovatelům v rámci objasňování kriminálních případů atd. V rámci vzdělávání a výcviku příslušníků PČR zajišťují vzdělání v oboru psychologie, vybavují policisty tzv. psychologickými prostředky pro účely řešení standardních a konfliktních situací. V souvislosti se specializovanými odbornými pozicemi jsou psychologové uplatňováni příkladně při profilování pachatelů, dále jako vyjednávači či grafologové. K hlavním úkolům psychologické služby PČR patří rovněž psychologická péče o samotné policisty a jejich rodinné příslušníky. Součástí této péče jsou preventivní psychologické služby, dále sociálně-psychologický servis psychologické poradenství a PIP, jejíž nedílnou součástí je anonymní telefonní linka pomoci v krizi.⁹⁷

⁹⁶ Psychologická služba: O nás. *Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR* [online] 2012 [2016-09-19]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>.

⁹⁷ VYMĚTAL, Š. Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích. In *112*, 2007, roč. 6, č. 2, s. 15. ISSN 1213-7057.

3.3 PIP u ZZS

PIP u ZZS je poskytována prostřednictvím psychologické intervenční služby ZZS. Systém psychosociální intervenční služby (dále jen SPIS) je určen pro psychosociální podporu zdravotníkům, kteří pracují v oboru zdravotnictví, a to zvláště v oblasti urgentní péče (tedy zejména příslušníkům ZZS – zdravotnickým záchranářům). Tohoto systému je však využíváno u všech zdravotnických pracovníků pracujících v přednemocniční i nemocniční péči. SPIS má především preventivní povahu. Jeho cílem je informování, edukace a napomáhání k vytváření odolnosti vůči psychické zátěži vedoucí k porozumění a přijetí reakcí na náročné situace, přispívající k normalizaci stresové reakce, seznamující s vhodnými způsoby adaptace na stres a psychickou zátěž. SPIS je tedy pomocí pro pomáhající profese. Základem tohoto systému je tzv. peer podpora. To znamená, že zdravotničtí pracovníci nejsou nadměrně a zbytečně nepsihologizováni. SPIS je poskytována ze strany vyškolených zdravotnických pracovníků (ve většině případů se jedná o pracovníky záchranných služeb a urgentních oborů ve zdravotnických zařízeních) z řad sester, zdravotnických záchranářů i lékařů, kteří jsou znalí problematiky postižených osob, se schopností naslouchat a poskytnout první psychickou pomoc, včetně edukace. SPIS poskytují rovněž odborníci v oblasti duševního zdraví (tj. kliničtí psychologové). Garantem tohoto systému je Asociace zdravotnických záchranných služeb. Na financování tohoto systému se podílejí dílčí ZZS v ČR. SPIS je dále podporován ze strany Odborné společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof. Péče je v rámci SPIS využívána zvláště v rámci přednemocniční neodkladné péče.⁹⁸

⁹⁸ HUMPL, L., VRASPÍROVÁ, H., MARKOVÁ, M. Psychosociální intervence ve zdravotnictví. *Úrazová nemocnice v Brně* [online] 2013 [2016-09-19].

Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/Konf%20MEKA%202013/7%20abstrakt%20Humpl.pdf>.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce na téma „Posttraumatická intervenční péče“ je založena na výzkumu. V prvním případě se jedná o kvantitativní výzkum (viz kapitola 4 níže). Druhým výzkumem je výzkum kvalitativní (viz kapitola 5 dále).

4 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Podstatou kvantitativního výzkumu je dotazníkové šetření zabývající se poskytováním PIP u základních složek IZS – příslušníků HZS ČR, PČR a ZZS.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zmapování poskytování PIP u hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů. V souladu s hlavním cílem výzkumu jsou dále definovány čtyři dílčí cíle výzkumu:

- ♣ **Dílčí cíl č. 1:** Identifikace stresujících a traumatizujících událostí, kterým jsou hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři vystaveni při výkonu svého povolání.
- ♣ **Dílčí cíl č. 2:** Zjištění znalostí a informovanosti hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů o možnostech využívání PIP v rámci příslušných psychologických služeb základních složek IZS.
- ♣ **Dílčí cíl č. 3:** Zjištění skutečného stavu poskytování PIP o hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře.
- ♣ **Dílčí cíl č. 4:** Návrhy a doporučení pro zlepšení a zefektivnění PIP u základních složek IZS.

4.2 Výzkumné hypotézy

S ohledem na definovaný hlavní cíl výzkumu a jeho dílčí cíle jsou stanoveny následující výzkumné hypotézy:

- ♣ **Výzkumná hypotéza č. 1:** Lze předpokládat, že vzhledem k rozličným náplním jednotlivých povolání základních složek IZS jsou pro hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře nejvíce stresující a traumatizující odlišné události, s nimiž se ve své praxi setkávají.

- ♣ **Výzkumná hypotéza č. 2:** Lze předpokládat, že příslušníci základních složek IZS ví, co je PIP, a jsou dostatečným způsobem informováni o možnostech využití této péče.
- ♣ **Výzkumná hypotéza č. 3:** Lze předpokládat, že PIP je u základních složek IZS ze strany zaměstnavatele zajištěna dostatečným způsobem.
- ♣ **Výzkumná hypotéza č. 4:** Lze předpokládat, že většina příslušníků HZS ČR, PČR a ZZS ještě nikdy v minulosti PIP nevyužila.

Ověření uvedených výzkumných hypotéz je předmětem podkapitoly 4.5 diplomové práce.

4.3 Metodika výzkumu

V rámci deskripce metodiky výzkumu je v následujícím textu popsána metoda výzkumu (tj. metoda dotazníku), výzkumné prostředí, výzkumný soubor, průběh výzkumu a získávání dat, včetně jejich analýzy a zpracování.

Metodou výzkumu je kvantitativní metoda dotazníku neboli dotazníkové šetření. Dotazník lze definovat jako „*soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a na které dotazovaná osoba odpovídá osobně*“⁹⁹. Dotazník je metodou tzv. přímého hromadného dotazování. Toto znamená, že vytvořené dotazníky jsou předkládány účastníkům výzkumu neboli respondentům prostřednictvím kompetentních osob z vybraného výzkumného prostředí dle pokynů samotného tazatele, přičemž sám tazatel není při vyplňování těchto dotazníků přítomen. Účastníci výzkumu tak vyplňují dotazníky zcela samostatně. Po jejich vyplnění následuje jejich sběr, který je uskutečněn opět prostřednictvím zmiňovaných kompetentních osob. Takto vyplněné a sesbírané dotazníky jsou dále předány tazateli.¹⁰⁰ Přesně dle uvedené charakteristiky metody dotazníku bylo postupováno v rámci tohoto kvantitativního výzkumu.

V rámci kvantitativního výzkumu praktické části diplomové práce je vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Tento dotazník je strukturovaného nestandardizovaného charakteru. Vytvořený dotazník je součástí přílohy A kvalifikační práce.

⁹⁹ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, s. 163. ISBN 978-80-247-1369-4.

¹⁰⁰ ZICH, F., ROUBAL, O. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, o. p. s., 2014, s. 43. ISBN 978-80-7408-093-7.

Dotazník sestává z celkového počtu 19 otázek, a to z 6 nečíslovaných a z 13 číslovaných otázek. Nečíslované dotazníkové otázky jsou zaměřeny na zjištění obecných demografických údajů o účastnících výzkumu. Číslované otázky se zabývají zkoumanou problematikou – tedy poskytováním PIP u základních složek IZS (viz speciální část dotazníku). Při sestavování jednotlivých dotazníkových otázek byl brán zřetel na jejich „jednoznačnost, srozumitelnost, stručnost a validnost“¹⁰¹. V dotazníku se nacházejí následující typy výzkumných otázek:

♣ **uzavřené otázky:**

„Uzavřené otázky nabízejí několik možných variant odpovědí, ze kterých si dotazovaný vybírá jednu nebo více odpovědí, které se nejvíce blíží jeho názoru“.¹⁰² Dotazník obsahuje celkem 14 uzavřených otázek (6 nečíslovaných / obecných demografických otázek a 8 číslovaných otázek). V případě číslovaných otázek se jedná o otázku č. 2, 5 a 6, a dále o otázky č. 8 až 12. Použité uzavřené otázky v dotazníku byly dále tohoto typu:

– **dichotomické otázky:**

„Tyto otázky umožňují pouze odpověď ano / ne“.¹⁰³ V dotazníku se nachází 4 uzavřené dichotomické otázky. Jedná se o otázku č. 2, 6, 8 a 11.

– **trichotomické otázky:**

„Tyto otázky umožňují pouze odpověď ano / ne / nevím“.¹⁰⁴ Dotazník sestává z 1 uzavřené otázky trichotomického typu (tj. otázka č. 9).

– **výběrové otázky:**

„U těchto otázek je možnost výběru jedné z nabízených alternativ“.¹⁰⁵ Dotazník obsahuje 9 uzavřených výběrových otázek. Jde o 6 nečíslovaných / obecných demografických otázek a 3 číslované otázky (tj. otázku č. 5, 10 a 12).

¹⁰¹ *Dotazník-online* [online] 2007 [2016-09-19]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/>.

¹⁰² Tamtéž.

¹⁰³ Tamtéž.

¹⁰⁴ Tamtéž.

¹⁰⁵ Tamtéž.

♣ polouzavřené neboli polootevřené otázky:

„Jedná se o kombinaci uzavřených a otevřených otázek. Polouzavřená otázka vznikne přidáním varianty „jiné“ do uzavřené otázky, která je vlastně otevřenou otázkou a umožňuje respondentovi volně vyjádřit svůj názor“.¹⁰⁶ Součástí dotazníku jsou 4 polouzavřené neboli polootevřené otázky. Jedná se o otázku č. 1, 3, 4 a 7.

♣ otevřené otázky:

V rámci otevřených otázek mohou své odpovědi respondenti „vyjádřit svými slovy podle vlastního uvážení“¹⁰⁷. V dotazníku se nachází 1 otevřená otázka, a to otázka č. 13.

Kromě uvedených typů otázek, se v dotazníku nachází rovněž jeden ze speciálních typů otázek, kterým jsou otázky filtrační, které umožňují „rozdělit dotazované na podskupiny a měnit tok otázek podle odpovědi na tuto otázku“¹⁰⁸. Dotazník obsahuje celkem 3 filtrační otázky. Jedná se o otázku č. 2, 6 a 11.

Samotný dotazník je rozdělen na dvě části. První část dotazníku je obecná demografická a druhá speciální. Obecná demografická část dotazníku je zaměřena na zjištění obecných údajů o účastnících výzkumu demografického charakteru (o jejich pohlaví, věku, nejvyšším dosaženém vzdělání, rodinném stavu, příslušnosti k základní složce IZS a délce odborné praxe u příslušné základní složky IZS). K této obecné demografické části dotazníku se vztahuje celkem 6 nečíslovaných otázek.

Speciální část dotazníku je zaměřena na zkoumanou problematiku (tedy na poskytování PIP u základních složek IZS). K této části dotazníku se vztahuje celkem 13 číselných otázek (tj. otázky č. 1 až 13). Speciální část dotazníku je dále v souladu s definovanými dílčími cíli výzkumu rozdělena na čtyři oddíly. První oddíl speciální části dotazníku je zaměřen na identifikaci stresujících a traumatizujících událostí, kterým jsou hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři vystaveni při výkonu svého povolání. K tomuto oddílu se vztahuje celkem 5 otázek (otázky č. 1 až 5). První otázka zjišťuje události, které jsou pro respondenty v rámci výkonu jejich povolání nejvíce stresujícími a traumatizujícími. Úkolem druhé otázky je zjištění, zda se účastníci výzkumu již při výkonu svého povolání setkali s nějakou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí. Třetí otázka je

¹⁰⁶ *Dotazník-online* [online] 2007 [2016-09-19]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/>.

¹⁰⁷ Tamtéž.

¹⁰⁸ Tamtéž.

orientována na zjištění typu stresující a traumatizující události, s níž se respondenti v minulosti již setkali. Cílem čtvrté otázky je zjištění způsobu vyrovnání se s takovou stresující a traumatizující událostí ze strany účastníků výzkumu. Pátá otázka se týkala zjištění, zda se respondentům se stresující a traumatizující událostí podařilo vyrovnat.

Druhý oddíl speciální části dotazníku je orientován na zjištění znalostí a informovanosti hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů o možnostech využívání PIP v rámci příslušných psychologických služeb základních složek IZS. K tomuto oddílu jsou vztaheny celkem 3 otázky (tj. otázky č. 6 až 8). Sedmá otázka zjišťovala, zda účastníci výzkumu vědí, co je PIP. Úkolem sedmé otázky je zjištění způsobu, kterým je respondenti o PIP dozvěděli. Osmá otázka zjišťuje, zda jsou účastníci výzkumu dostatečně informováni o možnostech využívání PIP na svém pracovišti.

Třetí oddíl speciální části dotazníku je zaměřen na zjištění skutečného stavu poskytování PIP o hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře. K tomuto oddílu náleží 4 otázky (tj. otázky č. 9 až 12). Devátá otázka se týkala zjištění, zda mají respondenti možnost v souvislosti s výkonem svého povolání využít služeb PIP. Úkolem desáté otázky je zjištění názoru účastníků výzkumu o dostatečnosti zabezpečení PIP na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatele. Jedenáctá otázka je orientována na zjištění dřívějšího využití PIP ze strany respondentů. Cílem dvanácté otázky je zjištění spokojenosti účastníků výzkumu s poskytnutou PIP.

Čtvrtý oddíl speciální části dotazníku se zabývá návrhy a doporučení pro zlepšení a zefektivnění PIP u základních složek IZS. K tomuto oddílu se vztahuje jediná otázka, a to otázka č. 13, jejímž úkolem je zjištění návrhů respondentů ke zlepšení a zefektivnění PIP u základní složky IZS, u níž pracují.

VÝZKUMNÉ PROSTŘEDÍ

Výzkumným prostředím v rámci kvantitativního výzkumu bylo pro všechny tři základní složky IZS Územní pracoviště Náchod. Z důvodu požadavku na zajištění celkové anonymity nejsou v diplomové práci uvedeny žádné konkrétní údaje, jména, adresy a kontakty, na základě nichž by bylo možné konkrétní účastníky výzkumu blíže identifikovat.

VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor kvantitativního výzkumu byl ovlivněn výběrem výzkumného prostředí. Výběr výzkumného souboru však dále nebyl ovlivněn žádnými dalšími kritérii, která by účastníci výzkumu pro účast v dotazníkovém šetření musela splňovat, a která by tak pro kvantitativní výzkum samotný byla zbytečně limitující. V rámci výběru výzkumného souboru tedy nebyl brán ohled na pohlaví respondentů, jejich věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a délku odborné praxe. Jediným limitujícím faktorem byl požadavek na to, aby se jednalo o příslušníky HZS ČR, PČR a ZZS z Územního pracoviště Náchod. Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo celkem 197 příslušníků základních složek IZS (100 %) z Územního pracoviště Náchod. Jednalo se o 80 hasičů (40,61 %), o 92 policistů (46,7 %) a 25 zdravotnických záchranářů (12,69 %).

Obecné demografické údaje o účastnících výzkumu, které byly předmětem zjištění 6 nečíslovaných otázek v dotazníku, jsou uvedeny v následujícím textu.

„Jaké je Vaše pohlaví?“

Výzkumu se zúčastnilo celkem 80 hasičů (100 %), z nichž 76 (95 %) bylo mužského pohlaví a 4 (5 %) byli pohlaví ženského.

Dotazníkového šetření se dále zúčastnilo 92 policistů (100 %), a to konkrétně 86 mužů (93,48 %) a 6 žen (6,52 %).

Do výzkumu bylo zapojeno 25 zdravotnických záchranářů (100 %). Jednalo se o 17 žen (68 %) a 8 mužů (32 %).

Výzkumu se tedy zúčastnili převážně muži z řad příslušníků HZS ČR a PČR. Naopak z řady ZZS se jednalo povětšinou o ženy.

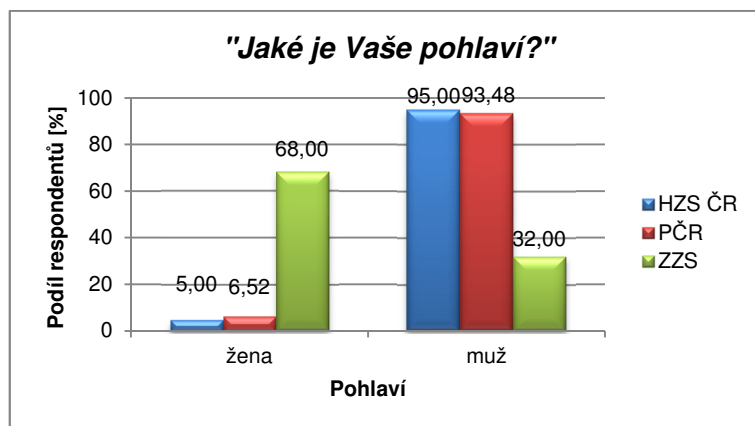
Jednotlivé odpovědi respondentů na obecnou demografickou otázku týkající se pohlaví jsou uvedeny v tabulce 3 a graficky znázorněny v grafu 1.

Tabulka 3: Pohlaví respondentů

Jaké je Vaše pohlaví?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet respondentů	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
žena	4	5,00	6	6,52	17	68,00
muž	76	95,00	86	93,48	8	32,00

Zdroj¹⁰⁹

Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj¹¹⁰

¹⁰⁹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹¹⁰ Tamtéž.

„Do jaké věkové kategorie patříte?“

Z celkového počtu 80 hasičů (100 %) patřilo 25 z nich (31,25 %) do věkové kategorie od 41 do 50 let. 23 hasičů (28,75 %) bylo ve věku od 31 do 40 let. 17 hasičů (21,25 %) mělo 20 až 30 let. 11 hasičů (13,75 %) patřilo do věkové skupiny od 51 do 60 let. 4 hasiči (5 %) byli starší 60 let věku.

Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla u policistů věková skupina od 41 do 50 let – do této věkové kategorie patřilo celkem 32 policistů (34,78 %). 26 policistů (28,26 %) bylo ve věku od 31 do 40 let. 14 policistů (17,5 %) mělo 51 až 60 let. 12 policistů (13,04 %) mělo 20 až 30 let. 8 policistů (6,42 %) byli starší než 60 let.

Z celkového počtu 25 zdravotnických záchranářů (100 %) bylo 10 z nich (40 %) ve věku od 31 do 40 let. 7 zdravotnických záchranářů (28 %) patřilo do věkové skupiny 41 až 50 let. 5 zdravotnických záchranářů (20 %) mělo 20 až 30 let. 2 zdravotničtí záchranáři (8 %) byli ve věku od 41 do 50 let. Věk 1 zdravotnického záchranáře (4 %) byl nad 60 let.

V největší míře zastoupenou věkovou kategorií účastníků výzkumu byl věk od 41 do 50 let, a to u příslušníků HZS ČR a PČR. U zdravotnických záchranářů se jednalo o věkovou skupinu 31 až 40 let. Naopak nejméně zastoupenou věkovou kategorií byl u hasičů, policistů i zdravotnických záchranářů věk nad 60 let. Ze všech účastníků výzkumu nebyl žádný z nich mladší 20 let věku.

