



**ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE**

---

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

**Posttraumatická stresová porucha u pracovníků složek integrovaného  
záchranného systému**

**Posttraumatic Stress Disorder Among Workers of Integrated Rescue  
System**

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva  
Studijní obor: Civilní nouzové plánování – kombinovaná forma studia  
Vedoucí práce: MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

**Bc. Jaroslava Skoková, DiS.**

---

**Kladno, květen 2017**

## Z a d á n í   d i p l o m o v é   p r á c e

Student: **Jaroslava Skoková, DiS.**  
Studijní obor: Civilní nouzové plánování  
Téma: **Posttraumatická stresová porucha u pracovníků složek integrovaného záchranného systému**  
Téma anglicky: Posttraumatic Stress Disorder Among Workers of Integrated Rescue System

### Zásady pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude zhodnotit funkčnost jednotlivých systémů psychosociální intervenční péče jako jednou z možností prevence výskytu posttraumatické stresové poruchy u pracovníků složek IZS. V teoretické části budou definovány základní pojmy, s kterými se bude dále pracovat. V praktické části práce budou analyzovány jednotlivé systémy psychologické péče u zaměstnanců složek IZS prostřednictvím SWOT analýzy pro identifikaci funkčnosti daného systému a příp. navrzení pro jejich zlepšení. Dále bude realizována dotazníková studie pro zjištění povědomí a výskytu této poruchy u pracovníků IZS s minimálním počtem 100 respondentů, ale i využívání psychologické péče a podchycení nedostatků v daném systému z pohledu jednotlivých zaměstnanců. Rovněž budou uskutečněny rozhovory s jednotlivými odborníky, kteří psychologickou péči pracovníkům složek IZS poskytují a námi zjištěné výsledky budou využity při zpracování diskuse. Výsledkem práce bude návrh na úpravu jednotlivých postupů psychosociální péče u složek IZS tak, aby se u pracovníků minimalizoval rozvoj posttraumatické stresové poruchy.

### Seznam odborné literatury:

- [1] ANDRŠOVÁ, Alena. Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi, ed. 1., Praha: Grada, 2012, 128 s., ISBN 978-80-247-4119-2
- [2] BAŠTECKÁ, Bohumila, Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy, ed. 1, Grada Publishing, 2005, ISBN 80-247-0708-X
- [3] MAREŠ, Jiří, Posttraumatický rozvoj člověka, ed. 1., Praha: Grada, 2012, 200 s., ISBN 978-80-247-3007-3
- [4] PRAŠKO, Ján et al., Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu, ed. 1., Praha: Portál, 2003, 184 s., ISBN 80-7178-811-2
- [5] ŠTĚTINA, Jiří, Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách, ed. 1., Praha: Grada Publishing, 2014, ISBN 978-80-247-4578-7
- [6] VÁGNEROVÁ, Marie, Současná psychopatologie pro pomáhající profese, ed. 1., Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0696-5

Vedoucí: MUDr. Jana Šeblová, 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 „Posttraumatická stresová porucha u pracovníků složek integrovaného záchranného systému“ zpracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

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

V Kladně dne 9. května 2017

.....

podpis

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala především vedoucí mé práce MUDr. Janě Šeblové Ph.D. za odborné vedení, konstruktivní připomínky a cenné rady, které mi poskytovala po celou dobu zpracování diplomové práce, za její trpělivost, vstřícnost a čas. Zároveň děkuji všem psychologům a kolegům respondentům ze záchranné zdravotnické služby, Hasičského záchranného sboru ČR a Policie ČR za účast na rozhovorech a dotazníkovém šetření.

## **Abstrakt**

Tato práce se zabývá posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) u příslušníků integrovaného záchranného systému (IZS). Je rozdělena na dvě části. V první části se věnujeme popisu této poruchy, jaké existují příčiny jejího vzniku, jak ji lze rozpoznat, léčit, ale i jak jí předcházet. Druhou, výzkumnou část, tvoří dotazníková studie, které se zúčastnilo 362 respondentů, detailní rozbor, popis a SWOT analýzy systémů psychologické péče u jednotlivých složek integrovaného záchranného systému. Diskuse práce je obohacena informacemi, jež jsme získali v rámci pěti rozhovorů s psychology, jež poskytují své služby právě u těchto tří složek. Tato práce si stanovila několik výzkumných cílů. U zaměstnanců Policie ČR, Hasičského záchranného sboru ČR a zdravotnické záchranné služby jsme mapovali povědomí o posttraumatické stresové poruše, znalost využití posttraumatické intervenční péče v rámci organizace a samotnou četnost využívání této služby. Hlavní výzkumnou otázkou a cílem bylo pak zjistit funkčnost jednotlivých systémů psychologických služeb vzhledem k minimalizaci rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Dospěli jsme ke zjištění, že povědomí o posttraumatické stresové poruše i využití posttraumatické intervenční péče je u pracovníků těchto složek vcelku na vysoké úrovni, bohužel žádostí o psychickou pomoc je, oproti vnímaným potřebám jednotlivých respondentů, stále málo. Jako funkční, vzhledem k minimalizaci rozvoje posttraumatické stresové poruchy, shledáváme systém psychologické péče u Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR. Systém psychosociální intervenční služby zdravotnické záchranné služby hodnotíme aktuálně, pro nedostatek personálního zajištění psychologů a chybějící interní nařízení o poskytování psychologických služeb, jako částečně funkční. V závěru naší práce jsme vyvodili několik doporučení využitelných pro praxi i námětů na pokračování v tomto výzkumu.

## **Klíčová slova**

Posttraumatická stresová porucha, posttraumatická intervenční péče, Hasičský záchranný sbor ČR, Policie ČR, zdravotnická záchranná služba, integrovaný záchranný systém.

## **Abstract**

This thesis deals with post-traumatic stress disorder (PTSD) in the members of the Integrated Rescue System (IRS). It is divided into two parts. In the first part, we deal with the description of this disorder, the causes of its origin, how it can be recognized, treated, but also how to prevent it. The second, research part is made of a questionnaire study, which was attended by 362 respondents, detailed analysis, description and SWOT analysis of psychological care systems of individual components of the integrated rescue system. The discussion of work is enriched with the information we have gained in five interviews with psychologists who provide their care to these three services. This work has set several research objectives. We have mapped the awareness of post-traumatic stress disorder, knowledge of the use of post-traumatic intervention care within the organization and the frequency of use of this service for employees of the Police of the Czech Republic, the Fire Rescue Service of the Czech Republic and medical rescue service. The main research question and aim was to determine the functionality of individual systems of psychological services in order to minimize the development of posttraumatic stress disorder. We have come to the conclusion that the awareness of posttraumatic stress disorder and the use of posttraumatic intervention care is quite high amongst the staff of these services, unfortunately, the demand for psychological assistance is still low compared to the perceived needs of individual respondents. In view of minimizing the development of post-traumatic stress disorder, we find a system of psychological care at the Police of the Czech Republic and the Czech Fire Rescue Service functional. The system of psychosocial intervention services of the medical rescue service is currently being evaluated as partially operable due to the lack of staffing of psychologists and the lack of internal regulations on the provision of psychological services. At the end of our work, we drew up several recommendations that could be used for practice and topics to continue with this research.

## **Key words**

Posttraumatic stress disorder, post-traumatic intervention care, Fire Rescue Service of the Czech Republic, Police of the Czech Republic, medical rescue service, Integrated Rescue System.

## **Obsah**

1. Úvod.....	9
2. Posttraumatická stresová porucha.....	10
2.1 Psychické trauma a jeho historie .....	10
2.2 Příčiny vzniku psychického traumatu.....	13
2.3 Popis a diagnostika posttraumatické stresové poruchy.....	14
2.4 Biologický pohled na posttraumatickou stresovou poruchu.....	18
2.5 Průběh a prognóza .....	20
2.6 Prevalence posttraumatické stresové poruchy .....	21
2.7 Komorbidita.....	22
2.8 Léčba posttraumatické stresové poruchy.....	24
2.9 Protektivní a rizikové faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy.....	28
2.9.1 Rizikové faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy.....	29
2.9.2 Protektivní faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy .....	31
3. Posttraumatická stresová porucha u členů pomáhajících profesí .....	33
3.1 Prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy u členů pomáhajících profesí .....	34
3.1.1 Primární prevence v kontextu posttraumatické stresové poruchy .....	35
3.1.2 Sekundární prevence v kontextu posttraumatické stresové poruchy .....	37
3.1.3 Terciární prevence v kontextu posttraumatické stresové poruchy.....	41
4. Přehled hlavních teoretických a praktických problémů práce a její cíle .....	42
4. 1 Cíle práce .....	42
5. Metodologický rámec výzkumu .....	44
5.1 Výzkumný design .....	44
5.2 Metody získávání dat.....	44
5.3 Aplikovaná metodika.....	45
5.4 Systémy posttraumatické intervenční péče u složek integrovaného záchranného systému .....	47
5.4.1. Posttraumatická intervenční péče u Policie České republiky .....	47
5.4.2 Systém posttraumatické intervenční péče u zdravotnické záchranné služby	50
5.4.3 Posttraumatické péče u Hasičského záchranného sboru České republiky.....	53
5.5 Popis zkoumaného souboru v rámci dotazníkové studie .....	56
6. Výsledky práce .....	59

6.1 Dotazníkové šetření .....	59
6.2 SWOT analýza .....	81
6.2.1 SWOT analýza systému posttraumatické intervenční péče u Policie ČR.....	82
6.2.2 SWOT analýza systému posttraumatické intervenční péče u zdravotnické záchranné služby.....	87
6.2.3 SWOT analýza systému posttraumatické intervenční péče u Hasičského záchranného sboru ČR.....	92
7. Diskuze .....	96
8. Závěr .....	110
9. Seznam použitých zkratk .....	111
10. Seznam použité literatury .....	112
11. Seznam použitých obrázků .....	118
12. Seznam použitých tabulek .....	120
13. Seznam příloh .....	121



## 1. Úvod

Každý člověk má určitý žebříček hodnot. Jak rozdílní jsou lidé, tak i tyto žebříčky jsou rozličné. Shodneme se ale na tom, že zdraví a duševní pohoda by se měla pohybovat na předních místech. Vždyť bez zdraví, duševní pohody a samotného bytí by těžko člověk dosahoval hodnot dalších, jako je například láska, rodina, svobodné myšlení, majetek a další.

V naší společnosti existují pomáhající profese, ve kterých pracují osoby, jež se ve svém životě rozhodly pomáhat druhým lidem dosahovat jejich zdraví a bezpečí, když je v životě postihne nemoc, nehoda nebo jiná nežádoucí událost. Tyto osoby směřují svou pozornost hlavně těmto potřebným a mnohdy zapomínají nebo si nechtějí připustit, že i oni sami mohou být zranitelní. I oni by měli také myslet na svoje vlastní zdraví a duševní pohodu. Pomáhající profese zastávají i složky integrovaného záchranného systému (IZS). Jejich práce je velmi náročná a riziková ve smyslu každodenního zvládání mnohdy nadlimitních stresových situací. Proto je potřeba, aby členové IZS o to více dbali na svou duševní hygienu a odpočinek. Zároveň by se měl na jejich péči o duševní zdraví podílet v nemalé míře i zaměstnavatel.

Tato práce je rozdělena na dvě části. V první části teoretické se budeme věnovat popisu této poruchy, jaké existují příčiny jejího vzniku, jak ji lze rozpoznat, léčit, ale i jak jí předcházet. Druhá část výzkumná bude tvořena dotazníkovou studií, detailním rozbohem, popisem a SWOT analýzami systémů psychologické péče u jednotlivých složek integrovaného záchranného systému. Diskuse práce bude navíc obohacena informacemi, jež získáme v rámci rozhovorů s psychology, jež poskytují své služby právě u těchto tří složek.

Tento výzkum si stanovil několik cílů. U zaměstnanců Policie ČR, Hasičského záchranného sboru ČR a zdravotnické záchranné služby budeme zjišťovat povědomí o posttraumatické stresové poruše, znalost využití posttraumatické intervenční péče v rámci organizace a samotnou četnost využívání této služby. Hlavní výzkumnou otázkou a cílem pak bude zjistit funkčnost jednotlivých systémů psychologických služeb vzhledem k minimalizaci rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Na základě výsledků celého výzkumu se rovněž pokusíme vyvodit doporučení využitelná pro praxi.

## **2. Posttraumatická stresová porucha**

„Stres“ – slovo, které je obzvláště v dnešní době používáno velmi často. „Mám stres v práci!“ „Stresuji se, protože když se naplno věnuji práci, nestihám vše obhospodařit doma nebo nemám čas na své koníčky.“ „Naše rodinné fungování je rychlé, stresující, aby se vše v daný den stihlo.“ A takto bychom mohli pokračovat dál a dál. Je to téma aktuální a palčivé, protože vnímání stresu i stresových momentů je velmi individuální. Jak popisuje Paulík (2010, s. 41), obecně lze totiž chápat stres jako stav, ve kterém míra zátěže přesahuje únosnou mez adaptačních možností organismu za daných podmínek, v nichž se člověk aktuálně nachází. I proto se mu věnuje tolik publikací, které napomáhají nejen odborníkům, ale hlavně i laikům samotným, jak stres rozpoznat a hlavně s ním pracovat, protože dlouhodobě neřešené prožívání stresu limituje nejenom naše běžné fungování, ale může přispět mj. i k rozvoji dalších zdravotních obtíží, jako je např. ischemická choroba srdeční (Schreiber, 2000).

Ohniskem našeho zájmu ovšem není pouze stres jako takový. My se nyní zaměříme na posttraumatickou stresovou poruchu, protože bychom chtěli poukázat na riziko rozvoje tohoto onemocnění u pracovníků složek integrovaného záchranného systému (IZS), jehož základními složkami jsou podle zákona 239/2000 Sb., § 4, odst. 1 Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS ČR) s jednotkami požární ochrany zařazenými do plošného pokrytí jednotkami požární ochrany, Policie České republiky (PČR) a poskytovatelé zdravotnické záchranné služby (ZZS). První kapitola si klade za cíl seznámit čtenáře s pojmem posttraumatická stresová porucha, jaký byl diagnostický vývoj tohoto onemocnění, jaké jsou jeho příčiny, průběh a hlavně jak mu lze předcházet, nebo příp. jak se posttraumatická stresová porucha léčí.

### ***2.1 Psychické trauma a jeho historie***

Asi nikdo z nás nemůže říci, že jeho život je pouze o prožívání pohody, spokojenosti a štěstí. Mnoho z nás se občas setká se situací nepříjemnou, můžeme říci až závažnou, která se negativně promítne do našeho aktuálního prožívání. Takovou situací může být třeba úmrtí někoho blízkého nebo závažnější úraz či onemocnění. Bohužel rovněž žijeme ve společnosti, kde se můžeme setkat s neprávem (nespravedlivé věznění, vyhnanství) či přímo s fyzickým násilím. Historie je plná válečných konfliktů,

přičemž na některých územích světa se bojuje i dnes. Někdy je těžké uvěřit, že lidé tyto události překonají, nebo z nich dokonce vyjdou ještě silnější, než bývali. Jak ve své publikaci uvádí Mareš (2012, s. 13): „*Ukazuje se totiž, že ti, kdož jsou pronásledováni osudem (a přežijí utrpení), mohou za určitých podmínek z těžkých zážitků vyjít posílení, změněni k lepšímu. Závažná životní událost, prožité trauma, může paradoxně nastartovat pozitivní změny, přivést člověka na novou cestu životem*“. Bohužel, tak jak to v životě bývá, psychické trauma může mít na člověka i závažný negativní dopad. I když se jako čtenář můžete domnívat, že historie zkoumání psychického traumatu je bohatá a je v ohnisku pozornosti odborníků od dob, kdy došlo k samotnému vnímání rozdílů fyziologických a psychických pochodů, není tomu tak. Podle Vizinové a Preisse (1999) bychom mohli historii studií psychického traumatu chápat jako epizodickou amnézii, protože období aktivního zkoumání střídala údobí zapomnění.

První ustanovení pojmu psychické trauma můžeme sledovat v letech 1860 až 1920, kdy se ovšem používalo pojmenování traumatická neuróza, jež vzniká v důsledku vystavení neočekávatelné anebo nepředvídatelně ničivé situace (Klimpl, 1998). Ovšem příznaky byly sledovány a popsány již mnohem dříve. „*Popisy depresivních reakcí vojáků v době napoleonských válek pocházejí již z let 1803 až 1821. Vedle dalších autorů (Hammond, Hartshorns) bývá často citován článek Da Costy, který v roce 1871 referoval o psychovegetativním syndromu, který se rozvíjel v důsledku extrémního zatížení vojáků americké občanské války v podobě záchvatů bušení srdce (irritable heart of soldiers). Dlouho před zavedením pojmu „stres“ si Da Costa povšiml souvislosti mezi úzkostí, strachem o život a vegetativními symptomy*“ (Klimpl, 1998, s. 66).

Jak popisuje Klimpl (1998), po roce 1860 zájem o traumatickou neurózu narostl v důsledku nárůstu železničních nehod při rozšiřování úrazového pojištění. Ovšem co se týče dlouhodobých následků prožité traumatické události, nepřinesl nic nového, ba naopak v tomto ohledu došlo k popření a železniční nehody byly interpretovány jako účelové reakce. Jistou snahu o změnu v chápání těchto duševních změn můžeme sledovat u von Oppenheima. Klimpl (1998) uvádí, že v roce 1889 zavedl pojem trauma a příčiny traumatické neurózy spatřoval v mikrostrukturálních změnách mozku.

Revoluční pohled na etiologii neuróz přineslo vydání díla „Studie o hysterii“ Sigmunda Freuda v roce 1895, kde formuloval traumatickou teorii neuróz (Sachsse, in Růžička, 2006; Klimpl, 1998). Důležité je však zmínit, že Freud pokračoval v myšlenkových proudech Jeana Martina Charcota, který, jak píše Sachsse (in Růžička, 2006), se sám vedle Oppenheima považuje za prvního, jenž charakterizoval hysterii jako posttraumatickou zátěžovou poruchu.

Další kvalitativní změnu v chápání zvládnutí traumatu spojeného se ztrátou přinesla studie Erika Lindemanna (Baštecká a kol., 2013; Klimpl, 1998). „*Autor popsal reakce pozůstalých po obětech katastrofálního požáru v bostonském nočním klubu Coconut Grove, kde přišlo o život nebo bylo těžce zraněno mnoho mladých lidí slavících fotbalové vítězství (1942). V Massachusetts General Hospital hovořil s přeživšími osobami a s četnými pozůstalými. Na základě pozorování a zkušeností z jednotlivých rozhovorů zformuloval Lindemann specifický syndrom ztráty, který se rozvíjí bezprostředně po smrti blízké osoby*“ (Klimpl, 1998, s. 67). Popsal příznaky tohoto syndromu i způsob, jak s truchlícím člověkem psychickou bolestí, kterou zažívá pracovat. Klimpl (1998) uvádí, že Lindemannovy zkušenosti ukázaly, že je možné ji zvládnout za pomoci osmi až deseti terapeutických rozhovorů, uskutečněných v průběhu čtyř až šesti týdnů.

Velký zájem o studium a léčbu neuróz přinesla následně druhá světová válka. Jak zmiňuje Vizinová a Preiss (1999), výzkumu přinesly důkazy o tom, že jednak následkům válečných traumat může podlehnout každý, přičemž povaha psychiatrických obtíží závisí na míře vystavení krutým bojům, a pak že významným protektivním faktorem před těžkými následky traumatu je pevná emoční vazba mezi spolubojovníky. „*Léčení bylo nejčastěji prováděno za pomoci hypnózy či chemických látek měnících stav vědomí*“ (Vizinová a Preiss, 1999, s. 25).

Novodobý systematický výzkum psychického traumatu byl uskutečněn po vietnamské válce, kdy se v sedmdesátých letech dvacátého století sjednotili právě veteráni z Vietnamu do svépomocných skupin a žádali psychiatrickou pomoc. Výsledky těchto studií dovedly odborníky k tomu, že v roce 1980 Americká psychologická asociace (APA) popsala novou poruchu, jež nazvala posttraumatická stresová porucha (posttraumatic stress disorder – PTSD), a zařadila ji do třetího vydání manuálu

duševních poruch Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (Klimpl, 1998; Friedman, 2016).

