



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

Fakulta biomedicínského inženýrství

katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Vliv mimořádných a zátěžových situací na psychiku
člověka**

**The Effect of Emergencies and Stressful Situations on
the Human Psyche**

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva

Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Vendula Janků

Kladno, květen 2017

Zadání diplomové práce

Student: **Vendula Janků**
Studijní obor: Civilní nouzové plánování
Téma: **Vliv mimořádných a zátěžových situací na psychiku člověka**
Téma anglicky: The Effect of Emergencies and Stressful Situations on the Human Psyche

Zásady pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude popis vlivu stresových situací na psychiku člověka. V teoretické části budou popsány stresové situace, ke kterým může dojít v životě člověka a způsob, jakým na ně může jedinec reagovat (psychické stavy). Dále budou uvedeny praktické techniky, jak zvládat stres a způsoby krizové intervence (psychologické a zdravotnické) a také systém poskytování psychosociální pomoci u jednotlivých složek IZS (ZZS, PČR, HZS). Ve výzkumné části diplomové práce bude provedena analýza pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření, v rámci kterého bude kritériem výběru respondentů příslušnost k IZS, minimální počet bude 120 respondentů. Následně bude provedena komparace námi dosažených výsledků s výsledky jiných autorů. Výstupem bude zjištění nedostatků a nových potřeb v systému poskytování psychosociální péče u složek IZS a návrh na jejich inovaci, zlepšení, doplnění, ev. podpora činnosti.

Seznam odborné literatury:

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila, MACH, Jan, Klinická psychologie, ed. 1., Praha: Portál, 2015, ISBN 978-80-262-0617-0
- [2] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Krizová intervence pro praxi, ed. 2., Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-2624-3
- [3] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Krize: psychologický a sociologický fenomén, ed. 1., Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0888-4
- [4] KOHOUTEK, Tomáš a ČERMÁK, Ivo, Psychologie katastrofické události, ed. 1, Praha: Academia, 2009, ISBN 978-80-200-1816-8

Vedoucí: PhDr. Mgr. Dana Rebeka Ralbovská, Ph.D.

Zadání platné do: 20.08.2018

.....
vedoucí katedry / pracoviště

.....
děkan

V Kladně dne 12.12.2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem **Vliv mimořádných a zátěžových situací na psychiku člověka** vypracovala samostatně a použila k tomu úplný výčet citací použitých pramenů, které uvádím v seznamu přiloženém k diplomové 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 Českých Budějovicích dne 3.5.2017

Vendula Janků

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala mé vedoucí PhDr. Mgr. Daně Rebece Ralbovské, Ph.D. za cenné rady, které mi po celou dobu zpracování diplomové práce poskytovala, za její ochotu a trpělivost. Děkuji také všem respondentům z řad příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR, Policie ČR a zaměstnanců Zdravotnické záchranné služby za účast na dotazníkovém šetření.

ABSTRAKT

Obsahem diplomové práce je problematika vlivu mimořádných událostí a krizových situací na psychiku člověka a poskytování psychosociální a posttraumatické péče. Aktuálnost tématu vychází ze současné situace, kdy vzhledem ke společenským a politickým změnám, které se netýkají jen zahraničí, ale i České Republiky, je třeba očekávat, že mimořádné události se v budoucnu nebudou vyskytovat jen ojediněle. Teoretická část práce přináší ucelený pohled na danou problematiku, definuje základní zpracovávané pojmy, jakými jsou: mimořádná událost, integrovaný záchranný systém, krizové situace a jejich působení na psychiku člověka. Poté následuje popis technik zvládnání stresu při mimořádných událostech. Práce se dále věnuje problematice krizové intervence, psychosociální pomoci a posttraumatické péči poskytované jednotlivým členům integrovaného záchranného systému. Na teoretickou část navazuje výzkumná část. Cílem výzkumu je verifikovat nebo falzifikovat námi naformulované hypotézy a zjistit, jak členové zasahujících složek integrovaného záchranného systému vnímají možnost poskytování posttraumatické intervenční péče a jestli této možnosti využívají a považují ji za přínosnou. Výzkum je vytvořený na základě zpracování výsledků získaných pomocí anonymních dotazníků, které byly distribuované mezi 130 respondentů. Podmínkou výběru respondentů byl služební poměr u Hasičského záchranného sboru České Republiky a Policie České Republiky nebo zaměstnanecký poměr u Zdravotnické záchranné služby v rámci České Republiky. Získaná data jsou v empirické části zpracována ve formě tabulek nebo grafů. V diskuzi je provedena komparace námi zjištěných výsledků s výsledky jiných autorů. V závěru jsou shrnuty výsledky a cíle práce. Výstupem je zjištění nedostatků a nových potřeb v systému poskytování psychosociální péče u složek integrovaného záchranného systému a návrhy na jejich zlepšení.

Klíčová slova: psychosociální podpora, mimořádná událost, Integrovaný záchranný systém, zátěž, stres

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the impact of emergencies and crisis situations on the human psyche, and with the provision of psycho-social and post-traumatic care. What renders the issues topical is the current situation where—owing to the social and political changes, which do not only apply to foreign countries, but also to the Czech Republic, it may be expected that emergencies will cease to be a rarity in the future. The theoretical part of the thesis provides a consolidated view of the issues at hand, defining the fundamental concepts considered, such as: emergencies, the Integrated Rescue System, crisis situations and their impact on the human psyche. This is followed by an account of techniques to manage stress during emergencies. The thesis also deals with crisis intervention, psycho-social assistance and post-traumatic care provided to individual members of the Integrated Rescue System. The theoretical part is followed by research. The aim of the research was to verify or disprove the hypothesis we formulated and conduct a survey as to how members of the intervening units within the Integrated Rescue System view the option of providing post-traumatic intervention care and whether they use and find the option to be useful. The research is based on processing the results obtained from anonymous questionnaires distributed among 130 respondents. In order to take part in the research, the respondents had to be service members of the Fire Rescue Services of the Czech Republic and the Police of the Czech Republic and service members of the Medical Emergency Service within the Czech Republic. The data obtained is presented in the form of tables or charts in the empirical part. The discussion part compares the results we have obtained to those of other researchers. The conclusion summarises the results and goals of the thesis. As its outcome, the thesis identifies certain gaps and new needs in the system of psycho-social services provided to units of the Integrated Rescue System, and proposes ways to address them.

Key words: psycho-social support, emergency, Integrated Rescue System, strain, stress

OBSAH

1	ÚVOD.....	9
2	SOUČASNÝ STAV	11
2.1	Mimořádná událost, integrovaný záchranný systém.....	11
2.2	Stres, krize, trauma.....	12
2.3	Působení mimořádné události na psychiku člověka.....	13
2.4	Techniky zvládnání stresu.....	18
2.5	Krizová intervence	21
2.6	Psychosociální pomoc	24
2.7	Posttraumatická péče u složek IZS	25
3	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	31
4	METODIKA.....	33
4.1	Popis výzkumného šetření.....	33
4.2	Stanovení výzkumného vzorku.....	33
4.3	Výzkumný nástroj	34
5	VÝSLEDKY.....	35
5.1	Vyhodnocení dat z dotazníku.....	35
5.2	Vyhodnocení cílů práce.....	48
5.3	Vyhodnocení stanovených hypotéz.....	49
6	DISKUZE.....	53
7	ZÁVĚR.....	66
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	67
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
10	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ.....	76

11	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK	77
12	SEZNAM PŘÍLOH	78

1 ÚVOD

Během života lidé procházejí různými etapami. Běžně člověk řeší menší či větší problémy, ale někdy dojde k nepříjemné situaci, která je neočekávaná a mnohdy velmi stresující. K těmto situacím můžeme zařadit mimořádné události (dále MU) různého charakteru. Při těchto událostech dochází někdy ke ztrátám na životech, vážným zraněním s následným poškozením zdraví, mnohdy nastávají velké škody na majetku. MU bývají velmi traumatizující, působí negativně na zasažené osoby, pracovníky integrovaného záchranného systému, ale také na ostatní osoby, které se vyskytují na místě vzniku MU. Tyto prožité situace však také zanechávají stopy na lidské duši a ovlivňují psychiku lidí. Toto se projevuje u některých lidí již na místě události v podobě akutní stresové reakce, jindy bezprostředně či následně po ní nebo s delším odstupem v podobě poruchy psychického stavu. Proto při řešení MU je nutné brát v úvahu i možné psychosociální dopady na osoby zasažené danou událostí, ale také na záchranáře a další zúčastněné osoby. Potřeba poskytnutí psychosociální pomoci není závislá pouze na závažnosti situace a počtu zasažených, ale vždy je třeba individuálně zvážit aktuální stav jednotlivých osob a jejich potřeby. Psychosociální pomoc je tedy poskytována jak při MU menšího rozsahu, tak i při rozsáhlých a závažných MU.

V teoretické části diplomové práce se budeme zabývat vymezením pojmů MU, integrovaný záchranný systém (dále IZS). Popíšeme zátěžové situace (stres, krize, trauma) a jejich působení na psychiku člověka. Pak následuje vysvětlení technik zvládání stresu při MU. Dále se budeme věnovat problematice krizové intervence, psychosociální pomoci a také posttraumatické péči poskytované jednotlivým členům IZS.

V praktické části je cílem našeho výzkumu zjistit, jak lidé pracující u základních složek IZS vnímají stres spojený s výkonem povolání a jak se s ním vyrovnávají. Dále se pokusíme zmapovat možnosti psychosociální podpory lidem pracujícím ve složkách IZS a zjistit, jak jsou pracovníky využívány.

Téma diplomové práce jsem si vybrala, protože mě problematika vlivu zátěžových situací na psychiku lidí zajímá a také proto, že považuji tuto problematiku za velmi aktuální. Vzhledem k současným společenským a politickým změnám, které se netýkají jen zahraničí, ale i České Republiky, je třeba očekávat, že mimořádné události

se v budoucnu nebudou vyskytovat jen ojediněle. A poskytování psychosociální péče při mimořádných událostech i nadále bude patřit mezi důležité články při pomoci zasaženým lidem, protože poskytování psychosociální péče vychází z typové činnosti IZS číslo 12.

2 SOUČASNÝ STAV

2.1 Mimořádná událost, integrovaný záchranný systém

Zátěžové a určitým způsobem krizové situace zažívá mnoho lidí v životě opakovaně. Definování pojmu mimořádná událost najdeme v zákoně č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, kde je vyjádřena mimořádná událost (dále MU) jako 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. Záchranné práce jsou činnosti vedoucí k odvrácení nebo omezení bezprostředního působení rizik vzniklých MU, zejména ve vztahu k ohrožení života, zdraví, majetku nebo životního prostředí, a vedoucí k přerušení jejich příčin. Likvidační práce jsou činnosti k odstranění následků způsobených mimořádnou událostí (Zákon č. 239/2000Sb.).

Ve stejném zákoně je vymezen pojem integrovaný záchranný systém (IZS). Je to společný koordinovaný postup jeho složek při přípravě na MU a při provádění záchranných a likvidačních prací. Základními složkami IZS jsou Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS ČR), jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby (ZZS) a Policie České republiky (PČR). Ostatními složkami IZS jsou vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, ostatní ozbrojené bezpečnostní sbory, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení občanů, která lze využít k záchranným a likvidačním pracím. V době krizových stavů se stávají ostatními složkami IZS také poskytovatelé akutní lůžkové péče, kteří mají zřízen urgentní příjem (Zákon č. 239/2000Sb.).

Z hlediska psychosociální krizové pomoci můžeme rozdělit MU na dva základní typy, které do sebe vzájemně různě prolínají:

- Naprosto nepředvídaná událost, která je většinou způsobená člověkem. Může být při ní mnoho mrtvých, zohavených či těžce zraněných lidí a bývá doprovázená zmatkem a vnímaným ohrožením života. Viditelné následky jsou

brzy odstraněny a na událost se brzy i mediálně zapomíná (závažná dopravní nehoda, vlakové neštěstí, teroristický útok, výbuch).

- Někdy i předvídaná událost, většinou způsobená přírodou, doprovázená bezmocí, viditelné následky jsou dlouhodobé (povodeň, jiná živelná pohroma) (Ralbovská, 2016).

2.2 Stres, krize, trauma

Pojem stres je znám velmi dlouho a může být definován různými způsoby. Existuje mnoho definic, které popisují stres. Slovo stres je často používáno pro situace, při kterých musíme podat určitý výkon, který pro nás může být i běžný, ale za ztížených podmínek, které můžeme nazvat jako psychická zátěž (Brečka, 2009).

Při zátěžových situacích dochází u jedince k namáhání jeho schopností adaptace. V některých případech je náročná situace jedincem vyhodnocena a přijata jako výzva k vynaložení maximálních sil a schopností. Někdy však dosáhne zátěž takového stupně, že jedinec již není schopen ji zvládat a dojde k pocitu strachu, ohrožení. Tato situace vyvolává stres, kdy může dojít k řadě fyziologických i psychických procesů, které mohou negativně ovlivnit zdraví a někdy i život daného jedince (Helus, 2011).

Vágnerová popisuje stres „jako přetížení vlivem nevládnutelné, nepředvídatelné a neovlivnitelné situace spojené s nepříjemným tlakem, okolností a přílišnými změnami“ (Vágnerová, 2004, s.50).

Pojmy stres a krize jsou často zaměňovány. Stres je spíše považován za nadlimitní zátěž, která vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy. Krize je vnímána jako situace, kterou jedinec již není schopen řešit v rámci svých obvyklých strategií, kterými je zvyklý zvládat zátěž (Baštecká, 2009).

Matoušek definuje krizi jako situaci, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života a vyvolává u jedince stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Člověk není schopen tuto situaci řešit v rámci svých vyrovnávacích strategií, protože přesahuje jeho adaptační možnosti i zdroje běžných obranných mechanismů (Matoušek, 2013).

Brož a Vodáčková označují za krizovou situaci takovou, „*kteřá eskaluje a přesahuje aktuální možnosti člověka ji zvládnout. Subjektivně je prožívána jako negativní, ohrožující kvalitu života (nebo život samotný), kdy člověk aktuální řešení dočasně nenachází*“ (Brož, Vodáčková, 2015, s.36).

Krize je subjektivní zážitek a určitá reakce na stres, která ovšem s intenzitou podnětu přímo nemusí korelovat. Každý jedinec je jinak odolný vůči stresu a každý člověk připisuje různý význam jiným situacím a událostem.

Pojmem trauma můžeme označit závažné stresující události, které jsou citově zraňující a zanechávají dlouhodobé psychické následky. Traumatické události jsou charakteristické tím, že jsou náhlé, neočekávané, neodhadnutelné a mají extrémní intenzitu ohrožení (Vágnerová, 2004).

Právě neovlivnitelnost traumatické události je výrazným stresovým faktorem, kdy člověk v dané situaci nemůže nic ovlivnit a musí jen čekat, jak vše dopadne. Síla nepředvídatelnosti tkví v tom, že daný jedinec je stresován, protože neví, co se bude dít dál (Herman, Doubek, 2008).

Při silně negativním zážitku, kdy dochází k ohrožení života nebo tělesné integrity, může dojít k psychickému traumatu. Jako možné příčiny traumatu jsou označovány události nebo situace, které by s velkou pravděpodobností vyvolaly tíseň či pocit ohrožení téměř u každého. S následky psychického traumatu se v našich podmínkách nejčastěji setkáváme v souvislosti s dopravními nehodami, železničním či důlním neštěstím, požárem, týráním, znásilněním, sexuálním zneužíváním, únosem, pokusem o vraždu či jinou násilnou trestnou činností. Týkají se obětí a také svědků této trestné činnosti (Kohoutek, Čermák, 2009).

2.3 Působení mimořádné události na psychiku člověka

Na člověka během života působí různé podněty. Veškeré tyto podněty můžeme považovat za zátěž, protože vyvolávají reakci organismu. Člověk různým způsobem reaguje a adaptuje se tak na prostředí. Podle toho, do jaké míry musí být mobilizovány energetické (fyzické i psychické) rezervy člověka, rozdělujeme zátěž na:

- Zátěž mírnou, kdy rezervy nemusí být mobilizovány.

- Zátěž zvýšenou, zde dochází k částečné mobilizaci rezerv.
- Zátěž hraniční, kdy jedinec mobilizuje všechny dostupné rezervy.
- Zátěž extrémní, v případě, že požadavky zátěže převyšují kapacitu konkrétního jedince (Paulík, 2012).

Soubor podnětů, které působí na lidskou psychiku, nazýváme zátěží psychickou. Můžeme ji definovat jako proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Za prostředí považujeme vše, co člověka obklopuje, včetně událostí, společenských vazeb a požadavku na chování. Mentální zátěž souvisí se zpracováváním informací vyššími psychickými procesy, jedná se především o pozornost, myšlení, paměť, představitost, rozhodování. Senzorická zátěž působí na periferní smyslové orgány (sluch, čich, hmat, chuť, zrak) a s nimi spojené struktury centrální nervové soustavy. Emoční zátěž působí tak, že u jedince vyvolává určitou pozitivní či negativní odezvu (Ralbovská, 2017).

Různí lidé reagují na stresové situace různým způsobem, někdo je vůči stresu velmi odolný, jiní lidé reagují naopak na působení stresu velmi citlivě. Pokud je člověk dlouhodobě vystaven stresu, nastává u něho reakce, kterou nazýváme jako obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome, dále GAS). Baštecká popisuje GAS jako: „*biologickou reakci organismu na utrpěný a neochabující fyzikální (tělesný či hmotný) tlak, který ohrožuje poškozením nebo zraněním*“ (Baštecká, Mach, 2015, s.584-585).

GAS probíhá ve třech fázích:

- **Fáze alarmující**, poplachová (někdy to může být traumatický šok). Probíhá během čtyř až šesti hodin, dochází k aktivaci sympatického nervového systému, organismus je tedy připraven pro útěk či útok.
- **Fáze odporu** (vyrovnávací). Nastává po 48 hodinách, zvyšuje se schopnost organismu odolávat podmínkám, které vyžadují mobilizaci sil.
- **Fáze vyčerpání**, s ireverzibilním poškozením. Nastává v situaci, kdy stresor působí ještě déle a jedinec již není schopen danému tlaku odolávat a jsou vyčerpány jeho fyzické i psychické možnosti (Baštecká, Mach, 2015).

Ve chvíli, kdy dochází k MU, či krizové situaci, reakce lidí se může velmi lišit. Každý jedinec je jinak odolný vůči stresové situaci či traumatizující události, různí lidé

mají odlišnou schopnost adaptace. V zásadě však u všech lidí probíhá přibližně stejně v několika fázích.

Časový průběh reakce na traumatizující událost můžeme rozdělit do pěti fází, které následují po sobě:

- **Fáze šoku a omámení** probíhá bezprostředně po události (0 do 24 až 36 hodin). Na prvním místě je v této chvíli záchrana životů, zdraví a majetku, důležitá jsou protišoková opatření (první psychická pomoc, psychická stabilizace). Postižení potřebují stručné, jasné, pravdivé informace.
- **Fáze výkřiku** (trvá do tří dnů po události). Zde se člověk snaží najít odpověď na otázku: „Co se to vlastně stalo?“ Pomoc obětem by měla být individuální, konkrétní a věcná. Zahrnuje zabezpečení základních fyziologických a životních potřeb, jídla, pití, bezpečí, přístřeší. Někteří lidé reagují netečně, jiní účelnou a někdy i přehnanou aktivitou. V čase nula až tři dny po události (nejdéle v průběhu čtyř týdnů po události) se může objevit akutní reakce na stres ve smyslu poruchy.
- **Fáze hledání smyslu** (tři dny až dva týdny po události). Za předpokladu, že jsou dostatečně zajištěny potřeby bezpečí, jídla, vody, ubytování a výhledu do blízké budoucnosti, v této fázi přichází čas pro pomoc naslouchací. Lidé potřebují o události opakovaně mluvit, porozumět jí. Potřebují, aby jim někdo naslouchal a bral je vážně, aby uznal jejich prožitky a význam události. Nalezený smysl může být přechodný, v průběhu času se může smysl objevit jiný, je snaha odpovědět si na otázku: „Proč to potkalo právě nás a teď?“. Hledání a nalézání smyslu však člověk potřebuje, aby mohl mít dojem, že věcem znovu opět rozumí a že se tedy dějí s ohledem na něj.
- **Fáze popření a znovuprožívání** (dva týdny až jeden měsíc po události). U někoho se mohou projevit posttraumatické reakce (noční můry, strach, že se událost bude opakovat). Lidé se snaží zbavit vzpomínek na událost, někdo se uzavírá do vzpomínek na život před událostí, mnozí si kladou otázku, jak by mohlo být všechno jinak, kdyby něco udělali nebo naopak neudělali. Za nějaký čas se život v okolí vrací do původních kolejí. Ale lidé, kterých se traumatická událost přímo dotkla, mají dojem, že už nikdy nebude nic jako dříve a vyrovnávání může trvat měsíce a roky. Vděčnost za záchranu života a majetku

je překryta hněvem a pocitem křivdy. V této fázi jsou velmi důležité psychosociální podpůrné sítě a systémy sociální opory.