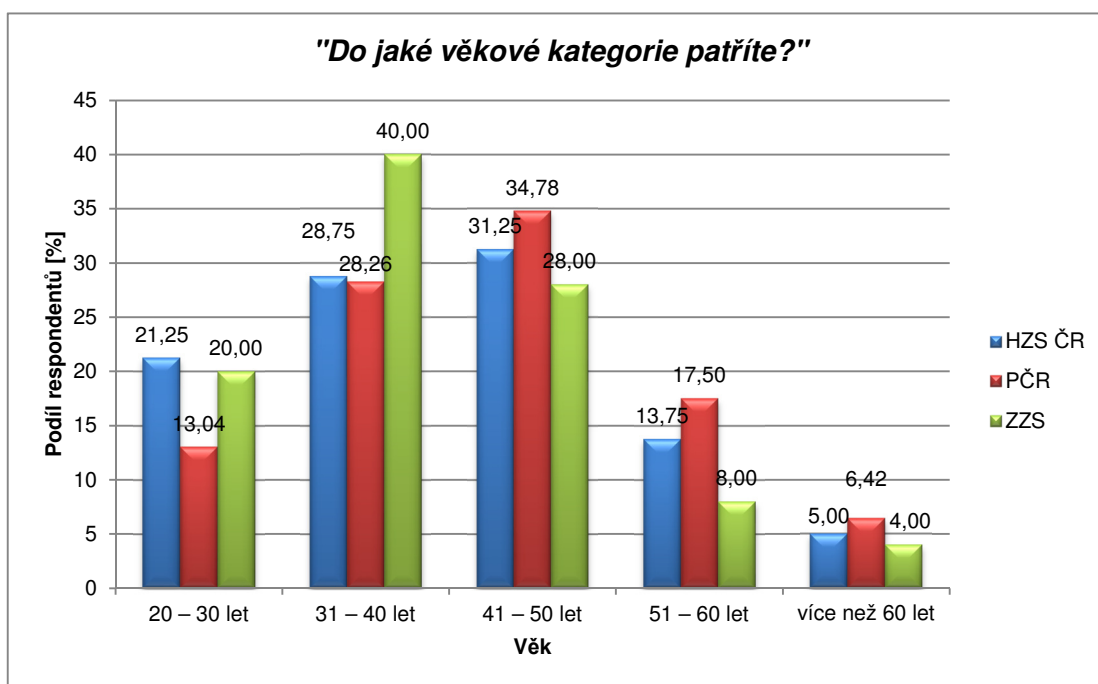
Dílní odpovědi respondentů na obecnou demografickou otázku týkající se věku jsou uvedeny tabulce 4 a vyjádřeny grafem 2.

Tabulka 4: Věkové rozložení respondentů

Do jaké věkové kategorie patříte?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
méně než 20 let	-	-	-	-	-	-
20 – 30 let	17	21,25	12	13,04	5	20,00
31 – 40 let	23	28,75	26	28,26	10	40,00
41 – 50 let	25	31,25	32	34,78	7	28,00
51 – 60 let	11	13,75	14	17,50	2	8,00
více než 60 let	4	5,00	8	6,42	1	4,00

Zdroj¹¹¹

Graf 2: Věkové rozložení respondentů



Zdroj¹¹²

¹¹¹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹¹² Tamtéž.

„Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“

Polovina hasičů účastnících se výzkumu (40 respondentů – 50 %) měla vysokoškolské vzdělání. Nejvyšším dosaženým vzděláním 32 hasičů (40 %) bylo středoškolské vzdělání s maturitou. 8 hasičů (10 %) mělo vyšší odborné vzdělání.

Z celkového počtu 92 policistů (100 %) účastnících se dotazníkového šetření mělo 59 z nich (64,13 %) středoškolské vzdělání s maturitou. 22 policistů (23,91 %) úspěšně absolvovalo vysokou školu. 11 policistů (11,96 %) mělo vyšší odborné vzdělání.

Z 25 zdravotnických záchranářů (100 %) zapojených do výzkumu mělo 13 z nich (52 %) vysokoškolské vzdělání. 7 zdravotnických záchranářů (28 %) ukončilo vyšší odbornou školu. 5 zdravotnických záchranářů (20 %) mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou.

Nejvyšším dosaženým vzděláním hasičů a zdravotnických záchranářů bylo vzdělání vysokoškolské. Naproti tomu u policistů se jednalo o středoškolské vzdělání s maturitou.

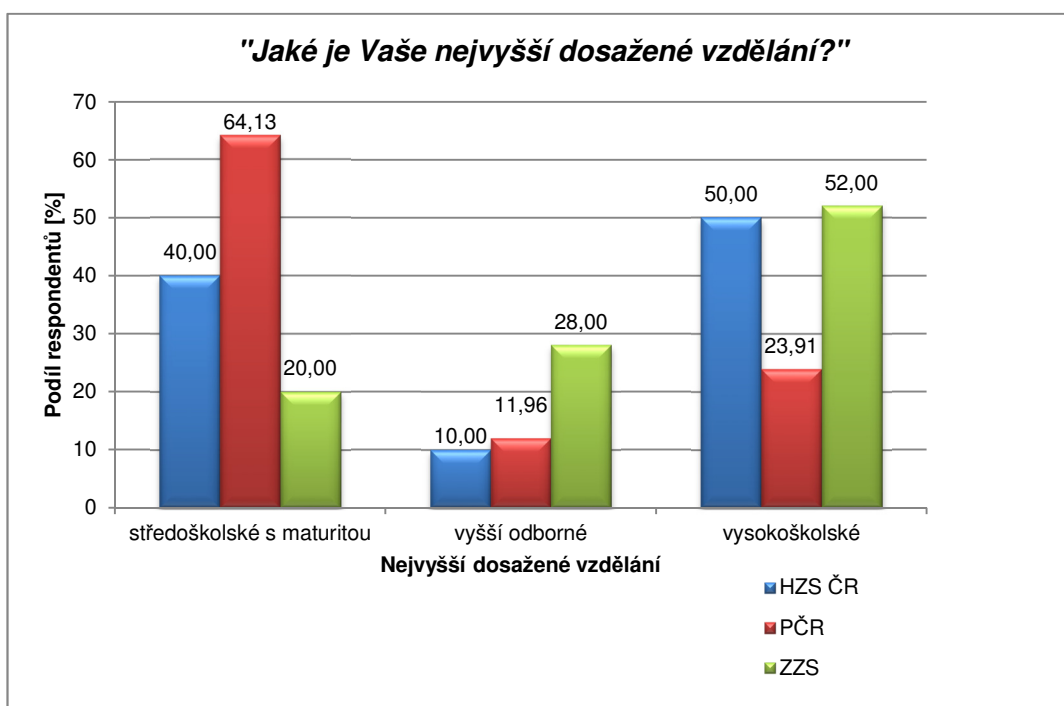
Jednotlivé odpovědi respondentů na obecnou demografickou otázku týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání jsou uvedeny v tabulce 5 a graficky znázorněny grafem 3.

Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
středoškolské bez maturity (vyučení v oboru)	-	-	-	-	-	-
středoškolské s maturitou	32	40,00	59	64,13	5	20,00
vyšší odborné	8	10,00	11	11,96	7	28,00
vysokoškolské	40	50,00	22	23,91	13	52,00

Zdroj¹¹³

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Zdroj¹¹⁴

¹¹³ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹¹⁴ Tamtéž.

„Jaký je Váš rodinný stav?“

Z celkového počtu 80 příslušníků HZS ČR (100 %) účastnících se dotazníkového šetření byla větší polovina z nich (45 hasičů – 56,25 %) v rodinném stavu ženatý / vdaná. 24 hasičů (30 %) bylo svobodných. 11 hasičů (13,75 %) již rozvedených.

Rodinným stavem větší poloviny policistů (55 respondentů – 59,78 %) byl status ženatý / vdaná. 22 policistů (23,91 %) bylo svobodných. 15 policistů (16,31 %) bylo rozvedených.

Z celkového počtu 25 zdravotnických záchranářů (100 %) zapojených do výzkumu bylo 16 z nich (64 %) ženatých / vdaných. 6 zdravotnických záchranářů (24 %) bylo rozvedených. 3 zdravotničtí záchranáři (12 %) byli ještě svobodní.

Většina respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, byla v rodinném stavu ženatý / vdaná.

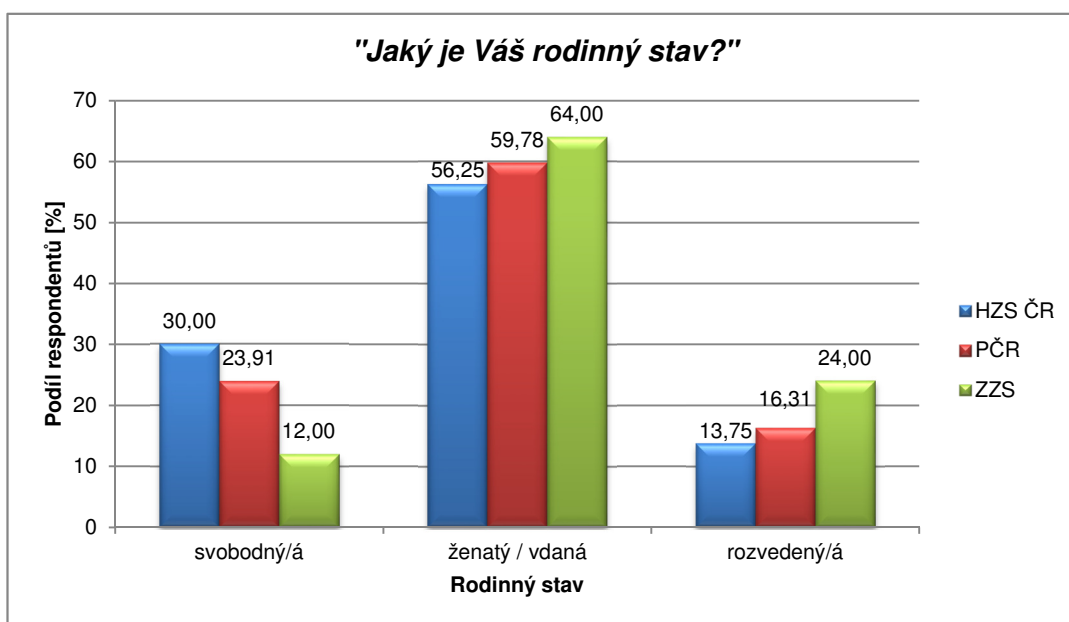
Dílní odpovědi respondentů na obecnou demografickou otázku týkající se rodinného stavu jsou uvedeny v tabulce 6 a vyjádřeny v grafu 4.

Tabulka 6: Rodinný stav respondentů

Jaký je Váš rodinný stav?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
svobodný /á	24	30,00	22	23,91	3	12,00
ženatý / vdaná	45	56,25	55	59,78	16	64,00
rozveden ý/á	11	13,75	15	16,31	6	24,00
vdovec / vdova	-	-	-	-	-	-

Zdroj¹⁵

Graf 4: Rodinný stav respondentů



Zdroj¹⁶

¹⁵ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹⁶ Tamtéž.

„U které ze základních složek Integrovaného záchranného systému pracujete?“

Jak již bylo uvedeno výše, výzkumu se zúčastnilo celkem 197 respondentů, a to 80 hasičů (40,61 %), 92 policistů (46,7 %) a 25 zdravotnických záchranářů (12,69 %).

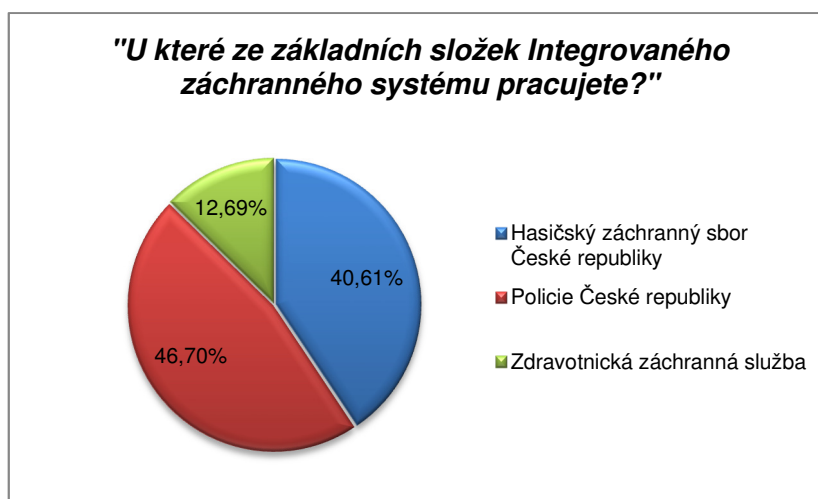
Příslušnost respondentů k základní složce IZS je uvedena v tabulce 7, které odpovídá graf 5.

Tabulka 7: Základní složka IZS

U které ze základních složek Integrovaného záchranného systému pracujete?	Počet respondentů	Podíl respondentů [%]
Hasičský záchranný sbor České republiky	80	40,61
Policie České republiky	92	46,70
Zdravotnická záchranná služba	25	12,69

Zdroj¹¹⁷

Graf 5: Základní složka IZS



Zdroj¹¹⁸

¹¹⁷ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹¹⁸ Tamtéž.

„Jaká je délka Vaší odborné praxe u příslušné základní složky Integrovaného záchranného systému?“

18 hasičů (22,5 %) mělo délku odborné praxe u HZS ČR od 21 do 25 let. Délka odborné praxe 16 hasičů (20 %) byla 11 až 15 let. 13 hasičů (16,25 %) mělo délku odborné praxe od 6 do 10 let. Délka odborné praxe 12 hasičů (15 %) byla 16 až 20 let. 10 hasičů (12,5 %) sloužilo u HZS ČR po dobu 1 roku až 5 let. 4 hasiči (5 %) vykonávali službu u HZS ČR po dobu kratší než 1 rok a stejný počet hasičů měl délku odborné praxe od 26 do 30 let. Délka odborné praxe 3 hasičů (3,75 %) byla delší než 30 let.

Z celkového počtu 92 policistů (100 %) mělo 25 z nich (27,17 %) délku odborné praxe u PČR od 11 do 15 let. 21 policistů (22,83 %) mělo délku odborné praxe v délce od 16 do 20 let. 15 policistů (16,3 %) pracovalo u PČR 21 až 25 let. U 9 policistů (9,78 %) byla délka odborné praxe 6 až 10 let. 7 policistů (7,61 %) mělo délku odborné praxe u PČR od 1 roku do 5 let. Stejný počet policejních příslušníků mělo délku odborné praxe od 26 do 30 let. 6 policistů (6,53 %) pracovalo u PČR déle než 30 let. 2 policisté (2,17 %) vykonávalo toto povolání po dobu kratší než 1 rok.

Celkem 5 zdravotnických záchranářů (20 %) mělo délku odborné praxe od 11 do 15 let. Stejný počet zdravotnických záchranářů pracoval u ZZS po dobu 16 až 20 let. Délka odborné praxe 4 zdravotnických záchranářů (16 %) byla 6 až 10 let. U dalších 4 zdravotnických záchranářů (16 %) byla jejich délka odborné praxe od 21 do 25 let. 3 zdravotničtí záchranáři (12 %) měli délku odborné praxe u ZZS v délce od 26 do 30 let. 2 zdravotničtí záchranáři (8 %) pracovali u ZZS po dobu 1 roku až 5 let. 1 pracovník ZZS (4 %) vykonával profesi zdravotnického záchranáře po dobu kratší než 1 rok. Naopak 1 zdravotnický záchranář (4 %) pracoval u ZZS již déle než 30 let.

Délka odborné praxe u příslušníků HZS ČR byla více od 21 do 25 let. U policistů se jednalo o odbornou praxi v délce 11 až 15 let. Podobně tomu bylo u zdravotnických záchranářů, u nichž byla délka odborné praxe od 11 do 15 let a od 16 do 20 let.

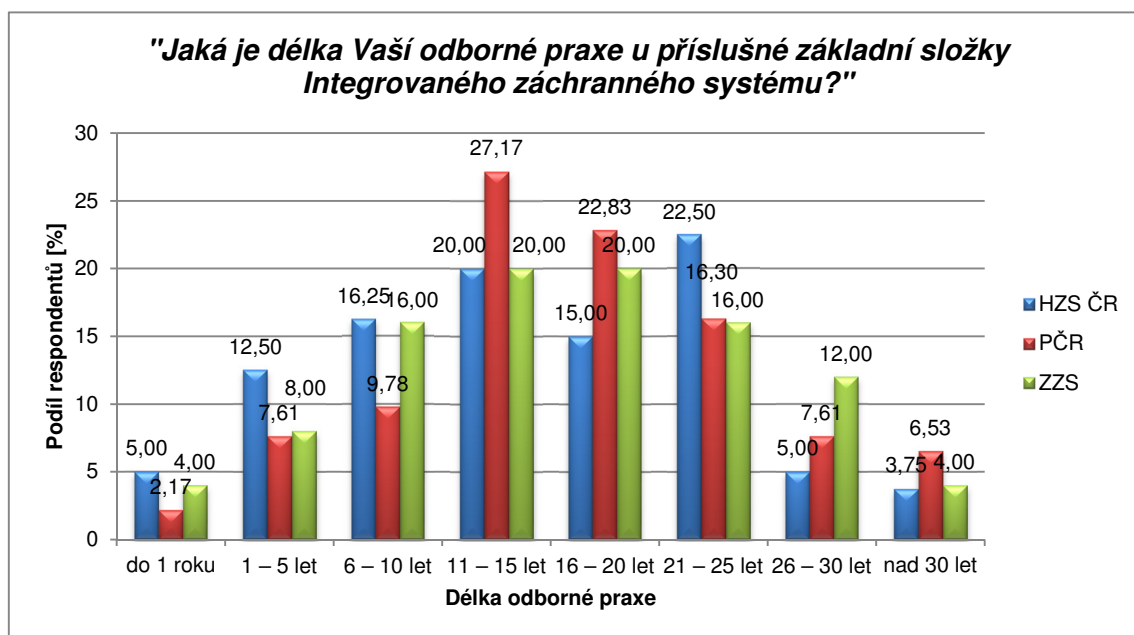
Jednotlivé odpovědi respondentů na obecnou demografickou otázku týkající délky jejich odborné praxe u základní složky IZS jsou uvedeny v tabulce 8 a graficky znázorněny v grafu 6.

Tabulka 8: Délka odborné praxe respondentů u základní složky IZS

Jaká je délka Vaší odborné praxe u příslušné základní složky Integrovaného záchranného systému?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
do 1 roku	4	5,00	2	2,17	1	4,00
1 – 5 let	10	12,50	7	7,61	2	8,00
6 – 10 let	13	16,25	9	9,78	4	16,00
11 – 15 let	16	20,00	25	27,17	5	20,00
16 – 20 let	12	15,00	21	22,83	5	20,00
21 – 25 let	18	22,50	15	16,30	4	16,00
26 – 30 let	4	5,00	7	7,61	3	12,00
nad 30 let	3	3,75	6	6,53	1	4,00

Zdroj¹¹⁹

Graf 6: Délka odborné praxe respondentů u základní složky IZS



Zdroj¹²⁰

¹¹⁹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹²⁰ Tamtéž.

PRŮBĚH VÝZKUMU A ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Kvantitativní výzkum probíhal celkem po dobu čtyř měsíců, a to od měsíce dubna do července 2016. Samotný průběh kvantitativního výzkumu lze rozdělit do několika hlavních fází. V první fázi výzkumu byl definován hlavní cíl výzkumu a jeho dílčí cíle (viz podkapitola 4.1 výše), stejně jako byly stanoveny výzkumné otázky (viz podkapitola 4.2 výše). Ve druhé fázi výzkumu byl vytvořen vlastní dotazník (viz příloha B diplomové práce), na základě něhož došlo k uskutečnění samotného dotazníkového šetření.