## **2.2 Příčiny vzniku psychického traumatu**

Pokud si vyhledáme původ a význam slova trauma, zjistíme, že je řeckého původu a znamená zranění či úraz, a to i psychický. Vokurka, Hugo a kol. (1998; in Baštecká a Goldmann, 2001, s. 252) definují trauma jako „*náhlou zevní událost, která svým působením na organismus vyvolá jeho poškození*“. Když si každý z nás zkusí představit, co by otřáslo tzv. „jeho světem“ a mohlo by způsobit takové poškození, bude to pravděpodobně dlouhý seznam. Do tohoto výčtu bychom mohli zařadit hromadná dopravní neštěstí, přírodní katastrofy, válečné konflikty, teroristické útoky, sexuální zneužití, týrání, mučení, přepadení, únos, pokus o vraždu či jinou násilnou trestnou činnost, přičemž traumatické jsou tyto události nejen pro oběti, ale mohou být i pro svědky, přihlížející (Klimpl, 1998; Vizinová a Preiss, 1999; Baštecká a Goldmann, 2001; Špaténková a kol., 2011; Praško et al., 2003). Praško et al. (2003) a Vágnerová (2014) rovněž popisují, že i jiné životní situace mohou být pro člověka traumatizující, i když nejde přímo o ohrožení života. Jedná se např. o náhlé úmrtí blízké osoby, těžké chirurgické operace, ztrátu zaměstnání či rozchod. Rovněž je nutné dodat, že „*stresující nebývá jen sama ohrožující událost, ale velmi často i věci, které se stanou po ní. Operace po dopravní nehodě, reakce rodiny, přátel, policie při výslechu, soudní líčení – to vše může účinek traumatické události dále zesilovat. Někdy dokonce pozdější důsledky traumatu mohou být více subjektivně traumatizující než boj o holý život*“ (Praško et al., 2003, s. 24).

Jak lze tedy v obecném slova smyslu psychické trauma definovat. Vodáčková a kol. (2002) spolu s Vizinovou a Preissem (1999) se shodují a popisují, že psychické trauma vzniká vlivem jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace, které mají následující charakteristiky:

- 1) příčina působí na člověka zvnějšku;
- 2) je pro něj extrémně děsivá;
- 3) navozuje prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity;
- 4) vytváří u člověka pocity bezmocnosti.

„Zažívá-li člověk takto vyhocenou situaci, adaptační mechanismy, které využívá při běžné zátěži, selhávají. To silně otrásá jeho sebeprožíváním, zejména pocit ztráty moci a vlivu je zdrcující“ (Vodáčková a kol., 2002, s. 360). A jak doplňuje Vizinová a Preiss (1999), bortí se pocit vnitřní kontroly a následně dochází i k narušení důvěry ve smysl, řád a kontinuitu lidského života.

Jak jsme popsali výše, naše adaptační mechanismy, náš obranný systém je zaplaven a nedokáže na situaci jakkoliv vhodně zareagovat. Proto přichází ten zmiňovaný pocit bezmoci, který spouští další kaskádu procesů. „Není-li možný útok ani útek, dochází k dezorganizaci jednotlivých komponent obvyklé odpovědi organismu na nebezpečí a tyto komponenty ve své účelnosti mají tendenci přetrvávat dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení. Traumatické události tak vyvolávají hluboké a trvalé změny v oblasti fyziologické, emoční i kognitivní“ (Vizinová a Preiss, 1999, s. 17).

V neposlední řadě bychom chtěli ještě popsat, že existuje několik forem traumatizací. Arcel (1998; in Vizinová a Preiss, 1999) je rozděluje na tři:

- 1) *primární traumatizaci*, kdy je člověk přímým cílem agrese (např. sexuální zneužití, týrání, pokus o vraždu);
- 2) *sekundární traumatizaci*, kdy podnětem je blízká zkušenost s traumatizací jiné osoby (např. rodina pohřešovaného);
- 3) *terciární traumatizaci*, při které člověk není v přímém vztahu k oběti traumatizace, ale je v kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovanými jako svědek (např. terapeut, záchranář, náhodný veřejný svědek události).

### **2.3 Popis a diagnostika posttraumatické stresové poruchy**

Již chápeme, jak dochází ke vzniku traumatu a proč některé situace člověk vůbec vnímá jako traumatizující. Platí však vždy, že prožití traumatu způsobuje zákonitě posttraumatickou stresovou poruchu? Bohužel, tak jak to v oblasti psychologie a lékařství bývá, nemůžeme takto jednoznačně uvažovat. Když nahlédneme do Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize (2008), neboli MKN – 10, najdeme v ní kategorii F43, která je nazvána „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“. Jak popisuje Dušek a Večeřová-Procházková

(2005), spadají sem poruchy vznikající v důsledku závažné životní události, jež má pro daného člověka stresující či dokonce traumatizující charakter. Mezinárodní klasifikace nemocí (2008) popisuje několik typů reakcí či poruch, a to akutní reakci na stres (F43.0), posttraumatickou stresovou poruchu (F43.1), poruchy přizpůsobení (F43.2), jiné reakce na těžký stres (F43.8) a reakce na těžký stres nervové soustavy (F43.9).

Je nutné v praxi rozeznávat akutní reakci na stres a posttraumatickou stresovou poruchu. Akutní reakce na stres se rozvíjí a následně odezní během několika hodin či dnů po prožití události, která má pro daného jedince stresující charakter. (Raboch a Pavlovský, 2003). Dušek a Večeřová-Procházková (2005) uvádí, že při akutní reakci na stres můžeme pozorovat náhle vzniklé, krátkodobé a často velmi bouřlivě probíhající psychické poruchy s intenzivní emoční reaktivitou. Hlavními příznaky jsou:

- pocit bezmocnosti, lhostejnosti, emoční otupění, nebo naopak agitace a hyperaktivita – např. úteková reakce či fuga [ve smyslu disociativní fuga, „*je stav, který vykazuje rysy disociativní amnézie spolu se zdánlivě účelným odcestováním z domova, z pracoviště*“ (Hartl a Hartlová, 2004, s. 173)];
- změněné vědomí s omezeným vnímáním sebe sama a okolí (zúžené vědomí, amenní syndrom, říkáme, že člověk je v „transu“);
- odpoutání se od reality (člověk se slyší mluvit jakoby z dálky), dezorientace;
- vnitřní prožívání je oslabené, vlastní myšlení a jednání je prožívané jaksi neosobně, jakoby mechanicky nebo automaticky;
- zúžená pozornost, neschopnost chápat podněty
- pocit že člověk není sám sebou, že je odpoután a pohybuje se mimo své tělo;
- vegetativní projevy, jako je tachykardie, chvění, pocení, zčervenání;
- chybí vzpomínky na důležité podrobnosti traumatu (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005; Raboch a Pavlovský, 2003; Psychologické pracoviště MV-GŘ HZS ČR, 2014).

Kdežto posttraumatická stresová porucha podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (2008) začíná jako opožděná nebo protražovaná odpověď na traumatickou událost, přičemž tato událost může být krátkého i dlouhého trvání. Jak popisuje Vodáčková a kol. (2002), může se projevovat měsíce i roky po události, která ji vyvolala, a někdy má podobu takzvané výroční reakce (například právě rok

po zdrcujícím podnětu). Jak se můžeme dočíst v mnoha publikacích (Praško, Hájek a Preiss, 2002; Pidrman, 2002; Praško a kol., 2003; Vizinová a Preiss, 1999), vedle podmínky, že dotyčný byl vystaven traumatické události (ať už jako svědek či přímá oběť), existují další čtyři základní diagnostická kritéria:

- 1) u postiženého dochází k neodbytnému znovu-vybavování nebo znovu-prožívání dané stresové události v podobě tzv. „flashbacků“, živých myšlenek, vzpomínek, představ a snů, které úzkostně prožívá při okolnostech připomínajících danou událost, přičemž se mohou objevovat i somatické reakce na tuto traumatickou situaci připomínající podněty. Dotírající vzpomínky na danou událost bývají útržkovité, ale velmi živé. Vyvolávají pak pocity úzkosti, hněvu, bezmoci, smutku či odcizení, přičemž někdy dochází i k náhlému znovu-prožití emocí a vegetativních příznaků (strachu, úzkosti, pláče, bušení srdce, lapání po dechu, bolesti apod.) bez přítomnosti spouštějících vzpomínek;
- 2) objevují se negativní emoční stavy a ztráta pozitivního prožívání jako je radost či jiné příjemné pocity. Naopak převažují emoce jako je nuda, otupělost, znechucení či vztek. Mnohdy postižení inklinují jen k monotónně vykonávané rutinní činnosti a vyhýbání se příjemným aktivitám. Člověk trpící posttraumatickou stresovou reakcí se totiž snaží z různých důvodů potlačit silné emoce spojené s traumatem. Bohužel s tím dochází k potlačení emocí vůbec, čímž trpí hlavně pocity pozitivní. Navíc není třeba zmiňovat, jak je vůbec proces potlačování emocí namáhavý a vyčerpávající. Od toho už je jen krok k depresi;
- 3) daný člověk se trvale vyhýbá okolnostem, situacím, místům připomínajícím nebo spojeným s daným stresem, přičemž toto vyhýbání se před prožitím traumatické události nevyskytovalo. Nutné je rovněž dodat, že někde je dokonce uváděno jako diagnostické kritérium stav neschopnosti si vybavit úplně nebo částečně některé důležité momenty z období traumatu;
- 4) v neposlední řadě by se měly u člověka vyskytovat alespoň dvě z následujících podmínek: obtíže s usínáním či spánkem, podrážděnost, návaly hněvu, obtíže s koncentrací pozornosti, hypervigilita (nadměrná bdělost) či nadměrná úleková aktivita. Právě do snů se různým způsobem vtírají traumatické vzpomínky. U postižených se pak objevují děsivé noční můry, ze kterých se často probouzejí z pocení, se silným bušením srdce či lapáním po dechu. K podrážděnosti dochází na podkladě stále úzkosti a napětí, které postižený prožívá. Neustále je ve stavu připravenosti a očekávání na další ohrožení. To vede k tomu, že všechno nečekané



či nové ho ruší, vyvádí z míry a reaguje nepřiměřeně. Rovněž i zmiňovaná nadměrná bdělost se projevuje stálým napětím a lekavostí z hrozby další obdobné traumatizující události. Přehnaně reaguje pak daný člověk např. i na hluk, určité pachy, zvuky či světla.

Pro úplnost celé diagnostiky bychom nyní chtěli rovněž doplnit i další příznaky, které jsou u postižených posttraumatickou stresovou poruchou často sledovány. Jak jsme naznačovali již výše, „*s uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky*“ (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 2008, s. 213).

Častou složkou posttraumatické poruchy jsou pocity viny, které souvisí právě s depresí a pocity bezmoci. Máme na mysli neopodstatněné sebeobviňování, že měl postižený v danou situaci udělat něco jiného, nebo například, že přežil, zatímco jiný blízký člověk zemřel (Praško a kol. 2003; Vodáčková a kol., 2002).

Další typickou součástí posttraumatické reakce jsou somatizace, tedy psychosomatické symptomy či poruchy tělesných funkcí, které jsou ale bez organického nálezu (Klimpl, 1998; Vodáčková a kol., 2002). „*Neprožité a nevyjádřené emoce, posilované přetrvávajícím tělesným napětím se pak projevují jako bolesti či tělesné obtíže. Často jsou pozorovány zejména:*

- *bolesti kosterního svalstva, zejména nohou a zad;*
- *bolesti hlavy, sinusitidy, bolesti trojklanného nervu;*
- *bloudivé, často mučivé bolesti, které nemají objektivní podklad (algický syndrom);*
- *bolesti či nepříjemné pocity v zažívacích cestách, jejich dysfunkce;*
- *stažení bránice, potíže s dechem;*
- *opakované infekty, výsev oparů, vzplanutí alergií;*
- *bolesti v hrudníku, zejména za prsní kostí, pocit „sešněrovaného“ hrudníku;*
- *bolesti či nepříjemné pocity v pánvi a na pánevním dně, event. gynekologické obtíže“ (Vodáčková a kol., 2002, s. 365).*

Klimpl (1998) rovněž doplňuje, že postižení mohou inklinovat k užívání návykových látek, jako je alkohol, drogy, a to nejčastěji v prvním období.

Když se nyní celkově zamyslíme nad prožíváním, vnímáním, myšlením člověka trpícího posttraumatickou stresovou poruchou, dojdeme následně bohužel k závěru, který popisují ve své publikaci Vizinová a Preiss (1999), že tato porucha způsobuje významné obtíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých aktivit. V tom spatřujeme právě důležitost, významnost se této poruše věnovat v naší diplomové práci.

Další porucha rozvíjející se na podkladě stresu je porucha přizpůsobení, podle Dlabala (2013) charakterizují stavy subjektivních obtíží a emoční tísně, jež omezují jedince v sociálním i pracovním výkonu. Obvykle se podle něj porucha rozvíjí do jednoho měsíce od vystavení se stresující události a příznaky odeznívají do půl roku po pomnutí působícího stresoru. „Projevy jsou rozmanité a zahrnují depresivní náladu, úzkost nebo pocit, že jedinec není schopen se vypořádat se současnou situací“ (Dlabal, 2013, s. 46).

## ***2.4 Biologický pohled na posttraumatickou stresovou poruchu***

Protože jsem zdravotník a zajímá mne i biologická stránka posttraumatické stresové poruchy, ráda bych věnovala krátký prostor i tomu, co se s člověkem děje na fyziologické úrovni. Shledáváme důležité porozumět i této oblasti zvláště pak vzhledem k léčbě, přesněji řečeno příp. farmakologické léčbě.

Výše popisované prožívání (hlavně pocity strachu a úzkosti) spouští, zvyšuje i tělesnou reakci. Tělesná vzrušivost pak má za následek vysokou pohotovost k biologické poplašné reakci projevující se celou řadou vegetativních reakcí, jako je bušení srdce, tlak na hrudi, pocení, třes, zrychlené dýchání, závratě, brnění v končetinách a další (Praško et al., 2003). V základu se jedná vlastně o přirozenou a zdravou reakci na ohrožující situaci, která nám umožňuje před nebezpečím utéci nebo se mu ubránit (Praško, Hájek a Preiss, 2002).

*„Fyziologická reakce na traumatizující či stresující dění se projeví aktivací katecholaminového systému a hypotalamo-hypofýzo-nadledvinové (HHN) osy. Trauma aktivuje sympatickou oblast nervového systému, dochází k nárůstu hladiny katecholaminů a následně obranné (útočné či únikové) reakci“ (Vágnerová, 2014,*

s. 401). Katecholaminy, jako je adrenalin a noradrenalin, zvýšením hladiny glukózy odbouráváním glykogenu v játrech a mastných kyselin lipolýzou v tukové tkáni v krvi „nastartují“ metabolismus a mobilizují energetické zdroje (Šmarda a kol., 2007). „Adrenalin navíc rozšiřuje cévy v kosterním svalstvu a srdci a zužuje cévy v trávicím traktu a kůži. Dále rozšiřuje průdušky a zlepšuje ventilaci plic, stimuluje srdce a tlumí činnost trávicího traktu. Noradrenalin zúžením tepének zvyšuje periferní odpor a tlak krve, rozšiřuje pouze koronární tepny“ (Šmarda a kol., 2007, s. 371). Co se týče HHN osy, „ze žlázové části hypofýzy, adenohipofýzy, se vyplavuje stresový hormon adrenokortikotropin (ACTH) a ten podněcuje jinou endokrinní žlázu, kůru nadledvin, k sekreci nejvýznamnějšího stresového hormonu, kortizolu. Ten slouží k (dlouhodobému) uvolňování energetických zásob pro stresové reakce a vyvolává změny v metabolismu živin umožňující dlouhodobý výdej energie“ (Schreiber, 2000, s. 30). „Hypofyzární ACTH vzniká v hypofýze z velké molekuly (prekurzoru) zvané proopiomelanokortin (POMC). Ten se štěpí hlavně na ACTH, ale také na hormon stimuluje melanocyty a na skupinu hormonů peptidové povahy, tzv. endorfíny a enkefaliny“ (Schreiber, 2000, s. 31). Jak popisuje Vágnerová (2014), endorfíny a enkefaliny slouží jako prevence přílišné aktivace sympatiku, protože když je jejich hladina příliš vysoká, dochází ke ztuhnutí a znecitlivění. „Mnohé příznaky posttraumatické stresové poruchy jsou spojené s přetrváváním nadměrné aktivace organismu, která je důsledkem zvýšené stimulace noradrenergního systému, ale mohou souviset i s aktivitou serotoninergního systému“ (Vágnerová, 2014, s. 401). Pro úplnost informací doplníme, že „serotonin je jedním z hlavních stresových hormonů, který přispívá k adaptaci na zátěž“ (Vágnerová, 2014, s. 401).

Jak jsme uvedli výše, série těchto změn nastává v těle zcela automaticky při setkání s nějakou potenciální hrozbou (ať už ji reálně vnímáme, nebo vychází z našich představ, myšlenek). Jak popisují Praško, Hájek a Preiss (2002), všechny změny se normalizují během pohybu, kterým člověk obvykle na nebezpečí reaguje, a plně vymizí, když je nebezpečná situace překonána. Bohužel v dnešní době se lidé potýkají spíše s psychologickým stresem (vnitřní konflikty, myšlenky, starosti) a v těchto případech je boj či útěk neadekvátní, neúčelnou reakcí. Stresová reakce pak probíhá dlouhodobě (Praško, Hájek a Preiss, 2002). Podle Šmardy a kol. (2007) toto chronické nevybíjení a hromadění stresové aktivace organismu vede následně k celé řadě civilizačních chorob.

„V souvislosti s traumatizací dochází k protražované, nadměrné aktivaci limbických a paralimbických oblastí, které ovlivňují emoční prožívání a narušují schopnost na traumatické prožitky účelněji reagovat. Mění se i aktivita oblastí, které mají spojitost s uchováváním osobních, emočně laděných vzpomínek, tj. především amygdaly a hipokampu. Dlouhodobý stres spojený s neschopností zvládnout negativní emoce se projevuje výkyvy v sekreci kortizolu. Nadměrná sekrece glukokortikoidů může způsobit poškození hipokampu, což se projeví narušením paměti a učení“ (Raboch a kol., 2001; in Vágnerová, 2014; Praško, 2002; in Vágnerová, 2014; Motlová a Koukolík, 2006; in Vágnerová, 2014; Yule a Smith, 2008; in Vágnerová, 2014).

## **2.5 Průběh a prognóza**

Aktuálně již rozumíme tomu, jak posttraumatická stresová porucha vzniká a jak se odlišuje od ostatních stresových poruch. Než se budeme věnovat popisu samotné léčby, chtěli bychom se zastavit také nad otázkami: „Jaký průběh a prognózu posttraumatická stresová porucha obvykle mívá?“, „Kolik lidí v populaci posttraumatickou stresovou poruchou trpí?“ a „Má posttraumatická stresová porucha vliv na rozvoj jiných poruch či obtíží?“.

Co se týče průběhu a prognózy této poruchy, bývá to u postižených velmi rozdílné. Podle Vizinové a Preisse (1999) např. stupeň vystavení traumatu má vliv jak na samotný vznik posttraumatické stresové poruchy, tak i právě na její průběh, jelikož studie válečných zajatců z druhé světové války prokázaly, že těžká traumatizace může způsobit přetrvávání této poruchy. Tohoto názoru je i Praško et al. (2003, s. 31), který popisuje, že: „Čím těžší je trauma a větší bezmocnost se mu bránit a čím menší je podpora od ostatních, tím je pravděpodobnost rozvoje posttraumatické stresové poruchy vyšší“.

V publikacích se dočteme, že existuje rozpor v tom, do kdy nejpozději se mají příznaky od traumatu projevit. „Ačkoli se posttraumatická stresová porucha objevuje zpravidla brzy po traumatu, byly zaznamenány případy, kdy se projevila až po mnoha letech zjevného duševního zdraví. Někteří odborníci zpochybňují platnost tohoto opožděného podtypu s odůvodněním, že může jít buď o pozdní rozpoznání posttraumatické stresové poruchy, nebo zhoršení subklinické formy“ (Vizinová a Preiss,

1999, s. 34). Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (2008, s. 213) se ohledně nástupu poruchy vyjadřuje neurčitě: „*Začátek následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců*“. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – 5. edice (2013) se naopak vyjadřuje jasněji, tedy že pro splnění diagnostických kritérií by mělo dojít k rozvoji příznaků do šesti měsíců od traumatické události.

Vinař (2007) ve svém článku popisuje, že trvání posttraumatické stresové poruchy je velmi rozdílná a závažnost příznaků v průběhu času kolísá, přičemž někdy se může stát i to, že příznaky na nějakou dobu vymizí a zůstanou jen vzpomínky na událost (jež nejsou vtíravého charakteru), což můžeme pokládat za „normální“. „*Závažnost a častost příznaků bývá nejvyšší v prvních měsících a pak v prvních 3–4 letech po traumatizující události*“ (Vinař, 2007). A co se týče prognózy na vyléčení, Raboch a Pavlovský (2003, s. 146) ve své publikaci uvádějí, že „*asi u třetiny postižených dojde ke spontánní remisi obtíží. U 40 % přetrvávají mírné, u 20 % středně závažné a u 10 % těžké příznaky*“. Pro srovnání Diagnostický a statistický manuál – 5. revize (2013) popisuje, že asi polovina dospělých se vyléčí do 3 měsíců, zatímco jiní postižení touto poruchou trpí více jak 12 měsíců, někteří dokonce i přes 50 let.

