



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

**Fakulta biomedicínského inženýrství  
katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**

**Emoční prožívání jedince při dopravní  
nehodě**

**Emotional Experience of an Individual During a Traffic  
Accident**

**Bakalářská práce**

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Plánování a řízení krizových situací

Vedoucí práce: Ing. Roman Říha

**Kamila Michalíková**

## Z a d á n í   b a k a l á ř s k é   p r á c e

Student: **Kamila Michalíková**  
Obor: Plánování a řízení krizových situací  
Téma: **Emoční prožívání jedince při dopravní nehodě**  
Téma anglicky: Emotional Experience of an Individual During a Traffic Accident

### Zásady pro vypracování:

Předmětem bakalářské práce bude popsat emoční prožívání jedinců integrovaného záchranného systému, kteří zasahují při dopravních nehodách a to, jak se s danou situací dokáží vypořádat. Teoretická část bakalářské práce se bude zaměřovat na teorii dopravních nehod, jejich charakteristiku, odbornou terminologii dané problematiky a popis posttraumatické péče zasahujícím členům nacházejících se na místě dopravní nehody. V praktické části bude provedena analýza dopadů dopravních nehod na psychiku zasahujících příslušníků integrovaného záchranného systému. Výzkum v bakalářské práci bude prováděn pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku distribuovaného mezi příslušníky integrovaného záchranného systému.

### Seznam odborné literatury:

- [1] ŠUCHA, Matuš akol., Dopravní psychologie pro praxi, Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4113-0
- [2] Kolektiv autorů, Psychologie v dopravě, Karolinum, 2003, ISBN 978-80-246-0606-4
- [3] BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., Psychosociální krizová spolupráce, Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4195-6

zadání platné do: 11.09.2017

Vedoucí: Ing. Roman Říha

Konzultant: Mgr. Radim Kuba

.....  
vedoucí katedry / pracoviště

.....  
děkan

V Kladně dne 23.02.2016

# PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Emoční prožívání jedince při dopravní nehodě vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k bakalářské práci.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č.121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Kladně dne 20. května 2016

.....

Kamila Michalíková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala: svému vedoucímu práce Ing. Romanu Říhovi za vedení práce, jeho velmi cenné rady a bezmeznou trpělivost; odbornému konzultantovi Mgr. Radimu Kubovi za jeho pomoc při realizaci dotazníku; kolegyni Pavle Dostálové za její motivující přístup a podporu; sestře Ing. Elišce Michalíkové a v neposlední řadě své rodině, která je mou oporou.

## **ABSTRAKT:**

Tato bakalářská práce se zabývá dopravními nehodami, jejich vlivem na psychiku jedince a následnou psychologickou pomocí členům zasahujících jednotek, tj. policistům, záchranářům či hasičům. Zvláštní pozornost je věnována stresu a všem jeho aspektům a psychologické pomoci poskytované v rámci integrovaného záchranného systému. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část definuje základní pojmy, jako je stres, emoce, krize a dále se věnuje emočnímu prožívání jedince při a po dopravní nehodě a metodám vyrovnávání se s negativními pocity. Zároveň obsahuje základní informace o krizové intervenci pro zasažené i zasahující u dopravních nehod. Cílem empirické části je pomocí nestandardizovaného dotazníku zjistit, jak dopravní nehody působí na psychiku pomáhajících členů integrovaného záchranného systému. Vymezuje předem vytvořené základní otázky týkající se dané problematiky, definuje cíle práce a obsahuje informace o metodice provedení výzkumu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA:**

emoce, stres, traumatizující událost, integrovaný záchranný systém, krizová intervence

## **ABSTRACT:**

The bachelor thesis discusses road accidents and their impact on a person's mental well-being and the subsequent psychological assistance provided to the members of intervention units, in particular to policemen, rescuers or firemen. A special attention is paid to stress and to all its aspects, as well as to the psychological assistance rendered within the Integrated Rescue System. The thesis consists of a theoretical and an empirical part. The theoretical part defines key concepts, such as stress, emotions and crisis, and analyses the emotional experience of an individual during and after a road accident and the methods of coping with negative feelings. It also includes basic information on crisis intervention both for persons involved and for persons intervening during road accidents. The empirical part uses a non-standardized questionnaire to find out how road accidents influence the mental well-being of the assisting members of the Integrated Rescue System. It specifies the pre-formulated basic questions concerning the issues, defines the aims of the thesis and includes information on the methodology of the research performed.

## **KEY WORDS:**

emotions, stress, a traumatic event, Integrated Rescue System, crisis intervention

# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Současný stav řešené problematiky</b> .....	<b>9</b>
2.1	Vymezení základních pojmů .....	9
2.2	Doprava a dopravní nehody.....	11
2.3	Emoce .....	15
2.3.1	Strach .....	16
2.4	Stres .....	17
2.4.1	Akutní stresová porucha .....	20
2.4.2	Posttraumatická stresová porucha.....	22
2.5	Krize .....	25
2.6	Krizová intervence.....	30
2.6.1	Psychosociální pomoc.....	29
2.6.2	Krizová intervence u příslušníků IZS .....	30
<b>3</b>	<b>Cíle práce</b> .....	<b>32</b>
3.1	Stanovené cíle.....	32
3.2	Stanovené hypotézy.....	32
<b>4</b>	<b>Metodika</b> .....	<b>33</b>
4.1	Popis výzkumného šetření .....	33
4.2	Výzkumný nástroj .....	33
<b>5</b>	<b>Prezentace získaných dat</b> .....	<b>34</b>
5.1	Vyhodnocení amnestické části dotazníku .....	34
5.2	Vyhodnocení vlastní části dotazníku.....	37
5.3	Vyhodnocení cílů.....	49
5.4	Vyhodnocení hypotéz .....	49
<b>6</b>	<b>Diskuze</b> .....	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>57</b>
<b>9</b>	<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	<b>62</b>
<b>10</b>	<b>Seznam použitých obrázků</b> .....	<b>63</b>
<b>11</b>	<b>Seznam použitých tabulek</b> .....	<b>64</b>
<b>12</b>	<b>Přílohy</b> .....	<b>65</b>

# 1 Úvod

Doprava patří mezi neodmyslitelnou součást každodenního života. Dopravujeme se do zaměstnání, do škol, za povinnostmi i zábavou, jsme účastníky dopravy od nejtělejšího věku až prakticky do smrti. Tomu odpovídá hustota i rychlost provozu na pozemních komunikacích všech tříd. Nelze zapomenout ani na železniční, leteckou a vodní dopravu. Účastnit se dopravy můžeme buď jako řidiči, spolucestující, nebo ti nejzranitelnější – chodci.

Stinnou stránkou veřejné dopravy jsou dopravní nehody. Přes výbornou organizaci českého integrovaného záchranného systému každoročně přijdou na silnicích o život stovky lidí.

Zaměříme se nyní na emoční prožívání profesionálů, pracujících v integrovaném záchranném systému (IZS). U dopravních nehod zasahují záchranáři, hasiči i policie z celé České republiky každý den. Pro tyto osoby je opakovaná účast v takto vypjatém emočním prostředí vysoce náročná, proto je nezbytné najít způsob psychického odpočinku pro načerpání nových sil. Obrovské emoční vypjetí a nutnost okamžitého rozhodování spojené s velkou zodpovědností vyžaduje pevné nervy, někdy si však vybere svou daň v podobě psychického vyčerpání. Je zřejmé, že toto zaměstnání není pro každého, přesto i u pečlivě vybraných a testovaných profesionálů dojde v průběhu času k rozvinutí posttraumatické stresové poruchy či syndromu vyhoření. Proto je důležité ovládat různé metody vyrovnání se se stresem. Pro pracovníky v integrovaném záchranném systému je důležité vědět, na koho se v případech potřeby obrátit, vědět, že na problém nezůstanou sami.

Mimořádnou psychickou zátěž často vyvolá účast dětí při dopravní nehodě, hromadná neštěstí s mnoha zraněnými či mrtvými. Tyto akce jsou velice náročné i organizačně, kdy hraje svou úlohu perfektní organizace a následná soudržnost a profesionalita týmu.

V této bakalářské práci je shrnuto čím si příslušníci IZS u dopravních nehod můžou projít a to, jak se se situací vypořádávají. Pro předcházení problémů způsobených intenzivním stresem a vypjatými situacemi je důležité zvládat základní pravidla duševní hygieny.

Cílem práce je pomocí dotazníků zjistit pocity zasahujících a to, jak se s traumatizujícími událostmi vypořádávají a poté získaná data vyhodnotit.



## 2 Současný stav řešené problematiky

### 2.1 Vymezení základních pojmů

#### **Integrovaný záchranný systém**

Integrovaný záchranný systém definuje zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, jako „*koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací.*“

Základní složky:

- Hasičský záchranný sbor (HZS);
- Zdravotnická záchranná služba (ZZS);
- Policie České republiky (PČR);
- Jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany.

Ostatní složky:

- Armáda České republiky;
- Obecní policie;
- Orgány ochrany veřejného zdraví;
- Neziskové organizace;
- Havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby;
- Zařízení civilní ochrany. (HZS ČR, 2009).

#### **Krizová situace**

Česká krizová legislativa vymezuje krizovou situaci jako typ mimořádné události, v jejímž důsledku dojde k „*narušení kritické infrastruktury nebo jinému nebezpečí, při nichž je vyhlášen stav nebezpečí, nouzový stav nebo stav ohrožení státu.*“ (240/2000 Sb.).

#### **Mimořádná událost**

Mimořádnou událostí (MU) se podle zákona 239/2000 Sb. o IZS rozumí „*škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací.*“ Jde o obtížnou životní situaci, která je těžko zvladatelná, působí na lidské životy i zdraví a obvykle postihuje větší počet osob. Mimořádná událost může vést až ke krizové situaci, kterou lze považovat za událost mimořádnou. (Vymětal, 2009).

### **Záchranné a likvidační práce**

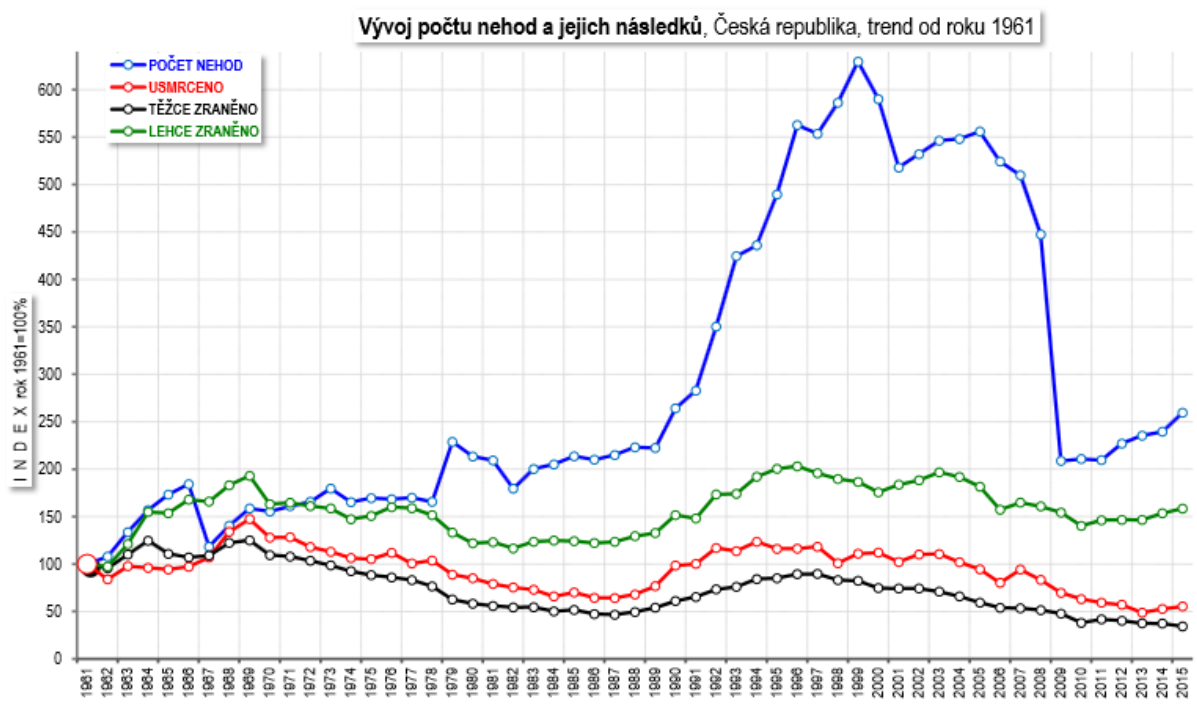
Záchrannými pracemi se dle zákona 239/2000 Sb. o IZS rozumí „*činnost k odvrácení nebo omezení bezprostředního působení rizik vzniklých mimořádnou událostí, zejména ve vztahu k ohrožení života, zdraví, majetku nebo životního prostředí, a vedoucí k přerušení jejich příčin*“ a likvidačními pracemi „*činnosti k odstranění následků způsobených mimořádnou událostí.*“

### **Traumatizující událost**

Kohoutek (2009) traumatizující událost ve své knize definuje jako situaci, „*která zahrnuje úmrtí nebo vážné zranění nebo jejich hrozbu, nebo představuje ohrožení fyzické integrity sebe nebo ostatních, vyvolává intenzivní strach, pocit bezmoci a hrůzu*“. Traumatizující událostí jsou např. znásilnění, přírodní katastrofy, teroristické útoky, vražda, dopravní nehody, setkání se s úmrtím jiných osob, loupež, apod. Traumatizující událost může být i pro rodinu nebo pro blízké přátele osoby, kterou postihla hrozivá situace.

## 2.2 Doprava a dopravní nehody

Doprava patří mezi základní potřeby člověka a je nezbytnou součástí každé společnosti. Definice dopravy je „v obecném pojetí soubor činností, kterými se uskutečňuje pohyb dopravních prostředků po dopravních cestách, přemísťování osob a materiálu dopravními prostředky nebo dopravními zařízeními.“ (Porada a kol., 2000). To se bohužel neobejde bez obětí. Dopravní nehody si každoročně vyžádají několik tisíc životů po celé Evropě. Od roku 1970 dochází k značnému rozvoji automobilismu a motorizace. Od devadesátých let minulého století je rok 2015 sedmý nejnižší v počtu šetřených dopravních nehod, třetí nejnižší v počtu usmrcených osob a nejnižší v počtu těžce zraněných osob na pozemních komunikacích České republiky. V roce 2015 policie ČR šetřila 93 067 nehod, ze kterých bylo usmrceno celkem 660 osob. (Tesařík, Straka, 2016).



Obr. 1 – Vývoj počtu nehod a jejich následků (Tesařík, Straka, 2016)

Dopravu a dopravní nehody je velmi obtížné klasifikovat. Na základě odlišných kritérií lze dopravu členit do jednotlivých kategorií. Za nejužívanější kritéria členění dopravy je považováno prostředí, kde je doprava uskutečňována, způsob jejího uskutečňování, vzdálenost a místo provádění a druh přepravy. Jednotlivé druhy dopravy se vyznačují specifickými vlastnostmi a jsou ovlivňovány převážně právě prostředím a způsobem dopravy. Na způsob provádění dopravy mají zásadní vliv např. naopak prostředí a účel dopravy.

Členění dopravy dle prostředí, kde se nachází dopravní komunikace:

- Pozemní (bezkolejová, kolejová);
- Podzemní (nemobilní, mobilní);
- Vzdušná;
- Vodní.

Členění dopravy dle způsobu provádění dopravy v daném prostředí:

- Silniční;
- Železniční;
- Letecká;
- Plavební.

Členění dopravy dle vzdálenosti a místa a uskutečňování:

- Dálková;
- Místní;
- Městská;
- Závodní.

Členění dopravy dle druhu přepravy:

- Osobní;
- Nákladní. (Porada, 2000).

### **Obecná teorie dopravních nehod**

Rozbor dopravních nehod lze využít pro jejich předcházení. Mezi hlavní úkoly obecné teorie nehod patří psychologická analýza zaměřená zejména na zjišťování příčin dopravní nehodovosti, podmínky v dopravě nebo uspořádání dopravního procesu. Pro psychologickou praxi a stejně tak pro interdisciplinární přístup v prevenci dopravní nehodovosti je důležité, aby všechny skutečnosti byly řádně podloženy fakty a vycházely z vědeckými experimenty ověřených zdrojů. Mezi nejdůležitější dopravně-psychologické teorie patří obecná teorie nehod, nebo např. teorie učení nebo výběru. (Štikar, 2003).

Nehody se vyznačují tím, že jsou důsledkem nepředvídaných událostí, mají vlastní průběh. Ne vždy je výsledkem nehodové situace nehoda a naopak zdánlivě nezávažné situace mohou vést k závažné nehodě. Na dopravní bezpečnost má významný vliv lidské

chování. Tzv. homogenizací lze docílit zvýšení bezpečnosti provozu. V chování účastníků silničního provozu lze uplatnit princip homogenity, který může významně ovlivnit jejich sociální vnímání ve smyslu omezení soupeřivého chování, efektivního individuálního rozhodování a dobrého předvídání chování ostatních účastníků provozu. Využití uvedených principů vede k zvýšení bezpečnosti v dopravní výchově, konstrukci automobilů a ve tvorbě vnějších podmínek v chování. Problémem fungujícího systému je absence „stejného chování“ všech účastníků dopravní situace. Štikar a kol. (2003) definuje dopravní nehodu jako *„událost, při níž vznikne smrt, zranění nebo škoda na věcech v přímé souvislosti s dopravním provozem.“* Dle téhož autora vznikne dopravní nehoda v důsledku okolností, obvykle náhlých a nepředvídaných, které porušily správný a bezpečný chod dopravy.

### **Příčiny vzniku dopravních nehod**

Dopravní bezpečnost závisí na dvou faktorech, a to výkonových možnostech člověka a požadavcích dopravy. Výkonové možnosti člověka neboli dopravní způsobilost jsou ovlivněny charakterovými vlastnostmi řidiče, jeho připraveností a také duševními, tělesnými a smyslovými předpoklady. Mezi požadavky dopravy patří naopak např. dopravní situace, předpisy apod. (Štikar, 2003).