Realizace výzkumu byla předem dohodnuta s vedoucími pracovníky jednotlivých základních složek IZS z Územního pracoviště Náchod, kteří byli před samotným zahájením dotazníkového šetření seznámeni s jeho cílem a účelem, a zároveň byli dle vlastního požadavku ujištěni o zachování celkové anonymity účastníků výzkumu.

Do Územního pracoviště Náchod byly na základě domluvy distribuovány dotazníky v tištěné podobě. Takto připravené dotazníky byly rozdány vedoucími pracovníky dílčích základních složek IZS z Územního pracoviště Náchod jednotlivým příslušníkům HZS ČR, PČR a ZZS. Hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři byli rovněž obeznámeni s cílem a účelem výzkumu, stejně jako byli ujištěni o zachování celkové anonymity jich samotných. Příslušníky základních složek IZS vyplněné dotazníky byly vedoucími pracovníky sesbírány nazpět a následně předány tazateli. Ředitelům základních složek IZS z Územního pracoviště Náchod a účastníkům výzkumu bylo vyjádřeno poděkování za jejich ochotu a čas, který vyplňování dotazníku věnovali.

Celkově bylo do Územního pracoviště Náchod dáno k dispozici 230 tištěných dotazníků (100 %). Navráčeno bylo 197 řádně vyplněných dotazníků. Celková návratnost dotazníků tedy činila 85,65 %. Kvantitativního výzkumu se tak zúčastnilo celkem 197 příslušníků HZS ČR (hasičů), PČR (policistů) a ZZS (zdravotnických záchranářů) – 100 % – z Územního pracoviště Náchod.

V souvislosti s průběhem a získáváním dat považuje autorka za důležité podotknout, že nejlepší spolupráce byla s příslušníky HZS ČR Územního pracoviště Náchod. Hasiči byli až neuvěřitelně ochotní, otevření a disciplinovaní.

ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Získaná data z řádně vyplněných dotazníků byla po jejich sesbírání následně analyzována a zpracována. Ke zpracování získaných dat byly použity dva počítačové programy, a to konkrétně textový procesor Microsoft Word (dále jen MS Word) a tabulkový procesor Microsoft Excel (dále jen MS Excel). Samotné zpracování dat lze rozdělit do dvou fází.

V rámci první fáze zpracování dat bylo použito programu MS Excel, v němž byly pro veškeré dotazníkové otázky vytvořeny tabulky jako vyjádření dílčích odpovědí příslušníků HZS ČR, PČR a ZZS na jednotlivé otázky v dotazníku v podobě absolutních četností (počet respondentů) a relativních četností (počet respondentů [%]). K takovým způsobem vytvořeným tabulkám byly v programu MS Excel dále vytvořeny příslušné dvojrozměrné výsečové grafy, které jsou výrazem procentuálního vyjádření (počet respondentů [%]) odpovědí respondentů výzkumu na dílčí dotazníkové otázky.

V rámci druhé fáze zpracování dat bylo použito programu MS Word, kde byly takto vytvořené tabulky a grafy následně převedeny – jedná se o kvantitativní vyhodnocení a interpretaci výsledků kvantitativního výzkumu. Kromě tohoto bylo dále provedeno kvalitativní vyhodnocení a interpretace výsledků kvantitativního výzkumu – jednalo se o opatření vytvořených tabulek a grafů patřičnými slovními komentáři.

Vyhodnocení jednotlivých odpovědí respondentů kvantitativního výzkumu dle zmiňovaného klíče na výše specifikované otázky ve speciální části dotazníku je součástí následující podkapitoly 4.4.

4.4 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu speciální části dotazníku zaměřené na problematiku poskytování PIP u základních složek IZS jsou v souladu s dílčími výzkumnými cíli interpretovány v následujícím textu.

IDENTIFIKACE STRESUJÍCÍCH A TRAUMATIZUJÍCÍCH UDÁLOSTÍ, KTERÝM JSOU HASIČI, POLICISTÉ A ZDRAVOTNÍČTÍ ZÁCHRANÁŘI VYSTAVENI PŘI VÝKONU SVÉHO POVOLÁNÍ

Otázka č. 1: „Kterou z uvedených událostí v souvislosti s výkonem svého povolání považujete za nejvíce stresující a traumatizující?“

Za nejvíce stresující a traumatizující události považují hasiči v souvislosti s výkonem svého povolání pohled na vážně zraněné či mrtvé děti (takto odpovědělo 63 hasičů – 78,75 %). Z dalších nejvíce stresujících a traumatizujících událostí hasiči v menší míře uváděli smrt kolegy či kolegyně při výkonu služby (24 hasičů – 30 %), vážné dopravní nehody se smrtelnými následky (16 hasičů – 20 %), pohled na jakákoliv vážná zranění nebo mrtvoly (6 hasičů – 7,5 %),

konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti (3 hasiči – 3,75 %), sdělování tragické události rodině (2 hasiči – 2,5 %) a výslech obětí či pozůstalých (1 hasič – 1,25 %).

Pro příslušníky PČR je nejvíce stresující a traumatizující událostí plynoucí z jejich profese smrt kolegy či kolegyně při výkonu služby (52 policistů – 56,52 %). V menší míře pak policisté uváděli následující události, které považují v rámci svého povolání za stresující a traumatizující: pohled na vážně zraněné či mrtvé děti (31 policistů – 33,7 %), použití střelné zbraně s následkem smrti (20 policistů – 21,74 %), sdělování tragické události rodině (20 policistů – 21,74 %), použití střelné zbraně jako takové (19 policistů – 20,65 %), zákroky proti agresivním skupinám (14 policistů – 15,22 %), konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti (12 policistů – 13,04 %), akce na záchranu rukojmích (10 policistů – 10,87 %), pronásledování nebezpečného pachatele (7 policistů – 7,61 %), vážné dopravní nehody se smrtelnými následky (5 policistů – 5,43 %), pohled na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly (4 policisté – 4,35 %), výslech obětí či pozůstalých (3 policisté – 3,26 %) a použití donucovacích prostředků (1 policista – 1,09 %).

Zdravotničtí záchranáři považují za nejvíce stresující a traumatizující událost v souvislosti s povoláním člena posádky ZZS pohled na vážně zraněné či mrtvé děti, což uvedlo 19 zdravotnických záchranářů (76 %). Z dalších stresujících a traumatizujících událostí zdravotničtí záchranáři jmenovali vážné dopravní nehody se smrtelnými následky (6 zdravotnických záchranářů – 24 %), konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti (4 zdravotničtí záchranáři – 16 %), pohled na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly (3 zdravotničtí záchranáři – 12 %), sdělování tragické události rodině (3 zdravotničtí záchranáři – 12 %), smrt kolegy/ně při výkonu služby (2 zdravotničtí záchranáři – 8 %) a použití donucovacích prostředků (1 zdravotnický záchranář – 4 %).

Výsledky výzkumu ukázaly, že pro příslušníky HZS ČR a členy ZZS jsou v rámci výkonu jejich povolání nejvíce stresující a traumatizující odlišné události, než pro příslušníky PČR. Pro hasiče a zdravotnické záchranáře je takovou událostí pohled na vážně zraněné či mrtvé děti, pro policisty smrt kolegy či kolegyně při výkonu služby.

Dílejší odpovědi respondentů na otázku zjišťující události, které jsou pro respondenty v souvislosti s výkonem jejich povolání nejvíce stresující a traumatizující, jsou uvedeny v tabulce 9 a graficky znázorněny v grafu 7.

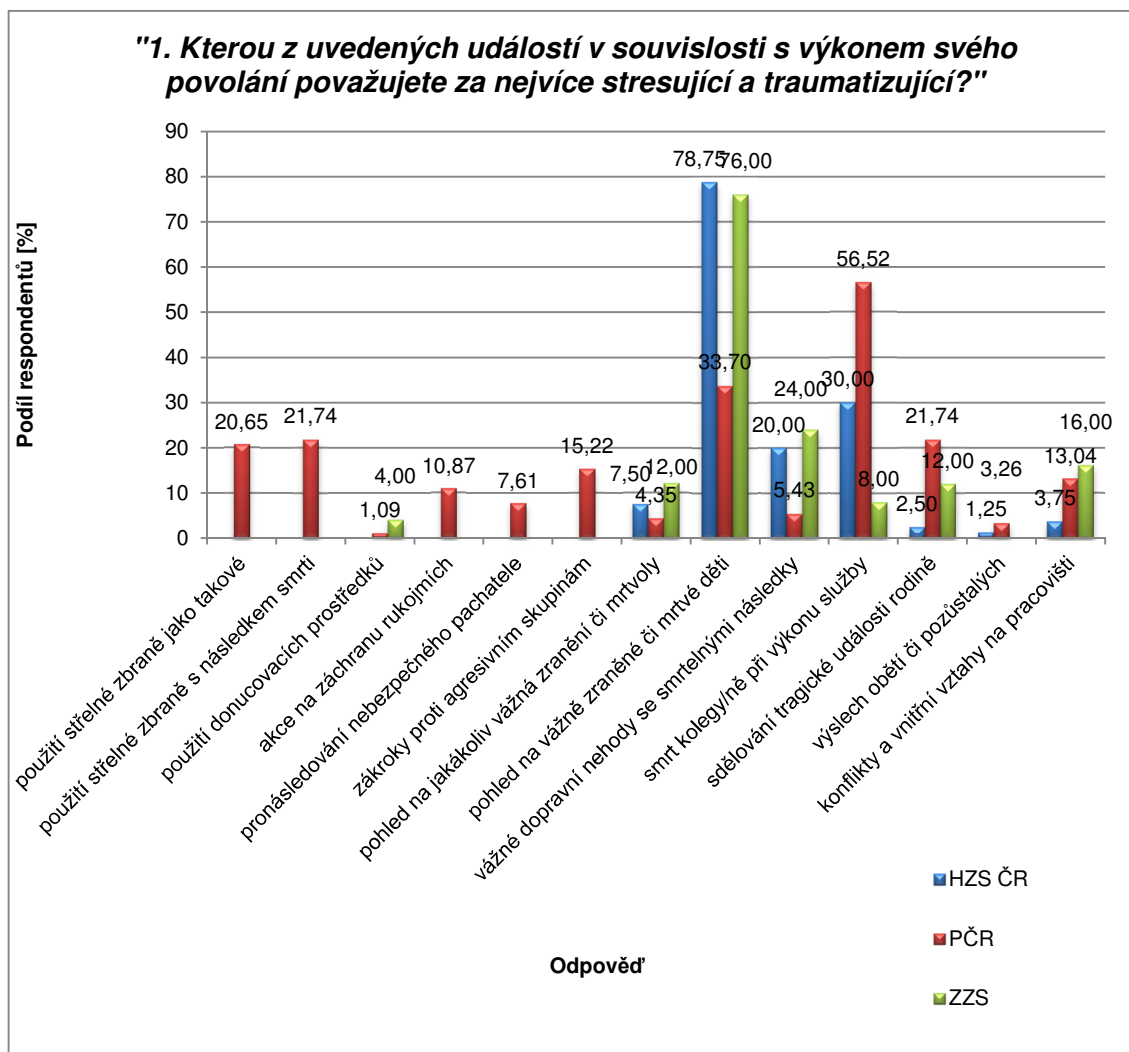
Tabulka 9: Nejvíce stresující a traumatizující události pro respondenty

1. Kterou z uvedených událostí v souvislosti s výkonem svého povolání považujete za nejvíce stresující a traumatizující?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
použití střelné zbraně jako takové	-	-	19	20,65	-	-
použití střelné zbraně s následkem smrti	-	-	20	21,74	-	-
použití donucovacích prostředků	-	-	1	1,09	1	4,00
akce na záchranu rukojmích	-	-	10	10,87	-	-
pronásledování nebezpečného pachatele	-	-	7	7,61	-	-
zákroky proti agresivním skupinám	-	-	14	15,22	-	-
pohled na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly	6	7,50	4	4,35	3	12,00
pohled na vážně zraněné či mrtvé děti	63	78,75	31	33,70	19	76,00
vážné dopravní nehody se smrtelnými následky	16	20,00	5	5,43	6	24,00
smrt kolegy/ně při výkonu služby	24	30,00	52	56,52	2	8,00
sdělování tragické události rodině	2	2,50	20	21,74	3	12,00
výslech obětí či pozůstalých	1	1,25	3	3,26	-	-
konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti	3	3,75	12	13,04	4	16,00
jiné	-	-	-	-	-	-

Zdroj¹²¹

¹²¹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Graf 7: Nejvíce stresující a traumatizující události pro respondenty



Zdroj¹²²

¹²² Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Otázka č. 2: „Setkal/a jste se při výkonu svého povolání s nějakou z uvedených událostí, která pro Vás byla velice stresující a traumatizující?“

Z celkového počtu 80 příslušníků HZS ČR (100 %), kteří se zúčastnili výzkumného šetření, se 48 hasičů (60 %) při výkonu svého povolání již setkalo s nějakou z výše uvedených stresujících a traumatizujících událostí. 32 hasičů (40 %) se s žádnou z těchto událostí ještě neseťkalo.

Své zkušenosti s některou ze zmiňovaných stresujících a traumatizujících událostí plynoucích z povolání příslušníka PČR potvrdila také větší polovina policistů (50 respondentů – 54,35 %). 42 policistů (45,65 %) se ani s jednou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí neseťkalo.

Z celkového počtu 25 zdravotnických záchranářů (100 %) se s nějakou stresující a traumatizující již setkala převážná většina z nich (konkrétně 21 zdravotnických záchranářů – 84 %). Pouze 4 zdravotničtí záchranáři se s žádnou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí při výkonu své profese neseťkali.

Z výsledků výzkumu tedy vyplývá, že se s některou ze zmiňovaných stresujících a traumatizujících událostí při výkonu svého povolání setkala většina z členů základních složek IZS.

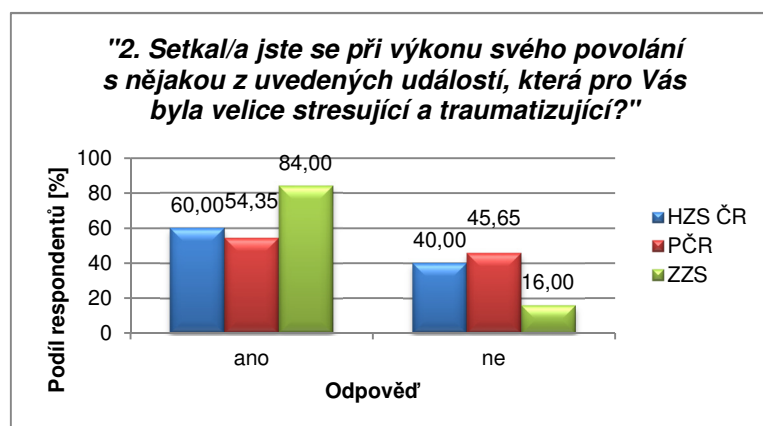
Jednotlivé odpovědi účastníků výzkumu na otázku týkající se jejich zkušenosti se stresující a traumatizující událostí při výkonu svého povolání jsou uvedeny v tabulce 10 a vyjádřeny v grafu 8.

Tabulka 10: Zkušenost respondentů se stresující a traumatizující událostí

2. Setkal/a jste se při výkonu svého povolání s nějakou z uvedených událostí, která pro Vás byla velice stresující a traumatizující?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	48	60,00	50	54,35	21	84,00
ne	32	40,00	42	45,65	4	16,00

Zdroj¹²³

Graf 8: Zkušenost respondentů se stresující a traumatizující událostí



Zdroj¹²⁴

¹²³ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹²⁴ Tamtéž.

Otázka č. 3: „O jaké stresující a traumatizující události, s níž jste se již v minulosti setkal/a, se jednalo?“

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří kladně odpověděli na předchozí dotazníkovou otázku (tj. otázku č. 2) – jen účastníci výzkumu, kteří se v minulosti při výkonu svého povolání již setkali s některou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí. Jednalo se celkem o 119 respondentů (konkrétně o 48 hasičů, 50 policistů a 21 zdravotnických záchranářů).

Z celkového počtu 48 hasičů (100 %) se větší polovina z nich (28 hasičů – 58,33 %) setkala se stresující a traumatizující událostí v podobě pohledu na vážně zraněné či mrtvé děti. Dále pak s vážnými dopravními nehodami se smrtelnými následky (14 hasičů – 29,17 %), s pohledem na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly (6 hasičů – 12,5 %), se smrtí kolegy nebo kolegyně při výkonu služby (3 hasiči – 6,25 %), s konflikty a vnitřními vztahy na pracovišti (2 hasiči – 4,17 %) a se sdělováním tragické události rodině (1 hasič – 2,08 %).

Z celkového počtu 50 příslušníků PČR (100 %) se větší polovina z nich (29 policistů – 58 %) setkala se stresující a traumatizující událostí ve formě sdělování tragické události rodině. Z dalších stresujících a traumatizujících událostí, s nimiž měli policisté účastníci se výzkumu osobní zkušenosti, lze uvést pohled na vážně zraněné či mrtvé děti (24 policistů – 48 %), zákroky proti agresivním skupinám (18 policistů – 36 %), výslech obětí či pozůstalých (14 policistů – 28 %), vážné dopravní nehody se smrtelnými následky (13 policistů – 26 %), pronásledování nebezpečného pachatele (13 policistů – 26 %), použití donucovacích prostředků (11 policistů – 22 %), pohled na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly (11 policistů – 22 %), konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti (9 policistů – 18 %), smrt kolegy/ně při výkonu služby (7 policistů – 14 %), použití střelné zbraně jako takové (4 policisté – 8 %) a akce na záchranu rukojmích (1 policista – 2 %).

Z celkového počtu 21 zdravotnických záchranářů (100 %), kteří již mají vlastní zkušenost s nějakou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí, měla převážná většina z nich osobní zkušenost s vážnými dopravními nehodami se smrtelnými následky (17 zdravotnických záchranářů – 80,95 %) a s pohledem na vážně zraněné či mrtvé děti (16 zdravotnických záchranářů – 76,19 %).

Dále měli členové ZZS vlastní zkušenosti s pohledem na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly (9 zdravotnických záchranářů – 42,86 %), s konflikty a vnitřními vztahy na pracovišti (2 zdravotničtí záchranáři – 9,52 %), s použitím donucovacích prostředků (1 zdravotnický záchranář – 4,76 %), se smrtí kolegy či kolegyně při výkonu služby (1 zdravotnický záchranář – 4,76 %) a se sdělováním tragické události rodině (1 zdravotnický záchranář – 4,76 %).

Jak vyplývá z výsledků výzkumu, s největším počtem stresujících a traumatizujících událostí se v rámci svého povolání setkávají příslušníci PČR. Pro hasiče byl nejvíce stresující a traumatizující událostí, s níž se již v minulosti při výkonu své profese setkali, pohled na vážně zraněné či mrtvé děti. U policistů se jednalo zvláště o sdělování tragické události rodině. Pro zdravotnické záchranáře jsou nejvíce stresující a traumatizující událostí, se kterou se již při plnění svých pracovních povinností setkali, vážné dopravní nehody se smrtelnými následky.

Zkušenosti respondentů s konkrétními stresujícími a traumatizujícími událostmi jsou uvedeny v tabulce 11 a graficky znázorněny v grafu 9 níže.