## **2.6 Prevalence posttraumatické stresové poruchy**

Při důkladném studiu publikací nenajdeme jednotné procento, co se týče prevalence posttraumatické stresové poruchy. „*Rozsáhlá studie Kesslera et al. (1995) udává prevalenci 7,8 % (v neprospěch žen, které trpí PTSD více než dvakrát častěji než muži). Kessler provedl v USA extenzivní výzkum u osob od 15 do 54 let. Celkem vyšetřil přes 8 tisíc osob. Náhodně vybrané osoby telefonicky odpovídaly důkladně zacvičeným experimentátorům na řadu otázek, vybraných podle kritérií pro PTSD v mezinárodní klasifikaci DSM-III-R. U mužů bylo nejčastější příčinou PTSD přímé vystavení válce, u žen sexuální násilí*“ (Vizinová a Preiss, 1999, s. 33).

Raboch a Pavlovský (2003, s. 146) popisují, že „*celoživotní prevalence posttraumatické stresové poruchy je asi 1-3 %, ale porucha postihuje např. až 30 % obětí živelných katastrof*“. Vinař (2007) zase zmiňuje, že záleží také na dané zemi, kde se příp. výzkum výskytu posttraumatické poruchy realizuje. „*Relativně vysoká prevalence PTSD v USA, odkud je nejvíc spolehlivých epidemiologických údajů,*

souvisí se skutečností, že 20 až 25 % starších Američanů má za sebou zkušenosti z válečných bitev a prevalence příznaků PTSD u nich zůstává stabilní i při jejich stárnutí“ (Vinař, 2007). U veteránů americké armády, jež ve Vietnamu nesloužili, je prevalence poruchy 2,5 %, zatímco u vietnamských veteránů je to 15,2 % u mužů a 8,5 % u žen, přičemž se předpokládá, že ženy zažily daleko méně traumatických zážitků (Vinař, 2007). Celoživotní prevalenci posttraumatické stresové poruchy u žen Resnicková et al. (1993; in Moser, 2007) odhaduje od 1 do 12 %.

A nakonec když nahlédneme do Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch – 5. revize (2013), ve Spojených státech se riziko doživotní prevalence posttraumatické stresové poruchy ve věku 75 let odhaduje na 8,7 %. Dvanáctiměsíční výskyt této poruchy se u dospělých pohybuje kolem 3,5 %, což je vyšší procento než v zemích Evropy, Asie, Afriky a Latinské Ameriky, kde je prevalence 0,5 % a nižší. Diagnostický manuál však upozorňuje na fakt, že pokud se zaměříme na rizikové skupiny osob, jako jsou váleční veteráni a zaměstnanci pomáhajících profesí (hasiči, zdravotníci, policisté), procento rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy velmi roste. Nejvyšší počet postižených touto poruchou pak tvoří podle Americké psychiatrické asociace (2013) přeživší znásilnění, vojenských bojů, zajetí a oběti etnicky nebo politicky motivované internace. V tomto případě hovoříme o prevalenci 30 – 50 %.

## **2.7 Komorbidita**

Jak jsme zmiňovali již v kapitole věnující se diagnostickým kritériím, posttraumatická stresová porucha je často spojována s dalšími psychiatrickými diagnózami. Davidson (1996; in Vizinová a Preiss) na podkladě výzkumných studií v USA uvádí, že u 98,8 % lidí trpících posttraumatickou stresovou poruchou byla diagnostikována v průběhu života i jiná psychiatrická porucha. Výše jsme upozorňovali na častý výskyt závislostí na návykových látkách (alkohol, drogy – které se pak řeší prioritně) a hlavně depresí, a to i se suicidálními myšlenkami či sebepoškozováním (Vágnerová, 2014). Podle Pidrmana (2002) se deprese objevují až v 80 %. V rámci výzkumných studií bylo zjištěno, že „u mužů bylo nejčastější zneužívání alkoholu, deprese a generalizovaná úzkostná porucha, u žen deprese, generalizovaná úzkostná porucha, zneužívání alkoholu a panická porucha“ (Davidson, 1996; in Vizinová

a Preiss, 1999, s. 31). Generalizovaná úzkostná porucha je diagnostikována cca. 28 % postiženým posttraumatickou stresovou poruchou, abúzus alkoholu 10 % a drog 4 % (Praško, Hájek a Preiss, 2002). Vedle výskytu těchto poruch, bývá na podkladě výzkumů popisovaná ještě asociální porucha osobnosti (méně než 4 %), panická porucha (méně než 4 %), chronická depresivní nálada – dystymie, fobie (12 %), obsedantně kompulzivní porucha (méně než 4 %), úzkostné poruchy, nebo i hypománie (Vizinová a Preiss, 1999; Praško, Hájek a Preiss, 2002). Praško, Hájek a Preiss (2002) navíc ve své publikaci popisují, že u postižených posttraumatickou stresovou poruchou, která bohužel přetrvává řadu let, může dojít k trvalým změnám osobnosti (o těchto změnách hovoříme tehdy, pokud stav trvá alespoň 2 roky). U daného člověka se pak začnou objevovat rysy povahy, které se dříve nevyskytovaly:

- a) *nepřátelský nebo nedůvěřivý postoje ke světu;*
- b) *sociální stažení;*
- c) *pocity prázdnoty a beznaděje;*
- d) *chronický pocit existence tzv. na okraji jako stav trvalého ohrožení;*
- e) *odcizení“* (Praško, Hájek a Preiss, 2002, s. 34).

Vágnerová (2014) tyto změny osobnosti popisuje následovně. Člověk není schopen uvažovat racionálně, jeho úvahy jsou ovlivněny negativními emocemi, zařazeným nepřátelským a podezřivým postojem ke světu. Má narušené sebehodnocení a trpí pocity méněcennosti a bezmocnosti. Svět vnímá jako ohrožující a má tedy tendenci se od okolí izolovat, a to i proto, že často mají tito lidé pocit, že jeho hrozbám, požadavkům nejsou schopni čelit. Často se může dokonce objevit také agresivní chování.

Závěrem bychom chtěli ještě vypíchnout další důsledky, které tato porucha často způsobuje. „*Posttraumatická stresová porucha ztěžuje adaptaci na prostředí, deformuje prožívání životních událostí, vede k četným vegetativním potížím a výraznému psychickému napětí. Kazí radost ze života. Snižuje soustředěnost a pracovní výkonnost, omezuje společenské fungování, narušuje účelné jednání, omezuje životní styl a seberealizaci, snižuje frustrační toleranci, obvykle znehodnocuje sexuální život“* (Praško, Hájek a Preiss, 2002, s. 32).

## **2.8 Léčba posttraumatické stresové poruchy**

Svou pozornost bychom nyní chtěli směřovat k samotné léčbě. Sice, jak uvádí Vágnerová (2014), asi u třetiny postižených touto poruchou dochází ke spontánní úpravě, u ostatních přetrvává delší dobu, riskuje se tak rozvoj přidružených obtíží a v 10 % dojde bohužel k jejich chronicitě (Raboch a kol., 2001; in Vágnerová, 2014). Důležité je si rovněž uvědomit fakt, že posttraumatická stresová porucha je léčitelná (Pidrman, 2002), nebo přinejmenším může zmenšit chronické obtíže (Vágnerová, 2014). Jak to bývá u většiny psychiatrických poruch, i zde nejčastěji dochází k propojení dvou léčebných možností, směrů. Těmi jsou farmakologická léčba a psychoterapie.

I když je posttraumatická stresová porucha léčitelná, neznamena to, že je léčba jednoduchá. Jak popisují Praško, Hájek a Preiss (2002), afekty spojené s traumatem bývají tak silné, že postižený člověk má obtíže o nich s lékařem či terapeutem vůbec mluvit.

Farmakoterapii zahajujeme určitě v příp. silnějších symptomů, které mají vliv na základní biologické potřeby (spánek, příjem potravy apod.). Pomáhá ale i ke zmírnění jiných akutních symptomů, jako jsou např. úzkosti, deprese nebo dokonce suicidální myšlenky (Vágnerová, 2014).

Léčba ale hlavně spočívá v intenzivní psychoterapii, která je nezastupitelná (Bouček a kol., 2006; Raboch a Pavlovský, 2003). Vizinová a Preiss (1999) zmiňují ve své publikaci práci Solomonové, Gerrityové a Muffové (1992), jejíž závěrem bylo potvrzení, že psychoterapie je účinnější než farmaka (zkoumala efekt aplikace tricyklických antidepresiv).

*„Psychoterapie je zaměřena především na zpracování traumatické události. Jejím cílem je dosáhnout zkušeností a minimalizace jejího negativního vlivu na duševní i tělesný stav postiženého člověka. Při práci s lidmi trpícím posttraumatickou poruchou lze využít různých psychoterapeutických metod. Účinná bývá zejména kognitivně-behaviorální metoda, různé techniky imaginace, relaxační metody i hypnóza. Je možné zvolit individuální i skupinovou formu psychoterapeutického působení, ve skupinové*



*psychoterapii jde především o překonání problémů osamělosti a izolace“ (Vágnerová, 2014, s. 413).*

Postup terapeuta by měl být obecně velmi diskrétní, jemný a taktní, protože se klient potřebuje cítit v bezpečí (Praško, Hájek a Preiss, 2002). Rozhodně není vhodné při prvním kontaktu s klientem zlehčovat, být přemrštěně racionální, anebo dokonce bagatelizovat jeho myšlenky a trápení (Pidrman, 2002). Pro zkušeného terapeuta to není nijak rozdílný postup oproti klientům s jinými obtížemi. Důležité ale pro terapeuta je si uvědomit, že vzpomínky na trauma a emoční reakce klienta mohou být natolik silné, že vyvedou z míry, vyděsí či dokonce šokují i terapeuta, který může mít problém jim vůbec uvěřit (Praško, Hájek a Preiss 2002). Zmiňujeme to hlavně proto, že úspěchu a pokroku v rámci terapie se dosahuje hlavně prostřednictvím terapeutova přístupu a chování ke klientovi, kde nejdůležitějším je empatie, autenticita, vřelý přístup a porozumění klientovým obtížím (Praško, Hájek a Preiss, 2002).

Při prvním kontaktu s klientem trpícím posttraumatickou stresovou poruchou se doporučuje držet tří zásad:

1. *„účast a porozumění;*
2. *vysvětlení poruchy – obrazu i četnosti;*
3. *vysvětlení léčby – způsobu a očekávání“ (Pidrman, 2002, s. 16).*

V různých publikacích se vždy dočteme, že v rámci psychoterapie je důležitá práce s traumatickými vzpomínkami, zvládnutím emocí a později i vedení klienta ke strategiím řešení různých životních situací (Praško, Hájek a Preiss, 2002).

Praško, Hájek a Preiss (2002) popisují, že postižení posttraumatickou stresovou poruchou v průběhu léčby prochází třemi stádii, které odráží přirozené potřeb klientů a do určité míry mohou predikovat možnosti samotného uzdravení:

1) *Získávání pocitu bezpečí:*

Postupně dochází k uklidnění předrážděných emočních center, aby bylo možné započít s učením se novému, čemuž napomáhá samotné diagnostikování posttraumatické stresové poruchy a postupná osvěta toho, co je s touto nemocí spjato (např. úzkosti), protože pocit ohrožení je u těchto klientů silnější než konkrétní strach z věcí, které ho mohou venku potkat. Následně je důležité, jako

pro každý terapeutický vztah, vybudování důvěry k terapeutovi, který mu bude nápomocen k opětovnému nalezení důvěry a bezpečí ve světě jako takovém. Je na terapeutovi (a psychoterapeutickém směru, jenž vyznává), zda bude terapii obohacovat, doplňovat např. nácvikem relaxací, uvolňování, aby klient mohl lépe postupně zvládat své emoční pochody jako je podrážděnost či nervozita.

2) *Vzpomínání na podrobnosti traumatické události a akceptace ztrát s ní spojených:*

V této fázi, která je popisována jako hlavní, si klient rozpomíná na traumatickou vzpomínku v bezpečném prostředí formou převyprávění celé události. Je běžné, že vyprávění postupně doplňuje o podrobnější informace právě díky pocitu důvěry, jež je i důležitá proto, aby se pro klienta děsivé vzpomínky začaly přeměňovat a propojovat s pocity klidu a bezpečím situace, ve které k rozpomínání dochází. Vzpomínky pak ztrácejí svůj emoční náboj. Terapeut by měl postiženého posttraumatickou stresovou poruchou v tom rozpomínání a uvědomování si veškerých detailů (a to i smyslových) události podporovat, aby došlo k zesílení kontroly neokortexu nad těmito vzpomínkami. Výsledkem této fáze je dosažení stavu, pocitu klienta, že traumatické vzpomínky již nemusí být nutně doprovázeny neovládáním strachem. Jde o práci s emocemi, proces emočního učení.

Ještě je nutné doplnit, že v této fázi psychoterapeutického procesu mají klienti často potřebu prožít a postupně i přijmout ztrátu, která je s traumatem spojena, ať už se jedná o smrt blízkého, ztrátu zaměstnání, domova či vztahu. Smutek je známkou toho, že klient přestává lpět na traumatu jako takovém. Proto následně u klientů pozorujeme, že propojení negativních emocí má zásadní roli při postupném odžití a integraci traumatu do vzpomínek, což umožňuje následně postiženému odpoutání se od minulosti a začít hledět dopředu, přemýšlet o budování nového života. Klient začne mít traumatické vzpomínky více pod kontrolou (neobjevují se mimovolně) a přestávají vyvolávat úzkost.

3) *Obnovení normálního života:*

Poslední fází psychoterapeutické léčby je obnovení běžného a spokojeného fungování, které je nutné spojeno s vybudováním si spolehlivých, silných mezilidských vztahů a nalezením smyslu života. „Klient hledá v paměti aspekty své osobnosti, které si na sobě nejvíce cenil v období před traumatem, během něj i v době léčby. Integrací všech těchto elementů vzniká nový obraz, jak ideální, tak reálný“ (Vizinová a Preiss, 1999, s. 49).

Vedle individuální terapie je možné, aby postižený posttraumatickou stresovou poruchou docházel na psychoterapii skupinovou. Jak popisuje Praško et al. (2003), ta totiž umožňuje sdílení traumatické vzpomínky s lidmi mající pro sebe velké pochopení (zvláště pokud se jedná o skupinu sestavenou z klientů, jež posttraumatickou stresovou reakcí trpí rovněž), kde většinou i rychleji opadne případný stud, pomohou si tak vzájemně ulevit od pocitů viny a vzájemná důvěra, jež ve skupině postupně vznikne, chrání i jednotlivé klienty před pocitem izolace a vydědění. Navíc *„podpora skupiny pomáhá ke změně individuálního významu traumatické události a nabízí mnohočetné pohledy na problémy v životě“* (Praško, Hájek a Preiss, 2002, s. 54).

Vágnerová (2014) doplňuje ještě psychoterapeutickou práci s rodinou postiženého posttraumatického stresovou poruchou, což se nám osobně zdá jako vhodné doplnění individuální psychoterapie. Pak můžeme pracovat s nastavením podpory v domácím prostředí a zároveň se věnovat také osvětě, abychom předcházeli nepochopení, necitlivosti za strany nejbližších a příp. sociálním konfliktům. *„Manželská či partnerská terapie je vhodná, zejména pokud jde o řešení partnerských či sexuálních problémů, které velmi často v důsledku posttraumatické stresové poruchy vznikají“* (Praško, Hájek a Preiss, 2002, s. 54).

Co se týče psychoterapeutických směrů, nejvíce se využívá dynamická a kognitivně behaviorální terapie (Raboch a Pavlovský, 2003; Vizinová a Preiss, 1999). Jako doplňující metody při léčbě posttraumatické stresové poruchy se využívají relaxace, desenzibilizace a pracuje se s plánováním času (Praško, Hájek a Preiss, 2002).

Jak už jsme popsali v úvodu kapitoly, v případě potřeby se využívá i farmakologické podpory při léčbě posttraumatické stresové poruchy. *„Medikace je jedním ze způsobů, jak obnovit pocit, že člověk není vydán na pospas citovým poplachům, které ho zaplavují nevysvětlitelnou úzkostí, ruší jeho spánek nebo se objevuje v děsivých snech“* (Praško, Hájek a Preiss, 2002, s. 52).

Nejčastěji jsou lékem první volby antidepressiva. Dříve se hojně využívaly tricyklická antidepressiva (imipramin, amitriptylin), jež nespecificky tlumí zpětné vychytávání serotoninu, dopaminu a noradrenalinu, nebo inhibitory monoaminoxidázy (fenelzin), jež rovněž odbourávají serotonin, noradrenalin a dopamin. V dnešní době se

předepisují převážně antidepresiva III. generace SSRI, které selektivně blokují zpětné vychytávání serotoninu a mezi které řadíme např. sertralin, paroxetin nebo fluoxetin, nebo se příp. využívají i farmaka ze IV. generace antidepresiv (Bouček a kol., 2006; Raboch a Pavlovský, 2003; Vizinová a Preiss, 1999; Baštecká a kol., 2003). „*Antidepresiva při delším podávání (alespoň 2 měsíce) obvykle dobře ovlivní zvýšenou dráždivost postižených a znovuprožívání traumatického zážitku. Udržovací léčba by měla trvat alespoň jeden rok*“ (Raboch a Pavlovský, 2003, s. 146). Pro kontrolu nad nadměrnými impulzy se využívají antimanika (lithium či karbamazepin) a v případě vegetativních příznaků pak betablokátory jako je klonidin či propranolol (Raboch a Pavlovský, 2003; Praško, Hájek a Preiss, 2002). „*Benzodiazepiny dobře utlumí akutní exacerbace symptomů, avšak vzhledem k jejich potenciální návykovosti nejsou u těchto pacientů lékem první volby. Zde je možná lépe využít některých neuroleptik, jako je třeba haloperidol, pimozidu a dalších*“ (Raboch a Pavlovský, 2003, s. 147). A jak doplňuje Praško, Hájek a Preiss (2002), v případě nespavosti bývají někdy krátkodobě předepisovány hypnotika, kam spadá např. Imovane či Stilnox.

Rádi bychom ještě v rámci farmakologické léčby doplnili možnost podávání farmak z preventivních důvodů už při samotném zásahu rychlé lékařské pomoci v místě mimořádné události. „*V akutní posttraumatické situaci existují různé možnosti reagování, jak se praktikují například při nehodách lékaři záchranné služby. Někteří lékaři postupují takovým způsobem, že se při dopravních a jiných nehodách pokusí co možno nejrychleji zajistit analgezií, tedy bezbolestnost, i s nasazením opiátů. Jiní pracují s vyššími dávkami benzodiazepinů. Ze zkušeností těchto lékařů totiž vyplývá, že pomocí medikace je vývoj posttraumatických stavů po nehodách podstatně vzácnější než bez použití těchto léků. V akutní posttraumatické situaci je tudíž namísto udělat vše možné z hlediska medicíny, aby byla tato situace zastavena*“ (Sachsse, 2006; in Růžička ed., 2006, s. 263).

## ***2.9 Protektivní a rizikové faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy***

Jak jsme již zmiňovali výše, ne u každého se nutně po prožitém traumatu posttraumatická stresová porucha rozvine. V mysli nám přirozeně vyvstávají dvě otázky. Existují okolnosti, činitele rozhodující v daném kritickém období o rozvoji

poruchy? Mohou určité faktory fungovat jako ochrana před rozvojem posttraumatické stresové poruchy, anebo naopak jsou jistou předpovědí, že se tato porucha u daného jedince pravděpodobně rozvine? Na zodpovězení těchto otázek bychom se chtěli zaměřit v této kapitole.

### *2.9.1 Rizikové faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy*

V publikacích se dočteme, že do potenciálního rozvoje posttraumatické stresové poruchy vstupuje mnoho faktorů, jakými jsou např. osobnost jedince, vnitřní dispozice, aktuální životní podmínky či reakce druhých (Praško et al., 2003; Brečka, 2009; MKN – 10. revize, 2008; Baštecká a Goldmann, 2001; Vodáčková a kol., 2002).