Na základě statistických údajů bylo zjištěno, že v systému člověk – dopravní prostředek – prostředí je více než 90 % dopravních nehod zaviněno lidským faktorem, a to právě řidičem motorového vozidla. Závada silničního motorového vozidla je příčinou dopravních nehod z celkových statistik pouze v 1 % případů, porucha pozemní komunikace pak pouze v méně než 0,5 % případů. Z těchto výsledků je patrné, že výrazně nejčastěji selhávajícím faktorem systému člověk – dopravní prostředek – prostředí je právě člověk – řidič. Lidský faktor v porovnání s technickými vymoženostmi ale nelze řídit ani programovat a jedná se „pouze“ o živý organismus, který není neomylný. Při vzniku dopravní nehody má nejvýraznější vliv na situaci psychický stav řidiče a jeho chování v dané situaci. Na bezpečné chování řidiče má vliv zejména:

- Výkonové možnosti vztahující se k dopravním schopnostem řidiče;
- Temperamentové vlastnosti a zodpovědnost v dopravě;
- Připravenost – zkušenosti, znalosti;
- Tělesné a duševní vlastnosti.

Při omezených nebo zcela neexistujících předpokladech pro bezpečné chování řidiče je výrazně pravděpodobnější vznik kritické dopravní situace, případně dopravní nehody. (Porada, 2000).

## 2.3 Emoce

Termín emoce pochází z latinského výrazu „*exmovére*“, který v překladu znamená pohyb. Téměř před 30 lety zjistili pozorovatelé v západních zemích, že emoce lze vyčíst z výrazu obličeje. Vědci Friesen, Ekman a Ellsworth (1972) později přezkoumali výsledky a zjistili, že každý z pozorovatelů získal důkaz o šesti emocích – štěstí, překvapení, strach, smutek, vztek a znechucení v kombinaci s opovržením. V posledních letech vědci potvrdili tyto výsledky s jedním rozdílem, rozlišili opovržení od znechucení. (Ekman, 1986) Emoce mají dvě stránky – behaviorální a zážitkovou. To co jedinec prožívá uvnitř (např. pociťuje stav úzkosti, strach nebo radost) je rovina zážitková, behaviorální stránka emocí se projevuje navenek (např. bouchání zlostí do stolu, pláč z radosti apod.) Jak fungují emoce lze popsat na pěti stupňovém modelu, který popisuje průběh emoční situace.

- **1. Událost** – Situace, která jedince ohrozí či naopak pomůže k dosažení cíle (dopravní nehoda, nepřijetí na školu, těhotenství);
- **2. Vnímání události** – Uvědomění si situace (sluchem, zrakem, čtením apod.);
- **3. Vyhodnocení události** – Jedinec vyhodnotí situaci, zda je nebezpečná nebo mu pomůže k dosažení cíle. Hodnota daného cíle ovlivní intenzitu emoce;
- **4. Ovlivnění vyhodnocení události** – Vyhodnocení události je ovlivněno fyziologickým stavem (ospalost, hlad, opilost);
- **5. Reakce na vyhodnocení** – Způsob, kterým se vyrovnáme s danou situací (pláč, útěk, apod.). (Howard, 1998)

Dopravní nehody mohou způsobit vážné fyzické zranění, ale také mohou zanechat na řidiči a cestujících emocionální zranění, které nemusí být tak zřejmé. Mentální a emoční zranění může číhat pod povrchem měsíce nebo dokonce roky, dokud se jedinec nezačne léčit. U méně závažných problémů, emoční zranění může zahrnovat takové problémy, jako duševní utrpení, emocionální úzkost, strach, hněv, ponižování, úzkost, šok, nebo rozpaky. V některých případech osoby v emocionální tísní mohou zažít záchvaty pláče, hněvu, nechutenství, kolísání hmotnosti, nedostatek energie, sexuální dysfunkce nebo ztráta zájmu o sex, změny nálady nebo poruchy spánku. Mírný případ duševní nebo emocionální tísně může odeznít poměrně rychle, ale mnohem závažnější případ může vyžadovat odbornou lékařskou nebo psychologickou pomoc.

Závažnější emoční zranění může mít specifickou diagnózu, jako je akutní stresová porucha, nebo dokonce posttraumatická stresová porucha. Posttraumatická stresová porucha nemá vliv pouze na vojáky nebo oběti trestné činnosti, ale může mít vliv stejně tak na oběti dopravních nehod. (Berg, 2016).

Situace, jimž jsou vystaveni příslušníci IZS (ale i ostatní), jsou mnohdy neradostné, smutné, tragické. Emoce vyvolávající smutek, zlobu, strach apod. jsou obvykle zvládnuty, neovlivňují nasazení v práci, zůstávají pod povrchem, věci řeší na profesionální úrovni, hasiči tomuto stavu říkají „autopilot“. Potom se jedinec ocitne v situaci, která v něm vyvolá emoce (hračka, film apod.), a náhle se vše projeví. Je dobré s negativními emocemi počítat a ve vhodnou dobu své pocity ventilovat, něčím se odreagovat.

Emoce mají často vliv na výkon v práci, intenzita emocí může jedince utlumovat nebo aktivizovat. Pocity se projevují po fyzické stránce, např. nadměrné pocení, motorický neklid, zrychlené dýchání, zrychlení srdečního tepu apod. Čím je emoční intenzita menší, tím je trvání delší a naopak. (Brečka, 2009).

### **2.3.1 Strach**

Strach je běžnou součástí života každého z nás. Je velmi individuální jak na jedince působí. Mimořádné či traumatické události v nás vyvolávají různé emoce, jednou z nich bývá strach. Pokud daný jedinec strach nepocítuje, dá se klasifikovat jako určitá porucha emočního prožívání. (Brečka, 2009). Podle Kastové (2006) se strach „*vztahuje k budoucnosti a projevuje se nástupem nepříjemného napětí a vzrušení, negativními fantaziemi, tělesnou reakcí a chováním. Pokud nelze určit příčinu nebezpečí, mluvíme o úzkosti, je-li příčina lokalizována, mluvíme o strachu.*“

Strach vnímáme ve fyziologické rovině, která se projevuje při odbourávání značného množství nastrádané energie např. třesem nebo dýchacími potížemi apod. Další rovinou je rovina prožitková, ta nám navodí různé fantazie či myšlenky začínající otázkou: *Co když?* Poslední rovina, behaviorální, ovlivňuje naše chování. U někoho může dojít k pozitivní reakci a pomoci tak k lepším výkonům, někomu pak navodí pocit strachu strnutí nebo neschopnost pohybu. Avšak strach můžeme potlačit na únosnou míru, díky opětovnému vystavování se daným zdrojům strachu, a tak využít tento pocit jako pozitivní element. (Brečka, 2009).



## 2.4 Stres

Termín stres pochází z anglického slova „stress“, které v překladu znamená zátěž, napětí či tlak. Slovo stres používáme pro situace, v nichž se cítíme nepříjemně a prožíváme takzvanou psychickou zátěž. Jedná se o stav charakteristický pro situaci nebezpečí. (Křivohlavý, 1994).

Nakonečný (2011) chápe stres jako fyzické, resp. psychické přetížení. Je mnoho postojů ke stresu i jeho definicí. Například kanadský fyziolog H. Selye (1966) označil stres „*jako nespecifickou odpověď organismu na působení jakéhokoli činitele.*“

Podle Winterové a Kongerové (2004) je stresová reakce ovlivňována individuální charakteristikou, například zvládnutím konkrétní situace. „*Úsilí o získání kontroly nad situací nám může pomoci před hrozbou uniknout, zabránit ji, tolerovat ji nebo se s ní smířit.*“ (Sarafino, 2003).

Jednoduše můžeme říci, že stres je obrana organismu proti nadměrné zátěži. U zvířat můžeme pozorovat stresové odezvy převážně v život ohrožujících situacích, naopak u člověka má stejný význam jako je pud sebezáchovy a biologické přežití i rovina psychosociální. (Praško, Prašková, 2007)

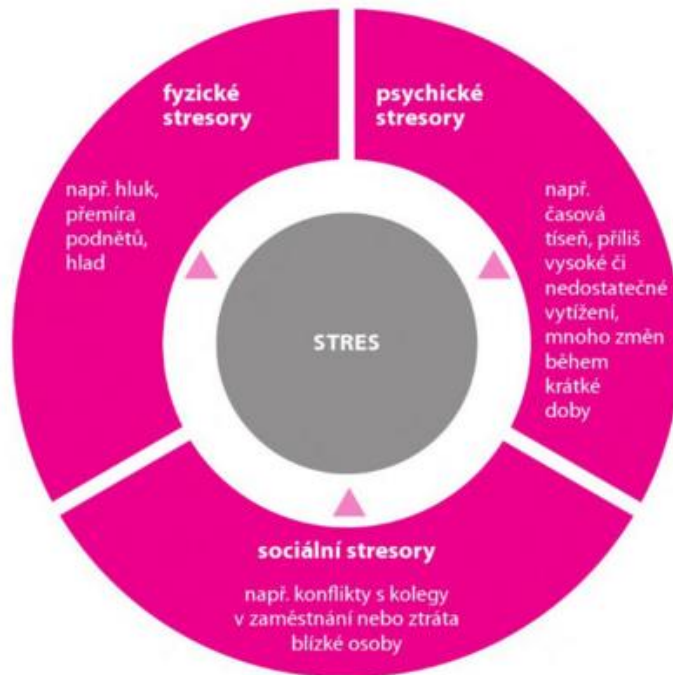
### Stresory

Stresory jsou situace, podněty a okolnosti, které dokáží vyvolat stresovou reakci, jde o „spouštěče“ stresu. (Kopecká, 2015).

Brečka (2009) rozděluje stresory do 6 skupin, na vnitřní a vnější.

- Vnitřní stresory dělí na:
  - Fyzické (námaha, bolest, hlad...);
  - Emocionální (zlost, strach, obavy...);
  - Kognitivní (fantazie, negativní myšlenky, postoje...).
- Vnější stresory dělí na:
  - Fyzikální (tma, zima, jasné světlo...);
  - Biochemické (léky, kofein, alkohol...);
  - Komplexní stresory (konfliktní situace, časový tlak, přemrštěné požadavky...).

Nakonečný (2011) rozlišuje tři typy stresových situací: fyzický stres, psychický stres a sociální stres. Viz obrázek 2.



*Obr. 3 - Stresory (Stock, 2011)*

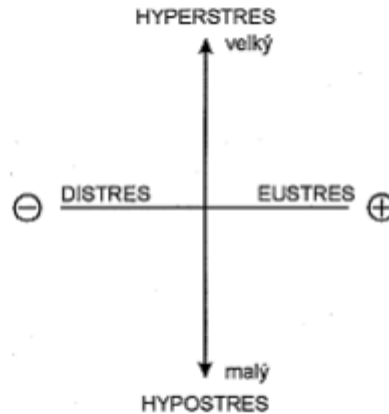
### Typy stresu

Stres je označován jako fyzické nebo psychické přetížení organismu. V případě negativního prožívání emocí se označuje jako distres a pozitivní emoce jako eustres.

- **Distres**- fyzický příklad jsou například emoce, kterým se nelze přizpůsobit a vzbuzují v nás negativismus (příliš hlučné životní prostředí, úmrtí v rodině, výpověď, atd.);
- Fyzickým příkladem **eustresu** jsou naopak situace příjemné, ale namáhavé (náročná a hlučná svatba, narození dítěte. (Nakonečný, 2011).

Kopecká (2015) dále dělí stres na hypostres a hyperstres:

- **Hypostres**- stres, na který je možné se adaptovat;
- **Hyperstres**- stresové podněty jsou tak silné, že není možné stres zvládnout, dochází ke zhroucení organismu.



*Obr. 5 - Základní rozměry stresu (Křivohlavý, 1994)*

### **Reakce na stres**

Jak každý jedinec zareaguje na stresové podněty, je individuální záležitostí, záleží na posouzení dané situace. Stres vzniká tehdy, když jedinec vyhodnotí některý ze stresorů jako ohrožení, o kterém je přesvědčen, že ho nezvládne nebo jen velmi obtížně. Proto lidé v zátěžových situacích reagují jinak. Odezva spočívá v tom, zda situace způsobí stres či nikoli. (Stock, 2011).

Reakci na stres lze podle Brečky (2009) dělit na tři fáze:

- **Fáze aktivace**- v této fázi se jedná o aktivaci organismu, reaguje na podnět, který stresovou reakci spustil;
- **Fáze zvládnání zátěže**- organismus se pokouší zvládnout nastalou situaci. Pro přežití je nutné vynaložit velké množství síly;
- **Fáze důsledková**- poslední fáze, ve které je organismus už značně vyčerpán. Čím náročnější byla druhá fáze, tím více bude tělo vyčerpáno ve fázi poslední. Je tedy nezbytné dopřát svému tělu řádný odpočinek a dobít ztracenou energii.

### **Metody zvládnání stresu**

Zvládnání stresu opět záleží na síle jedince. Někdy příčina zmizí sama, jindy je potřeba vyrovnat se se stresorem jinak. Strategií zvládnání stresu je mnoho, každý autor tyto strategie rozděluje do několika skupin. Nejčastěji zmiňované strategie jsou zaměřené na řešení problému a druhé na zvládnutí emocí. Existuje více způsobů jak se se stresem vypořádat, a to aktivní reakcí na daný problém (vyřešení problému) nebo pasivní reakcí (utéct od něj). Paulík (2010) rozlišuje zvládací mechanismy do dvou skupin: na obranné

reakce a copingové strategie. Rozdíl mezi těmito mechanismy je, že obranné reakce zátěžovou situaci nemění a ochraňují integritu osobnosti.

Díky obranným mechanismům se jedinec adaptuje a situaci, která narušuje pocity jistoty, překoná. Podstatné je, že mění jen hodnocení a vnímání situace. Záměrem je udržet integritu osobnosti, dokud se situace nevyřeší nebo stresor nevymizí. Obrannými mechanismy jsou například vytěsnění, agrese, potlačení, kompenzace, únik, apod. (Vašina, 2002).

Copingové strategie jsou aktivní způsoby, kterými jedinec zvládá stres. Hartl a Hartlová (2010) definují coping jako „*schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, příp. zvládat nadlimitní zátěže; může mít i podobu změny vnímání situace nebo změny postoje.*“ Podstatnými copingovými strategiemi jsou např. řešení problému, rozumové přeznačkování (jedinec na situaci najde to pozitivní), vyjádření emocí, vyhledání psychologické pomoci, sociální izolace apod. (Kopecká, 2015).

Dalšími možnostmi a nejčastěji využívané metody pro zvládání stresu jsou relaxační techniky, různá tělesná cvičení, meditace, kognitivně – behaviorální terapie s využitím monitorování, apod. (Kebza, 2005)

Díky výzkumu bylo zjištěno, že ženy častěji užívají únikové tendence, sociální podpory, sebeobviňování a relaxační techniky. Muži využívají strategii podhodnocení a odmítání viny, aby zachovali chladnou hlavu. (Janke, Erdmannová, 2003)

### **2.4.1 Akutní stresová porucha**

Akutní stresová porucha (dále jen ASD) z anglického „*acute stress disorder*“, je úzkostná porucha charakterizovaná shlukem disociačních a úzkostných symptomů, které se vyskytují během jednoho měsíce po traumatické události. Tyto události jsou obvykle velmi těžké a ASD nastane obvykle po neočekávané životní krizi. Může být diagnostikována u pacientů, kteří buď prožili intenzivní strach, stav hrůzy a bezmoci nebo právě zažívají tři nebo více příznaků. To může být například vážná dopravní nehoda, náhlé úmrtí nebo jiná traumatická událost. Na rozdíl od posttraumatické stresové poruchy se akutní stresová porucha projevuje, ale i odeznívá rychleji a zároveň se vyznačuje více disociačními symptomy. Pokud se ASD neléčí je pravděpodobné, že se rozvine v posttraumatickou stresovou poruchu.

Příznaky se obvykle objeví během několika minut nebo hodin a odezní poměrně rychle, někdy ale mohou trvat několik dnů až týdnů. Příznaky akutní stresové poruchy mohou zahrnovat následující:

- Psychické příznaky jako je úzkost, špatná nálada, podrážděnost, emoční výkyvy, špatný spánek, špatná koncentrace;
- Opakující se sny nebo flashbaky, které mohou být rušivé a nepříjemné;
- Zamezení čehokoliv, co vyvolá vzpomínky na událost. To může znamenat vyhýbání se osobám, rozhovorům nebo jiným situacím;
- Bezohledné nebo agresivní chování, které může být sebezničující;
- Významně narušena sociální funkce nebo neschopnost provést potřebné úkoly, včetně vyhledání pomoci;
- Fyzické příznaky:
  - Kolísání srdečního tepu (bušení srdce);
  - Pocit na zvracení (nevolnost);
  - Bolest na hrudi;
  - Bolesti hlavy;
  - Bolest břicha;
  - Dýchací obtíže apod.

Fyzické příznaky jsou způsobeny stresovými hormony jako je adrenalin (epinefrin), které jsou uvolňovány do krevního oběhu, a tím aktivují nervové vzruchy v různých částech těla. Léčba nemusí být zapotřebí, protože příznaky často odezní, jakmile je stresující událost u konce a jedinec se s danou situací vyrovná. Jedinci může pomoci promluvení si o traumatizující události s blízkým přítelem nebo rodinnou. Nicméně, někteří lidé mají vážnější nebo déle trvající obtíže.

Terapie ASD vyžaduje použití několika léčebných metod, protože porucha postihuje systémy víry, mezilidských vztahů a pracovního života, jakož i fyzickou pohodu. Léky jsou obvykle omezeny na ty nezbytné, pro léčbu jednotlivých symptomů. Antidepresiva mohou být předepsány, pokud ASD postupuje k posttraumatické stresové poruše. Kognitivně-behaviorální terapie je expoziční terapie nebo terapeutické psaní např. deníku. Tyto podpůrné terapie jsou při léčbě ASD velice účinné. (Encyklopedia of mental disorders, 2016).

