

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SOUVISLOSTI AUTONEHODY
V DĚTSTVÍ SE SILNIČNÍM CHOVÁNÍM
U DOSPĚLÝCH ŘIDIČŮ

THE CONNECTIONS OF A CAR ACCIDENT IN
CHILDHOOD WITH THE ROAD BEHAVIOR OF ADULT
DRIVERS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Josef Páral**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.**

Olomouc

2024

Na tomto místě bych rád poděkoval mému vedoucímu práce doc. PhDr. Matúšovi Šuchovi, Ph.D. za velmi milý a lidský přístup, ochotu a cenné rady, které byly přínosné při tvorbě práce.

Dále poděkování patří mé rodině a přátelům za jejich neutuchající podporu, a to nejen při tvorbě této práce, ale během celého bakalářského studia.

V neposlední řadě děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich pomoc a otevřenost, jelikož bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Souvislosti autonehody v dětství se silničním chováním u dospělých řidičů“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD.....	5
	TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1	Psychické následky autonehody u dětí.....	7
1.1	Úzkost z cestování	8
1.2	Změny chování	9
1.3	Úzkost a deprese.....	11
1.4	Noční můry a noční enuréza.....	11
2	Posttraumatická stresová porucha u dětí po autonehodě	13
2.1	Trauma.....	15
2.2	Symptomy posttraumatické stresové poruchy	17
2.2.1	Opětovné prožívání traumatické události.....	19
2.2.2	Vyhýbání se asociací s událostí.....	19
2.2.3	Nadměrné nabuzení	20
2.2.4	Negativní změny v kognici a náladě	20
2.3	Metody pro diagnostiku posttraumatické stresové poruchy	21
2.3.1	Child Revised Impact of Events Scale (CRIES)	21
2.3.2	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 - Child/Adolescent Version (CAPS-CA-5).....	21
2.3.3	Child PTSD Symptom Scale (CPSS-5).....	22
2.3.4	UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index (PTSD-RI-5).....	22
2.4	Zahraniční studie a výzkumy.....	23
3	Ponehodová péče u dětí.....	25
3.1	Integrovaný záchranný systém	26
3.1.1	Hasičský záchranný sbor České republiky	26
3.1.2	Zdravotnická záchranná služba	27
3.1.3	Policie České republiky.....	27
3.2	Psychologická služba.....	28
3.3	Terapeutická léčba.....	29
3.3.1	Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT)	29
3.3.2	Hypnotická intervence.....	30
3.3.3	Desenzibilizace a přepracování očních pohybů (EMDR).....	30
3.3.4	Intervenční program CARE.....	31
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
4	Výzkumný problém a cíl.....	33
4.1	Výzkumné otázky	33

5	Metodologický rámec výzkumu	35
	5.1 Typ výzkumu.....	35
	5.2 Metody získávání dat.....	36
	5.3 Metody zpracování a analýzy dat	37
6	Výzkumný soubor	39
	6.1 Výběr výzkumného souboru.....	40
7	Etika výzkumu.....	42
8	Reflexe výzkumníka	43
9	Výsledky výzkumu	44
	9.1 Zkušenosti a příběhy účastníků	44
	9.2 Analýza tematických oblastí.....	47
	9.2.1 Bezpečné chování a důraz na prevenci nehod.....	48
	9.2.2 Psychická změna řidiče	55
	9.2.3 Postoj a formování vztahu k řízení.....	57
	9.3 Shrnutí výsledků.....	59
10	Diskuze	62
11	Závěr.....	67
12	Souhrn	69
	LITERATURA.....	72
	PŘÍLOHY	85

ÚVOD

Bezpečnost dítěte je prioritou každého rodiče. Mohou ovšem nastat tragické situace, při nichž nemůžeme dítě ochránit před případným nebezpečím. Takovou okolností jsou autonehody, které nesou velké dopady pro celou společnost. Nezpůsobují pouze fyzické a zdravotní problémy, ale také psychické a emocionální následky, se kterými je těžké se vyrovnat, a to především v dětství, kdy dochází ke kognitivnímu a emocionálnímu vývoji.

Autonehoda v útlém věku může být pro dítě traumatická. A tak bychom neměli ignorovat jakékoliv náznaky, které mohou naznačovat na psychické potíže. Právě specifikum autonehody v dětství bude předmětem teoretické části. Nejdříve bude poukázáno na psychické následky autonehody v tomto období. Druhá kapitola se zabývá posttraumatickou stresovou poruchou u dětí po autonehodě. Zde budou zmíněné její symptomy a také diagnostické metody. Navazující třetí kapitola je zaměřena na ponehodovou péči u dětí, která by si ve společnosti zasloužila většího povědomí a porozumění její důležitosti. Konkrétně tu jsou obsažena témata integrovaného záchranného systému a možné terapeutické péče. Veškeré kapitoly jsou doplněny relevantními výzkumy, které se vztahují na obsažená témata. V empirické části bude poohlédnuto na osobní zážitky účastníků a jejich vnímání zkoumané problematiky.

Důležitost tohoto tématu vnímám v tom, že momentálně existuje pouze pár studií, které by se zabývaly tím, jaké následky na psychiku má předešlá účast na autonehodě. Inspirací pro toto téma mi byla má matka, která zažila autonehodu v dospívání, u níž utrpěla lehká zranění. Popisovala mi, jaký má autonehoda dopad na její řízení, a to i přes několik desítek let od incidentu. Ať už se jedná o strach z vysoké rychlosti či úzkosti při řízení v neznámých oblastech.

Výsledky práce nemohou být generalizovány na každého dospělého řidiče, který prožil autonehodu v dětství, jelikož následné emoční prožívání v rámci dopravního chování je velmi individuální. Bakalářská práce tudíž slouží jako vhled do problematiky tématu a také jako překlad cizojazyčné literatury, jejíž přínos může posloužit dalším podobným pracím.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHICKÉ NÁSLEDKY AUTONEHODY U DĚTÍ

Dopravní nehody jsou závažný jev, které mohou v účastnících silničního provozu zanechat výrazné psychické a somatické následky. Nejedná se však jenom o uzavřený celek, ve kterém jsou zasaženy pouze oběti dopravních nehod, ale zahrnuje i širší okolí poškozených, které může autonehoda rovněž výrazně psychicky zasáhnout.

Definice dopravních nehod je ustanovena v zákoně § 47 odst. 1 zákona č. 361/2000 Sb., o silničním provozu. Jedná se o srážku uskutečněnou na silničním provozu, jejíž následek může vést ke zranění nebo usmrcení osoby či škodě na majetku (Policie ČR, n.d.). V případě rozsáhlých dopravních nehod, které zahrnují hromadné autohavárie či velká železniční neštěstí, se pojednává jako o mimořádné události způsobené lidskou činností, jejichž znění je obsaženo v zákoně č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému (Policie ČR, n.d.). Hlavním faktorem pro mimořádné události je jejich nepředvídatelnost, neboť se na ně nelze dopředu připravit a ani je, jakkoliv predikovat. V rámci tohoto počínání dochází k narušení bezpečné vazby a pocitu jistoty. Dále mezi běžné projevy v reakci na autonehodu patří poruchy spánku, strach, úzkost, šok, silné napětí anebo úpadek zájmu o předešlé aktivity, vyhýbání se místům či věcem spojeným s předešlou událostí. To vše může být přirozenou reakcí organismu na prožitou událost, neboť přesahuje pomezí běžných situací (Policie ČR, n.d.).

Z hlediska pasivní bezpečnosti se děti řadí mezi jednu z nejohroženějších skupin účastníků silničního provozu, společně například s chodci a cyklisty (Pýcha, 2010). Z přehledu zjištěných dat organizace NHTSA (2023) vyplývá, že počet dětí zraněných při dopravních nehodách se ve Spojených státech v roce 2021 zvýšil. Ve srovnání s rokem 2020 se jedná o nárůst zhruba o 17 % ze 139 058 zraněných dětí na 162 298. V České republice bylo v roce 2023 těžce zraněno 100 dětí a lehce zraněno 2053, což je nejvyšší počet dětských nehod od roku 2020. V letech 2011–2019 docházelo ke každoročnímu nárůstu počtu nehod, výjimkou je období 2020–2021, kdy došlo ke snížení o přibližně 800 nehod. Musí se ovšem také zohlednit pandemie COVID-19, která bránila v mobilitě řady dětí, zejména uzavřením škol a dalších volnočasových aktivit (BESIP, n.d.).

Ve studiích, které zkoumaly děti a dospělé, byla míra výskytu psychických následků hlášena jako vysoká. Autoři uvádějí výskyt zhruba u 30 až 50 %. Jako nejčastější psychické problémy byly vyzorovány deprese, úzkost, fobie a posttraumatický stres (Bryant et al., 2010; Grant et al., 2008; Kenardy et al., 2018; O'Donnell et al., 2004).

Di Gallo et al. (1997) se zaměřili na zkoumání fobických příznaků u dětí. Ty úzce souvisely se specifickými charakteristiky nehody, kdy se například dítě vyhýbalo přecházet vozovku v důsledku zranění při nehodě. Podobně tomu bylo i při nehodě ve vozidle, což vedlo k tomu, že se děti zdráhaly vstoupit do vozu a netolerovaly vysoké, a dokonce i mírné rychlosti. Následky nehody se však přesunuly i do sociální oblasti života dětí, kdy raději zůstávaly doma a setkávaly se méně se svými přáteli.

Stallard et al. (2001) také zaznamenali změny vztahů, a to především v rodině a vrstevnických skupinách. Děti se vyhýbaly mluvit o incidentu se svými rodiči a podobně jako v předešlé studii trávily více času o samotě. Právě problémy v komunikaci mohou nastat také z nepochopení ze strany rodičů a pečovatelů, kteří nerozumí tomu, jak nehoda děti zasáhla. Někteří rodiče se stávají více protektivními vůči svým dětem a nastavují jim přílišná pravidla při cestování (Ellis et al., 1998).

Vystavení podnětům souvisejícím s nehodou může způsobit značné emocionální utrpení, zejména v prvních týdnech po nehodě. Mnoho dětí uvádí pravidelné epizody uplakanosti. Epizody byly vyvolány myšlenkami nebo skutečnými vzpomínkami na nehodu a zpočátku se objevovaly několikrát denně. V mnoha případech spouštějí nehodové podněty řadu akutních fyziologických symptomů jako je bušení srdce, potíže s dýcháním, vlhké a zpocené ruce, pocity nevolnosti a světloplachost (Stallard et al., 2001). Tyto podněty mohou vycházet i z prožitého strachu, kde si téměř polovina dětí ve studii Bryant et al. (2004) myslela, že během nehody zemře nebo bude těžce zraněna.

Potřeba porozumět tomu, co se při nehodě stalo je běžnou zkušeností. Děti se snaží najít smysl, hledají pochopení pro to, proč se nehoda stala a proč se jí účastnily. Důsledky vyplývající z nehod nemusí být všechny nutně negativní, neboť incident může ovlivnit celkový přístup a postoj k životu (Stallard et al., 2001).

1.1 Úzkost z cestování

Úzkost z cestování byla popsána u 39 % dětí, jež byly odkázány na oddělení nehod a pohotovosti z důvodu účasti při autonehodě. Jak bylo zmíněno v reakci na změnu

sociálních vztahů, rodiče přešli k omezování cestování, což vyvolávalo mezi nimi a dětmi konflikt (Ellis et al., 1998).

Fobii u dětí se v souvislosti s dopravními nehodami zabývali Bryant et al. (2004) a Schäfer et al. (2006) z jejichž studií vyplývá, že více než třetina dětí měla problémy s cestováním, které splňovaly diagnostická kritéria pro specifickou fobii. Úzkost z cestování bývá také jedním z doprovodných symptomů posttraumatické stresové poruchy, kde 86,6 % dětí s PTSD mělo v 6 měsíci onen typ úzkosti. Ovšem pouze 46 % dětí s úzkostí z cestování mělo PTSD (Bryant et al., 2004).

Ve vozidle se úzkost může projevat hyperaktivitou dětí, kdy se neustále dívají do zrcátek a vyhlížejí možné blížící se nebezpečí. Rodičům často dávají pokyny ohledně toho, co by měli dělat a jak by se mělo vozidlo řídit (Stallard et al., 2001). V některých případech se úzkost spojena s rolí spolujezdce pohybovala od mírné nelibosti až po výraznou nechut'. Tento stav se projevoval jak fyzickými, tak i psychickými příznaky. Osoby trpící touto formou úzkosti často uvádějí, že jim nevyhovuje být spolujezdcem, protože vědí, že mnoho možných nebezpečí je mimo jejich kontrolu (Mayou et al., 1991).

1.2 Změny chování

Změny chování mohou být následkem fyzického či psychického poškození vzniklého po autonehodě. Z fyzického hlediska jsou tyto změny často způsobeny poraněním mozku, což může ovlivnit chování, náladu a kognitivní funkce člověka. Mohou se tak projevit příznaky jako výkyvy nálad, potíže se soustředěním a podrážděnost. Změny vyvinuté z psychického aspektu se mohou promítnout do změn chování a emocí (Lorenz & Lorenz, 2023).

Rodina a blízcí si těchto změn mohou všimnout dříve, než si je uvědomí sám poraněný. Milnes (n.d.) se shoduje, že známkami nevyřešených problémů souvisejících s nehodou mohou být podrážděnost, emoční rozladěnost a uzavřenost. Doplňuje, že změny chování nejsou přítomny pouze u těžkých nehod a závažného poranění mozku, ale vyskytují se také u lehkých nehod při otřesu mozku.

U dětí je nejčastějším zraněním při dopravních nehodách poranění hlavy a krku. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2013) se vyznačuje přibližně 60 % případů dětských nehod právě tímto zraněním.

U 4 dětí ve výzkumu Ellise et al. (1998), které byly vyšetřeny za účelem psychologického posouzení po lehkých dopravních nehodách, bylo hlášeno, že si hrály násilným způsobem připomínající jejich nehody. Schäfer et al. (2006) také poukazují na to, že 80 % dětí a dospívajících uvedlo, že zaznamenali změny jak ve svých percepčních zkušenostech, tak v chování v dopravních situacích po jejich nehodách. Většina z nich se popisovala jako opatrnější v provozu. Více než polovina dětí uvedla výslovné změny v chování, jako je vyhýbaní se situacím souvisejícím s nehodami nebo situacím vyvolávající úzkost.

Jones a Peterson (1993) v jejich výzkumu uvádí případovou studii tří leté dívky, která byla společně s jejím otcem účastnicí dopravní nehody. Po nehodě dítě často plakalo a třásl se, pokud vidělo velká nákladní auta, osobní automobily nebo motocykly. Dívka projevovala neochotu nastoupit do auta, zejména pokud šlo o sezení na pravém zadním sedadle, což bylo místo, kde seděla během autonehody. Často také otci připomínala, aby jel opatrně. Podobně jako ve výzkumu Ellise a kolegů (1998) bylo zaznamenáno, že si dívka hrála násilně, neboť několikrát fyzicky napadla svou starší sestru. Rodiče uvedli, že před nehodou dívka takové chování nevykazovala.

Ve studii Gillies et al. (2003) se výzkumníci zaměřili na sledování mladých obětí dopravních nehod, kde se snažili determinovat dlouhotrvající projevy psychických následků zhruba rok a více po nehodě. Navázali na studii Di Galla et al. (1997), jenž sledovali stresové symptomy po nehodě ve dvou časových úsecích. Jednak čerstvě po nehodě a poté s odstupem 12–15 týdnů. Rodiče uváděli u svých dětí zvýšené poruchy nálad ve srovnání s obdobím před nehodou. Gillies et al. (2003) k tomuto přidali třetí čas a to 67–96 týdnů od autonehody. Kontaktovali stejné respondenty, k němž přidali i výpovědi rodičů. Z výsledků vyplývá, že 39 % rodičů uvedlo změnu chování svého dítě ve škole. 45 % rodičů označilo své dítě jako starostlivé před nehodou, přičemž se ve třetím čase tato hodnota zvýšila na 67 %. Pro větší přehlednost zjištěných výsledků následující studie slouží tabulka níže.

Tabulka 1

Změny chování ve výzkumu Gillies et al. (2003)

Symptom	67–96 týdnů po nehodě
Rozrušení z nehody	30 %
Časté hádky	90 %
Nadměrná výřečnost	71 %

Denní snění	58 %
Neklid	55 %
Záchvaty vzteku	55 %
Zhoršená koncentrace	52 %

1.3 Úzkost a deprese

Deprese je psychické onemocnění, jehož příčina vzniku může být po traumatu z dopravní nehody, chronické bolesti nebo invalidizující povahy zranění. Mezi příznaky se řadí smutek, ztráta zájmu o běžné činnosti a pocity bezcennosti (Michigan Auto Law, n.d.).

Autoři dále rozlišují základní tři typy deprese po dopravní nehodě:

- Těžká deprese s psychotickými rysy – u člověka trpícího tímto typem deprese jsou typická falešná přesvědčení, projevující se bludnými nebo halucinogenními projevy. Zahrnuje také snížený kontakt s realitou.
- Těžká deprese s melancholickými rysy
- Těžká deprese s atypickými rysy – u nemocných může dojít ke zlepšení nálady v důsledku pozitivních událostí, které se dějí v okolí.

Z výsledků studie Ellise et al. (1997) vzešlo, že v důsledku dopravní nehody 23 % dětí trpělo depresí a 14 % silnou úzkostí.

1.4 Noční můry a noční enuréza

Noční enuréza je nedobrovolná ztráta moči během noci u dětí ve věku 5 let a starších, tedy ve věku, kdy dochází k ovládní močového měchýře (Néveus, 2011). Rozvíjí se přibližně u 15–20 % pětiletých dětí, 15 % z nich se stává ročně kontinentní. Jedná se o nejčastější urologický a pediatrický problém u dětí co se týče zdravotní péče (Fagundes et al., 2017).

Ze zkušeností autorů Eidlitz-Markus et al. (2000) je noční pomočování běžným jevem, který nastává po dopravní nehodě u dětí. Z výsledků jejich studie vyplývá, že se noční pomočování může objevit po dopravní nehodě z psychologických následků nebo při úrazu hlavy. Zatímco se noční enuréza připisuje většinou organickým příčinám, tak nelze vyloučit ani psychologické mechanismy, které hrají významnou roli.

Znepokojivé sny se vyskytují dle Stallarda et al. (2001) častěji v prvních týdnech po nehodě a postupem času se jejich četnost snižuje. U malých dětí se mohou znepokojivé sny o této události během několika týdnů změnit na všeobecné noční můry, jejichž obsahem jsou příšery a různá strašidelná vyobrazení nebo se sny týkají záchrany jiných osob (Eidlitz-Markus et al., 2000).

2 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA U DĚTÍ PO AUTONEHODĚ

Posttraumatická stresová porucha, dále v práci referována zkratkou PTSD, je dle MKN-10 (2023) reakcí na stresovou událost nebo situaci, která je obvykle vážně ohrožující či katastrofická. Může být jednak krátkého nebo dlouhého trvání. Je diagnostikována pouze v případě, že k ní dojde do šesti měsíců od traumatické události (Jochmannová, 2021). Typické jsou opakující se vzpomínky na událost nazývané „flashbacks“, jež se například mohou objevit ve snech nebo nočních můrách. V MKN-10 se mezi příznaky dále uvádí: stranění se od lidí, emoční otupělost, anhedonie, vyhýbání se situacím a činnostem připomínající povahu traumatického zážitku. PTSD se v rámci klasifikace řadí mezi reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení – F43, kde je opatřena kódem F43.1 (MKN-10, 2023).

V DSM-5 se terminologie pro PTSD u dětí liší v závislosti na jejich věku, kdy se oproti minulé verzi přidala samostatná sekce pro děti od šesti let a níže. Děti starší šesti let se řadí do společné skupiny dospívajících a dospělých, pro něž platí stejná kritéria (APA, 2013a, citováno v SAMHSA, 2014).

Kritéria pro děti mladší šesti let byla upravena, aby odrážela vývoj těchto dětí, jelikož se klinické znovuprožívání traumatu může lišit v závislosti na vývojovém stádiu. Podle DSM-5 se PTSD může rozvinout v jakémkoliv věku, počínaje prvním rokem života. U malých dětí je specifické, že vyjadřují příznaky prostřednictvím hry nebo mohou postrádat projevy strachu při znovuprožívání traumatu. Znovuprožívání traumatu se ve hře může projevovat tak, že si dítě po vážné dopravní nehodě například hrává násilně s autíčky, kdy je mezi sebou bourá. Rodiče uvádí, že děti mohou vykazovat řadu emocionálních a behaviorálních změn (SAMHSA, 2016).

Kocourková a Koutek (2017) přibližují, že mezi kritéria DSM-5 pro určení PTSD u dětí je třeba být vystaven traumatizující události, intruzivním symptomům spojených s předešlou traumatickou událostí, negativním změnám v kognici a emocích, a dále změnám hranice vzrušivosti a reaktivity. Autoři také dodávají, že dítě nemusí být aktivním účastníkem traumatické situace, jelikož podobně jako v případě vlastního ohrožení na ně působí situace, při nichž jsou v nebezpečí jejich primární pečovatelé.

Aby byla PTSD diagnostikována, musí mít osoba alespoň jeden příznak opětovného prožívání, přinejmenším tři příznaky vyhýbání se asociacím spojených s traumatem, dále nejméně dvě negativní změny nálady a kognice a alespoň dva příznaky hyperarouzality po dobu nejméně jednoho měsíce. Příznaky musí ovlivňovat schopnost osoby vykonávat běžné každodenní činnosti (NYU Langone Health, n.d.).

Prožívání stresové události může mít pro jednotlivce různé důsledky, neboť je reakce ovlivněna mnoha faktory. Marasini et al. (2022) uvádí, že reakce na dopravní nehodu, jakožto stresující událost, závisí také na environmentálních, psychologických a genetických faktorech. Autoři zmiňují, že během dětství a dospívání lidé prochází řadou fyzických, emocionálních a kognitivních změn. Proto mohou stresové události vést k vážným následkům. Prožití traumatického zážitku v této věkové skupině může změnit individuální vnímání sebe sama, ostatních a také budoucnosti.

Prevalence výskytu PTSD je po dopravních nehodách u mnoha autorů rozdílná. Například Bryant et al. (2004) zaznamenávají, že se tato míra pohybuje okolo 34 %, kdežto po 6-9 měsících klesá na 14–18 %. Stallard a Smith (2007) v reakci na to doplňují, že výsledky nejsou konzistentní, jelikož je nutné nahlédnout na významné proměnné, které souvisejí s posttraumatickou reakcí, včetně věku, pohlaví, typu nehody a závažnosti zranění. Lin et al. (2018), jež provedli metaanalýzu míry výskytu PTSD u účastníků dopravních nehod, zaznamenali hodnotu 22,25 %. Doplnují ovšem, že se musí ve studiích zohlednit nástroje použité k hodnocení PTSD, u účastníků dále jejich pohlaví, rasa, země a úroveň vzdělávání.