Mareš (2012) popisuje, že pro vyrovnání se s traumatickou událostí jsou především důležité charakteristiky jedinceva „já“, kam řadíme sebepojetí, sebedůvěru, sebekritičnost, seberegulaci a vnímanou osobní zdatnost (self-efficacy). Společně s Praškem et al. (2003) se ale shoduje v tom, že tou nejvýznamnější charakteristikou osobnosti, jež ovlivňuje pozdější traumatický rozvoj je odolnost (resilience) daného člověka. Zvýšená citlivost (zranitelnost) je proto jedním z rizikových faktorů. *„Zranitelnost je částečně vrozená, částečně naučená zážitky v dětském i dospělém věku. Jde tedy o kombinaci vlivů, nikoliv o jednu příčinu. Zranitelnost vůči posttraumatické stresové poruše může být do určité míry vyvolána dědičnými faktory. V některých rodinách se zvýšená citlivost ke stresu a emočním podnětům dědí z generace na generaci“* (Praško et al., 2003, s. 51).

Dalšími faktory, které ovlivňují odolnost jedince a jsou vrozené, jsou určité znaky osobnosti, temperamentové vlastnosti. Jedná se např. o kompulzivitu a astenicitu (Praško et al., 2003; Brečka, 2009; MKN – 10. revize, 2008). Rovněž sklon k neurotickému prožívání, nebo dokonce neuróza v anamnéze může snížit práh pro rozvoj poruchy (Brečka, 2009; MKN – 10. revize, 2008). Rovněž u osob s psychiatrickým onemocněním není hladina resilience osobnosti optimální. Podle výzkumů Davidsona et al. (1991; in Lee et al., 1995) je prevalence posttraumatické stresové poruchy asi dvacetkrát vyšší u psychicky narušených osob trpících somatizací, schizofrenií, nebo panickou poruchou (zároveň je ale nutné dodat, že ve většině případů došlo k jejich traumatické události v dětství).

Další oblast, jež souvisí s odolností jedince, je styl myšlení, které se rozvíjí od dětství. Do toho vývoje vstupuje např. pocit bezpečí v dětství. „*Pokud dítě vyrůstá bez tohoto pocitu, je nejisté ve vzájemném vztahu s druhými. Obává se čelit novým věcem, neumí si poradit s neúspěchy. Kdo nezažil dostatek bezpečí v dětství, snadno podléhá stresu v dospělosti*“ (Praško et al., 2003, s. 52). Dále pak vůbec styl výchovy a temperamentové nastavení rodičů, kterému se dítě přirozeně učí nápodobou. „*Tím že vidí, jak se rodiče chovají v problémových situacích, jak komunikují, zvládají stresující situace, zklamání a frustraci, se samy učí vlastnímu chování. Pokud je kupříkladu otec úzkostný a bojí se setkávání s lidmi, může syn jeho chování kopírovat a v dospělosti se podobně necítí dobře ve společenských situacích*“ (Praško et al., 2003, s. 52). A posledním článkem jsou sociální vzory a sociální situace, kterými mají možnost děti projít a které určitým způsobem modulují jeho strategie chování, roli ve skupině a postoj k sobě i druhým (Praško et al., 2003).

Další oblastí je vůbec úroveň rozumových předpokladů. Jak je popisováno v Psychologii dnes (2006; in Brečka, 2009, s. 49), „*výzkumná studie uveřejněná v časopise Journal of Abnormal Psychology dokládá, že lidé, kteří dosahují lepších výsledků v kognitivních testech, jsou méně ohroženi posttraumatickou stresovou poruchou ve srovnání s lidmi dosahujícími horších výsledků. Výzkumu se účastnili veteráni z vietnamské války a jejich dvojčata (bratři)*“.

Posttraumatickou stresovou poruchou jsou rovněž více ohroženi lidé, „*jejichž životní situace umocňuje při setkání s traumatizujícím stresem pocit bezmocnosti*“ (Baštecká a Goldmann, 2001, s. 278). Proto se porucha spíše objeví u starých, nemocných či jinak znevýhodněných lidí (Vodáčková a kol., 2002). S tím rovněž souvisí i míra sociální podpory, kterou daný člověk po prožitém traumatu zažívá.

Dalším faktorem je i pohlaví, protože, jak jsme uváděli již výše, větší predispozice k rozvoji posttraumatické stresové poruchy mají spíše ženy. Podle našeho názoru je to ale právě na základě osobnostních rysů a charakteristik, jež jsme popisovali v úvodu kapitoly.

V neposlední řadě se můžeme podívat ještě na fyziologické faktory. Vágnerová (2014) popisuje několik momentů. Jednak pokud dojde následkem traumatu

k dysregulaci HHN osy, kdy se nadměrně zvýší její reaktivita, roste pak i riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy. A rovněž popisuje genetické predispozice v oblasti produkce a rozkladu některých neurotransmiterů, jejich přenašečů a receptorů (např. gen pro dopaminové D2 receptory nebo geny 5-HTT pro serotoninový přenašeč), jež mohou mít negativní dopad v průměru z 20 %.

### *2.9.2 Protektivní faktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy*

Pojďme se nyní zaměřit na výčet, či popis jedince, který má větší šanci na to, že prožité trauma nebude mít za následek rozvoj posttraumatické stresové poruchy.

Člověk by měl disponovat, jak popisuje Vágnerová (2014) jistou mírou resilience (odolnosti), kdy je schopný pozitivního náhledu, je přesvědčen, že zátěžovou situaci zvládne a využívá adaptivní copingové strategie [coping představuje zvládání náročných či stresových situací, které člověk vnímá vzhledem k odolnosti osobnosti jako nadlimitní či podlimitní, a je tedy nutné vyvinout zvýšenou snahu se s nimi vyrovnat (Paulík, 2010)]. Mělo by se jednat o jedince, u kterého bychom mohli říci, že má zdravé sebevědomí, sebepojetí a je schopen náhledu svou osobou a seberegulace, i co se týče vlastní afektivity. Měl by disponovat fungující sociální sítí podpory, pomoci a pochopení pro těžkosti, které prožití traumatu přináší. Který je v produktivním dospělém věku a je zdravý jak duševně, tak i na těle. Jehož postihly traumatizující okolnosti v období života, které vnímá jako spokojené, vyrovnané, až bezstarostné. Anebo o jedince, který si již jednou prošel podobnou situací, se kterou se dokázal vyrovnat a může teď tak z této zkušenosti čerpat (Vágnerová, 2014).

Praško et al. (2003) také zmiňuje, že pokud si je člověk vědom situací, na které reaguje přehnaně a pracuje cíleně na tom, aby ho tolik již nezasahovaly, může se tak naučit být ke stresu odolnější. To, jakým způsobem si stresory interpretujeme, jak si věříme, že určité události zvládneme, a jaké strategie použijeme v reakci na ně, to vše můžeme postupným nácvikem uzpůsobit.

Uvědomujeme si, že tento výčet faktorů, které mohou predisponovat rozvoj posttraumatické stresové poruchy, není úplný. Mareš (2012, s. 72 - 73) např. odkazuje na studie proměnných, jako je ekonomická situace, vzdělání, religiozita, osobnostní

zvláštnosti (přívětivost, svědomitost, extraverte aj.) či psychologický distres, které statisticky významně souvisejí s posttraumatickým rozvojem. V této kapitole jsme chtěli především nastínit, jak jsou okolnosti této poruchy komplikované. A rovněž pro nás bylo důležité, aby si čtenář uvědomil, že vůbec existují určité proměnné, které do procesu příp. rozvoje poruchy vstupují, ať už v tom pozitivním, tak negativním slova smyslu. Již samotnou osvětu vnímáme jako jeden z prvků prevence. Nyní necháváme na čtenáři a jeho zájmu, zda se bude chtít do problematiky protektivních a rizikových faktorů více ponořit.



### **3. Posttraumatická stresová porucha u členů pomáhajících profesí**

Naše práce je zaměřena na posttraumatickou stresovou poruchu v řadách týmů integrovaného záchranného systému, kam řadíme hasiče, policisty a zdravotníky rychlé záchranné služby. Je tomu tak nejenom proto, že tato porucha může poskytnout každého, nebo protože jsme sami součástí tohoto systému. Je to hlavně i proto, že u těchto členů pomáhajících profesí je riziko rozvoje zvýšené (Psychologické pracoviště MV-GŘ HZS ČR, 2014; Mareš, 2012). Protože jsou to právě tito lidé, kteří se snaží postiženým osobám traumatickou událost (autonehoda, požár, násilný čin apod.) zvládnout, přežít, ochránit je, sami pak do této rizikové situace vstupují. Jak popisuje Mareš (2012), zažívají pak následně trauma dvojího či trojího typu. Prožívají distres z událostí, do kterých v rámci své profese vstupují (střelba, hořící, hroučící se budovy, agresivní jednání osob pod vlivem návykových látek apod.), a v druhém ohledu se u nich objevuje distres při poskytování přímé pomoci a péče osob, u nichž je ohroženo zdraví nebo dokonce i život. Navíc prožívaný stres je ještě umocněn nedostatkem času, který pro pomoc mají. Za třetí, Mareš (2012) zmiňuje moment, jež může být pro členy pomáhajících profesí zatěžující až traumatizující, a tím je situace, kdy se jim oběti těchto událostí svěřují se svými životními osudy ve snaze přenést část jejich tíže na druhé. Představa, že tyto události jsou pro členy integrovaného záchranného systému denním chlebem, vzbuzuje na jednu stranu obdiv, na druhou stranu nám opět na myslí okamžitě vyvstane myšlenka, že tito pracovníci tak zažívají vlastně chronický stres a proto je řadíme do této rizikové skupiny.

*„U těchto pracovníků pohybujících se neustále v riziku totiž mohou závažnější krizové události, které zažívají, navozovat psychologickou nerovnováhu. Nerovnováhou rozumíme období, kdy dosavadní životní schémata ztrácejí svou schopnost organizovat danému jedinci zkušenost, kterou prožívá, nějakým smysluplným způsobem. Řekli bychom, že jedinec je tzv. rozhozen, vykolejen z navykých postupů svého uvažování a jednání. Událost, která vyvolává tuto nerovnováhu, však funguje také jako katalyzátor změny: jedinec musí změnit svá životní schémata, nalézt novou rovnováhu. Nově nastolená stabilita, jež se vynoří z traumatické zkušenosti, může mít dvojí vyústění: stává se rozvojem, anebo poškozením, ztrátou“ (Patton, 2005; in Mareš, 2012). I Praško et al. (2003) zmiňuje v kontextu se zvládáním stresu, že existují lidé, kteří se vůči němu stali odolnější, anebo naopak ti, jež jsou vůči němu ještě citlivější. To pak hraje roli*

i v rámci rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Proto jsou např. hasiči odolnější proti traumatům souvisejícími s požáry. V neposlední řadě Mareš (2012) rovněž uvádí, že to, zda vyústění psychické nerovnováhy bude rozvojem či poškozením, závisí na psychickém zpracování daného zážitku a také jaké zdroje pomoci má k dispozici. Právě těmto zdrojům pomoci, které můžeme vnímat jako jistou prevenci rozvoje posttraumatické stresové poruchy, se budeme věnovat v následující kapitole.

Krátce bychom se chtěli věnovat stresu, který zažívá dispečer zdravotnické záchranné služby. Tedy člen integrovaného záchranného systému, který se ovšem nenachází v místě celé události. To s sebou přináší jistá specifika. Franěk (2014) popisuje nejobvyklejší příčiny stresu dispečera:

- Neustále hrozící riziko fatální chyby, přičemž často přitom není možné později opravit;
- Systémové prostředí, v němž působí, nutnost vypořádat se s řadou protichůdných požadavků různých autorit a z toho vyplývající časté hledání kompromisů, které dispečer ve finále často vnímá jako nedokonalé řešení;
- Špatná či dokonce žádná organizace práce, přetížení a ne zcela optimální podmínky (jako je např. slabý telefonní signál);
- Špatný, nebo dokonce žádný výcvik, chybějící jasná pravidla, která v jedinci způsobují nejistotu, příp. tápání při rozhodování;
- Operační středisko je hromosvodem, na němž se střetává očekávání volajícího s frustrací členů výjezdových skupin, což obě strany dávají najevo neadekvátní kritikou operačního střediska;
- Pocit bezmocnosti, kdy dispečer nemůže postiženému v kritické situaci aktivně pomoci;
- Trvalé nedocnění práce operačních středisek, kdy není velmi často dispečerovi poděkováno za odvedenou práci, pomoc oproti členům výjezdových skupin.

### ***3.1 Prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy u členů pomáhajících profesí***

Protože do rozvoje posttraumatické stresové poruchy vstupuje mnoha faktorů, otevírá se nám tak i prostor k tomu, pokusit se určité momenty ovlivnit v tom smyslu,

aby k rozvoji poruchy nedošlo. A jelikož se jedná o nemoc, i zde můžeme uvažovat o všech třech stupních prevence. Ať už se jedná o primární, kdy se budeme snažit vyhnout prožití traumatu, sekundární, při které se po prožitém traumatu pokusíme zmírnit jeho dopad na psychiku člověka, nebo terciární prevenci, která si klade za cíl zmírnit následky této nemoci (Hartl a Hartlová, 2004).

### *3.1.1 Primární prevence v kontextu posttraumatické stresové poruchy*

V první řadě můžeme uvažovat o tom, jakými dovednostmi by měl ideálně pracovník složek integrovaného záchranného systému disponovat. Ertlová, Mucha a kol. (2003) popisují několik takových doporučení. Sice v kontextu zdravotnické záchranné služby, ale z našeho pohledu to platí i pro ostatní dvě složky, tedy hasiče a policisty. Zmiňují, že osobní prožitek může být pro tyto pracovníky stresující, pokud se nechají příliš unést dramatickostí situace, jsou si vědomi své nedostatečné odborné, příp. technické vybavenosti, nebo pokud se cítí k určitým postupům nekompetentní. Pak může dojít k dezorganizaci chování a neefektivnímu jednání. Proto doporučují si osvojit pro výkon své profese efektivní verbální i neverbální chování, vysokou míru sebekontroly a schopnost vhledu do krizových situací (Ertlová, Mucha a kol., 2003).

K těmto doporučením můžeme přihlížet např. již při výběrových řízeních na dané pozice, kde se zaměříme vedle vzdělání a dosavadní praxe i na osobnostní nastavení (viz. kapitola o protektivních faktorech) a zda těmito dovednostmi již daný respondent disponuje. V druhé řadě bychom tyto dovednosti měli u pracovníků záchranných složek rozvíjet. Možnosti jsou široké, ať už se jedná o intervizní či supervizní setkání na pracovišti, další rozvíjení jak jejich schopností, znalostí odborných, tak i těchto dovedností. Nabízí se rovněž nácvik krizových a potenciálně traumatizujících situací. Jak uvádí Šeblová, Knor a kol. (2013), je nutné se připravit na mimořádné události, kde dochází k hromadným postižením zdraví, protože zasažených bývá potom tolik, že není možné je zvládnout standardními postupy a s dosažitelnými zdroji.

Svou nezastupitelnou úlohu má i osvěta, tedy zajištění předání informací jednotlivým pracovníkům, že tato porucha vůbec existuje, jak se nemoc manifestuje skrze příznaky, jež můžeme pozorovat u sebe či kolegů a jak se posttraumatická

stresová porucha léčí. Vhodné je rovněž upozornit na události, které pro ně mohou být zaplavující až traumatické, že mohou dokonce prožít akutní reakci na stres, kterou vnímáme jako přirozenou odpověď organismu člověka na podobné situace. Např. Psychologické pracoviště MV-GŘ HZS ČR (2014) popisuje ve své publikaci přímo traumatizující události, při kterých je zejména poskytována posttraumatická péče a psychosociální pomoc. Děje se tak pokud člen sboru:

- 1) zasažený mimořádnou událostí zažije úmrtí nebo těžké poranění jiných osob jako přímý svědek události, a to např.:
  - obzvlášť tragické události;
  - nehody s množstvím obětí;
  - extrémně vypadající oběti;
  - úmrtí nebo poranění dětí, příbuzných nebo kolegů;
  - katastrofy;
  - svědek sebevraždy;
  - selhání záchranné mise;
  - jiné ohrožení zdraví jako popálení, poleptání, infekce, intoxikace, zavalení aj.
- 2) zasažený mimořádnou událostí způsobí úmrtí, těžké zranění někoho jiného nebo škodu velkého rozsahu, a to např. v důsledku:
  - svého pracovního postupu;
  - chybného rozhodnutí;
  - dopravní nehody.

Další velkou část prevence rozvoje této poruchy tvoří jedincův způsob vyrovnávání se stresem a péče o svou psychohygienu. V základu by každý člověk měl dbát na zdravý životní styl, kam spadá pravidelné, výživově vyvážené stravování (vhodné je omezit kouření a konzumaci alkoholu), dostatek spánku, pravidelná sportovní aktivita, umět pracovat se svým časem pro předcházení časovému stresu a řešení situací bez předešlého promyšlení a tudíž s nejistým výsledkem. Pokud je navíc člověk vystaven větší zátěži stresu, měl by se i naučit, jak se stresem pracovat a jak napětí uvolňovat. K tomu může být dobrý autogenní trénink, relaxace či meditace (Schreiber, 200; Praško, Hájek a Preiss, 2002; Vymětal 2009; Paulík, 2010).

Jako zaměstnavatel mohu samozřejmě své pracovníky v tomto jednání podporovat. Ať už se jedná o finanční podporu nebo možnost pracovního uvolnění

na dovolenou, pravidelnou sportovní aktivitu (jóga, plavání aj.), relaxaci, meditaci či jiné služby podporující myšlenku „zdravé tělo, zdravý duch“ (fyzioterapie, masáže aj.). Nebo mohu nabídnout jiné než finanční pracovní benefity, pokud pracovník tímto způsobem o své duševní i fyzické zdraví dbá. Jako zaměstnavatel mohu mít na paměti pracovní vytížení vzhledem k potřebě spánkového režimu a pasivního odpočinku. A jako vedoucí pracovník bych jistě měl pečovat o příjemnou, klidnou, neodsuzující atmosféru na pracovišti (např. i formou různých teambuildingových akcí). V neposlední řadě to nadále může být i samotné zajištění či finanční podpora psychologických služeb, které může pracovník využít. Např. mnohdy by se daný člověk třeba i vyrovnal s pracovní mimořádnou situací, ale vzhledem k neřešenému distresu, který prožívá v domácím prostředí, prožitému traumatu podlehne. Proto je vhodné nad jednotlivými pracovníky přemýšlet vždy komplexně.

Další oblastí, nad kterou by se měl vedoucí pracovník, zaměstnavatel zamyslet je fungující systém, kde jsou jasně nastavena pravidla, která jedinci samotnému přináší jistý pocit bezpečí. Efektivnost nastaveného systému pak může být ověřena třeba právě v nácviu mimořádných událostí, které přináší pracovníkům nejenom zkušenost a zautomatizování efektivního jednání v obdobných situacích, ale řídicím pracovníkům možnost vidět slepá místa, trhliny v krizovém plánu. Rovněž se ukáže, zda pracovníci disponují i všemi potřebnými materiálními, technickými prostředky, aby mohli postiženým pomoci (jak jsme zmiňovali v části o dovednostech pracovníka podle Ertlové, Muchy a kol).

Jistě tento výčet možností primární prevence není úplný, ale pro představu čtenáře snad dostačující. Druhou část této kapitoly bychom chtěli věnovat tomu, jak pomoci pracovníkovi, který si prošel mimořádnou událostí a hrozí tedy riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy a zároveň v krátkosti i o možnostech, jak pomoci v samotném léčebném procesu, pokud se u člena sboru integrovaného záchranného systému tato porucha rozvinula.

### *3.1.2 Sekundární prevence v kontextu posttraumatické stresové poruchy*

Pokud byl pracovník traumatizován, měli bychom mu zajistit odbornou pomoc formou krizové intervence, která od intervanta vyžaduje velké pracovní nasazení,

předpokládá dobrou znalost problematiky a jistou odbornost. Pokud prvotní intervenční péče zhodnotíme jako nedostačující, měli bychom pracovníka následně nasměrovat k dalšímu odborníkovi/ odborníkům, kteří se mu budou věnovat individuálně. Jak už víme, obvykle se jedná o psychologa (psychoterapeuta) a psychiatra.