## 2.4.2 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD) z anglického „*post-traumatic stress disorder*“, PTSD postihuje miliony lidí po celém světě. Člověk, který byl vystaven katastrofické nebo hrozivé události, jako jsou povodně, požáry, únosy, autonehody, válka, znásilnění apod. může trpět různými psychickými i fyzickými příznaky. Záleží na míře prožívání traumatu, osobnosti člověka, pomoci od druhých a na životních podmínkách. Čím intenzivnější je trauma a menší podpora od ostatních, tím větší je pravděpodobnost vývoje poruchy. Je důležité mít možnost se se svými prožitky komu svěřit. Posttraumatická stresová porucha bývá častokrát provázena depresi, zneužíváním alkoholu a drogami. (Praško a kol., 2003).

### Charakteristika posttraumatické stresové poruchy

Jako PTSD je označován stav, kdy u jedince přetrvávají déle než jeden měsíc typické příznaky jako reakce na ohrožující událost. Tyto příznaky nastávají obvykle po uplynutí určitého času, mohou ale nastat i bezprostředně po události, zřídka také i po několika letech. PTSD se může rozvinout u všech osob, které postihla událost překračující lidské zkušenosti, nebo byli svědky hrozivé události. Stejně tak i rodinného příslušníka, či blízkou osobu, která se dozvěděla o traumatizující události. (Vitoušová, 2007).

Příznaky mohou zahrnovat flashbacky, noční můry a stavy úzkosti, stejně jako nekontrolovatelné myšlenky o této události. Mnoho lidí, kteří procházejí traumatickou událostí, si těžko zvykají a chvíli jim trvá, než se se situací vyrovnají, ale nemají PTSD. S postupem času a péčí o sebe sama se situace obvykle zlepšuje. Pokud se příznaky zhoršují nebo trvají měsíce nebo dokonce roky a v rozporu s fungováním, může se u jedince rozvinout PTSD. (Mayo clinic, 2016)

### Příznaky posttraumatické stresové poruchy

Typické příznaky PTSD se dělí do čtyř hlavních skupin:

- Dotírající vzpomínky a sny;
- Ztráta pozitivních emocí;
- Vyhýbání se;
- Zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

Tělo i mysl věnuje zvýšenou pozornost na možné ohrožení a je připraveno na něj reagovat. Mysl si může samovolně vyvolat stav úzkosti, který se projevuje zvýšenou

pozorností na možné nebezpečí a je hlavním rysem PTSD. Člověk se zaměřuje téměř výhradně na očekávané nejhorší následky a není schopen se koncentrovat na ostatní běžné věci. Pozitivním důsledkem je to, že kvůli zvýšené pozornosti si jedinec včas přicházejícího ohrožení všimne. Dlouhodobý stres vyvolá stav úzkosti a deprese, které zároveň snižují schopnost stres překonat a člověk se tak dostane do situace, ze které není možné se vymanit. (Praško, 2003).

Typickým příznakem je rozpomínání na trauma, které se projevuje vtíravými vzpomínkami na traumatickou událost. Může mít formu znovuprožívání traumatu, kdy se událost odehrává jedinci opakovaně znovu před očima. Člověk může také trpět projevem hrůzných emocí a vegetativních příznaků například bušením srdce, pláčem apod., aniž by se mu současně s tím vraceli vzpomínky na traumatickou událost. PTSD se může projevit děsivými sny. Všechny zmíněné příznaky způsobují úzkost, vztek nebo pocit bezmoci a smutku.

Dalším typickým příznakem jsou negativní emoční stavy a ztráta pozitivních emocí. Člověk není schopen prožívat příjemné pocity a trpí ztrátou citlivosti. Při pokusu potlačit negativní emoce přichází ztráta všech emocí, což vede k vyčerpání a bezmoci. Společně s tím se může dostavit pocit viny, kdy se člověk obviňuje ze zavinění situace. (Praško, 2003).

Lidé trpící PTSD se snaží vyhýbat situacím a činnostem, které traumatickou událost připomínají a to i např. filmům, článkům, rozhovorům a to i těm, o kterých si myslí, že by k tématu mohli vést. Dalším způsobem vyhýbání se je tzn. mentální vyhýbání, kdy se člověk při vzpomínce na traumatickou událost snaží vzpomínku okamžitě vytlačit z mysli, které může vést i k tomu, že se mohou některé útržky z traumatické události vytratit z mysli úplně. Z důvodu strachu věřit druhým lidem se člověk trpící PTSD může také vyhýbat blízkému vztahu nebo převzetí odpovědnosti za druhé ze strachu, aby je nezklamali.

Lidé s PTSD trpí často i zvýšenou psychickou a tělesnou vzrušivostí, která je způsobena podrážděností, která vzniká z neustálého očekávání hrůzné situace a s tím souvisejícím pocitem úzkosti. Očekávání ohrožení vede k podrážděnosti, výbušnosti, stavění se do opozice, ztrátě soustředěnosti a výkonnosti což může často souviset i se ztrátou přátel. Typickým znakem je nadměrná bdělost spojená s lekavostí a často také biologické poplašné reakce jako je bušení srdce, pocení nebo třes jako příprava na boj nebo útěk. (Praško, 2003).

Pokud jedinec, který trpí PTSD prožívá výše popsané příznaky intenzivně a trvají déle než měsíc až měsíc a půl, klesá šance na samovolné uzdravení. V této fázi je nezbytné vyhledat odbornou psychologickou pomoc, jinak některé potíže mohou přetrvávat několik let od události. (Vitoušová, 2007).

### **Léčba posttraumatické stresové poruchy**

Ne všechny traumatické zážitky vedou k PTSD. Není jisté, proč trauma způsobuje PTSD jen u některých lidí a jiných ne, ale je pravděpodobné, že závisí na mnoha různých faktorech. V rozvoji PTSD záleží na obranyschopnosti jedince, stejně jako na míře podpory po události. Význam má i doba, po kterou trauma trvalo, počet dalších traumatických zkušeností v životě člověka, okolnosti při události a na míře odpovědnosti jedince. U osob, pracujících např. jako vojáci, v IZS (policie, hasiči a záchranáři), lékaři, zdravotní sestry apod. byla zaznamenána vyšší míra rozvoje PTSD. (Canadian mental health association, 2015).

Základem léčby PTSD je psychoterapie, relaxace a podpůrná farmakoterapie.

Psychoterapie je nejdůležitějším způsobem léčby PTSD. Je stejně účinná jako farmakoterapie, ale na rozdíl od farmakoterapie má déle trvající účinky. Tato léčba je časově náročnější a je omezena dostupností. Cílem psychoterapie je přijmout trauma a vyrovnat s minulostí, tak aby přestala omezovat současný život jedince. Forma terapie může být individuální nebo skupinová. Je mnoho metod užívaných při léčbě PTSD, jako např. podpůrná psychoterapie, hypnosuggestivní metody, rodinná terapie, body – terapie apod.

Farmakoterapie by měla být vždy součástí intenzivní psychoterapie. Tato terapie se užívá při krátkodobé léčbě, snížení stavu úzkosti, fyzických příznaků apod. (Praško a kol., 2003).



## 2.5 Krize

Slovo krize se často používá k popisu situací, které jsou spojovány s proměnou a negativními emocemi. Krize může zasáhnout jedince a stejně tak i celou společnost a její instituce, celé komunity i různé skupiny. V dnešní době se tento pojem v hovorové češtině používá pro téměř každou situaci, která je doprovázena negativními pocity. Podle studií představuje krize stav duševní nevyrovnanosti, jehož příčinou jsou kritické události nebo zásadní životní změny. (Špatenková, 2004).

Thom (1992) říká, že „v krizi je každý subjekt, jehož stav se projevuje zdánlivě bezdůvodným oslabením regulativních mechanismů a který je subjektem samotným vnímán jako ohrožení vlastní existence.“

Termín krize se častokrát plete s jinými pojmy jako např. stres, trauma, konflikt, deprese, apod. O krizi se jedná v případech přítomnosti těchto symptomů:

- Negativní emoce a zážitky;
- Kritická událost, která je za hranicí lidské zkušenosti;
- Nastalá situace jako výzva, ohrožení nebo ztráta;
- Pocit ztráty kontroly;
- Nejistota v budoucnosti;
- Duševní stav emočního napětí (trvá 2- 6 týdnů nebo měsíců);
- Ztráta denního rytmu, narušení běžných činností. (Špatenková, 2004).

G. Caplan (1970) uvádí tuto definici: „*Krize vzniká, když se člověk na cestě za důležitými životními cíli setká s takovou překážkou, kterou v určitém čase není schopen překonat obvyklými metodami řešení problémů.*“

### Příčiny krize

Příčiny krize dělíme na vnitřní a vnější.

Vnitřní příčiny krize vznikají při neschopnosti adaptace subjektu na vlastní vývoj a změny. Druhou vnitřní příčinou může být selhání náhradního mechanismu, označovaného jako „*Hybris*“. Náhradním mechanismem rozumíme postupy, které danou situaci nevyřeší, ale jen překlenují určitý problém. Krize tedy nastává, když náhradní mechanismus selže. Konkrétními případy vnitřní krize jsou např. autonehoda, zneužití, smrt blízké osoby, zemětřesení, povodně, velké neštěstí apod.

Vnější příčina krize nastává buďto ztrátou objektu (úmrtí, ztráta zaměstnání, zdraví) nebo volbou (volbou jedné možnosti se vzdáme té druhé). Třetí příčinou je změna.

Každý jedinec vnímá své okolí i svět individuálně. Pro každého člověka mají různé události jiný význam. To co, někdo vnímá jako bezvýznamnou životní událost, pro jiného může znamenat duševní rozpoložení. (Špatenková, 2004).

### **Typologie krizí**

Existuje více typologií krizí. Různí autoři dávají přednost jiné typologizaci. Dělení podle Špatenkové můžeme vymezit krize na vývojové, situační a kumulované.

**Vývojové** krize jsou označovány také jako „*celkové*“ a „*krize očekávaných životních změn*“ či „*normativní krize*.“ Vývojové krize prožívá každý z nás, jsou neodmyslitelnou součástí života. Tyto krize nemusí být jen nepříjemné a nežádoucí, v řadě případů považujeme normativní krize za příjemné a pozitivní. Vyžadují značné psychické napětí, které může jedinec vnímat negativně. Typickým příkladem vývojových krizí je např. odstěhování se od rodičů, konec školy, manželství nebo nástup do nové práce, apod.

**Situační** krize nebo také „*epizodické*“ nebo „*traumatické krize*“ jsou dopadem vnějších událostí, které jedince bez očekávání zaskočí. Můžeme je označit jako traumatické, pokud na člověka působí intenzivně negativními emocemi. Do situačních krizí patří úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání, katastrofa, apod.

**Kumulované** krize nebo také „*chronické krize*“ nastávají v okamžiku prožívání dvou traumatických událostí zároveň. Jde o prolínání současných událostí se vzpomínkami na předchozí ztráty. Současné události aktivovaly vzpomínky, které nebyly dostatečně zpracovány, byly jen vytěsněny mimo vědomí. (Špatenková, 2004).

Baldwinova typologie krizí je u nás relativně rozšířena a hodně používána. Baldwinova klasifikace popisuje šest typů krizí, které se dělí podle stupně závažnosti. Rozlišujeme krize situační, přechodové, traumatické, vývojové, psychopatologické a krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc.

**Situační** krize je způsobena hlavně vnějšími faktory - traumatickými událostmi, které jedinci způsobí pocit bezmoci (změna, volba, ztráta).

**Přechodové** krize vznikají ze situací, na které je možné se připravit. Vyžadují však určitou změnu a adaptaci jedince (zaměstnání, stěhování, sňatek).

**Traumatické** krize jsou vyvolány vnějšími faktory. Tyto situace jedince zaskočí bez jakéhokoliv očekávání (smrt partnera, autonehoda, znásilnění).

U **vývojových** krizí záleží na individuální charakteristice každého jedince, pramení z nevyřešení podstatných vývojových úkolů (závislosti, zneužívání dětí, nevěry)

**Psychopatologické** krize vznikají u jedinců s vnitřní psychopatií či zvýšenou zranitelností, např. u neurotických a hraničních osobností.

**Neodkladné** krizové stavy neboli krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc. Vznikají u jedinců s drogovou či alkoholovou intoxikací, vražedným nebo sebevražděným jednáním nebo akutní psychózou apod. (Špatenková, 2004).

### **Průběh krize**

Na průběh krize se můžeme dívat jako na proces, který nemusí trvat dlouho, ale má zákonitě daná, po sobě jdoucí stádia. Vývoj krize můžeme rozdělit do čtyř krátkých fází. Tato stádia trvají pár hodin nebo pár dnů - podle jedince (Vodáčková, 2012).

Caplan (1964) definuje fáze krize takto:

- **1. fáze:** Pocit ohrožení, stav úzkosti. Nastává vyrovnávací strategie - svépomoc. Jedinec se snaží najít pomoc u své rodiny a blízkých přátel. Pokud se tato strategie neosvědčí, nastává druhá fáze. Tato fáze trvá několik minut až hodin, maximálně pár dnů;
- **2. fáze:** Zasažená osoba prožívá pocit zranitelnosti, nemá situaci pod kontrolou. Je možné situaci vyřešit náhodným způsobem, např. kontaktováním linky důvěry. Třetí fáze nastupuje, pokud jedince daná situace ochromí, úzkost neustupuje a řešení je v nedohlednu. Trvání fáze je v rozmezí několika hodin až dnů;
- **3. fáze:** Zasažený nachází naději, hledá řešení problému. Jedinci se dokáží sžít s pocity a jsou schopni dělat rozhodnutí. V této fázi přicházejí na řadu krizová centra a osobní pomoc od odborníků. Fáze se odehrává v rozmezí několika hodin až dnů;
- **4. fáze:** V této fázi je krizová intervence nezbytná, zasažená osoba se vyznačuje psychologickou dezorganizovaností - podobající se stavům paniky. Pracovník na lince důvěry by měl volajícího motivovat k návštěvě krizového centra nebo psychoterapeuta. Období trvá dny až týdny.

## 2.6 Krizová intervence

Krizovou intervencí je možné popsat jako určitý způsob jednání a chování pracovníka, který má za úkol pomoci klientovi navodit pocit úlevy a zvládnutí situace. Různými technikami a strategiemi přimět jedince k porozumění situace a obnově sil. Intervence se zaměřuje na pocity spojené s traumatickou událostí, na impuls, který krizovou reakci vyvolal, klientovu obnovu sil a snaží se vyhledat pomoc v klientově okolí. (Baštecká, 2005). Vodáčková (2012) ve své knize rozděluje krizovou intervenci na osobní krizovou intervenci (tváří v tvář) a krizovou intervenci distanční (prostřednictvím telefonu nebo po internetu). Délka klientova krizového stavu určuje trvání krizové intervence. Většinou se jedná zhruba o jedno až tři setkání. Cílem této pomoci je posílit a motivovat člověka na tolik, aby situaci dokázal vyřešit co nejvíce vlastním přičiněním.

Shalev a Ursano (2003) dělí období po traumatizující události na čtyři fáze.

- **Dopad události** – stěžejní je v této situaci přežít a zachovat si lidskou důstojnost;
- **Záchrana** (úsek hned po dopadu události) – jedinci se musí vyrovnat se změnou a přizpůsobit se novým skutečnostem (evakuace, hospitalizace apod.);
- **Časové zotavení** (posttraumatická fáze) – jedinci se snaží s prožitou událostí smířit, získat od ní odstup, traumatickou situaci vyhodnotit a porozumět jí;
- **Návrat do života** – jedinci se snaží vnitřně přizpůsobit změnám a vyrovnat se s nimi.

Při zásahu u mimořádné události (dále jen MU) je důležité vzít v potaz vliv traumatizující události na zasažené osoby, ale i na jedince zasahující u MU. Potřeba poskytnutí krizové intervence je závislá nejen na rozsahu MU a počtu zraněných, ale pokaždé je třeba dbát také na aktuální stav zasaženého, jeho potřeby a odezvu na danou situaci. (MV – GŘ HZS ČR, 2011). Krizová intervence může pomoci zasaženým. Vyjádřením svých pocitů a obav může zabránit rozvoji ASD a PTSD. (Encyklopedia of mental disorders, 2016).

## 2.6.1 Psychosociální pomoc

Psychosociální pomoc se zaměřuje na podporu lidí a rodin zasažených MU. Jedná se o soubor činností, které v době trvání MU navozují v lidech pocit „nejsme v tom sami“, „pomáháme druhým“ a „společně to můžeme zvládnout.“ Vychází z očekávaných a vyjádřených potřeb zasažených osob a jejich hodnot v oblastech duchovní, tělesné, psychické a sociální. (MV- GŘ HZS ČR, 2010).

Psychosociální pomoc dělíme podle časového hlediska na:

- Krátkodobou pomoc (při MU a pár dní poté);
- Střednědobou pomoc (asi 5 dní- 3 měsíce po MU);
- Dlouhodobou pomoc (3 měsíce a dále). (MV-GŘ HZS ČR, 2015).

Psychickou první pomoc by měli zvládat všichni zdravotníci, hasiči, záchranáři apod. Jde o pomoc, kterou mohou poskytnout pracovníci při zásahu u mimořádných událostí, a ne jen psychologové. Každý, kdo chce poskytovat psychickou první pomoc, nemusí dlouhé roky studovat, stačí si osvojit soubor jednoduchých pravidel přístupu a komunikace. Jde tedy o intervenci, často pomocí rozhovoru mezi interventem a pacientem, který se ocitl v traumatizující situaci. Cílem pomáhajících je zklidnit postižené osoby pomocí uvolnění vnitřního napětí a tím dosažení stabilizace. Prokázáním soucitu a zájmu o pacienta, poskytnutí pomoci, určité opory a jistoty, se pomáhající snaží ustálit pacienta a získat jeho důvěru. Důležité je zdůraznit naději. (Andršová, 2012).

Záchranáři obvykle nemají dostatek času, ale i personálu pro poskytnutí psychické první pomoci, proto za daných okolností poskytují tuto pomoc vyškolení policisté nebo hasiči. Není vždy nutné mluvit se zasaženými hodiny, důležité je pacienty vnímat, strategie komunikace a přístup.