Blanchard et al. (1995, citováno v Beck & Coffey, 2007) rozvádí, že kromě PTSD se po dopravních nehodách vyskytuje řada dalších psychických problémů, jako časté se objevují poruchy nálady. Autoři zmiňují, že se v jedné zprávě uvádí, že 53 % pacientů s PTSD má zároveň poruchu nálady.

Děti se v mnoha projevech liší od dospělých. Klinické zprávy naznačují, že se u dětí školního věku nemusí projevit vizuální flashbacky nebo amnézie na některé aspekty traumatu. Oproti dospělým zažívají děti zkreslení času, což znamená, že si při vybavování vzpomínek na události související s traumatem nesprávně určují jejich časovou posloupnost. Odlišné je také to, že děti věří, že po takové zkušenosti mají schopnost předvídat budoucí nežádoucí události. Autoři doplňují, že kromě přehrávání traumatu ve hře se může tato forma vyskytnout i v kresbě nebo ji děti verbalizují (Hamblen & Barnett, n.d.).

Z biologického pohledu je zdokumentováno, že velmi stresující události ovlivňují běžnou aktivitu neurotransmiteru noradrenalinu a zvyšují hladinu hormonu kortizolu. Navíc neustálé nabuzení v průběhu času může způsobit potíže ve funkci hipokampu, což může narušit jeho schopnost vypořádat se s budoucími vysoce stresujícími událostmi. Děti a dospívající mohou reagovat na traumatické události odlišně v závislosti na úrovni expozice, věku a stupni vývoje (Charitaki et al., 2017).

Keppel-Benson et al. (2002) tvrdí, že se nemusí u všech dětí vystaveným traumatickým událostem rozvinout PTSD. Některé děti nejsou takovými událostmi ovlivněny v takové míře, aby u nich došlo k vyvinutí nežádoucích příznaků. U jiných dětí se rozvinou některé posttraumatické příznaky, ale ne všechny, které jsou nutné pro diagnózu.

2.1 Trauma

Trauma má spojitost se zážitky, které způsobují intenzivní fyzické a psychické stresové reakce. Nemusí odkazovat pouze na jednu událost, kterou osoba vnímá jako fyzicky a emocionálně narušující, nýbrž na několik událostí a souborů okolností. Typicky má trvalý nepříznivý vliv na fyzickou, sociální, emocionální nebo duševní pohodu zasaženého (SAMHSA, 2012, citováno v SAMHSA, 2014).

Jako traumatická událost se označuje šokující, děsivá nebo nebezpečná zkušenost, jejíž působení může mít na osobu emocionální nebo fyzický dopad. Kromě autonehod se mohou mezi tyto události řadit i násilné činy nebo přírodní katastrofy. Běžným psychickým doprovodem při prožívání traumatické události je strach, jenž je také součástí poplachové reakce, která pomáhá organismu vyhnout se potenciálnímu nebezpečí (NIMH, n.d.).

Hlavní rozdíl mezi PTSD a traumatem je v časovém rámci. Traumatická událost je časově ohraničena, zatímco PTSD je dlouhodobějším stavem, ve kterém se zasaženému vrací vzpomínky a znovuprožívá traumatickou událost. Kromě toho kritéria pro PTSD na rozdíl od traumatu vyžadují vysoký stupeň trvalé úzkosti a poškození vitálních funkcí (Kissen, 2017).

Traumatické události mají dopady na struktury v centrální nervové soustavě, jež jsou základem kognitivních, motorických, integračních, senzitivních, afektivních a neuroendokrinních funkcí. Všechny tyto struktury jsou koordinovány v reakci na ohrožení života. To může vést k tomu, že neuronové sítě, vybuzené během života ohrožující události, se identifikují pro pozdější potenciaci a vytvoří základ pro jejich trvalý zápis do paměti.

U mladších dětí může nastat riziko, že se aspekty těchto paměťových stop stanou celoživotními rysy, jelikož mozek dozrává v interakci s prostředím. Předpokládá se, že děti, které používají disociativní adaptivní obranu v akutní reakci na trauma, budou později vykazovat disociativní nebo somatické symptomy. Na druhou stranu děti, které převážně reagují na akutní stresor hyperarouzalistickou adaptací, mají vyšší pravděpodobnost k vývinu chronických hyperarouzalistických příznaků, jakými jsou reakce na úlek, úzkost, motorická hyperaktivita, poruchy spánku nebo tachykardie (Sandberg, 2007, citováno v Fink, 2007).

Kocourková a Koutek (2017) uvádí, že závažnost traumatu je u dětí podobná jako u dospělých. Důležitým faktorem ovlivňující povahu posttraumatických projevů u dětí a dospívajících je typ traumatu. Jednorázové trauma, jehož projevy jsou opětovné prožívání, vyhýbavé chování a zvýšená podrážděnost, vede k PTSD, která je právě těmito projevy charakteristická.

Jednorázové traumata se označují názvem monotraumata, mezi něž patří právě autonehody. Dítě nemusí být přímým účastníkem nějaké tragické události, jelikož se posttraumatické symptomy mohou rozvinout i v případě, že je svědkem. Mezi důležité faktory z hlediska následků hrají roli věk v době události, kvalita sociálního zázemí a následná pomoc a péče (Jochmannová, 2021).

Z výsledků longitudinální studie, v níž se vedly rozhovory s dětmi každoročně od jejich devíti do šestnácti let, a následně v dospívání a dospělosti vzešlo, že vystavení traumatu v dětství je spíše běžnou zkušeností, která v nějakém okamžiku postihne většinu dětí, čímž může ovlivnit mnoho aspektů jejich fungování. Tyto účinky jsou dlouhodobé, trvající dvacet nebo více let, přičemž jsou nezávislé na dalších rizikových faktorech spojených s traumatem v dětství (Copeland et al., 2018). Copeland (2019) v navazujícím článku zmiňuje, že kolem 60 % účastníků bylo do 16 let postihnuto alespoň jedním traumatem a 30 % z nich bylo vystaveno více traumatickým událostem. Podobného údaje dosáhla i studie ACE, jejímž cílem je zjistit vztah mezi traumatickými zážitky z dětství a dlouhodobými zdravotními a sociálními důsledky. Kolem 65 % dětí zažije alespoň jednu traumatickou událost, přičemž 40 % dokonce dvě nebo více. Čím více nepříznivých událostí dítě prožije, tím je u něj větší předpoklad ke vzniku trvalých fyzických a duševních zdravotních problémů (CCTASI, n.d.).

Jak bylo zmíněno děti mohou na trauma reagovat jinak v závislosti na jejich věku. Pro větší přehlednost slouží následující obrázek, který znázorňuje možné psychické i fyzické symptomy u dětí podle jejich vývojového stupně (CCTASI, n.d.).

Obrázek 1

Symptomy v reakci na traumatickou událost u dětí (CCTASI, n.d.)

Preschool Children	Elementary School Children	Middle and High School Children
<ul style="list-style-type: none"> • Feel helpless and uncertain • Fear of being separated from their parent/caregiver • Cry and/or scream a lot • Eat poorly and lose weight • Return to bedwetting • Return to using baby talk • Develop new fears • Have nightmares • Recreate the trauma through play • Are not developing to the next growth stage • Have changes in behavior • Ask questions about death 	<ul style="list-style-type: none"> • Become anxious and fearful • Worry about their own or others' safety • Become clingy with a teacher or a parent • Feel guilt or shame • Tell others about the traumatic event again and again • Become upset if they get a small bump or bruise • Have a hard time concentrating • Experience numbness • Have fears that the event will happen again • Have difficulties sleeping • Show changes in school performance • Become easily startled 	<ul style="list-style-type: none"> • Feel depressed and alone • Discuss the traumatic events in detail • Develop eating disorders and self-harming behaviors such as cutting • Start using or abusing alcohol or drugs • Become sexually active • Feel like they're going crazy • Feel different from everyone else • Take too many risks • Have sleep disturbances • Don't want to go places that remind them of the event • Say they have no feeling about the event • Show changes in behavior

2.2 Symptomy posttraumatické stresové poruchy

Jak již bylo zmíněno v úvodu do kapitoly, symptomy PTSD se dělí do čtyř hlavních kategorií, mezi něž patří opětovné prožívání traumatické události, vyhýbání se asociacím traumatické události, nadměrné nabuzení a negativní změny v kognici a náladě (Mayo Clinic, n.d.).

Všechny děti, u nichž byla naplněna kritéria pro PTSD ve studii Wittmanna et al. (2010) uvedly, že mají časté noční můry. Každé třetí dítě, zhruba (34,4 %), uvedlo výskyt přetrvávajících posttraumatických nočních můr zhruba půl roku od nehody. Schreuder et al. (2001 citováno v Wittmann et al., 2010) rozlišují tři základní druhy posttraumatických nočních můr.

- replikativní posttraumatické noční můry – spočívají tom, že se noční můra několikrát opakuje, zpravidla se jedná o přehrávání původní traumatické události tudíž incidentu dopravní nehody, jedná se o velmi živou a realistickou vzpomínku na událost
- nereplikativní posttraumatické noční můry – taktéž vyobrazují traumatickou událost, ale chybí aspekt realistického zobrazení, obsah je spíše na symbolické úrovni
- smíšené posttraumatické noční můry – jsou částečně podobné traumatu na pomezí obou typů

Mezi replikativními a nereplikativními nočními můry je rozdíl i v jejich četnosti, kde se obsah replikativních opakuje, nýbrž u nereplikativních je pouze jednorázový a poté se dále nevyskytuje (Schreuder et al., 2001, citováno v Wittmann et al., 2010). Wittmann et al. (2010) doplňují, že replikativní noční můry byly zmíněné respondenty častěji, než smíšené noční můry.

Mirza et al. (1998) se zabývali výskytem posttraumatických symptomů po dopravních nehodách u dětí a dospívajících. Pro větší přehlednost je níže uvedená tabulka znázorňující výsledky studie.

Tabulka 2

Symptomy PTSD získané ze studie Mirza et al. (1998)

Symptom	Procento účastníků	Symptom	Procento účastníků
Vtíravé vzpomínky na trauma	77 %	Poruchy spánku	42 %
Nadměrné nabuzení	67 %	Podrážděnost	42 %
Úzkost z podnětů připomínající trauma	53 %	Amnézie po události	38 %
Znovuprožívání traumatu	51 %	Potíže se soustředěním	38 %
Vyhýbaní se traumatickým zážitkům	51 %	Ztráta zájmu o aktivity a koníčky	13 %

Přehnaná úleková reakce	51 %	Pocit odloučení	20 %
Fyziologická reaktivita	49 %	Pocit omezené perspektivy	16 %

Důležité je v rámci symptomů specifikovat, zdali jsou přítomné příznaky disociace, jež se projevují depersonalizací nebo derealizací. Depersonalizace je stavem, při kterém dochází k pomyslnému odpoutání se od vlastního těla, duševních procesů a pocitů, při nichž osoba prožívající tento stav na sebe nahlíží jako na vnějšího pozorovatele. U derealizace naopak jedinec vnímá nereálnost v okolí, kdy se mu svět zdá zkreslený či vzdálený. Významné je zjistit, zdali nejsou disociativní příznaky způsobeny fyziologickými účinky látky nebo jinou nemocí (APA, 2013a, citováno v SAMHSA, 2014).

2.2.1 Opětné prožívání traumatické události

Kocourková a Koutek (2017) zmiňují, že se traumatická událost opakuje ve snech nebo dále v intruzivních myšlenkách a vzpomínkách. Zasaženému se vrací vizualizované obrazy traumatické události včetně psychického doprovodu, jehož projevem je pocit hrůzy a úzkosti. Pro opětné prožití traumatického zážitku jsou významné podněty, jejichž aspekt připomíná trauma, včetně spojení s původní děsivou situací.

Stallard et al. (2001) toto rozšiřují a tvrdí, že vzpomínky jsou doprovázeny zvýšenou mírou vzrušení a intenzivními pocity paniky. Ze začátku se vzpomínky mohou objevovat několikrát denně, ale postupem času se jejich četnost snižuje společně i s tísní, kterou vzpomínky vyvolávají, několik dětí i přes to zůstává značně rozrušených.

2.2.2 Vyhýbání se asociací s událostí

V rámci tohoto symptomu se děti snaží vyhýbat všemu, co jim připomíná traumatickou událost, ať se jedná o místa, myšlenky, témata hry či interpersonální vztahy. Snižuje se také zájem o aktivity, které děti dříve shledávaly jako příjemné, načež se objevuje vyhýbavé chování vůči sdílení svých zážitků s ostatními a mohou se vyskytnout poruchy paměti související s traumatem (Kocourková & Koutek, 2017).

Keppel-Benson et al. (2002) se zmiňují, že jako nejčastějším symptomem vyhýbání se v jejich studii projevilo zapomínání na určité aspekty nehody, kdy si děti nebyly vědomy,

co se stalo. Celkem se toto projevilo u 36 % dětí. Druhým běžným projevem bylo vyhýbání se situacím spojených s nehodou, což autoři zaznamenali u 34 % dětí, jež například odmítaly jezdit na kole či nastoupit do auta. U 22 % dětí se vyhýbání projevilo na úrovni myšlenek, kdy nechtěly na nehodu myslet, jelikož to v nich vyvolávalo nepříjemné emoce jako smutek a strach.

Ve studii Stallard et al. (2001b) bylo mluvení o nehodě významně spojené s uzdravením. Děti, které se více uzavřely a nemluvily o tom, co se jim stalo, vinily druhé a snažily se na nehodu zapomenout, měly vyšší pravděpodobnost k rozvinutí PTSD. Stallard et al. (2001a) tvrdí, že osoby trpící PTSD častěji uváděly, že využívají strategie zaměřené na vyhýbání se emocím, mezi něž spadá sociální stažení, odvádění pozornosti, regulace emocí a obviňování druhých.

2.2.3 Nadměrné nabuzení

Kocourková a Koutek (2017, s. 129) nazývají tento symptom: „stav zvýšené vegetativní hyperaktivity.“ Při němž jsou přítomné stavy, jako potíže se soustředěním, zvýšený hněv, poruchy spánku a nadměrné úlekové reakce.

Salmon a Bryant (2002) zmiňují, že k tomu, aby osoba splňovala diagnostická kritéria pro tuto kategorii, musí být u ní přítomny alespoň dva zmíněné příznaky, jenž musí dále způsobovat narušení funkčnosti člověka a přetrvávat alespoň měsíc po traumatu.

Keppel-Benson et al. (2002) zmiňují, že v rámci nadměrného nabuzení jsou nejčastěji u respondentů nalezeny symptomy zvýšené podrážděnosti a spánkových obtíží.

2.2.4 Negativní změny v kognici a náladě

Bartels et al. (2019) tvrdí, že na základě jejich výzkumu by některé nové příznaky, které byly přidány v DSM-5, mohly mít význam pro vznik a přetrvávání symptomatologie PTSD u dětí a dospívajících. Tato kategorie ovšem zahrnuje mnoho nespecifických příznaků, které jsou podobné jako u obecných projevů deprese a úzkosti. Pro příklad emocionální příznaky otupení, jež se projevují sníženým zájmem o činnosti, stažením se od ostatních a neschopností prožívat pozitivní emoce, jsou velmi podobné anhedonii a sociálnímu stažení, což je typické pro depresi. Mezi příznaky, které souvisí s kognicí patří negativní přesvědčení o sobě nebo druhých a obviňování sebe nebo okolí z toho, co se stalo, jenž je specifické pro trauma (Bartels, et al., 2023).

Kromě zmíněných projevů zde spadá i nemožnost vzpomenout si na některé aspekty traumatické události, což často vzniká v důsledku disociativní amnézie. Dále přetrvává negativní emoční ladění, kdy jedinec není schopen prožívat pozitivní emoce. Dochází také ke sníženému zájmu o činnosti a pocitu odloučení či odcizení od ostatních (APA, 2013a, citováno v SAMHSA, 2014).

2.3 Metody pro diagnostiku posttraumatické stresové poruchy

Pro diagnostiku PTSD se u dětí mohou využívat metody ve formě dotazníků nebo rozhovorů. Neustále dochází k vyvíjení nových nástrojů nebo revizi již existujících, které by mohly pomoci k odhalení symptomů PTSD. Beck a Coffey (2007) zmiňují, že pro metody je důležité, aby byly psychometricky spolehlivé a měly zavedené screeningové skóre, které je specifické pro dopravní nehody související s PTSD.

2.3.1 Child Revised Impact of Events Scale (CRIES)

Dotazník CRIES se zabývá stresujícími životními událostmi, kdy je významné jej přímo vztáhnout do časového rámce, ve kterém událost proběhla. CRIES se dá využít u dětí starší osmi let, předpokladem je, že zvládnou text samostatně přečíst. K dispozici jsou dvě varianty označené podle počtu otázek – osmi a třináctibodová verze. Obecně se doporučuje využívat spíše osmibodovou verzi, v níž je důležité dětem a dospívajícím dotazník nejprve představit a vysvětlit jeho způsob vyplňování. Administrující osoba by měla dětem umožnit klást otázky a diskutovat s nimi nad jejich odpověďmi (CORC, n.d.).

Perrin et al. (2005) popisují, že CRIES má vhodnou nominální a konstruktovou validitu, stabilní faktorovou strukturu a dobře koreluje s ostatními ukazateli úzkosti. Z hlediska efektivity obou typů dotazníku zjistili autoři studie, že CRIES-8, fungoval stejně účinně jako CRIES-13, ačkoliv neobsahuje položky týkající se nadměrného nabuzení.

2.3.2 Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 - Child/Adolescent Version (CAPS-CA-5)

CAPS-CA-5 je škála PTSD, která je určena pro děti starší sedmi let, obsahuje celkem třicet otázek, jež jsou založené na kritériích DSM-5. Jedná se o upravenou verzi CAPS-5, která je primárně určena pro dospělé, do upravené verze byly přidány položky odpovídající dětskému věku a možnosti obrázkových odpovědí. CAPS-CA-5 hodnotí dvacet symptomů

PTSD, v němž jsou pro každý z nich k dispozici standardizované otázky, v nichž je zohledněn nástup a trvání symptomů, subjektivní distres, dopad symptomů na sociální fungování a narušení vývoje. Kromě toho rozlišuje také výskyt disociativních příznaků (Pynoos et al., 2015).

V rámci hodnocení se kombinují informace o frekvenci a intenzitě položky do jedné úrovně dle závažnosti. Celkové skóre závažnosti symptomů se vypočítá sečtením dvaceti symptomů DSM-5 PTSD (Pynoos et al., 2015). Následná diagnóza PTSD je vyhodnocena podle počtu příznaků.

2.3.3 Child PTSD Symptom Scale (CPSS-5)

CPSS-5 je dvaceti sedmi položková škála symptomů PTSD, jejímž cílem je zjistit závažnost symptomů souvisejících s traumatem u dětí a dospívajících na základě diagnostických kritérií, které jsou stanovené DSM-5 pro PTSD. Dotazník je rozdělen do dvou částí, kdy první z nich je složena z dvaceti položek, které odpovídají pětibodové Likertově škále, na níž se zaznamenávají četnosti a závažnosti symptomů PTSD a přecitlivělosti během posledního měsíce po traumatické události. Druhá část dotazníku obsahuje zbývajících sedm položek, které zjišťují, jestli nějaký posttraumatický příznak ovlivnil život dítěte během uplynulého měsíce, například ve vztahu s přáteli (Green Space Health, 2020).

Autoři dotazníku Foa et al. (2018) rozlišují dále jeho dvě podoby CPSS-5-SR a CPSS-5-I, kdy zkratka SR znamená, že dítě vyplňuje dotazník samo a varianta I slouží dále pro využití při rozhovoru. Limitem pro mladší děti může být to, že CPSS-5-SR vyžaduje pokročilou schopnost čtení a porozumění textu, čímž je administrace hodnocení pro děti mladší 10 let obtížná. Autoři v reakci na tuto možnou limitaci zmiňují: „Abychom tento problém vyřešili, zvažujeme v současné době vytvoření verze CPSS-5 pro rodiče a již nyní zkoumáme interaktivnější herní formát pro screeningové položky pro děti mladší 10 let.“ (Foa et al., 2018, s. 45).

2.3.4 UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index (PTSD-RI-5)

PTSD-RI je dotazník, jehož účelem je zhodnocení traumatické anamnézy dítěte a všech diagnostických kritérií DSM-5 pro PTSD u dětí školního věku a dospívajících. Vytvořena je také verze pro rodiče. Vyplnění testu trvá zhruba 20-30 minut v závislosti na

věku, schopnosti čtení a způsobu administrace, neboť ho mohou administrovat studenti doktorského studia pod odborným dozorem (ISTSS, n.d.).

Dotazník je určen pro děti starší sedmi let. Skládá se ze 27 položek, které mají za cíl zhodnotit čtyři kategorie příznaků PTSD podle DSM-5. V rámci toho děti odpovídají na to, jak často v posledním měsíci pociťovaly příznaky související s traumatem, k čemuž jim slouží pětibodová škála, kde jsou jednotlivé body rozděleny podle četnosti, tedy od žádných až denně vyskytujících se symptomů (County of Los Angeles, 2018).

2.4 Zahraniční studie a výzkumy

Ve studii Stallard et al. (1998) byli zahrnuti děti a dospívající, kteří byli účastníky dopravních nehod. Přibližně 35 % z nich splňovalo kritéria pro PTSD šest týdnů po incidentu. Například v porovnání s nimi pouze 3 % dětí, jejichž zranění souviselo se sportem, naplnilo stejná kritéria.

K podobným závěrům došli i De Vries et al. (1999), v jejichž studii bylo 25 % dětí diagnostikováno PTSD sedm až dvanáct měsíců po dopravní nehodě. Autoři nenalezli signifikantní vztah, který by byl mezi věkem, pohlavím a typem úrazu ve srovnání s dětmi, kterým bylo diagnostikováno PTSD a dětem bez ní.

Z dlouhodobého hlediska se ve studii Dickov et al. (2010) projeví psychiatrické následky u 87 % osob ještě dva roky po nehodě. PTSD byla přítomna u 36 % respondentů. Oproti tomu ve studii Hruska et al. (2014) kritéria pro PTSD splňovalo po šesti týdnech 10 % osob a 48,7 % uvádělo interpersonální trauma v anamnéze.