- **Posttraumatická fáze** (jeden až tři měsíce po události). V tuto chvíli se někteří mohou od události odpoutat, jsou si vědomi, že je třeba žít život dál a nechtějí se k prožité události znovu vracet, jiní stále truchlí. Zpracování a ukončení traumatické události se projeví jejím přesunem do oblasti nezraňujících vzpomínek a obnovou životu prospěšných iluzí, událost se stane historií. U někoho se může projevit posttraumatická stresová porucha, jiný událost postupně začleňuje do svého života. Pokud je událost uzavřena pouze povrchně, může nastat odložená traumatická reakce. U obětí rozsáhlých katastrof či těžkých neštěstí se předpokládá, že přeměna události v nezraňující vzpomínku trvá zhruba sedm let (Baštecká, 2005).

Předpokládáme, že většina lidí se po určité době s kritickou událostí vyrovná. Někteří lidé se však s prožitou nepříznivou životní situací nevyrovnají nikdy (Špatenková, 2004). V souvislosti s prožíváním zátěžových a mimořádných událostí se mohou objevit určité psychické poruchy a jiná onemocnění.

Akutní stresová porucha (akutní reakce na stres). Je to přechodná a krátkodobá porucha, vzniká jako odpověď na mimořádný psychický a fyzický stres. Vzniká bez další zjevné psychické poruchy. Na její vznik má vliv odolnost jedince a jeho schopnost vyrovnat se s danou situací (Brečka, 2009).

Orel uvádí, že: *„vnímavost vůči stresujícím situacím a reaktivita na ně se u různých lidí výrazně liší. Velkou roli hraje individuální zranitelnost a adaptační kapacita jedince“* (Orel, 2012, s.146).

Stejně podněty k projevům akutní reakce na stres povedou jen u některých jedinců. U jiných mohou vyvolat jiné typy poruch a u dalších zůstanou zvládnuty zcela bez negativní reakce. Akutní stresová porucha vzniká těsně po vystavení stresové události a většinou odeznívá během několika hodin či dnů. Klinický obraz akutní stresové poruchy je variabilní. Mezi typické příznaky patří panika, hněv, zoufalství, hyperaktivita či naopak hypoaktivita. Postižený není schopný pochopit situaci, je dezorientován. Časté jsou poruchy spánku, úzkost, depresivní ladění (Vobořilová, 2015).

Podle reakce na traumatickou situaci je možno rozdělit oběti do tří skupin:

- Přibližně 5-10 % lidí reaguje šokem.
- Jen 15-20 % lidí je při řešení situace bez psychických problémů, reagují adekvátně dané situaci, jsou schopni situaci reálně vyhodnotit a dále řešit.
- Asi 75 % lidí mají zúžený pohled na situaci a u více než poloviny obětí se vyskytuje tunelové vidění, kdy jedinec zaměřuje pozornost hlavně sám na sebe a nedokáže vyhodnotit další nebezpečí. Může tak ohrozit ostatní oběti a další lidi, kteří se účastní řešení dané situace.

Trauma může urychlit celou řadu změn. Průběh akutní stresové poruchy a kvalitní, včasné poskytnutá péče mají vliv na to, jestli se rozvine posttraumatická stresová porucha. Pokud je akutní stresová porucha včas odhalena a řešena, je možné zamezit rozvinutí chronických příznaků (Vosečková, Pelcák, 2004).

Posttraumatická stresová porucha (PTSP, anglicky PTSD). Podle mezinárodní klasifikace nemocí posttraumatická stresová porucha začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání), která je mimořádně ohrožující nebo má povahu katastrofy a která by způsobila silné rozrušení téměř u každého. Pro PTSP bývají typické epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech. Mohou se vyskytovat noční můry, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti. Postižená osoba se straní ostatních lidí, je netečná vůči okolí a vyhýbá se činnostem a také situacím, které připomínají traumatický zážitek. Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita, úlekové reakce, zvýšená bdělost a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese, objevují se i suicidální myšlenky. Začátek následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců (MKN - 10, 2009).

Průběh PTSP může být různorodý, při kvalitní terapii ve většině případů dojde k uzdravení. Někdy může přejít stav do chronicity a trvat několik let, ve výjimečných případech dochází ke změně osobnosti. Raboch uvádí, že celková celoživotní prevalence PTSP je 1-3 %, ale u živelných katastrof postihuje téměř 30 % lidí. Asi u třetiny postižených dojde ke spontánní remisi obtíží. Mírné příznaky přetrvávají u 40 % lidí s PTSP, středně závažné u 20 % a těžké u 10 %. Celoživotní trvání, kdy

nedojde k vyléčení PTSP se pohybuje u 0,5 % mužů a 1,2 % žen (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012).

Statistiky v USA uvádí, že během života prožije PTSP přibližně 8 % Američanů (U.S. Department of Veteran Affairs, 2017).

V Itálii se prováděl průzkum výskytu PTSP u skupiny lidí z vesnice Versilia, kterou zasáhly ničivé povodně v roce 1996. Osm let po povodních se vyskytovala PTSP u 45,9 % lidí. Více příznaků se projevovalo u starších lidí, nebyl nalezen signifikantní rozdíl ve výskytu PTSP mezi muži a ženami (Di Fiorino, Massimetti, Corretti, Paoli, 2005).

Podle Baštecké (2005) můžeme příznaky PTSP rozdělit do tří skupin podle nejvýraznějších posttraumatických jevů:

- **Znovuprožívání** - zasažená osoba se cítí psychicky nebo fyzicky špatně v každé situaci, kdy jí něco připomene traumatizující událost.
- **Vyhýbání se** - osoba se vyhýbá čemukoliv co by mohlo připomínat nebo souviset s událostí, vyhýbá se lidem a pociťuje k lidem lhostejnost.
- **Zvýšená dráždivost** zahrnuje podrážděnost, problémy se spánkem či návaly hněvu, noční můry, problémy s koncentrací, výkyvy nálad.

Často se vyskytuje protrahovaná reakce na trauma, která nemá typické příznaky PTSP. I u dalších psychických poruch bývá nalezena v etiopatogenezi traumatická událost či prožitek. Mohou to být úzkostné, adaptační poruchy, některé poruchy osobnosti, disociativní poruchy, ale i afektivní a psychotické poruchy (Rektor, 2010).

2.4 Techniky zvládnání stresu

Mezi krizové intervenční techniky zahrnujeme demobilizaci, defusing a debriefing. Používají se v situaci, kdy je potřeba se vyrovnat s traumatizující událostí, která je většinou spojená s hromadným neštěstím. Mohou být použity pro všechny typy obětí, mohou být použity i individuálně, ale obvykle se používají skupinově. Často jsou využívány v případě profesionálů, kteří se zúčastnili konkrétní události, buď na místě události, nebo na operačním středisku (Vodáčková et al., 2007).

Metody debriefing a defusing řadíme do metod Critical Incident Stress Management (dále jen CISM). Koncept CISM byl vytvořen v sedmdesátých letech dvacátého století. Zahrnuje výběr a vzdělávání členů IZS a následného vytváření týmů posttraumatické péče tak, aby byla zaručena možnost poskytnutí odborné péče na místě MU zasaženým osobám, ale i kolegům.

V rámci CISM můžeme aktivity rozdělit do třech okruhů:

- **Prevence** – vzdělávání se v oblasti stresu, zdravého životního stylu. Účastníci kurzů jsou informováni o stresu a nebezpečí vzniku psychické traumatizace záchranářů.
- **Oblast akutního stresu a reakce na něj**, druhy intervencí (první psychická pomoc, demobilizace, defusing, debriefing).
- **Chronický stres** a posttraumatická stresová porucha (Hoskovcová, 2009).

Demobilizace. Tato technika je využívána v případě mimořádné události velkého rozsahu. Měla by být prováděna ihned po přesunu ze záchranné akce. Doba demobilizace se pohybuje okolo deseti minut a po ní by měla následovat dvacetiminutová relaxace. Cílem demobilizace je eliminace nepříjemných psychických stavů na konci pracovní směny s nadlimitní zátěží, snížení stresu, který je spojen se zátěží a zahájení obnovy sil (Ralbovská, 2017).

Defusing probíhá ihned nebo do 8 hodin po traumatizující události. Je to uvolňující rozhovor, který směřuje k odstranění výbušných emocí a zmírnění akutního stresu. Hlavním cílem je zmírnění kognitivních, emocionálních a fyziologických příznaků, proto probíhá v tak blízké době po události. Skupina, která se sezení účastní, by měla být malá, homogenní, složená z lidí, kteří společně událost prožili. Délka sezení je přibližně třicet minut. Defusing nemusí mít vždy odborné vedení, obvykle ho vedou dva vyškolení peerové. Peerové jsou pracovníci stejných nebo podobných profesí, kteří mají zkušenosti se stejným typem zásahu a jsou vyškoleni pro podporu odborníků na duševní zdraví. Často může probíhat spontánně, někdy může velitel po náročném zásahu vytvořit atmosféru pohody a podpory a s ostatními členy týmu společně tak pomoci těm, kteří to nejvíce potřebují. Cíle defusingu jsou:

- Rychlá redukce intenzivní reakce na stres.
- Informovat o tom, jak zacházet se stresem.
- Zabránit izolaci postižených osob.

- Vzájemně si doplnit informace o dané události.
- Vysvětlit další možnosti psychické podpory a posttraumatické péče (Ralbovská, 2017).

Defusing probíhá ve třech fázích:

- Fáze úvodní. Defusing začíná úvodním představením a upozorněním na diskretnost situace. V této fázi jsou vysvětleny také cíle a základní možná očekávání.
- Fáze hodnocení (průzkumu, explorace) následuje po fázi úvodní. Zahrnuje vyhledávání informací o události, pocitů při události a při defusingu.
- Fáze informační, zde jsou shrnuty informace o dané události a dále jsou zúčastněné osoby upozorněné na to, že se jedná o normální reakci na nenormální událost, jsou poskytnuta doporučení, jak se chovat a v závěru je nabídnuta další pomoc. Délka sezení je přibližně třicet minut (Ralbovská, 2016).

Kebza (2011) uvádí, že vzhledem k časové úspornosti, jednoduchosti organizace a nároků na personál, je defusing nejčastěji používaná technika CISM. Pokud je potřeba, může po něm dále navazovat debriefing.

Debriefing je diskuze spojená s edukací, pracuje se v ní se vzpomínkami na nepříjemnou událost, s myšlenkami, které vzpomínky vyvolaly. Jde o intervenci, která se zaměřuje na omezení stresu, stabilizuje situaci a mobilizuje síly tak, aby pracovník byl schopen normálně fungovat, a to co nejdříve. Je prováděn v malých skupinkách od jednoho do deseti dnů po události. Měli by se ho zúčastnit všichni zasahující, včetně pracovníků operačního střediska, pro které je mnohdy velmi nepříjemný pocit, že nemohou být přímo na místě zásahu a tím více pomoci. Debriefing usnadňuje psychické uzavření události, zmírňuje příznaky a třídí oběti. Vede ho odborník na duševní zdraví (psycholog, psychiatr) a dva až tři peerové. Debriefing by se měl provádět, jako součást krizově intervenčního programu. Důležité je složení skupiny, osoby by si měly být blízké vztahy nebo zkušenostmi, měl by se konat s určitým odstupem od události. Svůj význam mají i takové detaily jako je úprava místnosti, zasedací pořádek, občerstvení po ukončení sezení. Měla by být navozena pohodová, neformální atmosféra. V odborné literatuře nacházíme dělení debriefingu do sedmi fází:

- **Úvod** – je zásadně důležitý, obsahuje všechny důležité informace. Vedoucí představí tým, vysvětlí účel setkání a musí upozornit, že se jedná o diskusi

o událostech, zážitcích a pocitech, nikoliv o vyšetřování. Zdůrazní, že účastníci jsou si všichni rovni bez ohledu na pracovní zařazení a že informace sdělované v rámci skupiny jsou důvěrné. Dále popíše, jak dál bude sezení probíhat.

- **Fáze faktů** (skutečností) se zaměřuje se na to, co se stalo, všichni účastníci jsou postupně tázáni na jméno, kde byli při události a jakou měli funkci. Je řešena kognitivní úroveň zpracování situace.
- **Fáze myšlenek** je přechodová fáze z kognitivní do emocionální úrovně. Je položena otázka, na co osoby myslely, když se událost stala, co je napadlo po události.
- **Fáze reakční** se věnuje emocionální úrovni, zde se už volněji probírá, co se dělo po události, jak se osoby cítily po události, co pro ně bylo na dané situaci nejhorší, jak prožívaly první noc.
- **Fáze symptomů** (příznaků) – je opět přechodovou fází a vrací se od emocionální roviny k rovině kognitivní. Popisují se konkrétní syndromy stresu, jejich rozdělení a jsou podány informace o možnostech řešení.
- **Fáze učení** se navrácí na kognitivní úroveň a zaměřuje se na konkrétní projevy stresu a nácvik toho, jak se s nimi vyrovnat. Jsou popsány a vysvětleny základní techniky zvládnání stresu (coping). Účastníci sezení se mohou vyjádřit, jak prožitá událost změnila jejich život, co by příště udělali jinak, jak rozumí tomu, co se s nimi dělo a jak při události reagovali.
- **Fáze ukončení** (návratu) – debriefing se ukončí, jsou zodpovězeny případné dotazy, nabídnuta možnost individuální konzultace. Ukončuje se občerstvením, při kterém se atmosféra příjemně uvolní (Kebza, 2011).

2.5 Krizová intervence

Velmi rozsáhlou a vysvětlující definici pro pojem krizová intervence podává Vodáčková: „*krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby*

dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“ (Vodáčková, 2012, s.60).

Podle Baštecké (2003) krizová intervence znamená „zásah v krizi“. Je to způsob jednání a chování pracovníka, který vede k tomu, aby u klienta navodil pocity úlevy a pomohl mu řešit jeho situaci. Je zaměřen na podněty, ohnisko či spouštěče, které u klienta krizi vyvolaly, na klientovy pocity. Hledají se zdroje pomoci a sil přímo u klienta a také v jeho nejbližším okolí.

Mlčák (2011) vymezuje krizovou intervenci jako odborný zásah, který je zaměřený na komplexní a intenzivní zvládnutí konkrétní specifické reakce, při které klient prožívá negativní pocity bezmoci či ohrožení a kterou není schopen sám zvládat v důsledku selhávání jeho autoregulačních a adaptačních procesů.

Krizová intervence (krizová pomoc) zahrnuje několik forem pomoci. Snažíme se navrátit jedinci psychickou rovnováhu, která byla narušena nějakou kritickou životní událostí. Jedná se o pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní (Špatenková, 2011).

- **Krizová intervence ve formě psychologické pomoci** je krátkodobý terapeutický kontakt, který je zaměřený na problém, který krizi vyvolal. Je zde snaha, aby postižený jedinec byl se situací konfrontován a postupně došel k jejímu řešení. Výsledkem by mělo být obnovení psychické rovnováhy a zabránění dalšímu rozvoji dezorganizace (Baštecká, 2005).
- **Lékařská pomoc** kromě neodkladné lékařské péče a následné péče zahrnuje pomoc psychiatra, někdy je nutná hospitalizace, často jsou nasazována psychofarmaka.
- **Sociální pomoc** je legislativně upravena zákonem. Jsou zde upraveny podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé životní situaci. Sociální pomoc zahrnuje poskytnutí ubytování, stravy, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb.).
- **Právní pomoc** spadá do kompetence právníků. Někdy může být zprostředkována sociálním pracovníkem.

Při MU si pomoc mohou vzájemně poskytnout lidé mezi sebou. Velmi důležitá je pomoc a podpora v rámci rodiny a přátel. Tato neformální pomoc je často úspěšná. Pokud však selže, nastupuje formální pomoc, která by měla být poskytnuta rychle a nezprostředkovaně. Krizovou intervenci poskytují profesionálové v pomáhajících profesích. Mohou ji však poskytovat i osoby, které absolvovaly speciální výcvik zaměřený na zvládnání technik krizové intervence.

V České Republice je možno využít šest forem krizové pomoci. U všech těchto forem může být kontakt s klientem jednorázový nebo (v omezené míře) opakovaný. Je ohraničen dobou trvání krizového stavu.

- **Ambulantní forma** – klient navštěvuje pracoviště či odborníka, který se specializuje na pomoc lidem v krizi (může být i formou stacionáře). Výhodou je intenzivní péče o klienta, podmínkou je, že klient musí být schopen do zařízení docházet sám a není ohrožen v domácím prostředí.
- **Forma hospitalizace** - bývá většinou krátkodobá (pět až sedm dní) a je vyhrazena pro klienty, jejichž stav je natolik vážný, že nemůžou být ponecháni v domácím prostředí. Probíhá v krizovém centru, nebo jsou zřizována lůžka v rámci nemocnic.
- **Terénní krizová služba** – doprovod klienta, výjezd ke klientovi, návštěva klienta, mobilní krizové týmy.
- **Krizová pomoc v klientově přirozeném prostředí** – používá se v případě, kdy klient není schopen docházet do pracoviště, kde je poskytována ambulantní forma pomoci.
- **Forma telefonická** - poskytuje pracoviště telefonické krizové intervence. Pro klienta má tato forma výhodu, že je anonymní, nezávazná (může rozhovor kdykoliv ukončit sám). Existují u nás kontaktní linky (navázání prvního kontaktu), linky důvěry (otevřené všem bez rozdílu) a specializované linky (zaměřené na určitý typ problému) (Vodáčková, 2012).
- **Forma internetová** - díky přístupu mnoha lidí k informačním technologiím se rozvíjí poskytování krizové pomoci prostřednictvím internetu. Klient se může anonymně svěřovat s problémy, o kterých by jinak pravděpodobně nikdy nemluvil. Tato forma je vhodná pro klienty s komunikačními problémy.

2.6 Psychosociální pomoc

V typové činnosti 12/IZS je psychosociální pomoc osobám zasaženým mimořádnou událostí definována jako: „*činnost v rámci humanitární pomoci a nouzového přežití a také jako naplňování zjištěných potřeb v oblasti duševní, duchovní a sociální, a to v souladu s hodnotami zasažených osob*“ (MV- GŘ HZS ČR, 2015).

Podle Baštecké (2005) bychom si mohli dobrou psychosociální pomoc představit jako určité myšlenkové a komunikační pojítko mezi ostatními typy pomoci (humanitární, materiální, psychologické, sociální a duchovní). Měla by to být přímá pomoc zprostředkovaná slovem, která začíná první psychickou pomocí a pokračuje přes krizovou pomoc k časné a navazující intervenci.

Cílem psychosociální pomoci je tedy poskytnout zasaženým osobám bezpečí, podporu, vedení a naději tak, aby pocítily úlevu, byly schopné zvládnout situaci vlastními silami a navrátit se zpět do života tam, kde se nacházely před MU. Tato pomoc je mezioborová, jsou pro ni vytvářeny psychosociální intervenční týmy (dále PIT). Podle časového hlediska můžeme psychosociální pomoc při krizové situaci rozdělit na:

- Krátkodobou (doba trvání události až pět dní poté).
- Střednědobou (pět dní až tři měsíce po MU).
- Dlouhodobou (tři měsíce po MU a dále).

Již v průběhu záchranných a likvidačních prací je prováděna **první psychická pomoc**. Je určena osobám zasaženým na místě zásahu a organizuje ji velitel zásahu. Zahrnuje soubor jednoduchých postupů, jejichž cílem je stabilizace psychického stavu zasažených lidí tak, aby se situace pro postižené osoby nadále nezhoršovala. Důležité je zajištění základních lidských potřeb včetně podpory pocitu bezpečí a předání do další péče. Na první psychickou pomoc navazuje **krátkodobá psychosociální pomoc**, během které se navazuje spolupráce s obcemi, místními organizacemi a nestátními neziskovými organizacemi (dále NNO). Důležitý je také kontakt s médii, tisk informačních letáků o možných emočních reakcích při MU, zřízení telefonické linky pomoci, případný debriefing záchranných týmů.

V rámci **střednědobé psychosociální pomoci** se zasaženým lidem nabízí krátkodobá praktická pomoc (pojištění, vyřízení úředních žádostí, zařizování pohřbu,

vyšetřování, soud). Mezi odborníky na místě i laickými dobrovolnými spolupracovníky je také prováděna osvěta o možných dopadech traumatizujících událostí a náhlých úmrtí. Pracovníci PIT se snaží preventivně vyhledat a navštívit zasažené osoby s cílem zjistit a zajistit jejich potřeby, posoudit rizika vzniku například PTSP a případně tyto osoby předat dál do navazujících služeb. Pokud potřeba psychosociální pomoci trvá, obce, místní organizace a NNO následně pokračují v nabízení střednědobé a dlouhodobé pomoci.

Dlouhodobá pomoc bývá plánována v rozsahu do dvou let po události. Důležitá je činnost obce a místních lidí (komunity). Obce mohou zřídit místní kontaktní centrum, pořádat veřejná shromáždění a vytvářet příležitosti pro vzpomínkové akce a uctění památky. Pokud u někoho přetrvávají psychické potíže týdny, měsíce a roky po skončení MU, tak nastupuje dlouhodobá psychologická péče a pomoc zahrnující odborné terapeutické zásahy a postupy. Jedná se převážně o terapii traumatu, kdy je léčena PTSP, dále léčbu depresí, fobií, poruch osobnosti, alkoholismu a jiných závislostí, které mohly mít jako jednu z příčin předchozí traumatizující zážitek. Důležité je také nabízení duchovní podpory, a to ve všech fázích psychosociální pomoci (Baštecká, 2005).