Základní pravidla psychické první pomoci

- Kontakt se zasaženou osobu, aby věděl, že je někdo s ním, nejlépe intervent, který s pacientem zůstane celou dobu;
- Informace o činnostech, které budou zasahující provádět;
- Pauza a oddech. Zajistit základní tělesné potřeby: zdravotní pomoc, léky, klid, teplo, potraviny, spánek;
- Poskytnout pacientům místo, kde budou v bezpečí;
- Informovat jedince o aktuální situaci;
- Držet média dál od zasažených osob;
- Zajistit pacientům soukromí, ne však je izolovat;

- Přeživším poskytnout prostor pro ventilaci svých emocí;
- Zajistit svépomocné skupiny;
- Uzemnění neboli „*grounding*“ - tato technika se provádí u osob, kteří se cítí „mimo realitu“ a jsou disociovaní. Jedinec se posadí, nohama se opře o zem a zády o podložku, je možné držet pacienta kolem ramen nebo za ruce;
- Pomocí zasaženým osobám kontaktovat rodinu, přátele, blízké;
- 6P- Promluv, podepři, připomínej realitu, podpoř, pečuj, předej. (Andršová, 2012).

Někteří jedinci, kteří prožili traumatickou událost, se cítí ochromeně a reagují zvýšenou neproduktivní činností, mívají potíže se soustředěním, plánováním a rozhodováním. Pomáhající mohou zasaženým osobám pomoci s plněním úkolů, a tím zlepšit jejich soustředění. Mohou povzbuzovat jedince při řešení problémů, aby si stanovili priority, která z aktuálních záležitostí bude mít přednost. (Deborah a kol., 2005).

Osobám zasaženým dopravní nehodou mohou pomoci i blízcí, kteří podobnou zkušenost zažili, nebo se mohou obrátit na České sdružení obětí dopravních nehod.

## **2.6.2 Krizová intervence u příslušníků IZS**

Práce v terénu je pro příslušníky IZS velice stresující a náročná. Je charakterizována vysokými nároky a zodpovědností. Důležitá je schopnost rychlého rozhodování. Příslušníci se opakovaně setkávají s kritickými událostmi a mnohdy pracují ve vypjatých podmínkách, své emoce však zpravidla po dobu zákroku odsouvají stranou. To však může mít dopad na psychiku jedince. Navíc má na zasahující dlouhodobě vliv práce v neustálém režimu. Nepravidelnost pracovních směn může ovlivnit pracovní výkon jedince, spánek, ale i sociální a rodinný život. I přesto, že profesionálové si s většinou zásahů poradí velmi dobře díky výcviku, vzdělání a zkušenostem, některé události je mohou psychicky ranit i po několika letech praxe. (ZZS SK, 2013).

Proto se v poslední době projevuje úsilí o péči psychického stavu profesionálů - Hasičský záchranný sbor, Zdravotnická záchranná služba či Policie ČR. Každá z těchto organizací má svůj systém péče a podpory o zaměstnance. U ZZS pomáhá Systém psychosociální intervenční služby, u HZS Posttraumatická péče a u policie Posttraumatická intervenční péče. V rámci těchto organizací byla zavedena psychologická služba, telefonická krizová služba a členové intervenčních týmů jsou školeni apod.

Jedná se především o preventivní programy, které mají pomoci profesionálům v zátěžových situacích v oblasti stresu, nadměrně zátěžových situacích, různých rizik a jejich působení na jedince. Do programu patří i komunikace nebo kontakt s agresivními lidmi apod. Pokud zasahující byli vystaveni velmi zátěžové situaci, využívají se po ukončení zásahu metody defusingu a debriefingu. Jde o skupinová sezení, která vede odborník formou vedeného rozhovoru. Profesionálové mají také možnost individuálního rozhovoru s vyškoleným pracovníkem nebo přímo psychologem. (Humpl, 2011).

V rámci poskytování posttraumatické péče příslušníkům HZS ČR jsou v jednotlivých krajích postupně zřizovány týmy posttraumatické péče. Jedná se o skupinu vyškolených zaměstnanců hasičského záchranného sboru, kteří v případě potřeby poskytují ostatním příslušníkům, stejně tak lidem zasaženým MU podporu i pomoc pro zmírnění následků po traumatizující události. (MV – GŘ HZS ČR, 2016) U Policie ČR se v roce 1998 začal rozvíjet systém posttraumatické intervenční péče, který poskytuje policistům speciální informace, nezbytnou podporu, pomoc či může zprostředkovat odbornou péči mimo rezort. Všechna krajská ředitelství policie a Policejní prezidium ČR mají možnost využití posttraumatického intervenčního týmu, který je tvořen interventy z řad policistů, občanských zaměstnanců Ministerstva vnitra a Policie ČR, duchovních a policejních psychologů, kteří byli vyškoleni. (Vymětal a kol., 2010). Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) pro ZZS, který byl oficiálně schválen v roce 2010 má k dispozici vyškolené zdravotníky tzv. „peery“. (Humpl, 2011)

Členové těchto týmů musejí vycházet z etiky pomáhajících profesí, právních norem a odborných postupů a využívají své odborné dovednosti. Jsou nezávislí v rozhodování a musejí zachovávat mlčenlivost. Tato pomoc je poskytována zdarma, především v pracovní době a na pracovišti jedince. Může být poskytnuta i mimo pracoviště. O psychologickou pomoc může příslušník požádat po ukončení nebo v průběhu traumatizující události. (HZS LK, 2015).

Tyto programy krizové intervence u pomáhajících profesí jsou důležité např. pro předcházení vzniku syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření („*burn-out syndrom*“) neboli burnout je důsledek několika měsíců až let přetrvávajícího dlouhodobého stresu v kombinaci se slabými nebo úplně chybějícími copingovými mechanismy (obrné mechanismy pro zvládnání stresu), na které mají vliv psychické předpoklady osobnosti. (Peterková, 2016) Vymětal (2009) ho definuje jako „totální emocionální vyčerpání, které je reakcí na práci v rovině psychické, fyzické i sociální“.

## 3 Cíle práce

Teoretická část bakalářské práce má za cíl obeznámit čtenáře s emočním prožíváním jedince při dopravní nehodě, možnými psychickými následky a to, jak se se zátěžovými situacemi vypořádají. Cílem je popsat základy krizové intervence a preventivních programů pro zasahující příslušníky integrovaného záchranného systému, i psychosociální pomoc pro zasažené při dopravní nehodě, kterou složky IZS poskytují.

V Praktické části je hlavním cílem testování stanovených hypotéz pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku distribuovaného mezi příslušníky integrovaného záchranného systému, který je zaměřen na pocity a prožívání respondentů při a po dopravní nehodě.

### 3.1 Stanovené cíle

- Sestavit ucelený náhled problematiky zásahu u dopravních nehod.
- Zjistit, co je pro členy integrovaného záchranného systému při zásahu nejvíce zatěžující.
- Zmapování zájmu dotázaných respondentů o vyhledávání odborné pomoci.
- Zamítnou či nezamítnout stanovené hypotézy, které se zaměřují na pocity a prožívání jedinců, kteří zasahují u dopravních nehod.

### 3.2 Stanovené hypotézy

1. **HYPOTÉZA:** *Předpokládáme že, pro zasahující příslušníky IZS u dopravních nehod bude nejvíce zatěžující/ stresující přítomnost zraněných či usmrcených dětí.*
2. **HYPOTÉZA:** *Předpokládáme že, více jak 50 % respondentům se bude vracet negativní zážitek, který zažili u dopravní nehody.*
3. **HYPOTÉZA:** *Předpokládáme, že většina zasahujících příslušníků u dopravních nehod nebude mít zájem o odbornou psychosociální pomoc.*
4. **HYPOTÉZA:** *Předpokládáme že, většina zasahujících členů Integrovaného záchranného systému bude hodnotit své krizové komunikační dovednosti nad 50 %.*



## **4 Metodika**

### **4.1 Popis výzkumného šetření**

Teoretická část bakalářské práce je sepsána pomocí odborné literatury a elektronických zdrojů, souvisejících s danou problematikou.

V praktické části této bakalářské práci byly zjišťovány pocity a prožívání příslušníků integrovaného záchranného systému České republiky při a po dopravní nehodě. Byl zvolen postup formou anonymního nestandardizovaného dotazníku, cíleného příslušníkům IZS, kteří zasahují u dopravních nehod. Dotazník byl distribuován osobním předáním nebo elektronickou formou, zasláním elektronického odkazu a byl zveřejněn na internetové sociální síti Týdeníku policie. Výzkumné šetření probíhalo od 1. 3. 2016 do 15. 4. 2016.

Následně získaná data od oslovených respondentů byla vyhodnocena a zpracována do přehledných grafů a tabulek, díky nimž jsme mohli stanovené hypotézy zamítnout či nezamítnout.

Problematické bylo navázání kontaktu s pracovníky integrovaného záchranného systému.

### **4.2 Výzkumný nástroj**

Všechny dotazníky obsahují úvodní část, která seznámila respondenty s cílem bakalářské práce a ujistila je, že získaná data budou přísně anonymní. V amnestické části jsou otázky zjišťující věk, zaměstnání, délku praxe (u výjezdových složek) i e-mail v případě zájmu respondenta o vyhodnocení. Vlastní obsahová část, kterou byla zjišťována emoční prožívání jedinců při a po dopravní nehodě tvoří 8 otevřených otázek, 2 polouzavřené s možností vlastní odpovědi a 2 uzavřené.

Dotazník byl vytvořen ve spolupráci s odborným konzultantem Mgr. Radimem Kubou.

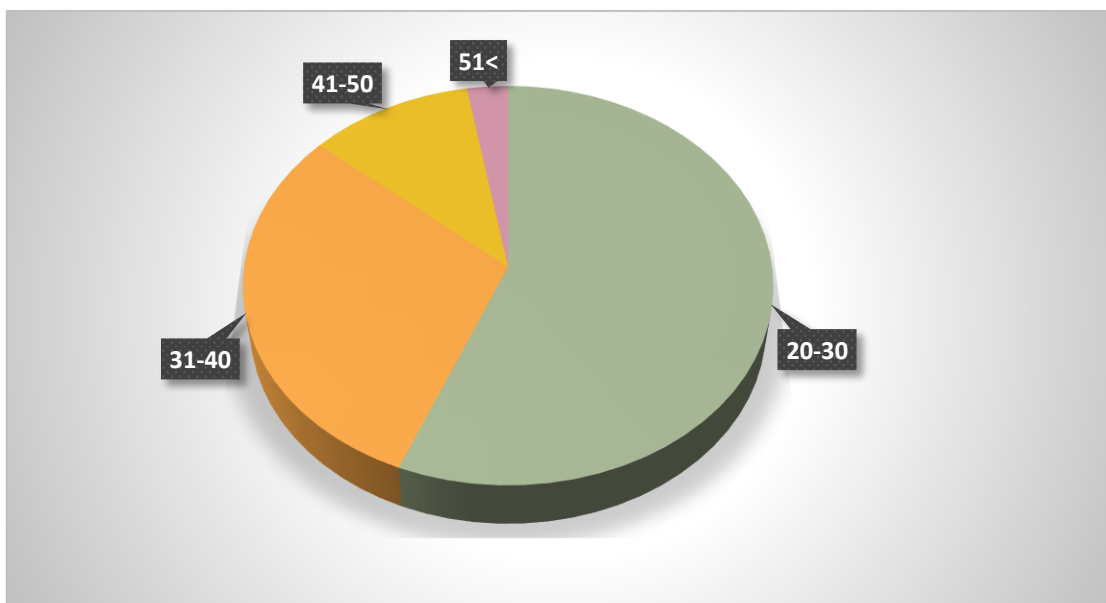
## 5 Prezentace získaných dat

### 5.1 Vyhodnocení amnestické části dotazníku

Otázka č. 1: Věk

*Tab. 1 - Věkové rozpětí respondentů*

věk respondenta	počet respondentů	procentuální podíl
20 – 30 let	41	56 %
31 – 40 let	22	30 %
41 – 50 let	8	11 %
51 let <	2	3 %



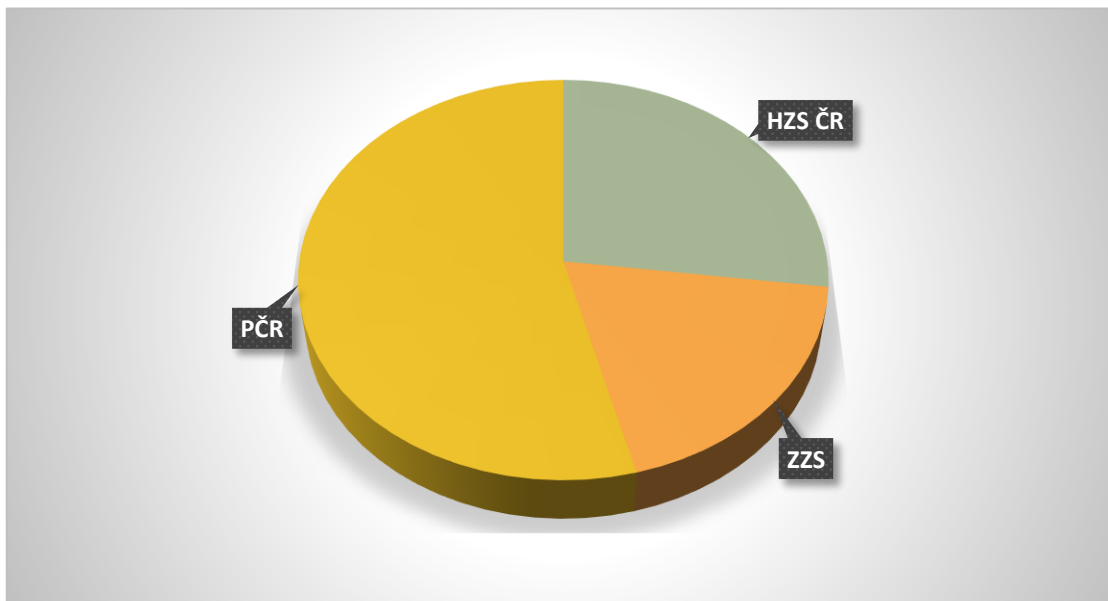
*Obr. 7 - Věkové rozpětí respondentů*

Na otázku č. 1 neodpověděl jeden ze 74 respondentů. Nejobsáhlejší kategorií je věková skupina mezi 20 a 30 lety. Do této skupiny spadá 41 respondentů, tedy 56 %.

## Otázka č. 2: Zaměstnání

Tab. 2 - Zaměstnání respondentů

zaměstnání respondenta	počet respondentů	procentuální podíl
příslušník HZS	20	27 %
příslušník ZZS	14	19 %
příslušník PČR	40	54 %



Obr. 5- Zaměstnání respondentů

Nejobsáhlejší skupinou jsou příslušníci Policie České republiky – 40 respondentů (54 %). Hasičský záchranný sbor České republiky tvoří 27 % - 20 respondentů a Zdravotnická záchranná služba 19 % - 14 ze 74 respondentů celkem.

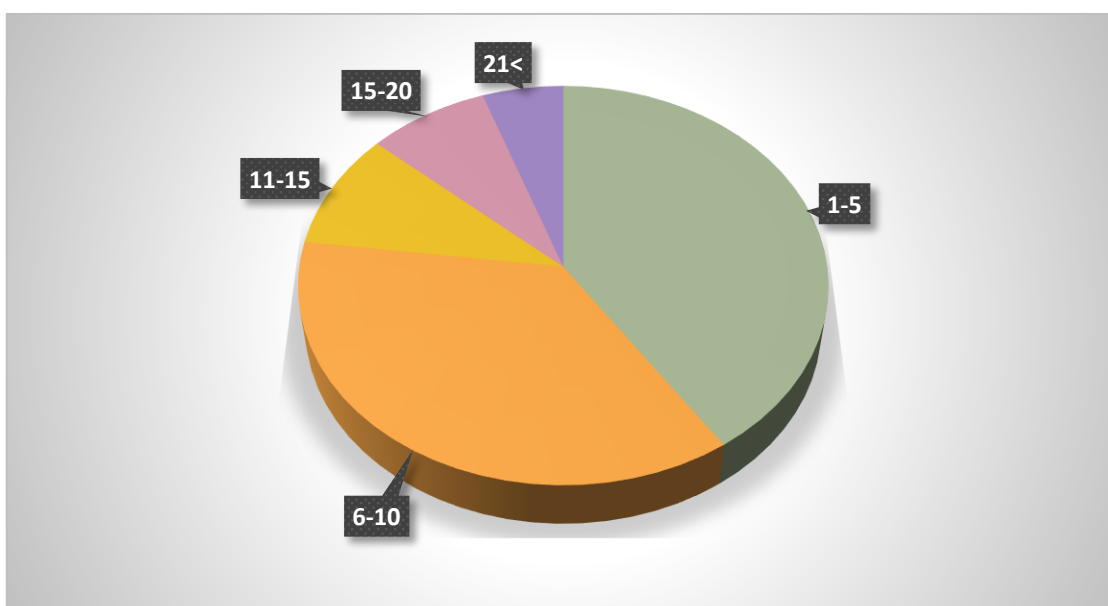
## Otázka č. 3: Pohlaví

Z celkového počtu 74 respondentů jsou 4 respondenti ženského pohlaví, jedna žena pracuje u Zdravotnické záchranné služby a 3 ženy pracují u Policie ČR. Ostatní z respondentů jsou muži.