Co se týče pohlaví, tak Stallard et al. (2001b) a Merecz et al. (2012) se shodují, že dívky mají výraznější předpoklad ke vzniku PTSD než chlapci.

Ve studii Mirza et al. (1998) bylo 13 dívek, jež byly účastníky dopravních nehod. Jako diagnostický nástroj použili autoři Frederikův index reakcí (FRI), který je jedním z nejčastěji používaných měřítek k hodnocení příznaků posttraumatického stresu u dětí (Lack, et al., 2008). Po šestitýdenním poúrazovém screeningovém rozhovoru bylo 12 dívek (93 %) vyhodnoceno jako FRI pozitivní, z toho u 10 dívek (77 %) bylo jejich FRI shledáno jako závažné. Dívky byly navíc měřeny znovu po 6 měsících, přičemž jedna účastnice ze studie odstoupila. Sedm z dvanácti dívek (54 %) bylo FRI pozitivní. Po tomto časovém odstupu od nehody bylo i tak u šesti dívek (46 %) vyhodnoceno FRI jako závažné (Mirza et al., 1998).

Autoři Winje a Ulvik (1998) zkoumali incident, ve kterém se 28 dětí přepravující autobusem do západního Norska staly účastníky dopravní nehody. K posouzení příznaků autoři sledovali děti jeden rok po nehodě a dále je kontaktovali po třech letech. K zhodnocení stavu dětí byl využit dotazník Impact of Event Scale (IES), polostrukturovaný rozhovor a zvláště dotazník zhotovený pro výzkumné účely studie. Po jednoletém sledování měla velká část dětí intruzivní (82,2 %) a vyhýbavé (75 %) symptomy a příznaky obecného psychického distresu. Po tříletém sledování nebyly zaznamenány žádné klinicky významné symptomy. Děti, které zažily ztrátu při nehodě, se vyznačovaly vysokou mírou intruze. Nemělo to žádnou souvislost s věkem dětí a jejich traumatem. Ze shrnutí autorů plyne, že symptomy dětí z traumatizovaných rodin si zaslouží větší pozornost rok po traumatu. Naproti tomu objektivní ukazatele rizika jako je věk, pohlaví a typ traumatu neposkytují dostatečné informace k nalezení rizikových dětí.

Na to, jaký má vliv posttraumatický stres na kvalitu života dětí po autonehodě, se zaměřili autoři Landolt et al. (2009). Ve výzkumném souboru bylo celkem 68 dětí, jejichž se autoři dotazovali nejdříve měsíc a poté rok po dopravních nehodách pomocí dotazníku Child PTSD Reaction Index a dotazníku TNO-AZL, který mapuje kvalitu života související se zdravím. Z výsledků vyplývá, že se rozvinula střední až těžká posttraumatická reakce u jedenácti dětí (16,2 %) v prvním měsíci po nehodě. Při opakovaném šetření se po jednom roce zvýšil počet dětí na dvanáct, což činí 17,6 %. Z hlediska kvality života děti po prvním měsíci hlásily sníženou motorickou funkci a autonomii. Autoři porovnávali děti z výzkumného vzorku se vzorkem komunity, přičemž se u dětí po dopravní nehodě projevovalo snížení funkcí v některých emočních doménách.

Z metaanalýzy autorů Oloffsson et al. (2009) plyne, že jedna třetina dětí, která byla zraněna v rámci dopravních nehod, splnila diagnostická kritéria PTSD po jednom měsíci. U poloviny z tohoto počtu PTSD dále přetrvávala po 3-6 měsících. Vnímané ohrožení života a vysoká míra stresu během nehody a bezprostředně po ní jsou významnými rizikovými faktory. Ohroženy jsou všechny děti, nejen ty s těžkými úrazy. Uvědomění si traumatického stresu může pomoci pečovateli identifikovat ohrožené děti a rodiny. Autoři zdůrazňují, že pohotovostní oddělení a nemocnice naléhavě potřebují vyvinout praktické pokyny, které by měly být použity pro včasnou detekci, sledování a prevenci stresových poruch.

3 PONEHODOVÁ PÉČE U DĚTÍ

Ponehodovou péči můžeme označit jako „soubor různých činností, reakcí a služeb zaměřených na ochranu a pomoc lidem, kterým vážná dopravní nehoda zasáhla do života, ať už v přímé nebo nepřímé roli.“ (Červinka et al., 2023, s. 122).

Nemusí se však jednat pouze o vážné dopravní nehody, jelikož i u méně závažných incidentů je zaznamenán dopad na fyzickou a duševní pohodu zasaženého a jeho kvalitu života související se zdravím. U lehkého až středně těžkého poranění se biopsychosociální faktory zdají být ukazateli, které předpovídají následné zotavení. Mezi biopsychosociální faktory nepatří místo nebo typ poranění, jsou však mezi ně zahrnuty činitele týkající se věku, zdraví před zraněním, kvality života, reakcí na zranění a sociální podpory (Gopinath et al., 2017).

Budský (2015) doplňuje, že se ponehodová péče skládá především ze složek, které cílí na bezpečnostní parametry, přičemž je významná jejich dostupnost při stavu nouze a rychlost zásahů pro zlepšení efektivity první pomoci a rehabilitace. Autor dále uvádí význam ponehodové péče na švédské studii nejmenovaných autorů z roku 2001, ze které vyplývá, že 12 % osob, které při dopravní nehodě prodělali zranění neslučitelné se životem, mohlo být zachráněno v případě včasného zásahu a dopravení do nemocnice a 32 % mohlo nehodu přežít, pokud by byli převezeni do specializovaného traumacentra.

Potíže způsobené v rámci dopravní nehody mohou přetrvávat několik měsíců, a tak je třeba včasného posouzení a léčby. Nepříznivým se stává, když jsou po této situaci emoční potřeby dětí zanedbávány a nedostává se jim téměř žádné plánované intervence (Kramer & Landolt, 2014). Zhodnocení a plánování léčby probíhá na základě posouzení stavu před nehodou a po nehodě, v němž jsou klíčové psychické a fyzické následky (Červinka et al., 2023).

Marasini et al. (2022) se shodují s Lakha et al. (2022) v záležitosti brzkého posouzení psychologických faktorů u obětí dopravních nehod, kdy by potenciálním přínosem mohla být identifikace osob, jejichž faktory predisponují k chronickému onemocnění, přičemž by dále byli zasláni k lékařskému a psychologickému poradenství pro vhodnou a včasnou léčbu. Prioritou by také mělo být poučení pacientů o možnosti psychologické intervence. Autoři uvádí, že si podobně jako Craig et al. (2017) myslí, že by lidé měli získat tuto znalost

prostřednictvím vzdělávacích kampaní a přizpůsobením pohotovostních oddělení. Zvýšení informovanosti o obtížích dopravních nehod může vést ke kontaktu s příslušnými zdravotnickými orgány za účelem zajištění pomoci pacientům.

Nelze opomenout také účastníky dopravních nehod, kteří vyvázli bez zranění, neboť se dle studií jedná o často přehlíženou skupinu, u nichž rodina a sociální podpora hrají významnou roli pro následné snížení rizika dlouhotrvající invalidity po dopravní nehodě (Alharbi et al., 2019; Kovacevic et al., 2020).

3.1 Integrovaný záchranný systém

Mezi složky ponehodové péče v České republice patří především integrovaný záchranný systém a psychologické služby. Vyznačují se spoluprací, při níž jsou uvedené složky vzájemně propojené. Příkladem může být poskytování psychologické první pomoci psychology Hasičského záchranného sboru České republiky, kteří se v rámci posttraumatické péče starají o oběti dopravních nehod, přičemž je mohou odkázat na další specializovanou péči (HZS, n.d.).

Definice integrovaného záchranného systému je podrobně popsána v zákoně č. 239/2000 Sb., v němž je vysvětleno, že jeho hlavním účelem je provádění záchranných a likvidačních prací. Díky povaze civilní ochrany se zaměřuje na záštitu obyvatelstva bezprostředně po mimořádných událostech, aby mohla co nejdříve redukovat vzniklá rizika, která vyplývají z charakteru ohrožení života, zdraví, majetku či životního prostředí (Zákon č.239/2000 Sb.).

Červinka et al. (2023) se zmiňují, že počátky působení integrovaného záchranného systému se datují již do roku 1993, kdy tento systém znamenal přínos k etablování spolupráce mezi zmíněnými složkami pro efektivní řešení krizových událostí. Mezi tyto složky patří Hasičský záchranný sbor, Zdravotnická záchranná služba a Policie České republiky.

3.1.1 Hasičský záchranný sbor České republiky

Hasičský záchranný sbor ČR má koordinující funkci, čímž se stává stěžejním členem, na kterém je integrovaný záchranný systém vystavěn. Pokud se u mimořádné události setkají všechny složky integrovaného záchranného systému, připadá velení příslušníkovi

Hasičského záchranného sboru, jenž je kompetentní spravovat spolupráci složek a koordinovat záchranné a likvidační práce (Špaček, 2009).

Kromě zásahové činnosti, jako je likvidace požárů a práce na mimořádných událostech, se Hasičský záchranný sbor zaměřuje i na ochranu obyvatelstva a preventivní výchovnou činnost (Červinka et al., 2023). Jako samostatný celek se do integrovaného záchranného systému řadí i jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje (Špaček, 2009).

3.1.2 Zdravotnická záchranná služba

Z ustanovení zákona č. 374/2011 Sb., pojednávajícího o zdravotnické záchranné službě, vyplývá, že je realizována na základě neodkladné péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života. Neodkladnou péčí se rozumí její poskytování přímo na místě události a během přepravy do akutní lůžkové péče.

Příspěvkové organizace, které jsou zřizovány krajem, jsou právně poskytovateli zdravotnické záchranné služby. Ti mohou určit vedoucího výjezdové skupiny z přítomných pracovníků. Rozlišují se dva typy výjezdových skupin, jejichž rozdílem je složení členů. Pokud je jedním z členů výjezdové skupiny lékař, tak se označuje názvem skupina rychlé lékařské pomoci. Naopak při absenci lékaře a přítomnosti členů nelékařského zdravotnického povolání, se hovoří o skupině rychlé zdravotnické pomoci (Zákon č. 374/2011 Sb.).

3.1.3 Policie České republiky

Policie ČR slouží v zájmu veřejnosti, kdy je jejím cílem předcházet trestné činnosti, chránit bezpečnost osob a majetku a zajišťovat veřejný pořádek. Při mimořádné události se podílí na záchranné a likvidační práci, kde navíc poskytuje leteckou podporu integrovaného záchranného systému (Zákon č. 273/2008 Sb.).

Dvořák (2007) více přibližuje, že náplní Policie ČR není zajištění záchranné a likvidační práce přímo, neboť spíše provádí aktivity, které pomáhají ostatním složkám integrovaného záchranného systému k vykonání těchto prací (Policie ČR například obstarává bezpečnost dopravy).

3.2 Psychologická služba

Psychologická služba je součástí každé ze tří složek integrované záchranné péče, jež se zaměřuje na okamžitou pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí, mezi něž patří i oběti dopravních nehod. Pro všechny složky platí, že do své činnosti zařazují poskytování psychosociální pomoci zasaženým osobám. Kromě toho je kladen důraz také na rodinné příslušníky a zaměstnance vykonávající službu, kteří mohou využít psychologické poradenství či psychoterapii. Psychologická služba se snaží pomoci obětem dopravních nehod také prostřednictvím jiných forem – efektivním prostředkem psychosociální podpory je například mobilní aplikace – První Psychická Pomoc (Červinka et al., 2023).

U **Hasičského záchranného sboru České republiky** byl zaveden Systém řízení stresu při kritických událostech, uveden pod zkratkou CISM, sloužící primárně ke zvládnutí posttraumatického stresu. Jedná se o komplexní systém, neboť je v každém kraji České republiky přítomný psycholog se vzděláním adekvátním pro poskytování posttraumatické péče. Dále jsou pro poskytování této péče jmenovány speciální týmy, jejichž členy jsou zaměstnanci z řad Hasičského záchranného sboru, kteří splnili psychologickou odbornou přípravu (Dittrichová & Čapková, 2017).

Zdravotnická záchranná služba využívá Systém psychosociální intervenční služby (SPIS), jenž je vystavěn na dvou základních pilířích – poskytování péče zaměstnancům a pomoc blízkým a pozůstalým. Situace, kterým jsou zdravotníci v terénu vystaveni, mohou vést k vlastnímu ohrožení jako v případě dopravních nehod. V posledních letech tak dochází k vzestupu péče o duševní zdraví těchto zaměstnanců, přičemž největším rizikem je kumulovaný stres při opětovném vystavení zátěžovým situacím (Humpl, 2023).

Pro zaměstnance je dostupná v rámci SPIS kolegiální podpora, která má preventivní charakter. Probíhá buď individuální nebo skupinovou formou. Sezení jsou vedena psychology nebo peery, což jsou kolegové, kteří prošli specifickým výcvikem první pomoci. Cílem je normalizovat reakce, které tkví z vystavení náročné situaci, dále snížit hladinu stresu, poskytnout psychickou podporu a událost uzavřít (Humpl, 2023).

První psychickou pomoc blízkým a pozůstalým poskytují profesionální zdravotníci, kteří pracují s lidmi, u kterých se rozvinula akutní stresová reakce v důsledku vystavení zátěžové situaci. Příkladem jsou vážné dopravní nehody nebo hromadné neštěstí. První psychická pomoc byla v roce 2022 využita celkem u 932 případů (Humpl, 2023.)

Policie ČR zahrnuje tři systémy podpory, kterými jsou: složky posttraumatické intervenční péče, anonymní linka pomoci v krizi a systém kolegiální podpory (Paskudová, 2021; Červinka et al., 2023). Nejrozšířenější je systém posttraumatické intervenční péče, jehož cílem je snížit riziko, které je spojeno s náročným charakterem práce policisty. Pro pomoc občanům je tento systém využitelný v případě mimořádných událostí, kdy členové týmu poskytují zasaženým osobám potřebnou podporu, pomoc a informují je o případných možnostech další odborné léčby. Se systémem posttraumatické intervenční péče je spjata anonymní linka pomoci v krizi, na jejímž chodu se podílí policejní psychologové, sociální pracovníci nebo bývalí policisté z přímého výkonu. Linka funguje v celém roce nepřetržitě a její pracovníci musí projít akreditovaným kurzem telefonické krizové intervence (Červinka et al., 2023).

3.3 Terapeutická léčba

Červinka et al. (2023) rozdělují léčebné postupy podle délky trvání, a rozlišují tak krátkodobou psychologickou léčbu, obvykle bezprostředně po dopravní nehodě, a dlouhodobou psychologickou péči a účinné terapeutické postupy.

Dow (n.d.) se zmiňuje, že děti v celém léčebném procesu mohou být vystavené nepříjemným a neznámým vlivům, jakými jsou hospitalizace či operace. Ačkoliv se většina dětí s nehodou vyrovnává dobře, je nutné zohlednit, že jiným to může trvat déle, protože každé dítě a každá nehoda je jiná.

Jelikož je možných přístupů terapeutické péče mnoho, bude tato část kapitoly zaměřena primárně na ty, u nichž byla zkoumaná jejich efektivita u dětí po dopravní nehodě.

3.3.1 Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT)

TF-CBT je složkový model léčby pro traumatizované děti a jejich pečovatele. Sezení probíhají jak individuálně (pro děti a rodiče zvlášť), tak skupinově (pro děti a rodiče společně). Děti i pečovatelé jsou zapojeni do postupného expozičního procesu, jenž začíná na začátku terapie připuštěním si prožitého traumatu. Dochází k osvojení dovedností, jak se s traumatem vyrovnat, aby se mohl utvořit smysl prožitého traumatu. Model se skládá ze tří fází: stabilizace a rozvoj dovedností, vyprávění o traumatu a jeho zpracování a integrace a upevnování získaných znalostí (Pollio & Deblinger, 2017).

Stevens a Michael (2014) se zmiňují, že TF-CBT zdůrazňuje ústřední roli terapeutického spojení a posilování vlastní účinnosti. Výhodou je, že model vychází z teoretického ukotvení, přičemž zohledňuje vývojové aspekty dětí, což umožňuje poskytnout adekvátní léčbu. Autoři dále provedli případovou studii na mladistvém účastníkovi autonehody, na jejíž následky podlehl jeho kamarád, který byl také v autě přítomný. Společně v doprovodu matky podstoupil TF-CBT terapii, při ní došlo ke zlepšení celkového stavu. Autoři zaznamenali, že se účastníkovi v rámci dlouhodobé terapie vrátil zpět zájem o předešlé aktivity a cítil se více spojený s rodinou a přáteli. Na začátku terapie bylo uvedeno, že mladistvý mívá v důsledku nehody sebevražedné myšlenky, kdežto po ukončení terapie byla zaznamenaná jejich absence, a účastník dokonce uvedl pozitivní výhled budoucích plánů. Také vymizely symptomy související s PTSD.

3.3.2 Hypnotická intervence

Hypnotická intervence není zcela běžně používanou metodou, nicméně z výsledků studie autorů Wood a Bioy (2020) vyplývá, že včasná terapeutická intervence by mohla být užitečná pro prevenci rozvoje PTSD. Během ní se terapeut snaží o to, aby se dítě soustředilo na jeho slova a udrželo v celém procesu pozornost. Předtím musí ovšem dojít k vytvoření spojení mezi hypnoterapeutem a dítětem. Poté pomocí specifického tónu hlasu a různých hypnotických technik pomůže terapeut dítěti najít bezpečné místo nebo se od jádra problému vzdálit.

Ve výzkumu Wooda a Bioye (2020) byly přítomné tři děti, jejichž zranění vzniklo v důsledku dopravní nehody. Autoři pocítují důležitost včasné hypnotické intervence, jelikož v působení této metody došlo u dětí k rychlému vymizení nočních můr. Použití hypnoterapeutických technik je nutné zohlednit vzhledem k věku dítěte, neboť malé děti mají tendenci si vybíjet zlost na nějakém objektu. Terapeut tak dítěti navrhl, aby si představil, že zmenšil auto na malé autíčko, s kterým může zacházet tak, aby se mu pomstil, což mohlo být nejpřínosnější částí terapie.

3.3.3 Desenzibilizace a přepracování očních pohybů (EMDR)

V EMDR se kombinují kognitivní a psychoanalytické techniky skládající se z osmi strukturovaných kroků, které popsal Shapiro (Karadag et al., 2019). Rozdílem této metody a hypnotické intervence je, že EMDR nesměřuje k cílenému dosažení transu, naopak dochází k uzemnění a spojení s realitou (Pedersen, 2022). Hensel (2009) vysvětluje, že postup

EMDR vychází z toho, že se klient soustředí na nejhorší okamžik traumatické vzpomínky, přičemž během celého procesu sleduje terapeutovy prsty. Ten s nimi pohybuje dopředu a dozadu přes vizuální pole klienta po dobu půl minuty.

Z výsledků výzkumu Hensela (2009) vyplývá, že 25 dětí z léčby touto metodou benefitovalo. Výzkumný soubor se skládal z 27 dětí, přičemž u dvou z nich nedošlo ke zlepšení stavu z důvodu vyhýbavého chování a neochoty se účastnit sezení. Děti, které nebyly delší dobu po incidentu léčené, vykazovaly závažnější posttraumatické příznaky, léčba byla tudíž pro ně více přínosná.

3.3.4 Intervenční program CARE

Jedná se o program sloužící k prevenci přetrvávajících posttraumatických reakcí u dětí předškolního věku, které jsou rizikové pro vznik PTSD (De Young et al., 2016). Kramer a Landolt (2014) zmiňují, že program CARE využívá metody, které jsou užitečné pro následnou psychickou rekonvalescenci dětí, jako je psychoedukace nebo výběr věkově vhodných prostředků, kterými jsou hračky a knihy.

Haag et al. (2020) zjistili, že čím dříve se dítěti po nehodě dostane intervence, tím větší je šance na snížení celoživotní zátěže nemocí a dysfunkcí. Podobně snižuje sociální a ekonomické náklady u jednorázového traumatu.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍL

Dětství je klíčové období rozvoje člověka, při němž mohou vážné úrazy vést k trvalým následkům. Jak si děti, které prožily autonehodu hledají vztah k řízení a jací řidiči se z nich následně stávají? Takové otázky dosud nebyly v české literatuře zmapované, ačkoliv zahraniční studie potvrzují, že autonehody mají dopad na psychické prožívání dětí (Stallard et al., 2001; Bryant et al., 2004; Ellis et al., 1998).

Zahraníční studie a literatura se převážně zaměřují na zkoumání prevalence PTSD u dětských obětí autonehod. V mnoha aspektech jsou uvedeny pouze negativní dopady, které z autonehody vyplývají. Nejen to, ale i nedostatek literatury, která by rozváděla zkoumanou problematiku dále do oblasti dopravního chování u dospělých řidičů, byl jeden z důvodů k realizaci bakalářské práce.

Snažíme se tudíž o rozšíření dosavadního vědění a zjištění, zdali se aspekty dopravní nehody projevují v některých oblastech řízení, například ve vztahu k bezpečnosti. Vycházíme z výzkumů, jako je Lucas (2003), z jehož studie vyplývá, že řidiči, kteří se v rámci posledních pěti let stali účastníky dopravní nehody, uváděli významně větší obavy o osobní bezpečnost, obavy z řízení a výraznější negativní a psychické příznaky než řidiči, kteří dopravní nehodu nikdy neprožili.

Cílem práce je přiblížit emoční prožívání řidičů vzhledem k uplynulé autonehodě. Ve studii Mayou et al. (1991) třetina respondentů uvedla, že se po 4-6 letech od nehody u nich vyskytuje úzkost z míst a situací připomínajících nehodu. Úzkost se projevovala i při tom, když byli pasažéři.

4.1 Výzkumné otázky

Ze zjištěné literatury jsme si stanovili 4 výzkumné otázky, které mohou více přiblížit vnímání zkoumané problematiky a naplnit potenciál výzkumného cíle skrze výpovědi účastníků.

- **VO1: Jaké psychické dopady na dopravní chování připisují dospělí řidiči autonehodě z dětství?**

Tato otázka navazuje na teorie jako Ellis et al. (1998) a Mirza et al. (1998), které objasňují, že autonehody mají rozsáhlý dopad na každodenní život. S nehodami souvisejí jevy jako vtíravé myšlenky, změny emoční lability, noční můry, poruchy spánku či omezený společenský život. Rozhodli jsme se tyto myšlenky aplikovat a zkoumat je v rámci dopravního chování. Tím jsme chtěli přiblížit, zdali je autonehoda v dětství stěžejním faktorem v rámci psychického dění při řízení.