2.7 Posttraumatická péče u složek IZS

Do odborné péče o zdravotnické záchranáře, hasiče, policisty a další členy IZS v rámci poskytování psychosociálních služeb můžeme zařadit poskytování teoretických vědomostí o traumatech, jejich následcích na psychiku jedince, učení se správnému životnímu stylu a postojům, poskytování posttraumatické intervenční péče profesionálně připravenými odborníky a vycvičenými příslušníky z řad IZS za účelem zmírnění nebo eliminace stresu po zásahu (Baštecká a kol., 2013).

Psychologická služba u Hasičského záchranného sboru České republiky byla zřízena v roce 2002. Je podrobně upravena ve Sbírce interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR ve 43. Pokynu generálního ředitele Hasičského záchranného sboru České republiky ze dne 25. srpna 2014, o psychologické službě Hasičského záchranného sboru České republiky. Dokument byl vydán pro zajištění sjednocení postupu HZS ČR při zjišťování osobnostní způsobilosti předpokládané pro

výkon služby u uchazeče o přijetí do služebního poměru a u příslušníka HZS ČR a k zabezpečení poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům HZS ČR, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních nebo pracovních úkolů. Upravuje také postup při psychosociální pomoci osobám zasaženým mimořádnou událostí. (MV – GŘ HZS ČR, 2014).

Základní oblasti činnosti psychologické služby HZS ČR jsou:

- Poskytovat posttraumatickou péči hasičům i jejich rodinám.
- Zajišťovat podklady pro personální práci.
- Pomáhat lidem zasaženým mimořádnou událostí.

Psychologové u HZS ČR nabízejí pomoc v těžkých profesních i životních situacích, poskytují psychologické poradenské služby v oblasti vztahů k sobě i druhým, vyučují v odborných učilištích požární ochrany a provádí výcviky s psychologickou problematikou, publikují odborné texty, články i propagační materiály, vybírají uchazeče do služebního poměru příslušníka HZS ČR, hasiče do specializovaných funkcí HZS ČR, účastníky výběrového řízení a také spolupracují se státními a nestátními organizacemi a s každým, kdo projeví zájem. Psychologové sboru vytvářejí, odborně vzdělávají a zajišťují systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům, a také osobám zasaženým MU. V každém kraji je jmenován tým posttraumatické péče (TPP), jehož koordinátorem je psycholog sboru daného kraje. Členy TPP jsou příslušníci nebo zaměstnanci HZS ČR, kteří mají nad rámec svých pracovních povinností zájem o pomoc lidem také touto formou. Každý člen TPP prochází výcvikem v CISM (Critical Incident Stress Management) a rovněž odbornou přípravou v poskytování první psychické pomoci, jejímž cílem je stabilizace psychického stavu zasažené osoby tak, aby se situace pro zasaženého již nezhoršovala, byl mu dodán pocit bezpečí, zajištěny základní potřeby a případně předání do další péče. V současné době je u HZS ČR jmenováno do TPP více než 200 členů (MV – GŘ HZS ČR, 2012).

Psychologická péče v Policii ČR je určena zejména policistům a jejich blízkým, dále občanským zaměstnancům PČR a Ministerstva vnitra ČR, případně dalším osobám. Psychologická péče poskytovaná policejními psychology je každá činnost

psychologů, jejímž cílem je psychická stabilita nebo rozvoj žádoucích dovedností pracovníků. Zřízena je od roku 2009.

Autorka Čírtková (2015) uvádí, že mnoho příslušníků PČR je přesvědčeno o tom, že by měli být psychicky odolní a nezranitelní. Právě ti policisté, kteří se snaží vědomě potlačovat své emoce a přirozené citové reakce jsou nejvíce predisponováni k posttraumatické reakci.

Vymětal uvádí, že „*smysl posttraumatické intervenční péči je v tom, že minimalizuje rizika, která jsou spojena s náročným výkonem policejní služby*“ (Vymětal, 2010, s. 11).

Systém psychologické péče u Policie ČR tvoří tři části, které je možné dle různých potřeb samostatně nebo v návaznosti využít:

- Anonymní telefonní linka pomoci v krizi (dále jen linka pomoci v krizi).
- Systém posttraumatické intervenční péče (dále PIP).
- Služby policejních psychologů (dále jen policejní psychologové).

Nejvyšší normou, která stanovuje nárok policistů na psychologickou péči, je zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů. Psychologická péče je diskrétní, poskytovatelé psychologické péče (policejní psychologové, krizoví interventi z řad policistů, zaměstnanců PČR a duchovních) jsou vázáni mlčenlivostí o skutečnostech, které se při rozhovoru s policistou dozvědí. Činnost linky pomoci je postavena na principu anonymity, kdy neprokládá svou identitu ani volající, ani pracovník linky. Anonymní linka pomoci v krizi je určena k nepřetržité telefonické psychické podpoře příslušníkům a zaměstnancům PČR, HZS ČR, Celní správy České republiky, Vězeňské služby České republiky, Generální inspekce bezpečnostních sborů, Armády České republiky, kteří se ocitli v situaci akutního či chronického stavu psychické nouze, v obtížně řešitelné životní situaci nebo potřebují poskytnout kontakty a informace na odborníky, kteří by jim mohli poskytnout přímou psychologickou, sociální či právní pomoc. Anonymní linka pomoci v krizi není určena pro veřejnost, ale mohou ji využívat také zaměstnanci Ministerstva vnitra či Ministerstva obrany a osoby příslušníkům a zaměstnancům blízké (Policie ČR, 2017).

Princip anonymity je možné na vyžádání zaručit také v rámci posttraumatické intervenční péče nebo péče poskytované policejními psychology, které probíhají formou

osobního setkání. Policista vstupuje do vztahu s poskytovatelem psychologické péče na principu dobrovolnosti, tato péče nemůže být nařizována nebo vynucována jinými osobami. Závazek důvěrnosti informací je garancí toho, že poznatky získané při psychologické péči, nemohou být využívány v rámci vnitřní kontroly, inspekčního šetření, pro personální opatření nebo v rámci přezkumu osobnostní způsobilosti policisty psychologickým pracovištěm. Psychologická péče u PČR zároveň zaručuje znalost policejního prostředí a odbornou kvalitu poskytovaných služeb, kdy její poskytovatelé procházejí akreditovaným výcvikem i dalším průběžným vzděláváním. Psychologická péče v PČR je poskytována bezplatně. Členové týmu PIP jsou připraveni poskytnout policistům specifické informace, potřebnou podporu, pomoc či zprostředkovat další odbornou péči (i mimo rezort). Týmy pracují nezávisle a tak, aby byla zachována maximální diskretnost a anonymita policisty. Garantují mlčenlivost o informacích, které se od klienta dozvědí. Posttraumatická intervenční péče (včetně postupu pro její vyžádání) je upravena závazným pokynem policejního prezidenta č. 21/2009, o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonní lince pomoci v krizi, pokyn byl dále změněn závazným pokynem policejního prezidenta č. 79/2010 (Ralbovská, 2017).

Policejní psychologové stáli u zrodu výše zmiňovaných projektů (anonymní telefonní linky pomoci v krizi a posttraumatické intervenční péče), na kterých se do dnešní doby významně podílejí. Jsou členy těchto týmů a přispívají k vzájemné spolupráci všech tří složek. Linka pomoci v krizi a týmy PIP, které poskytují akutní krizovou pomoc, jsou složeny nejen z psychologů, ale také z vyškolených odborníků či policistů. Mimo tyto projekty ale nabízí psycholog u policie v rámci psychologické péče ještě další možnosti, kterými jsou odborné konzultace, psychologické poradenství, krizová intervence a případně psychoterapie. Způsob práce psychologa s klientem se odvíjí od konkrétního typu problému, se kterým se klient na psychologa obrací. S ohledem na vlastní zkušenost, odborné znalosti a zájem klienta volí psycholog vhodnou metodu. Může se stát, že psycholog, za kterým se policista vydá, není odborníkem na žádanou oblast. V takovém případě se snaží klienta nasměrovat nebo předat jinému psychologovi (uvnitř policie nebo i mimo ni). Ze statistik vyplývá, že na psychologických pracovištích je ročně poskytnuta péče zhruba tisíci klientům (Vymětal, 2010).

Zdravotnická záchranná služba a Systém psychosociální intervenční služby (SPIS). V rámci ZZS se začal budovat od roku 2010 v gesci Ministerstva zdravotnictví Systém psychosociální intervenční služby (dále SPIS). SPIS od 2. března 2012 patří pod Asociaci zdravotnických záchranných služeb. Odborně je zaštiťován Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP a je zakotven v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Je to služba orientovaná na podporu zdravotníků, především těch, kteří byli a jsou akutním posttraumatickým vlivům vystaveni nejvíce. Jedná se především o pracovníky záchranné služby (přednemocniční péče), urgentních příjmů (nemocniční péče), ale i dalších oborů. Službu mohou využít v případě potřeby zdravotníci bez ohledu na oddělení, kde pracují. Cíle SPIS jsou prevence, zlepšení odolnosti proti psychické zátěži, snaha o pochopení reakce na krizovou událost, normalizace fungování jedince, vyučování vhodných způsobů adaptace na stres a psychickou zátěž. V rámci SPIS je realizována podpora a péče o zaměstnance, a to formou různých podpůrných programů, které mají především preventivní charakter a probíhají v několika rovinách. V rámci SPIS probíhá i komplexní vzdělávání a odborný výcvik v metodách poskytování psychosociální intervenční péče, který organizuje Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně a je určen právě pro přípravu peerů v resortu zdravotnictví (Ralbovská, 2017).

Mezi subjekty vstupující do SPIS patří:

- **Krajský koordinátor** je určená, způsobilá a kvalifikovaná osoba pro realizaci psychosociální intervenční služby. Koordinuje a řídí proces jeho přípravy a vlastního provedení na území daného kraje.
- **Odborník na duševní zdraví** je v rámci SPIS klinický psycholog (odborná způsobilost pro zdravotnictví) nebo psychiatr s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem či výcvikem v krizové intervenci a také výcvikem v dohodnutých specifických metodách krizové intervence.
- **Odborný garant** po odborné stránce garantuje pravidla při provádění SPIS, výcvik a dodržování standardů péče.
- **Peer** je osoba vyškolená pro první psychickou pomoc kolegům v resortu zdravotnictví. Nejčastěji jde o zdravotníka, který je členem týmu SPIS. Peerem může být také lékař, krizový manažer. Peer splňuje potřebné vzdělání absolvováním certifikovaného výcviku v rámci NCO NZO Brno, kurzu CISM

vedeného mezinárodně certifikovaným lektorem pro tuto oblast či na základě již proběhlého peer výcviku v rámci HZS ČR.

Činnost systému SPIS je podporována Ministerstvem zdravotnictví a Asociací zdravotnických záchranných služeb, ale v současné době stále přetrvává stav, kdy není nijak definován v legislativě. V rámci SPIS se nadále usiluje o zakotvení tohoto systému v resortu zdravotnictví. Hlavním důvodem této snahy je zpřístupnění služby všem zdravotníkům pracujícím ve zdravotnických zařízeních v ČR. V roce 2016 byla ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví zahájena příprava k vydání Metodického pokynu pro činnost peerů a interventů pro poskytování péče v rámci SPIS (Humpl, 2017).

3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

V diplomové práci jsme si stanovili čtyři cíle. V teoretické části je cílem přinést ucelený pohled na problematiku psychosociální podpory v případě náročných životních situací a mimořádných událostí. V teoretické části jsou vymezeny pojmy související s danou problematikou. Dále se v práci zabýváme psychickými stavy, ke kterým může docházet při mimořádných událostech a také technikami pro zvládnání stresu.

V praktické části je hlavním cílem potvrzení či vyvrácení námi stanovených hypotéz. Dále se snažíme zmapovat možnosti psychosociální podpory ve složkách IZS a zjistit, jak je tato služba pracovníky využívána. Dotazníkové šetření je zaměřeno na respondenty z řad pracovníků základních složek IZS. Při vyhodnocení hypotéz budeme vycházet z výsledků nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl rozeslán respondentům elektronicky.

Cíle práce:

- Přinést ucelený pohled na problematiku psychosociální podpory při mimořádných událostech.
- Zmapovat možnosti psychosociální podpory pro pracovníky IZS (pozitiva i nedostatky).
- Zjistit, jestli respondenti ze složek IZS využívají možnosti odborné pomoci psychologa, krizového intervenanta nebo peera.
- Verifikovat nebo falzifikovat námi naformulované hypotézy.

V této diplomové práci jsme si stanovili následující hypotézy:

Hypotéza 1 *Předpokládáme, že více než polovina (50%) respondentů zaměstnaných u složek IZS prožívá při výkonu povolání silný, nepříjemný stres častěji než 1x za měsíc.*

Hypotéza 2 *Předpokládáme, že psychosociální pomoc vyhledalo méně než 25 % respondentů, přestože ví o možnosti jejího poskytnutí na pracovišti.*

Hypotéza 3 *Předpokládáme, že více než 75 % lidí zaměstnaných u složek IZS by uvítalo další vzdělávání v oblasti psychologie.*

Hypotéza 4 *Předpokládáme, že nejvíce fyzicky ohrožení se cítí respondenti zaměstnaní u Zdravotnické záchranné služby.*

Hypotéza 5 *Předpokládáme, že o změně povolání uvažuje méně než 25 % respondentů zaměstnaných u složek IZS.*

4 METODIKA

4.1 Popis výzkumného šetření

Pro potřeby zpracování diplomové práce jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku (viz příloha 1). Tuto metodu jsme se rozhodli aplikovat z důvodu možnosti oslovení většího počtu respondentů, pracovníků základních složek IZS. Před samotným výzkumným šetřením jsme provedli pilotní šetření na vzorku deseti respondentů (tyto výsledky nejsou zahrnuty do výsledného vyhodnocení dat). V rámci pilotního šetření byli respondenti požádáni, aby se v závěru dotazníku vyjádřili ke srozumitelnosti jednotlivých otázek a časové náročnosti. Po posouzení odpovědí respondentů zapojených do pilotní studie jsme dotazník mírně upravili a rozeslali. Výzkumné šetření bylo zahájeno 8. 12. 2016 a ukončeno bylo 13. 3. 2017.

4.2 Stanovení výzkumného vzorku

Podmínkou výběru respondentů byl služební poměr u HZS ČR a PČR a zaměstnanecký poměr u ZZS v rámci České Republiky. Oslovení lidé nebyli limitováni pohlavím, věkem, vzděláním ani délkou profesní praxe. Anonymní dotazníky v elektronické podobě byly elektronicky distribuovány mezi respondenty včetně odkazu na umístění dotazníku na elektronickém portálu na stránkách www.docs.google.com. Pro potřeby získání ucelenějšího obrazu o zpracovávané problematice jsme rozeslali dotazníky napříč Českou republikou bez ohledu na jednotlivé kraje. Od příslušníků HZS ČR se nám podařilo získat 80 validně vyplněných dotazníků, což představovalo 62 %. Od příslušníků PČR se nám podařilo získat 24 validně vyplněných dotazníků, což představovalo 18 %. Od zaměstnanců ZZS se nám podařilo získat 26 validně vyplněných dotazníků, což představovalo 20 %. Celkově jsme tedy k výzkumnému šetření získali 130 respondentů z řad pracovníků IZS.

4.3 Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj jsme pro potřeby diplomové práce použili anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. V úvodní části dotazníku je napsána úvodní instruktáž, ve které respondenty seznamujeme s důvodem distribuce dotazníku a rovněž upozorňujeme na anonymitu dotazníku. Otázky byly vytvořeny v návaznosti na cíle práce a formulované hypotézy. Dotazník celkově obsahuje 16 otázek. Prvních pět otázek můžeme na základě jejich zaměření označit jako anamnestické. Zjišťujeme v nich věk, pohlaví, nejvýše dosažené vzdělání, příslušnost ke složce IZS a délku praxe u IZS. V hlavní části dotazníku jsou otázky zaměřené na zjištění, zda se respondenti nacházejí při výkonu povolání v situaci, kterou by označili za silný, nepříjemný stres, zda se cítí i fyzicky ohroženi. Další otázky jsou směřovány na možnosti poskytování psychosociální podpory v rámci IZS, využívání této pomoci pracovníky a její přínos. Ptáme se také na zájem pracovníků o další vzdělávání v oblasti poskytování psychosociální péče. Poslední otázku necháváme otevřenou pro případné nápady, návrhy a další připomínky.

Výsledky získané pomocí výzkumného šetření jsme následně podrobili analýze a uvádíme je přehledně po jednotlivých položkách (vyhodnocení každé otázky z dotazníku) v rámci grafů. V případě potřeby uvádíme získaná data v tabulce.

5 VÝSLEDKY

5.1 Vyhodnocení dat z dotazníku

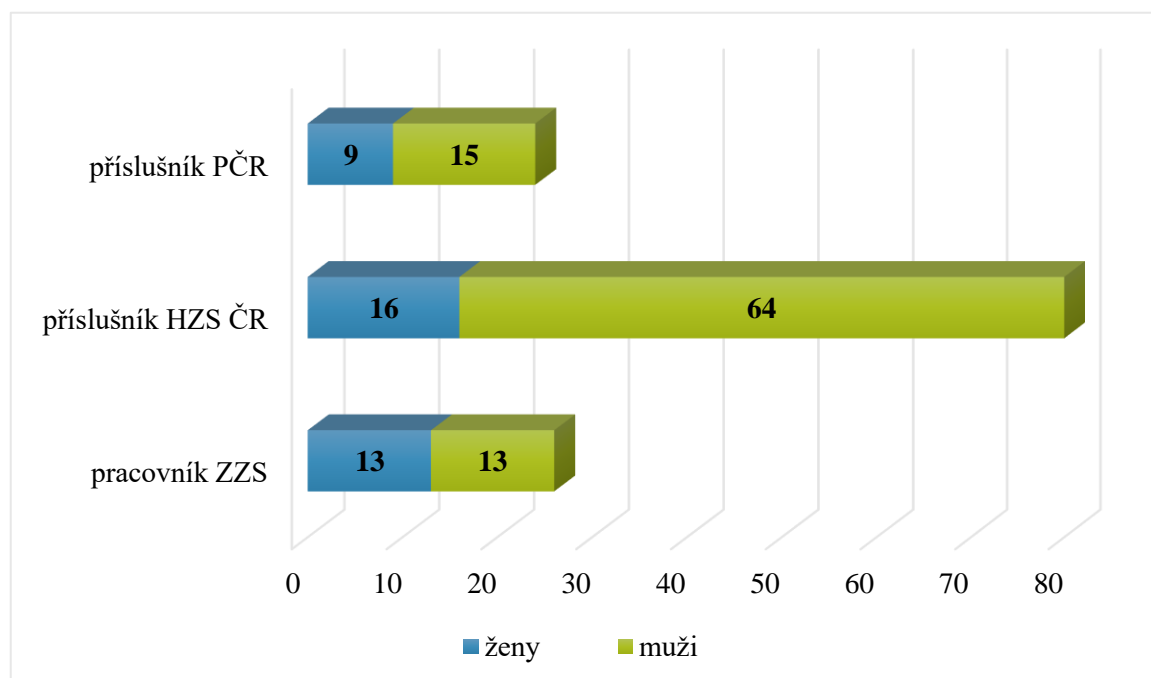
Otázka č. 1 Zaškrtněte prosím

- muž žena

Otázka č. 4 Pracujete u následující organizace

- ZZS HZS ČR Policie ČR

K vypracování obrázku č. 1 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 1 a 4.

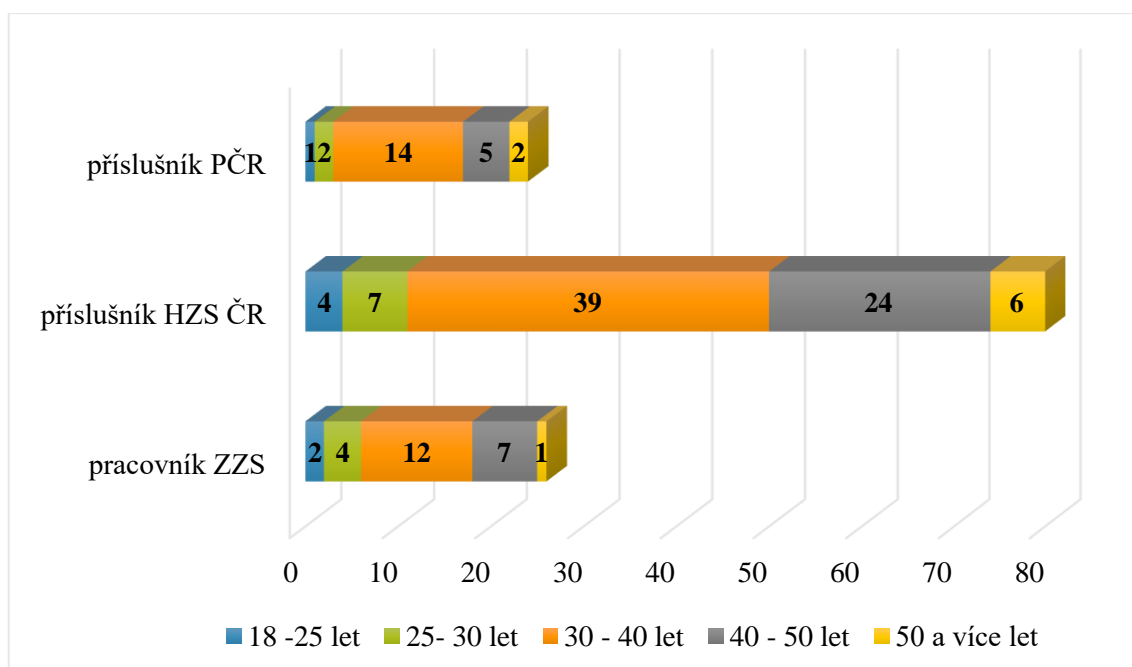


Obr. 1 - Rozdělení respondentů podle příslušnosti k organizaci a pohlaví

Otázka č. 2 Uveďte Váš věk

- 18 - 25 let 25 - 30 let 30 - 40 let
 40 - 50 let 50 a více let

K vypracování obrázku č. 2 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 2 a 4.