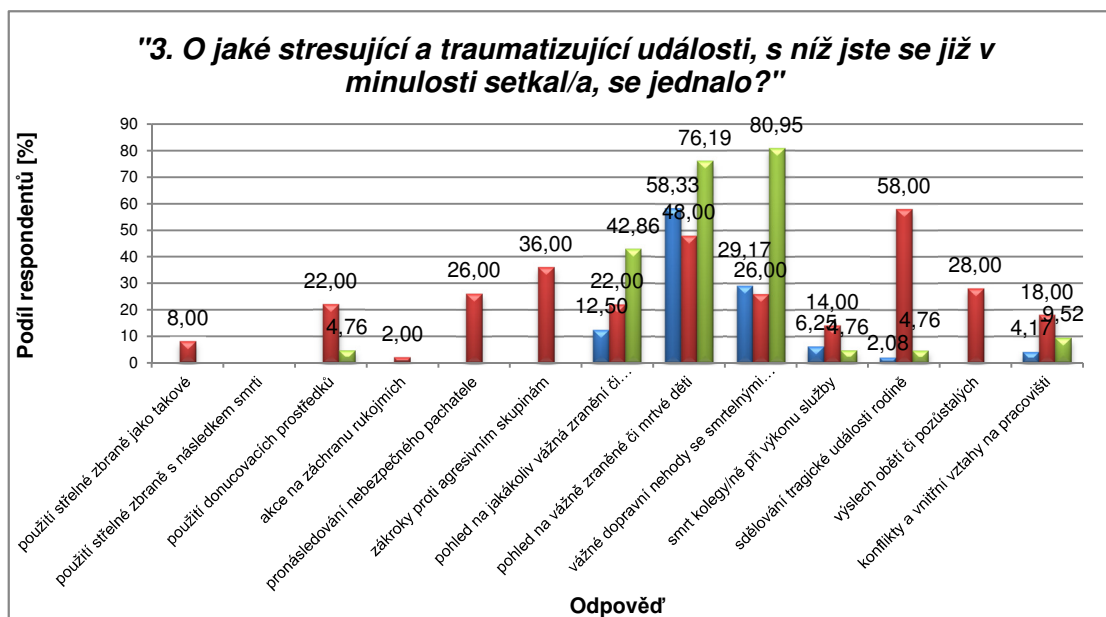
Tabulka 11: Zkušenost respondentů s konkrétní stresující a traumatizující událostí

3. O jaké stresující a traumatizující události, s níž jste se již v minulosti setkal/a, se jednalo?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
použití střelné zbraně jako takové	-	-	4	8,00	-	-
použití střelné zbraně s následkem smrti	-	-	-	-	-	-
použití donucovacích prostředků	-	-	11	22,00	1	4,76
akce na záchranu rukojmích	-	-	1	2,00	-	-
pronásledování nebezpečného pachatele	-	-	13	26,00	-	-
zákroky proti agresivním skupinám	-	-	18	36,00	-	-
pohled na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly	6	12,50	11	22,00	9	42,86
pohled na vážně zraněné či mrtvé děti	28	58,33	24	48,00	16	76,19
vážné dopravní nehody se smrtelnými následky	14	29,17	13	26,00	17	80,95
smrt kolegy/ně při výkonu služby	3	6,25	7	14,00	1	4,76
sdělování tragické události rodině	1	2,08	29	58,00	1	4,76
výslech obětí či pozůstalých	-	-	14	28,00	-	-
konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti	2	4,17	9	18,00	2	9,52
jiné	-	-	-	-	-	-

Zdroj¹²⁵

¹²⁵ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Graf 9: Zkušenost respondentů s konkrétní stresující a traumatizující událostí



Zdroj¹²⁶

¹²⁶ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Otázka č. 4: „*Jak jste se s takovou stresující a traumatizující událostí vyrovnal/a?*“

Na tuto otázku odpovídali rovněž jen účastníci výzkumného šetření, kteří se v minulosti při výkonu svého povolání již setkali s některou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí – tj. 119 respondentů (48 hasičů, 50 policistů a 21 zdravotnických záchranářů).

Většina příslušníků HZS ČR (konkrétně 34 hasičů – 70,83 %) se se stresující a traumatizující událostí vyrovnala zcela samostatně. 13 hasičů (27,09 %) využilo pomoci blízké osoby (partnera / partnerky, manžela / manželky, rodičů, kolegů, nadřízeného, přátel apod.). 1 hasič (2,08 %) využil pro překonání prožité stresující a traumatizující události pomoci člena týmu v rámci posttraumatické intervenční péče.

Z celkového počtu 50 policistů (100 %), kteří již mají vlastní zkušenost s některou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí, se 39 z nich (78 %) s takovou událostí vyrovnalo samostatně. 10 policistů (20 %) prožitou stresující a traumatizující událost překonalo s pomocí blízké osoby (partnera / partnerky, manžela / manželky, rodičů, kolegů, nadřízeného, přátel apod.). 1 policista (2 %) využil v této souvislosti pomoci člena týmu v rámci posttraumatické intervenční péče.

Samostatně se s prožitou stresující a traumatizující událostí převážně vyrovnávali i zdravotničtí záchranáři (14 členů ZZS – 66,67 %). 5 zdravotnických záchranářů (23,81 %) využilo pomoci blízké osoby (partnera / partnerky, manžela / manželky, rodičů, kolegů, nadřízeného, přátel apod.). 2 zdravotničtí záchranáři (9,52 %) využili pomoci člena týmu v rámci posttraumatické intervenční péče.

Na základě těchto údajů lze konstatovat, že se stresujícími a traumatizujícími událostmi, které členové základních složek IZS v rámci svého povolání prožívají, se hasiči, policisté i zdravotničtí záchranáři vyrovnávají svépomocí. PIP v podstatě využívají jen minimálně, stejně tak odborné pomoci ze strany psychologů, psychiatrů a dalších odborníků.

Jednotlivé odpovědi účastníků výzkumu na způsob vyrovnání se se stresujícími a traumatizujícími událostmi, s nimiž se při výkonu své profese setkávají, jsou uvedeny v tabulce 12 a v grafu 10.

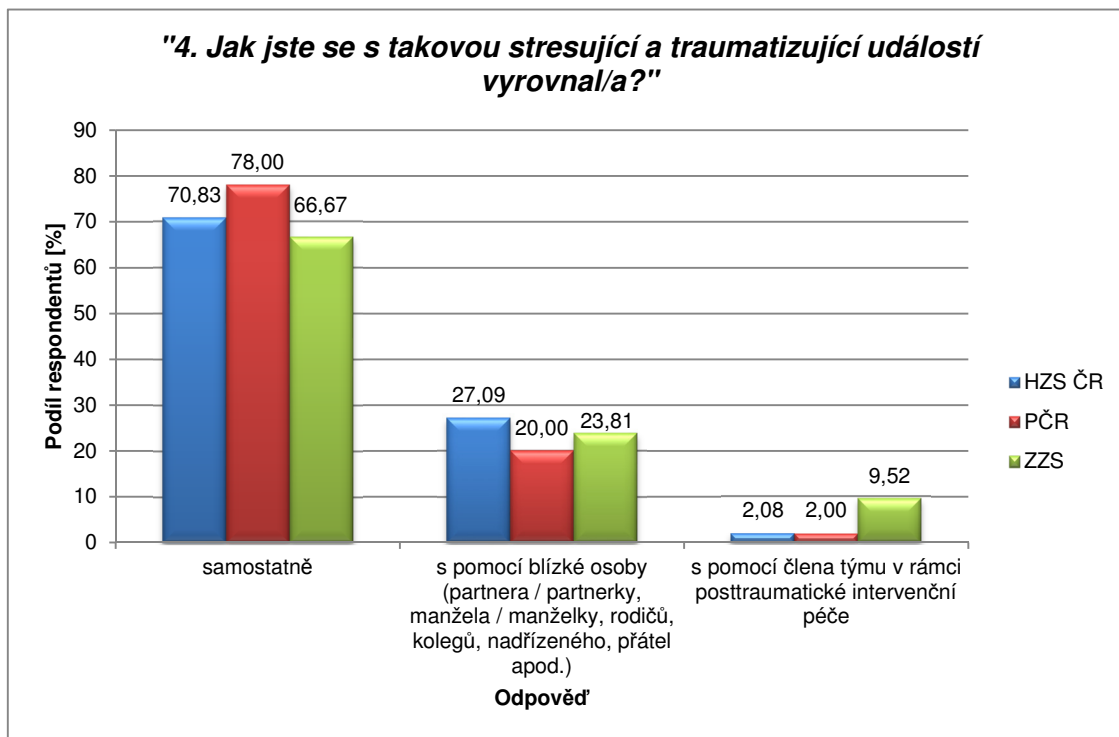
Tabulka 12: Způsob vyrovnání se se stresující a traumatizující událostí

4. Jak jste se s takovou stresující a traumatizující událostí vyrovnal/a?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
samostatně	34	70,83	39	78,00	14	66,67
s pomocí blízké osoby (partnera / partnerky, manžela / manželky, rodičů, kolegů, nadřízeného, přátel apod.)	13	27,09	10	20,00	5	23,81
s pomocí člena týmu v rámci posttraumatické intervenční péče	1	2,08	1	2,00	2	9,52
využitím odborné pomoci (psycholog, psychiatr atd.)	-	-	-	-	-	-
jinak	-	-	-	-	-	-

Zdroj¹²⁷

¹²⁷ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Graf 10: Způsob vyrovnání se se stresující a traumatizující událostí



Zdroj¹²⁸

¹²⁸ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Otázka č. 5: „Podařilo se Vám se stresující a traumatizující událostí, kterou jste zažila, vyrovnat?“

Rovněž na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se v minulosti při výkonu svého povolání již setkali s některou z uvedených stresujících a traumatizujících událostí (celkem 119 respondentů – 48 hasičů, 50 policistů a 21 zdravotnických záchranářů).

Z celkového počtu 48 hasičů (100 %) se 29 z nich (60,42 %) podařilo se stresující a traumatizující událostí zcela vyrovnat. 16 hasičů (33,33 %) se s takovou událostí spíše vyrovnalo. 3 hasiči (6,25 %) se se stresující a traumatizující událostí spíše nevyrovnali.

Zcela se vyrovnat se stresující a traumatizující událostí se podařilo rovněž většině příslušníků PČR (36 policistům – 72 %). 12 policistů (24 %) se s takovou událostí spíše vyrovnalo. 2 policisté (4 %) přiznali, že se jim se stresující a traumatizující událostí, spíše nepodařilo vyrovnat.

Z celkového počtu 21 zdravotnických záchranářů (100 %) se 14 z nich (66,67 %) podařilo se stresující a traumatizující událostí zcela vyrovnat. 5 zdravotnických záchranářů (23,81 %) se s touto událostí spíše vyrovnalo. 2 zdravotničtí záchranáři (9,52 %) se s ní naopak spíše nevyrovnali.

Z výsledků dotazníkového šetření plyne, že se hasičům, policistům a zdravotnickým záchranářům ve většině případů podařilo vyrovnat s prožitou stresující a traumatizující událostí.

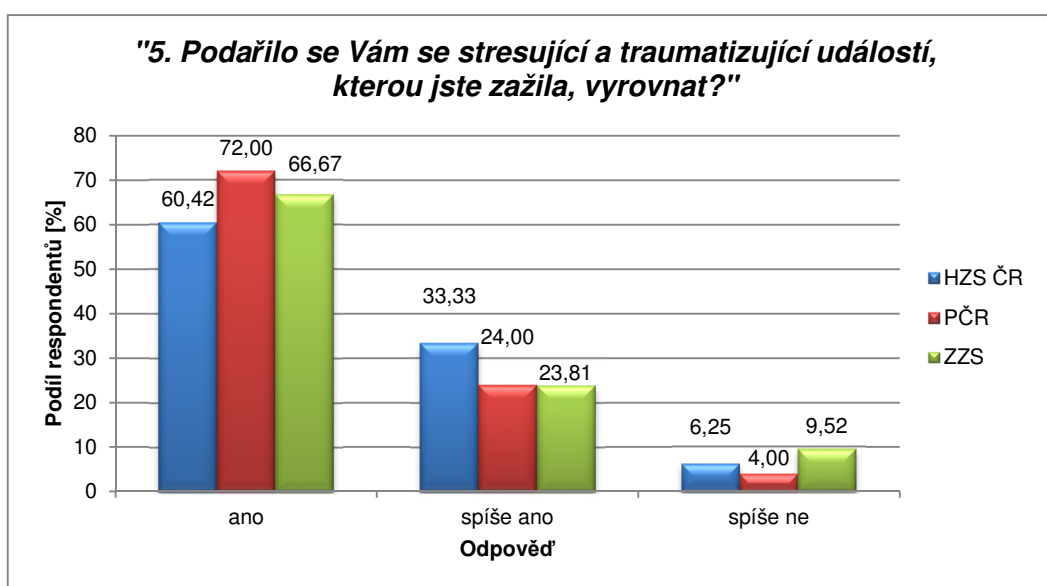
Dílní odpovědi účastníků výzkumu na vypořádání se se stresující a traumatizující událostí, s níž se již v minulosti setkali, jsou uvedeny v tabulce 13 a graficky vyjádřeny grafem 11.

Tabulka 13: Vypořádání se se stresující a traumatizující událostí

5. Podařilo se Vám se stresující a traumatizující událostí, kterou jste zažila, vyrovnat?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	29	60,42	36	72,00	14	66,67
spíše ano	16	33,33	12	24,00	5	23,81
spíše ne	3	6,25	2	4,00	2	9,52
ne	-	-	-	-	-	-

Zdroj¹²⁹

Graf 11: Vypořádání se se stresující a traumatizující událostí



Zdroj¹³⁰

¹²⁹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹³⁰ Tamtéž.

**ZJIŠTĚNÍ ZNALOSTÍ A INFORMOVANOSTI HASIČŮ, POLICISTŮ
A ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ O MOŽNOSTECH VYUŽÍVÁNÍ PIP V RÁMCI
PŘÍSLUŠNÝCH PSYCHOLOGICKÝCH SLUŽEB ZÁKLADNÍCH SLOŽEK IZS**

Otázka č. 6: „Víte co je „posttraumatická intervenční péče“?“

Z celkového počtu 80 hasičů (100 %) účastnících se výzkumu převážná většina z nich (79 hasičů – 98,75 %) ví, co je to PIP. 1 hasič (1,25 %) přiznal, že PIP nezná.

Znalost PIP potvrdili rovněž téměř všichni příslušníci PČR (tj. 89 policistů – 96,74 %), kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. 3 policisté (3,26 %) neví, co je PIP.

Z celkového počtu 25 zdravotnických záchranářů (100 %) ví 24 z nich (96 %), co znamená PIP. 1 zdravotnický záchranář (4 %) nevěděl, co PIP znamená.

Na základě uvedených skutečností je možné říci, že členové základních složek IZS vědí, co je PIP.

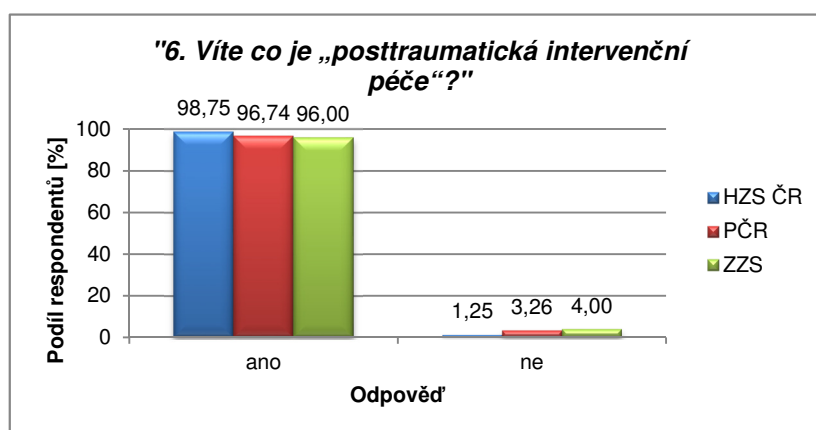
Jednotlivé odpovědi na otázku týkající se znalosti PIP ze strany respondentů jsou uvedeny v tabulce 14 a v grafu 12.

Tabulka 14: Znalost PIP

6. Víte co je „posttraumatická intervenční péče“?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	79	98,75	89	96,74	24	96,00
ne	1	1,25	3	3,26	1	4,00

Zdroj¹³¹

Graf 12: Znalost PIP



Zdroj¹³²

¹³¹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹³² Tamtéž.

Otázka č. 7: „Odkud jste se o posttraumatické intervenční péči dozvěděl/a?“

Na tuto otázku odpovídali pouze účastníci výzkumu, kteří kladně odpověděli na předchozí otázku v dotazníku (tj. otázku č. 6), tedy respondenti, kteří věděli, co je PIP (celkem 192 respondentů, a to 79 hasičů, 89 policistů a 24 zdravotnických záchranářů).

Z celkového počtu 79 hasičů (100 %) se 34 z nich (43,04 %) o PIP dozvědělo ze školení, seminářů či kurzů. 30 hasičů (37,97 %) ví o PIP od nadřízeného. 26 hasičů (32,91 %) se o PIP dozvědělo od svých kolegů. 13 hasičů (16,46 %) zná PIP z informačních letáků či brožurek. 8 hasičů (10,13 %) ví o PIP z hromadných sdělovacích prostředků (televize, rádio, tisk atd.). 6 hasičů (7,59 %) se o PIP dozvědělo ve škole.

30 policistů (33,71 %) se o PIP dozvědělo na školeních, seminářích nebo kurzech. 28 policistů (31,46 %) ví o PIP od kolegů. 26 policistů (29,21 %) zná PIP od svého nadřízeného. 11 policistů (12,36 %) se o PIP dozvědělo z informačních letáků či brožurek. 9 policistů (10,11 %) ví o PIP z hromadných sdělovacích prostředků (televize, rádio, tisk atd.). 2 policisté (2,25 %) se o PIP dozvěděli v rámci svého studia.

Polovina ze zdravotnických záchranářů (tj. 12 respondentů – 50 %), kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, ví o PIP od svého nadřízeného. 10 zdravotnických záchranářů (41,67 %) se o PIP dozvědělo ze školení, seminářů či kurzů. 9 zdravotnických záchranářů (37,5 %) ví o PIP od svých kolegů z práce. 6 zdravotnických záchranářů (25 %) se o PIP dozvědělo z informačních letáků či brožurek. 5 zdravotnických záchranářů (20,83 %) ví o PIP ze školy. 4 zdravotničtí záchranáři (16,67 %) se o PIP dozvěděli z hromadných sdělovacích prostředků (televize, rádio, tisk atd.).

Výzkum ukázal, že příslušníci HZS ČR a PČR vědí o PIP z jiných zdrojů, než zdravotničtí záchranáři. Hasiči a policisté vědí o PIP převážně ze školení, seminářů či kurzů, naproti tomu zdravotničtí záchranáři od svého nadřízeného.