- **VO2: Jak dospělí řidiči, kteří v dětství zažili dopravní nehodu, vnímají svůj vztah k riziku a bezpečnosti při řízení?**

Prozkoumáním tohoto vztahu chceme zjistit, jestli jsou u řidičů přítomny znaky rizikového dopravního chování. Clapp et al. (2014) definují tři oblasti problematického chování kam patří: přehnaná bezpečnost a opatrnost, nedostatky ve výkonu a nepřátelské agresivní chování. Kromě toho také na druhé straně bude zjištěn respekt k zákonům a bezpečnostním komponentům.

- **VO3: Jaké dopravní situace vnímají řidiči jako stresující?**

Smyslem této otázky je prozkoumat, zdali se stresující situace podobají předešlé autonehodě. Dále také, jestli jsou pro řidiče stresující více mimořádné události na silnici či počínání jiných řidičů, a jak se s případně negativními následky vyrovnávají.

- **VO4: Jak dospělí řidiči vnímají potenciální pozitivní nebo negativní změny ve svém životě zapříčiněné autonehodou v dětství?**

Zde se chceme dozvědět možné dlouhodobé přínosy či nepříjemnosti, které se přenesly do osobního života účastníků. Například Mayou et al. (1991) zjistili, že několik probandů mělo pocit, že se v důsledku autonehody stali lepšími a bezpečnějšími řidiči, kdy řídí ohleduplněji a pomaleji.

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Při rozhodování, jakého přístupu zvolit, jsme se vzhledem k cílům a otázkám výzkumu přiklonili ke **kvalitativnímu přístupu**, který usiluje o hloubkové poznání zkoumaného jevu. Disman (1993, s. 285) uvádí podstatnou charakteristiku kvalitativního přístupu, kterou je její „nenumerné šetření a interpretace sociální reality.“

Vztah výzkumníka k subjektu je v kvalitativním přístupu těsný, což je zapříčiněno tím, že výzkumník vytváří data společně s účastníky výzkumu. Každý účastník je odlišný, jedním z úkolů výzkumníka je mu dát prostor pro to, aby se tato odlišnost mohla v datech projevit (Miovský, 2006). Ačkoliv řidiče spojuje podobná událost v dětství, je velmi nepravděpodobné předpokládat, že je incident v životě ovlivnil stejným způsobem či tomu jaký význam autonehodě přikládají a jak zpětně celou situaci vnímají.

Reflexivita se řadí mezi klíčové pojmy v kvalitativním přístupu. V zásadě ji můžeme popsat jako vliv činnosti výzkumníka na účastníky výzkumu, kde to stejné platí i naopak (Wooglar, 1996; King 1996, citováno v Miovský, 2006). Pokud se zaměříme pouze na vliv výzkumníka, tak jeho schopnost reflektovat obsah, osobu, čas a místo patří dle Kinga (1996, citováno v Miovský, 2006) do jeho základního repertoáru.

5.1 Typ výzkumu

Jako typ výzkumu v kvalitativním přístupu jsme zvolili využití **případové studie**. Kde podle Hendla (2008) jde o detailní studium jednoho či více případů. Ačkoliv se jedná o práci s méně jedinci, výzkumník získává velké množství dat, jejichž popis aplikuje do celkového kontextu.

Jelikož se náš výzkumný cíl zabývá přiblížením emočního prožívání účastníků v rámci dopravního chování, případová studie byla vzhledem ke své povaze nejlepším možným nástrojem. Miles a Huberman (1994) se zmiňují, že výzkumník prací, kde využívá získané informace jako případy, zdůrazňuje složitost a obsáhlost zkoumaných fenoménů.

5.2 Metody získávání dat

Metodou získávání dat se pro náš výzkum stal rozhovor, přesněji jsme vybrali **polostrukturovaný rozhovor**, kde respondent může o tématu mluvit zcela otevřeně. Dává možnost výzkumníkovi dotazovat se na detaily, které mohly během vyprávění uniknout anebo usměrňovat respondenta v případném odbočení od tématu, které se netýká výzkumných otázek. Je to natolik flexibilní metodou, kde respondent může plně vyvíjet své myšlenky a reflektovat svůj postoj (Smith, 2004).

Pro polostrukturovaný rozhovor jsme se rozhodli, protože jej můžeme označit za pomyslný střed mezi rozhovorem strukturovaným a nestrukturovaným. Z obou typů zde můžeme vytáhnout prvky, které dělají jejich využití velmi přínosnými. Jak se zmiňuje Miovský (2006, s. 161) právě možnost kombinace dělá z polostrukturovaného rozhovoru „téměř ideální výzkumný nástroj pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů v rámci kvalitativního přístupu.“

Možným limitem polostrukturovaného rozhovoru je jeho obtížnost, a to zejména pro tazatele, který nemá dostatečný trénink či zkušenost s touto metodou. Miovský (2006) tvrdí, že ačkoliv výraz, projev a způsob kladení otázek může být limitem, je důležitější se zaměřit na autentický a přirozený projev. Abychom se vyvarovali jakýmkoliv komplikací ze strany výzkumníka, provedli jsme před započítím rozhovorů **pilotní studii**, díky čemuž došlo k přeformulování otázek, tak aby byly pro účastníky, co nejvíce srozumitelné.

Otázky jsme tvořili tak, aby byly v souladu s cíli výzkumu a pokrývaly stanovené výzkumné otázky. Celkem náš seznam čítal 27 otázek, jejichž znění je k nahlédnutí v příloze 5. Každého účastníka jsme se zeptali na pár otázek stěžejních a ostatní použili jako doplňovací. Při jejich vytváření jsme čerpali primárně z literatury teoretické části.

Snažili jsme se o to, aby prostor, v němž bude rozhovor veden, byl jednoho typu pro všechny účastníky, jelikož se u polostrukturovaného rozhovoru vnějšmu prostředí přikládá větší váha (Miovský, 2006). Pro to jsme zvolili osobní setkání v klidnějších kavárnách ve městech odkud účastníci pochází. Jeden rozhovor byl realizován on-line formou, jelikož účastnice, se kterou byl veden, byla v té době na mateřské dovolené. Abychom nepřitěžovali situaci, dohodli jsme se raději na setkání přes platformu Google Meets. Informovaný souhlas jsme zaslali před rozhovorem, a poté jsme dostali oskenovanou kopii s podpisem stvrzující souhlas s účastí.

Před samotným rozhovorem jsme účastníkům předložili informovaný souhlas, kde jsme jim během čtení nechali prostor pro případné dotazy ohledně výzkumu, a poté jsme jim vysvětlili přínos studie. Rozhovory byly realizované od října 2023 do ledna 2024.

Rozhovory byly naplánované tak, aby mezi nimi byl časový odstup. Smith et al. (2009) vnímají za užitečné přepsat první rozhovor před tím, než začneme další, jelikož může sloužit ke změně zvolené strategie a způsobu, jakým rozhovor vedeme.

Průměrná doba rozhovorů byla 55 minut. Nejdelší z nich trval 87 minut. Po ukončení rozhovoru jsme účastníkům poděkovali za jejich ochotu při účasti na výzkumu a vyjádřili, co jejich pomoc pro nás znamená.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Než lze začít analyzovat a kódovat data, je třeba si je upravit do podoby, ve které se s nimi bude moct pracovat. Tímto způsobem zacházení s kvalitativními daty je **data management**. V této fázi dochází k práci s daty technickými způsoby, aby posléze mohly být připravené k analyzování (Miovský, 2006).

Účastníci byli upozorněni v informovaném souhlase, a i před zahájením rozhovoru o tom, že rozhovor bude zaznamenán na **diktafon**. Ten byl přítomen na mobilním telefonu, který byl položen na stranu stolu, aby účastníkům nevyvolával pocit pomyslné bariéry mezi nimi a tazatelem. Kromě toho jsme měli připravený papír, na který jsme se snažili zapisovat stěžejní podněty, které se během rozhovoru vyskytly.

Poté jsme provedli **transkripci dat**, která je procesem převodu dat do textové podoby (Miovský, 2006). Toho jsme se snažili docílit, co nejdříve po ukončeném rozhovoru, abychom nezapomněli zaznamenat důležité okolnosti, na které bychom si po delším časovém odstupu nemuseli vzpomenout. V tomto procesu jsme pracovali s programem Express Scribe, ve kterém jsme mohli zvolit rychlost přehrávání audia a také pomocí zvoleného tlačítka audio zastavit a poté přehrát. To nám umožnilo snazší transkripci dat a ušetřilo mnoho času. Během přepisování dat jsme prováděli **redukci prvního řádu**, kde jsme vyřídili data, jejichž výpovědní hodnota nebyla vzhledem ke zkoumanému tématu relevantní.

Dalším krokem v metodě zpracování dat je již samotné **kódování**, jehož účelem je ke získaným datům, přidělit název vystihující jejich podstatu. Jde o náročný proces, při němž je možné provádět opravy nebo přestrukturovat kódy na základě nově zjištěných skutečností

(Miovský, 2006). K tomu nám posloužil program Atlas.Ti., umožňující s daty graficky pracovat a vzájemně je propojovat podle tematických okruhů, do kterých data přiřazujeme. S rozhovory jsme pracovali jednotlivě, kdy jsme si nejdříve pročetli jejich obsah a poté vytvářeli odpovídající kódy.

Jako metodu analýzy dat jsme zvolili **interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA)**, která se zaměřuje na porozumění žité zkušenosti člověka a tomu, jaký význam přisuzuje určité situaci, což je v souladu s našimi výzkumnými cíli. Pro analýzu IPA je vhodná neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat (Koutná Kostínková & Čermák, 2013, citováno v Říháček et al., 2013). Ačkoliv se Willig (2001) zmiňuje o tom, že v porovnání s jinými kvalitativními přístupy umožňuje IPA více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu, rozhodli jsme se zachovat strukturu analytického postupu Smitha (2009) a kolegů.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

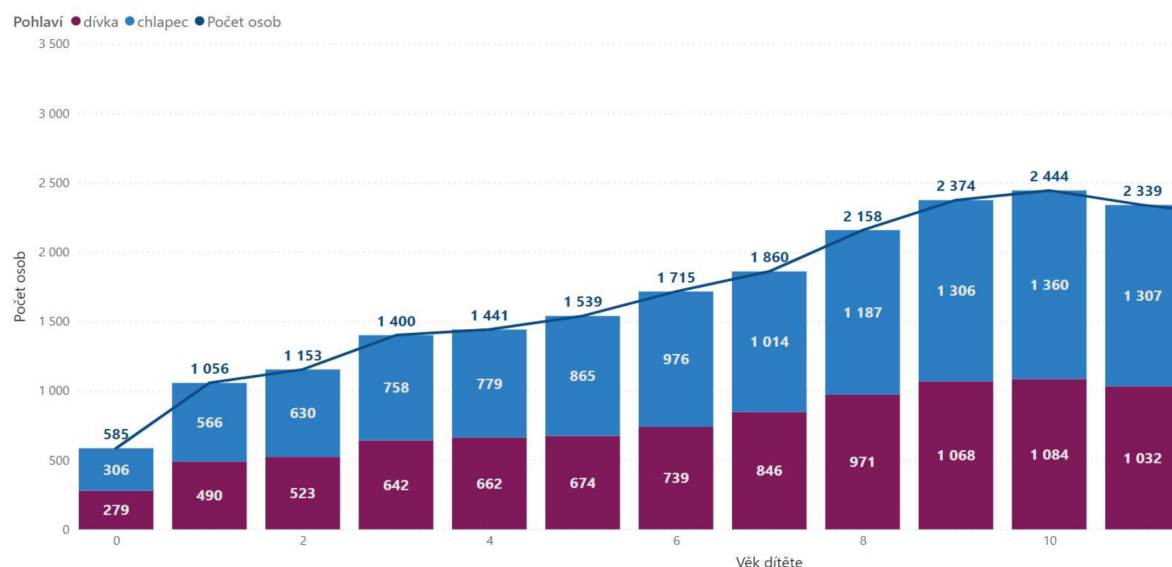
Do výzkumného souboru byli zařazeni dospělí řidiči ve věku od 20–65 let, kteří zažili autonehodu v dětství. K určení věkového rozmezí bylo použito rozdělení dospělosti podle Švancary. Pro zařazení do výzkumného souboru byly požadovány následující tři podmínky:

- **Zažili autonehodu v dětství ve věku do 11 let**
- **Jsou nyní dospělí aktivní řidiči**
- **Během nehody prodělali pouze lehká zranění**

V první podmínce byl stanoven věk prožití autonehody na 11 let a níže, jelikož Švancara vymezuje věk 11 let ve své periodizaci jako milník mezi dětstvím a dospíváním – začátkem pubescence.

Druhá podmínka byla kladena vzhledem k tomu, že následné otázky budou směřovány na dopravní chování. Kvůli tomu je důležité, aby řidiči měli dostatečné zkušenosti, které mohou během rozhovoru předat.

Třetí podmínka týkající se typu zranění je přítomna z etických důvodů. Pokud by byli vybráni řidiči, kteří během nehody utrpěli těžká zranění, mohlo by dojít k vystavení nadměrnému stresu, a to otevřením závažného tématu, které může být pro zúčastněné potenciálně traumatické. Dále také z hlediska dostupnosti v populaci. Pro srovnání ze statistik BESIP (n.d.) vyplývá, že za rok 2023 bylo 2053 dětí lehce zraněno a 100 zraněno těžce oboje v důsledku dopravních nehod.



Graf 1

Následky nehod dle věku a pohlaví osob (BESIP, n.d.)

6.1 Výběr výzkumného souboru

Vzhledem k typu výzkumu byla zvolena nepravděpodobnostní metoda, kterou je prostý záměrný výběr, kde dle Smitha a Osborna (2003, citováno v Smith, 2003) vybíráme skupinu lidí, pro které bude naše výzkumná otázka relevantní. Bernard (2002) a Spradley (1979) se shodují, že kromě znalostí a zkušeností respondentů je důležitá jejich ochota účastnit se a schopnost sdělovat své zkušenosti a názory expresivním a reflexivním způsobem.

Jelikož byly kladeny podmínky, které mohou dále redukovat počet možných účastníků v již tak nízké populaci, stanovili jsme si celkový počet šesti účastníků. To je v souladu se Smith et al. (2009), kteří zmiňují, že velikost vzorku pro diplomové práce využívajících analýzu IPA se doporučuje na 3-6 respondentů, a to především k tomu abychom mohli provést detailní analýzu každého případu.

K informování účastníků o výzkumu byl vytvořen poster, který obsahoval výše zmíněné podmínky k účasti a dále také základní informace, čeho se výzkum týká. Poster byl sdílený do facebookových skupin, které se týkaly dopravy a nehod, kromě toho i do větších měst České republiky cíleně k tomu, abychom mohli oslovit co nejvyšší počet možných účastníků.

Tabulka 3

Demografické údaje účastníků

Jméno (fiktivní)	Věk	Zranění během autonehody	Věk během autonehody
Anna	31	Drobné poranění, modřiny	6 let
Jaroslav	45	Drobná poranění	3 roky
Jana	39	Náraz do hlavy, modřiny	9 let
Miloš	24	Otřes mozku, zlomená pravá lýtková a holení kost, pohmoždění krku	11 let

Adriana	22	Rozsáhlé množství modřin a pohmožděnin po celém těle	8 let
Tomáš	25	Naražená kostrč, modřiny, problémy s pohybem	10 let

7 ETIKA VÝZKUMU

Jelikož je zkoumané téma citlivé, byl kladen důraz na zachycení jakéhokoliv náznaku stresu či diskomfortu u účastníků. K tomu byly pečlivě vybrány otázky, které by neměly tyto pocity u účastníků evokovat. Taktéž před započítím rozhovoru bylo účastníkům sděleno, že pokud by v nich nějaká otázka vyvolávala emoční rozladěnost, tak ji mohou vynechat.

Bezpečí účastníků bylo zajištěno informovaným souhlasem, jehož znění je k nahlédnutí v příloze 4. Účastníci byli seznámeni s tím, že celý rozhovor bude nahráván na zvukové zařízení a s daty nebude zacházeno jinak než k přepisu rozhovoru. Po obhajobě bakalářské práce dojde k vymazání nahrávky z mobilního zařízení. Účastníci měli možnost z výzkumu kdykoliv odstoupit, a to i bez udání důvodu. Jejich účast byla dobrovolná bez nároku na finanční odměnu.

Před tím, než byl proveden rozhovor byla účastníkům v soukromých zprávách prozrazena podstata a záměr výzkumu. To předcházelo tomu, že by účastníci mohli být jakýmkoliv způsobem klamáni.

Aby bylo zachováno soukromí účastníků, tak byly anonymizované veškeré informace, které by poukazovaly na jejich identitu. Reálná jména účastníků tudíž byla náhodně pozměněna. Následné transkripty rozhovoru byly uloženy na zařízení, které bylo zabezpečeno heslem, aby se zabránilo případné vnější manipulaci s výpověďmi.

Po ukončení rozhovoru byla účastníkům kladena otázka, jak se cítí k zachycení jejich momentálního emočního naladění. Dále jim byl připomenut kontakt na autora výzkumu v případě dalších otázek a nejasností. Výsledná verze bakalářské práce byla účastníkům zaslána k nahlédnutí před nahráním do systému STAG.

8 REFLEXE VÝZKUMNÍKA

Tato kapitola se vztahuje k nulté fázi procesu analýzy dat, kde je důležité reflektovat, jaký má autor k tématu vztah. Uvědomění si motivace pro práci s tématem a vlastních prekonceptů je užitečné ve výzkumném procesu, kde autor zastává interpretativní roli. Umožňuje schopnost pracovat efektivně s daty a zajistit jejich validitu analýzy (Koutná Kostínková & Čermák, 2013, citováno v Řiháček et al., 2013).

Tématy týkající se dopravního chování a obecně dopravní psychologií jsem se začal zabývat až na vysoké škole, kde mě bavila čist literatura se zmíněnou tematikou. První myšlenka pro zvolení tohoto téma proběhla při rozhovoru s mojí matkou v autě, kde jsem se náhodně zmínil o tom, proč vždy řídí tak opatrně. Sdělila mi, že měla v dospívání společně s jejím bratrem autonehodu, když poprvé řídil do Plzně. Matka seděla na sedačce pro spolujezdce, a když mířili ke křižovatce viděla, že se z její strany na ně řítí jiné vozidlo. Poté mi vyprávěla, jak se vše rychle v moment nárazu odehrálo, auto se dvakrát přetočilo a ona se jejími slovy do situace po nehodě probudila, jelikož si nepamatuje, co se přesně dělo v době střetu s vozidlem. Oba z toho našťastí vyvázli pouze s lehkým zraněním.

Ne vždy má každý takové štěstí, jako měli moji příbuzní. U svých kamarádů jsem zažil, jaké psychické a emociální následky může smrt při autonehodě zanechat. V listopadu roku 2019 měl jejich spolužák autonehodu při níž nepřežil. S kamarády jsem o tom několikrát diskutoval a byl pro ně ve chvílích, kdy potřebovali psychickou podporu. Kamarádka často zažívala zpětné prožití situace, kdy se jí promítaly hlavou myšlenky na autonehodu.

Myslím, že mě to do značné míry ovlivnilo z pozice řidiče, jelikož jsem pochopil, že se autonehoda může stát doopravdy komukoliv. Řízení vnímám jako nezbytnou činnost, která mi usnadňuje možnost transportace. Často raději volím jiné dopravní prostředky. Zmíněné situace mě z pohledu řidiče formovaly tak, že mám k této aktivitě velký respekt. Prioritou je pro mě ohleduplná a bezpečná jízda před ušetřením si co nejvíce času.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující kapitole nejprve přiblížíme autonehodu z pohledu účastníků, včetně jejich emocionálních prožitků během ní. Dále jsme v rámci analýzy rozhovorů identifikovali hlavní a vedlejší témata, která jsou uvedena v tabulce 4. Nakonec zodpovíme stanovené výzkumné otázky.

9.1 Zkušenosti a příběhy účastníků

Adriana

S Adrianou jsme navázali kontakt prostřednictvím facebookové skupiny, která sdružuje občany města ve Středočeském kraji. Kontaktovala nás soukromou zprávou na platformě Facebook, kde jsme diskutovali o vhodném termínu a místě uskutečnění rozhovoru. V celém procesu byla velmi ochotná a přizpůsobivá, a nakonec jsme se sešli v klidné kavárně ve městě, odkud Adriana pochází.

Adriana zažila dvě autonehody, jednu ve věku 8 let a druhou ve svých 16 letech. Během první nehody jela v osobním vozidle společně s jejími rodiči. Její otec řídil, matka seděla na sedadle pro spolujezdce a Adriana za ní. Pamatuje si, že k nehodě došlo, protože nedostali přednost zprava od vozidla jedoucího po vedlejší silnici. Adriana uvedla, že všichni účastníci naštěstí vyvázli z nehody bez vážnějších zranění. Největší škody se projevíly na stavu vozidla, které bylo následně nepojízdné. Po incidentu přijela policie společně se záchrannou službou, aby prozkoumali vzniklé škody během kolize. Jelikož Adriana kromě rozsáhlého množství modřin a pohmožděnin po celém těle nezaznamenala větší zdravotní komplikace, záchranná služba ji nadále neošetřovala.

Nehoda, která se stala Adrianě v 16 letech, vznikla, když večer přecházela přes přechod a byla sražena protijedoucím vozidlem. Podle Adriany byla nehoda způsobena sníženou viditelností. Následné řešení situace nebylo podle Adriany správné. Řidič se nechtěl přiznat k vině a trval na tom, že chyba stála na straně Adriany, protože prý přecházela mimo přechod. Adriana toto odmítala a podle kamerových záznamů se skutečně nacházela na přechodu. Adriana byla po nehodě v lékařské péči, neboť měla naraženou ledvinu, lehký otřes mozku a problémy s chůzí.

Tomáš

Tomáš byl prvním účastníkem, který projevil zájem, sdělit svůj příběh. Kontakt jsme navázali prostřednictvím facebookové skupiny „Doprava a všem kolem ní“. První zprávy ohledně podstaty a cílů výzkumu jsme Tomášovi zaslali již v červenci loňského roku. Během domluvy byl velmi vstřícný a komunikativní. Následné setkání proběhlo v kavárně.