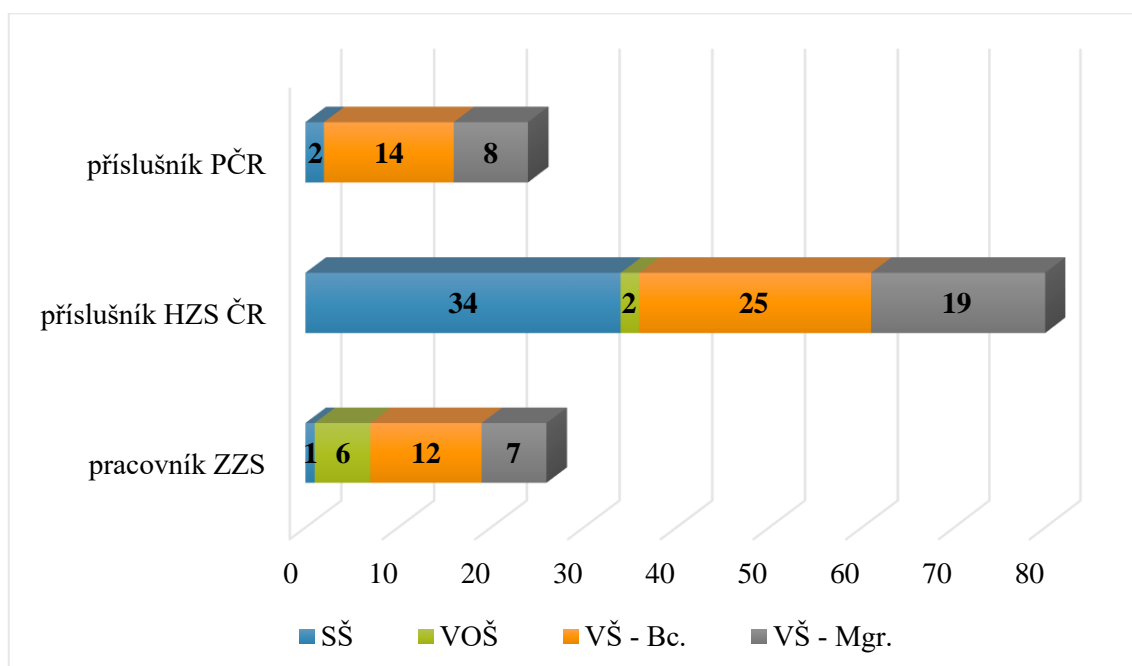


Obr. 2 - Věk respondentů

Otázka č. 3 Uved'te Vaše nejvyšší dokončené vzdělání

- středoškolské s maturitou vyšší odborné (VOŠ)
 vysokoškolské bakalářské vysokoškolské magisterské

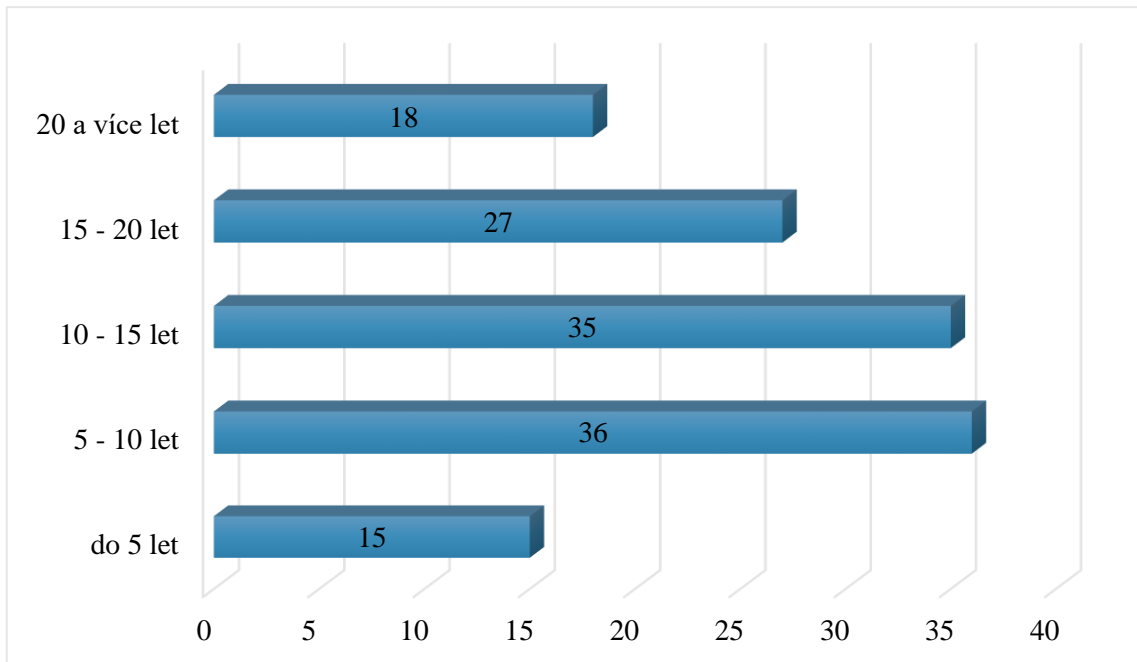
K vypracování obrázku č. 3 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 3 a 4.



Obr. 3 - Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů

Otázka č. 5 Uved'te délku Vaší praxe u IZS

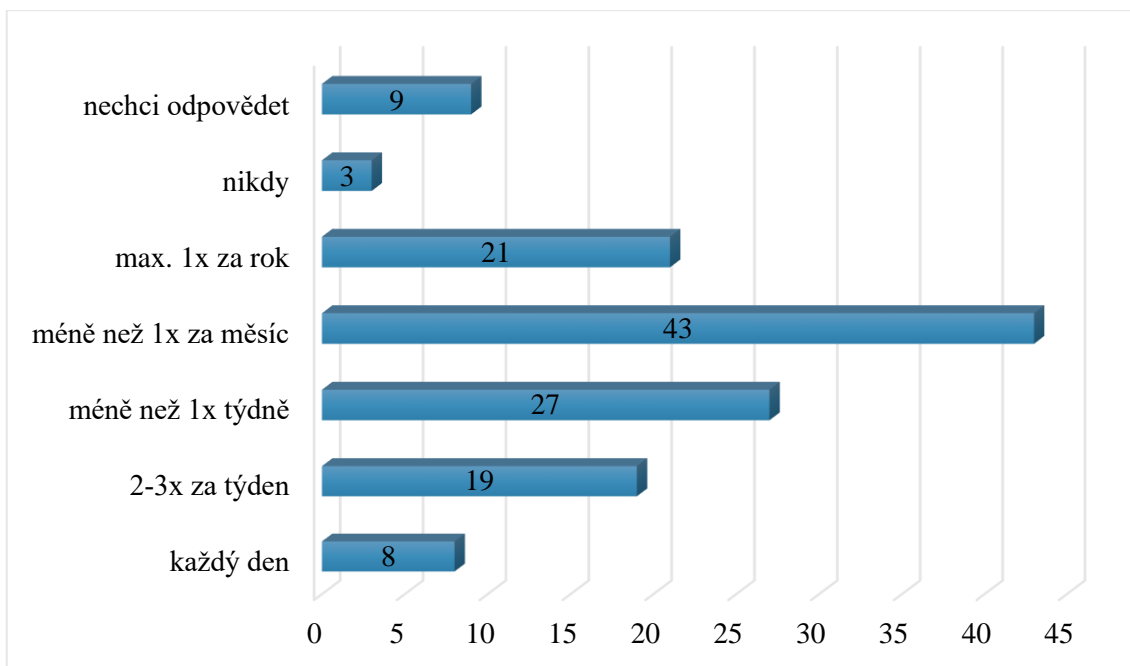
- do 5 let 5 - 10 let 10 - 15 let
 15 - 20 let 20 a více let



Obr. 4 - Délka praxe respondentů u složek IZS

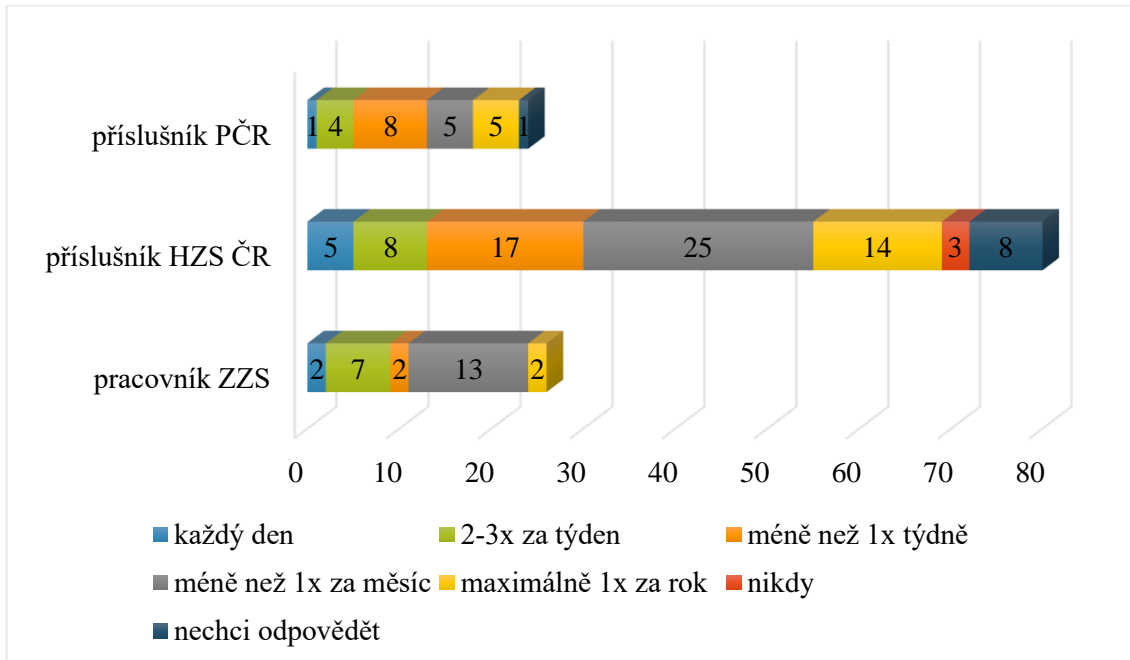
Otázka č. 6 Jak často se nacházíte v situaci, kterou byste označil/a za silný, nepříjemný stres?

- každý den 2 - 3x za týden méně než 1x týdně
 méně než 1x za měsíc maximálně 1x za rok nikdy
 nechci odpovědět



Obr. 5 - Frekvence stresových situací při výkonu povolání

K vypracování obrázku č. 6 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 4 a 6.



Obr. 6 - Frekvence stresových situací ve složkách IZS

Pro větší přehlednost zpracovaných dat jsme vytvořili tabulku 1, ve které jsme vyjádřili procentuální zastoupení pocitu frekvence silného stresu v souvislosti s výkonem

povolání dle příslušnosti k jednotlivým složkám IZS. Pro potřeby následné analýzy dat v rámci verifikace hypotézy č. 1 jsme si tučným písmem zvýraznili vypočítané procentuální hodnoty.

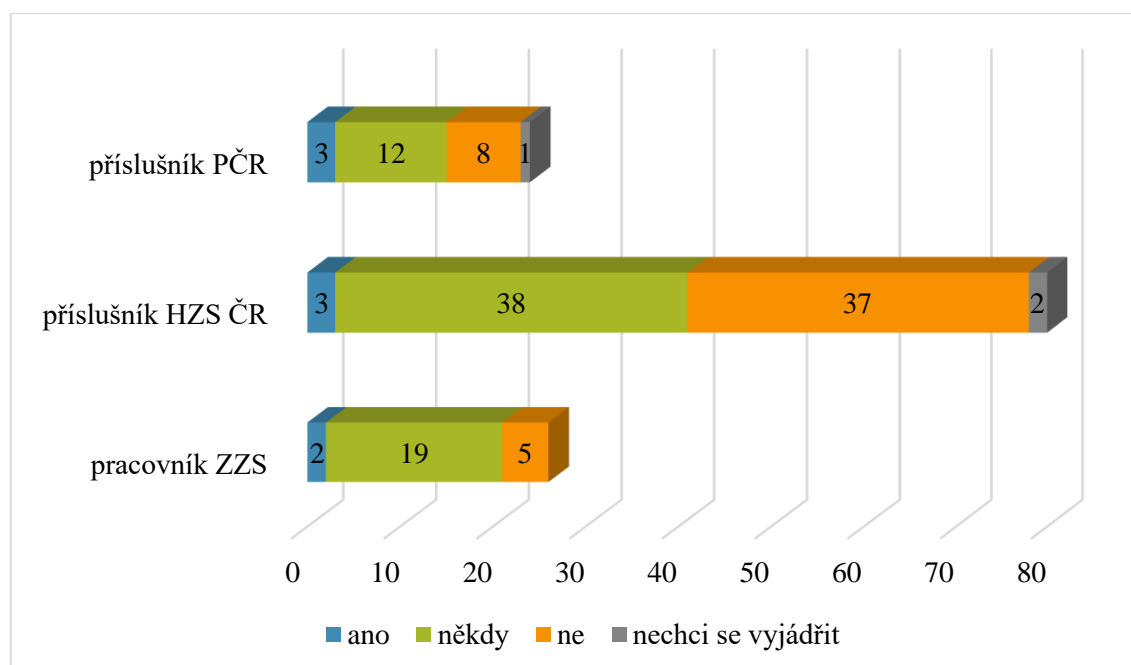
Tab. 1 - Frekvence stresových situací ve složkách IZS

	Každý den	2-3 x za týden	Méně než 1 x týdně	Méně než 1 x za měsíc	Maximálně 1 x za rok	Nikdy	Nechci odpovědět
ZZS	7,7 %	26,9 %	7,7 %	50 %	7,7 %	–	–
HZS ČR	6,3 %	10 %	21,2 %	31,2 %	17,5 %	3,8 %	10 %
PČR	4,2 %	16,7 %	33,3 %	20,8 %	20,8 %	-	4,2 %
IZS celkem	6,2 %	14,6 %	20,8 %	33,0 %	16,2 %	2,3 %	6,9 %

Otázka č. 7 Cítíte se při výkonu povolání ohrožen/a i fyzicky?

ano někdy ne nechci se vyjádřit

K vypracování obrázku č. 7 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 4 a 7.



Obr. 7 - Pocit fyzického ohrožení při výkonu povolání

Pro větší přehlednost zpracovaných dat jsme vytvořili tabulku 2, ve které jsme vyjádřili procentuální zastoupení pocitu fyzického ohrožení v souvislosti s výkonem povolání dle

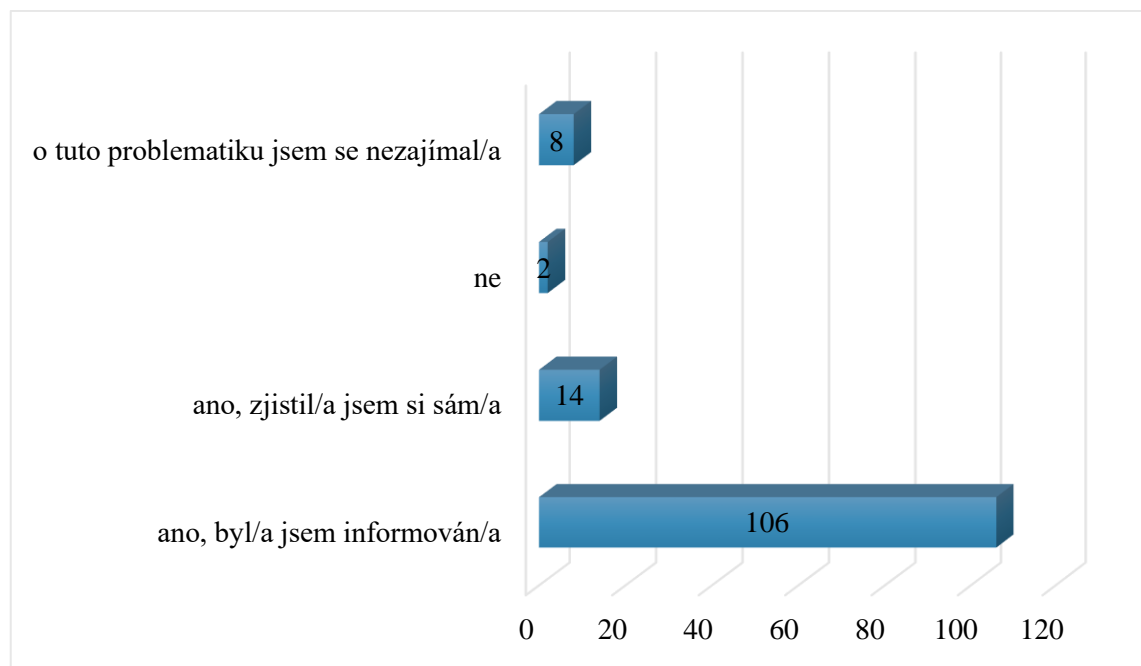
příslušnosti k jednotlivým složkám IZS. Pro potřeby následné analýzy dat v rámci verifikace hypotézy č. 4 jsme si tučným písmem zvýraznili vypočítané procentuální hodnoty.

Tab. 2 - Pocit fyzického ohrožení při výkonu povolání

	Ano	Někdy	Ne	Nechci se vyjádřit
ZZS	(7,7%)	(73,1%)	(19,2%)	(0%)
HZS ČR	(3,7%)	(47,5%)	(46,3%)	(2,5%)
PČR	(12,5%)	(50%)	(33,3%)	(4,2%)
IZS celkem	(6,2%)	(53,0%)	(38,5%)	(2,3%)

Otázka č. 8 Víte o možnosti poskytování psychosociální pomoci na Vašem pracovišti?

- ano, byl/a jsem informován/a ano, zjistil/a jsem si sám/a
 ne o tuto problematiku jsem se nezajímal/a

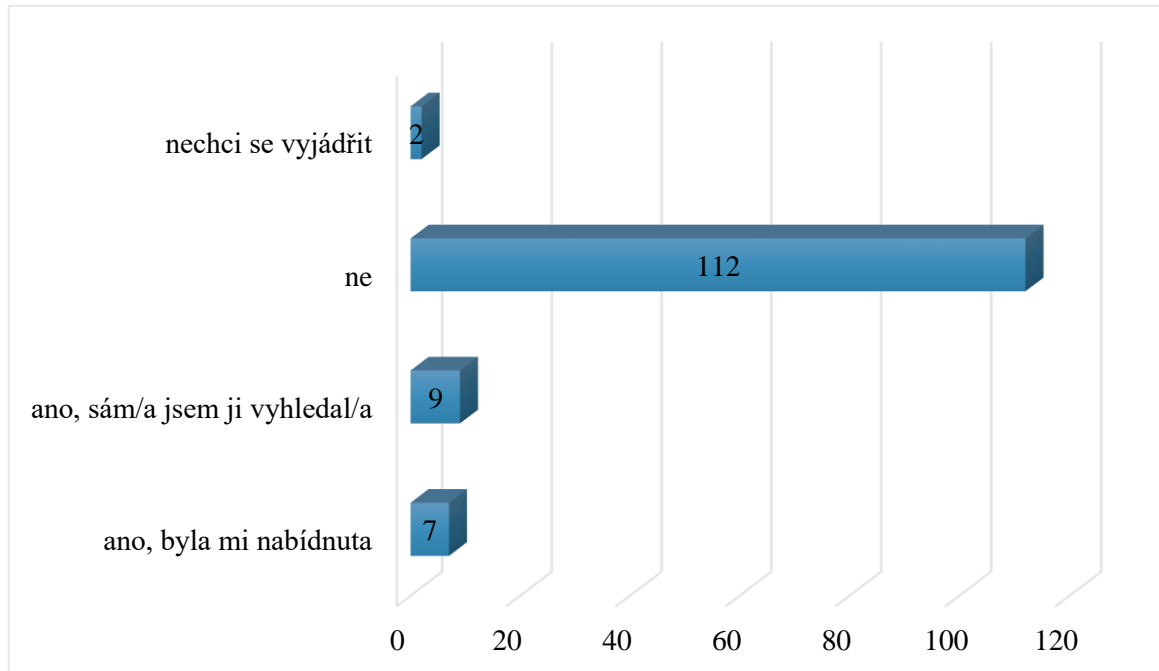


Obr. 8 - Povědomí respondentů o možnosti poskytování psychosociální pomoci na pracovišti

Ze 130 respondentů odpovědělo 120, že ví o možnosti poskytování psychosociální pomoci na pracovišti. Toto číslo odpovídá 92,3 % z celkového množství dotázaných.