**Otázka č. 4:** Délka praxe (u výjezdových jednotek) v letech

**Tab. 3** - Délka praxe respondentů

délka praxe	počet respondentů	procentuální podíl
1 - 5 let	30	41 %
6 - 10 let	27	37 %
11 - 15 let	7	9 %
15 - 20 let	6	8 %
21 let <	4	5 %



**Obr. 6** - Délka praxe respondentů

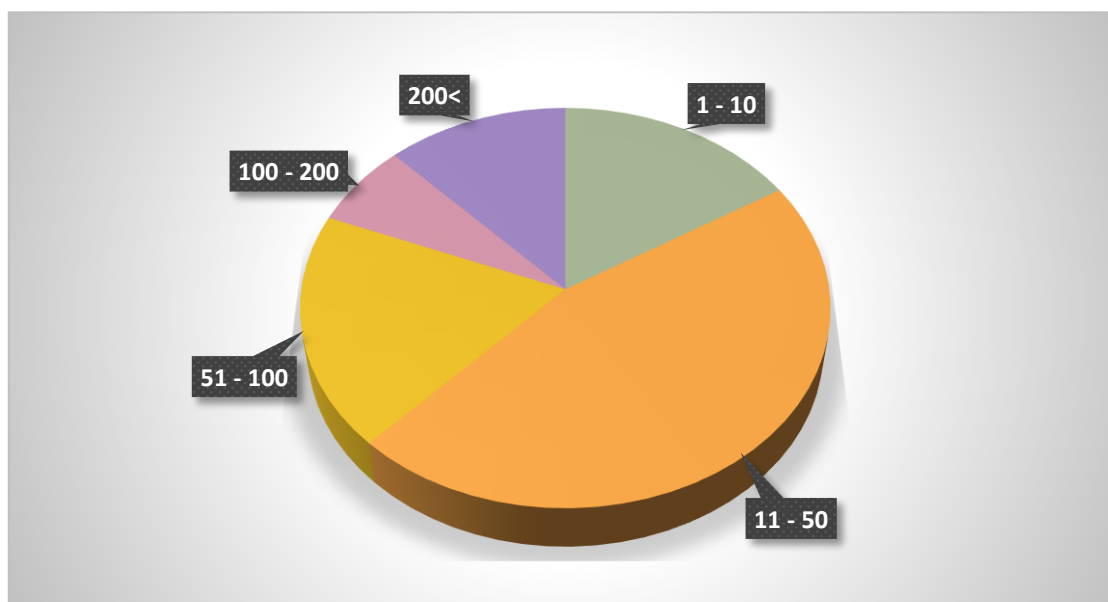
Nejvíce respondentů má délku praxe v rozmezí 1 až 5 let – 30 respondentů (41 %), dále 27 respondentů - tedy 37 % z celkového počtu dotazovaných pracují 6 - 10 let.

## 5.2 Vyhodnocení vlastní části dotazníku

**Otázka č. 1:** Kolika (odhadněte počet) zásahů u dopravních nehod se ROČNĚ účastníte?

**Tab. 4** - Počet zásahů u dopravních nehod za rok

počet zásahů za rok	počet respondentů	procentuální podíl
1 - 10	12	16 %
11 - 50	34	46 %
51 - 100	14	19 %
100 - 200	5	7 %
200 <	9	12 %



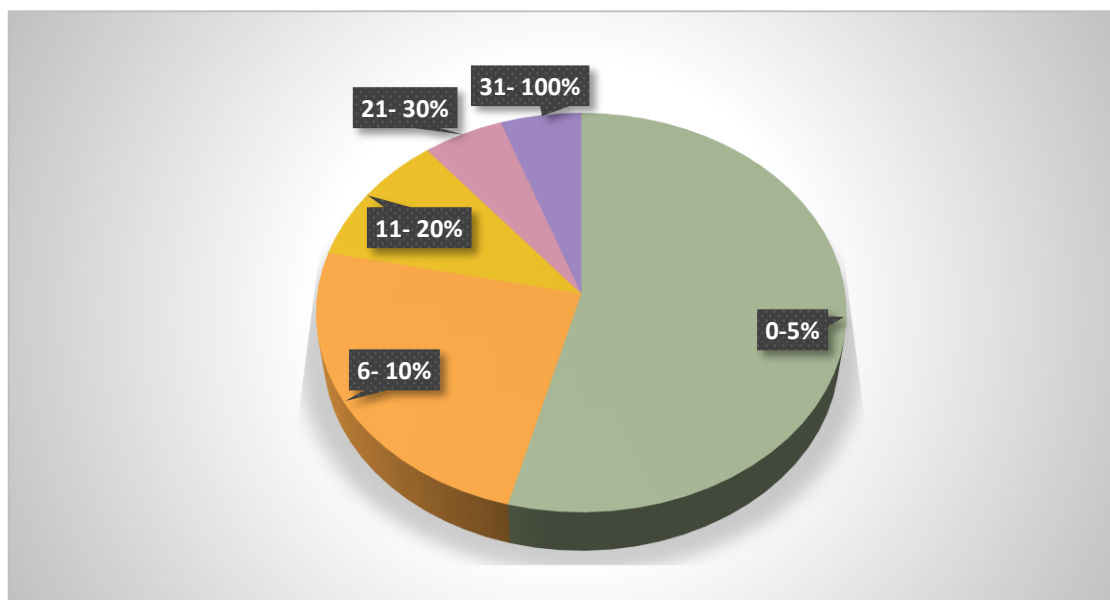
**Obr. 7**- Počet zásahů u dopravních nehod za rok

Nejobsáhlejší skupinu tvoří příslušníci IZS (46 %), kteří vyjíždí k 11 až 50 zásahům u dopravních nehod ročně. Nejvytíženější skupinu však tvoří, co se týká dopravních nehod, Policie ČR s 200 a více zásahy u dopravních nehod ročně.

**Otázka č. 2:** Kolik % (odhadem) z těchto zásahů považujete za traumatizující?  
(Vymykají se běžnému zásahovému stresu.)

*Tab. 5 - Množství traumatizujících zásahů za rok*

množství traumatizujících zásahů	počet respondentů	procentuální podíl
0 – 5 %	40	54 %
6 – 10 %	18	24 %
11 – 20 %	8	11 %
21 – 30 %	4	6 %
31 – 100 %	4	5 %



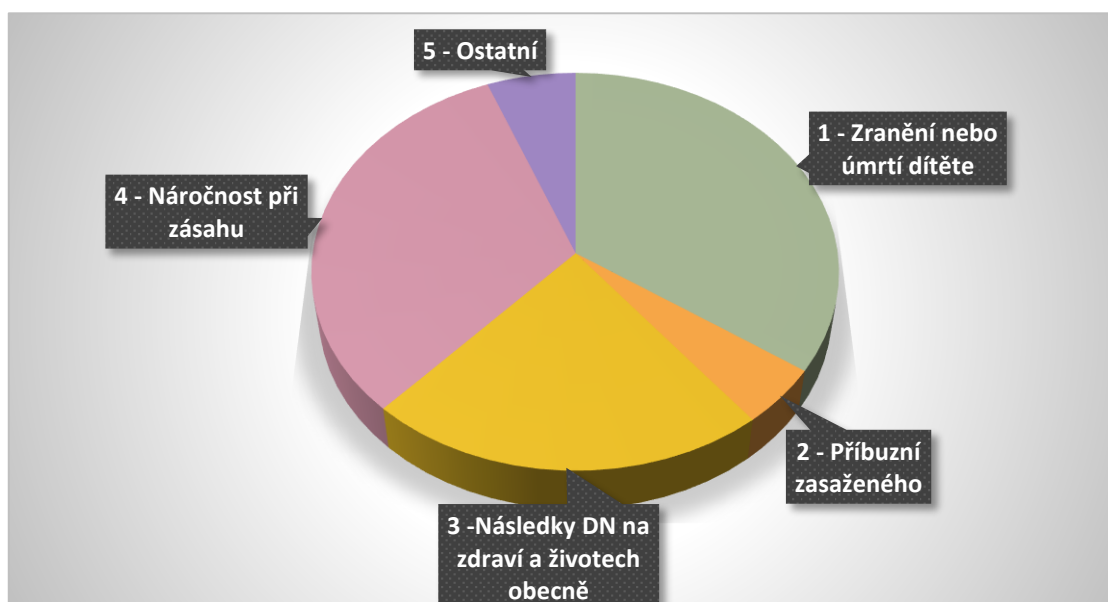
*Obr. 8- Množství traumatizujících zásahů za rok*

Na tuto otázku odpověděl jeden respondent z řad ZZS tak, že považuje 100 % zásahů u dopravních nehod za traumatizující. Ostatní oslovení co spadají do kategorie 31 – 100 % pracují u HZS a dva u PČR. Většina příslušníků IZS spadá do kategorie 0 až 5 % - 40 respondentů.

**Otázka č. 3:** Co je pro Vás při zásahu u dopravní nehody zatěžující/stresující?

**Tab. 6** - Nejvíce zatěžující/ stresující situace u dopravních nehod

Nejvíce zatěžující/ stresující u DN	počet respondentů	procentuální podíl
Zranění nebo úmrtí dítěte	29	34 %
Příbuzní zasaženého	4	5 %
Následky DN na zdraví a životech obecně	19	23 %
Náročnost při zásahu	27	32 %
Ostatní	5	6 %



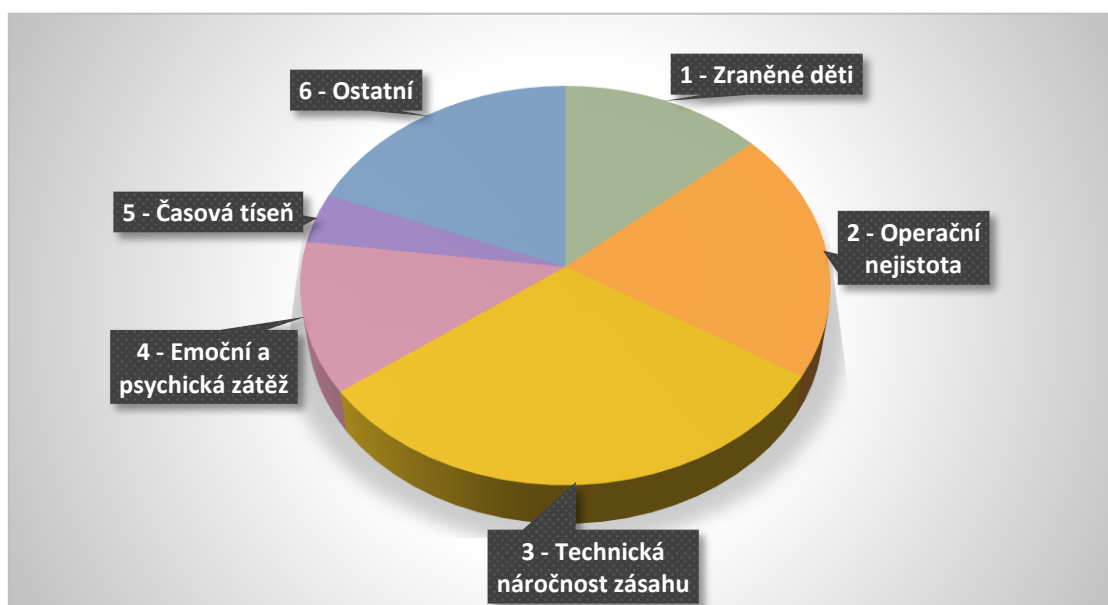
**Obr. 9-** Nejvíce zatěžující/ stresující situace u dopravních nehod

Odpovědi respondentů byly rozděleny do 5 kategorií. Skupiny jsou určeny podle nejčastěji uvedených odpovědí. Do poslední skupiny „ostatní“ patří nezařaditelné či minimálně zastoupené kategorie jako je klid a ticho, přebujelá administrativa nebo první pomoc. Na tuto otázku odpovědělo 74 respondentů a uvedlo 84 odpovědí. Zranění nebo úmrtí dítěte uvedlo 29 respondentů (34 %).

**Otázka č. 4:** Co je pro Vás při zásahu u dopravní nehody nejnáročnější?

*Tab. 7 - Nejnáročnější situace u dopravních nehod*

nejnáročnější situace u DN	počet respondentů	procentuální podíl
zraněné děti	10	14 %
operační nejistota	15	20 %
technická náročnost zásahu	23	31 %
emoční a psychická zátěž	9	12 %
časová tíseň	3	4 %
Ostatní	14	19 %



*Obr. 10- Nejnáročnější situace u dopravních nehod*

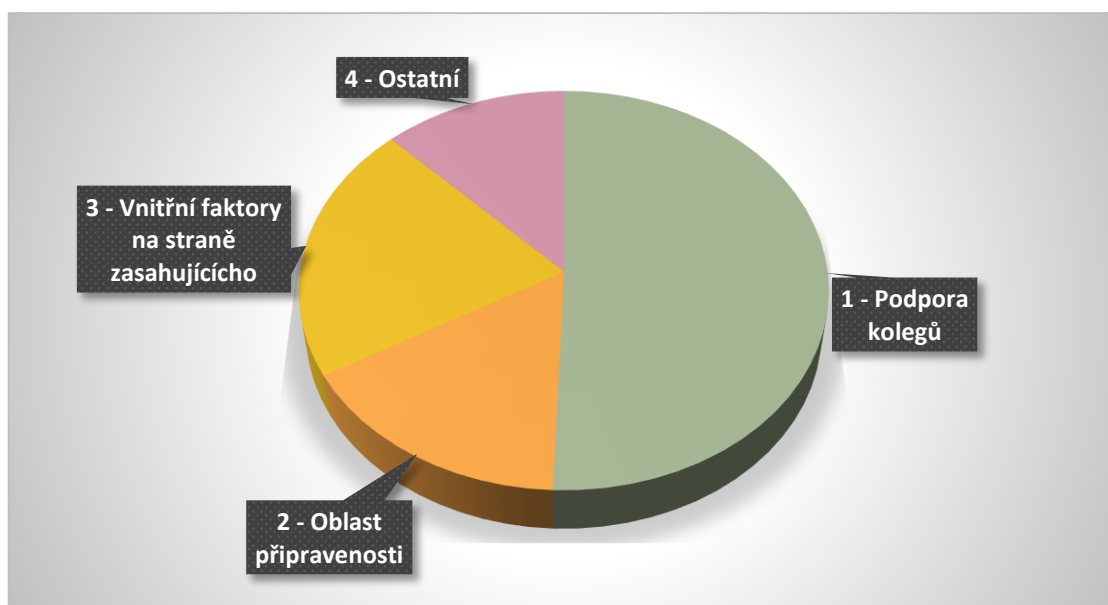
Odpovědi respondentů byly rozděleny do 6 kategorií. Skupiny jsou určeny podle nejčastěji uvedených odpovědí. Do poslední skupiny „ostatní“ patří nezařaditelné či minimálně zastoupené kategorie např. první pomoc, více zraněných, administrativa. Nejčastější odpověď respondentů je z oblasti technické náročnosti zásahu např. zajištění místa zásahu, vyprošťování osob.



**Otázka č. 5:** Co Vám PŘI zásahu u dopravní nehody pomáhá?

*Tab. 8 - Kategorie pomoci při zásahu u dopravní nehody*

kategorie pomoci při zásahu u DN	počet respondentů	procentuální podíl
podpora kolegů	41	51 %
oblast připravenosti	13	16 %
vnitřní faktory na straně zasahujícího	17	21 %
ostatní	10	12 %



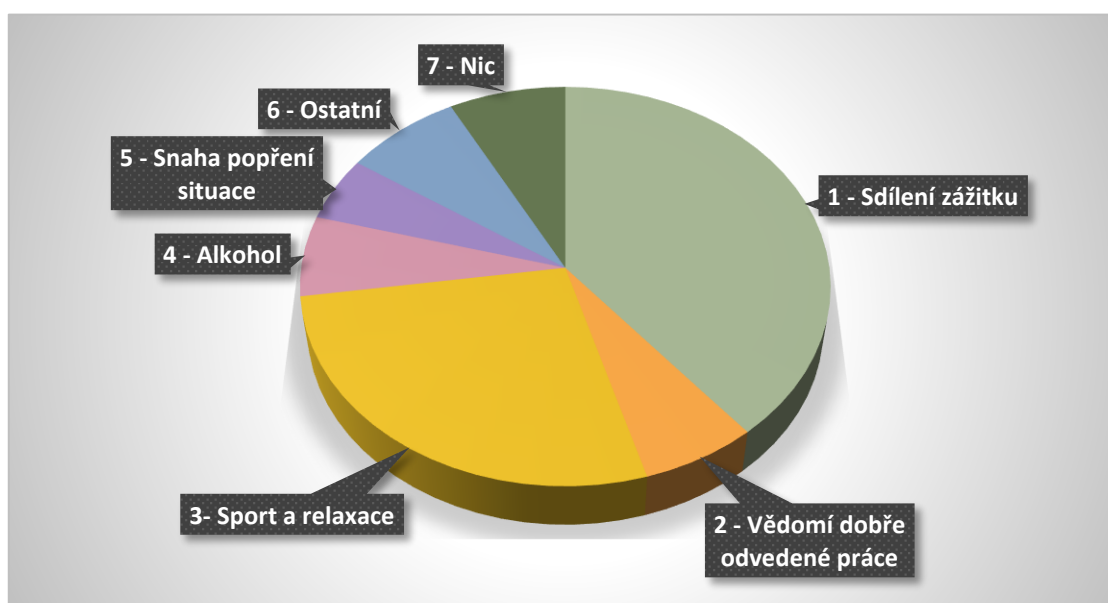
*Obr. 11- Kategorie pomoci při zásahu u dopravní nehody*

Odpovědi na tuto otázku byly rozděleny do 4 kategorií podle nejčastěji uvedených reakcí. Do skupiny „ostatní“ patří nezařaditelné odpovědi či minimálně zastoupené kategorie např. dobré auto, zdraví účastníků nebo cigareta. Podpora kolegů při zásahu u dopravní nehody pomáhá nejvíce respondentům.