Tomáš zažil autonehodu ve svých 10 letech společně s jeho matkou. Nehoda se stala, když se vraceli domů během silvestrovského večera. Tomáš seděl ve vozidle vzadu a během celé jízdy nebyl připoutaný. V důsledku sněžení toho dne byly podmínky jízdy náročnější. Při zatáčení dostalo vozidlo kvůli náledí smyk. Tomášovy matce se nepodařilo udržet kontrolu nad vozidlem, a tak sjeli z vozovky. Auto, jak Tomáš popsal, se několikrát převrátilo a nakonec skončilo 20 metrů od silnice. Během toho se Tomáš udeřil do hlavy o okno od dveří. Když vzpomíná na událost, uvědomuje si svého štěstí, neboť mohl být odhozen do přední části vozidla nebo do úložného prostoru, kde by potenciálně hrozilo vyšší riziko poranění. V důsledku nárazu skončilo vozidlo na boku, což vedlo k rozbití oken na jedné straně auta. Tomáš poté vylezl ven skrz rozbité okno a zastavoval v zatáčce projíždějící auta. Kromě zranění hlavy měl po nehodě několik týdnů potíže s pohybem kvůli naražené kostrči.

Nikola

S Nikolou jsme se spojili stejným způsobem jako v případě Adriany, okolnosti výzkumu a potřebné informace jsme jí sdělili již v létě loňského roku. Jelikož Nikola je momentálně na mateřské dovolené a její syn v době plánovaného osobního setkání onemocněl, přistoupili jsme tak k variantě on-line hovoru, aby bylo možné rozhovor provést.

Nikole se autonehoda přihodila v 6 letech, když jela se svou rodinou z hor. Před tím, než se nehoda stala, Nikola ležela na zadních sedačkách a spala, čemuž také připisuje to, že si nehodu pamatuje pouze útržkovitě. Řidič jedoucí za nimi nedobrzdil vozidlo a narazil do zadní části vozidla rodičů Nikoly. Protože Nikola nebyla připoutaná, spadla příčinou nárazu pod sedačky vozidla. Popisovala, že ačkoliv se jí během nehody nepříhodilo žádné větší zranění, pocítila šok a leknutí. Na přivolanou policii čekala na zasněžené vozovce, načež uvedla, že jí byla velká zima. Kromě zmíněného šoku měla Nikola po nehodě drobná poranění a modřiny.

Miloš

Miloš také zareagoval na náš příspěvek ze stejné facebookové skupiny jako Adriana a Nikola, ovšem na příspěvek zveřejněný později, a to na podzim minulého roku. Na místě setkání byl přizpůsobivý a chtěl nám vyjít vstříc. Na základě společné dohody jsme rozhovor provedli v kavárně.

Milošovi se autonehoda stala v 11 letech, kdy jel s jeho starším bratrem a dědou ve večerních hodinách na vernisáž. Milošův děda řídil vozidlo, a jelikož bylo plné lidí, využili přívěsný vozík, do kterého naložili obrazy a další potřebné věci na chystanou vernisáž. Miloš uvedl, že se jim nehoda stala v zatáčce, která je označena cedulí – úsek častých dopravních nehod. Kvůli celodennímu dešti byla vozovka velmi mokrá, a jakmile vozidlo vjelo do zmiňované zatáčky, dostalo smyk, vozík odjel do strany a celé vozidlo s sebou strhl. To nakonec skončilo v protisměru stranou, na které Miloš seděl. Naproti jedoucí vozidlo nestihlo včas zabrzdit a narazilo do nich. Miloš si zpětně myslí, že to bylo zapříčiněno ustrnutím protijedoucí řidičky anebo prodloužením brzdné dráhy kvůli množství napadané vody na vozovce. Poté, co se Miloš po nárazu vzpamatoval, pociťoval silnou bolest celého těla a nemožnost pohybu. Samotný náraz si však nepamatuje. Když byl vytahován z vozidla, vnímal, že je jeho tělo ztuhlé. Přítomné osoby musely Miloše i jeho bratra položit ven na kartony, které byly předtím určené na převážené obrazy, aby venku při čekání na záchrannou službu nepromokli. Při čekání na pomoc zaznamenal, že začal vidět rozostřeně, a to buď šokem z nehody, nebo tím, že jeho tělo vydávalo energii na jiné funkce. Přítomné osoby se ho snažily udržovat při vědomí, aby před příjezdem záchranné služby neomdlel. Po celém incidentu byl hospitalizován, neboť během nehody utrpěl otřes mozku, pohmoždění krku, modřiny a zlomenou pravou lýtkovou a holení kost.

Jaroslav

Jaroslav našel náš příspěvek stejným způsobem jako Tomáš. S Jaroslavem jsme se taktéž domluvili na osobním setkání v kavárně. Tématu byl otevřený, a tak rozhovor proběhl bez jakýkoliv komplikací.

Jaroslav byl účastníkem dopravní nehody dvakrát – když mu byli 3 roky a následně v jeho 15 letech. Z první nehody si pamatuje, že jel společně s rodiči po horské oblasti směrem do kopce, kde byla celá krajina i vozovka zasněžena. Naproti nim jelo vozidlo, které se těmito podmínkám nepřizpůsobilo a narazilo do jejich auta. Jaroslav uvedl, že se protijedoucí auto z kopce celou dobu klouzalo. Jelikož byl během jízdy náležitě zabezpečen v dětské sedačce, která tlumila přímý náraz protijedoucího vozidla, nic závažného se mu

nestalo a z nehody vyvázl pouze s drobnými škrábanci na kůži. Také dodal, že jeho otec byl jeden z prvních, kdo si přivezl do České republiky tuto dětskou sedačku. Jaroslav si myslí, že to byl hlavní faktor, který zabránil případnému většímu zranění.

Druhá nehoda se Jaroslavovi stala při řízení motorky, přičemž uznává, že byla zaviněna jeho počínáním, protože přehlédl dopravní značku. Kvůli nehodě byla křižovatka upravená, a to tím způsobem, že se před ní přidala značka – *Pozor, za sto padesát metrů dej přednost v jízdě*. Jaroslav uvedl, že takové řešení nebylo moc efektivní, protože za tím byla vidět až druhá, vzdálenější křižovatka, takže kvůli přetrvávající nepřehlednosti málem udělal chybu opakovaně. Následkem této nehody měl zlomenou nohu. Poté na motorce jezdil pouze z nutnosti kvůli brigádě a později s jízdou úplně přestal.

Jana

Jana byla také jednou z účastnic, která reagovala na příspěvek zveřejněný ve facebookové skupině, sloužící k vzájemné pomoci občanům. Komunikace s ní byla velmi příjemná a při rozhovoru se projevil Janin vhléd do tematiky poskytování psychologické péče účastníkům dopravních nehod. Setkání se konalo v kavárně.

Nehoda se Janě stala v lednu, když jí bylo 9 let. Společně s celou rodinou se vracela ze své první veřejné klavírní přehrávky v hudební základní umělecké škole. Vraceli se ve večerních hodinách po známé trase, kterou projížděli téměř každý den. Přejeli přes železniční přejezd, za kterým se silnice stáčí do tvaru „S“, a poté následuje dlouhá rovná cesta. Pamatuje si, že v místě, kde se silnice stáčí, řekla Jany matka otci: „Jeď pomalu, je to namrzlý.“ Otec ji ujistil v tom, že jede 60 km/h, matka však nadále trvala na tom, aby jel pomaleji. V ten moment dostalo auto smyk, několikrát se na silnici otočilo a zadní částí vozidla, kde Jana seděla, zajelo do škarpy a narazilo do stromu. Jana měla strach, neboť to pro ni byla neznámá situace, netušila, co se děje, a venku byla tma. Jakmile se vozidlo zastavilo, otec se zeptal, jestli se nikomu nic nestalo. Jana u sebe žádné poranění kromě bolesti hlavy nezaznamenala. Když zjistila, že se nikomu nic nestalo, začala jí situace připadat zajímavá, protože to bylo něco, co nikdy nezažila. Jedno z aut, které jelo za nimi, zastavilo a odvezlo Janu, jejího bratra a matku domů.

9.2 Analýza tematických oblastí

V následující kapitole budou přiblíženy jednotlivé výpovědi účastníků, jimž byly podle jejich významu přiděleny odpovídající kódy. Následně z nich vyvstala hlavní témata

a k nim pojící se podtémata. Uváděny jsou také přímé citace tvrzení účastníků, které pro lepší vizuální přehlednost označujeme *kurzívou*.

Tabulka 4

Rozdělení výpovědí účastníků podle témat

Hlavní témata	Podtémata
Bezpečné chování a důraz na prevenci nehod	<p>Opatrnost</p> <p>Sebevědomí</p> <p>Zkušenost a řešení situací</p> <p>Pravidla a předpisy</p> <p>Zodpovědnost</p> <p>Vědomí o nedostatcích</p>
Psychická změna řidiče	<p>Úzkost a strach</p> <p>Nadměrná přemýšlivost</p> <p>Ponaučení z minulé nehody</p>
Postoj a formování vztahu k řízení	<p>Motivace a přesvědčení</p> <p>Relaxační a odpočinková aktivita</p> <p>Nezbytnost</p>

9.2.1 Bezpečné chování a důraz na prevenci nehod

Opatrnost

Účastníci si uvědomují svou opatrnost v provozu. Ačkoliv se tento rys opakuje, je rozvíjen i v jiných kontextech silničních událostí. Opatrnost byla zmíněna všemi účastníky kromě Tomáše.

Adriana a Jana si připouští, že jsou opatrnými řidiči, ovšem ne v takové míře, aby narušovaly plynulý provoz, nebojí se totiž v různých situacích podřídít ostatním řidičům a dodržovat tím silniční pravidla. Jana se dále vzhledem ke svému stylu jízdy řádně připravuje na cestu.

„Ale vede mě to jednak k tomu, že si dávám třeba časovou rezervu, abych mohla jet v klidu, pomalu.“ (Jana)

Anna, Jana a Jaroslav se společně shodují, že se jejich jízda liší podle toho, zdali jedou sami, nebo s někým jiným – nejčastěji se svými dětmi. Uvědomují si, že pokud vezou jiné osoby, zaměřují se více na bezpečnost jízdy. Vnímají rozdíl mezi jízdou s dětmi a bez nich, Anna například uvádí: *„Vzhledem k tomu, že mám jakoby malý a sportovní auto a uzpůsobený na ten sport, tak jednou za čas, prostě když jedu sama, tak to i trošku jako protáhnou a určitě jedu svižněji i ostřeji, než když jedu s dětma.“*

Anna dále uvádí, že v rámci své opatrnosti hrají roli i vnější podmínky, jelikož v zimě a na podzim se necítí při řízení zcela bezpečně. Objasňuje, že to nesouvisí s jejími schopnostmi, ale spíše s psychickým prožíváním. K tomu, aby v těchto podmínkách zachovala bezpečnost, reguluje svou rychlost.

Anna, Jana a Miloš vnímají, že řízení je určitá dovednost, která se opakováním a tréninkem zlepšuje. Anna to nejvíce pociťuje při jízdě do nějaké neznámé oblasti, kdy bývá opatrnější a pomalejší. Miloš doplňuje, že se opatrnost vytrácí u řidičů, kteří nadhodnocují své schopnosti, kdy mají přesvědčení, že si nemusí dávat tolik pozor.

Pro Adrianu, Miloše a Jaroslava se opatrnost projevuje v předvídání situací a chování jiných řidičů. Jaroslav je zejména opatrný, pokud si myslí, že ho ostatní řidiči nevidí. Pokud může, tak se snaží pomáhat i jiným řidičům, kteří se vyskytnou v podobné situaci.

„Když prostě někde vyjždíte odněkud, kde není vidět, tak vám to pomůže, když vám někdo zastaví, tak já taky jako když úplně nespíchám, tak ty lidi radši pustím.“ (Jaroslav)

Miloš zmiňuje, že řízení je činnost, při níž může člověk někomu ublížit, a tak je důležité dodržovat stanovené postupy, přičemž řízení srovnává s držením střelné zbraně, kdy: *„Ta opatrnost musí být stejná, když to má člověk poprvé v ruce, a i když to má po tisíciátý, nebo jako mnohokrát, že to je stejně pořád nebezpečný to auto i ta zbraň.“*

Pro Miloše hraje roli i vědomí toho, že se mu může kdykoliv nehoda přihodit znovu, aniž by to byla jeho vina. Proto se snaží omezit potenciální rizika, která plynou z jeho strany, jako je třeba telefonování při jízdě. Nechce ohrozit sebe ani ostatní řidiče.

Sebevědomí

Jistá forma sebevědomí ve svých řídičských schopnostech nebo ve znalostech při řešení situací byla přítomna u 5 účastníků, tedy všech vyjma Jaroslava.

Adriana, Jana, Tomáš a Miloš věří ve své schopnosti a cítí, že mají řízení více pod kontrolou. U Adriany je rozdíl v tom, že sice ví, jak vozidlo ovládat, a řídičsky nepotřebuje nic zlepšovat, ale připouští si i nedostatky, které pramení z jejího psychického prožívání. Jelikož Miloš absolvoval lekce řízení týkající se rizikových situací, uvádí, že díky tomu umí vozidlo řídit lépe. Svě znalosti zúročuje tak, aby předcházet nehodám a přemýšlel za lidi, kteří vozidlo tolik neovládají. To mu umožňuje mít větší rozhled a více se věnovat vnějším vjemům.

Tomáš: *„Vím, jak mám řídit, znám svoje schopnosti a zároveň znám schopnosti toho auta.“*

Jana: *„Ale teď, když sama řídím, tak mám pocit, že jako mám tu situaci o něco víc pod kontrolou.“*

U Anny se naopak sebevědomí projevuje tím, že se nenechá vyvést z míry ostatními řidiči. Pokud se na ni někdo tlačí nebo troubí, tak to neřeší, nevyvolává to v ní žádné negativní emoce. Zmiňuje, že nemá problém pouštět vozidla z vedlejších silnic, ačkoliv s tím mohou mít problém jiní řidiči. Anna se za sebe nebojí postavit, pokud ví, že je v právu, neboť přibližuje: *„Tak minule jsem s nima teda taky jako trošku vymetla. Ten mladej kluk na mě zkoušel jako si honit ego a nepochodil.“*

Tomáš se nejraději spoléhá pouze na své schopnosti, jelikož v pozici řidiče vnímá, že jen tehdy má vše pod kontrolou, naopak jako spolujezdec musí spoléhat na to, co umí druhý člověk. Podobně jako v případě Miloše má absolvovaný kurz nad rámec autoškoly – škola smyku. Uvádí, že se díky cítí v rizikových situacích jistější, neboť se dle jeho slov do takových situací dostane každý řidič.

Zkušenost a řešení situací

Zkušenost a řešení situací je tématem, při němž všichni účastníci zmínili své zážitky spjaté s řízením. Jedná se o obsáhlé podtéma, jelikož jsou získané odpovědi různorodé.

Jana a Tomáš měli autonehodu v dětství způsobenou námrazou na silnici. Tomáš se naučil reagovat na situace, které způsobují smyk. Jeho zkušenost také pramení z prostředí, ve kterém řídí. Lidem se totiž, jak Tomáš tvrdí, stává, že musí alespoň jednou do týdne dupnout na brzdu kvůli zvěři. Janě se drobné smeknutí na náledí již přihodilo, ovšem pokud by se dostala do smyku, tak nevěří, že by takovou situaci dokázala zvládnout, protože jí chybí potřebné zkušenosti.

„A pokud člověk neodhadne svou rychlost, protože tam je náledí, zatáčka, něco, tak jako, často tam bývají autonehody. Jsou tam vyložené úseky, kde tady tyto věci vyložené bývají a prostě já jsem na těch úsecích taky milionkrát brzdil.“ (Tomáš)

Dle Tomáše mají lidé autonehody, jelikož jejich prvotní reakce v krizových situacích není správná, což souvisí také s tím, že nemají dostatečné zkušenosti pro to, aby instinktivně provedli správný manévr.

Adriana v rámci těchto situací přibližuje své psychické dění, neboť když se dostane do nečekané situace, tak je její prvotní reakcí šok, což je, jak sama zmiňuje, běžné. Nejdříve ji zaplaví stres a nervozita a až poté je schopna racionálně přemýšlet a situaci vyřešit. Uznává, že jí to trvá delší dobu než běžnému řidiči.

Podobně Anna a Jana zažily dopravní situace, které byly psychicky náročné. Anna měla za poslední dva roky dvě nehody, aniž by jedna z nich byla zapříčiněna její chybou. Manžel ji vždy přiměl po nehodách si znovu sednout za volant a řídit, aby neztratila sebevědomí, což je dle Anny ta nejlepší věc, kterou mohla udělat. Jana zmínila, že v sobě dlouho nese jednu konkrétní situaci, kdy vyjížděla z vedlejší silnice a zahýbala na silnici hlavní, přičemž směrem zleva k ní přijíždělo vozidlo, které vypadalo, že zpomaluje a bliká doprava. Jana usoudila, že vozidlo odbočuje, tak vyjela, ale vozidlo dále pokračovalo rovně a minulo Janu o pár centimetrů, neboť chtělo zaparkovat za křižovatkou. Situace na ni silně působí proto, že vzadu měla své dvě děti.

„To spojení s těma dětma, tak to ve mně jako pracovalo hodně dlouho, a ještě teď jako když o tom mluvím, tak mám husí kůži úplně jako reálně.“ (Jana)

Adriana a Jaroslav vyjádřili zkušenosti, ve kterých předpokládají chyby ostatních řidičů. Jaroslavovi se opakovaně stává při projíždění obytné čtvrti, že si řidiči neuvědomují, že musí dávat přednost zprava. Proto mění svůj styl jízdy a raději v této části přibrzdí a počká, jestli si ho ostatní všimnou a dají mu přednost v jízdě.

Miloš má na rozdíl od ostatních účastníků zkušenosti s psychologickou péčí po nehodě, která mu byla v dětství nabídnuta nemocnicí. Nejvíce se mu na spolupráci líbilo, že si psycholožka zachovávala objektivní pohled, což mu pomohlo v tom, aby mohl od situace poodstoupit. Miloš se v rámci psychologické pomoci vypořádal s negativními emocemi, které měl bezprostředně po nehodě.

„Líbilo se mi, že jsem se mohl s ní bavit a mohla mít na to pohled jakoby správný, špatný nebo jak by něco řešila. Nebo zas od někoho jiného, kdo měl podobnou zkušenost, jak se to řešilo a jak to dopadlo.“ (Miloš)

Pravidla a předpisy

V následujícím podtématu je znázorněn vztah účastníků k pravidlům a předpisům. O jakékoliv formě pravidel se zmínili všichni účastníci.

Adriana a Jana mají podobný názor, co se týče řidičů, kteří nerespektují silniční pravidla a jejich chování může vést k ohrožení ostatních účastníků silničního provozu. Pro Adrianu je velmi nepříjemné, pokud je v autě s někým, kdo porušuje zákony svou rychlou jízdou. Snaží se vždy hlasitě řidiče upozornit na to, aby zpomalili. Pokud ji řidič neposlechne, tak se naštvne a ztrácí v něj důvěru. Společně s Janou sdílí myšlenku, že jsou pravidla stanovena z nějakého důvodu, a o těchto pravidlech nepochybují. Janě kromě porušování rychlosti dále vadí aktivity jako je telefonování a psaní zpráv za volantem.

„Nepochybují, o nich a nepřemýšlím o nich. Prostě to mám nastavený tak, že jako někdo, kdo tomu rozumí víc než já, tak je vytvořil a že mají nějaký svůj smysl. Takže se je opravdu snažím dodržovat.“ (Jana)

Jaroslav a Anna dbají na používání poutacích pásů, které by podle nich měli používat úplně všichni. Oba to nekompromisně vyžadují u svých dětí, čímž je učí tomuto aspektu bezpečného chování. Jaroslav se poutá pokaždé, narozdíl od své manželky, jejíž celá rodina podle Jaroslava pásy nevyužívá.

Jaroslavův pohled na pravidla se odlišuje od ostatních účastníků. Tvrdí, že na pravidla tolik nedbá, spíše dle jeho slov využívá zdravý rozum. Ovšem uvádí, že by nikdy neporušil pravidla jízdou na červenou nebo jízdou v odstavném pruhu na dálnici. Takoví řidiči ho rozčilují a netoleruje je.

„Jakože i když chvátám, tak se prostě snažím, se nedostat do nějaký situace jako krizový. Kdyby to bylo nějaký fakt špatný, tak si dávám pozor.“ (Jaroslav)

Naopak Tomáš tvrdí, že zná zákony více než ostatní řidiči a sleduje více okolní dění. Přesto však často jezdí rychleji, než povoluje maximální stanovená rychlost. Porušování zákonů je v jeho případě vědomé. Například rychlá jízda na dálnici mu pomáhá udržet pozornost.

„Proto abych se třeba nemudil na dálnici a stoprocentně se věnoval řízení tak jedu třeba trošku rychleji, fakt se věnuji řízení, nemyslím na nic jiného.” (Tomáš)

Po Milošově nehodě v dětství vytvořili jeho rodiče společná pravidla, která platí i pro jeho sourozence. Jednou z nich je, aby spolujezdec byl funkční osobou, která pomáhá řidiči a usnadňuje mu práci tím, že ovládá rádio a teplotu. Miloš uvádí, že se snaží řidiči dopomoci například tím, že se dívá z okna na srnky. Dalším pravidlem, které rodiče stanovili, je, že po autoškole budou Miloš a jeho sourozenci povinni jezdit alespoň rok a půl s osobou, která má řidičský průkaz již delší dobu. Miloš s tímto opatřením souhlasil a vnímá jej jako rozumný.

Zodpovědnost

Zodpovědnost je dalším podtématem, kterého se v rozhovoru dotkli všichni účastníci. Představuje pro ně osobnostní rys, který není důležitý jen v rámci osobní bezpečnosti, ale vyžadují jej i u ostatních řidičů.

To zmiňuje především Adriana, která nemůže vystát řidiče, kteří neberou řízení seriózně a jsou za volantem nedůslední, čímž mohou ohrozit ostatní řidiče.

Jak bylo zmíněno již v předešlých podtématech, Tomáš si přál od rodičů k Vánocům školu smyku, aby čerstvě po získání řidičského průkazu mohl trénovat na rizikové situace, jako je třeba náledí, a více poznat hranice svého vozidla. Dále dodává: *„Zároveň se na to koukám z toho bezpečnostního hlediska, protože vím, co se může stát, takže většinou jedu určitým způsobem, aby se nic moc vážného nestalo.”*

Společně s Janou sdílí myšlenku, že je důležité se během řízení plně soustředit pouze na jednu věc. Tomáš má již několik let sestavený stejný seznam písniček, který si neustále přehrává dokola, což mu nevádí, jelikož písničky neposlouchá. Soustředí se tak hlavně na jízdu a hudbu má v pozadí spíše jako kulisu. Pro Janu je neefektivní cokoliv, co odvádí její pozornost od řízení, proto nerada s někým během jízdy mluví nebo telefonuje.