Otázka č. 9 Využil/a jste někdy této pomoci?

- ano, byla mi nabídnuta ano, sám/a jsem ji vyhledal/a
 ne nechci se vyjádřit



Obr. 9 - Využití psychosociální pomoci pracovníky IZS

Pro větší přehlednost zpracovaných dat jsme vytvořili tabulku 3, ve které jsme vyjádřili procentuální zastoupení respondentů, kteří využili psychosociální pomoc na jejich pracovišti. Pro potřeby následné analýzy dat v rámci verifikace hypotézy č. 2 jsme si tučným písmem zvýraznili vypočítané procentuální hodnoty.

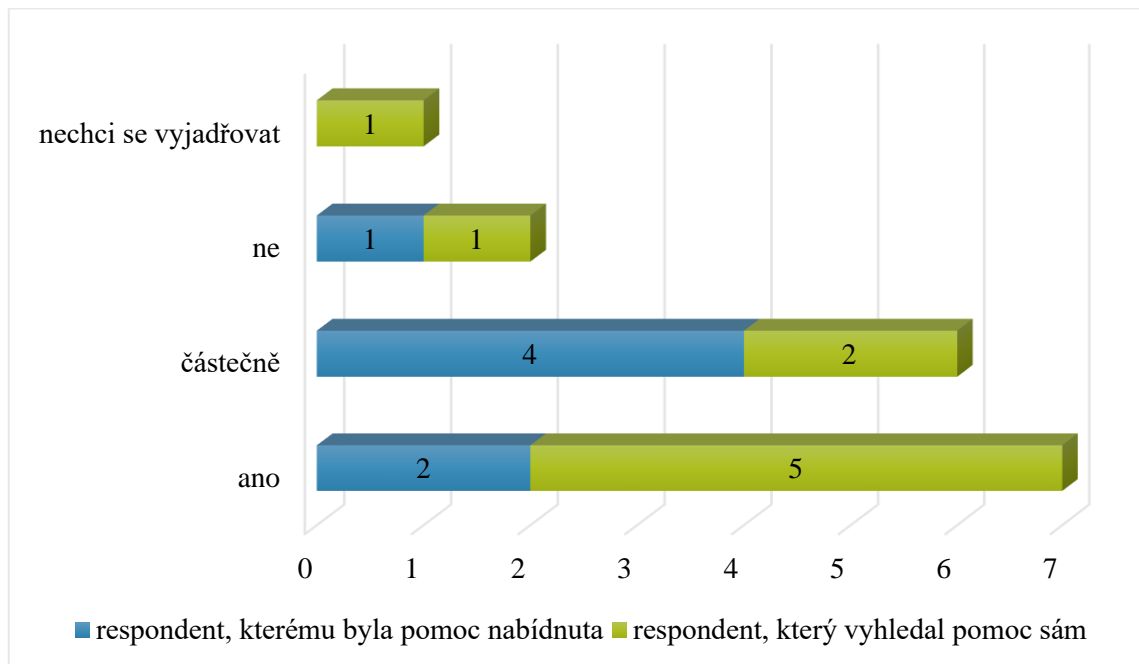
Tab. 3 - Zastoupení respondentů, kteří využili psychosociální pomoc na pracovišti

	Počet respondentů
Ano, byla mi nabídnuta	5,4%
Ano, sám jsem ji vyhledal	6,9%
Ne	86,2%
Nechci se vyjádřit	1,5%

Otázka č. 10 Pokud ano, byla pro Vás přínosem?

- ano částečně
 ne nechci se vyjádřit

K vypracování obrázku č. 10 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 9 a 10.

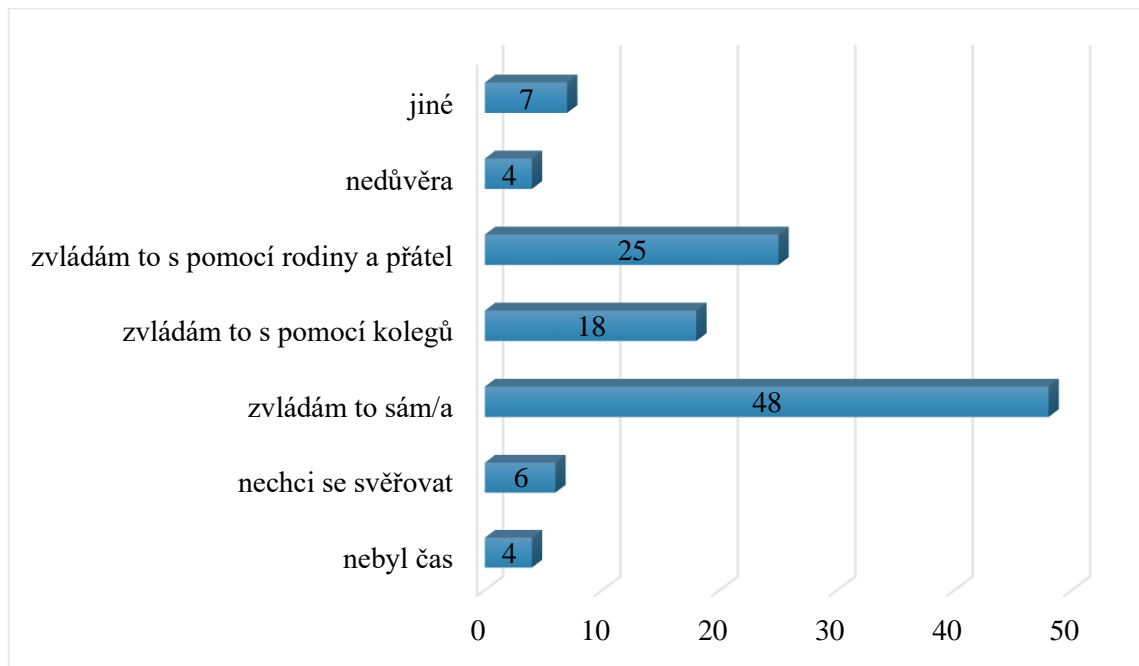


Obr. 10 - Přínos využití psychosociální pomoci pro pracovníky IZS

Otázka č. 11 Pokud ne, z jakého důvodu?

- nebyl čas nechci se svěřovat zvládám to sám/a
 zvládám to s pomocí kolegů zvládám to s pomocí rodiny a přátel
 nedůvěra jiné

Na tuto otázku odpovědělo 112 respondentů

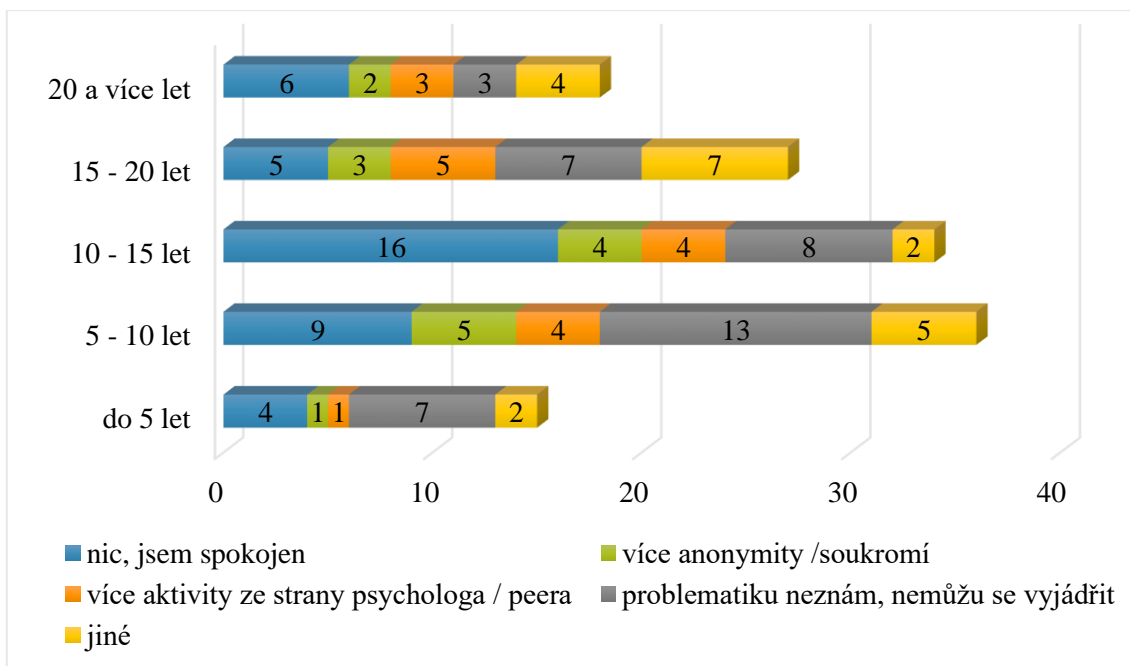


Obr. 11 - Důvody zaměstnanců pro nevyužití psychosociální pomoci na pracovišti

Otázka č. 12 Co byste změnil/a na způsobu poskytování posttraumatické péče v souvislosti s Vaší profesí?

- nic, jsem spokojen/a
- více aktivity ze strany psychologa/peera
- problematiku neznám, nemůžu se vyjádřit
- více anonymity/soukromí
- jiné

K vypracování obrázku č. 12 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 5 a 12.

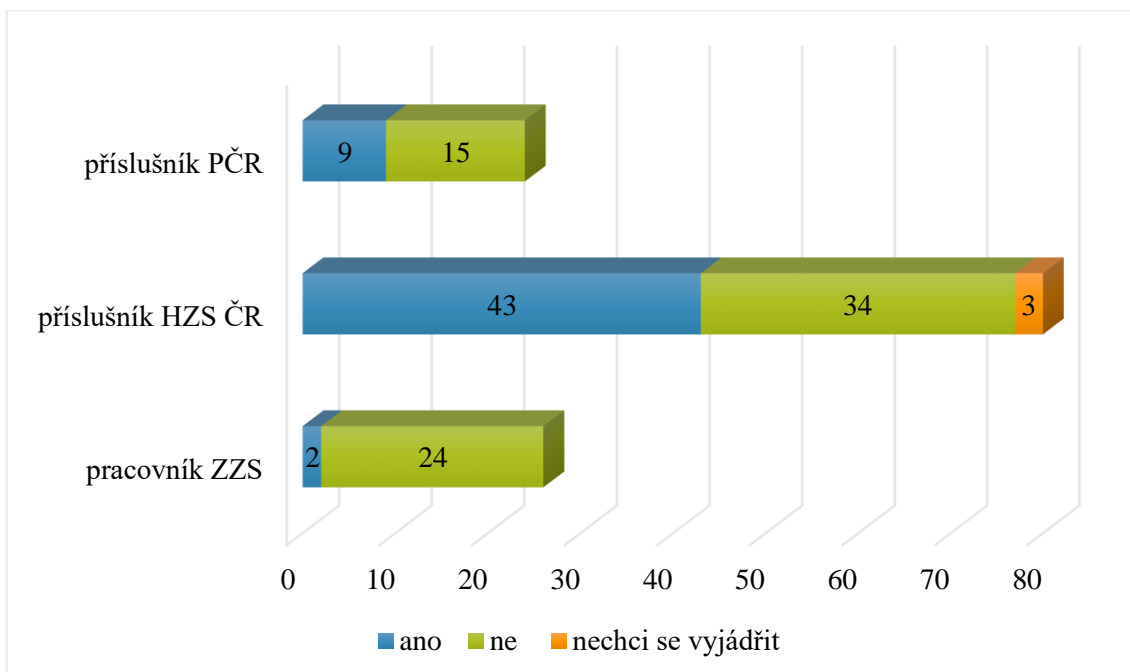


Obr. 12 - Názory na změnu poskytování posttraumatické péče v souvislosti s délkou praxe

Otázka č. 13 Byli jste na pracovišti vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče?

- ano ne nechci se vyjádřit

K vypracování obrázku č. 13 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 4 a 13.

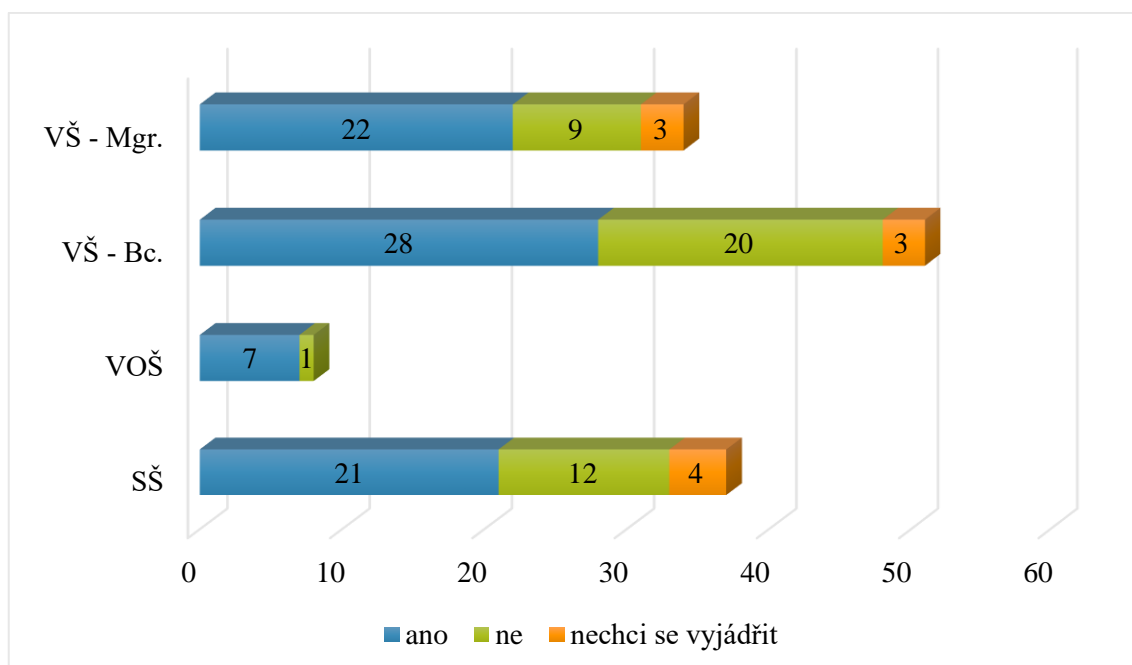


Obr. 13 - Vzdělávání pracovníků v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče

Otázka č. 14 Uvítal/a byste další vzdělávání v této oblasti?

ano ne nechci se vyjádřit

K vypracování obrázku č. 14 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 4 a 14.



Obr. 14 - Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče

Pro větší přehlednost zpracovaných dat jsme vytvořili tabulku 4, ve které jsme vyjádřili procentuální zastoupení respondentů podle zájmu o další vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické. Pro potřeby následné analýzy dat v rámci verifikace hypotézy č. 3 jsme si tučným písmem zvýraznili vypočítanou procentuální hodnotu.

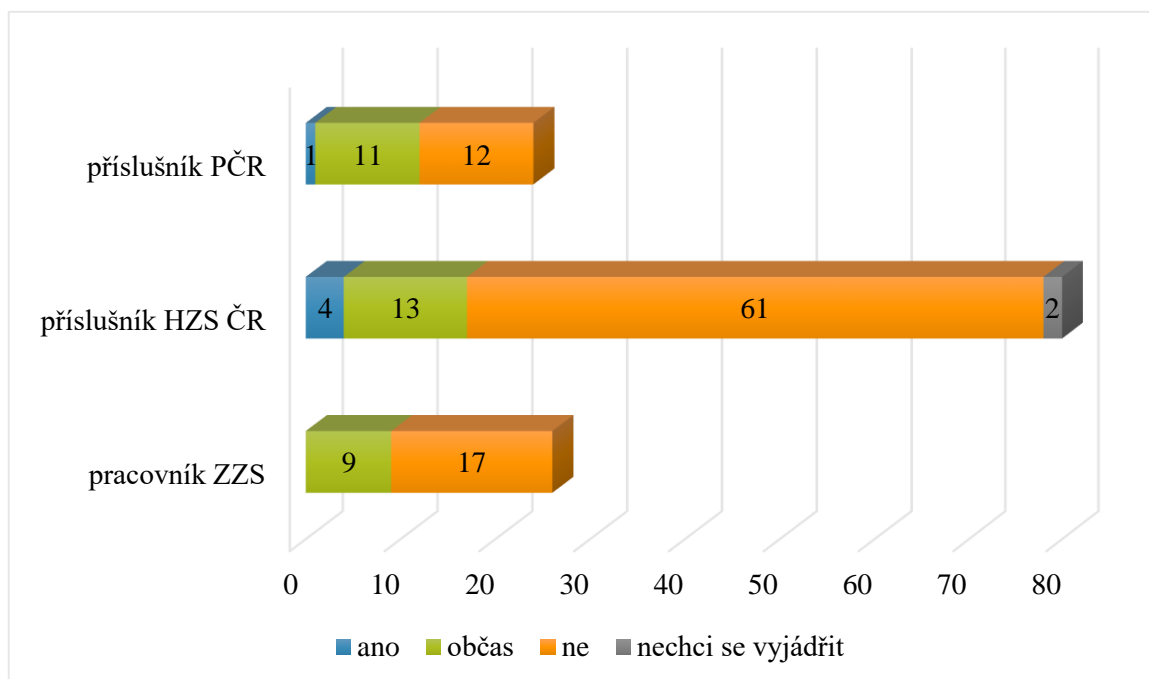
Tab. 4 - Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče

	Počet respondentů
Ano	60,0%
Ne	32,3%
Nechci se vyjádřit	7,7%

Otázka č. 15 Uvažujete o změně zaměstnání?

ano občas ne nechci se vyjádřit

K vypracování obrázku č. 15 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 4 a 15.



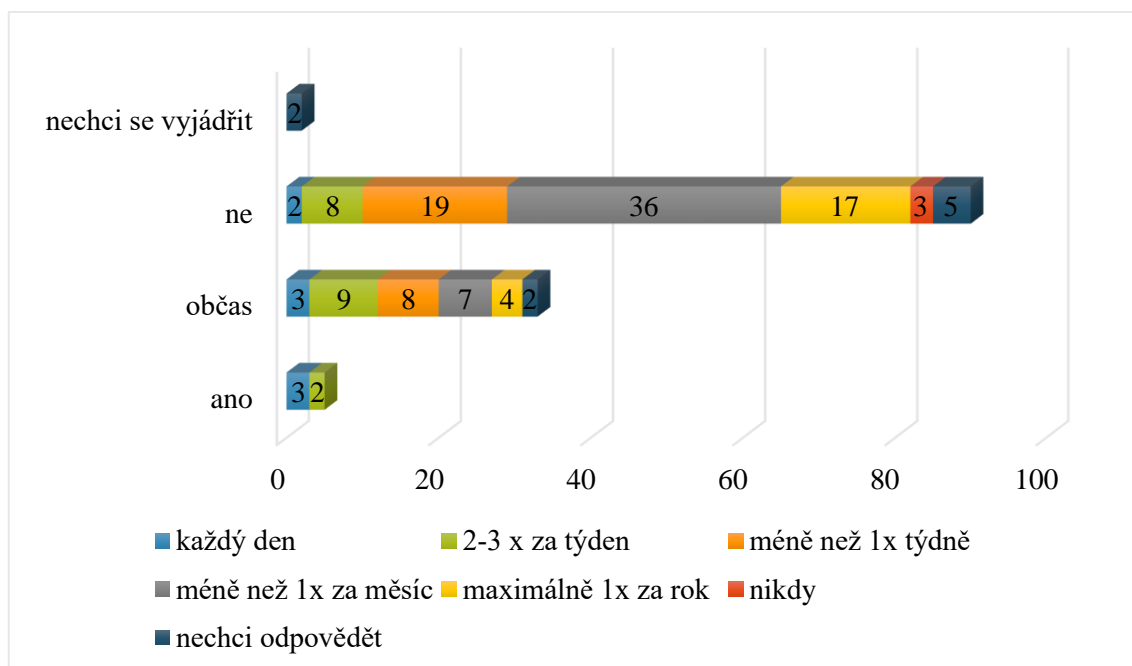
Obr. 15 - Změna povolání

Pro větší přehlednost zpracovaných dat jsme vytvořili tabulku 5, ve které jsme vyjádřili procentuální zastoupení respondentů podle toho, jestli uvažují o změně povolání. Pro potřeby následné analýzy dat v rámci verifikace hypotézy č. 5 jsme si tučným písmem zvýraznili vypočítanou procentuální hodnotu.

Tab. 5 - Změna povolání

	Počet respondentů
Ano	3,9%
Občas	25,4%
Ne	69,2%
Nechci se vyjádřit	1,5%

K vypracování obrázku č. 16 jsme použili data, která jsme získali vyhodnocením údajů z otázek 6 a 15.



Obr. 16 - Frekvence pocitu stresu a úvahy o změně povolání

Otázka č. 16 Pokud se chcete k danému tématu nějak vyjádřit, máte nějaký nápad, návrh, tak učiňte zde, děkuji.