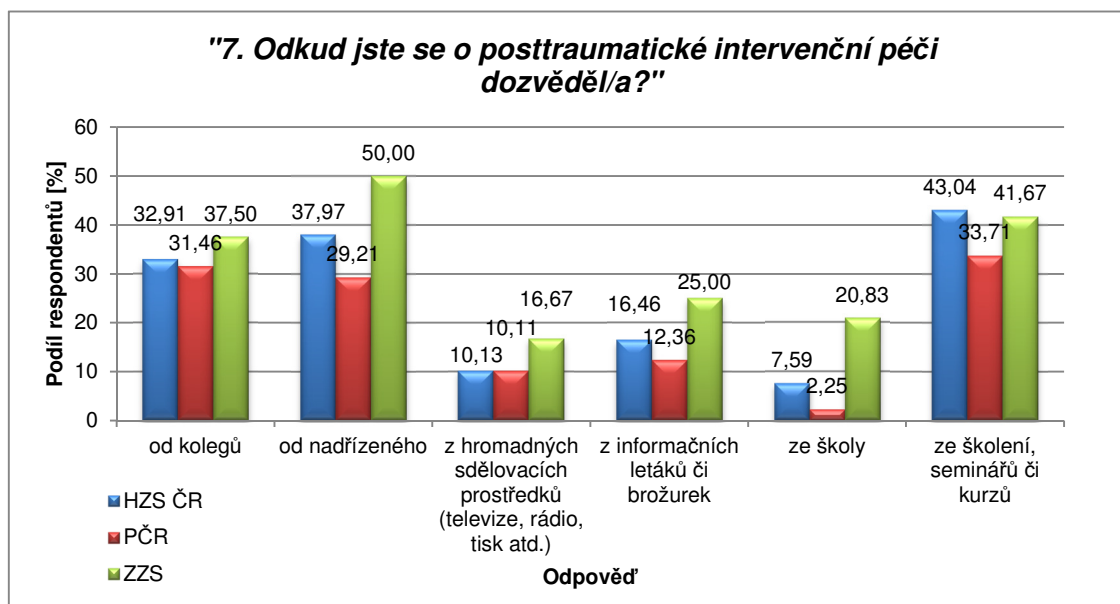
Dílní odpovědi respondentů na otázku týkající se informovanosti členů základních složek IZS o PIP jsou uvedeny v tabulce 15 a vyjádřeny grafem 13.

Tabulka 15: Informovanost respondentů o PIP

7. Odkud jste se o posttraumatické intervenční péči dozvěděl/a?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
od kolegů	26	32,91	28	31,46	9	37,50
od nadřízeného	30	37,97	26	29,21	12	50,00
z hromadných sdělovacích prostředků (televize, rádio, tisk atd.)	8	10,13	9	10,11	4	16,67
z informačních letáků či brožurek	13	16,46	11	12,36	6	25,00
ze školy	6	7,59	2	2,25	5	20,83
ze školení, seminářů či kurzů	34	43,04	30	33,71	10	41,67
z jiných zdrojů	-	-	-	-	-	-

Zdroj¹³³

Graf 13: Informovanost respondentů o PIP



Zdroj¹³⁴

¹³³ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹³⁴ Tamtéž.

Otázka č. 8: „Jste dostatečně informován/a o možnostech využívání posttraumatické intervenční péče na Vašem pracovišti?“

Z celkového počtu 80 příslušníků HZS ČR účastnících se výzkumného šetření je převážná většina z nich (76 hasičů – 95 %) dostatečným způsobem informována o možnostech využívání PIP na svém pracovišti (39 hasičů (48,75 %) odpovědělo „ano“, 37 hasičů (46,25 %) odpovědělo „spíše ano“). Nedostatečnou informovanost o PIP přiznali celkem 4 hasiči (5 %) – 3 hasiči (3,75 %) jsou spíše neinformováni o PIP, 1 hasič (1,25 %) je zcela neinformován o PIP.

Více než polovina příslušníků PČR (54 policistů – 58,7 %) je dostatečně informována o možnostech využívání PIP na pracovišti. 29 policistů (31,52 %) je spíše dostatečně informováno o možnostech využívání PIP na jejich pracovišti. 9 policistů (9,78 %) si myslí, že nejsou dostatečně informováni v této oblasti (7 policistů (7,61 %) odpovědělo „spíše ne“, 2 policisté (2,17 %) odpověděli „ne“).

12 zdravotnických záchranářů (48 %) je dostatečně informováno o možnostech využívání PIP na svém pracovišti. 9 zdravotnických záchranářů (36 %) je spíše dostatečně informováno v této problematice. 4 zdravotničtí záchranáři (16 %) přiznali svou spíše nedostatečnou informovanost o možnostech využívání PIP na svém pracovišti.

Členové základních složek IZS jsou dostatečně informováni o možnostech využívání PIP na svém pracovišti. Ve větší míře jsou však v této oblasti informováni hasiči a policisté, než zdravotničtí záchranáři.

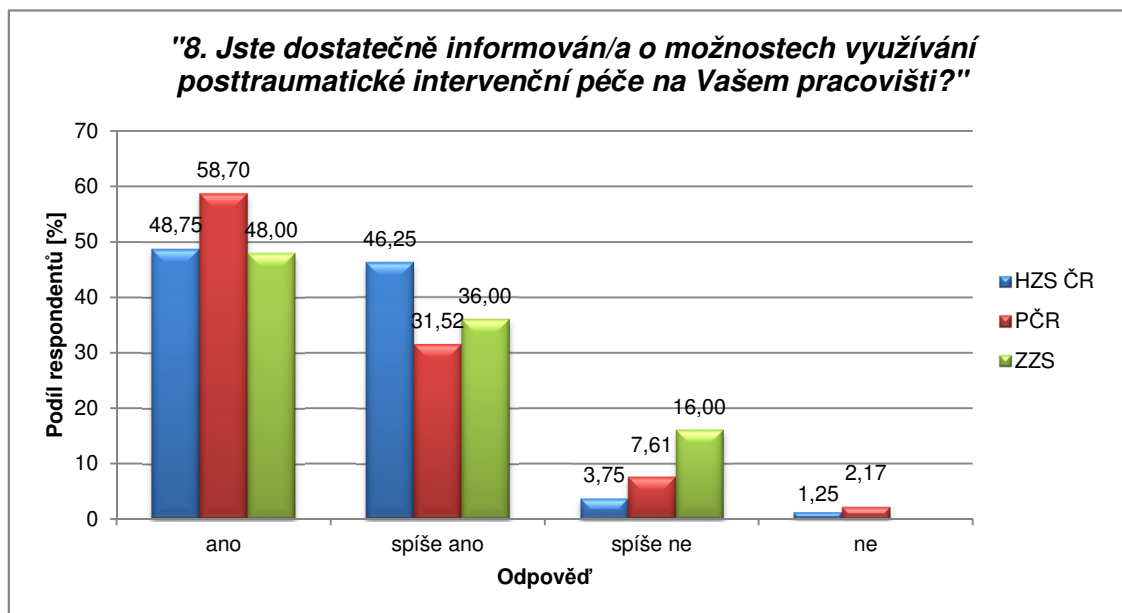
Informovanost respondentů o možnostech využívání PIP na jejich pracovišti je uvedena v tabulce 16 a v grafu 14.

Tabulka 16: Dostatečná informovanost respondentů o možnostech využívání PIP na jejich pracovišti

8. Jste dostatečně informován/a o možnostech využívání posttraumatické intervenční péče na Vašem pracovišti?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	39	48,75	54	58,70	12	48,00
spíše ano	37	46,25	29	31,52	9	36,00
spíše ne	3	3,75	7	7,61	4	16,00
ne	1	1,25	2	2,17	-	-

Zdroj¹³⁵

Graf 14: Dostatečná informovanost respondentů o možnostech využívání PIP na jejich pracovišti



Zdroj¹³⁶

¹³⁵ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹³⁶ Tamtéž.

ZJIŠTĚNÍ SKUTEČNÉHO STAVU POSKYTOVÁNÍ PIP O HASIČE, POLICISTY A ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANÁŘE

Otázka č. 9: „Máte možnost v souvislosti s výkonem svého povolání využít služeb posttraumatické intervenční péče?“

Téměř všichni příslušníci HZS ČR (75 hasičů – 93,75 %) mají v souvislosti s výkonem svého povolání možnost využít služeb PIP. 5 hasičů (6,25 %) uvedlo, že o této možnosti neví.

O možnosti využití služeb PIP v rámci výkonu svého povolání ví také převážná většina příslušníků PČR (88 policistů – 95,65 %). 4 policisté (4,35 %) o možnosti využití služeb PIP neví.

Z celkového počtu 25 zdravotnických záchranářů (100 %) účastnících se výzkumu má 20 z nich (80 %) možnost využít v souvislosti s výkonem své profese služeb PIP. 3 zdravotničtí záchranáři (12 %) neví, že těchto služeb může využít. 2 zdravotničtí záchranáři (8 %) si myslí, že této služby v rámci výkonu svého povolání nemohou využít.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že členové základních složek IZS (tedy hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři) mají v souvislosti s výkonem svého povolání možnost využít služeb PIP.

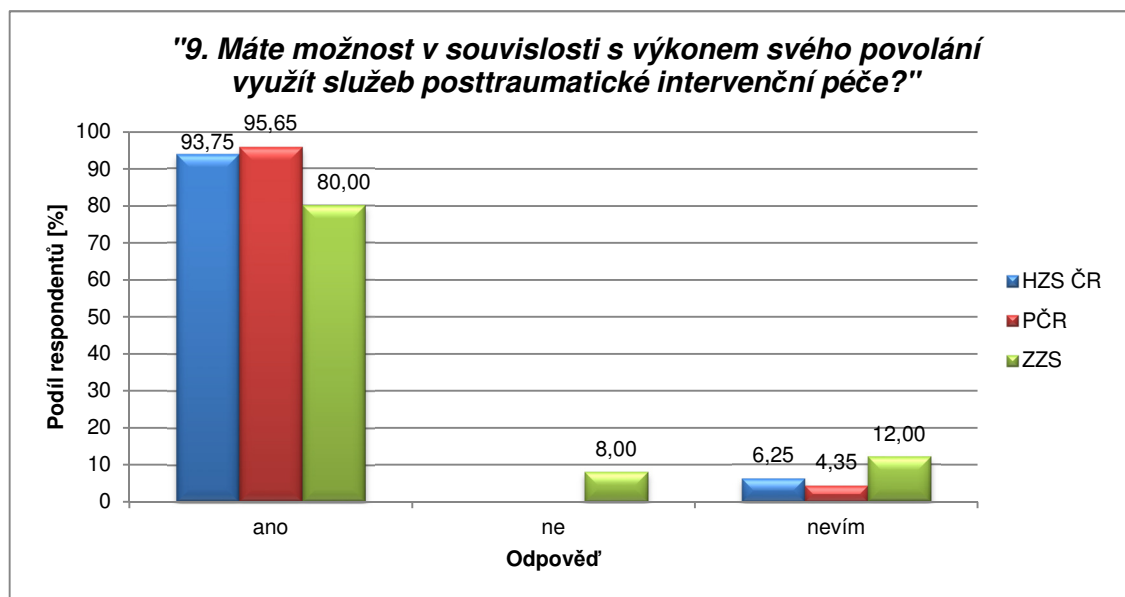
Díličí odpovědi respondentů na otázku týkající se možnosti využití služeb PIP v rámci výkonu jejich profese jsou uvedeny v tabulce 17 a graficky znázorněny v grafu 15.

Tabulka 17: Možnost využití služeb PIP v rámci výkonu povolání

9. Máte možnost v souvislosti s výkonem svého povolání využít služeb posttraumatické intervenční péče?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	75	93,75	88	95,65	20	80,00
ne	-	-	-	-	2	8,00
nevím	5	6,25	4	4,35	3	12,00

Zdroj¹³⁷

Graf 15: Možnost využití služeb PIP v rámci výkonu povolání



Zdroj¹³⁸

¹³⁷ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹³⁸ Tamtéž.

Otázka č. 10: „Myslíte si, že je na Vašem pracovišti ze strany zaměstnavatele posttraumatická intervenční péče zajištěna dostatečným způsobem?“

Celkového počtu 80 hasičů (100 %) si 46 z nich (57,5 %) myslí, že PIP je na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatele zajištěna spíše dostatečně. 24 hasičů (30 %) je přesvědčeno o dostatečném zajištění PIP na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatele. 9 hasičů (11,25 %) neví, zda je tato oblast na jejich pracovišti zajištěna dostatečným způsobem. 1 hasič (1,25 %) se domnívá, že je PIP na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatele zajištěna spíše nedostatečně.

Více než polovina policistů (47 respondentů – 51,09 %) si myslí, že je PIP na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatele zajištěna dostatečným způsobem. 36 policistů (39,13 %) se domnívá, že je tato oblast zajištěna spíše dostatečně. 7 policistů (7,61 %) neví, zda je PIP na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatele zajištěna dostatečným způsobem. 2 policisté (2,17 %) si myslí, že je tato problematika na jejich pracovišti zabezpečena spíše nedostatečně.

Z celkového počtu 25 zdravotnických záchranářů (100 %) se 10 z nich (40 %) domnívá, že je PIP na jejich pracovišti zajištěna ze strany zaměstnavatele spíše dostatečně. 7 zdravotnických záchranářů (28 %) je přesvědčeno o dostatečném zajištění PIP na svém pracovišti ze strany zaměstnavatele. 5 zdravotnických záchranářů (20 %) neví, zda je tato oblast zajištěna dostatečným nebo nedostatečným způsobem. 3 zdravotničtí záchranáři (12 %) si myslí, že je PIP na jejich pracovišti zaměstnavatelem zajištěna spíše nedostatečně.

Na základě těchto skutečností lze konstatovat, že hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři mají za to, že je PIP na jejich pracovištích ze strany zaměstnavatelů zajištěna dostatečným způsobem.

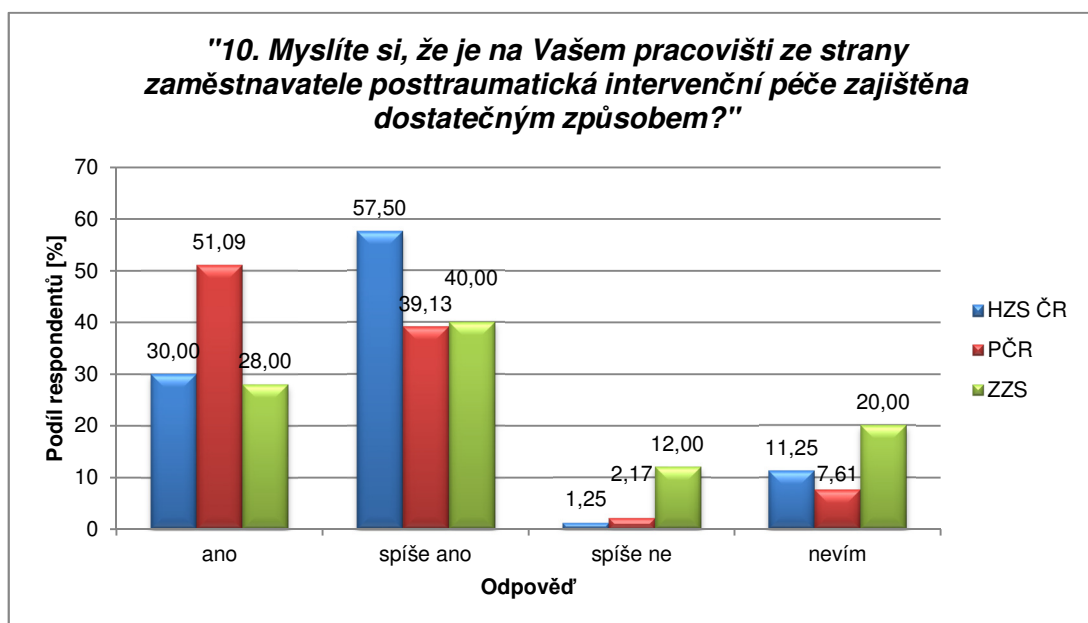
Jednotlivé odpovědi členů základních složek IZS vztahující se k jejich názoru na dostatečnost zajištění PIP na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatele je uvedena v tabulce 18 a v grafu 16.

Tabulka 18: Názor respondentů na dostatečný způsob zajištění PIP ze strany zaměstnavatele

10. Myslíte si, že je na Vašem pracovišti ze strany zaměstnavatele posttraumatická intervenční péče zajištěna dostatečným způsobem?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	24	30,00	47	51,09	7	28,00
spíše ano	46	57,50	36	39,13	10	40,00
spíše ne	1	1,25	2	2,17	3	12,00
ne	-	-	-	-	-	-
nevím	9	11,25	7	7,61	5	20,00

Zdroj¹³⁹

Graf 16: Názor respondentů na dostatečný způsob zajištění PIP ze strany zaměstnavatele



Zdroj¹⁴⁰

¹³⁹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹⁴⁰ Tamtéž.

Otázka č. 11: „Využil/a jste již v minulosti posttraumatické intervenční péče?“

Z celkového počtu 80 příslušníků HZS ČR (100 %) 79 hasičů (98,75 %) PIP ještě v minulosti nikdy nevyužilo. Těto služby dříve využil pouze 1 hasič (1,25 %).

Téměř všichni příslušníci PČR (91 policistů – 98,91 %), kromě jednoho (1,09 %), v minulosti PIP nevyužili. PIP nevyužila ani většina zdravotnických záchranářů (23 respondentů – 92 %). 2 zdravotničtí záchranáři (8 %) této služby již v minulosti využilo. Z výsledků výzkumu vyplývá, že členové základních složek IZS ještě v minulosti PIP nevyužili.

Dílicí odpovědi respondentů na otázku týkající se využití PIP jsou uvedeny v tabulce 19 a graficky znázorněny grafem 17.

Tabulka 19: Využití PIP ze strany respondentů

11. Využil/a jste již v minulosti posttraumatické intervenční péče?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	1	1,25	1	1,09	2	8,00
ne	79	98,75	91	98,91	23	92,00

Zdroj¹⁴¹

Graf 17: Využití PIP ze strany respondentů



Zdroj¹⁴²

¹⁴¹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹⁴² Tamtéž.

Otázka č. 12: „Byl/ a jste s poskytnutou posttraumatickou intervenční péčí spokojen/a?“

Na tuto otázku odpovídali pouze účastníci výzkumu, kteří vyjádřili svou kladnou odpověď na předchozí otázku (tedy otázku č. 11). Jednalo o se respondenty, kteří již v minulosti využili PIP. Této služby dříve využili 4 účastníci výzkumu – 1 hasič, 1 policista a 2 zdravotničtí záchranáři.

Hasič, který v minulosti PIP již využil, byl s touto poskytnutou službou spíše spokojen.

Svou spíše spokojenost s poskytnutou PIP vyjádřil také policista, který jí dříve využil.

1 zdravotnický záchranář (50 %) uvedl, že byl s poskytnutou PIP zcela spokojen.

1 zdravotnický záchranář (50 %) byl s touto službou spíše spokojen.

Členové základních složek IZS, kteří v minulosti využili PIP, byli s poskytnutím této služby spokojeni.

Spokojenost respondentů s poskytnutou PIP je uvedena v tabulce 20 a v grafu 18.

Tabulka 20: Spokojenost respondentů s poskytnutou PIP

12. Byl/ a jste s poskytnutou posttraumatickou intervenční péčí spokojen/a?	HZS ČR		PČR		ZZS	
	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]	Počet resp.	Podíl resp. [%]
ano	-	-	-	-	1	50,00
spíše ano	1	100,00	1	100,00	1	50,00
spíše ne	-	-	-	-	-	-
ne	-	-	-	-	-	-

Zdroj¹⁴³

Graf 18: Spokojenost respondentů s poskytnutou PIP



Zdroj¹⁴⁴

¹⁴³ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

¹⁴⁴ Tamtéž.

NÁVRHY A DOPORUČENÍ PRO ZLEPŠENÍ A ZEFEKTIVNĚNÍ PIP U ZÁKLADNÍCH SLOŽEK IZS

Otázka č. 13: „Co byste navrh/a pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u složky Integrovaného záchranného systému, v níž pracujete?“

Vzhledem k variabilitě odpovědí respondentů na tuto otázku jsou tyto odpovědi vyhodnoceny pro každou základní složku IZS zvlášť.