Vodáčková a kol. (2002) se věnuje popisu momentů, které jsou pro traumatizovaného v rámci krizové intervence klíčové. V první řadě je důležité navození pocitu bezpečí (stručně vysvětlit proč k němu intervent přistupuje, kde se nachází, zajištění klidného místa pro rozhovor aj.), přijetí a pochopení okolím. Potřebuje uklidnění v tom, že na pocity jako je bezmoc, bezradnost, zdrcenost či rozzlobenost má právo a že tato jeho reakce na mimořádnou událost je normální. Rovněž se někdy u traumatizovaných objevují nejruznější potřeby (žízeň, nevolnost, fyzický neklid, fyzický kontakt jako je objetí aj.), které je vhodné pomoci naplňovat. Pokud je samozřejmě něco nereálné nebo pro interventa nepřijatelné, měl by se snažit nabídnout jinou formu, jak k naplnění těchto potřeb dojít, aby došlo k projevení emocí a celkovému postupnému zklidnění (např. intervent nesouhlasí s objetím, ale nabídne pevné uchopení ruky spolu s očním a verbálním doprovázením). Hojně intervent využívá v prvních momentech intervence:

- zrcadlení a potvrzování emocí, jehož účelem je sdílení, ujištění o pochopení;
- rekapitulace, kdy shrnujeme to, postižený říká a tím mu dokazujeme, že mu nasloucháme;
- grounding (uzemnění), kdy traumatizovaného člověka vedeme k fyzickému kontaktu se zemí (položení nohou na zem, usazení na zem apod.);
- parafráze, neboli převyprávění informací, které od daného člověka slyší (jedná se opět o formu ujištění a zpětné vazby);
- kotvení, kdy dochází k upevňování některých odpovědí či reakcí, aby intervent posílil jeho jistotu (Šeblová, Knor a kol., 2013; Vodáčková a kol., 2002).

Později za pomoci otázek vede intervent traumatizovaného postupně k přesunu pozornosti k vnímání tělesných pocitů a okolí, ve kterém se nachází.

Další vhodnou metodou porozumění zážitkům ve vztahu k traumatizující události je zajištění debriefingu a defusingu jednotlivým výjezdovým skupinám. Tyto metody zavedl Dr. Jeffrey T. Mitchell. „*Jsou založeny na strukturovaném skupinovém*

rozhovoru a poskytují možnost ventilovat myšlenky a pocity a sdílet strategie jak se vyrovnávat se zásahem. Používají se bezprostředně po ukončení akce, musí je vést speciálně vycvičení profesionálové a mají za cíl zážitky ošetřit a uzavřít, aby nás neobtěžovaly v budoucnu“ (Vymětal, 2009, s. 117). Rovněž Vymětal (2009) upozorňuje, že se nejedná o psychoterapii, ale spíše o kolegiální sdílení zážitků z dané události a že tyto metody je vhodné provádět u homogenních skupin profesionálů, kteří se společně účastnili mimořádné události.

*„Debriefing (z anglického „debrief“ – vyslechnout hlášení) je praktická intervence, zaměřená na omezení působení stresu, má stabilizovat situaci, a hlavně mobilizovat vlastní zdroje tak, aby pracovník byl schopen co nejdříve normálně fungovat“ (Andršová, 2012, s. 101). Cílem je, aby jednotliví účastníci debriefingu mluvili o svých pocitech, o tom jak reagovali či ještě reagují na mimořádnou situaci, aby reakcím svým, ale i kolegů porozuměli a přijali, že je tento způsob reagování normální a aby společně došli ke kognitivnímu zpracování posttraumatických projevů (Andršová, 2012; Hoskovcová, 2009). Debriefing by měl vést proškolený psycholog. Jak uvádí Vymětal (2009), v některých společnostech se realizuje tzv. peer debriefing, který je veden peerem, tedy vyškoleným kolegou.*

Vodáčková a kol. (2002) a Hoskovcová (2009) popisují jednotlivé fáze debriefingu:

- 1) Úvod – představení a vymezení pravidel;
- 2) Popis skutečností – popis a dotazování toho, co se stalo, kdo kde byl a dělal, co bylo za úkol apod.;
- 3) Sdělení myšlenek – co byly první myšlenky jednotlivých členů týmů, co je napadalo postupně dále;
- 4) Objasnění reakcí – co pracovník nakonec udělal, jak se cítil při události, jak příp. den po ní, jak reagovala jeho rodina či spolupracovníci;
- 5) Popis příznaků – jak se cítil daný člověk po události vzhledem k jeho somatickému stavu, chuti k jídlu, spánku;
- 6) Fáze učení a přípravy – jak daná událost změnila jeho život, co by příště udělal stejně a co jinak;
- 7) Zakončení – ukončení sezení a dohoda toho, co bude následovat, příp. nabídnutí individuální péče.

Defusing pochází z anglického slova „defuse“, což znamená zklidnit, zmírnit. Jedná se o kratší verzi debriefingu, protože trvá asi 45 minut (debriefing trvá obvykle 2 – 3 hodiny), na rozdíl od debriefingu není nutné, aby ho vedl psycholog (dostačuje proškolená osoba), někdy probíhá i spontánně a je vhodné ho realizovat okamžitě po návratu týmu z výjezdu nebo do 8 hodin po traumatické události (Vodáčková a kol., 2002; Andršová, 2012). *„Je totiž vhodné bezprostředně po události situaci zbavit „výbušnosti“. Defusing slouží k vytvoření atmosféry podpory, měl by posílit tým. Členové týmu tak vlastně společně pečují o ty, pro které byl zásah nejnáročnější“* (Hoskovcová, 2009, s. 94).

Andršová (2012) popisuje ještě třetí, nejkratší, formu intervenční péče, kterou využívají záchranáři zdravotnické služby, a tou je demobilizace. *„Jedná se o krátké „vypnutí“ u záchranářů, kteří se podíleli na dlouhodobých záchranářských činnostech. Cílem je informovat, uvolnit a zprostředkovat návazné služby. Měla by být provedena na konci služby. Odcházející pracovníci společně dostávají krátkou, cca. 10minutovou informaci a následuje 20minutový odpočinek a relaxace“* (Andršová, 2009, s. 102).

Pro traumatizovaného člověka je vedle poskytnutí intervenční péče nesmírně důležitá podpora rodiny, blízkých přátel a jeho profesního týmu, včetně vedoucích pracovníků. Potřebuje od ostatních dostat prostor k vyjádření veškerých emocí, které se postupně vyplavují po mimořádné události. V druhé řadě potřebuje cítit přijetí, bezpečí, ochranu. Proto je i vhodné, jak jsme psali výše, aby se nejbližší rodinní příslušníci zapojili i do léčby, pokud se u daného jedince posttraumatická stresová porucha rozvine. Často jsou to i rodinní příslušníci či kolegové, kteří např. i zaregistrují první varovné signály propukávající nemoci a mohou tak daného člověka ihned nasměrovat k odborníkovi. Nechtějí být odsuzováni, nechtějí slyšet výčitky ani jiné poznámky směřované na jejich osobu, které by za jiných okolností vnímali jako humor. Potřebují, aby se ostatní snažili do nich vcítit, chovali se k nim s respektem i vzhledem k projevovaným emocím, které jsou často doprovázeny pláčem, potřebují, aby jim druzí naslouchali a dali jim čas se vzpamatovat (Praško et al., 2003; Psychologické pracoviště MV-GŘ HZS ČR, 2014).



### *3.1.3 Terciární prevence v kontextu posttraumatické stresové poruchy*

V poslední řadě bychom se chtěli zamyslet nad tím, co bychom mohli jako zaměstnavatelé udělat pro našeho pracovníka, u kterého bohužel posttraumatická stresová porucha propukla. Je zde na místě určitě podpora aktivit, které jsme popisovali v rámci primární prevence (rehabilitace, poskytnutí psychologické péče apod.) a která je velkým přínosem pro samotný léčebný proces. Jako další možnost nás napadá příp. poskytnutí přestupu na jinou pracovní pozici, kde výkon profese nebude pro pracovníka tolik stresujícím s ohledem na situace, které mu mohou prožité trauma připomínat, vyvolávat flashbacky apod.

#### **4. Přehled hlavních teoretických a praktických problémů práce a její cíle**

Jak je popisováno v teoretické části práce, posttraumatická stresová porucha je fenomén, kterému se odborníci věnují již od 19. století. I když v posledních letech je této poruše pozornost směřována stále více, domníváme se, že pro širší společnost se jedná stále o pojem neznalý nebo dostatečně nepochopený a je s ním spojováno mnoho předsudků, jako např. to, že jedinec trpící posttraumatickou stresovou poruchou je slabý, že se z toho musí dostat sám a že stačí na událost jen přestat myslet. Proto chceme touto prací přispět k osvětě jako takové.

Oceňujeme, že integrovaný záchranný systém už má v tomto smyslu „oči otevřené“ a nastavil pro své zaměstnance systém posttraumatické intervenční péče. Musíme si ovšem klást otázku, zda je tento systém u jednotlivých složek efektivní a přináší výsledky, pro které byl vybudován. Právě na zodpovězení této otázky jsme zaměřili náš výzkum.

Z důvodu explorativního charakteru naší studie jsme dospěli k závěru nestanovovat výzkumné hypotézy, které by nás mohly ochudit o cenná zjištění.

##### **4. 1 Cíle práce**

Stanovili jsme pět výzkumných cílů:

- 1) Zjistit povědomí o posttraumatické stresové poruše u pracovníků integrovaného záchranného systému.
- 2) Zjistit, zda pracovníci integrovaného záchranného systému vědí o možnosti využití psychologické péče, kterou jim jejich zaměstnavatel zajišťuje.
- 3) Zjistit, zda pracovníci integrovaného záchranného systému využívají psychologických služeb jejich zaměstnavatelem.
- 4) Zjistit funkčnost jednotlivých systémů psychologické péče u složek integrovaného záchranného systému vzhledem k rozvoji posttraumatické stresové poruchy.
- 5) Vyvodit doporučení využitelná pro praxi, aby se minimalizoval rozvoj posttraumatické stresové poruchy u pracovníků integrovaného záchranného systému.

Z těchto cílů vyplývá i naše hlavní výzkumná otázka:

- Jsou jednotlivé systémy psychologické péče funkční z hlediska minimalizace rozvoje posttraumatické stresové poruchy u pracovníků integrovaného záchranného systému?

## **5. Metodologický rámec výzkumu**

### **5.1 Výzkumný design**

Tento výzkum je kvantitativní. Protože jsme ale nechtěli v rámci studie nic opomenout, pro upřesnění výsledků a další přínos odborného pohledu do dané problematiky jsme realizovali i několik strukturovaných interview s psychology složek integrovaného záchranného systému, kteří se jednotlivým pracovníkům věnují. Informace z těchto rozhovorů jsou zapojeny do diskuse.

### **5.2 Metody získávání dat**

Pro výběr výzkumného souboru jsme se rozhodli využít metodu záměrného výběru (Miovský, 2006), jehož kritériem byl zaměstnanecký poměr u Policie ČR, Hasičského záchranného sboru ČR nebo zdravotnické záchranné služby. Metodu záměrného výběru jsme použili jak v rámci dotazníkového šetření, tak strukturovaných interview. Metodu záměrného výběru jsme v rámci dotazníkové studie doplnili i o techniku sněhové koule, kdy jsme účastníky, kteří se do dotazníkového šetření zapojili, požádali, zda by nám zprostředkovali vyplnění dotazníku i od svých kolegů na pracovišti.

Sběr dat pro dotazníkové šetření hodnotíme jako středně obtížný. I když vyplnění dotazníků pracovníky z řad zdravotnické záchranné služby bylo vzhledem ke kontaktům, které autor práce má, jednoduché, získání odpovědí od zaměstnanců Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR bylo náročnější. A to obzvláště když se jedná o tak choulostivé téma, na které je tato diplomová práce zaměřena. Minimální hranice 100 vyplněných dotazníků od pracovníků každé složky integrovaného záchranného systému se nám ale nakonec podařilo úspěšně naplnit.

Rovněž uskutečnění strukturovaného interview s jednotlivými psychology bylo vzhledem k jejich pracovní vytíženosti a vzdálenosti od bydliště autora této práce náročné na realizaci.

Všichni, kteří se podíleli na dotazníkové studii či jednotlivých interview, byli informováni o účelu naší práce. Respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně a všichni oslovení byli informováni rovněž o tom, že s nasbíranými daty bude nakládáno zcela anonymně. Dodrženy tak byly základní etické zásady.

Data získaná v rámci jednotlivých rozhovorů jsou archivována v šifrované podobě a jsou použita pouze pro účely této práce. Bez svolení jednotlivých účastníků nebudou užity jinde.

### ***5.3 Aplikovaná metodika***

V rámci našeho výzkumu jsme použili několik metod. První z nich byl dotazník. Ten můžeme rozdělit do několika částí. První část tvoří základní demografická data, jako je zjištění pohlaví respondenta, jeho věku a délky praxe u dané složky integrovaného záchranného systému. Druhá část je naplněna dotazy týkajícími se psychické zátěže. Zjišťujeme, zda ji daní pracovníci zažívají, příp. jak často, jak dlouho a jakým způsobem se s ní vyrovnávají, kdo jim s překonáním zátěže příp. pomáhá, zda pro danou pomoc využívají i odborníky pro duševní zdraví či peery (proškolené kolegy). Ve třetí části zjišťujeme povědomí o poskytování psychologické pomoci zaměstnavatelem a vše týkající se poskytování a využívání posttraumatické intervenční péče zajišťované danou organizací (povědomí o možnosti využití, zda by raději vyhledali psychologa či peera, zda v tuto nabízenou službu mají důvěru, zda této službě někdy využili a na základě jaké události, pokud ji využili, tak zda ji považují za smysluplnou a zda by ji využili opět i v budoucnu, na základě jaké události a v poslední řadě i zda využili pomoci krizových linek). Rovněž jsme do dotazníku zařadili otázky, jejichž cílem je zjistit, zda složky integrovaného záchranného systému u svých zaměstnanců např. podporují mimopracovní aktivity v rámci prevence stresu a zda je na pracovištích po náročném výjezdu realizován defusing či debriefing. V poslední čtvrté části dotazníku jsme zjišťovali, zda jednotliví respondenti mají vůbec nějaké povědomí o posttraumatické stresové poruše, zda jí někdy oni nebo někdo v jejich okolí trpěl/ trpí, co by očekávali od zaměstnavatele, pokud by je tato porucha postihla a co by mohl podle jejich názoru zaměstnavatel podniknout, podpořit pro snížení rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Jeden celý, prázdný dotazník naleznete v přílohách této práce.

Druhou zvolenou metodou byla SWOT analýza. Jak ve své publikaci uvádí Mallya (2007), anglické SWOT sestává z počátečních písmen Strengths, Weaknesses, Opportunities a Threats. V překladu proto tuto metodu nazýváme analýzou silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb. SWOT analýzu jsme použili pro zhodnocení funkčnosti jednotlivých systémů posttraumatické intervenční péče složek integrovaného záchranného systému a příp. navržení změn daných systémů, strategií řešení problematiky posttraumatické stresové poruchy. Zvolili jsme ji právě proto, že nám pomůže odhalit silné, tedy fungující oblasti systému, příp. mezery, jaké jsou další možnosti, příležitosti strategického rozvoje a na konec, na co si dát tzv. pozor.

Jak ve své publikaci popisují Grasseová, Dubec a Řehák (2010), neexistuje pevný, univerzální metodologický rámec. Pro účely této práce jsme zvolili postup provádění SWOT analýzy podle Dedouchové (2001). V rámci jednotlivých kroků SWOT analýzy postupně prozkoumáme vztahy výsledků externí a interní analýzy. Přičemž *„porovnání výsledků externí a interní analýzy se provádí v tabulce, kde v řádcích jsou silné a slabé stránky a ve sloupcích příležitosti a ohrožení. Tabulka by zpravidla měla obsahovat maximálně 10 řádků a sloupců, aby byla přehledná a zachovala si vypovídající schopnost. Vyplňuje se pomocí znamének +, - a 0“* (Dedouchová, 2001, s. 50).

Ve třetím kroku jsme realizovali strukturované interview s psychology složek integrovaného záchranného systému. Celkově jich bylo uskutečněno pět. Jeden s psychologem PČR, tři s psychology ZZS a jeden s psychologem zajišťujícím psychologickou péči HZS ČR. V rámci rozhovorů jsme zjišťovali kvalifikaci jednotlivých odborníků, délku jejich praxe u daného sboru a pak obdobné informace, jako tomu bylo v dotazníkové studii. Tedy zda zaměstnanci podle jejich názoru mají povědomí o posttraumatické stresové poruše, zda se jejich organizace věnuje osvětě a prevenci rozvoje této poruchy, příp. jakým způsobem, zda zaměstnanci využívají a příp. jak často psychologických služeb poskytovaných jejich organizací, zda v příp. potřeby využívají spíše odborníky na duševní zdraví (psychology) nebo peery a na závěr jsme se dotazovali, zda systém posttraumatické intervenční péče vnímají daní psychologové jako funkční vzhledem k minimalizaci této poruchy a zda příp. spatřují ještě další možnosti, návrhy ke změně v rámci primární prevence. I v tomto případě jsme

do přílohy práce vložili kopii struktury otázek, které jsme v rámci rozhovoru všem respondentům kladli.

#### ***5.4 Systémy posttraumatické intervenční péče u složek integrovaného záchranného systému***

Pro realizaci SWOT analýzy tří systémů posttraumatické intervenční péče jednotlivých složek integrovaného záchranného systému je nejdříve nutné, je detailně poznat a zde, v rámci výzkumné části práce, popsat.

##### ***5.4.1. Posttraumatická intervenční péče u Policie České republiky***

Dne 14. listopadu 2001 vydal policejní prezident závazný pokyn č. 129, kterým se zřídil systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům policejních sborů České republiky. Této péče mohou využít pracovníci Policie ČR, které při výkonu služby postihla traumatizující událost, jež by mohla v budoucnu nepříznivě ovlivnit jeho další pracovní výkony. Od té doby došlo k několika úpravám tohoto systému, přičemž nejnovější pokyn policejní prezidenta č. 231 o psychologických službách vyšel 26. září 2016, kterým se upravuje poskytování psychologických služeb v Policii České republiky. Ještě více se upřesnily a rozšířily možnosti psychologické péče, nežli tomu bylo naposledy, tedy v roce 2010 (ZPPP č. 79/2010).

Pro účely této kapitoly jsme vycházeli z aktuálního Pokynu policejního prezidenta č. 231/2016 o psychologických službách. Pro lepší srozumitelnost, čtivost textu nebudeme rozlišovat mezi příslušníkem a zaměstnancem PČR.

Psychologické služby pro příslušníky Policie ČR zajišťují psychologové na jednotlivých psychologických pracovištích, zařazených v odborech personálních krajských ředitelství policie, v útvech policie s celostátní působností, případně v dalších organizačních článcích policie podle konkrétních potřeb. Nově psychologické služby poskytují i systémy zřízené k rozšíření psychické podpory, kam řadíme:

- 1) systém kolegiální psychické podpory policistů;
- 2) systém krizové intervence.

Psychologem u PČR se může stát osoba, která absolvovala pětileté jednooborové magisterské studium v oboru psychologie. Do činností psychologa spadá zajišťování personálního výběru, poskytování poradenské a konzultační činnosti, psychoterapie, krizové intervence, supervize, vzdělávací, publikační a vědecké činnosti, budování týmů a činnosti vedoucí ke zkvalitňování týmové spolupráce. Rovněž se podílejí na zajištění systémů zřízených k rozšíření psychické podpory.

Co se týče prohlubování kvalifikace a odbornosti policejních psychologů, děje se tak především samostudiem a účastí:

- na vzdělávacích programech pořádaných oddělením vedoucího psychologa PČR;
- na odborných stážích u jiných pracovišť psychologů, příp. i mimo policii;
- v psychoterapeutickém výcviku a dalších odborných výcvikových aktivitách;
- na odborných kurzech, seminářích.

Krizová intervence je psychologem poskytována např. formou první psychické pomoci, krizově intervenčního rozhovoru nebo zprostředkováním kontaktů k získání další odborné pomoci.

Psycholog svou péči nabízí jak jednotlivcům, tak skupinám. Zažádat o jeho služby mohou samotní policisté, jejich nadřízení nebo osoby policistům blízké. Při výkonu své služby se psycholog drží hlavních etických zásad. Péče probíhá diskrétně a na základě dobrovolnosti. Při poskytování jeho služeb se nezpracovávají a neuchovávají osobní údaje.

Další možností psychologické péče je zřízená anonymní telefonní linka pomoci v krizi, kterou zajišťuje oddělení vedoucího psychologa v nepřetržitém provozu. Rovněž mohou zaměstnanci PČR využít i internetového psychologického poradenství, které je poskytováno přes e-mail či komunikační program Skype. A v poslední řadě, při různých obtížných situacích při výkonu služby, mohou policisté požádat o asistenci psychologa. Děje se tak nejčastěji v případech:

- komunikačně náročných situacích s osobami z řad veřejnosti;
- provádění úkonů v rámci přípravného řízení podle trestního řádu;
- výcviku policistů;
- preventivních aktivit policie vůči veřejnosti.