Na tuto poslední otevřenou otázku odpovědělo 11 respondentů. Zde uvádíme v neupravené formě jednotlivé odpovědi:

1. V oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče bude výcvikové středisko ZZS JČK vzdělávat zaměstnance od ledna 2017.
2. Posttraumatická péče by měla být více dostupná i na malých stanicích.
3. Problém je v samé podstatě systému: ten, kdo má pomoci, MUSÍ stát MIMO systém. Jinak přímo ohrožuje: postavení mimo službu, ztráta zaměstnání. Psychosociální pomoc na pracovišti prostě nemůže fungovat tak, aby pomohla zaměstnanci, vždy pomáhá pouze zaměstnavateli. Zkušenosti z této oblasti mám s pomocí mimo systém a ta fungovala dobře. Přeji úspěch s diplomkou a co nejmíň stresu!
4. Možná by tam ještě měla být kolonka ostatní složky IZS (jako armáda, městská policie).

5. Největším stresem nejsou zásahy samotné, ale nesmyslné kroky ze strany vedení.
6. Nutnost psychosociální péče ze strany profesionálních psychologů, ne peerů...
7. Stres na pracovišti jsem vyřešil snížením úvazku a přechodem do udržitelnějšího zaměstnání, podstatně lépe placeného.
8. Dobrý den, danému tématu se aktivně věnuji a na stejné/podobné téma jsem zpracovával bakalářskou a diplomovou práci. Pokud byste je chtěla vidět, ozvěte se mi. Rád bych také viděl Vaší diplomovou práci, až bude hotová, abych si rozšířil obzor. Předem děkuji!
9. Doplnil bych otázku zařazení zaměstnance, příslušníka u IZS.
10. Nadřízené absolutně nezajímá náš psychický stav, tudíž co si člověk sám nezařídí to nemá a mít nebude. A pokud se nadřízený dozvěděl o někom, kdo využil psychologickou pomoc v souvislosti s povoláním, roznesl to po celém oddělení tak, že toho jednotlivce kolektivní silou znemožnil, nebo donutil odejít.
11. Pracuji v oblasti hospodářské trestné činnosti. Stres je častý, ale trochu v jiné formě. Jedná se spíše o tlak psychický než ve formě fyzického nebezpečí, je však o to horší.

5.2 Vyhodnocení cílů práce

V diplomové práci jsme si stanovili čtyři cíle. Prvním cílem bylo přinést v teoretické části ucelený pohled na problematiku psychosociální podpory při mimořádných událostech. V teoretické části jsou také vymezeny pojmy související s danou problematikou. Dále jsou popsány psychické stavy, ke kterým může docházet při mimořádných událostech a také techniky pro zvládání stresu.

Druhým cílem bylo zmapovat možnosti psychosociální podpory pro pracovníky IZS (pozitiva i nedostatky). Cíleně jsme zařadili otázky číslo 8, 11, 12 a 13. V otázce číslo 8 jsme zjišťovali, jestli pracovníci ve složkách IZS vědí o možnosti poskytování psychosociální pomoci na jejich pracovišti. O této pomoci ví 92,3 % z celkového množství dotázaných. V otázce číslo 11 jsme zjišťovali, z jakého důvodu respondenti nevyužívají psychosociální pomoc. Z celkového počtu 130 respondentů uvedli důvod kvůli nedostatku času 4 dotázaní, 6 z nich se nechce svěřovat. Stres v zaměstnání pracovníci často zvládají sami (48), s pomocí kolegů (18) a s pomocí rodiny a přátel

(25) respondentů. Nedůvěru vůči psychosociální pomoci mají 4 respondenti a 7 z nich uvádí jiné důvody. V otázce číslo 12 jsme se zajímali o to, co by respondenti změnili na způsobu poskytování posttraumatické péče v souvislosti s jejich profesí. Spokojených je 40 respondentů, více anonymity či soukromí by potřebovalo 15 a více aktivity ze strany psychologa či peera 17 respondentů. Velká část respondentů (38) uvádí, že problematiku neznají a nemohou se vyjádřit a 20 respondentů uvádí, že by změnili na systému poskytování posttraumatické péče něco jiného. V otázce číslo 13 jsme zjišťovali, zda byli respondenti na pracovišti vzděláváni v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče. Vzděláváno na pracovišti v této oblasti bylo 54 respondentů, 73 uvádí zápornou odpověď a 3 se nechtěli vyjádřit. Pro vyjádření dalších názorů a připomínek jsme zařadili otázku číslo 16.

Třetím cílem bylo zjistit, jestli respondenti ze složek IZS využívají možnosti odborné pomoci psychologa, krizového intervenanta nebo peera. V rámci dotazníku jsme cíleně zařadili otázky číslo 9 a 10. V otázce číslo 9 jsme zjišťovali, jestli respondenti někdy využili psychosociální pomoc poskytovanou na pracovišti. Přestože o možnosti využití této pomoci ví 92,3 % z celkového množství dotázaných, tak ji využilo pouze 12,3 % respondentů. V otázce číslo 10 jsme zjišťovali, zda poskytnutá pomoc byla pro respondenty přínosem.

Čtvrtý cíl pojednával o potvrzení nebo vyvrácení námi naformulovaných hypotéz. V práci jsme vytvořili 5 hypotéz, které byly potom vyhodnoceny na základě výsledků dotazníkového šetření. Dané hypotézy se nám potvrdily nebo vyvrátily.

5.3 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Hypotéza 1 *Předpokládáme, že více než polovina (50 %) respondentů zaměstnaných u složek IZS prožívá při výkonu povolání silný, nepříjemný stres častěji než 1x za měsíc.*

S hypotézou číslo 1 souvisela otázka číslo 6.

V otázce číslo 6 jsme zjišťovali, jak často se respondenti nacházejí v situaci, kterou by označili za silný, nepříjemný stres. Každý den zažívá stres při výkonu povolání 8 respondentů, což činí 6,2 %, dvakrát až třikrát za týden prožívá stres v práci 19 lidí, to je 14,6 %. Frekvenci méně často, než jednou týdně udalo 27 respondentů

(20,8 %). Dohromady je to 41,6 % z celkového počtu respondentů, kteří při výkonu povolání zažívají stres častěji než jednou za měsíc. Dále uváděli dotázaní, že méně, než jednou za měsíc zažívá stres při výkonu povolání 43 (33,0 %) a maximálně jednou za rok 21 (16,2 %) lidí. Nikdy nezažívají stres 3 (2,3 %) dotázaní a 9 (6,9 %) z nich nechtělo na tuto otázku odpovědět.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 1 nepotvrdila.

Hypotéza 2 *Předpokládáme, že psychosociální pomoc vyhledalo méně než 25 % respondentů, přestože ví o možnosti jejího poskytnutí na pracovišti.*

S hypotézou číslo 2 souvisely otázky číslo 8 a 9.

V otázce číslo 8 jsme zjišťovali, jestli pracovníci ve složkách IZS vědí o možnosti poskytování psychosociální pomoci na jejich pracovišti. Ze 130 respondentů odpovědělo 120, že ví o možnosti poskytování psychosociální pomoci na pracovišti. Toto číslo odpovídá 92,3 % z celkového množství dotázaných. O možnosti této pomoci bylo informováno 106 z dotázaných a 14 respondentů si tuto informaci zjistili sami. Pouze 2 respondenti neví o možnosti poskytování psychosociální pomoci na jejich pracovišti. A 8 respondentů odpovědělo, že se o tuto problematiku nezajímali.

V otázce číslo 9 jsme zjišťovali, jestli respondenti někdy využili psychosociální pomoc poskytovanou na pracovišti. Kladně odpovědělo pouze 16 respondentů, toto číslo odpovídá 12,3 % z celkového počtu dotázaných. Tuto pomoc vyhledalo 9 respondentů (6,9 %) a 7 z nich využilo pomoc na základě toho, že jim byla nabídnuta (5,4 %). Tuto pomoc nevyhledalo 112 (86,2%) respondentů a 2 (1,5 %) z dotázaných se nechtěli vyjádřit.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 2 potvrdila.

Hypotéza 3 *Předpokládáme, že více než 75 % lidí zaměstnaných u složek IZS by uvítalo další vzdělávání v oblasti psychologie.*

S hypotézou číslo 3 souvisela otázka číslo 14.

V otázce číslo 14 jsme zjišťovali, jestli by respondenti uvítali další vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče. Kladně odpovědělo 78 (60 %) respondentů, záporně 42 (32,3 %) respondentů a 10 z nich (7,7 %) se nechtělo vyjádřit.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 3 nepotvrdila.

Hypotéza 4 *Předpokládáme, že nejvíce fyzicky ohroženi se cítí respondenti zaměstnaní u Zdravotnické záchranné služby.*

S hypotézou číslo 4 souvisela otázka číslo 7.

V otázce číslo 7 jsme zjišťovali, jestli se lidé zaměstnaní v jednotlivých základních složkách IZS cítí při výkonu povolání ohroženi i fyzicky. Kladně (ano) na tuto otázku odpovědělo celkem 8 (6,2 %) respondentů. Ze ZZS to byli 2 (7,7 %), z HZS ČR 3 (3,7 %) a od PČR 3 (12,5 %) respondentů. Někdy se cítí fyzicky ohroženo celkem 69 (53 %) z dotázaných. Ze ZZS vnímá fyzické ohrožení někdy 19 (73,5 %), u HZS ČR 38 (47,5 %) a od policie 12 (50 %) respondentů. Pocit fyzického ohrožení nemá při výkonu povolání 50 (38,5 %) respondentů. Na otázku odpovědělo negativně 5 (19,2 %) respondentů ze ZZS, 37 (46,3 %) z řad příslušníků HZS ČR a 8 (33,3 %) příslušníků PČR. Nechtěli se vyjádřit 3 (2,3 %) respondenti. Dva z nich byli od HZS ČR (2,5 %) a jeden (4,2 %) z řad policie. Pokud sečteme respondenty, kteří odpověděli, že fyzické ohrožení zažívají, byť jen někdy, tak z řad zaměstnanců ZZS je to 21 (80,8 %) respondentů. Mezi příslušníky HZS ČR je to 41 (51,2 %) a u příslušníků PČR 15 (62,5 %) respondentů.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 4 potvrdila.

Hypotéza 5 *Předpokládáme, že o změně povolání uvažuje méně než 25 % respondentů zaměstnaných u složek IZS.*

S hypotézou číslo 5 souvisela otázka číslo 15.

V otázce číslo 15 jsme zjišťovali, jestli lidé zaměstnaní v základních složkách IZS uvažují o změně zaměstnání. Kladně na tuto otázku odpovědělo pouze 5 (3,9 %) respondentů. Občas uvažuje o změně povolání 33 (25,4 %). Většina respondentů o změně povolání neuvažuje. Záporně odpovědělo 90 (69,2 %) respondentů a 2 (1,5 %) se nechtěli vyjádřit.

Na základě vyhodnocení výsledků lze konstatovat, že se nám Hypotéza 5 potvrdila.

6 DISKUZE

Tato část práce bude pojednávat o výsledcích výzkumné praktické části a porovnávat je s dostupnou literaturou a odbornými výzkumy. V teoretické části jsme přinesli ucelený pohled na problematiku psychosociální podpory při MU. Také jsme vymezili pojmy související s danou problematikou a popsali psychické stavy, ke kterým může docházet při MU a také techniky pro zvládnání stresu.

V praktické části jsme si dali za cíl zmapovat možnosti psychosociální podpory pro pracovníky IZS a také zjistit, jestli respondenti ze složek IZS využívají možnosti odborné pomoci psychologa, krizového intervanta nebo peera.

Pro potřeby výzkumu jsme zvolili soubor pracovníků integrovaného záchranného systému. Dotazník vyplnilo 130 respondentů. Z celkového počtu to bylo 26 pracovníků ZZS, 80 příslušníků HZS ČR a 24 příslušníků PČR. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 38 (29,2 %) žen a 92 (70,8 %) mužů. Věk respondentů se pohyboval v celém spektru od 18 let až po věk nad 50 let. Nejvíce zastoupená věková skupina byli respondenti ve věku 30-40 let (50 %). Dotazovali jsme se také na nejvyšší dokončené vzdělání, 37 (28,5 %) respondentů má středoškolské vzdělání, 8 (6,2 %) vyšší odbornou školu, 51 (39,2 %) absolvovalo vysokoškolské vzdělání bakalářské a 34 (26,2 %) magisterské vysokoškolské vzdělání. Odpovědi nám zaslali respondenti s rozdílnou délkou praxe. Nejméně praxe, do 5 let mělo 15 (11,5 %) respondentů, dále to bylo rozmezí délky praxe 5-10 let 36 (27,7 %) dotázaných, 10-15 let je v praxi 35 (26,9 %) respondentů, 15-20 let 27 (20,8 %) a nad 20 let praxe mělo 18 (13,8 %) z celkových 130 dotázaných.

Zjišťovali jsme, jak často se respondenti nacházejí v situaci, kterou by označili za silný, nepříjemný stres. Pouze 6,2 % respondentů udalo, že se v této situaci nachází každý den, dalších 14,6 % 2-3 x za týden a 20,8 % méně než jednou týdně. Ostatní udávali nižší frekvenci. Méně než 1x za měsíc 33 %, maximálně 1x za rok 16,2 % a nikdy 2,3 % respondentů. Dalších 6,9 % se nevyjádřilo. Nejčastěji dle našeho zjištění zažívají stres pracovníci ZZS, kteří uvedli frekvenci stresu každý den v 7,7 % případů a 2-3 x za týden prožívá stres v zaměstnání 26,9 % pracovníků ZZS. Jeden z našich respondentů se na otázku frekvence stresu vyjádřil takto: „*Největším stresem nejsou zásahy samotné, ale nesmyslné kroky ze strany vedení*“. Znamená to, že mnohdy stres

na pracovišti je způsoben vedením organizace či mezilidskými vztahy a stres při zásahu není ta nejnepříjemnější situace, ve které se pracovníci a příslušníci složek IZS nacházejí. Zajímavým způsobem se postavil ke stresu prožívaném v souvislosti s výkonem povolání další z našich dotazovaných. Napsal do otevřené otázky pro návrhy a nápady toto: „*Stres na pracovišti jsem vyřešil snížením úvazku a přechodem do udržitelnějšího zaměstnání, podstatně lépe placeného*“.

Autorka Kostúrová (2014) se respondentů při dotazníkovém šetření dotazovala na psychickou náročnost zaměstnání. Uvádí, že 39 % respondentů (z celkového počtu 115) považuje práci v IZS za velmi psychicky náročnou.

Autorka Navrátilová (2016) došla k odlišným výsledkům. Ve svém výzkumu zjišťovala frekvenci extrémně obtížné zátěže respondentů v rámci jejich povolání a 60 % respondentů z celkových 130 pracovníků a příslušníků složek IZS se setkávalo s extrémním stresem minimálně 1x za měsíc.

Autor Malík (2007) ve své práci na základě kvantitativního výzkumu, který prováděl u příslušníků HZS ČR, uvádí následující výsledky. Z celkového počtu 108 respondentů 74 % zastávalo názor, že traumatizující zážitky mohou velmi negativně působit na psychický stav hasiče. Dalších 44 % respondentů uvádělo že, nahromadění negativních a vysoce traumatizujících zážitků může v důsledku vést až k tomu, že nebudou schopni vykonávat svoji funkci.

Autorka Buttková (2013) prováděla výzkum na vzorku 50 příslušníků Hasičského a záchranného sboru Slovenské Republiky a 50 příslušníků pořádkové policie Slovenské Republiky. Na otázku psychické zátěže odpovědělo 52 % hasičů a 24 % policistů, že je neovlivňuje žádná psychická zátěž. Jako minimální psychickou zátěž označilo 45 % hasičů a 38 % policistů. Ve skupině policistů však 12 % označilo, že při výkonu povolání zažívají zátěž, při které se už nedá vyloučit riziko zdravotních potíží.

Psychický stav, v jakém se zaměstnanci ve složkách IZS nacházejí při a po výkonu je velmi důležitý. Vymětal a kol. (2010) uvádějí, že mimořádná zátěž ovlivňuje psychiku příslušníka PČR a mohou se následně u něj projevit podrážděnost, vztek, úzkost, deprese, bezmocnost, pocity nejistoty, viny či studu, ztráta životní spokojenosti apod. Detailně uvádí, „*že uvedené problémy mohou policistu zaskočit svou intenzitou nebo nezvyklostí. Mohou také negativně ovlivnit jeho pracovní výkon a rodinné vztahy.*

Mohou se podílet na ztrátě životní spokojenosti, pocitech marnosti a bezvýhodnosti, profesním vyhoření, pocitech odcizení se sobě i druhým. V extrémním případě pak mohou vyústit v pracovní neschopnost, závislost na alkoholu nebo sebevražedné úvahy“ (Vymětal a kol, 2010, s. 36).

Také autor Humpl (2009) ve svém článku uvádí, že mnohé zkušenosti záchranných složek opakovaně poukazují na skutečnost, že je nezbytné postarat se také o psychické, duchovní a sociální potřeby, a to nejen na místě MU, a nejen pouze u obětí. Důležité je také dobré psychické zdraví příslušníků či zaměstnanců IZS.

Autorka Guľašová (2016) doporučuje, jak zvládat zátěžové situace, které přesahují běžnou zkušenost (například úmrtí kolegy). Důležitá je okamžitá skupinová krizová intervence pomocí peer podpory (kolegiální podpora), defusingu (realizuje zaškolený záchranář) a následně by měl přijít debriefing (uskutečňuje psycholog). Pocit sounáležitosti v rámci skupiny ulehčuje zvládnutí situace, základem vzájemné psychické podpory by mělo být poskytnutí si podpory emoční.

Práce ve složkách IZS je psychicky náročná, ale přímo s ní souvisí i pocit fyzického ohrožení. V dotazníku jsme zařadili otázku, jestli se pracovníci a příslušníci složek IZS cítí fyzicky ohroženi, nebo někdy ohroženi, nebo ne. Podle našeho výzkumu se 6,2 % respondentů cítí při výkonu povolání ohroženo i fyzicky. Někdy má pocit fyzického ohrožení 53 % dotázaných. Nejčastěji mají pocit fyzického ohrožení pracovníci ZZS, kteří uvedli, že ohroženo se jich vnímá 7,7 % a někdy se cítí fyzicky ohroženo 73,1 % respondentů ze ZZS. U příslušníků HZS ČR byla kladná odpověď v 3,7 % a někdy vnímá fyzické ohrožení 47,5 % hasičů. Více ohroženi se cítí příslušníci PČR, kdy kladně odpovědělo 12,5 % respondentů a více než polovina z nich (53 %) má pocit fyzického ohrožení jen někdy.

K podobným závěrům dospěla autorka Šeblová (2007), která provedla studii se 597 respondenty ze sedmi krajských ZZS. Zkušenost s vlastním ohrožením během výkonu služby uvedlo překvapivě mnoho respondentů. Celkově tuto situaci zažilo 71 % členů výjezdových skupin, nejčastěji šlo o dopravní nehodu sanitního vozidla nebo o napadení pacientem nebo někým z jeho okolí.

Zdravotníci bývají stále častěji terčem pro agresivitu ze strany postižených. Tématem se zabývali autoři Netušilová a Brečka (2015). K výzkumu měli k dispozici vzorek 75 pracovníků ZZS. S verbální agresí se setkala 85 % dotazovaných a 43 %

respondentů bylo napadeno i fyzicky. Dále bylo zaznamenáno vysoké procento (67 %) pasivní agrese projevované pacientem a prezentované chováním sice nenásilným, ale takovým, které neumožňovalo aktivně dosáhnout rozumový kontakt. Často (26 %) byla spouštěčem agresivního chování přímo samotná osoba zdravotníka.

Stejnou problematikou se ve svém výzkumu zabývali autoři Pekara a Kolouch (2016). V období říjen 2014 až duben 2015 probíhal výzkum ohledně násilí směřovaném na záchranáře. Celkem bylo dotazováno 216 zaměstnanců ZZS hl. města Prahy (řidiči a zdravotničtí záchranáři). Za toto období byli všichni vystaveni násilí, 68 % verbálnímu a 32 % i fyzickému násilí.

Jeden z našich respondentů se k otázce související s pocitem fyzického stresu vyjádřil takto: „*Pracuji v oblasti hospodářské trestné činnosti. Stres je častý, ale trochu v jiné formě. Jedná se spíše o tlak psychický než ve formě fyzického nebezpečí, je však o to horší*“.

Dále jsme se zabývali informovaností pracovníků a příslušníků složek IZS v souvislosti s poskytováním psychosociální pomoci na jejich pracovišti. Z našeho šetření vyplývá, že informace o možnosti poskytování psychosociální pomoci na pracovišti má 120 respondentů ze 130. Tomuto číslu odpovídá 92,3 % z celkového množství dotázaných. Z tohoto počtu respondentů bylo o této možnosti informováno na pracovišti 106 a 14 z nich si danou informaci zjistili sami. Znamená to, že v současné době je velmi dobrá informovanost pracovníků základních složek IZS o možnosti psychosociální podpory.