HZS

23 hasičů (28,75 %) v dotazníku uvedlo, že současné poskytování PIP je neefektivní, neboť odborníci z týmu PIP bývají zároveň psychology, kteří u stejné organizace posuzují osobnostní způsobilost k výkonu služby. 21 hasičů (26,25 %) přiznalo, že nemají z PIP žádné zkušenosti, tudíž nemohou navrhnout žádné doporučení pro zlepšení. 18 hasičů (22,5 %) pro zlepšení a zefektivnění PIP navrhovalo celkové zvýšení informovanosti o této službě. 14 hasičů (17,5 %) si myslí, že poskytování PIP je na dobré úrovni, proto není potřeba nic zlepšovat. 9 hasičů (11,25 %) pro zlepšení a zefektivnění PIP navrhovalo větší počet kurzů, seminářů a školení o této službě. 6 hasičů (7,5 %) navrhlo, že by PIP měl poskytovat větší počet kvalifikovanějších pracovníků. 5 hasičů (6,25 %) neví, co by doporučili pro zlepšení a zefektivnění PIP u HZS ČR. 4 hasiči (5 %) se domnívají, že by měl být v rámci PIP větší počet interventů na směnu. 3 hasiči (3,75 %) by uvítali častější přítomnost interventů ve svých řadách. 2 hasiči (2,5 %) byli pro častější kontakty s výjezdem. Stejný počet hasičů v této souvislosti nenavrhoval vůbec nic. 1 hasič (1,25 %) uvedl, že jejich pracovní psycholog je kvalitní. 1 hasič (1,25 %) navrhoval zlepšení propagace PIP. 1 hasič (1,25 %) se přikláněl ke zlepšení znalostí z oblasti krizové komunikace. 1 hasič (1,25 %) by změnil nastavení systému morálky a profesionality. 1 hasič (1,25 %) navrhoval znovuzavedení zohlednění řešení situací s možností vzniku traumat v rámci výkonu služby a možností následků na psychiku zasahujících, nikoliv pouze řešení nezvládnutých situací a jejich následků.

Jednotlivé návrhy a doporučení ke zlepšení a zefektivnění PIP příslušníků HZS ČR jsou uvedeny v tabulce 21 a v grafu 19.

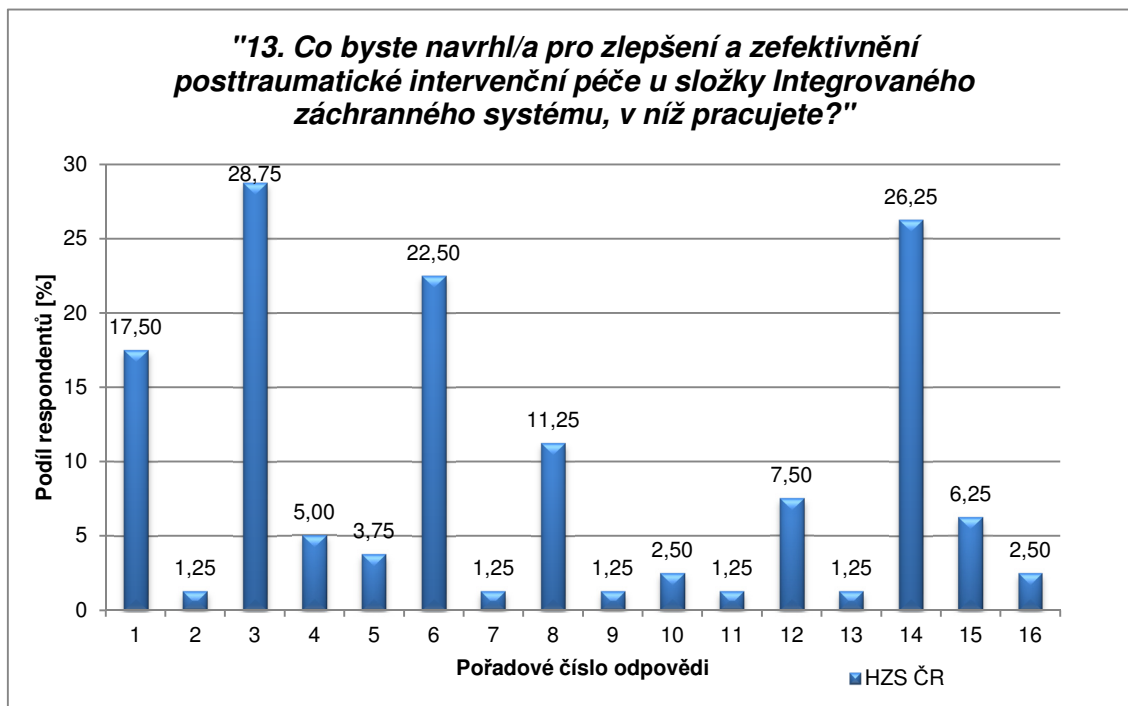
Tabulka 21: Návrhy a doporučení hasičů

Pořadové číslo odpovědi	13. Co byste navrh/a pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u složky Integrovaného záchranného systému, v níž pracujete?	HZS ČR	
		Počet resp.	Podíl resp. [%]
1	dobrá úroveň PIP, netřeba nic zlepšovat	14	17,50
2	pracovní psycholog je kvalitní	1	1,25
3	neefektivita PIP, neboť odborníci z týmu PIP bývají zároveň psychology, kteří u stejné organizace posuzují osobnostní způsobilost k výkonu služby	23	28,75
4	větší počet interventů na směnu	4	5,00
5	častější přítomnost interventů mezi námi	3	3,75
6	celkové zvýšení informovanosti o PIP	18	22,50
7	zlepšení propagace PIP	1	1,25
8	větší počet kurzů, seminářů a školení v rámci PIP	9	11,25
9	zlepšení znalostí z oblasti krizové komunikace	1	1,25
10	častější kontakty s výjezdem	2	2,50
11	změna nastavení systému morálky a profesionality	1	1,25
12	větší počet kvalifikovanějších pracovníků poskytujících PIP	6	7,50
13	znovuzavedení zohlednění řešení situací s možností vzniku traumat v rámci výkonu služby a možností následků na psychiku zasahujících, nikoliv pouze řešení nevládnutých situací a jejich následků	1	1,25
14	bez zkušenosti s PIP, nelze navrhnout doporučení pro zlepšení	21	26,25
15	nevím	5	6,25
16	nic	2	2,50

Zdroj¹⁴⁵

¹⁴⁵ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Graf 19: Návrhy a doporučení hasičů



Zdroj¹⁴⁶

¹⁴⁶ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

PČR

34 policistů (36,96 %) pro zlepšení a zefektivnění PIP navrhovalo, aby byla tato služba vykonávána ze strany profesionálů, nikoliv jen proškolenými kolegy. 29 policistů (31,52 %) uvedlo, že s PIP nemají žádné zkušenosti. Z tohoto důvodu žádné návrhy a doporučení pro zlepšení a zefektivnění této služby neuvedli. 16 policistů (17,39 %) doporučilo, aby byla PIP poskytována osobou, která není přímo z řad jejich kolegů (např. z jiné stanice). 10 policistů (10,87 %) pro zlepšení a zefektivnění PIP navrhovalo celkové zvýšení informovanosti o této službě. 8 policistů (8,7 %) neví, co by pro zlepšení a zefektivnění PIP navrhli. 7 policistů (7,61 %) by v rámci PIP bylo pro proškolení většího počtu vhodných osob, které by tuto službu poskytovali. 6 policistů (6,52 %) si myslí, že je PIP dostatečná, a že není potřeba nic zlepšovat. 5 policistů (5,43 %) uvedlo, že by v této souvislosti nic nenavrhli. 3 policisté (3,26 %) by byli pro zvážení vhodnosti výběru osob pro poskytování PIP, některým nelze se svěřit. 2 policisté (2,17 %) navrhovali zlepšení propagace PIP. 2 policisté (2,17 %) doporučili využívání prezentací o PIP na poradách. 2 policisté (2,17 %) by byli pro osobní setkávání s pracovníky poskytujícími PIP. 1 policista (1,09 %) se domnívá, že systém PIP je poměrně sofistikovaný. 1 policista (1,09 %) v souvislosti s návrhy ke zlepšení a zefektivnění PIP uvedl, že by jim měly být poskytovány elektronické informace o možnostech této služby. 1 policista (1,09 %) by separoval PIP od vlivu zaměstnavatele. 1 policista (1,09 %) byl pro odstavení samozvaných ambiciózních kariéristů a agitátorů. 1 policista (1,09 %) uvedl omezení byrokracie. 1 policista (1,09 %) by uvítal více možností hovořit o poskytování PIP v zaměstnání.

Dílní návrhy a doporučení ke zlepšení a zefektivnění PIP příslušníků PČR jsou uvedeny v tabulce 22 a v grafu 20.

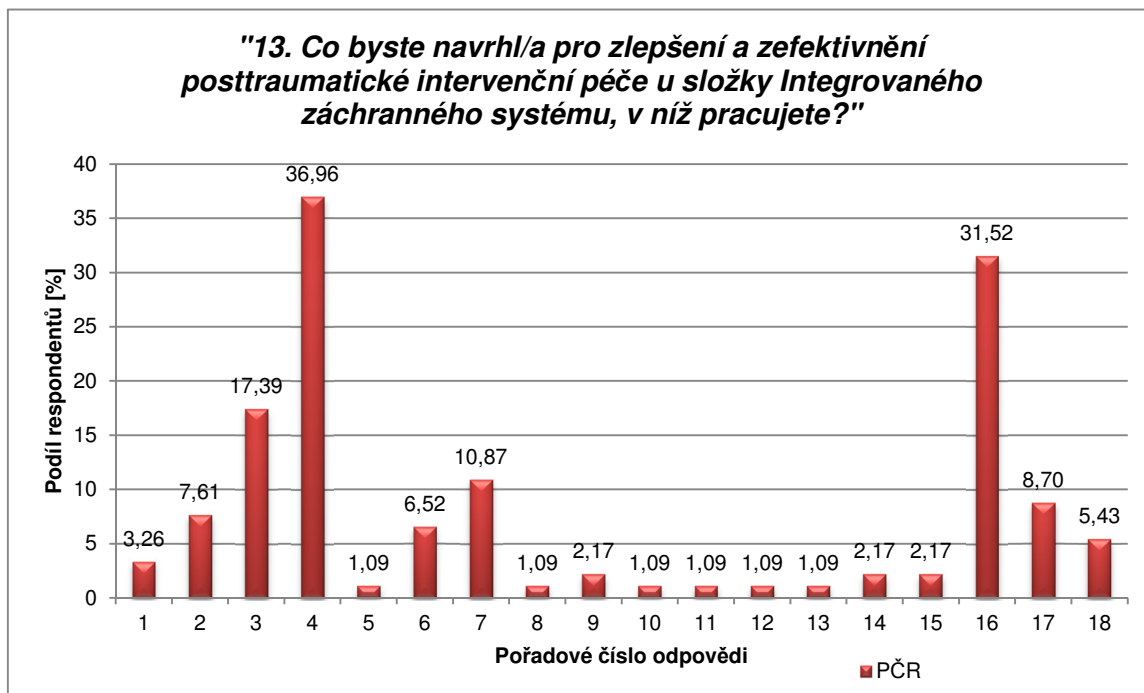
Tabulka 22: Návrhy a doporučení policistů

Pořadové číslo odpovědi	13. Co byste navrhl/a pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u složky Integrovaného záchranného systému, v níž pracujete?	PČR	
		Počet resp.	Podíl resp. [%]
1	zvážení vhodnosti výběru osob pro poskytování PIP, některým nelze se svěřit	3	3,26
2	proškolení většího počtu vhodných osob pro účely poskytování PIP	7	7,61
3	poskytování PIP osobou, která není přímo z řad našich kolegů (např. z jiné stanice)	16	17,39
4	vykonávání PIP ze strany profesionálů, nikoliv jen proškolenými kolegy	34	36,96
5	systém PIP je poměrně sofistikovaný	1	1,09
6	PIP je dostatečná, není potřeba nic zlepšovat	6	6,52
7	celkové zvýšení informovanosti o PIP	10	10,87
8	poskytování elektronických informací o možnostech PIP	1	1,09
9	zlepšení propagace PIP	2	2,17
10	oddělení PIP od vlivu zaměstnavatele	1	1,09
11	odstavení samozvaných ambiciózních kariéristů a agitátorů	1	1,09
12	omezení byrokracie	1	1,09
13	více možností hovořit o poskytování PIP v zaměstnání	1	1,09
14	využívání prezentací o PIP na poradách	2	2,17
15	osobní setkávání s pracovníky poskytujícími PIP	2	2,17
16	bez zkušenosti s PIP, nelze navrhnout doporučení pro zlepšení	29	31,52
17	nevím	8	8,70
18	nic	5	5,43

Zdroj¹⁴⁷

¹⁴⁷ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Graf 20: Návrhy a doporučení policistů



Zdroj¹⁴⁸

¹⁴⁸ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

ZZS

9 zdravotnických záchranářů (36 %) by v rámci návrhů a doporučení ke zlepšení a zefektivnění PIP bylo pro zlepšení dostupnosti této služby. 8 zdravotnických záchranářů (32 %) žádné návrhy v dotazníku nevedlo, protože s touto službou neměli zkušenosti. 7 zdravotnických záchranářů (28 %) navrhovalo v této souvislosti zvýšení dosažitelnosti interventů na místo události nebo na výjezdové stanoviště (včetně vzdálených oblastí od centra). 6 zdravotnických záchranářů (24 %) neví, co by pro zlepšení a zefektivnění PIP navrhli. 5 zdravotnických záchranářů (20 %) uvedlo, že je PIP dostatečná, a tudíž není potřeba nic zlepšovat. Stejný počet zdravotnických záchranářů nevedl vůbec žádné návrhy a doporučení. 4 zdravotničtí záchranáři (16 %) by byli pro větší počet kurzů, seminářů a školení v rámci PIP. 3 zdravotničtí záchranáři (12 %) navrhovali zvýšení informovanosti o PIP u široké veřejnosti. 2 zdravotničtí záchranáři (8 %) doporučili vykonávání PIP ze strany profesionálů (mimo okruh ZZS). 1 zdravotnický záchranář (4 %) uvedl, že by psychologové poskytující PIP měli mít vlastní vozidla. 1 zdravotnický záchranář (4 %) navrhoval zvýšení důvěryhodnosti pracovníků psychologické služby. 1 zdravotnický záchranář (4 %) zastává názor, že by intervencí zaměstnancům měl poskytovat PEER. 1 zdravotnický záchranář (4 %) doporučil větší počet PEER poskytujících PIP. 1 zdravotnický záchranář (4 %) by pro to, aby PIP nebyla poskytována ze strany PEER působícím na stejné základně. 1 zdravotnický záchranář (4 %) navrhoval automatické nabízení možnosti využití služeb PEER a doporučení příslušných kontaktů zaměstnancům po psychicky náročných výjezdech ze strany nadřízených.

Jednotlivé návrhy a doporučení ke zlepšení a zefektivnění PIP příslušníků ZZS jsou uvedeny v tabulce 23 a v grafu 21.

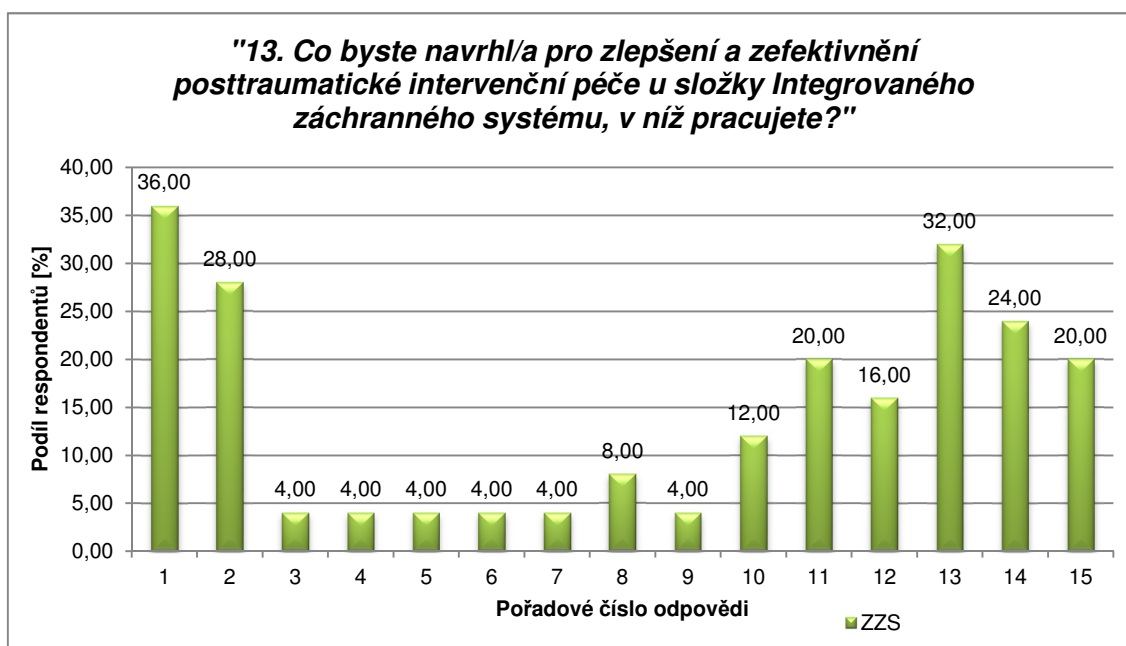
Tabulka 23: Návrhy a doporučení zdravotnických záchranářů

Pořadové číslo odpovědi	13. Co byste navrh/a pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u složky Integrovaného záchranného systému, v níž pracujete?	ZZS	
		Počet resp.	Podíl resp. [%]
1	zlepšení dostupnosti PIP	9	36,00
2	zvýšení dosažitelnosti interventů na místo události nebo na výjezdové stanoviště, včetně vzdálených oblastí od centra	7	28,00
3	psychologové poskytující PIP by měli mít vlastní vozidla	1	4,00
4	zvýšení důvěryhodnosti pracovníků psychologické služby	1	4,00
5	intervenci zaměstnancům by měl poskytovat PEER	1	4,00
6	větší počet PEER poskytujících PIP	1	4,00
7	neposkytování PIP ze strany PEER působícím na stejné základně	1	4,00
8	vykonávání PIP ze strany profesionálů, mimo okruh ZZS	2	8,00
9	automatické nabízení možnosti využití služeb PEER a doporučení příslušných kontaktů zaměstnancům po psychicky náročných výjezdech ze strany nadřízených	1	4,00
10	zvýšení informovanosti o PIP u široké veřejnosti	3	12,00
11	PIP je dostatečná, není potřeba nic zlepšovat	5	20,00
12	větší počet kurzů, seminářů a školení v rámci PIP	4	16,00
13	bez zkušenosti s PIP, nelze navrhnout doporučení pro zlepšení	8	32,00
14	nevím	6	24,00
15	nic	5	20,00

Zdroj¹⁴⁹

¹⁴⁹ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

Graf 21: Návrhy a doporučení zdravotnických záchranářů



Zdroj¹⁵⁰

¹⁵⁰ Autor práce, 2016 (vlastní šetření).