„Ráda poslouchám písničky, to jo, ale když s někým jako jedu, tak se mi většinou jako předem omlouvám, že nebudu moc mluvit, že nejsem komunikativní.” (Jana)

Jana a Anna věří v to, že štěstí přeje připraveným řidičům. Anna si důsledně plánuje cesty, když předpokládá, že by ji mohlo něco zdržet. Tím se snaží zabránit tomu, aby nemusela během jízdy pospíchat. Když si předem vytvoří plán, kudy pojede a co ji na cestě čeká, tak je klidnější. Jana si navíc dává pozor, aby měla včas přezuté pneumatiky a aby použitý vzorek byl kvalitní.

„Zrovna třeba letos jsme to řešili a servisák mi říká: no heleďte se, jako máte to na hraně, tak můžete ještě jezdit. Říkám ne, ne, prostě chci nový.“ (Jana)

Miloš zvažoval, jestli se chce stát řidičem a započít lekce v autoškole. Předtím, než se rozhodl, si zjistil statistiky toho, kolik je ročně úmrtí způsobené dopravními nehodami. Řidičský výcvik zahájil hlavně z důvodu komfortu, jelikož celý svůj život musel dojíždět, nicméně k řízení má stále velký respekt.

Tomáš ještě uvádí, že vždy používá blinkr, třeba i v situacích, kdy by díky přehlednosti komunikace nemusel. Jedná se o dobrý zvyk, který zvyšuje bezpečnost jeho jízdy, stejně jako využívání pásů a kontrolování zpětných zrcátek. To komentuje slovy: *„Zároveň riskovat předjetím nějakého horizontu na to, abych byl doma o 30 sekund dřív se asi úplně nevyplatí.“*

Vědomí o nedostacích

Účastníci jsou si vědomi chyb, kterých se při jízdě dopouští. Kromě situačních chyb se v tomto podtématu zmiňovali i o špatných návycích, které buď přetrvávají, nebo se jim je podařilo odstranit. Celkem 5 účastníků se zmínilo o svých nedostacích.

Jak již bylo zmíněno, tak Tomáš vyjadřuje, že jediným negativem může být jeho preference spíše rychlé jízdy kvůli zvýšení pozornosti a zahnání nudy během řízení.

Pro Jaroslava je zlozvykem nadbytečné troubení. Na druhou stranu se naučil využívat telefon pouze k vyřízení hovorů. Tím, že má ve svých autech všude přibudované úchytné držáky, do kterých mobil vloží, nemusí jej držet v ruce, kdy navíc využívá hlasitý odposlech.

Adriana a Anna uznávají, že je ve vypjatých situacích ovládají emoce a bývají vzteklé. Adriana uvádí, že by mohla zlepšit svou mentální stránku, neboť ve stresových situacích panikaří, což doplňuje takto: *„Jako že nemusela bych se tak nervovat a občas nadávám na ty řidiče. Přitom sama taky nejsem nějak skvělejší řidič, ale mohla bych bejt víc taková flegmatická za tím volantem.“* Ačkoliv Adriana na řidiče občas nadává, bere v potaz,

že každý udělá někdy nějakou chybu, a má pro to pochopení, jelikož se sama neoznačuje za dokonalého řidiče.

Podobně si nevěří Jana, co se týče jejích schopností, pokud jede nějakou neznámou trasou. Vnímá, že v těchto případech má tendence zmatkovat. Pomáhá jí navigace, která jí dodává jistotu, aby se mohla soustředit více na svůj styl jízdy než na okolní faktory.

Anna zažívá šeroslepost, neboť když se mění viditelnost, má zhoršené vidění, což postihuje její řízení. Využívá ovšem preventivní techniky, které jí pomáhají se na zhoršené podmínky adaptovat.

„Jakmile se začne šerit, tak já nevidím, když se setmí a je tma, tak už je to bez problémů, ale prostě takovej ten přechod z toho světla do tmy, tak mi nedělá dobře a já nevidím. Takže musím zastavit těch dvacet minut počkat a pak teprve můžu jet dál.” (Anna)

9.2.2 Psychická změna řidiče

Úzkost a strach

Z hlediska psychického prožívání byly často zmiňovány úzkost a strach. Tyto emoce v určité fázi procesu řízení pociťovali celkem tři účastníci. Objevovaly se buď v dětství po zažité nehodě, nebo poté co účastníci začali již samostatně řídit. Pro většinu již jistá forma úzkosti a strachu vyprchala, někteří se však stále s těmito pocity potýkají, což jim řízení ztěžuje.

Miloše s Janou spojuje strach po nehodě, který změnil jejich pohled na cestování. Zatímco pro Janu byly tyto pocity dočasné, tak Milošovi zapříčinily trvalé změny, kvůli nimž musel upravit aspekty cestování tak, aby se cítil v autě komfortně. Jana zmínila, že se v útlém věku bála čímkoliv jezdit. Pocity strachu se u ní stupňovaly, pokud byla venku námraza, což ji ve vnímání vracelo zpět k její nehodě. Také se bála jezdit místem, kde se nehoda udála.

„V zimě, jakmile byl nějaký poprašek, byla někde nějaká námraza, tak jsem se opravdu bála a hodně jsem se bála v tom konkrétním místě.” (Jana)

Miloš uvádí, že neměl problém sedět ve vozidle vzadu do doby nehody. Nemusí se však jednat pouze o možné zapříčinění nehodou, neboť klade význam i pubertálním vývojovým změnám. Úzkost se u Miloše projevuje tak, že se mu na zadních sedačkách dělá špatně. Naopak pokud sedí vepředu, cítí kontrolu nad vozidlem, přičemž nejraději řídí

sám nebo s někým, koho dobře zná. Pokud řídí osoba, kterou nezná, pociťuje úzkost a dává pozor, neboť jeho důvěra v tomto případě klesá.

„Ale tady to je takový, že když sedím vepředu nebo řídím, tak asi cejtím kontrolu. Nebo možná podvědomě to nemám spojený s tou nehodou, že jsem někde jinde v tom autě, tak se cejtím jako bezpečnější nebo jako dobře, tam to nějak nevnímám. Takže ze začátku, když jsem měl nastoupit dozadu, tak to jsem nezvládl teda, když jsme někam jeli na vyšetření, na kontrolu k doktorce nebo tak.” (Miloš)

Adriana začala být více úzkostná až po autonehodě, a to především ve chvíli, kdy získala řidičský průkaz a řídila sama. Vnímá, že je příčinou nehody úzkostnější, než byla předtím. Při řízení si často představuje, že se jí může znovu přihodit nehoda, a více předpokládá chyby ostatních řidičů.

„Takže myslím si, že to má vliv na to, že jsem taková víc úzkostná a dávám si prostě velkej pozor a kolikrát až moc. Jako zbytečně. Ale jako za mě je to lepší než bejt takovej jako lhostejný vůči tý jízdě.” (Adriana)

Ve srovnání s Milošem Adrianě příliš nezáleží na tom, kdo se ve vozidle nachází. Preferuje, když jí někdo při řízení dělá společnost, což pro Adrianu představuje uvolnění od nervozity a stresu.

Janě dlouho trvalo, než se odvážila řídit v nepříznivých podmínkách. Nevýhodou bylo také to, že se k takové jízdě nedostala ani v autoškole, tudíž nebyla možnost tréninku a vybudování potřebných schopností.

Nadměrná přemýšlivost

Následující podtéma představuje především názor 3 účastníků, kteří vyjádřili, že během řízení nadměrně přemýšlí nad dopravními situacemi.

Pro Tomáše a Janu jsou zatěžující situace, kdy jedou neznámou oblastí a selže jim navigace.

Jana přemýšlela nad možnými problémy především v autoškole, která pro ni byla velmi stresující. Uvádí, že jejími myšlenkami během jízdy byly: *„Co když to pokazím? Nebo co když někam vyjedu, kam nemám? Co když tadyhle zapadnu do škarpy?”*

U Adriany se nadměrná přemýšlivost projevuje, když vjede například do křižovatky, kde začne situaci analyzovat. *„Fakt přemýšlím, kdo má teďka přednost, kdo ji nemá, a když*

třeba vím, jak ta křižovatka funguje, kdo má přednost a kdo ji nemá, tak si říkám, a co když tady to je nějaká výjimka.”

Ponaučení z minulé nehody

Situace, které se přihodily účastníkům v dětství, formovaly dlouhodobé změny týkající se jejich dopravního chování. Většina z nich nyní využívá preventivní techniky zvyšující bezpečnost.

Tomáše, Annu a Jaroslava společně pojí používání bezpečnostních pásů po autonehodě. Plyne to také z toho, že Anna a Tomáš byli v době autonehody v dětství nepřipoutaní. Pro Annu nevyužití bezpečnostního pásu bylo výjimkou a od té chvíle se poutá vždy. Tomáš i při popojíždění ihned sahá po pásu, přičemž podobné chování vyžaduje i po ostatních.

„Stejně mám už ten reflex se automaticky připásat, protože mám tu zkušenost. Stejně tak, i když ke mně někdo sedne do auta, tak trvám na tom, aby byl připásaný. Je to právě že něco, co si kontroluju i víc než ti ostatní.” (Tomáš)

Tomáš si také uvědomil, že se autonehoda může stát komukoliv, a snaží se ovlivnit okolnosti, které snižují riziko nehody, jako je právě znalost zákonů a výcviky nad rámec autoškoly.

Jaroslav výhradně nejedí bez dětské sedačky, jež je určena pro jeho dceru, neboť jeho samotného při nehodě ochránila. Sedačku rodina využívá generačně, využívali ji i Jaroslavovi sourozenci.

Jak již bylo zmíněno, Miloš má od autonehody problém sedět na zadních sedačkách vozidla. Jako spolujezdec dává kdykoliv pozor a snaží se být nápomocný řidičovi.

Adriana kromě toho, že nemůže vystát rychlou jízdu, vždycky pouští na přechodu chodce, neboť má zkušenost s neohleduplnými řidiči.

„Já vždycky pouštím chodce, já nikdy nevynechávám, protože vím, jaký to je, takže to nechci dělat jinejm lidem.” (Adriana)

9.2.3 Postoj a formování vztahu k řízení

Motivace a přesvědčení

Pod tímto tématem účastníci vyjadřují svůj vztah k řízení, který se vyvíjel již v dětství nebo později v autoškolě.

Pro Adrianu, Janu a Jaroslava bylo stát se řidičem automatické, dokonce ani neuvažovali nad možností nevlastnit řidičský průkaz. Jaroslav byl navíc k řízení veden již od útlého věku a postupně se učil řídit na vesnici. Ačkoliv měla Jana pochybnosti o zvládnutí závěrečné zkoušky, její motivací bylo být samostatná ve způsobu dopravy. Naproti tomu Adriana zmiňuje, že neuvažovala nad tím nebýt řidička, když k tomu má možnosti.

„Prostě výzva jako motivace pro mě byla i ta, že jsou lidi, co řídí a zažili si ještě horší zážitky než já. Takže určitě jsem nepřemýšlela nad tím, že bych neřídila. To ne, hlavně bych toho podle mě i litovala.“ (Adriana)

Hlavní motivací k zahájení výcviku pro Tomáše a Miloše byla nedostupnost dopravy, museli totiž často dojíždět. Protože začali řídit, nemuseli se již spoléhat pouze na městskou hromadnou dopravu.

Relaxační a odpočinková aktivita

Co si účastníci představují během řízení jako odpočinkové, se liší. Pro někoho je řízení stresové, někteří jej vnímají jako aktivitu, kterou si užívají.

Adriana a Jana shodně tvrdí, že se dokáží uvolnit, pokud jedou trasou, nad kterou nemusí tolik přemýšlet. U Jany to je především jízda „proježděnou“ oblastí. Naopak Adriana preferuje nejvíce dálnice a silnice I. třídy, neboť jí vyhovuje rovinka, kdežto jízda ve městě je pro ni stresová.

Pro Tomáše a Annu je řízení uvolňující činností a únikem od reality. Popisují, že v ten moment nemusí na nic jiného nemyslet.

„Jako u toho jakoby odpočim, trošku vyčistím hlavu, že vlastně jako nemusím přemýšlet nad tím, co je doma, nebo to, prostě soustředím se jenom jakoby na to řízení na tu silnici.“ (Anna)

Jaroslav uvádí, že si odpočine především při dalekých cestách, nebo když jede sám.

Nezbytnost

Potřebu využívat automobil jako hlavní dopravní prostředek zmínili celkem dva účastníci.

Tomáš vnímá řízení jako nezbytnost z důvodu nedostupnosti dopravy. Kvůli pracovním příležitostem si musel pořídit vozidlo. *„Podle mě je to v dnešní době vyložené potřeba.“*

Zkrácení času stráveného v jiných dopravních prostředcích je významné pro Jaroslava, který autem rozváží dceru po kroužcích, jelikož by to jiným způsobem nestíhali. Uvádí, že by byli bez auta marní.

9.3 Shrnutí výsledků

V následující kapitole budou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky, a to pomocí zjištěných výpovědí účastníků.

Jako první výzkumnou otázku jsme si stanovili: **Jaké psychické dopady na dopravní chování připisují dospělí řidiči autonehodě z dětství?**

Ze sesbíraných rozhovorů vzešly tematické kategorie týkající se psychických změn po autonehodě v dětství, které byly zmíněny v předešlé kapitole, chybí ovšem kategorie nadměrné přemýšlivosti, jelikož účastníci neposuzují minulou autonehodu jako spouštěč tohoto myšlení. Účastníci berou v potaz, že některé změny byly pouze dočasného trvání a s přibývajícím věkem a dopravními zkušenostmi postupně vymizely.

Polovina účastníků uvedla, že v souvislosti s autonehodou v dětství u nich při řízení převládá **úzkost a strach**. Výskyt těchto emocí byl specifický okolnostem nehody. Pro každého z nich se úzkost a strach projevovaly v jiné formě a situačním kontextu. Pro jednoho účastníka to znamenalo trvalý diskomfort cestování v zadní části vozidla, tedy v místě nárazu, neboť samotná přítomnost v něm vzbuzovala úzkost doprovázenou tělesnými projevy. Další účastník vnímá, že je za volantem úzkostnější, než by byl v případě, že by se mu nehoda nepříhodovala. Což také dokazuje tím, že zažívá vizuální představy znázorňující možné způsoby srážky. U posledního účastníka byly pocity strachu a úzkosti dočasné, jelikož byly vyvolány nepříznivými podmínkami k jízdě, jako je námraza. Dále se účastníci z **minulé autonehody poučili**, což vedlo k vybudování si bezpečnostních návyků. Mezi hlavní komponenty patřící do této kategorie spadá používání bezpečnostních pásů, zastavování chodců, užívání dětské sedačky, ostražitost. Účastníci, kteří nezaznamenávají psychické dopady, si jejich absenci odůvodňují tím, že jejich nehoda nebyla natolik závažná.

Znění druhé výzkumné otázky je následující: **Jak dospělí řidiči, kteří v dětství zažili dopravní nehodu, vnímají svůj vztah k riziku a bezpečnosti při řízení?**

Bezpečnost je částečně nastíněna v odpovědi na předešlou výzkumnou otázku. Účastníci se v dopravě **vyhýbají riskování**, přestože provádí manévry jako je předjíždění. Konají je vědomě, aby neohrozili sebe ani ostatní účastníky silničního provozu. Faktor

související s bezpečností je **dodržování zákonů a předpisů**, což se snaží dodržovat většina účastníků. Vyskytuje se též orientace na tyto pravidla, přičemž účastníci vyžadují i v pozici spolujezdce jejich dodržování. Jako nejzávažnější je pro některé nedodržování stanovených limitů **rychlosti**, což jim přivádí nepříjemné pocity. Taktéž negativně hodnotí agresivní řidiče, kteří narušují hranice bezpečné jízdy. Jeden účastník však preferuje **rychlejší jízdu**, přičemž jeho porušování zákonů je vědomé. Nesnaží se riskovat, jelikož přemýšlí nad rizikovostí, brzdnými drahami a stavem vozovky. Když dojde k nebezpečné situaci, stará se nejprve o svou bezpečnost a poté o bezpečnost ostatních.

Dále jsme se snažili prozkoumat: **Jaké dopravní situace vnímají řidiči jako stresující?**

Zaznamenané odpovědi k této výzkumné otázce jsou velmi individuální a souvisejí jak s nečekanými událostmi na silnici, tak s lidským faktorem. Nutno dodat, že ne všichni účastníci vnímají, že jsou pro ně nějaké situace vyloženě stresové. Nejčastěji se tedy jedná o situace zapříčiněné **lidským faktorem**, kdy je uváděna zejména **neohleduplnost** řidičů. Tři účastníci takového řidiče popisují jako potenciálně ohrožujícího, který nedbá na vzdálenost mezi vozidly a utlačuje ostatní řidiče. **Mimořádné události** na silnici bývají stresové pro dva účastníky, kdy mezi psychické projevy uvádějí **šok** a **paniku**. Jako velmi stresová se pro jednoho účastníka jevila situace, při níž hrozilo narušení vlastního bezpečí, kdy vozidlo jedoucí před ním dostalo smyk.

V neposlední řadě jsme se zaměřili na zkoumání výzkumné otázky: **Jak dospělí řidiči vnímají potenciální pozitivní nebo negativní změny ve svém životě zapříčiněné autonehodou v dětství?**

Pro každého autonehoda v dětství znamenala něco odlišného, přičemž se její aspekty mohly přesunout do každodenního života účastníků. Účastníci mezi pozitiva uváděli, že díky nehodě na sebe **dávají v dopravě větší pozor**, a to především rozhlížením a zvýšenou obezřetností na přechodech. Jeden účastník uvedl, že mu autonehoda **více dala, než vzala**, vnímá tuto zkušenost jako varování do budoucna. Navíc díky tomu podnikl kroky ke zvýšení své bezpečnosti v dopravě. Jiného účastníka to naopak přivedlo k **náboženství**.

Jako negativum byla uváděna **větší úzkostnost** a **nedůvěra v ostatní řidiče**, předpokládající jejich chybovost v dopravě. Dále také přetrvávající **strach z nepříznivých podmínek**, mezi něž patří například jízda v zimě. Účastník jako negativní vnímá, že

zpočátku byl při řízení **extrémně opatrný**. Dále zmíněné je i **zranění**, které během nehody účastníci prodělali.

10 DISKUZE

Následující kapitola bude zaměřena na porovnání a přiblížení výsledků výzkumu. Jelikož nebyla dohledána studie, která by byla zaměřena na stejné téma, využíváme pro srovnání podobné studie. Cílem našeho výzkumu bylo přiblížit emoční prožívání dospělých řidičů vzhledem k jejich nehodě v dětství. Inspirací pro výběr tématu této práce byla má matka, která nehodu zažila v dospívání a utrpěla u ní lehká zranění. Nehodě přisuzuje negativní aspekty, jež mají dopad na její dopravní chování.

Jako metodu získávání dat jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor, jehož soubor otázek byl rozdělen ke zjišťování dvou hlavních oblastí. V první části rozhovoru jsme se snažili zjistit, jak účastníci v dětství vnímali nehodu a jaké dopady jí přisuzují. Následně jsme se zaměřili na zkoumání dopravního chování, které jsme specifikovali v rámci určitých dopravních situacích. Z výsledků studie Di Gallo et al. (1997) vyplývá, že děti vykazovaly fobické příznaky, které souvisely se specifickými charakteristiky nehody. Při analýze tematických oblastí jsme našli kategorii, v níž jsou fobické příznaky také zahrnuty. Přesněji se jedná o podtéma úzkost a strach. Podobně jako ve studii Di Galla et al. (1997), kde se děti zdráhaly vstoupit do vozu, dva účastníci v našem výzkumu uvedli, že se u nich rovněž objevil tento druh strachu. Pro jednoho účastníka to bylo specifické při cestování v zadní části vozidla, neboť neměl vyloženě strach z cestování osobním automobilem. Obdobné zjištění plyne z případové studie Jones a Peterson (1993), ve které 3letá dívka prožila nehodu, po které se zdráhala vstoupit do zadní části vozidla, jelikož to bylo místo, na němž seděla v době srážky. Di Gallo et al. (1997) zjistili, že se fobické příznaky pojily ke specifickým charakteristikám nehody, což je v souladu s naším zjištěním. Oproti zkoumaným výsledkům je odlišné, že autonehoda neměla následně souvislost s narušením sociálního života účastníků v dětství.

Ačkoliv jsme nezaznamenali změny vrstevnických vztahů, jak popisují Stallard et al. (2001), u jednoho účastníka se kvůli nehodě změnil vztah s rodiči. Ellis et al. (1998) popsali, že se rodiče stávají vůči svým dětem více protektivními a nastavují jim přílišná pravidla v rámci dopravy. U zmíněného účastníka došlo k formulování nových pravidel cestování, ale nemůžeme se zcela ztotožnit s výsledky Ellise et al. (1998), jelikož účastník s pravidly souhlasil a vnímal je jako rozumné, čímž ho rodiče v dětství nijak neomezovali.

Ve studii Schäfer et al. (2006) bylo zjištěno, že se většina dětí v provozu považovala za opatrnější. Z našich výsledků vyplývá, že opatrnost je stěžejním tématem bezpečnosti, ale nevycházíme z údajů, které odkazují na prožívání v dětství, nýbrž na dopravní chování v dospělosti.

Stallard et al. (2001) zmiňovali bezprostředně po nehodě výskyt nočních můr u dětí, což se u žádného z účastníků, včetně jiných poruch spánku, neprojevovalo.

Mirza et al. (1998) ve své studii uvedli rozsáhlý počet posttraumatických symptomů u dětí a dospívajících včetně procentuálního zastoupení podle četnosti respondentů naplňující tato kritéria. Nezaznamenáváme širší spojitost se zjištěnými výsledky výzkumníků, ovšem pro symptom úzkosti z podnětů připomínající trauma bychom v našem výzkumném souboru našli tři účastníky, pro něž podněty navozující úzkost byly spojeny s rychlou jízdou a vstupem do vozidla po nehodě. Je diskutabilní, zdali by to v tomto případě spadalo do posttraumatických symptomů autorů Mirza et al. (1998), jelikož se všichni účastníci výzkumu shodli na tom, že po nehodě trauma nemají.

Mayou et al. (1991) zmiňují, že osoby po dopravní nehodě mohou trpět specifickým typem úzkosti, při kterém jim nevyhovuje být spolujezdcem, jelikož vědí, že mnoho potenciálních nebezpečí je mimo jejich kontrolu. Obdobnou myšlenku vyjádřil jeden účastník, jenž doplňuje, že musí spoléhat na to, co umí jiný člověk. Nevykazuje tím však znaky úzkosti, jelikož důvěřuje svým schopnostem, preferuje být řidičem.