K rozdílnému zjištění došla autorka Dvořáková (2014), která se věnovala ve své práci krizové intervenci u PČR. Uvádí, že znalost o existenci a možnosti využití systému psychologické pomoci poskytovaného PČR je u všech respondentů služebně působících na základních útvarech minimální. Neinformovanost a mnohdy i prozatímní nezájem o tuto problematiku vysvětluje dvěma důvody. Jako důvody uvádí to, že se respondenti neocitli v situaci, kterou by sami nedokázali vyřešit nebo zvládnout. Druhá argumentace spočívala v tom, že se ve své služební praxi ještě nesetkali s případem, po kterém by mohlo následovat poskytnutí nějaké psychické pomoci nebo přivolání krizového intervanta či psychologa.

Podle zjištění autora Tomana (2008) je o možnostech zaměstnavatele poskytnout odbornou pomoc informováno pouze 35 % policistů dostatečně a zbylých 40 % pouze

částečně. Jsou podle něj vidět velké rezervy v distribuci informací mezi policisty, neboť každé Krajské ředitelství policie má svůj tým posttraumatické intervenční péče, jehož členy jsou policisté z jednotlivých služeb policie a bylo by možné očekávat, že díky tomu bude informovanost větší.

I přes dobrou informovanost našich respondentů ohledně možnosti poskytování psychosociální podpory na pracovišti, tuto pomoc využilo pouze 16 (12,3 %) ze 130 dotázaných, 112 (86,2 %) respondentů ji nevyhledalo a 2 (1,5 %) se nechtěli k dané otázce vyjádřit. K využití této pomoci se rozhodli na základě nabídnutí pomoci v 7 případech a 9 z nich ji vyhledali sami. Ze 16 respondentů, kteří psychosociální pomoc na pracovišti vyhledali, ji 7 hodnotí jako přínosnou, 6 jako částečně přínosnou, 2 neshledali žádný přínos a 1 se nechtěl vyjádřit.

K podobným výsledkům došla ve své práci autorka Vaňásková (2014). Provedla dotazníkové šetření mezi zaměstnanci základních složek IZS. O možnosti poskytování psychosociální podpory na pracovišti bylo informováno 81 % z celkových 118 respondentů. Na otázku využití možnosti kontaktování peera či psychologa po náročném zásahu či MU odpovědělo 88 % záporně, 10 % respondentů službu využilo a 2 % dotázaných se nechtěli k otázce vyjádřit.

Autorka Váchová (2010) uvádí, že informovanost o PIP je vysoká, podle jejího výzkumu z celkových 108 respondentů bylo 97 % příslušníků HZS ČR a 95 % PČR informováno o posttraumatické intervenční péči poskytované na pracovišti. Tuto pomoc využilo 5 % policistů a 11 % hasičů.

Autor Jiříšta (2012) se ve své práci věnoval tématu vlivu akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následné krizové intervenci. Z jeho výzkumného vzorku 211 respondentů, kteří byli zaměstnanci ZZS, využilo možnost kontaktování psychologa nebo peera 11 % respondentů. V rámci hodnocení této služby byla převážná většina spokojena.

Také autorka Křivánková (2014) zjišťovala ve své práci, kolik respondentů využilo služeb posttraumatické péče. Pracovala se souborem 213 respondentů od HZS ČR ve Středočeském kraji. Kladně odpovědělo pouze 23 dotazovaných příslušníků, tedy 11 %. Toto číslo se blíží i našim výsledkům. Důvodem pro nevyužití této pomoci byl fakt, že se dotazovaní s traumatizujícími situacemi nejčastěji vyrovnali díky kolegům nebo rodině.

K odlišným výsledkům dospěla autorka Sperlingová (2013) při svém výzkumu. Zjistila, že v případě potřeby by 41 % příslušníků HZS ČR využilo služeb PIP, která je jim nabízena v organizaci, kde pracují.

Jednou z nejčastějších kritických situací, která zasáhne pracovníky ZZS bývá dopravní nehoda sanitního vozidla se zraněním někoho z posádky, kdy se kolega najednou ocitá na straně pacienta. Velmi zatěžující je také situace, kdy dojde k úmrtí nebo dokonce sebevraždě kolegy. V těchto případech si někdy vyžádá intervenci celý kolektiv daného stanoviště. Individuální pomoc psychologa bývá vyhledána v případě zásahů, jako jsou neúspěšné resuscitace, úrazy a smrt malých dětí, nebo dopravní nehody s úmrtím několika osob (Šeblová, 2014).

Autoři Svobodová a Brečka (2016) ve své práci na téma stres ve výkonu profese zdravotnického záchranáře zjišťovali ve svém výzkumu u 100 respondentů ze ZZS Pardubického kraje, jestli vnímají svou práci jako stres. Kladně odpovědělo 75 % dotázaných. Na otázku ohledně možnosti využití služeb psychologa odpovědělo pouze 65 %, že tuto možnost mají a 35 % dotázaných odpovědělo záporně. V tomto výzkumu se ukázalo, jak důležitá je informovanost, protože všichni dotázaní byli ze stejné ZZS, a tudíž by všichni měli mít stejné možnosti této péče. Krizovou intervenci v rámci výkonu svého povolání absolvovalo 20 % respondentů. Všichni ji hodnotili jako přínosnou.

V roce 2016 využilo 573 zaměstnanců ZZS pomoc v rámci systému SPIS. Bylo to nejvíce pracovníků z řad nelékařských zdravotnických pracovníků (429), dále 50 lékařů, 23 sanitářů, 23 operátorek a 48 řidičů. Meziročně narůstá poptávka zdravotníků po možnosti využití služby SPIS. K nejčastějším nadlimitně zatěžujícím událostem, kdy je psychosociální podpora vyžadována, patří situace úmrtí, pocity vlastního selhání zdravotníka, napadení či zranění při výkonu profese, nehoda sanitního vozidla, ale také situace pracovních konfliktů mezi kolegy. Očekává se, že využívání systému SPIS bude mít nadále vzestupnou tendenci a že se budou zapojovat další zdravotnická zařízení. V současné době je nabídka podpory známa a dobře dostupná pouze pro zlomek zdravotnických pracovníků v ČR (Humpl, 2017).

Poskytování psychosociální podpory v zaměstnání není záležitostí jen České republiky, ale je provozována i jinde ve světě, například jak uvádí autorka Hoskovcová (2009) v USA se v rámci odborné pomoci traumatizovaným a ohroženým policistům

osvědčil tzv. „peer program“ V rámci tohoto programu je policistům nabízena služba, kdy mohou probírat traumatizující událost s dobrovolníkem (neprofesionálem), který disponuje nutnou dávkou empatie, schopností naslouchání, dovedností vyjasnit problematiku a podporovat zotavovací proces. Základním cílem je, aby policisté byli schopni účinně bojovat s každodenní dávkou stresu a zabránili tak výskytu deprese, problémům se vztahy, vzniku závislostí a nepropadali krizi a syndromu vyhoření.

Záchranáři jsou považováni za skupinu lidí, která je vůči stresu velmi odolná. Byl proveden výzkum u pracovníků, kteří byli na místě MU a podíleli se na odstraňování následků po výbuchu továrny zabývající se výrobou zábavné pyrotechniky. Prevalence PTSP u těchto záchranářů vzrostla ze 1,6 %, které byly zjištěny pět měsíců po katastrofě, na 3,1 % 18 měsíců po MU. Autoři doporučují, aby záchranáři, i když nevyhledávají sami psychosociální pomoc, byli po katastrofách větších rozměrů sledováni, aby mohl být včas odhalen výskyt PTSP a zahájena léčba (Ask, Gudmundsdottir, 2014).

Psychosociální pomocí záchranářům se zabývají i méně vyspělé země. V Pákistánu proběhla studie se 150 respondenty a výsledky ukazují, že tito lidé jsou dlouhodobě a opakovaně vystaveni silnému stresu a více než 30 % z nich již trpí psychickými problémy. Měli by být vzděláváni v oblasti psychologie, hlavně v oblasti metod, jak zvládat stres (Ahmad, Arshad, Kausar, 2015).

Nejen informovanost, ale i praktická podpora psychosociálního intervenčního týmu je velmi důležitá. S praktickým nápadem přišli ve Zlínském kraji. Dosavadní praxe členů týmu posttraumatické péče s poskytováním první psychické pomoci v terénu, u živelních pohrom, dopravních nehod a jiných MU ukázala, že je nutné mít vhodné vybavení pro zajištění péče o zasažené osoby i pro svou činnost a ochranu. Proto na začátku letošního roku přibyla do výbavy hasičů HZS Zlínského kraje nová pomůcka a tou je zásahový batoh pro členy TPP. Při poskytování pomoci je zasahující příslušník s osobou zasaženou událostí zpravidla mimo místo prováděného zásahu a není vhodné poskytování pomoci přerušovat odcházením pro potřebné pomůcky nebo materiál. Díky zásahovému batohu má zasahující člen týmu všechny potřeby pro podporu a péči o zasažené osoby na místě. Obsahem batohu jsou deka, termofolie, lékárnička, plyšové hračky pro děti, balená voda, kapesníky a vlhčené ubrousky, letáčky se základními radami pro zvládnutí různých situací. Dále batoh obsahuje také věci

potřebné pro vlastní činnost člena TPP (baterku, nůž, pláštěnku, ochranné rukavice, blok s tužkou a přehled důležitých kontaktů) (Netopil, Pančochová, 2017).

Výbavou do terénu při poskytování psychosociální péče se zabývají i Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce HZS ČR. Doporučují, aby se pracovník vybavil do terénu tak, aby byl soběstačný (nebyl na obtíž) a měl s sebou věci, které mohou ulehčit situaci přímo zasaženým i dalším pomáhajícím. Seznam doporučeného vybavení se liší podle toho, jestli je to výbava jednotlivých členů TPP nebo vybavení zásahového vozidla (MV – GŘ HZS ČR, 2010).

Často však psychosociální podpora není využívána. Důvody, proč nevyužít psychosociální pomoci na pracovišti jsou různé. Ze 112 respondentů, kteří odpověděli, že tuto pomoc nevyužili, jich 4 (3,6 %) uvedli, že nebyl čas, 6 (5,4 %) z nich se nechce svěřovat se svými problémy. Situaci zvládají sami v 48 (42,9 %) případech, pomoc kolegů využívá 18 (16,1 %) respondentů a 25 (22,3 %) dotázaných zvládá zátěž při výkonu povolání s pomocí rodiny a přátel. Nedůvěru pocítují 4 (3,6 %) respondenti a 7 (6,3 %) má jiné důvody, proč této pomoci nevyužít.

Val'ko (2011) ve své práci uvádí, že většina respondentů z řad příslušníků PČR by nevyužila možnost odborné pomoci v rámci PIP. Hlavní obava plyne z nedůvěry ohledně anonymity, a to i přesto, že záruka anonymity je jeden z hlavních pilířů této pomoci. Příslušníci svou profesi vnímají tak, že policista musí být psychicky odolný a vyrovnaný a jakákoliv pochybnost o jeho psychickém stavu by mohla dříve nebo později vést ke snížení způsobilosti vykonávat tuto profesi. Výsledkem těchto obav je, že většina z nich se na tuto pomoc neobrátil, protože si myslí, že by informace o jeho psychickém stavu mohly být zneužity a mohly by ho v rámci profese poškodit.

Ke stejným závěrům došel autor Hluško (2010), který ve své práci zjišťoval zájem zaměstnanců PČR o Linku pomoci v krizi. Z celkového počtu 235 respondentů více než dvě třetiny respondentů (63,4 %) nevěřily v anonymitu klienta a tomu, že hovory na linku nejsou nahrávány, ačkoli informovanost o lince je dostatečná.

Pro policisty je velkou překážkou nedůvěra k anonymitě při poskytování posttraumatické péče. Autor Saida (2011) ve své práci pracoval se vzorkem 185 respondentů z řad Krajského ředitelství policie hl. města Prahy. V otázce informovanosti o anonymní telefonní lince pomoci v krizi zjistil, že 76,8 % dotázaných policistů ví o této lince. V případě pomoci po náročné nebo traumatizující situaci se

32,3 % respondentů vyjádřilo, že by tuto linku využili. Zároveň však v souvislosti s poskytováním této péče 80 % z nich odpovědělo, že se domnívají, že hovory na lince jsou monitorovány. Informováno o možnosti psychologické konzultace na pracovišti bylo 60,5 % respondentů. Ale 64,9 % z nich projevilo obavy z návštěvy policejního psychologa. Jako hlavní důvod uváděli obavu z propuštění ze zaměstnání z důvodu ztráty osobní způsobilosti a dále se obávali, že by se o jejich problémech dozvěděl nadřízený a mohlo by se to negativně projevit na pracovišti v jejich hodnocení. Jeho zjištění neodpovídá výsledkům našeho výzkumu, kdy nedůvěru vyjádřilo pouze 3,6 % dotázaných. Zajímavá však byla reakce jednoho z našich respondentů, který se k této problematice vyjádřil takto: „*Nadřízené absolutně nezajímá náš psychický stav, tudíž co si člověk sám nezařídí to nemá a mít nebude. A pokud se nadřízený dozvěděl o někom, kdo využil psychologickou pomoc v souvislosti s povoláním, roznesl to po celém oddělení tak, že toho jednotlivce kolektivní silou znemožnil, nebo donutil odejít.*“

Malík (2007) ve své práci uvádí, že na nabídku setkání hasičů po zásahu s psychologem, kde by byl zásah konzultován z psychologického pohledu, se 23 % hasičů (ze 108 respondentů) vyslovilo absolutně proti tomuto setkání a 32 % by si ho spíše nepřálo. Naproti tomu by toto setkání uvítalo 28 % respondentů. Následně uvádí, že 36 % respondentů, i přes výskyt psychických obtíží, by nikdy nevyhledalo odbornou pomoc u psychologa. U 20 % dotázaných hasičů panovala obava, že by je návštěva u psychologa mohla nějak služebně poškodit. Na otázku, zda posttraumatická péče pomáhá zasahujícím hasičům, odpovědělo 57 % respondentů kladně a 7 % záporně.

Naším respondentům jsme položili otázku, co by změnili na způsobu poskytování posttraumatické péče v souvislosti s jejich profesí. Spokojeno s touto péčí (a nic by neměnili) je 40 (30,8 %) respondentů. Více anonymity či soukromí by potřebovalo 15 (11,5 %) a více aktivity ze strany psychologa nebo peera 17 (13,1 %) dotázaných. K problematice se nemůže vyjádřit 38 (29,2 %) respondentů, protože ji neznají a 20 (15,4 %) respondentů by chtělo změnit něco jiného, než bylo v nabízených variantách. Názory na změny v poskytování posttraumatické péče se nijak výrazně nelišily ani podle délky praxe respondentů.

Jeden z našich respondentů se k tématu vyjádřil obsírněji a vyjádřil myšlenku, že by systém mohl být nastaven jinak: „*Problém je v samé podstatě systému: ten, kdo má pomoci, MUSÍ stát MIMO systém. Jinak přímo ohrožuje: postavení mimo službu, ztráta*

zaměstnání. Psychosociální pomoc na pracovišti prostě nemůže fungovat tak, aby pomohla zaměstnanci, vždy pomáhá pouze zaměstnavateli. Zkušenosti z této oblasti mám s pomocí mimo systém a ta fungovala dobře.“ Jiný respondent zastává názor, že je nutné, aby byla poskytována psychosociální péče ze strany profesionálních psychologů, ne peerů. Další z připomínek ze strany dotázaných se týkala toho, že posttraumatická péče by měla být více dostupná i na malých stanicích.

Mimo dotazník zaznělo postesknutí jednoho člena IZS (záměrně neuvádíme ani složku IZS ani kraj pro zachování slibované anonymity) nad prací psychologa u nich na pracovišti. Vyjádřil se, že by se nikdy nikomu takovému nesvěřil, protože ani odborně, ani lidsky ho tento člověk rozhodně nepřesvědčil o svých kvalitách. Další kolega z jiného kraje pak zase velmi pochvaloval náročnou a zodpovědnou práci jejich psychologa, kdy zmínil, že jde vidět, že psycholog je tu pro ně a můžou se něj kdykoliv obrátit. Důležitá je tedy i osobnost konkrétního psychologa, který posttraumatickou péči poskytuje.

V práci jsme se také zabývali problematikou edukace v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče. Vzdělání bylo na pracovišti umožněno 54 (41,5 %) respondentům, 73 (56,2 %) respondentů tuto možnost nemělo a 3 (2,3 %) se nechtěli vyjádřit. Nejméně bylo toto vzdělávání umožněno pracovníkům ZZS, kde kladně odpověděli pouze 2 lidé, což činí pouze 7,7 % dotázaných. Jeden z našich respondentů nás v otázce, kde jsme dávali prostor pro vyjádření, informoval, že v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče začalo výcvikové středisko ZZS Jihočeského kraje vzdělávat zaměstnance od ledna 2017. U HZS ČR bylo v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické pomoci vzděláno 53,8 % příslušníků a u PČR 37,5 %.

Autorka Vaňásková (2014) ve své práci zjišťovala, kolik respondentů bylo v rámci své profesní kariéry vzděláváno v oblasti psychosociálních intervenčních služeb či posttraumatické intervence. Došla k podobným závěrům jako my, v jejím šetření 43 % respondentů bylo vzděláváno v této problematice a 57 % nebylo.

K podobným výsledkům došla i autorka Navrátilová (2016). Z celkového počtu 130 respondentů uvedlo 56,2 % dotázaných, že se zúčastnili vzdělávání v podobě seminářů, kurzů či školení v oblasti poskytování PIP. Většina respondentů, kteří

odpověděli, že žádné takové vzdělávání neabsolvovali, byli zdravotničtí záchranáři ze ZZS.

K jiným závěrům došel autor Kubíček (2013) ve své diplomové práci. Udává, že počet respondentů, také příslušníků či zaměstnanců složek IZS, kteří byli v této oblasti vzdělávání byl 72 %.

Autorka Guľašová (2011) ve svém článku zmiňuje, že psychická zátěž, která u záchranářů není průběžně řešena a adekvátně zpracována, se může následně projevit ve zvýšeném počtu mezilidských pracovních i osobních konfliktů a v extrémním případě i ve zdravotních problémech záchranáře. Psychologická intervence je dle autorky také vhodnou prevencí pro redukci syndromu vyhoření a celkového vyčerpání. Doporučuje věnovat se více prevenci a v rámci vzdělávání naučit záchranáře, jak správně reagovat například v případě agresivního jednání pacientů, ale také dokázat včas rozlišit signály takového jednání a tím zvýšit bezpečnost celého zasahujícího týmu.

Naši respondenti z řad pracovníků IZS uváděli, že mají zájem vzdělávat se v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče. Zájem vzdělávat se v této oblasti uvedlo 56,8 % respondentů se středoškolským vzděláním, 87,5 % respondentů s ukončeným vyšším odborným vzděláním, 54,9 % s bakalářským typem vysokoškolského studia a 64,7 % respondentů s magisterským typem vysokoškolského studia.

K podobným výsledkům došla ve své diplomové práci Ralbovská (2016). Zjišťovala u respondentů, jestli mají zájem vzdělávat se v oblasti CISM. Respondenti (celkem 288) byli z řad pracovníků složek IZS a tento zájem uvedlo 49,6 % respondentů se středoškolským vzděláním, 41,1 % respondentů s ukončeným vyšším odborným vzděláním a bakalářským typem vysokoškolského studia a 29 % respondentů, kteří vystudovali magisterský typ vysokoškolského studia.

Malík (2007) se své práci dotazoval hasičů na poskytování první psychologické pomoci obětem u zásahu. Většina dotazovaných věděla, jak poskytovat první psychologickou pomoc, 63 % respondentů by uvítalo školení první psychologické pomoci. Autor zastává názor, že toto zjištění může být dobrým poznatkem pro psychologa HZS ČR a mohlo by prospět nejen ke zkvalitnění zásahů a přístupu hasičů k obětem, ale i k navázání lepšího vztahu mezi hasiči a psychologem HZS ČR.

Problematika vzdělávání v oblasti psychosociální pomoci je podrobně popsána ve Vzdělávacím standardu psychosociální krizové pomoci a spolupráce. Standard je určen placeným pracovníkům v oblasti psychosociální krizové pomoci a spolupráce anebo pro organizované dobrovolníky v této oblasti, kteří chtějí naplnit označení „terénní krizový pracovník“ (standard pro přímý kontakt). Dále je určen koordinátorům, komunitním pracovníkům a vedoucím jednotlivých týmů v oblasti psychosociální krizové pomoci a spolupráce (standard pro koordinování) (MV – GŘ HZS ČR, 2010).

Autor Parks (2015) se dlouhodobě (po dobu 13 let) věnuje vzdělávání pracovníků záchranných složek a havarijních služeb ve východní Evropě. Doporučuje, že by všichni tito pracovníci měli být vzdělávání v oblasti CISM, aby mohli v případě potřeby poskytovat krizovou intervenci.

Příjemným zjištěním pro nás byla skutečnost, že 90 (69,2 %) respondentů z celkových 130 by i přes psychickou náročnost, neměnilo své povolání. V případě respondentů z řad HZS ČR to bylo 76,3 % dotázaných, z řad příslušníků PČR to bylo 50 % respondentů a v případě zaměstnanců ZZS to bylo 65,4 %. Na tuto otázku odpovědělo kladně 5 respondentů, 4 příslušníci HZS ČR a 1 od PČR. Z těchto pěti respondentů 3 uváděli, že zažívají při výkonu povolání stres každý den a 2 z nich zažívají tento stres 2-3 x za týden.