Nyní přistupme k nově zřízenému systému kolegiální podpory směřované policistům, příp. jejich blízkým osobám. Jedná se především o psychickou podporu, nabídku rozhovoru, vyslechnutí, sdílení pocitů a problémů a podle možností nabídnutí konkrétní pomoci či informací vedoucích k řešení dané situace. V případě potřeby nasměrování na psychologa. Tuto službu zajišťují profesní kolegové – pečeři. Cílem této péče je prevence rozvoje psychických obtíží a samozřejmě rozšíření psychické podpory jako takové. Poskytovatelem kolegiální podpory je řádně proškolený policista navrhnutý na tuto funkci koordinátorem systému kolegiální podpory a jmenovaný ředitelem krajského ředitelství policie k poskytování kolegiální podpory. Svou činnost v tomto systému vykonává dobrovolně, nesmí být z důvodu této činnosti jakkoliv znevýhodňován, ve svých činnostech je nezávislý a o získaných informacích zachovává mlčenlivost. I po úvodním proškolení je nadále povinen dbát o rozvoj své odbornosti (formou odborné přípravy organizované koordinátory a lektory systému kolegiální podpory). Kolegiální podporu poskytuje na podkladě žádosti samotného příjemce, nebo mu ji může nabídnout sám, na popud nadřízeného či jiných osob.

Jak už jsme zmínili, tento systém spravuje koordinátor systému kolegiální podpory, přičemž se jedná vždy o psychologa. Koordinátor nejenom předkládá návrhy na jmenování peerů a organizačně zabezpečuje školení, jak jsme uváděli výše. Tato osoba vede i seznam peerů, vyhodnocuje činnost systému, věnuje se propagaci služeb kolegiální podpory a zajišťuje spolupráci s:

- poskytovateli kolegiální podpory a psychology;
- psychology a týmy posttraumatické intervenční péče Hasičského záchranného sboru ČR;
- s psychologickým pracovištěm ministerstva;
- dalšími mimorezortními pracovišti či organizacemi.

Lektory systému kolegiální podpory jsou rovněž psychologové, kteří navíc museli absolvovat školení pro lektory systému kolegiální podpory. Vedle toho, že jsou odpovědní za proškolení peerů, zajišťují rovněž poskytovatelům kolegiální podpory psychologickou péči formou supervize.

Poslední částí psychologických služeb je systém krizové intervence, který spočívá hlavně v nepřetržitém poskytování krizové intervence, případně dalších forem psychické podpory osobám, které byly zasaženy nějakou traumatizující situací. Služba krizové intervence je poskytována nepřetržitě, v mimopracovní dobu slouží krizoví intervenční služební pohotovost na telefonu. I tento systém má obdobně své koordinátory a lektory. Poskytovateli této služby jsou krizoví intervenční, tedy řádně vyškolení policisté a psychologové. Stejně jako poskytovatelé kolegiální pomoci i krizoví intervenční jsou povinni se nadále odborně vzdělávat.

Na závěr bychom chtěli dodat jednu informaci, kterou jsme se dozvěděli v rámci rozhovoru s policejním psychologem. Tou je fakt, že policisté jsou podporováni k pravidelné fyzické aktivitě či aktivitám (např. zajištěním plaveckého bazénu).

#### *5.4.2 Systém posttraumatické intervenční péče u zdravotnické záchranné služby*

Systém posttraumatické intervenční péče směřovaný zaměstnancům zdravotnické záchranné služby je tím nejmladším. Ustanoven byl oficiálně v roce 2010 podpisem ministra zdravotnictví. Co se týče zákonného ukotvení, to bylo realizováno až následující rok v rámci zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

Pro popis toho, jak funguje psychická pomoc v rámci posttraumatické stresové poruchy, jsme v této kapitole vycházeli ze zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě a informací na internetových stránkách SPIS – Systém psychosociální intervenční služby.

Nejdříve bychom chtěli popsat organizační strukturu systému psychosociální intervenční služby u ZZS. Nejvyšším postem, který zodpovídá za funkčnost SPIS a činnosti jednotlivých subjektů zapojených v systému je garant systému. Pro zajištění chodu celého SPIS spolupracuje hlavně s odbornými guaranty, krajskými koordinátory a s různými organizacemi (jedná se především o Asociaci zdravotnických záchranných služeb, Odbornou společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof JEP, Asociaci fakultních nemocnic a Asociaci českých a moravských nemocnic). Co se týče odborné vzdělanosti garanta, musí absolvovat výcvik v metodách CISM (Critical Incident Stress

Management), minimálně pět let poskytovat psychologickou péči zdravotnickým zaměstnancům (především v urgentních oborech) a alespoň pět let se aktivně věnovat problematice preventivních programů v resortu zdravotnictví a po tuto dobu být v kontaktu se systémem SPIS. Odborné nároky na garanta jsou natolik vysoké, protože mj. zajišťuje nejen přípravy peerů a odborníků na duševní zdraví v rámci certifikovaného výcviku a další jejich průběžné vzdělávání, ale i podle potřeby poskytuje i odbornou pomoc a členům SPIS supervizi.

Dalším členem SPIS je odborný garant, který se o funkčnost SPIS stará v rámci poskytování péče peerům a odborníkům na duševní zdraví (příprava v rámci certifikovaného výcviku, průběžné vzdělávání, supervize). Dohlíží rovněž na činnost jednotlivých krajských koordinátorů a v případě potřeby zastupuje garanta systému. Odborným garantem se může stát absolvent jednooborového magisterského studia psychologie, který složil zkoušku v oboru klinická psychologie, jenž má výcvik a minimálně pětileté zkušenosti v problematice krizové intervence či psychoterapie, který absolvoval výcvik v metodách CISM, minimálně pět let se podílí na poskytování psychologické péče o zaměstnance ve zdravotnictví (především v urgentních oborech) a který se alespoň pět let aktivně věnoval problematice preventivních programů v resortu zdravotnictví a po tuto dobu byl v kontaktu se systémem SPIS.

Pokud budeme postupovat organizační strukturou dál, narazíme na post koordinátora pro ČR. To je osoba, jež je zdravotnickým pracovníkem, zároveň peerem a interventem, která prošla výcvikem v rámci NCO NZO Brno („Program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům“), má minimálně tříletou praxi v poskytování peer a intervenční péče a v rámci SPIS je, nebo alespoň tři roky byla krajským koordinátorem. Pracovní náplň koordinátor pro ČR je široká. Ať už se jedná o poskytování samotné intervenční péče, zajišťování základní přípravy peerů a interventů, přednáškovou, informační a publicistickou činnost, nebo o oblast řízení krajských koordinátorů, pravidelných setkání apod.

Jak už jsme zmínili výše, dalším postem je krajský koordinátor. Ten je zároveň peerem, který prošel výcvikem v systému SPIS (NCO NZO Brno) či CISM I ev. CISM II (Dr. Thomas Apple-Schumacher 2002-2006 v ČR) nebo tímtéž mezinárodně certifikovaným kurzem, který vedl jiný certifikovaný vyučující lektor CISM. Uznáván

je rovněž výcvik CISM organizovaný HZS, absolvovaný do 31. 12. 2010. Jak můžeme tušit z názvu této pozice, koordinuje, monitoruje a organizuje péči pro kolegy na úrovni daného kraje, v příp. potřeby sám poskytuje peer-péči. Věnuje se informační a publicistické činnosti o SPIS a rovněž v tom podporuje peery a odborníky pro duševní zdraví ve své oblasti. A v neposlední řadě vede evidenci veškeré intervenční péče v rámci kraje, organizuje setkávání členů SPIS ve své oblasti a přináší jim důležité informace z porad krajských koordinátorů apod.

Konečně se dostáváme k pozici peera. Obdobně jako u hasičských policejních sborů je i zde peer vlastně profesní kolega, který se kromě své vlastní náplně práce věnuje i poskytování první psychické pomoci. Aby se jím mohl stát, musí projít certifikovaným výcvikem v systému psychosociální péče o kolegy. Akceptovány jsou výcviky CISM I, CISM II (Dr. Thomas Apple-Schumacher 2002-2006 v ČR) nebo tímtež mezinárodně certifikovaný kurz, který vedl jiný certifikovaný vyučující lektor CISM. I nadále SPIS pamatuje na udržování kvalifikace a to způsobem, že je povinen se minimálně jednou za 12 měsíců aktivně zúčastnit odborné akce zaměřené na problematiku SPIS (pokud tak neučiní dvakrát po sobě, bude ze systému vyřazen). Mezi tyto akce SPIS patří především:

- 1) Rallye Rejvíz
- 2) Pracovní konference SPIS
- 3) Refresh kurz
- 4) Supervizní setkání týmu
- 5) Další, dohodnuté a garantem systému schválené akce.

Svou činnost vykonává v souladu s etickým kodexem, zásadami fungování SPIS a ve spolupráci s krajským koordinátorem a odbornými guaranty SPIS. Úzce přitom spolupracuje rovněž s odborníkem na duševní zdraví, tedy psychologem. Psycholog se kromě individuální a skupinové intervenční péče v případě potřeby věnuje i následné péči o daného zaměstnance.

Psychosociální intervenční péče je zdravotníkům poskytována ve většině případů proškolenými kolegy – peery, v některých případech pak i psychology. Peeri v drtivé většině poskytují individuální podporu formou rozhovoru. Zajišťují rovněž edukaci a vzhled do situace. V příp. potřeby se využívá i intervenční pomoci pro skupinu

zdravotníků (defusingu, debriefingu či demobilizace), tu však poskytuje psycholog, příp. ve spolupráci s peery.

Pokud zaměstnanec zdravotnického sektoru potřebuje pomoc, může peera oslovit sám. O první psychickou podporu pro daného zaměstnance či skupinu pracovníků může požádat i management na různé úrovni. A v poslední řadě má i peer samotný možnost oslovit svého kolegu, pokud se domnívá, že jeho pomoc potřebuje.

Systém psychosociální intervenční péče, vedle poskytování první psychické pomoci, myslí i na prevenci a zajišťuje proškolení zdravotnického personálu, aby dokázali u sebe či svých kolegů rozpoznat, kdy je potřeba o pomoc požádat. Navazuje také kontakt a prvotní spolupráci se zdravotnickými školami s cílem vzdělávat budoucí zdravotníky o problematice psychické zátěže, potřebě a možnostech péče o své psychické zdraví.

Závěrem této kapitoly bychom chtěli doplnit ještě několik informací, které známe jak ze své praxe (autor této práce je sám peerem a pracovníkem operačního střediska ZZS), tak vyplynuly z rozhovorů s jednotlivými psychology, které pro ZZS vykonávají své služby. První z informací je fakt, že krajský koordinátor dohlíží na chod stránek systému psychosociální intervenční služby na intranetu operačního střediska ZZS, kde zaměstnanci mohou najít kontakty na peery a další podstatné informace týkající se péče o vlastní duševní zdraví. Následně jsme si vědomi faktu, že proškolení a prevenci rozvoje posttraumatické stresové poruchy dochází i v rámci nácviku krizových situací. A poslední zjištěnou a důležitou informací bylo, že aktuálně pro SPIS pracuje pouze jeden psycholog (a to jen na poloviční úvazek) a pět psychologů spolupracuje se SPIS formou dohody o provedení práce.

#### *5.4.3 Posttraumatické péče u Hasičského záchranného sboru České republiky*

Pro účely popisu systému posttraumatické intervenční péče Hasičského záchranného sboru ČR jsme vycházeli ze Sbírky interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR, částky 43/2014, která byla vydána 25. srpna 2014 a která pojednává o psychologické službě HZS ČR. Dalším zdrojem informací nám rovněž byly

internetové stránky psychologické služby HZS ČR. Jako tomu bylo u Policie ČR, ani zde nebudeme pro lepší srozumitelnost textu rozlišovat mezi příslušníkem a zaměstnancem.

U Hasičských záchranných sborů ČR se posttraumatické intervenční péči věnují psychologové a týmy posttraumatické péče (TPP). Ty jsou jmenovány v každém kraji, jsou tvořeny odborně připravenými příslušníky či zaměstnanci a v případě potřeby jsou doplňovány o externí členy, jako je např. duchovní či zdravotník.

Krizovou intervenci realizuje, řídí či organizuje psycholog, a to např. formou skupinového debriefingu nebo psychoterapeutického rozhovoru.

Členové týmu posttraumatické péče naopak poskytují kolegiální psychologickou pomoc, což je soubor jednotlivých laických postupů, jež vedou k překonání traumatizující události. Tato pomoc probíhá např. formou psychické první pomoci nebo defusingu. Následně jsou povinni informovat koordinátora o poskytnutí této pomoci nebo její žádosti a v případě potřeby mohou požádat koordinátora o zajištění pomoci dalších členů týmu.

Následnou péči o příslušníky požární ochrany pak provádí a organizuje psycholog sám nebo za podpory členů TPP, případně dalších odborníků, které k následné péči přibral se souhlasem svého vedoucího příslušníka nebo vedoucího zaměstnance.

Co se týče náplně práce psychologů v rámci problematiky posttraumatické stresové poruchy, vedle krizové intervence zajišťují i preventivní psychologické služby hasičům, kteří se zúčastnili zvláště psychicky náročného zásahu, utrpěli zranění při zásahu, eventuálně při zásahu selhali, popř. způsobili dopravní nehodu. Odborně připravují příslušníky a členy jednotek požární ochrany na to, aby byli schopni v případě potřeby poskytnout primární pomoc hasičům po traumatizujícím zážitku při zásahu a osobám zasaženým mimořádnou událostí na místě zásahu, tzv. první psychickou pomoc.

Nutné je upozornit rovněž na fakt, že jednotlivé části posttraumatické péče mohou na základě určení psychologa nebo koordinátora poskytovat odborníci mimo strukturu HZS ČR. Jedná se o externí pracovníky nebo externí členy týmu posttraumatické péče.

Členem týmu posttraumatické péče se může stát zaměstnanec jakéhokoliv postu, přičemž primárně vykoná činnosti vyplývající z jeho služebního zařazení a psychickou pomoc poskytuje v příp. potřeby. Aby se mohl členem tohoto týmu stát, musí absolvovat odbornou přípravu „Posttraumatická péče“ v rozsahu 40 hodin, kdy se jedná o výcvik Critical Incident Stress Management – CISM, a dále pak odbornou přípravu „První psychická pomoc“ v rozsahu minimálně 20 hodin dle osnov schválených MV-GŘ HZS ČR. I nadále jsou pak pravidelně odborně vzděláváni v celkovém rozsahu minimálně 16 hodin v roce. Rovněž svou kvalifikaci průběžně zvyšují samostudiem, účastí na odborných konferencích, seminářích nebo formou pracovních setkání.

Chtěli bychom ještě dodat, že příslušník týmu posttraumatické péče ale nepomáhá pouze svým kolegům, nýbrž na výzvu velitele zásahu nebo jiného přímého nadřízeného poskytuje psychosociální pomoc i jiným osobám zasaženým mimořádnou událostí, a to rovněž formou první psychické pomoci.

Činnost těchto týmů řídí vyškolený koordinátor, kterým zpravidla bývá psycholog. Psycholog rovněž ve své územní působnosti sestavuje týmy posttraumatické péče a zajišťuje školení jednotlivých členů. Seznam koordinátorů HZS ČR najdou příslušníci požární ochrany ve Sbírce interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR, který uveřejňuje ředitel odboru integrovaného záchranného systému a výkonu služby MV-GŘ HZS ČR

Všichni odborníci, kteří poskytují psychickou pomoc a posttraumatickou péči u Hasičského záchranného sboru ČR se řídí odbornými postupy, etickými zásadami a právními normami. Tedy zachovávají mlčenlivost, aby nedošlo k jakémukoliv znevýhodnění zaměstnance, kterému byla tato péče poskytnuta. S ohledem na tyto okolnosti mohou rovněž chránit jeho anonymitu.

O poskytnutí posttraumatické péče je oprávněn požádat zaměstnanec sám anebo jeho vedoucí kdykoliv v průběhu nebo po ukončení traumatizující události. Děje se tak prostřednictvím psychologa, člena týmu posttraumatické péče, koordinátora, velitele zásahu nebo operačního důstojníka. Posttraumatická péče se příslušníkovi nebo zaměstnanci poskytuje přednostně v pracovní době, zpravidla na pracovišti zaměstnance, případně na pracovišti člena TPP, koordinátora nebo psychologa. V případě potřeby může dojít k její realizaci i na jiných místech, jako je místo zásahu, nemocnice či bydliště zaměstnance.

Na závěr je ještě nutné dodat, že součástí systému poskytování posttraumatické péče je rovněž Anonymní telefonní linka pomoci v krizi, na kterou se zaměstnanci mohou obracet 24 hodin denně přes telefon, e-mail nebo Skype.

Jako tomu bylo u předcházejících sborů, i zde bychom chtěli doplnit některé informace týkající se psychologické péče u Hasičského záchranného sboru ČR, které jsme se dozvěděli v rámci rozhovorů s psychology, jež svou činnost u tohoto sboru vykonávají. Zastoupení vyškolených koordinátorů, psychologů je vždy jeden psycholog na kraj. Podle názoru daného psychologa je zastoupení psychologů u HZS ČR poddimenzována a bylo by potřeba psychologů více. Hasiči jsou stejně jako policisté podporováni v pravidelné sportovní aktivitě či aktivitách (zajištění plaveckého bazénu apod.) a po 15 letech výkonu služby jsou příslušníkům HZS ČR poskytovány ozdravné, rehabilitační pobyty.

### ***5.5 Popis zkoumaného souboru v rámci dotazníkové studie***

Celý výzkumný soubor se skládá z 362 respondentů, resp. pracovníků integrovaného záchranného systému. Náš dotazník přitom vyplnilo 146 pracovníků Hasičského záchranného sboru České republiky, 116 zaměstnanců zdravotnické záchranné služby a 100 příslušníků Policie České republiky.

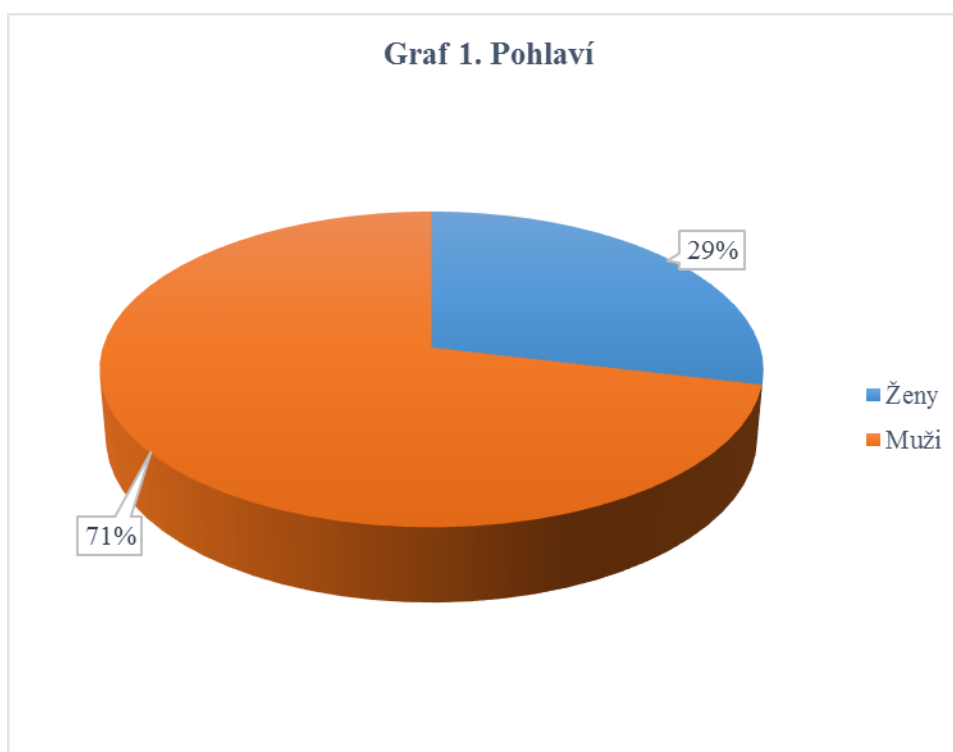
Z níže uvedeného grafu 1 vyplývá, že dotazníkové studie se zúčastnilo 104 žen (29 %) a 258 mužů (71 %). Pro úplnou představu o zkoumaném souboru vzhledem k pohlaví doplňujeme i tabulku, kde je vidět zastoupení odpovědí žen a mužů v rámci jednotlivých složek. Domníváme se, že náš zkoumaný soubor dobře kopíruje genderové



zastoupení ve skutečnosti. Policejní a hasičské složky jsou zastoupeny ve větší míře muži, kdežto oblast zdravotnictví je v tomto ohledu vyrovnaná.