Tím jsme porovnali výsledky studií zkoumaných v teoretické části práce. Nyní se zaměříme na výzkumné otázky a jejich teoretické ukotvení.

Výsledky první výzkumné otázky jsme již objasnili v souvislosti s teoretickou částí, neboť odkazuje na autory Ellis et al. (1998) a Mirza et al. (1998), kteří našli dopad autonehod na každodenní život. Přesněji uvádí jevy jako vtíravé myšlenky, změny emoční lability, noční můry a poruchy spánku. Naše výzkumná otázka se týkala toho, jaké psychické dopady na dopravní chování připisují dospělí řidiči autonehodě z dětství. Zmíněné jevy autorů se v rámci našeho výzkumu neprojevovaly, ovšem účastníci vyjádřili pozitivní aspekty poučení se z jejich minulých nehod. Nelze zcela objasnit, zda se jedná o dopad na každodenní život, ačkoliv účastníci aplikují zjištěné komponenty v dopravě dlouhodobě. Mezi komponenty, jež účastníci uváděli, patří užívání pásů a dětské sedačky, zastavování chodců a ostražitost.

Ve druhé výzkumné otázce byl kladen důraz na to, jak dospělí řidiči, kteří zažili nehodu v dětství, vnímají svůj vztah k riziku a bezpečí při řízení. Clapp et al. (2014) definovali tři oblasti problematického chování v dopravě, do kterých spadá přehnaná bezpečnost a opatrnost, nedostatky ve výkonu a nepřátelské agresivní chování. Při srovnání našich výsledků s výše uvedenými doménami problémového chování byla nejčastěji zmiňovaná opatrnost. Ačkoli Clapp et al. (2014) klasifikují její přehnanou formu jako problematickou, naše výsledky nenaznačují, že by narušovala, jakkoliv bezpečnost v dopravě. Jeden účastník však uvedl jako negativní aspekt svou přehnanou opatrnost, což bylo zapříčiněno spíše kombinací autonehody a nedostatku zkušeností, jelikož se účastníkova zvýšená opatrnost redukovala tréninkem řízení. Opatrnost zmínilo celkem 5 účastníků. Oproti negativní formě u Clapp et al. (2014) se z našich výsledků opatrnost projevila jako aspekt zvyšující bezpečnost řidičů, neboť vedla k regulaci rychlosti, předvídání chování ostatních řidičů či zvýšené přípravě na jízdu.

Třetí výzkumná otázka není teoreticky ukotvena. Snažili jsme se zjistit, jaké dopravní situace řidiče stresují. Námětem pro další studie by mohlo být zkoumání stresových dopravních situací mezi řidiči, kteří byli i nebyli účastníky dopravních nehod, ke zjištění možných dopadů na bezpečnost silničního provozu a navržení opatření ke snížení stresu. Výzkumnou otázku jsme stanovili, abychom zjistili, zda se jako stresující jeví situace, které mají podobnost nehodě z dětství. Nejčastěji byly uvedeny situace zapříčiněné lidským faktorem a mimořádné události na silnici. Nemůžeme zcela jistě potvrdit, že předešlá nehoda má podobný charakter jako situace, jež řidiči vnímají jako stresující, neboť žádný z účastníků neuvedl, že je pro něj podobná situace dlouhodobě stresová.

Poslední, tedy čtvrtou, výzkumnou otázkou, jsme chtěli zjistit, jak dospělí řidiči vnímají potenciální pozitivní či negativní změny ve svém životě zapříčiněné autonehodou v dětství. Ve studii Mayou et al. (1991) mělo několik probandů pocit, že se v důsledku nehody stali lepšími a bezpečnějšími řidiči, což dokazují tím, že jezdí opatrněji a ohleduplněji. Zjištěné pozitivní změny našeho výzkumu byly různorodé, účastníci však podnikli kroky ke zvýšení jejich bezpečnosti, dávají v dopravě větší pozor nebo se zúčastnili kurzů nad rámec autoškoly.

Limity a přínosy studie

Jak již bylo zmíněno na začátku kapitoly, limitem práce je, že zkoumaná tematika má explorativní charakter. Je málo studií, které by zkoumaly psychické prožívání dětí po

autonehodě. Studii, která by pojímala stejné téma se nám nepodařilo nalézt. Většina zdrojů, která zkoumala psychické následky dopravní nehody u dětí, byla zastaralá, je tudíž možné, že zjištěné informace teoretické části nemusí být zcela aktuální. To vnímáme jako velký limit práce, jelikož z těchto teorií dále čerpáme ke stanovení výzkumných otázek. Mnohem více studií se soustředí na prevalenci posttraumatické stresové poruchy u dětí po nehodách, kdy už dále nezmiňují její dlouhodobé následky.

Dalším limitem souvisejícím s literaturou je odlišné pojímání věkového rozmezí u dětí. Jelikož je většina literatury přejata ze zahraničí, liší se věková hranice, kterou autoři považují za dětství. Často kromě dětí byli ve výzkumech zahrnuti i dospívající, čímž mohlo dojít ke zkreslení dat, neboť uvádíme i procentuální zastoupení údajů, do kterých mohli být zahrnuti.

Automatickým limitem kvalitativního přístupu je nemožnost generalizovat zjištěná data v rámci zkoumané populace. Musíme zohlednit subjektivitu a individualitu každého jedince, čímž nemůžeme poskytnout jasné závěry.

Do limitů je také nutné poznamenat autorovu nezkušenost vedení polostrukturovaného rozhovoru, ačkoliv se s vyšším počtem rozhovorů tato schopnost zlepšila. Zejména při prvním z nich docházelo k ulpívání na seznamu otázek, čímž byla celková doba rozhovoru delší. Snažili jsme se zachovat jednotnost prostředí, ve kterých byly rozhovory vedeny, to se nám ovšem nepodařilo, neboť jeden rozhovor byl realizován on-line formou. Vnímáme, že je rozdíl v autenticitě při srovnání rozhovorů on-line a tváří v tvář.

U případové studie mohlo dojít ke zkreslení dat ze strany účastníků, jelikož ti, kteří prožili autonehodu v nízkém věku, uváděli, že si některé aspekty nehody již přesně nepamatují, neboť se stala před mnoha lety. Jako doporučení pro budoucí výzkumy navrhuje vybrat respondenty, kteří měli autonehodu v dostatečném věku pro to, aby si na ni mohli pamatovat.

Jednou z podmínek pro zařazení účastníků do výzkumného souboru bylo, že z autonehody vyvázli s lehkým zraněním. Někteří účastníci uvedli, že z nehody mají pouze drobná poranění, která dále nespecifikují, není tak jasné, zda poranění skutečně spadá do kategorie lehkých zranění nebo není natolik závažné. To považujeme za největší limit studie.

Přínosem je, že budoucí studie mohou čerpat z přeloženého cizojazyčného textu, ze kterého se skládá teoretická část práce. Za hlavní přínos považujeme poskytnutí vhledu do problematiky a možnou návaznost pro další práce.

11 ZÁVĚR

Výsledky práce vycházejí z rozhovorů s dospělými řidiči, kteří zažili autonehodu v dětství. Projevují se u nich prvky bezpečného chování v dopravě, včetně důrazu na prevenci nehod. Jedním z těchto prvků je **opatrnost**, která byla přítomna u pěti účastníků a byla zmíněna v různých kontextech silničních událostí. Stejně tak pět účastníků vyjádřilo **sebevědomí** ve svých schopnostech ovládnutí vozidla a věří, že mají řízení více pod kontrolou. V rámci **zkušeností a řešení situací** vyjádřili dva účastníci své přístupy k situacím spojeným s minulou nehodou způsobenou náledím. Pro jednoho účastníka tato situace stále představuje výzvu, kterou by nedokázal zvládnout, jelikož nemá potřebné zkušenosti. Naopak druhý účastník, díky škole smyku, kterou podstoupil kvůli této nehodě, se naučil efektivněji reagovat na podobné situace. Účastníci se v dopravě vyhýbají riskování, přestože provádějí manévry jako je předjíždění. Faktor, který souvisí s bezpečností, je **dodržování zákonů a předpisů**, což se snaží respektovat většina účastníků. Rychlá jízda vyvolává nepříjemné pocity u některých účastníků. Kromě toho mají negativní postoj k agresivním řidičům, kteří narušují hranice bezpečné jízdy. Jeden účastník však vědomě porušuje zákony, neboť preferuje rychlejší jízdu, což vysvětloval tím, že mu pomáhá udržet pozornost a zahánit nudu při řízení. Všichni účastníci projevují aspekty **zodpovědnosti** například tím, že se soustředí pouze na řízení. Důsledně se připravují na jízdu a dbají na stav svého vozidla. Pět účastníků si je **vědomo chyb**, kterých se při řízení dopouští. Nejčastěji se jedná o situační chyby a špatné řidičské návyky, které u účastníků přetrvávají nebo které se jim podařilo omezit.

V souvislosti s nehodou v dětství převládá u tří účastníků při řízení **úzkost a strach**. Pro každého z nich se projevovaly v jiné formě a situačním kontextu. U jednoho účastníka se projevovала úzkost, pokud musel cestovat v zadní části vozidla, neboť to bylo místo, kde seděl během nehody. Druhý účastník vnímal, že je v pozici řidiče úzkostnější, než by byl, kdyby se mu nehoda nestala. U posledního účastníka se tyto emoce vyskytovaly dočasně, jelikož se pojily s nepříznivými podmínkami k jízdě, jako byla například námraza. V rámci psychické změny tři účastníci zmínili i **nadměrnou přemýšlivost**, která se především vyskytovala při jízdě neznámými oblastmi a při analyzování dopravních situací. Účastníci se z **minulé autonehody poučili**, což je dalším aspektem přispívajícím k vybudování si

bezpečnostních návyků. Dbají důraz na bezpečnostní komponenty, jako je užívání bezpečnostních pásů a dětské sedačky, pouštění chodců na přechodu a udržování ostražitosti.

U účastníků byl dále zjišťován postoj a formování vztahu k řízení. **Motivaci a přesvědčení** k řízení vyjádřilo pět účastníků. Tři z nich vnímali stání se řidičem jako automatické, neboť nepřemýšleli o tom, že by neměli řidičský průkaz. Pro zbylé dva účastníky byla hlavní motivací k zahájení výcviku nedostupnost dopravy, protože se často museli spoléhat pouze na městskou hromadnou dopravu. Pět účastníků vnímalo řízení v některé formě jako **relaxační a odpočinkovou aktivitu**. Nicméně pro dva z nich je řízení **nezbytností**, bez které by nemohli vykonávat běžné činnosti.

12 SOUHRN

Bakalářská práce se zabývá dospělými řidiči, kteří v dětství zažili autonehodu. Vnímáme důležitost zkoumání tohoto tématu, jelikož psychické prožívání po autonehodách není natolik prozkoumaným tématem, zejména v české literatuře. Inspirací pro vznik této práce byla má matka, která nehodu zažila v dospívání.

V teoretické části práce jsme se nejdříve zabývali psychickými následky autonehody u dětí. Míra výskytu těchto následků byla ve studiích hlášena jako vysoká. Mezi nejčastější problémy, které autoři uvádějí, patří deprese, úzkost, fobie a posttraumatický stres. Výskyt je zhruba mezi 30-50 % případů (Bryant et al., 2010; Grant et al., 2008; Kenardy et al., 2018; O'Donnell et al., 2004). Kromě zmíněných problémů byly hlášeny i změny vztahů v rodinách a vrstevnických vztazích (Stallard et al., 2001). Dále jsme se zaměřili na jednotlivé psychické následky, které se často ve studiích vyskytují. Největší část teoretické práce tvoří druhá kapitola týkající se posttraumatické stresové poruchy u dětí po autonehodách. Zahraniční studie se zaměřují převážně na prevalenci PTSD u obětí dopravních nehod. Na začátku kapitoly jsme srovnali definici PTSD podle klasifikačních systémů. Dále jsme se zmínili o traumatu, symptomech a metodách pro diagnostiku PTSD. V poslední kapitole uvádíme relevantní zahraniční studie a výzkumy. Opomíjeným tématem je ponehodová péče, na kterou jsme se zaměřili v závěrečné kapitole. Hlavní roli v této péči má integrovaný záchranný systém, který jsme detailně popsali, včetně nabízených psychologických služeb. Kromě toho zmiňujeme možné způsoby terapeutické léčby.

Na základě zjištěné literatury jsme definovali výzkumný problém. Snažili jsme se zjistit, zdali se aspekty dopravní nehody projevují i v některých jiných oblastech, kupříkladu ve vztahu k bezpečnosti. Obdobně z výsledků Lucas (2003) vyplývá, že řidiči, kteří měli za posledních pět let zkušenost s nehodou, uváděli větší obavy o osobní bezpečnost, řízení a negativní psychické příznaky než řidiči, kteří dopravní nehodu nikdy neprožili. Stanovili jsme si celkem čtyři výzkumné otázky, kterými jsme chtěli přiblížit vnímání zkoumané problematiky z pohledu účastníků výzkumu.

Vzhledem k cílům a výzkumným otázkám jsme se rozhodli pro kvalitativní přístup, který umožňuje, aby výzkumník společně s účastníky společně vytvářel data. Tím se vytváří těsný vztah mezi výzkumníkem a subjektem. Jako typ výzkumu jsme zvolili využití

případové studie, která byla vzhledem ke své povaze nejlepším možným nástrojem k naplnění výzkumného cíle. Data jsme získávali pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kde respondent může mluvit o tématu zcela otevřeně. Případně jsme se mohli doptat na detaily nebo respondenta usměrňovat, pokud by odbočil od tématu. Rozhovory jsme si nahrávali na diktafon, po čemž jsme získaná data museli převést do textové podoby. Jako metodu analýzy dat jsme zvolili interpretativní fenomenologickou analýzu, která se zaměřuje na porozumění žité zkušenosti člověka a na to, jaký význam určité situaci přisuzuje.

Jak již bylo zmíněno výzkumný soubor tvořili dospělí řidiči ve věku od 20-65 let, kteří zažili autonehodu v dětství. K vymezení věkové hranice dětství jsme využili rozdělení podle Švancary, který vymezuje toto období do věku 11 let. Autonehoda, která se účastníkům stala ve věku do 11 let, byla jednou z podmínek pro zařazení do výzkumného souboru. Dále museli být dospělými aktivními řidiči a při nehodě prodělat pouze lehká zranění.

K zjištění výsledků práce byly všechny rozhovory okódovány a následně přiřazeny do odpovídajících tematických kategorií. Nejobsáhlejší byla kategorie bezpečného chování v dopravě, včetně důrazu na prevenci nehod. Jedním z těchto prvků je opatrnost, která byla přítomna u pěti účastníků a byla zmíněna v různých kontextech silničních událostí. Stejně tak pět účastníků vyjádřilo sebevědomí ve svých schopnostech ovládnutí vozidla a věří, že mají řízení více pod kontrolou. Kromě toho se účastníci vyhýbali riskování, aby nehrozili sebe ani jiné osoby při řízení. Co se týče zkušeností a řešení situací dva účastníci zmínili, že se zpětně setkali se situací, která byla v minulosti příčinou nehody, tedy náledím. Jeden účastník vyjádřil, že tato situace pro něj stále představuje výzvu, neboť nemá dostatečné zkušenosti. Naopak druhý účastník, díky škole smyku, kterou podstoupil kvůli této nehodě, se naučil efektivněji reagovat na podobné situace. Faktor související s bezpečností, je dodržování zákonů a předpisů, což se snaží respektovat většina účastníků. Všichni účastníci projevují aspekty zodpovědnosti například tím, že se soustředí pouze na řízení, důsledně se připravují na jízdu a dbají na stav svého vozidla. Pět účastníků si je vědomo chyb, kterých se při řízení dopouští. Nejčastěji se jedná o situační chyby a špatné řídičské návyky, které u účastníků přetrvávají nebo které se jim podařilo omezit. Psychickou změnou v souvislosti s nehodou v dětství byla u tří účastníků zjištěna úzkost a strach, která se u účastníků projevovala v jiné formě a situačním kontextu. Dále byla zmíněna nadměrná přemýšlivost a

poučení z minulé nehody. Poslední zjištěnou tematickou kategorií byla zjištěna motivace a přesvědčení k řízení.

V diskuzi jsme nejdříve porovnali výsledky studií zkoumaných v teoretické části práce a následně jsme se zaměřili na výzkumné otázky. Z výsledků studie Di Gallo et al. (1997) vyplývá, že děti vykazovaly fobické příznaky, které souvisely se specifickými charakteristiky nehody. Při analýze tematických oblastí jsme našli kategorii, v níž jsou fobické příznaky taktéž zahrnuty. Přesněji se jedná o podtéma úzkost a strach. Ellis et al. (1998) popsali, že se rodiče stávají vůči svým dětem více protektivními a nastavují jim přílišná pravidla v rámci dopravy. U jednoho účastníka došlo k formulování nových pravidel cestování, ale nelze se zcela ztotožnit s výsledky Ellise et al. (1998), jelikož účastník s pravidly souhlasil. Jeden účastník vyjádřil obdobnou myšlenku jako osoby ve studii Mayou et al. (1991), jejímž výstupem je, že se po nehodě vyskytuje specifická úzkost, být spolujezdcem.

Limity našeho výzkumu spočívaly především v nedostatku literatury zabývající se psychickým prožíváním po autonehodách. Většina nalezených studií byla již zastaralá, a tak některé informace nemusí být zcela aktuální. Dalším limitem je odlišné pojetí věkového rozmezí definujícího dětství, které se v různých studiích lišilo. Zbylé zmíněné limity vyplývají z designu výzkumu.

LITERATURA

Alharbi, R., Mosley, I., Miller, C., Hillel, S., Lewis, V. (2019). Factors associated with physical, psychological and functional outcomes in adult trauma patients following road traffic crash: A scoping literature review. *Transportation research interdisciplinary perspectives*, 3, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.trip.2019.100061>

American Psychiatric Association. (2013a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.). In Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (Eds.), *Trauma-informed care in behavioral health services* (s. 78-83). SAMHSA. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf

Bartels, L., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Plener, P., Sachser, C. (2019). The importance of the DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms of cognitions and mood in traumatized children and adolescents: two network approaches. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 60(5), 545–554. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13009>

Bartels, L., Skar, A. M. S., Birkeland, M. S., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., Berliner, L., Jensen, T.K. (2023). The differential impact of the DSM-5 post-traumatic stress symptoms on functional impairment in traumatized children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02266-w>

Beck, J. G., Coffey, S. F. (2007). Assessment and treatment of PTSD after a motor vehicle collision: Empirical findings and clinical observations. *Prof Psychol Res Pr.*, 38 (6), 629–639. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.629>

Bernard, H. R. (2002). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches* (4th ed.). Altamira Press.

BESIP (n.d.). *Děti: Dopravní nehody s účastí dětí a jejich následky*.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiODQzNGY2ZjEtZTYwNy00ZTE3LTg3MzEtZTc1ZDYzNzk4MDE3IiwidCI6IjFkMzMwNGUxLTllNzUtNDEwMi1iMTBiLWI0YTI5MTI5MDQ0ZiIsImMiOjI9>

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R. (1995). Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. In J. G. Beck, S. F. Coffey (Eds.), *Assessment and treatment of PTSD after a motor vehicle collision: Empirical findings and clinical observations* (s.2). Prof Psychol Res Pr. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.629>

- Bryant, B., Mayou, R., Wiggs, L., Ehlers, A., Stores, A. (2004). Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychological Medicine*, 34, 335–346. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001053>
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R., Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 312–320. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050617>
- Budský, R. (2015, 22. června). *Skrytý potenciál ponehodové péče*. <https://www.tymbezpecnosti.cz/novinka/741/skryty-potencial-ponehodove-pece.html>
- Center For Child Trauma Assesment, Services and Interventions. (n.d.). *What is Child Trauma?* <https://cctasi.northwestern.edu/child-trauma/>
- Clapp, J. D., Baker, A. S., Litwack, S. D., Sloan, D. M., Beck, J. G. (2014). Properties of the Driving Behavior Survey among individuals with motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.008>
- Copeland, W. E. (2019, 8. ledna). *Multi-decade Study Found Childhood Trauma Exposure Common, Raising Health Risks in Adulthood*. <https://bbrfoundation.org/content/multi-decade-study-found-childhood-trauma-exposure-common-raising-health-risks-adulthood>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J.A., van den Oord, E. J. C. G., Costello, E. J. (2018). Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA Netw Open.*, 1(7), 1-11. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>.
- County of Los Angeles. (2018). *PTSD-RI-5 Quick Guide – Child/Adolescent*. https://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1061891_PTSD-RI-5Child-AdolescentandParentQuickGuides02072018.pdf
- Craig, A., Elbers, N. A., Jagnoor, J., Kifley, A., Dinh, M., Pozzato, I., Ivers, R. Q., Nicholas, M., Cameron, I. D. (2017). The psychological impact of traffic injuries sustained in a road crash by bicyclists: A prospective study. *Traffic Injury Prevention*, 18(3), 273–280. <https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1248760>

- Červinka, D., Sulíková, B., Kořán, M., Neusarová, J., Brummerová, K., Jurčáková, E., Machálková, D., Bucsházy, K., Kurečková, K., Adamovská, E., Tomešová, L. (2023). *Komplexní systém ponehodové péče v ČR*. Centrum dopravního výzkumu, v.v.i.
<https://www.ponehodovapece.cz/files/e-book.pdf>
- De Vries, A. P., Kassam-Adams, N., Cnaan, A., Sherman-Slate, E., Gallagher, P. R., Winston, F. K. (1999). Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics.*, 104 (6), 1293–1299.
<https://doi.org/10.1542/peds.104.6.1293>.
- De Young, A. C., Haag, A. C. Kenardy, J. A., Kimble, R. M., Landolt, M. A. (2016). Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials. *Trials* 17, 362. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1490-2>
- Di Gallo, A., Barton, J., Parry-Jones, W. (1997). Road Traffic Accidents: Early psychological consequences in children and adolescents. *Cambridge University Press*, 170 (4), 358–362. <https://doi.org/10.1192/bjpp.170.4.358>
- Dickov, A., Mitrovic, S. M., Vuckovic, N., Dickov, V., Dragin, D., Budiša, D., Mitrovic, D., Sekulic-Nad, I. (2010). Post traumatic stress disorder (ptsd) after traffic accident. *Healthmed*, 4 (4), 1037–1043.
https://www.researchgate.net/publication/289194404_Post_traumatic_stress_disorder_ptsd_after_traffic_accident
- Disman, M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Vydavatelství Karolinum.
- Dittrichová, Z., Čapková, M. (2017). Novelizace koncepce psychologické služby HZS ČR. *Časopis* 112, 9, 20-22. <https://www.hzscr.cz/clanek/koncepce-psychologicke-sluzby-pro-obdobi-2017-2025.aspx>
- Dow, B. (n.d.). *Helping your child cope after an accident*.
<https://earlytraumagrieff.anu.edu.au/files/Helping-your-child-cope-after-an-accident.pdf>
- Dvořák, P. (2007). *Integrovaný záchranný systém a jeho financování*. [Bakalářská práce, Masarykova Univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. https://is.muni.cz/th/ha5ye/BP-dvorak_pavel_last.pdf