4.5 Ověření výzkumných hypotéz

V souladu s hlavním cílem výzkumu a jeho dílčími cíli (viz podkapitola 4.1 výše) byly stanoveny celkem 4 výzkumné hypotézy (viz podkapitola 4.2 výše). Verifikace neboli ověření předem stanovených hypotéz výzkumu vychází ze zjištěných výsledků z provedeného kvantitativního výzkumu v podobě dotazníkového šetření interpretovaných v předchozí podkapitole 4.4 výše. Pro rozhodnutí o přijetí či naopak nepřijetí stanovených výzkumných hypotéz jsou brána v úvahu zvláště relativní počty (četnosti) neboli procentuální vyjádření odpovědí účastníků výzkumu na příslušné otázky v dotazníku vztahující se k jednotlivým výzkumným hypotézám. Kritériem pro nepřijetí výzkumné hypotézy je rozsah relativní četnosti 0 až 49,99 %. Naproti tomu kritériem pro přijetí hypotézy výzkumu je rozsah relativní četnosti od 50 do 100 %.

VÝZKUMNÁ HYPOTÉZA Č. 1

„Lze předpokládat, že vzhledem k rozličným náplním jednotlivých povolání základních složek IZS jsou pro hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře nejvíce stresující a traumatizující odlišné události, s nimiž se ve své praxi setkávají.“

K výzkumné hypotéze č. 1 se vztahovala otázka č. 1 v dotazníku, jejímž úkolem bylo zjištění událostí, které příslušníci základních složek IZS v rámci výkonu svého povolání považují za nejvíce stresující a traumatizující. Pro ověření této výzkumné hypotézy lze vycházet z údajů uvedených v tabulce 9 a v grafu 7 výše. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že pro příslušníky HZS ČR a ZZS jsou v rámci výkonu jejich povolání nejvíce stresující a traumatizující odlišné události, než pro příslušníky PČR. Pro hasiče (63 hasičů – 78,75 %) a zdravotnické záchranáře (19 zdravotnických záchranářů – 76 %) je takovou událostí pohled na vážně zraněné či mrtvé děti, pro policisty (52 policistů – 56,52 %) smrt kolegy či kolegyně při výkonu služby. Na základě tohoto zjištění **lze výzkumnou hypotézu č. 1 přijmout pouze částečně**. Důvodem částečného přijetí této hypotézy výzkumu je, že jejím předpokladem bylo zcela rozličné vnímání stresujících a traumatizujících událostí pro hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře. Kdežto z výsledků výzkumu vzestala odlišnost v percepci takových událostí pouze u policistů. Pro hasiče a zdravotnické záchranáře je nejvíce stresující a traumatizující stejná událost, a to v podobě pohledu na vážně zraněné či mrtvé děti.

VÝZKUMNÁ HYPOTÉZA Č. 2

„Lze předpokládat, že příslušníci základních složek IZS ví, co je PIP, a jsou dostatečným způsobem informováni o možnostech využití této péče.“

K výzkumné hypotéze č. 2 se vztahovaly celkem 2 otázky v dotazníku. Jednalo se o otázku č. 6 a 8. Úkolem otázky č. 6 bylo zjištění, zda příslušníci HZS ČR, PČR a ZZS vědí, co je PIP. Otázka č. 8 zjišťovala, zda jsou hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři dostatečně informováni o možnostech využívání PIP na svém pracovišti. Ověření výzkumné hypotézy č. 2 tak lze rozdělit na dvě části. Pro ověření první části této hypotézy výzkumu je možné vycházet z údajů uvedených v tabulce 14 a v grafu 12 výše. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že členové základních složek IZS vědí, co je PIP (79 hasičů (98,75 %), 89 policistů (96,74 %) a 24 zdravotnických záchranářů (96 %)). Z tohoto důvodu lze první část výzkumné hypotézy č. 2 přijmout. Pro ověření druhé části této hypotézy výzkumu je možné vycházet z údajů uvedených v tabulce 16 a v grafu 14 výše. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že příslušníci základních složek IZS (76 hasičů (95 %), 83 policistů (90,22 %) a 21 zdravotnických záchranářů (84 %)) jsou dostatečně informováni o možnostech využívání PIP na svém pracovišti. Z tohoto důvodu lze druhou část výzkumné hypotézy č. 2 přijmout. **Výzkumnou hypotézu č. 2 je možné tedy přijmout**, neboť příslušníci základních složek IZS vědí, co je PIP, a jsou dostatečným způsobem informováni o možnostech využití této péče na svém pracovišti.

VÝZKUMNÁ HYPOTÉZA Č. 3

„Lze předpokládat, že PIP je u základních složek IZS ze strany zaměstnavatele zajištěna dostatečným způsobem.“

K výzkumné hypotéze č. 3 se vztahovala otázka č. 10 v dotazníku. Jejím úkolem bylo zjištění, zda je PIP u základních složek IZS ze strany zaměstnavatele zajištěna dostatečným způsobem. Pro ověření této hypotézy výzkumu je možné vycházet z údajů uvedených v tabulce 18 a v grafu 16 výše. Z výsledků výzkumu ukázaly, že příslušníci HZS ČR (70 hasičů (87,5 %), PČR (83 policistů (90,22 %) a ZZS (17 zdravotnických záchranářů (68 %) si myslí, že je PIP na jejich pracovišti ze strany zaměstnavatelů zajištěna dostatečným způsobem. Na základě těchto skutečností **lze výzkumnou hypotézu č. 3 přijmout**.

VÝZKUMNÁ HYPOTÉZA Č. 4

„Lze předpokládat, že většina příslušníků HZS ČR, PČR a ZZS ještě nikdy v minulosti PIP nevyužila.“

K výzkumné hypotéze č. 4 se vztahovala otázka č. 11, jejímž cílem bylo zjištění, zda hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři již v minulosti využili PIP. Pro ověření této hypotézy výzkumu je možné vycházet z údajů uvedených v tabulce 19 a v grafu 17 výše. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že převážná většina příslušníků základních složek IZS (79 hasičů (98,75 %), 91 policistů (98,91 %) a 23 zdravotnických záchranářů (92 %)) ještě v minulosti PIP nevyužila. Na základě těchto údajů **lze výzkumnou hypotézu č. 4 přijmout.**

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Podstatou kvalitativního výzkumu jsou rozhovory s příslušníky základních složek IZS z Územního pracoviště Náchod.

Cílem kvalitativního výzkumu je zjištění kritického pohledu hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů na poskytování PIP na jejich pracovišti.

Metodou kvalitativního výzkumu byly rozhovory s příslušníky HZS ČR, PČR a ZZS z Územního pracoviště Náchod o poskytování PIP na jejich pracovišti. Nejednalo se o klasické strukturované ani polostrukturované rozhovory, nýbrž o zcela volné rozhovory, které probíhaly přirozenou formou. Účastníci výzkumu tak měli možnost vyjádřit se ke zkoumané problematice vlastními slovy a vyjádřit vše, co považovali za důležité.

Na základě provedených rozhovorů s příslušníky HZS ČR, PČR a ZZS byly zjištěny následující skutečnosti:

Hasičům je PIP poskytována ze strany psychologů, kteří na ně píšou odborné posudky. Právě z tohoto důvodu příslušníci HZS ČR této služby nevyužívají a psychologů nenavštěvují ani v případě potřeby, neboť mají obavy z toho, že by to mělo vliv na jejich celkové hodnocení.

Policistům je PIP poskytována z řad jejich kolegů, kterým se příslušníci PČR z mnoha nejrůznějších důvodů svěřovat nechtějí a navíc si myslí, že by tuto péči měli vykonávat profesionálové, nikoliv proškolení spolupracovníci.

Největším problémem je v souvislosti s poskytováním PIP zdravotnickým záchranářům fakt, že nejbližší pracoviště poskytující tuto službu se nachází až v Hradci Králové, což je z hlediska vzdálenosti od Náchoda či Broumova příliš daleko.

Všichni příslušníci základních složek IZS zastávají názor, že by PIP na jejich pracovišti měla být osvobozena od náhledu vedení.

6 NÁVRHY A DOPORUČENÍ KE ZLEPŠENÍ A ZEFEKTIVNĚNÍ PIP U ZÁKLADNÍCH SLOŽEK IZS DE LEGE FERENDA

V rámci návrhů a doporučení ke zlepšení a zefektivnění PIP u základních složek IZS lze vycházet z námětů samotných hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů Územního pracoviště Náchod.

Pro zlepšení a zefektivnění PIP na svých pracovištích navrhovali členové základních složek IZS celkové zvýšení informovanosti o této službě, a to nejen u hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů, ale také u široké veřejnosti. Dále příslušníci základních složek IZS pro zlepšení a zefektivnění PIP navrhovali zlepšení propagace této služby. Společným doporučením příslušníků HZS ČR a ZZS bylo zvýšení počtu kurzů, seminářů a školení v rámci PIP.

Hasiči pro zlepšení a zefektivnění PIP navíc navrhovali větší počet interventů na směnu, častější přítomnost interventů ve svých řadách, zlepšení znalostí z oblasti krizové komunikace, častější kontakty s výjezdem, změnu nastavení systému morálky a profesionality, větší počet kvalifikovanějších pracovníků poskytujících PIP, znovuzavedení zohlednění řešení situací s možností vzniku traumat v rámci výkonu služby a možností následků na psychiku zasahujících (nikoliv pouze řešení nevládnutých situací a jejich následků).

Policisté pro účely zlepšení a zefektivnění PIP dále doporučovali zvážení vhodnosti výběru osob pro poskytování PIP (některým nelze se svěřit), proškolení většího počtu vhodných osob pro účely poskytování PIP, poskytování PIP osobou, která není přímo z řad našich kolegů (např. z jiné stanice), vykonávání PIP ze strany profesionálů (nikoliv jen proškolenými kolegy), poskytování elektronických informací o možnostech PIP, oddělení PIP od vlivu zaměstnavatele, odstavení samozvaných ambiciózních kariéristů a agitátorů, omezení byrokracie, více možností hovořit o poskytování PIP v zaměstnání, využívání prezentací o PIP na poradách, osobní setkávání s pracovníky poskytujícími PIP.

Zdravotničtí záchranáři v souvislosti s návrhy a doporučeními ke zlepšení a zefektivnění PIP uváděli zlepšení dostupnosti PIP, zvýšení dosažitelnosti interventů na místo události nebo na výjezdové stanoviště, včetně vzdálených oblastí od centra, vybavení

psychologů poskytujícími PIP vlastními vozidly, zvýšení důvěryhodnosti pracovníků psychologické služby, poskytování intervence zaměstnancům ze strany PEER, větší počet PEER poskytujících PIP, neposkytování PIP ze strany PEER působícím na stejné základně, vykonávání PIP ze strany profesionálů (mimo okruh ZZS), automatické nabízení možnosti využití služeb PEER a doporučení příslušných kontaktů zaměstnancům po psychicky náročných výjezdech ze strany nadřízených.

Na základě námětů ke zlepšení a zefektivnění PIP u základních složek IZS vyplývajících z výsledků kvantitativního a kvalitativního výzkumu lze navrhnout, jak by tato péče měla být u hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů poskytována do budoucna (tedy ve smyslu de lege ferenda). Dle mého názoru by bylo poskytování PIP u základních složek IZS vhodné oprostít od nadvlády vedení. Dále by poskytování této péče mělo být pro hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře daleko dostupnější. Rovněž je možné doporučit, aby poskytování PIP plnilo mimo jiné také preventivní funkci. To znamená, aby poskytování PIP bylo příslušníkům HZS ČR, PČR a ZZS nabízeno buď automaticky po psychicky náročných výjezdech, nebo v souvislosti s řešením situací s možností vzniku traumat a následků na psychiku zasahujících v rámci jejich výkonu služby, naproti současné ideologii poskytování PIP, která je založena na poskytování této péče až v případech nezvládnutých situací a jejich důsledků.

ZÁVĚR

Diplomová práce na téma „Posttraumatická intervenční péče“ byla zaměřena na problematiku poskytování PIP u základních složek IZS – tj. příslušníků HZS ČR, PČR a ZZS.

Teoretickým cílem práce bylo shrnutí dostupných poznatků týkajících se specifík poskytování PIP, a to jak v obecné rovině, tak v aplikované podobě u základních složek IZS (u hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů). IZS je efektivním systémem vzájemných vazeb, spolupráce a koordinace jeho základních, ostatních a příp. i dalších složek v rámci příprav na mimořádné události a uskutečňování záchranných a likvidačních prací. K základním složkám IZS patří HZS ČR, JPO, poskytovatelé ZZS a PČR. Mezi ostatní složky IZS patří vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil; ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory; ostatní záchranné sbory; orgány ochrany veřejného zdraví; havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby; zařízení civilní ochrany; neziskové organizace a sdružení občanů, jež je možné využít k záchranným a likvidačním pracím; poskytovatelé akutní lůžkové péče s urgentním příjmem a někteří poskytovatelé zdravotních služeb. Výkon služby u složek IZS je velice náročný.

V souvislosti s výkonem svého povolání mohou hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři prožívat (a v mnoha situacích také ve skutečnosti prožívají) stres. Jedná se o jakýsi stav napětí, který po mnoha stránkách narušuje rovnováhu člověka. Tento stav je vyvoláván různými situacemi a událostmi, které jsou obecně označovány jako stresory. Lze rozeznat stresory fyzikální neboli fyzické, fyziologické, psychosociální, psychické, mikrostressory a makrostressory. Stres se vyskytuje v několika dimenzích. Z hlediska času se jedná o stres krátkodobý a dlouhodobý; intenzivní a následný; akutní, chronický, posttraumatický a anticipační. Z hlediska místa působení lze rozlišit stres fyzický a psychický. Z hlediska kvality stresové reakce jde o eustres a distres. Z pohledu intenzity reakce na stres je možné hovořit o tzv. hyperstresu a hypostresu.

Určitou reakcí na situaci může být krize. Jedná se o reakci člověka na událost, kterou není schopen zvládnout obvyklými způsoby. Obecně jsou rozlišovány krize situační; přechodové; z náhlého traumatizujícího stresoru; vývojové; pramenící ze zranitelnosti nebo z psychiatrické neodkladnosti. Z dalších typů krize je možné zmínit krizi afektivní neboli citovou explozi; krizi identity neboli dozrávání; krizi rozumu či krizi života. Zcela zvláštním typem krize je krize psychospirituální, která se projevuje v percepčních,

emocionálních, kognitivních a psychosomatických funkcích člověka. Krize obvykle probíhá v několika stádiích – jedná se o fázi šoku, fázi popírání, fázi hněvu a agrese, fázi deprese a fázi akceptace. Řešení prožívání nejrůznějších krizových situací je uskutečňováno prostřednictvím tzv. krizové intervence. Tato představuje metodu zaměřenou na pomoc osobám nacházejícím se v těžké životní situaci, kterou nejsou schopni sami zvládnout. Krizová intervence může být poskytována formou psychologické, lékařské, sociální a právní pomoci. Může být poskytována prezenčně (tj. ambulantně, hospitalizací, prostřednictvím terénních a mobilních služeb) či distančně formou telefonické nebo internetové pomoci.

Dalekosáhlejší důsledky než krize má prožívání různých traumat a traumatických událostí, což platí i v případě výkonu povolání hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů. Ke vzniku a následnému rozvoji traumatu může dojít buď jednorázově, nebo po dlouhodobém působení stresové situace. Zvláště závažné jsou různé formy psychické traumatizace, které jsou typické právě pro výkon zmiňovaných profesí. Trauma se projevuje nadměrným vzrušením, intruzivními a konstruktivní symptomy. Akutní reakci na stres představuje PTSP. Jedná se o reakci na extrémně stresující a traumatizující událost. Ke vzniku této poruchy dochází mimo jiné také u příslušníků HZS ČR, PČR a ZZS. PTSP se projevuje celou řadou příznaků. Porucha probíhá v několika fázích. Její léčba spočívá zvláště v psychoterapii.

Velmi důležitou úlohu v rámci výkonu povolání hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů zastává PIP. Tato metoda je zaměřena na poskytování pomoci lidem nacházejícím se v krizové situaci a prožívajícím stresující a traumatizující události. Jejím cílem je omezení tzv. nárazu kritické události, poskytování odborné pomoci členům základních složek IZS (popř. jejich rodinným příslušníkům) za účelem redukce nepříznivých účinků na jejich psychiku a možnosti vzniku PTSP. Poskytování PIP je uskutečňováno ve čtyřech fázích (první psychologická pomoc, defusing, debriefing, následná péče). PIP je poskytována členy tzv. intervenčního týmu. Poskytování PIP je vázáno určitými etickými aspekty, kterými je důvěrnost, prospěch, nestrannost, zodpovědnost a ostražitost. Poskytování PIP u základních složek IZS je charakteristické určitými specifiky. U příslušníků HZS ČR a PČR je PIP poskytována prostřednictvím psychologické služby. Zdravotnickým záchranářům je tato péče poskytována prostřednictvím psychologické intervenční služby ZZS.

Praktickým cílem kvantitativního výzkumu byla identifikace stresujících a traumatizujících událostí, kterým jsou hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři při výkonu svého povolání vystaveni; zjištění znalostí a informovanosti hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů o možnostech využívání posttraumatické intervenční péče v rámci příslušných psychologických služeb základních složek Integrovaného záchranného systému; zjištění skutečného stavu poskytování posttraumatické intervenční péče o hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře; včetně návrhu a doporučení pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného systému de lege ferenda.

Podstatou kvantitativního výzkumu bylo dotazníkové šetření. Pro jeho účely byl vytvořen strukturovaný nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce obsahující celkem 19 otázek. Dotazník sestával z obecné demografické části a z části speciální vztahující se ke zkoumané problematice. Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo celkem 197 příslušníků základních složek IZS z Územního pracoviště Náchod. Jednalo se o 80 hasičů, o 92 policistů a o 25 zdravotnických záchranářů. Z výsledků kvantitativního výzkumu vyplynula následující zjištění: Pro policisty jsou nejvíce stresující a traumatizující odlišné události, s nimiž se ve své praxi setkávají (smrt kolegy či kolegyně při výkonu služby), než pro hasiče a zdravotnické záchranáře (pohled na vážně zraněné či mrtvé děti). Příslušníci základních složek IZS ví, co je PIP, a jsou dostatečným způsobem informováni o možnostech využití této péče. PIP je u základních složek IZS ze strany zaměstnavatele zajištěna dostatečným způsobem. Většina příslušníků HZS ČR, PČR a ZZS ještě nikdy v minulosti PIP nevyužila.

Praktickým cílem kvalitativního výzkumu bylo zjištění kritického pohledu hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů na poskytování PIP na jejich pracovišti. Metodou kvalitativního výzkumu byly rozhovory s hasiči, policisty a zdravotnickými záchranáři z Územního pracoviště Náchod. Z rozhovorů vyplynula následující zjištění: Hasiči PIP nevyužívají, protože ji poskytují psychologové, kteří na ně píší posudky, které mohou ovlivnit jejich celkové hodnocení. Policisté PIP nevyužívají, protože ji poskytují jejich kolegové, kterým se svěřovat nechtějí. Zdravotničtí záchranáři PIP nevyužívají, protože pro ně není tato služba příliš dostupná (nejbližší pracoviště se nachází až v Hradci Králové, což je od Náchoda nebo Broumova daleko).