**Otázka č. 6:** Co Vám PO zásahu u dopravní nehody pomáhá?

**Tab. 9** - Kategorie pomoci po zásahu u dopravní nehody

kategorie pomoci po zásahu u DN	počet respondentů	procentuální podíl
sdílení zážitku	30	39 %
vědomí dobře odvedené práce	5	7 %
sport a relaxace	21	27 %
alkohol	5	6 %
snaha popření situace	4	5 %
ostatní	6	8 %
nic	6	8 %



**Obr. 12**- Kategorie pomoci po zásahu u dopravní nehody

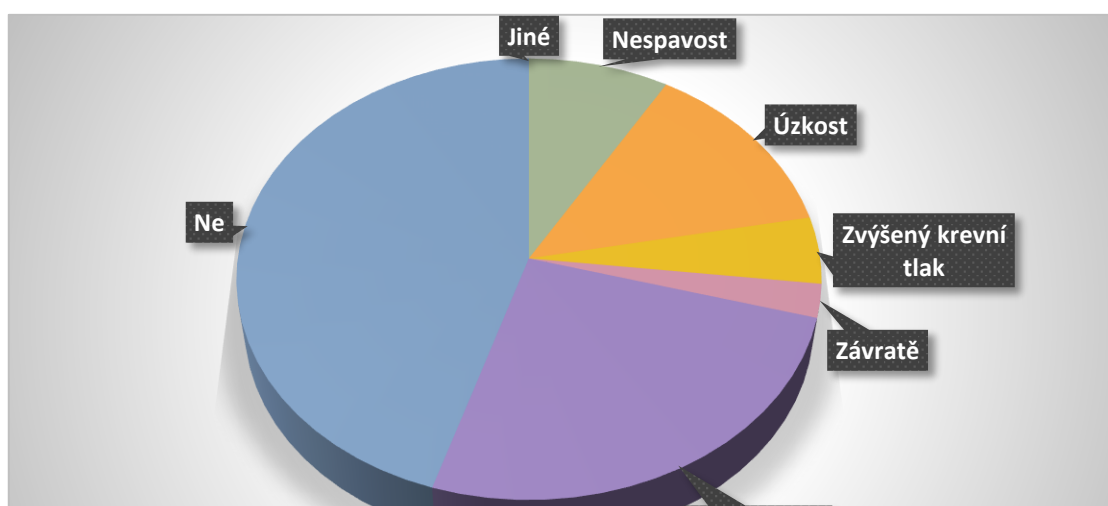
Odpovědi respondentů na tuto otázku byly rozděleny do 7 kategorií podle četnosti reakcí. Do skupiny „ostatní“ patří odpovědi, které nespádají do zbylých 5 oblastí. Na tuto otázku bylo pomocí dotazníku získáno 77 odpovědí od 74 respondentů. Nejvíce příslušníkům IZS po zásahu pomáhá sdílení zážitku – 30 respondentů (39 %).

**Otázka č. 7:** Pociťoval/a jste někdy po traumatizujícím zásahu u dopravní nehody některou z následujících obtíží? Můžete zaškrtnout i více možností. K výběru připište, jak dlouho obtíže trvaly.

- Nespavost
- Úzkost
- Zvýšený krevní tlak
- Závratě
- Vracení negativního zážitku
- Jiné
- Ne

**Tab. 10 -** Obtíže po traumatizujícím zásahu u dopravní nehody

obtíže po traumatizujícím zásahu u DN	počet respondentů	procentuální podíl
nespavost	7	9 %
úzkost	11	13 %
zvýšený krevní tlak	4	5 %
závratě	2	2 %
vracení negativního zážitku	21	26 %
jiné	0	0 %
ne	37	45 %



**Obr. 13-** Obtíže po traumatizujícím zásahu u dopravní nehody

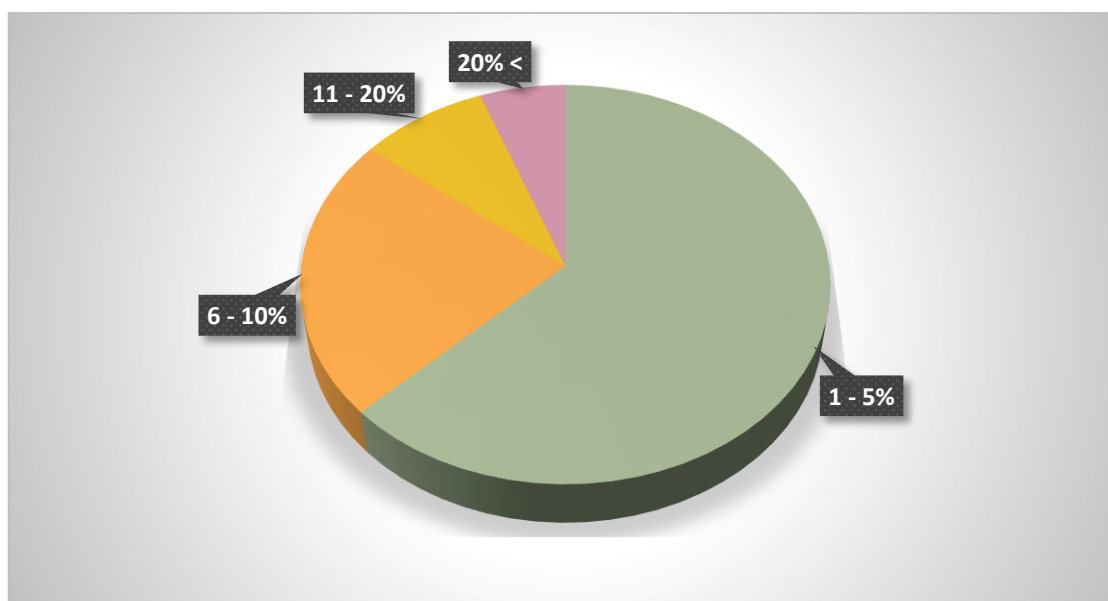
36 respondentů odpovědělo, že trpí po zásahu zmíněnými obtížemi. Jednoznačně nejčastější obtíží je vracení negativního zážitku. 37 respondentů (45%) odpovědělo,

že žádné obtíže po zásahu nemá. Žádný z dotázaných nezmínil jinou možnost. Protože nikdo nezmínil, jak dlouho obtíže trvaly, není zde tato odpověď uvedena.

**Otázka č. 8:** U kolika % zásahů byly výše uvedené obtíže přítomny?

*Tab. 11 - Množství zásahů, u kterých byly přítomny obtíže*

množství zásahů, u kterých byly přítomny obtíže	počet respondentů	procentuální podíl
1 – 5 %	22	63 %
6 – 10 %	8	23 %
11 – 20 %	3	8 %
20 % <	2	6 %



**Obr. 14-** Množství zásahů, u kterých byly přítomny zmíněné obtíže

Tento graf uvádí pouze část vzorku a je zde popsána míra výše zmíněných obtíží po zásahu u 36 respondentů. Byly uvedeny 4 kategorie, z toho důvodu, že vyšší procentuální množství než 30 není uvedeno. Nejvíce respondentů trpí potížemi v 1 až 5 % zásahů.

**Otázka č. 9:** Vyhledal/a jste v návaznosti na to odbornou pomoc?

- Ano, „rezortního psychologa“ (HZS ČR, ZZS, PČR)
- Ano, kolegu vyškoleného v krizové intervenci (posttraumatické péči)
- Ano, psychologa mimo rezort
- Ano, dobrovolníka – např. ČČK
- Ano, duchovního
- Ne

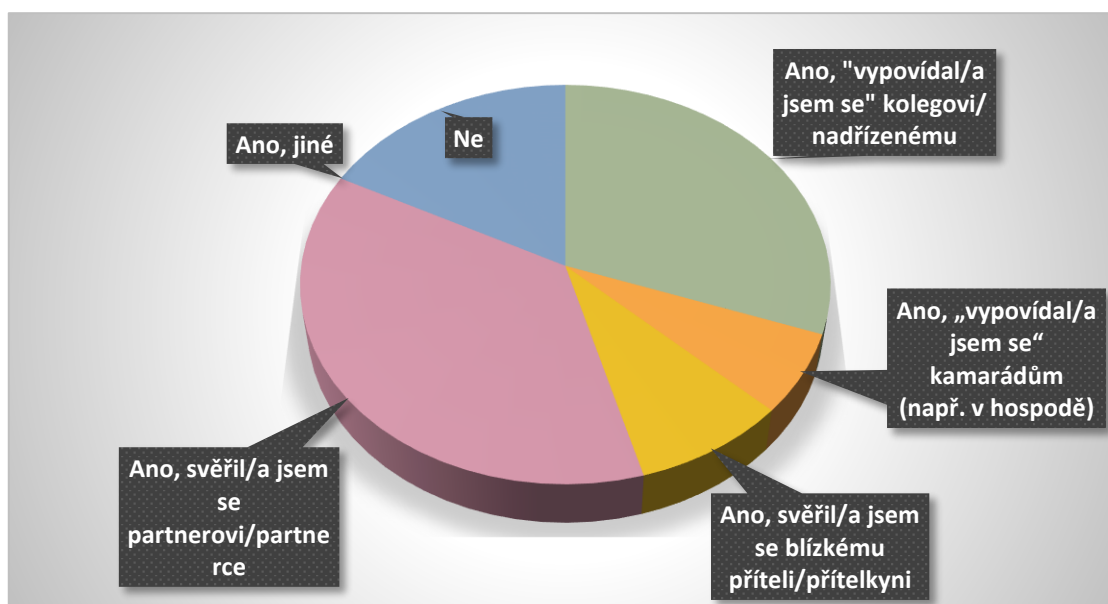
U této otázky uvedli pouze 4 z 36 respondentů, že vyhledali v návaznosti na zmíněné obtíže odbornou pomoc. 2 ze 4 respondentů využili pomoc rezortního psychologa a 2 z dotázaných využili pomoc krizového intervenanta.

**Otázka č. 10:** Vyhledal/a jste v návaznosti na to „neodbornou“ pomoc?

- Ano, „vypovídal/a jsem se“ kolegovi/nadřízenému
- Ano, „vypovídal/a jsem se“ kamarádům (např. v hospodě)
- Ano, svěřil/a jsem se blízkému příteli/přítelkyni
- Ano, svěřil/a jsem se partnerovi/partnerce
- Ano, jiné
- Ne

*Tab. 12 - Vyhledaná „neodborná“ pomoc po zmíněných obtížích*

neodborná pomoc v návaznosti na obtíže	počet respondentů	procentuální podíl
Ano, "vypovídal/a jsem se" kolegovi/ nadřízenému	14	30 %
Ano, „vypovídal/a jsem se“ kamarádům (např. v hospodě)	3	7 %
Ano, svěřil/a jsem se blízkému příteli/přítelkyni	4	9 %
Ano, svěřil/a jsem se partnerovi/partnerce	17	37 %
Ano, jiné	0	0 %
Ne	8	17 %



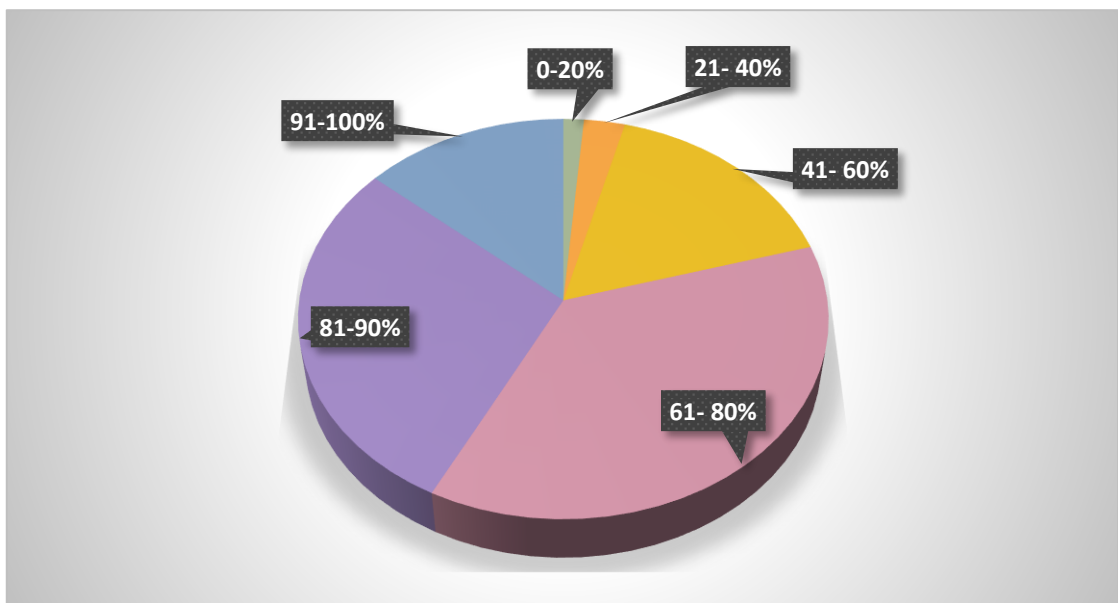
**Obr. 15-** Vyhledaná „neodborná“ pomoc po zmíněných obtížích

V návaznosti na výše uvedené obtíže se nejvíce respondentů svěřilo partnerce/partnerovi. Tento graf je pouze část vzorku, jedná se opět o 36 respondentů, kteří uvedli, že po zásahu trpěli obtížemi. Osm z tohoto množství respondentů uvedlo, že „neodbornou“ pomoc nevyhledali.

**Otázka č. 11:** Na kolik % hodnotíte své schopnosti krizové komunikace se zasaženými lidmi? (100 % = má komunikace zasaženým jednoznačně pomáhá)

**Tab. 13 -** Schopnosti krizové komunikace respondentů

schopnosti krizové komunikace respondentů	počet respondentů	procentuální podíl
0 – 20 %	1	1 %
21 – 40 %	2	3 %
41 – 60 %	12	16 %
61 -80 %	27	37 %
81 – 90 %	27	37 %
91 – 100 %	10	14 %



**Obr. 40** - Schopnosti krizové komunikace respondentů

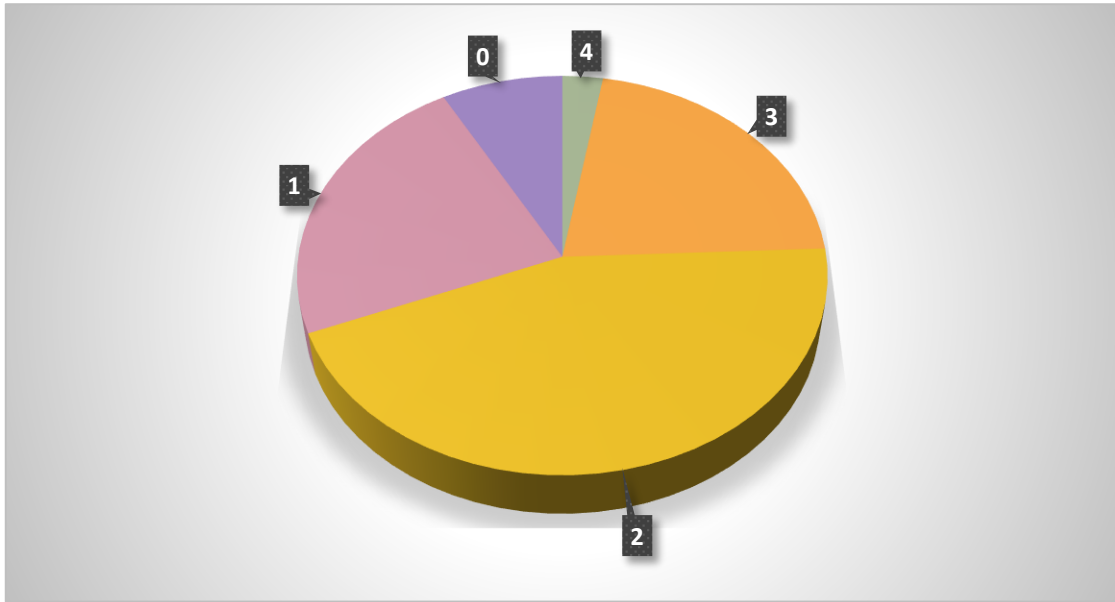
Na tuto otázku odpovědělo 73 ze 74 respondentů. Jeden z dotázaných nedokázal na otázku odpovědět. Nejobsáhlejší kategorií je 61 až 80 %, což činí 27 respondentů.

**Otázka č. 12:** Obáváte se, že byste mohl/a přenášet negativní emoce na své blízké?  
(Ohodnoťte na škále 4 – 0, kde 4 = Určitě ano, 0 = Určitě ne.)

Určitě ANO    4    3    2    1    0    Určitě NE

**Tab. 14** - Možnosti přenosu negativních emocí na své blízké

přenos emocí na své blízké	počet respondentů	procentuální podíl
určitě ANO - 4	2	3 %
spíše ANO - 3	16	22 %
ANO i NE - 2	33	44 %
spíše NE - 1	17	23 %
určitě NE - 0	6	8 %



**Obr. 42** - Možnosti přenosu negativních emocí na své blízké

Na tuto otázku nejvíce respondentů odpovědělo možností „2 – ani ano, ani ne“ – 33 respondentů (44 %). Pouze dva z dotázaných uvedli, možnost „určitě ano“.



## 5.3 Vyhodnocení cílů

Bylo stanoveno několik cílů. První cílem bylo sestavit ucelený náhled problematiky zásahů u dopravních nehod, kterým se práce zabývala v teoretické části práce.

Druhým cílem práce bylo zjistit, co je pro členy integrovaného záchranného systému při zásahu nejvíce zatěžující. Tento cíl byl naplněn pomocí otevřené otázky v dotazníku, který byl distribuován členům IZS.

Třetím cílem bylo zmapování zájmu dotázaných respondentů o vyhledávání odborné pomoci. S tímto cílem souvisí jedna z vytvořených hypotéz, u které byly uvedeny získané výsledky.

Posledním cílem bylo zamítnutí či přijetí námi stanovených hypotéz, které se zaměřují na pocity a prožívání jedinců, kteří zasahují u dopravních nehod. Díky nestandardizovanému dotazníku bylo možno hypotézy zamítnout či nezamítnout.

## 5.4 Vyhodnocení hypotéz

1. **HYPOTÉZA:** *Předpokládáme, že pro zasahující příslušníky IZS u dopravních nehod bude nejvíce zatěžující/ stresující přítomnost zraněných či usmrcených dětí.*

K hypotéze 1 se vztahuje otázka 3.

Touto hypotézou jsme ověřovali obecně známý fakt, že zásadním stresujícím faktorem pro zasahující je přítomnost zraněných nebo usmrcených dětí na místě zásahu. Jak můžeme vidět v příloze 2.

Jako doporučení pro praxi spatřujeme informování a možnost odborných konzultací v případě nežádoucích reakcí na stres. Ztotožňujeme se s tvrzením, že na utrpení či smrt dětí se v rámci intaktní společnosti zvyknout nedá, proto vidíme jako jedinou cestu informovanost. Informovat především začínající zasahující o tom, že takovéto případy se dít mohou, stávají se a vysoká emoční zátěž z toho plynoucí je normální reakcí. Nesmíme však zapomínat ani na ostatní stresové faktory, neboť často mohou souviset navzájem a jejich dělení může být do určité míry umělé. Jako východisko vidíme tmelení pracovního kolektivu a vzájemnou spolupráci v něm. Toto tvrzení se potvrdilo provedením našeho výzkumu, jelikož spolupráce s kolegy byla nejčastější odpovědí na otázku „Co Vám nejvíce pomáhalo při zásahu.“

### **HYPOTÉZU Č. 1 JSME NEZAMÍTLI**

- 2. HYPOTÉZA:** *Předpokládáme že, více jak 50% respondentům se bude vracet negativní zážitek, který zažili u dopravní nehody.*

K hypotéze 2 se vztahuje otázka č. 7.