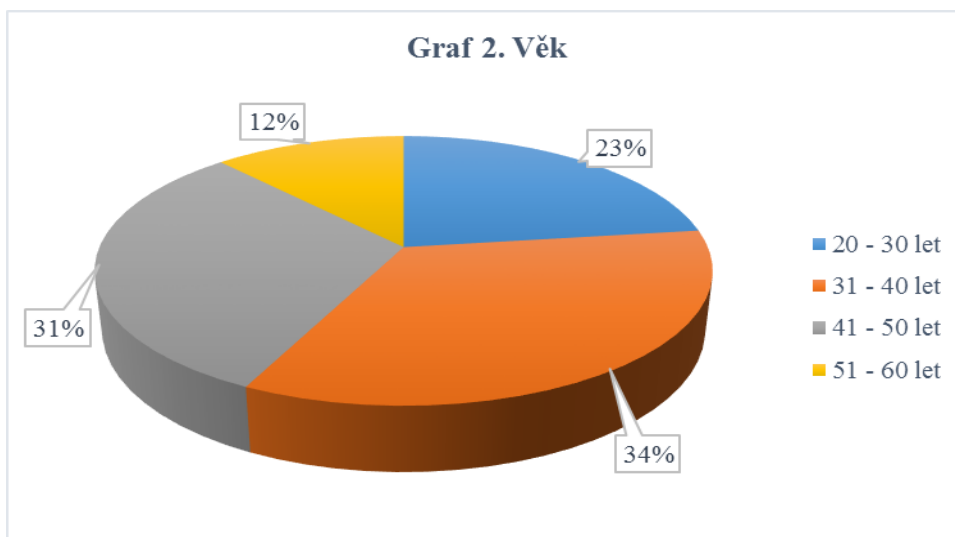
**Tabulka 1 – Rozložení zkoumaného souboru vzhledem k pohlaví**

Pohlaví	PČR	HZS ČR	ZZS	Celkem
Ženy	30	15	59	104
Muži	70	131	57	258
Celkem	100	146	116	362



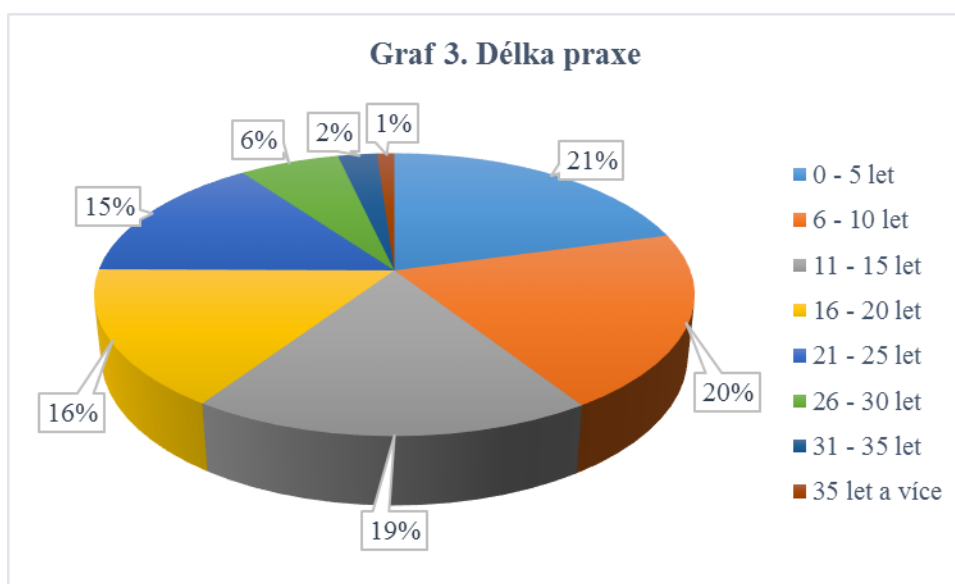
**Obrázek 1 – Pohlaví.** [Zdroj:]

Co se týče věkového zastoupení, jak můžeme vidět v grafu 2, více jak polovinu zkoumaného souboru tvoří respondenti, kterým je mezi 30 až 50 lety. Přesněji řečeno 124 dotázaným je 31 až 40 let a kategorii 41 až 50 let odpovídá 112 respondentů.



**Obrázek 2 – Věk.** [Zdroj:]

Třetí oblastí demografických dat, která nás v rámci dotazníkové studie zajímala, je jak dlouho příslušníci/ příslušnice u daného sboru pracují. Jak můžeme vyčíst z grafu 3, nejvíce je zastoupena hned první kategorie, tedy pracovně mladí zaměstnanci, kteří se v daném sektoru pohybují do 5 let (75 respondentů). Celkově bychom ale chtěli zhodnotit, že jednotlivé věkové kategorie jsou v rámci studie naplněny poměrně vyrovnaně. Úbytek respondentů zaznamenáváme až od pracovního nasazení 26 let a více, což může možná opět odrážet i reálné věkové zastoupení pracovníků u jednotlivých složek integrovaného záchranného systému. Jedná se přeci jen o fyzicky i psychicky náročná zaměstnání.



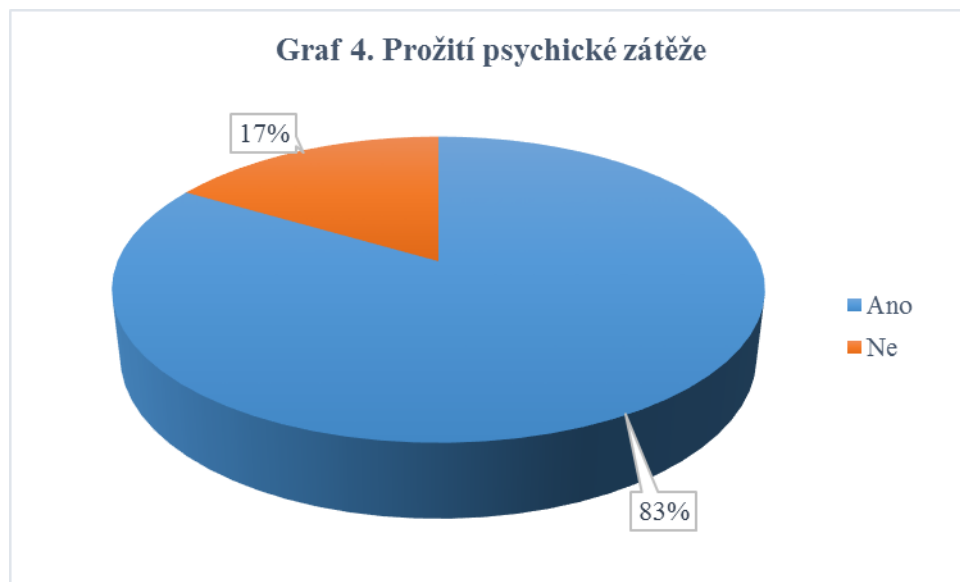
**Obrázek 3 – Délka praxe.** [Zdroj:]

## 6. Výsledky práce

Tuto kapitolu budeme věnovat prezentaci výsledků, kterých jsme dosáhli v rámci SWOT analýzy a dotazníkového šetření. Rovněž budeme uvádět jistá srovnání výsledků v rámci jednotlivých složek integrovaného záchranného systému, abychom se v rámci naší práce neochudili o cenná data a informace.

### **6.1 Dotazníkové šetření**

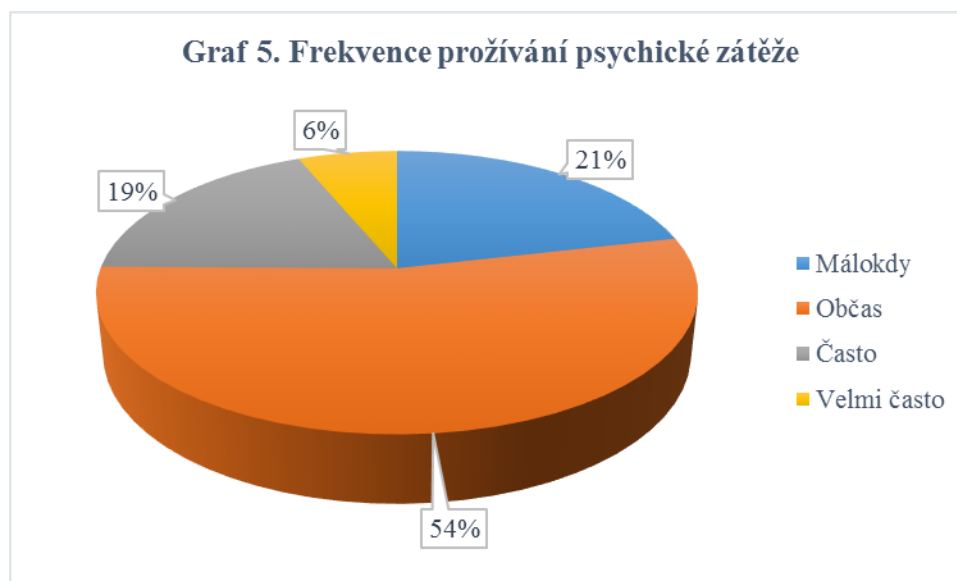
V rámci naší dotazníkové studie jsme se, vedle demografických dat, v první řadě zajímali o to, zda se daní respondenti při výkonu služby vůbec někdy dostali do psychické zátěže. Jak je patrné v grafu 4., 83 % procentech všech respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně. Pouze 17 % dotázaných odpovědělo, že psychickou zátěž při výkonu služby nevnímá. Rádi bychom doplnili, že v rámci jednotlivých složek integrovaného záchranného systému bylo rozložení kladných a záporných odpovědí obdobné. Odpověď „Ano“ se objevila u PČR v 86 %, u HZS v 84 % a u ZZS v 80 %.



**Obrázek 4 – Prožití psychické zátěže. [Zdroj:]**

Pokud respondenti odpověděli, že v rámci pracovního procesu psychickou zátěž vnímají, následně jsme zjistili, že 21 % z nich ji prožívá málokdy, 54 % občas, 19 % často a 6 % velmi často. Co se týče vnímání frekvence u jednotlivých složek, výsledky byly rovněž celkem vyrovnané. Výraznější rozdíl jsme zaznamenali jen u PČR, kteří ve větší míře oproti HZS a ZZS volili možnost „Často“, a to v 28 %, přičemž HZS jen

v 17 % a ZZS 12 %. Pro úplnou představu doplňujeme tabulku 2 s procentuálním rozložením odpovědí u jednotlivých složek integrovaného záchranného systému.

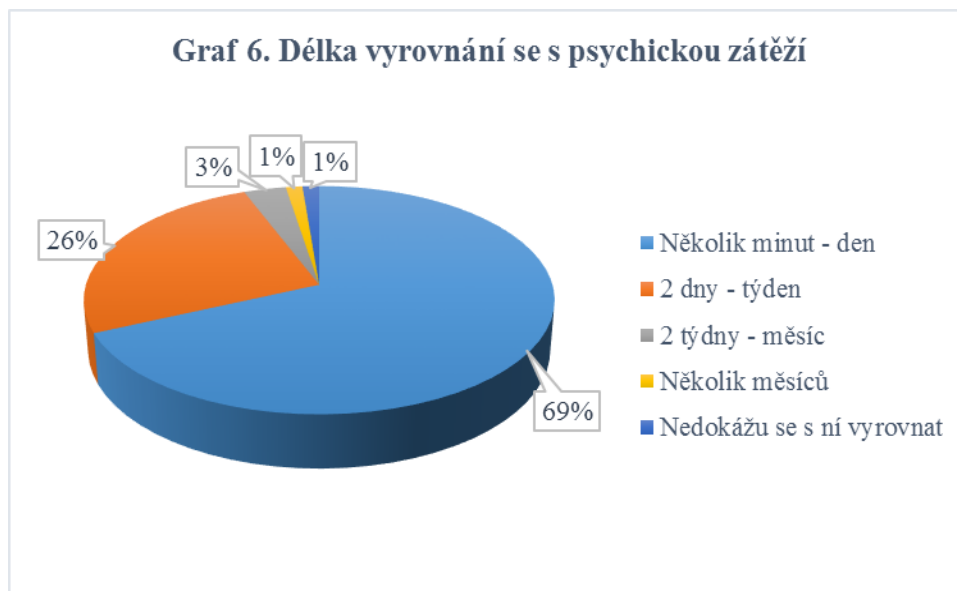


**Obrázek 5 – Frekvence prožívání psychické zátěže.** [Zdroj:]

**Tabulka 2 – Frekvence prožívání psychické zátěže při výkonu služby**

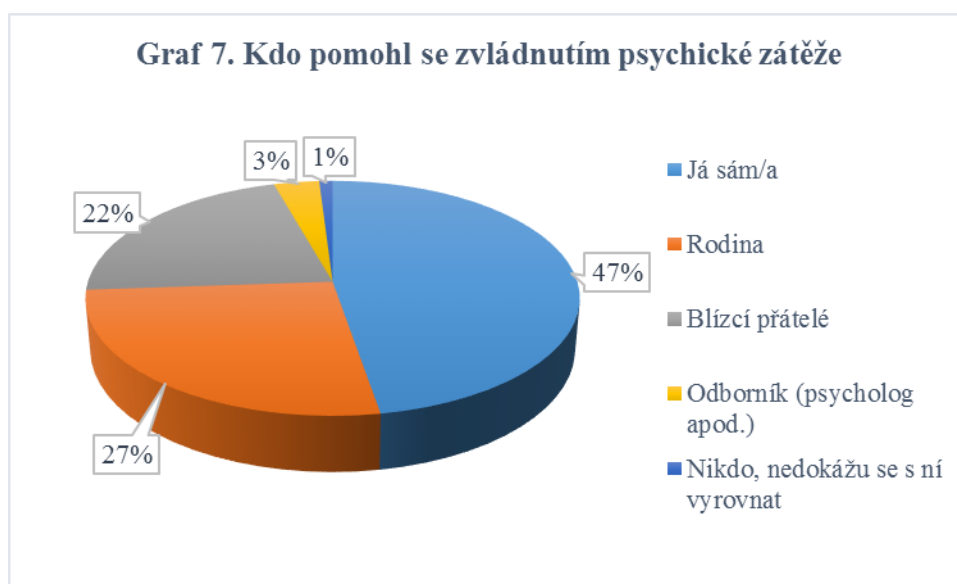
	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Mállokdy</b>	16	25	21
<b>Občas</b>	49	53	60
<b>Často</b>	28	17	12
<b>Velmi často</b>	7	5	7

Na otázku, jak dlouho se obvykle s psychicky zátěžovou situací vyrovnávají, 69 % respondentů odpovědělo, že několik minut až den, 26 % potřebuje 2 dny až týden, 3 % 2 týdny až měsíc, 1 % dotázaných potřebuje několik měsíců a 1 % přiznalo, že se s ní nedokážou vyrovnat vůbec (viz graf 6.).



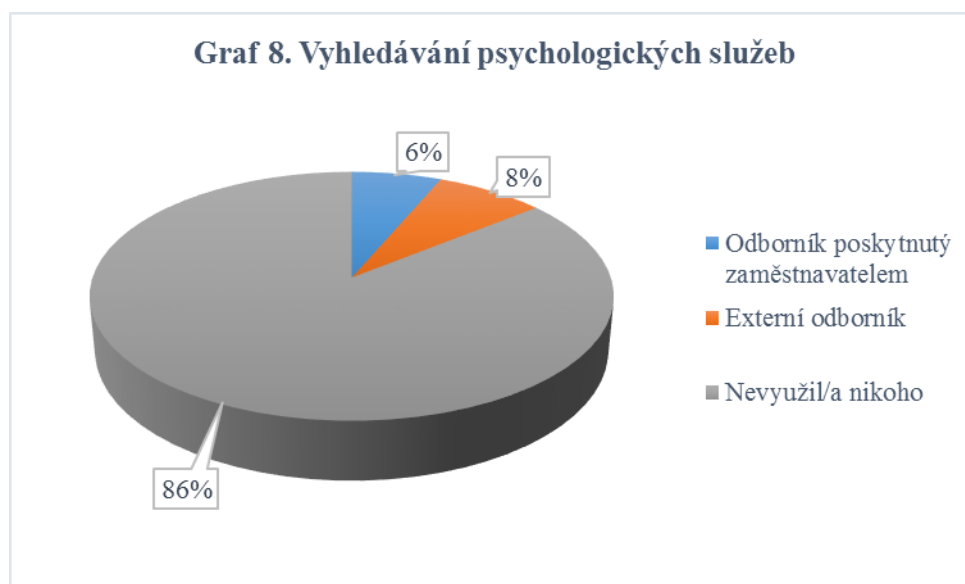
**Obrázek 6 – Délka vyrovnání se s psychickou zátěží. [Zdroj:]**

Jak můžeme vidět na grafu 7., pro vyrovnání se s psychickou zátěžovou situací téměř polovina respondentů (47 %) je schopných se s psychicky zátěžovou situací vyrovnat bez pomoci okolí. 27 % dotázaným pomáhá rodina, 22 % blízcí přátelé a pouze 3 % potřebují pomoc odborníka jako je psycholog. I v rámci této otázky se potvrdilo předcházející zjištění, že 1 % respondentů se s takovými situacemi nedokáže vyrovnat.



**Obrázek 7 – Kdo pomohl se zvládnutím psychické zátěže. [Zdroj:]**

Pro zajištění co nejvyšší validity jsme do dotazníku zařadili ještě jednu otázku, která by mapovala využívání psychologických služeb. Zjišťovali jsme, jaký zdroj odborné psychologické pomoci jednotliví respondenti volili v případech, kdy službu potřebovali. Jak vyplývá z grafu 8., psychologa vyhledalo celkem 14 % dotázaných (oproti 3 % v předcházející otázce), z toho v 6 % kontaktovalo odborníka poskytovaného zaměstnavatelem a 8 % externího psychologa. Jak je patrné v tabulce 3, nejvíce psychologických služeb využívají zaměstnanci Hasičského záchranného sboru ČR, naopak nejméně ji vyhledávají příslušníci zdravotnické záchranné služby.

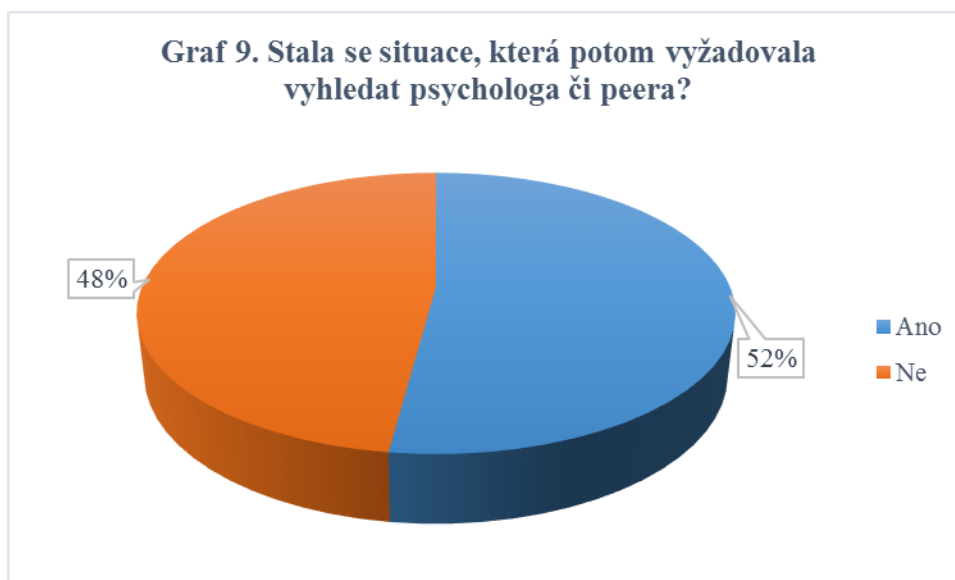


**Obrázek 8 – Vyhledávání psychologických služeb.** [Zdroj:]

**Tabulka 3 – Vyhledávání psychologických služeb**

	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Odborník poskytnutý zaměstnavatelem</b>	5	10	3
<b>Externí odborník</b>	11	9	4
<b>Nevyužil/a nikoho</b>	84	81	93

Zajímalo nás rovněž, jak vůbec respondenti vnímají situace psychické zátěže, které zažívají při výkonu služby, vzhledem k vhodnosti vyhledat poté peera (profesního kolegu) nebo psychologa. Ačkoliv pomoc odborníka na duševní zdraví vyhledalo pouze 14 % dotázaných, více jak polovina příslušníků integrovaného záchranného systému se domnívá, že by bylo vhodné psychologa či peera vyhledat (viz. graf 9.).