Příslušníci základních složek IZS jsou pro to, aby PIP byla na jejich pracovišti osvobozena od náhledu vedení. Součástí praktické části práce byly návrhy a doporučení

ke zlepšení a zefektivnění PIP u základních složek IZS de lege ferenda. Poskytování PIP je u základních složek IZS vhodné oprostít od nadvlády vedení. Poskytování PIP mělo být příslušníky HZS ČR, PČR a ZZS dostupné bez ohledu na lokalitu, která je v jejich bezprostřední působnosti. Poskytování PIP by mělo mimo jiné plnit také preventivní funkci – poskytování této péče by mělo být hasičům, policistům a zdravotnickým záchranářům nabízeno po psychicky náročných výjezdech zcela automaticky, či v souvislosti s řešením situací, u nichž je pravděpodobnost vzniku traumat a následků na psychiku zasahujících v rámci jejich výkonu služby. Současná ideologie poskytování PIP je totiž zcela opačná – je založena na poskytování této péče až v případech nezvládnutých situací a jejich důsledků.

V neposlední řadě je nezbytné zdůraznit důležitost vzdělávání dospělých (tedy konkrétně hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů) v oblasti stresujících a traumatizujících událostí. Příslušníci základních složek IZS by se měli učit identifikovat situace a události, které jsou pro ně samotné velice zatěžující, a zvládat je. Měli by se učit rozpoznávat příznaky prožívajícího stresu a v případě potřeby umět pomoci sami sobě či vyhledat odbornou pomoc. Vzdělávání by mělo být zaměřeno rovněž na možnosti poskytování PIP, která jim je určena a dostupná.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÁ, B. (ed.). *Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 438 s. ISBN 80-7178-550-4.

BAŠTECKÁ, B. a kolektiv. *Terénní krizová práce: Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a. s., 2005. 299 s. ISBN 978-80-247-0708-2.

EIS, Z. *Volejte linku důvěry! Co s krizemi, které nás potkávají*. Praha: H&H, 1993. 122 s. ISBN 80-85467-20-8.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 1997. 70 s. ISBN 80-7066-976-4.

HUBOVÁ, A. *Analýza stresu a poskytování posttraumatické intervenční péče u základních složek IZS*. Bakalářská práce. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, Fakulta bezpečnostního inženýrství, 2007. 50 s.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

KASTOVÁ, V. *Krizy a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál, 2010. 168 s. ISBN 978-80-7367-800-5.

KLIMPL, P. Krizová intervence: Ohlédnutí po dvaceti letech. In *Psychiatrie pro praxi*, 2009, č. 5, s. 234. ISSN 1213-0508.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. 408 s. ISBN 978-80-262-0302-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 978-80-7178-551-4.

MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 288 s. ISBN neuvedeno.

MATOUŠEK, O. *Pracovní stres a zdraví: Bezpečný podnik*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2005. 22 s. ISBN 80-903604-1-6.

MAYEROVÁ, M. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing a. s., 1997. 132 s. ISBN 80-7169-425-8.

MLČÁK, Z. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. 62 s. ISBN 80-7368-036-X.

PALČOVÁ, A. *Slovník psychiatrických termínů*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. 106 s. ISBN 80-85121-78-6.

PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PAŠKOVÁ, B., PREISS, M., ŠLEPECKÝ, M., ZÁLESKÝ, R. *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-811-2.

PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PREISS, M. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf, 2002. 93 s. ISBN 80-85912-80-5.

PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., SOUKUPOVÁ, N., TICHÝ, V. Posttraumatické stresové poruchy – I. díl: klinický obraz a etiologie. In *Psychiatrie pro praxi*, 2001, č. 4, s. 157 – 160. ISSN 1213-0508.

PRAŠKO, J. Posttraumatická stresová porucha. In *Postgraduální medicína*, 2005, č. 1, s. 73 – 79. ISSN 1212-4184.

RUPERT, F. *Trauma a rodinné konstelace*. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-367-3.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

SOTOLÁŘOVÁ, M. Psychologická služba HZS ČR. In *150 hoří: Magazín požárníků*, 2007. roč. 13, č. 7. ISSN 0862-8467.

ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 129 s. ISBN 978-80-247-0888-1.

ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. ISBN 978-80-247-2624-3.

ŠVARC, J. Principy krizové intervence. In *Psychiatrie pro praxi*, 2003, č. 6, s. 277 – 279. ISSN 1213-0508.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VILÁŠEK, J., FIALA, M., VONDRÁŠEK, D. *Integrovaný záchranný systém ČR na počátku 21. století*. Praha: Karolinum Press, 2014. 190 s. ISBN 978-80-246-2477-8.

VIZINOVÁ, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999. 158 s. ISBN 80-7178-284-X.

VODÁČKOVÁ, D. a kolektiv. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

VYMĚTAL, Š. Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích. In *112*, 2007, roč. 6, č. 2, s. 13 – 16. ISSN 1213-7057.

ZICH, F., ROUBAL, O. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Vysoká škola finanční a správní, o. p. s., 2014. 122 s. ISBN 978-80-7408-093-7.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

CAPLAN, G. *Principles of Prevention Psychiatry*. London: Tavistock Publication, 1964. 304 s. ISBN neuvedeno.

HAŠTO, J., VOJTOVÁ, H. *Posttraumatická stresová porucha: Bio-psycho-sociálne aspekty: EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: Prípadová štúdia*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2012. 189 s. ISBN 978-80-88952-71-8.

ROY, M. *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. IOS Press, 2006. 352 p. ISBN 978-1-58603-590-7.

Seznam použitých internetových zdrojů

ČÁKIOVÁ, J. Stresové reakce, poruchy přizpůsobení. *NICM: Národní informační centrum pro mládež* [online] 2014 [2016-05-25]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/posttraumaticka-intervencni-pece>.

Dotazník-online [online] 2007 [2016-09-19]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/>.

HUMPL, L., VRASPÍROVÁ, H., MARKOVÁ, M. Psychosociální intervence ve zdravotnictví. *Úrazová nemocnice v Brně* [online] 2013 [2016-09-19]. Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/Konf%20MEKA%202013/7%20abstrakt%20Humpl.pdf>.

O IZS: Integrovaný záchranný systém. *Hasičský záchranný sbor ČR* [online] 2009 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranný-system.aspx>.

Pojem posttraumatická intervenční péče. *SCS.ABZ.CZ: Slovník cizích slov* [online] 2009 [2016-05-25]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/posttraumaticka-intervencni-pece>.

Psychologická služba: Kontakty. *Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR* [online] 2016 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-kontakty.aspx>.

Psychologická služba: O nás. *Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR* [online] 2012 [2016-09-19]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>.

Psychospirituální krize: Informace pro odborníky. *Občanské sdružení Diabasis* [online] 2016 [2016-05-25]. Dostupné z: <http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/pro-odborniky/>.

Vyhláška č. 328/2001 Sb., o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2001 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-328>.

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>.

SEZNAM ZKRATEK

CISM - Critical Incident Stress Management

ČR - Česká republika

DSM-IV - Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

HZS - Hasičský záchranný sbor

HZS ČR - Hasičský záchranný sbor České republiky

ICD-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí

IZS - Integrovaný záchranný systém

MKN-10 -Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů

PČR - Policie České republiky

PIP - Posttraumatická intervenční péče

PTSP - Posttraumatická stresová porucha

TPP - Tým posttraumatické péče

SPIS - Systém psychosociální intervenční služby

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Diagnostická kritéria ptsd dle icd-10 a dsm-iv.....	36
Tabulka 2: Diagnostická kritéria ptsd dle kmn-10	37
Tabulka 3: Pohlaví respondentů.....	52
Tabulka 4: Věkové rozložení respondentů.....	54
Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	56
Tabulka 6: Rodinný stav respondentů	58
Tabulka 7: Základní složka IZS	59
Tabulka 8: Délka odborné praxe respondentů u základní složky IZS.....	61
Tabulka 9: Nejvíce stresující a traumatizující události pro respondenty	65
Tabulka 10: Zkušenost respondentů se stresující a traumatizující událostí	68
Tabulka 11: Zkušenost respondentů s konkrétní stresující a traumatizující událostí	71
Tabulka 12: Způsob vyrovnání se se stresující a traumatizující událostí.....	74
Tabulka 13: Vypořádání se se stresující a traumatizující událostí.....	77
Tabulka 14: Znalost pip.....	79
Tabulka 15: Informovanost respondentů o pip.....	81
Tabulka 16: Dostatečná informovanost respondentů o možnostech využívání PIP na jejich pracovišti.....	83
Tabulka 17: Možnost využití služeb pip v rámci výkonu povolání	85
Tabulka 18: Názor respondentů na dostatečný způsob zajištění pip ze strany zaměstnavatele.....	87
Tabulka 19: Využití pip ze strany respondentů	88
Tabulka 20: Spokojenost respondentů s poskytnutou pip.....	90
Tabulka 21: Návrhy a doporučení hasičů	92
Tabulka 22: Návrhy a doporučení policistů.....	95
Tabulka 23: Návrhy a doporučení zdravotnických záchranářů.....	98

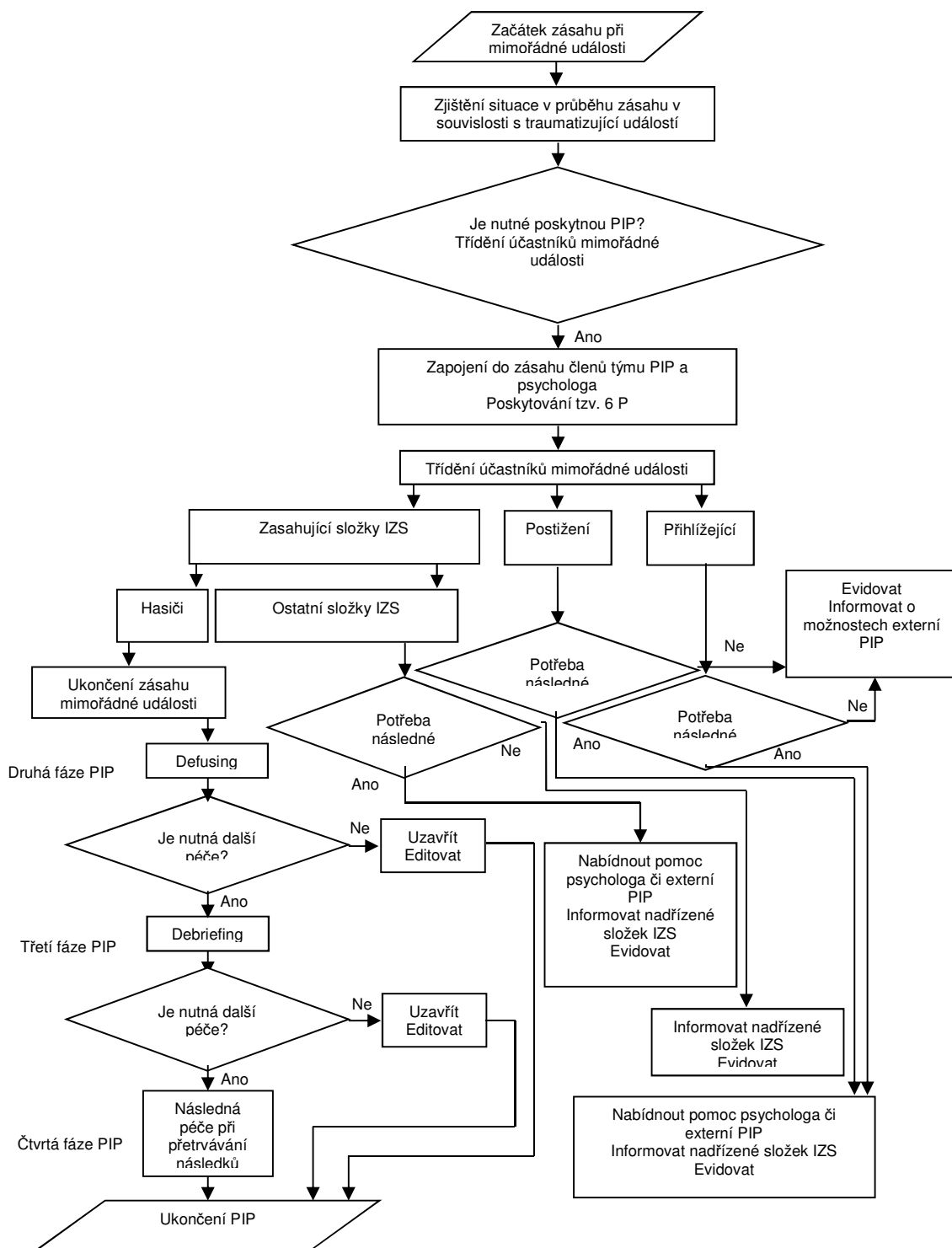
Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	52
Graf 2: Věkové rozložení respondentů	54
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	56
Graf 4: Rodinný stav respondentů	58
Graf 5: Základní složka IZS	59
Graf 6: Délka odborné praxe respondentů u základní složky IZS	61
Graf 7: Nejvíce stresující a traumatizující události pro respondenty.....	66
Graf 8: Zkušenost respondentů se stresující a traumatizující událostí	68
Graf 9: Zkušenost respondentů s konkrétní stresující a traumatizující událostí.....	72
Graf 10: Způsob vyrovnání se se stresující a traumatizující událostí	75
Graf 11: Vypořádání se se stresující a traumatizující událostí	77
Graf 12: Znalost PIP	79
Graf 13: Informovanost respondentů o PIP	81
Graf 14: Dostatečná informovanost respondentů o možnostech využívání PIP na jejich pracovišti.....	83
Graf 15: Možnost využití služeb pip v rámci výkonu povolání	85
Graf 16: Názor respondentů na dostatečný způsob zajištění PIP ze strany zaměstnavatele.....	87
Graf 17: Využití PIP ze strany respondentů.....	88
Graf 18: Spokojenost respondentů s poskytnutou PIP.....	90
Graf 19: Návrhy a doporučení hasičů	93
Graf 20: Návrhy a doporučení policistů.....	96
Graf 21: Návrhy a doporučení zdravotnických záchranářů	99

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A: ZNÁZORNŮJE ALGORITMUS POSKYTOVÁNÍ PIP	I
PŘÍLOHA B: DOTAZNÍK	II

PŘÍLOHA A – ZNÁZORNŮJE ALGORITMUS POSKYTOVÁNÍ PIP



Zdroj¹⁵¹

¹⁵¹ Vlastní zpracování dle HUBOVÁ, A. *Analýza stresu a poskytování posttraumatické intervenční péče u základních složek IZS*. Bakalářská práce. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, Fakulta bezpečnostního inženýrství, 2007. 50 s., s. 20.

PŘÍLOHA B - DOTAZNÍK

A. OBECNÁ DEMOGRAFICKÁ ČÁST

Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) méně než 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) více než 60 let

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské bez maturity (vyučení v oboru)
- b) středoškolské s maturitou
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

Jaký je Váš rodinný stav?

- a) svobodný/á
- b) ženatý / vdaná
- c) rozvedený/á
- d) vdovec / vdova

U které ze základních složek Integrovaného záchranného systému pracujete?

- a) Hasičský záchranný sbor České republiky
- b) Policie České republiky
- c) Zdravotnická záchranná služba

Jaká je délka Vaší odborné praxe u příslušné základní složky Integrovaného záchranného systému?

- a) do 1 roku
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let
- f) 21 – 25 let
- g) 26 – 30 let
- h) nad 30 let

B. SPECIÁLNÍ ČÁST

B1. Identifikace stresujících a traumatizujících událostí, kterým jsou hasiči, policisté a zdravotničtí záchranáři vystaveni při výkonu svého povolání

1. Kterou z uvedených událostí v souvislosti s výkonem svého povolání považujete za nejvíce stresující a traumatizující?

(můžete uvést více událostí)

- a) použití střelné zbraně jako takové
- b) použití střelné zbraně s následkem smrti
- c) použití donucovacích prostředků

- d) akce na záchranu rukojmích
 - e) pronásledování nebezpečného pachatele
 - f) zákroky proti agresivním skupinám
 - g) pohled na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly
 - h) pohled na vážně zraněné či mrtvé děti
 - i) vážné dopravní nehody se smrtelnými následky
 - j) smrt kolegy/ně při výkonu služby
 - k) sdělování tragické události rodině
 - l) výslech obětí či pozůstalých
 - m) konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti
 - n) jiné, uveďte: _____
-

2. **Setkal/a jste se při výkonu svého povolání s nějakou z uvedených událostí, která pro Vás byla velice stresující a traumatizující?**

- a) ano
- b) ne (*pokračujte otázkou č. 6*)

3. **O jaké stresující a traumatizující události, s níž jste se již v minulosti setkal/a, se jednalo?**

(můžete uvést více událostí)

- a) použití střelné zbraně jako takové
- b) použití střelné zbraně s následkem smrti
- c) použití donucovacích prostředků
- d) akce na záchranu rukojmích
- e) pronásledování nebezpečného pachatele

- f) zákroky proti agresivním skupinám
- g) pohled na jakákoliv vážná zranění či mrtvoly
- h) pohled na vážně zraněné či mrtvé děti
- i) vážné dopravní nehody se smrtelnými následky
- j) smrt kolegy/ně při výkonu služby
- k) sdělování tragické události rodině
- l) výslech obětí či pozůstalých
- m) konflikty a vnitřní vztahy na pracovišti
- n) jiné, uveďte: _____

4. Jak jste se s takovou stresující a traumatizující událostí vyrovnal/a?

- a) samostatně
- b) s pomocí blízké osoby (partnera / partnerky, manžela / manželky, rodičům, kolegovi, nadřízenému, příteli apod.)
- c) s pomocí člena týmu v rámci posttraumatické intervenční péče
- d) využitím odborné pomoci (psycholog, psychiatr atd.)
- e) jinak, uveďte: _____

5. Podařilo se Vám se stresující a traumatizující událostí, kterou jste zažila, vyrovnat?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

B2. Zjištění znalostí a informovanosti hasičů, policistů a zdravotnických záchranářů o možnostech využívání posttraumatické intervenční péče v rámci příslušných psychologických služeb základních složek Integrovaného záchranného systému

6. Víte co je „posttraumatická intervenční péče“?

- a) ano
- b) ne (*pokračujte otázkou č. 8*)

7. Odkud jste se o posttraumatické intervenční péči dozvěděl/a?

(můžete uvést více zdrojů)

- a) od kolegů
- b) od nadřízeného
- c) z hromadných sdělovacích prostředků (televize, rádio, tisk atd.)
- d) z informačních letáků či brožurek
- e) ze školy
- f) ze školení, seminářů či kurzů
- g) z jiných zdrojů, uveďte: _____

8. Jste dostatečně informován/a o možnostech využívání posttraumatické intervenční péče na Vašem pracovišti?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

B3. Zjištění skutečného stavu poskytování posttraumatické intervenční péče o hasiče, policisty a zdravotnické záchranáře

9. Máte možnost v souvislosti s výkonem svého povolání využít služeb posttraumatické intervenční péče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Myslíte si, že je na Vašem pracovišti ze strany zaměstnavatele posttraumatická intervenční péče zajištěna dostatečným způsobem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

11. Využil/a jste již v minulosti posttraumatické intervenční péče?

- a) ano
- b) ne (*pokračujte otázkou č. 13*)

12. Byl/ a jste s poskytnutou posttraumatickou intervenční péčí spokojen/a?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

B4. Návrhy a doporučení pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného systému

13. Co byste navrhli/a pro zlepšení a zefektivnění posttraumatické intervenční péče u složky Integrovaného záchranného systému, v níž pracujete?

(můžete uvést více návrhů)

Uved'te:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Iva Holeková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Posttraumatická intervenční péče u základních složek Integrovaného záchranného systému

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 102

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 36

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 10

Vedoucí práce: Doc. JUDr. Jan Brázda, Ph.D.