K podobným výsledkům došla ve své diplomové práci i Ralbovská (2016). Podle jejího výzkumu (celkem 288 respondentů) z řad příslušníků HZS ČR by práci neměnilo 76,8 %, v případě příslušníků PČR to bylo 48,9 % respondentů a 46,5 % zaměstnanců ZZS také o změně zaměstnání neuvažuje.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že příslušníci či zaměstnanci složek IZS se s MU a s poskytováním psychosociální péče nesebkávají výjimečně. Informovanost v této oblasti je již značná. Tento kladný trend je jistě zapříčiněn i tím, že nově nastupující příslušníci PČR i HZS ČR jsou o možnostech PIP informováni v rámci základní odborné přípravy při nástupu do zaměstnání a také v dalších vzdělávacích programech. Bylo by dobré rozšířit základní informace v psychosociální pomoci také o praktické návky, které by pracovníci mohli nadále v praxi využívat. Zde je samozřejmě důležitá otázka zajištění financí, času, ale také kvalitního personálního zajištění kurzů. Odbornou přípravu by měla provádět osoba orientující se v oblasti psychologie, ideálně psycholog nebo člen posttraumatického týmu. Přínosné pro praxi

bylo také vytvoření výukových materiálů v podobě DVD pro kurz První psychické pomoci I. a II. u HZS ČR. Na těchto DVD je možno vidět různé situace, se kterými se při zásahu můžou hasiči setkat. Je zde podána základní instruktáž, jak při těchto zásazích komunikovat (dopravní nehoda, komunikace s dítětem, suicidální pokus, úmrtí, agresivní jedinec).

Psychologové HZS ČR (metodické pracoviště) jsou v kontaktu i s odborníky ze zahraničí. Pro hasičské psychology jsou pořádány odborné kurzy a semináře. Zapojují se také do mezinárodních projektů zaměřených na problematiku psychologie MU a katastrof (Šejharová, 2014).

Ohledně informovanosti členů o PIP přišla se zajímavým nápadem autorka Krivánková (2014), která ve své práci navrhla letáky pro využití v praxi. Na prvním letáku, který je určen pro příslušníky HZS ČR Středočeského kraje, je zmapováno rozmístění členů týmu posttraumatické péče ve Středočeském kraji s aktuálními kontakty. Druhý leták je určen pro příslušníky nebo zaměstnance HZS ČR, kteří se zajímají o vzdělání v oblasti psychologie.

Respondenti v případě potřeby využívají služeb psychologa či peera a jejich krizových technik. I když to není tak často, jak by v ideálním případě mělo být. Stále přetrvává pocit pracovníků u složek IZS, že pokud by požádali o tuto pomoc, tak by si mohli profesně ublížit. Velmi časté jsou obavy ze zneužití informací zvláště u příslušníků PČR. Důležité je však také vzdělávání v oblasti psychosociálních intervenčních služeb či posttraumatické péče. Výsledky poukazují na skutečnost, že v této problematice byla vzdělána přibližně polovina respondentů. Důležité je, že je přítomen zájem o další vzdělávání ze strany pracovníků a příslušníků složek IZS. Uplatňování základní psychické první pomoci a správné komunikace může mít značný vliv na budoucnost duševního zdraví obětí MU a může předcházet i mnohým nedorozuměním, které vznikají mezi záchranáři a oběťmi z důvodu špatného pochopení. Můžeme tím také ovlivnit množství útoků na záchranáře, ať verbálních, či fyzických. Velmi přínosné a pro praxi jsou důležité materiály vydané HZS ČR, zvláště pak Typová činnost složek IZS č. 12 při poskytování psychosociální pomoci a také Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce.

7 ZÁVĚR

V práci jsme se věnovali vlivu mimořádných událostí a krizových situací na psychiku člověka. MU bývají velmi traumatizující, působí negativně na zasažené osoby a také na pracovníky IZS. Aby se mohli s psychickou zátěží a prožitými traumaty lépe vyrovnat, je zde připraven systém PIP pro příslušníky HZS ČR a PČR a systém SPIS pro pracovníky ZZS.

V teoretické práci jsme přinesli ucelený pohled na problematiku psychosociální podpory při mimořádných událostech.

V praktické části našeho výzkumu jsme zjišťovali, jak lidé pracující u základních složek IZS vnímají stres spojený s výkonem povolání a jak se s ním vyrovnávají. Zmapovali jsme možnosti psychosociální podpory členům pracujících ve složkách IZS a zjistili, do jaké míry jsou systémy PIP a SPIS pracovníky využívány. Cílem výzkumné části bylo vyvrácení nebo potvrzení námi naformulovaných hypotéz pomocí dotazníkového šetření u příslušníků HZS ČR a PČR a pracovníků ZZS. Z výzkumu nám vyplynulo, že práce v IZS je pro pracovníky fyzicky, ale zejména psychicky velmi náročná. Většina členů IZS je dobře informována o možnosti poskytování psychosociální podpory na pracovišti, ale zvládá traumatické zážitky a stres bez pomoci psychologa nebo peera. Členové záchranných složek nevěří anonymitě při využití psychosociální či posttraumatické péče a mají obavy, že by mohli po kontaktování psychologa ztratit zaměstnání nebo mít na své pozici problémy s nadřízeným. Zájem o vzdělávání v oblasti psychosociální péče je u záchranářů značný. V současné době je v ČR dobře rozpracován systém psychosociální péče poskytované pracovníkům v souvislosti s výkonem povolání ve složkách IZS. Nadále je však potřebné systém vylepšovat.

Na úrovni organizace je potřebné zaměřit se na prevenci, vzdělávání, zlepšit komunikaci mezi pracovníky. Důležité je, aby všichni pracovníci měli stejný přístup k informacím i pomoci v rámci systémů PIP a SPIS.

Na úrovni jednotlivce je potřebné zbavit se předsudků a v případě potřeby si nechat pomoci. Pokud má člověk pomáhat ostatním lidem, měl by být sám fyzicky i psychicky naprosto v pořádku.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CISM - Critical Incident Stress Management

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

HZS ČR - Hasičský záchranný sbor České republiky

GAS - Obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome)

GŘ - Generální ředitelství

IZS - Integrovaný záchranný systém

MU - Mimořádná událost

MV - Ministerstvo vnitra

NCO NZO - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NNO - Nestátní neziskové organizace

PČR - Policie České republiky

PIP - Posttraumatická intervenční péče

PIT- Psychosociální intervenční tým

PTSD - Post-traumatic stress disorder

PTSP - Posttraumatická stresová porucha

SPIS - Systém psychosociální intervenční služby

TPP - Tým posttraumatické péče

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AHMAD, Sahrish, ARSHAD, Tehreem and KAUSAR, Rukhsana. Psychological Correlates of Distress in Rescue 1122 Workers in Pakistan. In: *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2015, Vol. 17, No. 2, pp. 486-494, ISSN 1522-4821.
2. ASK, Elklit, GUDMUNDSOTTIR, Drifa. A Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Symptoms and their Predictors in Rescue Workers after a Firework Factory Disaster. In: *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2014, Vol. 16, No. 2, pp. 99-103, ISSN 1522-4821.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
4. BAŠTECKÁ, Bohumila, ed. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
5. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4195-6.
6. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0708-X.
7. BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
8. BROŽ, Filip a Daniela VODÁČKOVÁ. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0811-2.
9. BREČKA, Tibor. *Psychologie katastrof: vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2009. Psyché (Triton), sv. č. 61. ISBN 978-80-7387-330-1.
10. BUTTKOVÁ, Jana. Zdroje a zvládání psychické zátěže v práci policajtů a hasičů. In: *Rescue report: časopis pro integrovaný záchranný systém*. Brno: Ikaria, 2013, roč. 16, č. 4, s. 26-27. ISSN 2336-503x.

11. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. 2., rozšířené vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. ISBN 978-80-7380-581-4.
12. DI FIORINO, Mario, MASSIMETTI, Gabriele, CORRETTI, Giorgio and PAOLI, Riccardo. Post traumatic stress psychopathology 8 years after a flooding in Italy. In: *Bridging Eastern and Western Psychiatry*, 2005, 1 ed., vol. 3, pp. 49-57.
13. DVOŘÁKOVÁ, Ivana. *Krizová intervence u Policie České republiky*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce. Vedoucí práce Dipl.–Theol. Univ. Stanislava Ševčíková, Ph.D.
14. GULAŠOVÁ, Monika. Krizové situácie vyžadujúce psychologickú intervenciu u záchranárov. In: *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: Mediprax CB, 2011, roč. 14, č. 3, s. 32-35. ISSN 1212-1924.
15. GULAŠOVÁ, Monika. Opakované ztráty. In: *Rescue report: časopis pro integrovaný záchranný systém*. Brno: Ikaria, 2016, roč. 19, č. 4, s. 9-10. ISSN 2336 - 503x.
16. HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.
17. HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.
18. HLUŠKO, Oldřich. *Analýza metod posttraumatické krizové intervence*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra radiologie a toxikologie. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Freitinger Skalická.
19. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
20. HUMPL, Lukáš. Psychosociální péče o osoby zasažené mimořádnou událostí. In: *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. 2009, č. 12, s. 14-17. ISSN 0044-1996.

21. HUMPL, Lukáš. *Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví. Zpráva o činnosti SPIS za rok 2016*. Asociace zdravotnických záchranných služeb. [vid. 2017_4_14]. Dostupné z: <http://www.azzs.cz/spis/>. 2017.
22. JIŘIŠTA, Vladimír. *Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná krizová intervence*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra radiologie, toxikologie a ochrany obyvatelstva. Vedoucí diplomové práce Mgr. Štěpán Klen.
23. KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. Vyd. 2. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2011. ISBN 978-80-213-2210-3.
24. KOHOUTEK, Tomáš a Ivo ČERMÁK, ed. *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1816-8.
25. KOSTÚROVÁ, Alexandra. *Syndróm vyhorenia sestier pracujúcich na jednotkách intenzívnej starostlivosti*. Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Zítková.
26. KŘIVÁNKOVÁ, Veronika. *Mimořádné události a jejich vliv na psychiku hasičů*. Kladno, 2014. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce kpt. PhDr. Eva Biedermannová.
27. KUBÍČEK, Pavel. *Srovnání psychosociální krizové intervence u základních složek Integrovaného záchranného systému*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra radiologie, toxikologie a ochrany obyvatelstva. Vedoucí diplomové práce MUDr. Josef Štorek, Ph.D.
28. MALÍK, Lukáš. *Názory příslušníků HZS ČR na posttraumatickou intervenční péči*. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2007, roč. 6, č. 6, s. 13. ISSN 1213-7057.
29. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

30. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.
31. MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7368-950-6.
32. MV - GŘ HZS ČR, 2015. *Typová činnost složek IZS při poskytování psychosociální pomoci*. Hasičský záchranný sbor České republiky [online pdf]. Praha: MV-GŘ HZS ČR. [vid. 2017_2_22]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx>. MV - GŘ HZS ČR, 2015.
33. MV – GŘ HZS ČR, 2012. *Psychologická služba*. Hasičský záchranný sbor České republiky [online pdf]. Praha: MV-GŘ HZS ČR. [vid. 2017_2_22]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>. MV – GŘ HZS ČR, 2012.
34. MV – GŘ HZS ČR, 2014. Sbíрка interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR. 43. pokyn generálního ředitele Hasičského záchranného sboru České republiky ze dne 25. srpna 2014, o psychologické službě Hasičského záchranného sboru České republiky. Praha: MV – GŘ HZS ČR, 2014.
35. NAVRÁTILOVÁ, Žaneta. *Posttraumatická intervenční péče u zasahujících složek Integrovaného záchranného systému v Moravskoslezském kraji*. Kladno, 2016. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebecka Ralbovská, Ph.D.
36. NETOPIL, Libor, PANČOCHOVÁ, Soňa. Novinka ve výbavě členů týmu posttraumatické péče. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2017, roč. 16, č. 3, s. 10. ISSN 1213-7057.
37. NETUŠILOVÁ, Veronika a Tibor BREČKA. Agrese a zdravotničtí pracovníci v první linii. In: *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: MediPrax CB, 2015, roč. 18, č. 4, s. 38. ISSN 1212-1924.

38. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
39. PEKARA, Jaroslav a Petr KOHOUT. Zkušenosti s násilím ve vztahu zdravotník a pacient na Zdravotnické záchranné službě hl. města Prahy v letech 2004-2014. In: *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: Mediprax CB, 2016, roč. 19, č. 4, s. 38. ISSN 1212-1924.
40. PAULÍK, Karel, ed. *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. V Ostravě: Ostravská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7368-993-3.
41. PARKS, Evan. Building a Foundation for Crisis Intervention in Eastern Europe. In: *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2015, Vol. 17, No. 1, pp. 352-355, ISSN 1522-4821.
42. POLICIE ČR, 2017. Anonymní linka pomoci v krizi. Policie České Republiky [online]. Praha: Policie PČR. [vid. 2017_3_29]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/anonymni-linka-pomoci-v-krizi.aspx>. Policie ČR, 2017.
43. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.
44. REKTOR, Juraj, 2010. Psychické trauma a krizová intervence. In: RABOCH, Jiří, Irena ZRZAVECKÁ a Pavel DOUBEK, ed. *Duševní poruchy a kvalita péče: sborník přednášek a abstrakt VIII. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. Brno: Tribun EU, 2010. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-958-2.
45. RALBOVSKÁ, Denisa Charlotte. *Účinky syndromu vyhoření na pracovníky integrovaného záchranného systému*. Kladno, 2016. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce doc. PhDr. Darina Brukkerová, Ph.D., MPH.
46. RALBOVSKÁ, Dana Rebeka. *Psychologie v krizových situacích*. Studijní opora. Kladno. 2016 94 s. Dostupné z: <https://predmety.fbmi.cvut.cz/cs/17PMCPKS>.

47. RALBOVSKÁ, Dana Rebeka. In: ŠÍŇ, Robin et al. *Medicína katastrof*. 1.vydání. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-295-4.
48. SAIDA, František. *Postkrizová intervenční péče v situacích ohrožení u Policie České republiky*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra radiologie a toxikologie. Vedoucí práce JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.
49. SPERLINGOVÁ, Petra. *Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka.
50. *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2010. ISBN 978-80-86640-51-8.
51. SVOBODOVÁ, Petra a Tibor BREČKA. Stres ve výkonu profese zdravotnického záchranáře. In: *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: Mediprax CB, 2016, roč. 19, č. 4, s. 42-46. ISSN 1212-1924.
52. ŠEBLOVÁ, Jana. Systém psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví „up-to-date“. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2014, roč. 13, č. 3, s. 19. ISSN 1213-7057.
53. ŠEBLOVÁ, Jana. Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb. In: *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, 2007, roč. 6, č. 3, s. 13. ISSN 1213-7057.
54. ŠEJHAROVÁ, Jana. Trauma po zásahu. In: *Rescue report: časopis pro integrovaný záchranný systém*. Brno: Ikaria, 2014, roč.17, č.4, s.18. ISSN 2336 -503x.
55. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.
56. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.

57. TOMAN, Vladimír. *Posttraumatická intervenční péče v bezpečnostních sborech České republiky*. Brno, 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce. Vedoucí práce Dipl.–Theol. Univ. Stanislava Ševčíková.
58. U.S. DEPARTMENT of VETERANS AFFAIRS, 2017. *PTSD Basics*. National Center for PTSD, Washington D.C., USA [vid. 2017_4_20]. Dostupné z: <https://www.ptsd.va.gov/apps/decisionaid/introduction.aspx>. U.S. Department of Veterans Affairs, 2017.
59. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
60. VÁCHOVÁ, Jana. *Systém posttraumatické intervenční péče v rámci IZS*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra radiologie a toxikologie. Vedoucí práce PhDr. Libor Pytel.
61. VALKO, Erik. *Posttraumatická intervenční péče v Policii České republiky*. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce. Vedoucí práce Dipl.–Theol. Univ. Stanislava Ševčíková.
62. VAŇÁSKOVÁ, Pavla. *Psychosociální péče při mimořádných událostech*. Kladno, 2014. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze, Fakulta biomedicínského inženýrství, Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Dana Rebecka Ralbovská, Ph.D.
63. VOBOŘILOVÁ, Jarmila. *Duševní hygiena a stres*. V Praze: České vysoké učení technické, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.
64. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.
65. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

66. VOSEČKOVÁ, Alena a Stanislav PELCÁK. *Základy psychologie: role 2-4 : učební text pro vysokoškolskou výuku*. V Hradci Králové: Univerzita obrany, 2004. ISBN 80-85109-56-5.

67. VYMĚTAL, Štěpán a kol. *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. 1. vyd. Praha: Tiskárny MV, p.o., 2010, s. 80. ISBN 978-80-7312-065-8.

68. ZÁKON č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému.

69. ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obr. 1 - Rozdělení respondentů podle příslušnosti k organizaci a pohlaví	35
Obr. 2 - Věk respondentů.....	36
Obr. 3 - Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů	36
Obr. 4 - Délka praxe respondentů u složek IZS.....	37
Obr. 5 - Frekvence stresových situací při výkonu povolání	38
Obr. 6 - Frekvence stresových situací ve složkách IZS	38
Obr. 7 - Pocit fyzického ohrožení při výkonu povolání	39
Obr. 8 - Povědomí respondentů o možnosti poskytování psychosociální pomoci na pracovišti.....	40
Obr. 9 - Využití psychosociální pomoci pracovníky IZS	41
Obr. 10 - Přínos využití psychosociální pomoci pro pracovníky IZS	42
Obr. 11 - Důvody zaměstnanců pro nevyužití psychosociální pomoci na pracovišti.....	43
Obr. 12 - Názory na změnu poskytování posttraumatické péče v souvislosti s délkou praxe.....	44
Obr. 13 - Vzdělávání pracovníků v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče.....	44
Obr. 14 - Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče	45
Obr. 15 - Změna povolání.....	46
Obr. 16 - Frekvence pocitu stresu a úvahy o změně povolání	47

11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tab. 1 - Frekvence stresových situací ve složkách IZS	39
Tab. 2 - Pocit fyzického ohrožení při výkonu povolání	40
Tab. 3 - Zastoupení respondentů, kteří využili psychosociální pomoc na pracovišti	41
Tab. 4 - Zájem respondentů o další vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče.....	45
Tab. 5 - Změna povolání.....	46

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního nestandardizovaného dotazníku. Dotazník je určen pro zaměstnance a příslušníky složek IZS (ZZS, HZS, Policie ČR). Bude nedílnou součástí diplomové práce v rámci ukončení magisterského studia na ČVUT, Fakultě biomedicínského inženýrství, oboru Civilní nouzová připravenost. Vámi poskytnuté informace jsou anonymní a budou použity pouze pro potřebu zpracování diplomové práce.

Děkuji mnohokrát za Vaši ochotu a čas

Vendula Janků

1. Zaškrtněte prosím

- muž
- žena

2. Uveďte Váš věk

- 18 - 25 let
- 25 - 30 let
- 30 - 40 let
- 40 - 50 let
- 50 a více let

3. Uveďte Vaše nejvyšší dokončené vzdělání

- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné (VOŠ)
- vysokoškolské bakalářské
- vysokoškolské magisterské

4. Pracujete u následující organizace

- ZZS
- HZS
- Policie ČR

5. Uveďte délku Vaší praxe u IZS

- do 5 let
- 5 - 10 let
- 10 - 15 let
- 15 - 20 let
- 20 a více let

6. Jak často se nacházíte v situaci, kterou byste označil/a za silný, nepříjemný stres

- každý den
- 2 - 3x za týden
- méně než 1x týdně
- méně než 1x za měsíc
- maximálně 1x za rok
- nikdy
- nechci odpovědět

7. Cítíte se při výkonu povolání ohrožen/a i fyzicky?

- ano
- někdy
- ne
- nechci se vyjádřit

8. Víte o možnosti poskytování psychosociální pomoci na Vašem pracovišti?

- ano, byl/a jsem informován/a
- ano, zjistil/a jsem si sám/a
- ne

- o tuto problematiku jsem se nezajímal/a

9. Využil/a jste někdy této pomoci?

- ano, byla mi nabídnuta
- ano, sám/a jsem ji vyhledal/a
- ne
- nechci se vyjádřit

10. Pokud ano, byla pro Vás přínosem?

- ano
- částečně
- ne
- nechci se vyjádřit

11. Pokud ne, z jakého důvodu?

- nebyl čas
- nechci se svěřovat
- zvládám to sám/a
- zvládám to s pomocí kolegů
- zvládám to s pomocí rodiny a přátel
- nedůvěra
- jiné

12. Co byste změnil/a na způsobu poskytování posttraumatické péče v souvislosti s Vaší profesí?

- nic, jsem spokojen/a
- více anonymity/soukromí
- více aktivity ze strany psychologa/peera
- problematiku neznám, nemůžu se vyjádřit
- jiné

13. Byli jste na pracovišti vzdělávání v oblasti psychosociální intervenční péče nebo posttraumatické péče?

- ano
- ne
- nechci se vyjádřit

14. Uvítal/a byste další vzdělávání v této oblasti?

- ano
- ne
- nechci se vyjádřit

15. Uvažujete o změně zaměstnání?

- ano
- občas
- ne
- nechci se vyjádřit

16. Pokud se chcete k danému tématu nějak vyjádřit, máte nějaký nápad, návrh, tak učiňte zde, děkuji.