V otázce 7 bylo zjišťováno, zda dotázaní respondenti někdy pociťovali po traumatizujícím zásahu u dopravní nehody některou ze zmíněných obtíží. 7 (9 %) respondentů uvedlo, že trpěli nespavostí. 11 (13 %) dotázaných odpovědělo, že pociťovali úzkost, 4 (5 %) respondenti uvedli, že po traumatizujícím zážitku, který zažili u dopravní nehody, měli zvýšený krevní tlak. Závratě pociťovali 2 (2 %) z dotázaných respondentů a vrácení negativního zážitku po traumatizující zkušenosti zažilo 21 (26 %) respondentů. Ostatní respondenti ze 74 dotázaných (37 – 45 %) nepociťovali žádné obtíže po traumatizujícím zážitku, který zažili u dopravní nehody. Problematice reakcí na stresové situace se věnujeme v teoretické části 2.4, 2.4.1, 2.4.2. Potíže po traumatickém zásahu pociťovala téměř polovina respondentů. Zde vidíme, že psychologická pomoc je aktuálním tématem.

### **HYPOTÉZU Č. 2 JSME ZAMÍTLI**

- 3. HYPOTÉZA:** *Předpokládáme, že většina zasahujících příslušníků u dopravních nehod nebude mít zájem o odbornou psychosociální pomoc.*

K hypotéze 3 se vztahuje otázka č. 9.

Touto hypotézou bylo testováno, zda respondenti, kteří pociťovali výše zmíněné obtíže, vyhledali v návaznosti na to odbornou pomoc. Z výzkumu vyplynulo, že pouze 4 respondenti by v tomto případě využili psychosociální podporu krizových interventů či psychologů. Říha (2015) došel k výsledku, že v prvním případě výzkumu 64 % respondentů z řad HZS by nemělo zájem o psychosociální pomoc, stejně tak v druhém případě více jak polovina (56 %) by tuto možnost nevyužila. Lze shrnout, že většina záchranářů by upřednostnila neodbornou podporu kolegů či svých blízkých.

### **HYPOTÉZU Č. 3 JSME NEZAMÍTLI**

**4. HYPOTÉZA:** *Předpokládáme že, většina zasahujících členů Integrovaného záchranného systému bude hodnotit své krizové komunikační dovednosti nad 50 %.*

K hypotéze 4 se vztahuje otázka č. 11.

V otázce č. 11 bylo zjišťováno, na kolik procent dotázaní respondenti hodnotí své schopnosti krizové komunikace. 1 (1 %) z dotázaných uvedl, že své krizové komunikační dovednosti hodnotí pod 20 %. 2 (3 %) respondenti hodnotí své schopnosti krizové komunikace v rozmezí 21 – 40 %. Mezi 41 – 60 % hodnotí své dovednosti krizové komunikace 12 (16 %) respondentů. Nejvíce z dotázaných respondentů 27 (37 %) odpovědělo, že umí komunikovat se zasaženými lidmi po traumatizující události na úrovni 61 – 80 %. Pro 21 (29 %) respondentů jsou své krizové komunikační schopnosti nad 80 % a 10 z dotázaných se hodnotí nad 90 %. Můžeme tedy říci, že většina dotázaných respondentů hodnotí své schopnosti krizové komunikace nad 50 %. Opět ve srovnání s výzkumem Říhy (2015) se krizové komunikační dovednosti příslušníků HZS nacházejí kolem 70 %. Pokud bychom porovnali data pouze mezi hasiči, opět by sebehodnocení byly celkem vysoké, z šetření vyplívá, že zasahující hasiči klasifikují své schopnosti v oblasti krizové komunikace kolem 80 %.

**HYPOTÉZU Č. 4 JSME NEZAMÍTLI**

## 6 Diskuze

V empirické části bakalářské práce jsme se zaměřili na zjištění, jak působí zásahy u dopravních nehod na psychiku příslušníků integrovaného záchranného systému. Zajímalo nás, co je pro ně nejvíce stresující, nejnáročnější i to co jim v těchto situacích pomáhá. Dále jsme zkoumali jak sebehodnotí své schopnosti krizové komunikace se zasaženými na místě nehody a jestli mají zásahy u dopravních nehod vliv na přenos negativních emocí. Jako výzkumný nástroj jsme zvolili strukturovaný dotazník s otevřenými, polouzavřenými i uzavřenými otázkami. Následně získaná data byla zpracována a vyhodnocena v přehledných grafech a tabulkách.

Výzkumný soubor tvořili příslušníci integrovaného záchranného systému, kteří zasahují u dopravních nehod. Respondentů bylo celkem 74. Největší zastoupení měli pracovníci Policie České republiky (54 %), příslušníci Hasičského záchranného sboru České republiky byli druhou největší složkou (20 %) a pracovníci Zdravotnické záchranné služby tvořili 19 %. Nejvíce respondentů působí u výjezdových jednotek v rozmezí 1 – 5let (41 %) a druhá nejobsáhlejší skupina (37 %) vykonává praxi 6 – 10 let. Velké procento (56 %) tvořili příslušníci ve věku 20 - 30 let, další největší skupinou (30 %) byli respondenti, kteří dosáhli věkové hranice 31 – 40 let. Skupinu 51 let a více tvořili 2 respondenti tedy 3 % z dotázaných. Na otázku ohledně věku neodpověděl jeden respondent. Pouze 4 z celkového počtu 74 dotázaných respondentů byli ženy, z toho jedna pracuje u ZZS a zbylé tři jsou zaměstnané u PČR.

Zjišťovali jsme, kolika zásahů u dopravních nehod se dotázaní respondenti účastní. Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů (46 %) v rozmezí 11 – 50 zásahů ročně. Skupinu 200 a více zásahů u dopravních nehod za rok (12 %) tvořili pouze příslušníci PČR, někteří z dotázaných uvedli, že se účastní 400 až 500 zásahů ročně, tedy 2 výjezdy k dopravní nehodě denně. Na otázku kolik procent z těchto zásahů považují za traumatizující, odpovědělo 54 % dotázaných 0 – 5 %. Druhá nejobsáhlejší skupina (24 %) uvedla množství traumatizujících zásahů mezi 6 a 10 %. Jeden z oslovených respondentů uvedl, že považuje 100 % zásahů u dopravních nehod za traumatizující.

Dále nás zajímalo co je pro zasahující u dopravní nehody zatěžující či stresující. Největší procento (34 %) dotázaných uvedlo zranění nebo úmrtí dítěte. Zároveň jsme zjistili, že přítomnost zraněných dětí je pro část (14 %) oslovených respondentů i nejnáročnějším případem u DN. Druhou nejčastěji uváděnou odpovědí (32 %) byla náročnost při zásahu, do této kategorie patří například vyhodnocení situace, neukázněnost

ostatních řidičů, špatná spolupráce kolegů či rozsah události. Těžká zranění účastníků, úmrtí, zkratka následky DN na zdraví a životech obecně uvedlo 23 % respondentů. Ostatních 5 (6 %) respondentů uvedlo, že je pro ně zatěžující/stresující např. nadřízený, který nesmyslně úkoluje, přebujelá administrativa, apod. otázka byla také zpracována v hypotéze, která se nám potvrdila. Že zranění či úmrtí dětí je jednou z nejvíce stresujících situací při zásahu, si ověřil také Ešler (2013), který se ve svém výzkumu dozvěděl, že děti ovlivňují psychiku zasahujícího nejvíce.

V rámci dotazníku jsme také zjišťovali co členům IZS u dopravní nehody nejvíce pomáhá a jak se s negativními zážitky vypořádávají. Nejvíce respondentů uvedlo, že jim podpora a komunikace s kolegy pomáhá při zásahu (51 %), stejně tak i po zásahu (39 %) u dopravní nehody. Důležitá je pro ně spolupráce nejen se svým týmem, ale i s ostatními složkami IZS. Další skupině (21 %) pomáhá adrenalin či vědomí, že můžou zachránit lidský život a část oslovených (16 %) využívá svého výcviku a nasbírané praxe. Sport a relaxace je pro 27 % nejlepší pomocí po náročném zásahu u DN. K obdobnému názoru došel i Ešler (2013) který při vyhodnocování výzkumu zjistil, že nejlépe se s nahromaděným stresem dá vypořádat pomocí relaxace a koníčků. Kollertová (2009) se při hloubkovém rozhovoru od pracovníků HZS dozvěděla, že smysl pro humor snižuje závažnost situace a zároveň smích snižuje prožívané napětí. Předpokládá, že humor také spojuje členy a spoluvytváří kulturu skupiny.

Jedna z hypotéz se týkala obtíží, nastalých po traumatizujícím zážitku u dopravní nehody. Hypotézu jsme zamítli. Předpokládali jsme, že více jak 50 % dotázaným respondentům se bude po traumatizujícím zásahu vracet negativní zážitek. 45 % respondentů uvedlo, že žádné obtíže po traumatizujícím zásahu nemělo, negativní zážitek se vracel 26 % osloveným respondentům. Další velké zastoupení (13 %) v dotazníkovém šetření měl stav úzkosti po zásahu u DN. Tyto obtíže se objevili v 1 až 5 % zásahů u 63 % dotázaných, kteří uvedli, že pociťovali výše zmíněné obtíže. Vyšší míru než 30 % žádný z respondentů neuvedl. Mašková (2014) ve své práci uvádí, že nejvíce respondentům z řad IZS se negativní zážitky po zásahu spíše nevrací.

Zajímavým faktem bylo, že pouze 4 respondenti z 36 vyhledali v návaznosti na zmíněné obtíže odbornou pomoc. Dva z nich využili pomoc rezortního psychologa a druzí dva se svěřili krizovému interventovi. Sedm respondentů dokonce nevyhledalo ani „neodbornou“ pomoc. Ostatní se buď svěřili svým blízkým, či kamarádům a kolegům v práci. Touto otázkou jsme se také zabývali v hypotéze, která se potvrdila. Že, služeb psychologa členové IZS nevyhledávají, zjistil i Ešler (2013) při kvalitativním výzkumu.

Tento fakt odůvodňuje vyšší odolností mladších pracovníků vůči stresu, nebo studem vyhledat tuto pomoc. Levá (2015) ve své práci uvádí, že zaměstnanci IZS odbornou pomoc nevyhledávají z důvodu nedůvěry se někomu svěřit.

Další zajímavý fakt přineslo zjištění, že většina (88 %) respondentů hodnotí své schopnosti krizové komunikace na místě zásahu nad 60 %, kdy 100 % bylo, že komunikace zasaženým jednoznačně pomáhá. Nejobsáhlejšími skupinami (37 %) byli komunikační schopnosti na úrovni 61 – 80 % a 81 – 90 %. Čtyři respondenti ohodnotili své dovednosti krizové komunikace se zasaženými na 100 %. Jeden z dotázaných respondentů nedokázal posoudit, na jaké komunikační úrovni se hodnotí. Této otázky se týkala i jedna z hypotéz, kde jsme testovali, zda většina členů IZS hodnotí své krizové komunikační schopnosti nad 50 %. Hypotézu jsme tedy nezamítli. Lze konstatovat, že většina dotázaných si věří v oblasti krizové komunikace. Toto zjištění popisuje i Říha (2015) ve své diplomové práci, sebehodnocení respondentů v oblasti krizové komunikace je vysoké, průměr ukazuje 70 %.

Zajímalo nás také zda se respondenti obávají, že by mohli přenášet negativní emoce na své blízké. Na škále 4 – 0, kde 4 znamená určitě ano a 0 určitě ne, nejvíce dotázaných (44 %) uvádělo možnost 2.

Zásahy u dopravních nehod jsou velice náročné po fyzické, ale i po psychické stránce, jak se nám podle výzkumu povrdilo. Při každém zásahu je nebytná spolupráce týmu, proto považujeme utužování kolektivu za významný faktor emočního prožívání v pomáhajících profesích.

## 7 Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapování pocitů a prožívání zasahujících příslušníků integrovaného záchranného systému u dopravních nehod a jak se s danými emocemi lze vypořádat. Emoce jsou jednou ze základních lidských vlastností, charakterizující reakci každého z nás na určitou situaci. Žádný zásah se neobejde bez emotivního prožívání jak obětí a jejich nejbližších, tak členů záchranného týmu. Pro příslušníky IZS je nutné naučit se s psychickým prožíváním v zátěžové situaci pracovat a najít způsob, jakým lze obnovit a načerpat psychické síly, nutné pro další působení v náročném povolání.

Teoretická část práce byla věnována zmapování zvolené problematiky. Pomocí odborné literatury a internetových zdrojů jsou zde definovány základní pojmy týkající se dopravních nehod, stresu, příčin jeho vzniku a možnými psychickými poruchami vyvolanými intenzivním prožíváním stresu. Pojmu stres byla věnována část práce, z toho důvodu, že tato emoce je nejvýraznější emotivní složkou prožívání jedince při dopravní nehodě u všech zúčastněných. Pozornost byla zaměřena i na krizi a její typologické dělení. Další kapitola se věnuje krizové intervenci pro členy IZS, ale i pro ostatní účastníky traumatizujících událostí, která je jejich součástí. Je zde zmíněna první psychická pomoc pro zasažené, kterou zasahující členové IZS poskytují na místě nehody a také krizová intervence pro příslušníky HZS ČR, PČR, ZZS.

Cílem praktické části bylo zamítnutí, či nezamítnutí předem stanovených hypotéz pomocí námi vytvořeného anonymního dotazníku distribuovaného mezi příslušníky integrovaného záchranného systému. Z průzkumu vyplynulo, že nejvíce zatěžující je pro zasahující u dopravní nehody přítomnost zraněných či usmrcených dětí. Tyto zásahy patří pro pracovníky v IZS mezi nejnáročnější situace. Většinou zasahujících pomáhá u zásahu podpora a spolupráce kolegů. Dobré vztahy, kolegiální a týmová spolupráce mezi členy všech složek IZS jsou nezbytné pro kvalitně odvedenou práci u zásahu. Nutností pro každého zasahujícího je i fyzická a psychická připravenost. Z dotázaných nejvíce respondentů odpovědělo, že jim po zásahu pomáhá komunikace s kolegy a rozebrání zásahu. Relaxace je druhou uváděnou pomocí. Jednou ze stanovených hypotéz bylo zjištění, kolik respondentů mělo po traumatizující události psychické či fyzické potíže. Méně než polovina dotázaných respondentů uvedla, že pocíťovali zmíněné potíže, ale ne všichni vyhledali v návaznosti na to pomoc. Více než 50 % dotázaných respondentů hodnotí své schopnosti krizové komunikace nad 50 %.

Výzkumného šetření se účastnilo 74 respondentů z řad integrovaného záchranného systému a vzhledem k relativní konzistenci dat lze použít obecná doporučení uvedená v kapitole Diskuze.

Tato bakalářská práce cílí především na členy IZS, ovšem i laickým čtenářům přináší ucelený náhled na danou problematiku a uceluje představu o tom, s čím vším si zasahující u dopravních nehod musí projít, jak náročné jsou tyto zásahy i to, jak se s možnými obtížemi následně vypořádat.



## 8 Seznam použité literatury

1. ANDRŠOVÁ, A. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. 2012. ISBN: 978- 80- 247- 4119- 2.
2. BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada. 2005. ISBN: 80-247-0708-X.
3. BERG, D. Mental and emotional injuries from a car wreck. *All about car accident*. [online] 2016 [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: <http://www.all-about-car-accidents.com/resources/auto-accident/car-accident-injuries/mental-emotional-injuries-from-car-wreck>.
4. BREČKA, T. *Psychologie katastrof*. Praha: Triton. 2009. ISBN: 978- 80- 7387- 330- 1.
5. CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION. Posttraumatic stress disorder (PTSD). *Canadian mental health association*. [online]. 2015 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: [http://www.cmha.ca/mental\\_health/post-traumatic-stress-disorder/#.Vyca\\_jCLTIU](http://www.cmha.ca/mental_health/post-traumatic-stress-disorder/#.Vyca_jCLTIU).
6. CAPLAN, G. *Duševné zdravie v rodine a spoločnosti*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. 1970.
7. CAPLAN, G. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: The Guilford Press. 1964.
8. ČESKO. Zákon č. 239/2000 ze dne 28. června 2000, o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 73.
9. ČESKO. Zákon č. 240/2000 ze dne 28. června 2000, o krizovém řízení a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 73.
10. DEBORAH, J a kol. *Psychosociální odpověď na kolektivní násilí a terorismus*. MV-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR. ISBN: 978- 80- 86640- 52- 5.
11. EKMAN, P., a FRIESEN, W. V. A new pan-cultural expression of emotion. *Motivation and Emotion*. University of California, San Francisco. 1986.
12. EKMAN, P., FRIESEN, W. V., & ELLSWORTH, P. *Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings*. New York: Pergamon Press. 1972.