- Eidlitz-Markus, T., Shuper, A., Amir, J. (2000). Secondary enuresis: post-traumatic stress disorder in children after car accidents. *Isr Med Assoc*, 2 (2), 135–137.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10804937/>
- Ellis, A., Stores, G., Mayou, R. (1998). Psychological consequences of road traffic accidents in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 61–68.
<https://doi.org/10.1007/s007870050048>
- Fagundes, S. N., Lebl, A., Azevedo Soster, L., Sousa e Silva, G. J., Ferreira de Mattos Silveiras, E., Koch, V. H. (2017). Monosymptomatic nocturnal enuresis in pediatric patients: multidisciplinary assessment and effects of therapeutic intervention. *Pediatr Nephrol*, 32, 843–851. <https://doi.org/10.1007/s00467-016-3510-6>
- Foa, E. B., Asnaani, A., Zang, Y., Capaldi, S., Yeh, R. (2018). Psychometrics of the Child PTSD Symptom Scale for DSM-5 for trauma-exposed children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 38–46.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1350962>
- Gillies, M. L., Barton, J., Di Gallo, A. (2003). Follow-Up of Young Road Accident Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 523–526.
<https://doi.org/10.1023/A:1025774915005>.
- Gopinath, B., Jagnoor, J., Elbers, N., Cameron, I. D. (2017). Overview of findings from a 2-year study of claimants who had sustained a mild or moderate injury in a road traffic crash: prospective study. *BMC research notes*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2401-7>
- Grant, D. M., Beck, J. G., Marques, L., Palyo, S. A., Clapp, J. D. (2008). The structure of distress following trauma: Posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 662–672.
<https://doi.org/10.1037/a0012591>
- Green Space Health. (2020, 17. listopadu). *Child PTSD Symptom Scale (CPSS-5)*.
<https://greenspacehealth.com/en-us/child-ptsd-symptoms-cpss-5/>
- Haag, A. C., Landolt, M. A., Kenardy, J. A., Schiestl, C. M., Kimble, R. M., De Young, A. C. (2020). Preventive intervention for trauma reactions in young injured children: results of a multi-site randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatr*, 61, 988-997.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13193>

- Hamblen, J., Barnett, J. (n.d.). *PTSD in Children and Adolescents*.
https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/specific/ptsd_child_teens.asp
- Hasičský záchranný sbor (n.d.). *Psychologická služba*.
<https://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx?q>
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum – základní teorie, metody a aplikace* (2nd Ed.).
Portál.
- Hensel, T. (2009). EMDR With Children and Adolescents After Single-Incident Trauma.
Journal of EMDR Practice and Research, 3 (1), 2–9. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.1.2>
- Hruska, B., Irish, L. A., Pacella, M. L., Sledjeski, E. M., Delahanty, D. L. (2014). PTSD symptom severity and psychiatric comorbidity in recent motor vehicle accident victims: A latent class analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 644–649.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.009>
- Humpl, L. (2023, 10. října). *Systém psychosociální intervenční služby v ČR*.
<https://www.zzsmsk.cz/Default.aspx?clanek=20361>
- Charitaki, S., Pervanidou, P., Tsiantis, J., Chrousos, G., Kolaitis, G. (2017). Post-traumatic stress reactions in young victims of road traffic accidents. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351163>
- Child Outcomes Research Consortium. (n.d.). *Child Revised Impact of Events Scale (CRIES)*. <https://www.corc.uk.net/outcome-experience-measures/child-revised-impact-of-events-scale-cries/>
- International Society for Traumatic Stress Studies. (n.d.). *UCLA Posttraumatic Stress Disorder Assessment Tools*. <https://istss.org/clinical-resources/assessing-trauma/ucla-ptsd-assessment-tools>
- Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí*. Grada
- Jones, R. W., Peterson, L. W. (1993). Post-traumatic Stress Disorder in a Child Following an Automobile Accident. *The Journal of Family Practice*, 36 (2), 223–225.
https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1993-volume_36-37/JFP_1993-02_v36_i2_post-traumatic-stress-disorder-in-a-chil.pdf

- Karadag, M., Gökçen, C., Sarp, A. S. (2019). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24 (1), 1-6.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Kenardy, J., Edmed, S. L., Shourie, S., Warren, J., Crothers, A., Brown, E. A., Cameron, C. M., Heron-Delaney, M. (2018). Changing patterns in the prevalence of posttraumatic stress disorder, major depressive episode and generalized anxiety disorder over 24 months following a road traffic crash: Results from the UQ SuPPORT study. *Journal of Affective Disorders*, 236, 172–179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.090>
- Keppel-Benson, J. M., Ollendick, T. H., Benson, M. J. (2002). Post-traumatic stress in children following motor vehicle accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (2), 203–212. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00013>
- King, N. (1996). Reflexivity and the researcher: Personal, political and practical considerations. In M. Miovský. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (s. 75). Grada
- Kissen, D. (2017). *How to Prevent Trauma From Becoming PTSD*. <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/how-prevent-trauma-becoming-ptsd>
- Kocourková, J., Koutek, J. (2017). Posttraumatická stresová porucha u dětí a dospívajících. *Čes a slov Psychiat*, 113 (3), 128–131. <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1151>
- Koutná Kostínková, J., Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych. (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita
- Kovacevic, J., Miskulin, M., Degmecic, D., Vcev, A., Leovic, D., Sisljagic, V., Simic, I., Palenkic, H., Vcev, I., Miskulin, I. (2020). Predictors of mental health outcomes in road traffic accident survivors. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2), 309.
<https://doi.org/10.3390/jcm902030>
- Kramer, D. N., Landolt, M. A. (2014). Early psychological intervention in accidentally injured children ages 2–16: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1), 1-13. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24402>

- Lack, C. W., Sullivan, M. A., Knight, L. (2008). Assessing Posttraumatic Stress in Children: A Review and Further Examination of the Psychometrics of Frederick's Reaction Index. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1 (3), 225-232.
<https://doi.org/10.1080/19361520802279141>
- Lakha, S. F., Hapidou, E. G., Robinson, J., Mailis, A. (2022). Comparison of motor vehicle accident (MVA) survivors and non-MVA pain patients attending an interdisciplinary pain management program. *Psychological Injury and Law*, 15, 385–394.
<https://doi.org/10.1007/s12207-021-09440-y>
- Landolt, M. A., Vollrath, M. E., Gnehm, H. E., Sennhauser, F. H. (2009). Post-traumatic stress impacts on quality of life in children after road traffic accidents: prospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (8), 746-753.
<https://doi.org/10.1080/00048670903001919>
- Lin, W., Gong, L., Xia, M., Dai, W. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorder among road traffic accident survivors: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97 (3), 1-7. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009693>
- Lorenz & Lorenz. (2023, 22. března). *Delayed Injury Symptoms After a Car Wreck: What To Look for, What To Do Next*. <https://www.lorenzandlorenz.com/blog/6-delayed-symptoms-after-a-car-accident/>
- Lucas, J. L. (2003). Drivers' psychological and physical reactions after motor vehicle accidents. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 6(2), 135–145. [https://doi.org/10.1016/S1369-8478\(03\)00021-4](https://doi.org/10.1016/S1369-8478(03)00021-4)
- Marasini, G., Caleffi, F., Machado Morais, L., Pereira Medeiros, B. (2022). Psychological consequences of motor vehicle accidents: A systematic review. *Transportation Research Part F: Psychology and Behaviour*, 89, 249–264. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2022.06.017>
- Mayo Clinic. (n.d.). *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/symptoms-causes/syc-20355967>
- Mayou, R., Simkin, S., Threlfall, J. (1991). The effects of road traffic accidents on driving behaviour. *Injury*, 22 (5), 365–368. [https://doi.org/10.1016/0020-1383\(91\)90095-V](https://doi.org/10.1016/0020-1383(91)90095-V)

- Merecz, D., Waszkowska, M., Wezyk, A. (2012). Psychological consequences of trauma in MVA perpetrators – Relationship between post-traumatic growth, PTSD symptoms and individual characteristics. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 15(5), 565–574. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2012.05.008>
- Mezinárodní klasifikace nemocí. (2023, 1. ledna). *F40-F48 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*. <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F43.1>
- Michigan Auto Law. (n.d.). *Depression After Car Accident: What You Need To Know*. <https://www.michiganautolaw.com/personal-injury-lawyer/depression-after-car-accident/>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage Publications
- Milnes, M. (n.d.). *When Do Symptoms Surface Post Auto Accident?* <https://activefl.com/auto-accidents-car-injuries/when-do-symptoms-surface-post-auto-accident>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mirza, K.A., Bhadrinath, B.R., Goodyer, I. M., Gilmour, C. (1998). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *The British journal of psychiatry*, 172, 443–447. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.5.443>
- National Institute of Mental Health. (n.d.). *Coping With Traumatic Events*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/coping-with-traumatic-events>
- Néveus, T. (2011). Nocturnal enuresis—theoretic background and practical guidelines. *Pediatr Nephrol.*, 26 (8), 1207–1214. <https://doi.org/10.1007/s00467-011-1762-8>
- NHTSA. (2023). *Children: 2021 data*. <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/ViewPublication/813456>
- NYU Langone Health. (n.d.). *Diagnosing Post-traumatic Stress Disorder*. <https://nyulangone.org/conditions/post-traumatic-stress-disorder/diagnosis>
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Pattison, P., Atkin, C. (2004). Psychiatric Morbidity Following Injury. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 507–514. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.507>

- Oloffsson, E., Bunketorp, O., Andersson, A. L. (2009), Children and adolescents injured in traffic – associated psychological consequences: a literature review. *Acta Paediatrica*, 98, 17-22. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00998.x>
- Paskudová, A. (2021). *Posttraumatická intervenční péče u zaměstnanců Policie ČR*. [Bakalářská práce, Univerzita Palackého]. Theses. https://theses.cz/id/ljac9/BDP_Paskudova.pdf
- Pedersen, T. (2022, 19. září). *Can Hypnotherapy Help with Trauma?* <https://psychcentral.com/health/hypnotherapy-trauma>
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a Screening Instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 487–498. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002419>
- Policie ČR. (n.d.). *Dopravní nehoda*. <https://www.policie.cz/clanek/pomoc-obetem-tc-dopravni-nehoda.aspx>
- Policie ČR. (n.d.). *Informace pro osoby zasažené mimořádnou událostí*. <https://www.policie.cz/clanek/informace-pro-osoby-zasazene-mimoradnou-udalosti.aspx>
- Policie ČR. (n.d.). *Psychologické dopady mimořádné události*. <https://www.policie.cz/clanek/psychologicke-dopady-mimoradne-udalosti.aspx>
- Pollio, E., Deblinger, E. (2017). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for young children: clinical considerations. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1-8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1433929>
- Pýcha, J. (2010). *Dítě jako účastník dopravní nehody*. [Bakalářská práce, Ostravská univerzita]. <https://portal.osu.cz/wps/portal/dipl?urlid=prohlizeni-prace-detail&praceIdno=16164>
- Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., Schnurr, P. P., Keane, T. M., Blake, D. D., Newman, E., Nader, K. O., Kriegler, J. A. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 - Child/Adolescent Version*. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp>
- Salmon, K., Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review*, 22 (2), 163-188. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00086-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00086-1)

- Sandberg, S. (2007). Childhood stress. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (s. 472–478). Academic Press
- Schäfer, I., Barkmann, C., Riedesser, P., Schulte-Markwort, M. (2006). Posttraumatic Syndromes in Children and Adolescents after Road Traffic Accidents – A Prospective Cohort Study. *Psychopathology*, *39* (4), 159–164. <https://doi.org/10.1159/000092676>
- Schreuder, B. J., & Kleijn, W. C. (2001). Intrusive phenomena after psychotrauma. In L. Wittmann, D. Zehnder, M. Schredl, O. G. Jenni, M. A. Landolt (Eds.), *Posttraumatic Nightmares and Psychopathology in children after road traffic accidents* (s. 232-234). Journal of Traumatic Stress. <https://doi.org/10.1002/jts.20514>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *1*(1), 39–54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. Sage Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 51–80). Sage Publications
- Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Holt Rinehart & Winston
- Stallard, P., Smith, E. (2007). Appraisals and cognitive coping styles associated with chronic post-traumatic symptoms in child road traffic accident survivors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48* (2), 194–201. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01692.x>
- Stallard, P., Velleman, R., Baldwin, S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *BMJ*, *317* (7173), 1619–1623. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7173.1619>
- Stallard, P., Velleman, R., Baldwin, S. (2001). Children Involved in Road Traffic Accidents: Psychological Sequelae and Issues for Mental Health Services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *6* (1), 23–39. <https://doi.org/10.1177/1359104501006001004>

- Stallard, P., Velleman, R., Baldwin, S. (2001b). Recovery from post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: The role of talking and feeling understood. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *11*(1), 37–41. <https://doi.org/10.1002/casp.610>
- Stallard, P., Velleman, R., Langsford, J., Baldwin, S. (2001a). Coping and psychological distress in children involved in road traffic accidents. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 197–208. <https://doi.org/10.1348/014466501163643>
- Stevens, A. E., Michael, K. D. (2014). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Applied to Childhood Traumatic Grief in the Aftermath of a Motor-Vehicle Accident: A School-Based Case Study. *Clinical Case Studies*, *13*(5), 405-422. <https://doi.org/10.1177/1534650113517932>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). SAMHSA's working definition of trauma and principles and guidance for a trauma-informed approach [Draft]. In Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Eds.), *Trauma-informed care in behavioral health services* (s.2). SAMHSA
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. SAMHSA. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]*. SAMHSA. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30199184/>
- Špaček, F. (2009, 26. června). *Integrovaný záchranný systém*. <https://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranný-system.aspx>
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Open University Press.
- Winje, D., Ulvik, A. (1998). Long-term Outcome of Trauma in Children: The Psychological Consequences of a Bus Accident. *J. Child Psychol. Psychiat.*, *39* (5), 635–642. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00363>
- Wittmann, L., Zehnder, D., Schredl, M., Jenni, O. G., Landolt, M. A. (2010). Posttraumatic Nightmares and Psychopathology in children after road traffic accidents. *Journal of Traumatic Stress*, *23*, 232–239. <https://doi.org/10.1002/jts.20514>

Wood, CH., Bioy, A. (2020). Early Hypnotic Intervention After Traumatic Events in Children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 62, 380–391.

<https://doi.org/10.1080/00029157.2019.1659128>

Wooglar, S. (1996). Psychology, qualitative methods and the ideas of science. In M. Miovský. (Ed.), *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (s. 75). Grada

World Health Organization. (2009). *Global status report on road safety: Time for action*. World Health Organization.

Zákon č. 239/2000 Sb., *zákon o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů* (2024). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-239>

Zákon č. 273/2008 Sb., *zákon o Policii České republiky* (2022).

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-273>

Zákon č. 374/2011 Sb., *zákon o zdravotnické záchranné službě* (2024).

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

Seznam tabulek, obrázků a grafů

Tabulky

Tabulka 1	10
Tabulka 2	18
Tabulka 3	40
Tabulka 4	48

Obrázky

Obrázek 1	17
-----------------	----

Grafy

Graf 1	39
--------------	----

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- 1. Abstrakt bakalářské práce**
- 2. Abstract of thesis**
- 3. Informovaný souhlas**
- 4. Seznam otázek k rozhovoru**
- 5. Témata v programu Atlas.ti**

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislosti autonehody v dětství se silničním chováním u dospělých řidičů

Autor práce: Josef Páral

Vedoucí práce: doc. PhDr. Matuš Šucha, Ph.D.

Počet stran a znaků: 83 stran, 128 751 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 113

Abstrakt (800–1200 zn.):

Cílem práce je přiblížit emoční prožívání dospělých řidičů vzhledem k minulé autonehodě v dětství. Teoretická část práce je zaměřena na období dětství a zahrnuje kapitoly o psychických následcích autonehody, posttraumatické stresové poruše a ponehodové péči. Ve výzkumné části práce se dotazujeme šesti účastníků pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Jako typ výzkumu je využita případová studie, která slouží k detailnímu studiu jednoho či více případů. Vzhledem k podstatě a cílům výzkumu je jako metoda analýzy dat zvolena interpretativní fenomenologická analýza. Z výsledků práce vyplývají tři hlavní tematické kategorie: bezpečné chování a důraz na prevenci nehod, psychická změna řidiče a postoj a formování vztahu k řízení. Díky tomu jsou zodpovězeny čtyři výzkumné otázky. Specificky okolnostem nehody je u účastníků přítomný úzkost a strach, který se projevuje v odlišných situačních kontextech. Přínosem práce je překlad cizojazyčného textu a poskytnutí vhledu do problematiky psychického prožívání po dopravních nehodách.

Klíčová slova: dětství, autonehoda, PTSD, dopravní chování

Příloha 2: Abstract of thesis

ABSTRACT OF THESIS

Title: The connections of a car accident in childhood with the road behavior of adult drivers

Author: Josef Páral

Supervisor: doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Number of pages and characters: 83 pages, 128 751 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 113

Abstract (800–1200 characters):

The aim of the thesis is to approach the emotional experience of adult drivers in relation to a past car accident in childhood. The theoretical part of the thesis focuses on the childhood period and includes chapters on the psychological consequences of the car crash, post-traumatic stress disorder and post-accident care. In the research part of the thesis, six participants are interviewed using a semi-structured interview. A case study is used as the research type to study one or more cases in detail. Given the nature and objectives of the research, interpretative phenomenological analysis is chosen as the method of data analysis. Three main thematic categories emerge from the results of the study: safe behaviour and emphasis on accident prevention, psychological change of the driver, and attitude and formation of relationship to driving. As a result, four research questions are answered. Specific to the circumstances of the accident, anxiety and fear are present in the participants and are expressed in different situational contexts. The contribution of this thesis is the translation of a foreign language text and the provision of insight into the issue of psychological experiences after traffic accidents.

Key words: childhood, car accident, PTSD, traffic behaviour

Příloha 3: Informovaný souhlas



KATEDRA
PSYCHOLOGIE
UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI



Univerzita Palackého
v Olomouci

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu diplomové práce

Název práce: Souvislosti autonehody v dětství se silničním chováním u dospělých řidičů

Autor práce: Josef Páral

Vedoucí práce: doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu v rámci bakalářské práce s názvem: „Souvislosti autonehody v dětství se silničním chováním u dospělých řidičů“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce. Dále beru na vědomí, že rozhovor bude nahráván na zvukové zařízení. Nahrávka slouží pouze k přepisu rozhovoru a nebude dále nijak šířena. Po obhajobě bakalářské práce dojde k jejímu vymazání.

Byly mi zodpovězeny všechny mé dotazy. Jsem si vědom/a toho, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Podpisem níže vyjadřuji souhlas s účastí na tomto výzkumu.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 4: Seznam otázek k rozhovoru

Rozhovor

Demografické údaje účastníka:

- Respondent (fiktivní jméno):
- Pohlaví:
- Věk:
- Zranění:
- Věk (během autonehody):

Otázky pro respondenty

Mohl/a byste mi, prosím, přiblížit Vašima očima autonehodu, která se Vám stala v dětství? Samozřejmě se nemusíte zmiňovat o detailech, které by Vám byly nepříjemné či vyvolávaly úzkostné pocity.

1. Jaký má minulá autonehoda v dětství vliv na Vaše současné řidičské dovednosti nebo pocity při řízení?
2. Jak se s tímto vyrovnáváte a co Vám pomáhá?
3. Má minulá nehoda nějaký vliv na Vaše každodenní rozhodování ohledně cestování nebo volby dopravního prostředku?
4. Co děláte abyste zvládal/a své emoce během řízení lépe, zejména pokud jsou spojené s minulou nehodou?
5. Řešil/a jste předešlou autonehodu s někým v dětství?
6. Měl/a jste nějaké pochybnosti o tom, zda se chcete stát řidičem/řidičkou a jaké?
7. Co Vás naopak motivovalo k tomu zahájit řidičský výcvik?
8. Jak často používáte osobní automobil jako svůj hlavní dopravní prostředek?
9. Jaký je Váš vztah k řízení?
10. Jaký je Váš pohled na své schopnosti jako řidiče? V čem vidíte své silné, a naopak slabé stránky?
11. Jak reagujete z pozice řidiče na stresové situace na silnici? *Jako je například náhlé brzdění nebo neočekávaná událost.*
12. Jak byste popsal/a svůj styl jízdy? Považujete se spíše za opatrnějšího řidiče?
13. Jaký je Váš postoj k rychlé jízdě?
14. Jak dbáte na bezpečnost při řízení ve srovnáním s řidiči ve Vašem nejbližším okruhu?
15. Jsou nějaké dopravní situace, které ve Vás vyvolávají pocity agrese a jaké?
16. Co Vám pomáhá k tomu potlačit tuto agresi?
17. Víte o nějakém zlovyku, kterého se dopouštíte při řízení?
18. Jaké pocity u sebe vnímáte, že zažíváte před tím, než se vydáte na cestu?
19. Pociťujete větší nervozitu, pokud vezete v autě někoho dalšího?
20. Jak se naopak cítíte z psychického hlediska jako spolujezdec při jízdě s jinou osobou?
21. Ve kterých dopravních situacích se cítíte nejistí nebo ve stresu?
22. Víte o nějakých vnějších okolnostech, *jako např. počasí*, které Vám zvyšují stres během jízdy?

23. Jaké případné pozitivní změny ve Vašem životě autonehoda zanechala?
24. Přesunuly se negativní dopady autonehody do jiných aspektů Vašeho života?
25. Jak pracujete na jejich eliminaci?
26. Zvažoval/a jste odbornou pomoc ke zpracování Vašich emocí po nehodě?
27. Jaký je Váš názor na poskytování terapeutické péče účastníkům dopravních nehod?

Máte ještě některé otázky, které nebyly vyřčené? Případně chcete něco doplnit?

Příloha 5: Témata v programu Atlas.ti