13. ENCYKLOPEDIA OF MENTAL DISORDERS. Acute stress disorder. *Encyklopedia of mental disorders*. [online]. 2016 [cit. 2016-04-28]. Dostupné z: <http://www.minddisorders.com/A-Br/Acute-stress-disorder.html>.
14. EŠLER, P. *Řešení krizových situací v působnosti HZS pro vybranou oblast ochrany obyvatelstva*. Zlín. 2013. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce: Martin Hromada.
15. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 2010. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-686-5.
16. HOWARD, P., J., *Příručka pro uživatele mozku*. Praha: Portál 1998. ISBN: 80-7367-052-6.
17. HUMPL, L. Psychosociální intervenční služba o profesionály ve zdravotnictví. *Územní středisko záchranné služby Moravskoslezského kraje*. [online]. 2015. [cit. 2016\_04\_20]. Dostupné z: <http://www.unbr.cz/Data/files/Konf%20MEKA%202011/03-HumplBrno%202011.pdf>.
18. HZS- LIBERECKÉHO KRAJE. Posttraumatická péče. *Hasičský záchranný sbor Libereckého kraje*. [online]. 2015. [cit. 2016\_04\_20]. Dostupné z: <http://www.hzslk.cz/237-posttraumaticka-pece.html>.
19. JANKE, W., ERDMANNOVÁ, G. *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum. 2003. ISBN 80-86471-24-1.
20. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 2005. ISBN 80-200-1307-5.
21. KOHOUTEK, T., ČERMÁK, I. *Psychologie katastrofické události*. 2009. Praha: Academia. ISBN: 978- 80- 200- 1816- 8.
22. KOLLERTOVÁ, L. *Zvládnání psychické zátěže u záchránářů HZS*. Praha. 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce: Ladislav Koubek.
23. KOPECKÁ, I. *Psychologie 3. díl*. Praha: Grada. 2015. ISBN: 978- 80- 247- 3877- 2.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum. 1994. ISBN 80-7169-121- 6.
25. LEVÁ, J. *Psychosociální intervence, poskytovaná Zdravotnickou záchrannou službou*. Kladno. 2015. Bakalářská práce. ČVUT. Vedoucí práce: Dana Rebeka Ralbovská.

26. MAŠKOVÁ, M. *Aspekty psychické zátěže při mimořádných událostech u členů pomáhajících profesí*. Kladno. 2014. Bakalářská práce. ČVUT. Vedoucí práce: Dana Rebeka Ralbovská.
27. MAYO CLINIC. Posttraumatic stress disorder (PTSD). *Mayo clinic*. [online]. 2014. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/basics/definition/con-20022540>.
28. MÜLLER, L., MÜLLER A. (ed.). *Slovník analytické psychologie*. Praha: Portál. 2006. ISBN 80-7178-863-5.
29. MV – GŘ HZS ČR. Integrovaný záchranný systém. *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. Praha: MV – GŘ HZS ČR. 2009. [cit. 2016\_04\_01]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranný-system.aspx>.
30. MV- GŘ HZS ČR. Posttraumatická péče hasičům a psychosociální pomoc osobám zasažených mimořádnou událostí. *Hasičský záchranný sbor České republiky*. [online]. Praha: MV – GŘ HZS ČR. 2011. [cit. 2016\_04\_20]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/soubor/ob-09-psychosocialni-pomoc-pdf.aspx>.
31. MV – GŘ HZS ČR. Posttraumatická péče. *Hasičský záchranný sbor České republiky*. [online]. Praha: MV – GŘ HZS ČR. 2016. [cit. 2016\_04\_20]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/posttraumaticka-pece.aspx>.
32. MV- GŘ HZS ČR. Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek. *Hasičský záchranný sbor České republiky*. 2010. ISBN: 978-80-86640-51-8.
33. MV- GR HZS ČR. Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci STČ 12/IZS. *Hasičský záchranný sbor České republiky*. [online]. Praha: MV – GŘ HZS ČR. 2015. [cit. 2016\_04\_20]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/soubor/stc-12-izs-typova-cinnost-slozek-izs-pri-poskytovani-psychosocialni-pomoci-122015-pdf.aspx>.
34. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie, přehled základních oborů*. Praha: Triton. 2011. ISBN: 978-80-7387-443-8.
35. PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. 2010. ISBN: 978-80-247-2959-6.
36. PETERKOVÁ, M. Fáze vyhořívání. *Syndrom vyhoření*. [online]. 2016 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/faze-vyhorivani>.

37. PORADA, Viktor a kol. *Silniční dopravní nehoda v teorii a praxi*. Praha: Linde. 2000. ISBN: 80- 7201- 212- 6.
38. PRAŠKO, J a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál. 2003. ISBN: 80- 7178-811-2.
39. PRAŠKO, J, PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada. 2007. ISBN: 978-80-247-1697-8.
40. ŘÍHA, R. *Psychologie účastníků mimořádných událostí způsobených chemickým, biologickým, radiačním či nukleárním ohrožením*. Kladno. 2015. Diplomová práce. ČVUT. Vedoucí práce: Štěpán Vymětal.
41. SARAFINO, E. P. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. John Wiley and Sons. 2003. ISBN: 978-04-7142-823-7.
42. SELLYE, H. *Život a stres*. Bratislava: Obzor. 1966.
43. SHALEV, A. Y., URSANO, R. J. *Mapping the multidimensional picture of acute responses to traumatic stress*. New York: Oxford University Press. 2003.
44. STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 2011. ISBN: 978-80- 247- 3553- 5
45. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize, psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada. 2004. ISBN: 80- 247- 0888- 4
46. TESAŘÍK, J., STRAKA, J. *Informace o nehodovosti na pozemních komunikacích ČR za rok 2015*. Policejní prezidium České republiky. 2016.
47. THOM, R. *Některé otázky spojené s dějinami pojmu „krize“*. Praha: Filozofický ústav ČSAV. 1992.
48. VAŠINA, L. *Klinická psychologie a somatická psychoterapie, díl. I*. 2002. Brno: Neptun. ISBN: 80-902896-4-9
49. VITOUŠOVÁ, P. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Praha: Grada. 2007. ISBN: 978-80-247-2014-2
50. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 2012. ISBN: 978-80-262-0212-7
51. VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. 2009. ISBN: 978-80- 247- 2510- 9
52. VYMĚTAL, Š., a kol. *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. Praha: Themis, nakladatelství MV ČR. 2010. ISBN: 978-80-7312-065-8
53. WINTEROVÁ, D. D. N, KONGEROVÁ, S. M. *Psychologie environmentálních problémů*. Praha: Portál. 2009. ISBN: 978- 80- 7367- 593-6

54. ZZS – STŘEDOČESKÉHO KRAJE. Psychosociální intervenční služba. *Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje*. [online]. 2015. [cit. 2016\_4\_20]. Dostupné z: <http://www.uszssk.cz/psychosocialni-intervencni-sluzba>

## 9 Seznam použitých zkratek

ASD – Acute stress disorder

DN – Dopravní nehoda

HZS – Hasičský záchranný sbor

IZS – Integrovaný záchranný systém

MU – Mimořádná událost

MV – Ministerstvo vnitra

PČR – Policie České republiky

PTSD – Post-traumatic stress disorder

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

## 10 Seznam použitých obrázků

<i>Obr. 1 – Vývoj počtu nehod a jejich následků (Tesařík, Straka, 2016)</i> .....	11
<i>Obr. 2 - Stresory (Stock, 2011)</i> .....	18
<i>Obr. 3 - Základní rozměry stresu (Křivohlavý, 1994)</i> .....	19
<i>Obr. 4 - Věkové rozpětí respondentů</i> .....	34
<i>Obr. 5 - Zaměstnání respondentů</i> .....	35
<i>Obr. 6 - Délka praxe respondentů</i> .....	36
<i>Obr. 7 - Počet zásahů u dopravních nehod za rok</i> .....	37
<i>Obr. 8 - Množství traumatizujících zásahů za rok</i> .....	38
<i>Obr. 9 - Nejvíce zatěžující/ stresující situace u dopravních nehod</i> .....	39
<i>Obr. 10 - Nejnáročnější situace u dopravních nehod</i> .....	40
<i>Obr. 11 - Kategorie pomoci při zásahu u dopravní nehody</i> .....	41
<i>Obr. 12 - Kategorie pomoci po zásahu u dopravní nehody</i> .....	42
<i>Obr. 13 - Obtíže po traumatizujícím zásahu u dopravní nehody</i> .....	43
<i>Obr. 14 - Množství zásahů, u kterých byly přítomny zmíněné obtíže</i> .....	44
<i>Obr. 15 - Vyhledaná „neodborná“ pomoc po zmíněných obtížích</i> .....	46
<i>Obr. 16 - Schopnosti krizové komunikace respondentů</i> .....	47
<i>Obr. 17 - Možnosti přenosu negativních emocí na své blízké</i> .....	48

## 11 Seznam použitých tabulek

<i>Tab. 1 - Věkové rozpětí respondentů .....</i>	34
<i>Tab. 2 - Zaměstnání respondentů .....</i>	35
<i>Tab. 3 - Délka praxe respondentů .....</i>	36
<i>Tab. 4 - Počet zásahů u dopravních nehod za rok .....</i>	37
<i>Tab. 5 - Množství traumatizujících zásahů za rok.....</i>	48
<i>Tab. 6 - Nejvíce zatěžující/ stresující situace u dopravních nehod .....</i>	39
<i>Tab. 7 - Nejnáročnější situace u dopravních nehod.....</i>	40
<i>Tab. 8 - Kategorie pomoci při zásahu u dopravní nehody .....</i>	41
<i>Tab. 9 - Kategorie pomoci po zásahu u dopravní nehody.....</i>	42
<i>Tab. 10 - Obtíže po traumatizujícím zásahu u dopravní nehody.....</i>	43
<i>Tab. 11 - Množství zásahů, u kterých byly přítomny obtíže .....</i>	44
<i>Tab. 12 - Vyhledaná „neodborná“ pomoc po zmíněných obtížích .....</i>	45
<i>Tab. 13 - Schopnosti krizové komunikace respondentů .....</i>	46
<i>Tab. 14 - Možnosti přenosu negativních emocí na své blízké .....</i>	47



## 12 Přílohy

### PŘÍLOHA 1 Dotazník

Vážený respondente,

velice si vážíme Vaší ochoty vyplnit náš dotazník. Veškerá data jsou přísně anonymní a budou sloužit pouze jako podklady k praktické části bakalářské práce. Naším cílem je zjistit Vaše pocity a prožívání při a po dopravní nehodě. Pokud byste měl/a zájem o výsledky, případně o Vaše konkrétní odpovědi, napište nám i Váš e-mail. Kontakty nebudou součástí práce a nebudou nikde zveřejněny. Při vyplňování se můžete na cokoli zeptat. Děkujeme.

**Věk:**

**Zaměstnání:**

**Pohlaví:**  žena  muž

**Délka praxe (u výjezdových složek IZS) v letech:**

**E-mail (v případě zájmu o vyhodnocení):**

- 1) **Kolika (odhadněte počet) zásahů u dopravních nehod se ROČNĚ účastníte?**
- 2) **Kolik % (odhadem) z těchto zásahů považujete za traumatizující? (Vymykají se běžnému zásahovému stresu.)**
- 3) **Co je pro Vás při zásahu u dopravní nehody zatěžující/stresující?**
- 4) **Co je pro Vás při zásahu u dopravní nehody nejnáročnější?**
- 5) **Co Vám PŘI zásahu u dopravní nehody pomáhá?**
- 6) **Co Vám PQ zásahu u dopravní nehody pomáhá?**

- 7) **Pocíval/a jste někdy po traumatizujícím zásahu u dopravní nehody některou z následujících obtíží? Můžete zaškrtnout i více možností. K výběru připište, jak dlouho obtíže trvaly.**
- Nespavost
  - Úzkost
  - Zvýšený krevní tlak
  - Závratě
  - Vracení negativního zážitku
  - Jiné (*vypište*)
  - Ne – pokračujte k otázce 11
- 8) **U kolika % zásahů byly výše uvedené obtíže přítomny?**
- 9) **Vyhledal/a jste v návaznosti na to odbornou pomoc?**
- Ano, „rezortního psychologa“ (HZS ČR, ZZS, PČR)
  - Ano, kolegu vyškoleného v krizové intervenci (posttraumatické péči)
  - Ano, psychologa mimo rezort
  - Ano, dobrovolníka – např. ČČK
  - Ano, duchovního
  - Ne
- 10) **Vyhledal/a jste v návaznosti na to „neobornou“ pomoc?**
- Ano, „vypovídal/a jsem se“ kolegovi/nadřízenému
  - Ano, „vypovídal/a jsem se“ kamarádům (např. v hospodě)
  - Ano, svěřil/a jsem se blízkému příteli/přítelkyni
  - Ano, svěřil/a jsem se partnerovi/partnerce
  - Ano, jiné (*vypište*)
  - Ne
- 11) **Na kolik % hodnotíte své schopnosti krizové komunikace se zasaženými lidmi? (100 % = má komunikace zasaženým jednoznačně pomáhá)**
- 12) **Obáváte se, že byste mohl/a přenášet negativní emoce na své blízké? (Ohodnoťte na škále 4 – 0, kde 4 = Určitě ano, 0 = Určitě ne.)**
- Určitě ANO      4    3    2    1    0      Určitě NE

Děkujeme za spolupráci!

## PŘÍLOHA 2

Tabulka 1: data z dotazníkového šetření, zaměřeno na zatěžující/ stresující situace u dopravní nehody - část I.

Věk	Zaměstnání	Délka praxe	Počet zásahů za rok	Množství traumatizujících zásahů	Zatěžující/ stresující situace
31	HZS	11	50	4 %	zraněné děti
46	HZS	23	80	2 %	zraněné děti
22	HZS	1	30	1 %	že by obětí mohl být někdo z blízkých či rodiny
21	HZS	1	50	30 %	řev lidí
31	HZS	8	30	20 %	opilí účastníci, účastníci jsou děti
34	HZS	18	40	10 %	rozsah
25	HZS	1	50	2 %	smrt
30	HZS	7	20	5 %	když jde o čas, vyprošťování zraněných osob
34	HZS	14	30	20 %	zraněné děti
38	HZS	9	30	10 %	děti, sténající ranění, čas, bezohlední lidé
60	ZZS	21	20 - 30	3 %	děti
24	ZZS	1	20	5 %	Příbuzní postiženého žadonící o záchranu přítele
	ZZS	3	23	30 %	děti
48	ZZS	5	10	1 %	vyhodnocení situace
52	ZZS	23	3	100 %	samotná DN
41	ZZS	22	4 - 5	1 %	zraněné děti
26	ZZS	2	4	1 %	rozhodování o prioritách
32	ZZS	7	20 - 30	1 %	zraněné děti
48	ZZS	20	20 - 30	10 %	rozsah
29	ZZS	2	8	2 %	projíždění aut okolo zasahujících
45	PČR	20	140	10 %	úmrtí dítěte
28	PČR	2	100+	5 – 10 %	panika ostatních lidí
20	PČR	2	60	3 %	krev
27	PČR	7	100	25 %	vážnost zranění a nemístné pokyny operačního
29	PČR	6	300	10 – 20 %	čumilové, lidé, kteří se neřídí mými pokyny, příbuzní účastníků DN
29	PČR	8	120	12 %	více těžce zranění, zranění nebo usmrcení dítěte
41	PČR	19	30	5 %	úmrtí dítěte a pozůstalí na místě nehody
26	PČR	2	10	1 %	zranění, dopravní kolaps
26	PČR	4	10	10 %	pozůstalí
28	PČR	8	400	25 %	nevím
29	PČR	6	10	50 %	těžká zranění
29	PČR	9	50	5 %	telefonáty nadřízených, o situaci na místě
22	PČR	3	40	20 %	klid a ticho
28	PČR	7	500	20 %	velký počet zraněných
26	HZS	8	100	10 %	čas
25	PČR	2	35	15 %	zraněné děti
28	PČR	8	180	10 %	neukáznění řidiči, projíždějící místem nehody

Tabulka 2: data z dotazníkového šetření, zaměřeno na zatěžující/ stresující situace u dopravní nehody - část II.

Věk	Zaměstnání	Délka praxe	Počet zásahů za rok	Množství traumatizujících zásahů	Zatěžující/ stresující situace
23	HZS	5	20	10 %	zraněné osoby, které znám
36	PČR	8	45	3 %	děti
28	PČR	7	10	10 %	více zraněných osob
28	PČR	7	10	10 %	přítomnost dětí
31	PČR	2	100	5 %	zraněné děti
29	HZS	2	25	20 %	krev
30	PČR	4	250 - 300	1 %	přebujelá administrativa
40	PČR	10	500	10 %	křik zraněných
26	PČR	2	100	10 %	příjezd na místo události jako první nadřízený, který úkoluje, nesmyslně končící pracovní doba a vědomí, že veškerý odpracovaný čas, nad rámec stanovené prac. doby, nedostanu zaplacený
27	PČR	2	200	1 %	první pomoc
28	PČR	8	100	10 %	zranění osob, zejména dětí
25	PČR	6	20	3 %	zraněné děti
33	PČR	8	80	1 %	zranění dítěte
32	HZS	10	250	90 %	účastníci
32	PČR	5	12	1 %	zraněné děti či známá osoba
35	PČR	13	80	5 %	zraněné děti
38	HZS	17	30	2 %	špatná spolupráce
23	PČR	2	400	70 %	zraněné děti
41	PČR	20	25	6 %	lhostejnost ostatních řidičů
26	PČR	4	12	1 %	zraněné děti
28	PČR	8	35	5 %	zraněné děti
38	HZS	14	60	5 %	zraněné děti
37	PČR	9	300	2 %	protivní účastníci, smrtelná zranění
28	ZZS	4	30	2 %	zraněné děti
32	ZZS	7	20 - 30	3 %	vyhodnocení situace
31	HZS	3	100	10 %	zraněné děti
36	PČR	15	310	5 %	zraněné děti
42	ZZS	12	40	2 %	špatná spolupráce
33	PČR	9	60	5 %	děti
33	HZS	12	40	1 %	když jde o čas
28	PČR	8	100	10 %	negativní chování účastníků
30	ZZS	6	15	5 %	více zraněných osob
22	HZS	1	10	3 %	rozsah

Tabulka 3: data z dotazníkového šetření, zaměřeno na zatěžující/ stresující situace u dopravní nehody - část III.

Věk	Zaměstnání	Délka praxe	Počet zásahů za rok	Množství traumatizujících zásahů	Zatěžující/ stresující situace
33	PČR	4	100	5 %	Přítomnost "lovců nehod", chování některých účastníků provozu (zvědaví či bezohledně spěchající řidiči) a někdy též tlak zástupců tisku, ale i operačního střediska, na další a další informace ve chvíli, kdy probíhá prvotní zásah - mix těchto faktorů komplikuje řešení situace "chladnou hlavou".
26	HZS	2	20 - 30	10 %	smrt
26	PČR	2	10	1 – 2 %	manipulace s ADR, či zdravotní stav účastníků
23	PČR	3	30	1 %	zraněné děti

Genderové rozlišení dle barev: ŽENY