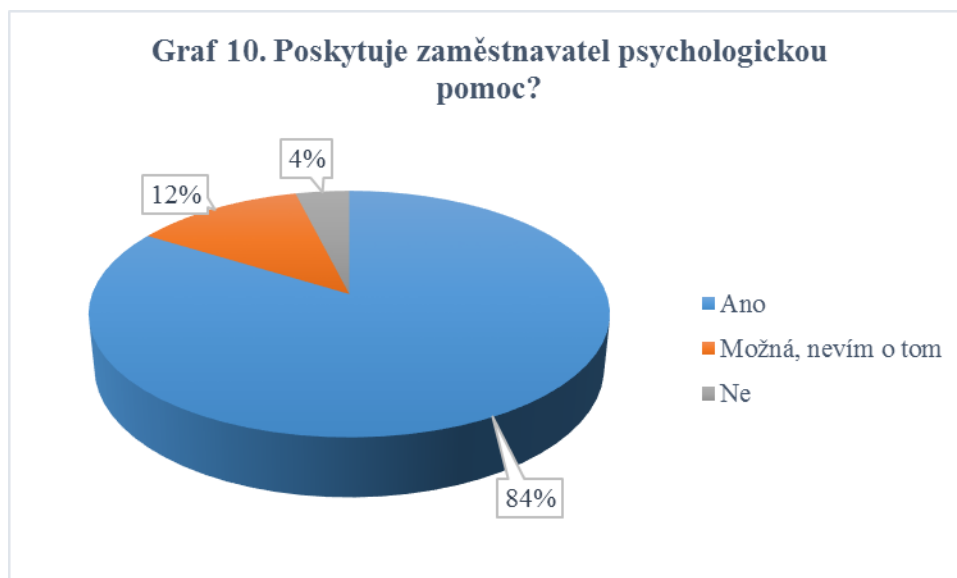
**Obrázek 9 – Stala se situace, která potom vyžadovala vyhledat psychologa či peera? [Zdroj:]**

Pro úplnost doplňujeme opět tabulku s jednotlivými výsledky v rámci třech složek integrovaného záchranného systému, kde je patrný opakující se trend, tedy že zaměstnanci zdravotnické záchranné služby nevnímají při výkonu služby tak velkou míru psychické zátěže oproti policistům a hasičům (viz. tabulka 4).

**Tabulka 4 – Stala se při výkonu situace, po které by bylo vhodné podle Vašeho názoru využít peera či psychologa?**

	<b>PČR (%)</b>	<b>HZS ČR (%)</b>	<b>ZZS (%)</b>
<b>Ano</b>	58	56	42
<b>Ne</b>	42	44	58

Série dalších otázek dotazníkové studie byla směřována na psychologickou péči poskytovanou zaměstnavatelem. Nejdříve jsme zjišťovali vůbec povědomí o zajištění psychologických služeb danou organizací. Jak můžeme vidět na grafu 10., 84 % respondentů na tuto otázku zodpovědělo kladně, 4 % záporně a 12 % dotázaných si nebyli jistí. Přičemž nejvyšší procento záporných a nejistých odpovědí bylo zaznamenáno u zdravotníků (viz. tabulka 5).



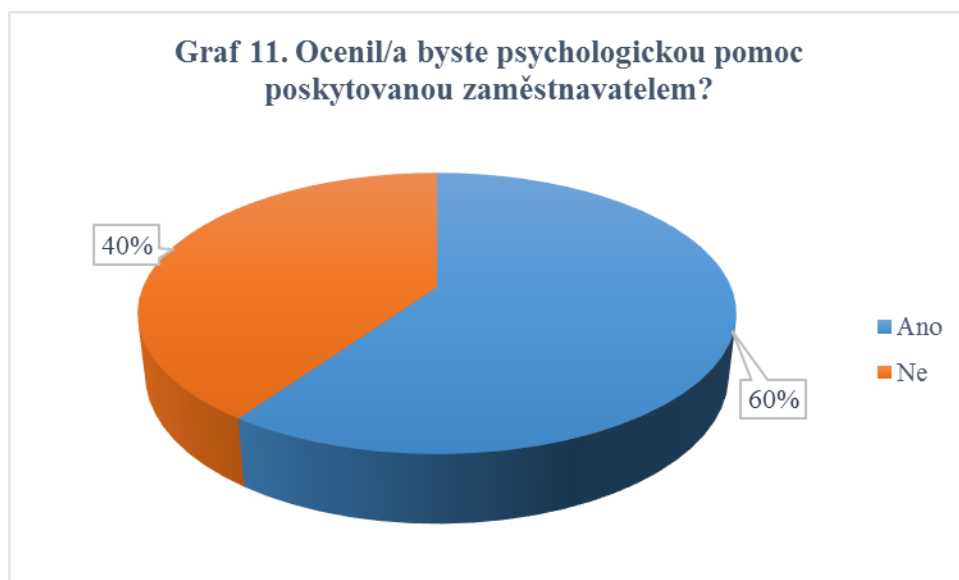
**Obrázek 10 – Poskytuje zaměstnavatel psychologickou pomoc?** [Zdroj:]

**Tabulka 5 – Poskytuje zaměstnavatel psychologickou pomoc?**

	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Ano</b>	81	92	77
<b>Možná, nevím o tom</b>	14	6	18
<b>Ne</b>	5	2	5

Respondenty, kteří na předcházející otázce odpověděli záporně či nejistě, jsme rovněž požádali o vyjádření se, zda by vůbec ocenili, kdyby jejich zaměstnavatel v rámci organizace psychologickou službu poskytoval. Většina (60 %) jich odpověděla, že ano (viz. graf 11.), přičemž jak je možno sledovat v tabulce 6, rozložení odpovědí u jednotlivých složek integrovaného záchranného systému bylo téměř identické.



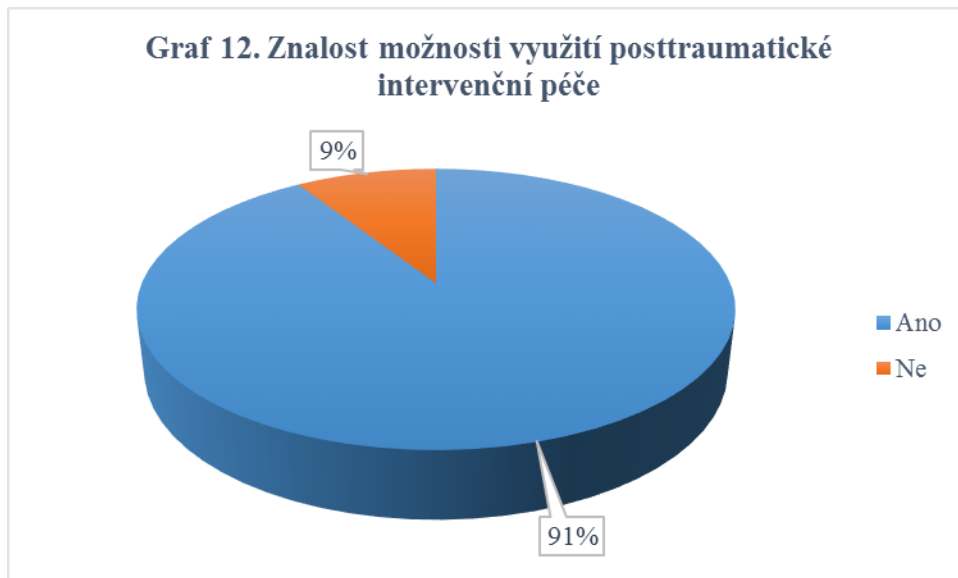


**Obrázek 11 – Ocenil/a byste psychologickou pomoc poskytovanou zaměstnavatelem?** [Zdroj:]

**Tabulka 6 – Ocenil/a byste psychologickou pomoc poskytovanou zaměstnavatelem?**

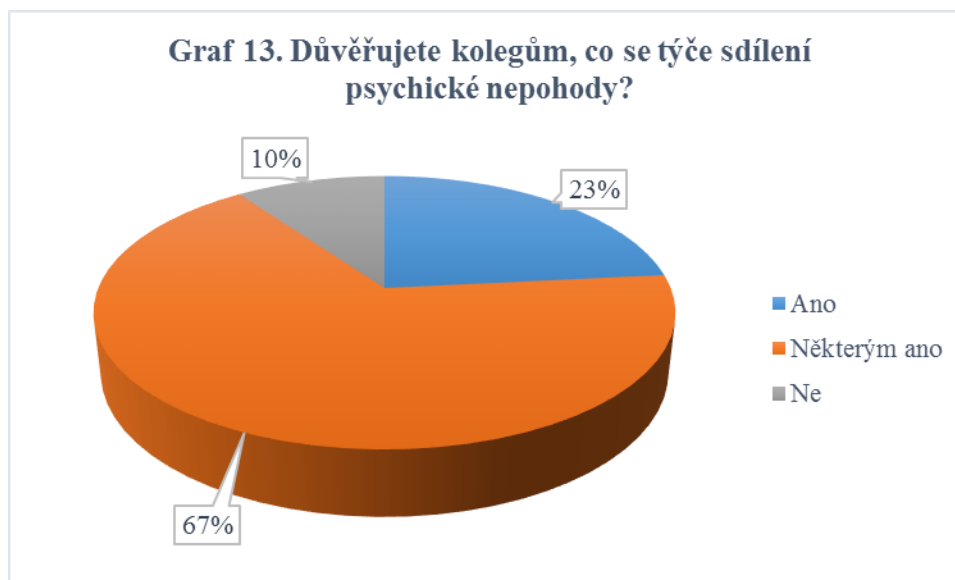
	<b>PČR (%)</b>	<b>HZS ČR (%)</b>	<b>ZZS (%)</b>
<b>Ano</b>	60	57	61
<b>Ne</b>	40	43	39

Opět v rámci zajištění validity sebraných dat jsme zařadili do dotazníku otázku zjišťující obdobné informace. Tentokrát otázka byla směřována přímo na intervenční péči vedenou peerem či psychologem, tedy zda daní respondenti vědí, že mohou po velmi náročném výjezdu službu posttraumatickou intervenční péči využít. Z níže přiloženého grafu 12. je zřejmé, že 91 % dotázaných je s touto službou obeznáno a 9 % nikoli.



**Obrázek 12 – Znalost možností využití posttraumatické intervenční péče. [Zdroj:]**

Jelikož jsme si při sestavování tohoto dotazníku byli vědomi toho, že první psychickou pomoc nabízí vedle psychologa i peer neboli profesní kolega proškolený v této problematice, zajímalo nás, jakou důvěru mají respondenti ke svým kolegům, co se týče příp. sdílení jejich psychické nepohody a obtíží. Z grafu 13. můžeme vyčíst, že 23 % respondentů svým kolegům důvěřuje, 67 % důvěřuje pouze některým a 10 % nedůvěřuje vůbec, a tudíž předpokládáme, že by se svými potížemi na pracovišti vůbec nesvěřili. Pro ucelení představy přikládáme rovněž tabulku 7, kde je vidět, že policisté a zdravotníci vnímají důvěru v této oblasti na pracovišti obdobně, kdežto mezi zaměstnanci hasičského záchranného sboru je míra důvěry v tomto ohledu o něco vyšší.

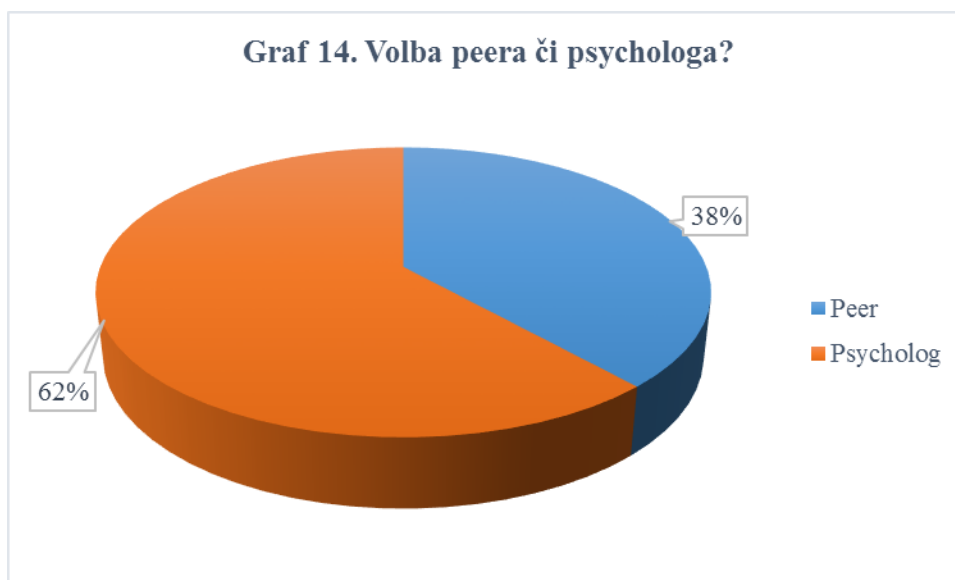


**Obrázek 13 – Důvěřujete kolegům, co se týče sdílení psychické nepohody.** [Zdroj]

**Tabulka 7 – Důvěřujete svým kolegům, co se týče sdílení psychické nepohody?**

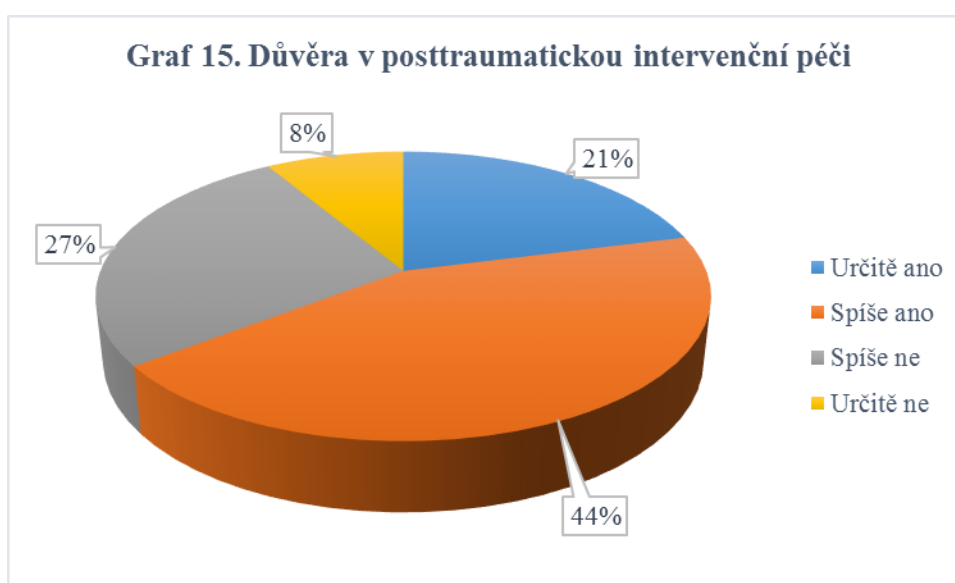
	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Ano</b>	18	30	20
<b>Některým ano</b>	69	63	69
<b>Ne</b>	13	7	11

Rovněž nás zajímalo, zda by v případě potřeby jednotliví zaměstnanci volili kontakt s peerem, nebo by se raději obrátili přímo na psychologa. Jak je vidět v grafu 14., více jak polovina (62 %) by oslovila přímo psychologa. I jednotlivé výsledky všech tří složek integrovaného záchranného systému se téměř shodovaly.



**Obrázek 14 – Volba peera či psychologa.** [Zdroj]

Vedle důvěry mezi kolegy jsme v rámci dotazníkové studie zjišťovali přímo i míru důvěry v posttraumatickou intervenční péči, kterou jim organizace zajišťuje. 21 % respondentů odpovědělo, že v péči má plnou důvěru, 44 % spíše ano, 27 % spíše ne a 8 % dotazovaných přiznalo, že důvěru v tento systém poskytované péče necítí (viz graf 15.). Z jednotlivých výsledků daných složek integrovaného záchranného systému je zřejmé, že více systému intervenční péče důvěřují policisté a hasiči oproti zdravotníkům (viz. tabulka 8).

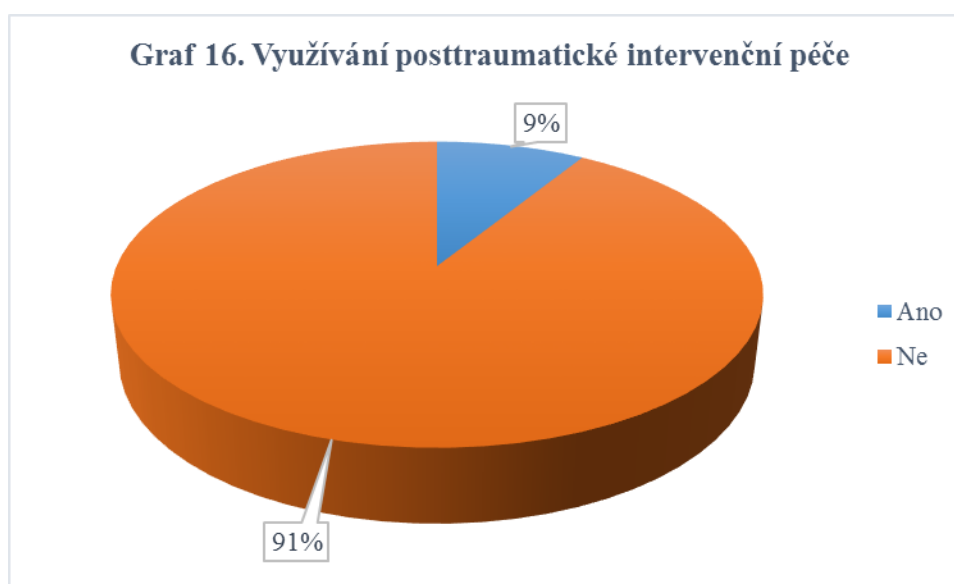


**Obrázek 15 – Důvěra v posttraumatickou intervenční péči.** [Zdroj]

**Tabulka 8 – Důvěra v posttraumatickou intervenční péči**

	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Určitě ano</b>	18	33	8
<b>Spíše ano</b>	47	42	43
<b>Spíše ne</b>	25	20	37
<b>Určitě ne</b>	10	5	12

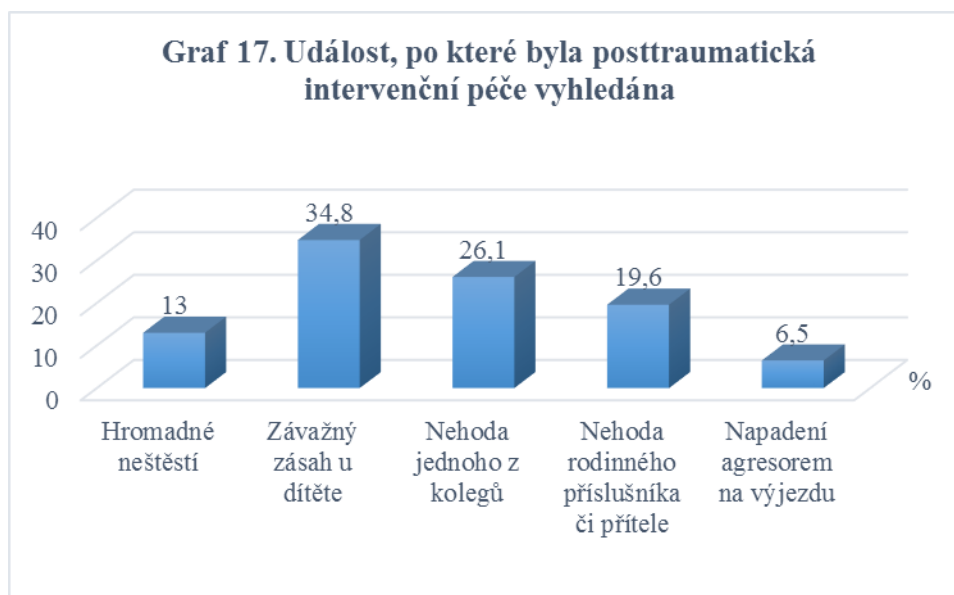
Dále jsme respondentům pokládali otázky, zda vůbec někdy služeb posttraumatické intervenční péče využili, s jakou frekvencí ji příp. vyhledávají a na základě jaké prožité události peera či psychologa kontaktovali. Co se týče využití posttraumatické intervenční péče, pouze 9 % dotazovaných odpovědělo kladně (viz. graf 16.). S vyšší frekvencí psychologickou pomoc vyhledávají hasiči a policisté, nežli zdravotníci, ale celkově zaměstnanci jednotlivých složek tuto službu využili převážně pouze jednou (viz. tabulka 9). A co se týče typu prožité události, která je pro jednotlivé příslušníky integrovaného záchranného systému nejvíce psychicky zatěžující (viz. graf 17), nejčastěji se jednalo o závažný zásah u dítěte (34,8 %), v druhé řadě o nehodu jednoho z kolegů (26,1 %) a jako třetí nejčastější volba se ukázala nehoda rodinného příslušníka či přítele (19,6 %).



**Obrázek 16 – Využívání posttraumatické intervenční péče. [Zdroj]**

**Tabulka 9 – Frekvence využívání posttraumatické intervenční péče**

	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Využil/a jsem jednou</b>	57	47	40
<b>Málokdy</b>	14	27	20
<b>Občas</b>	0	20	40
<b>Často</b>	29	0	0
<b>Velmi často</b>	0	6	0

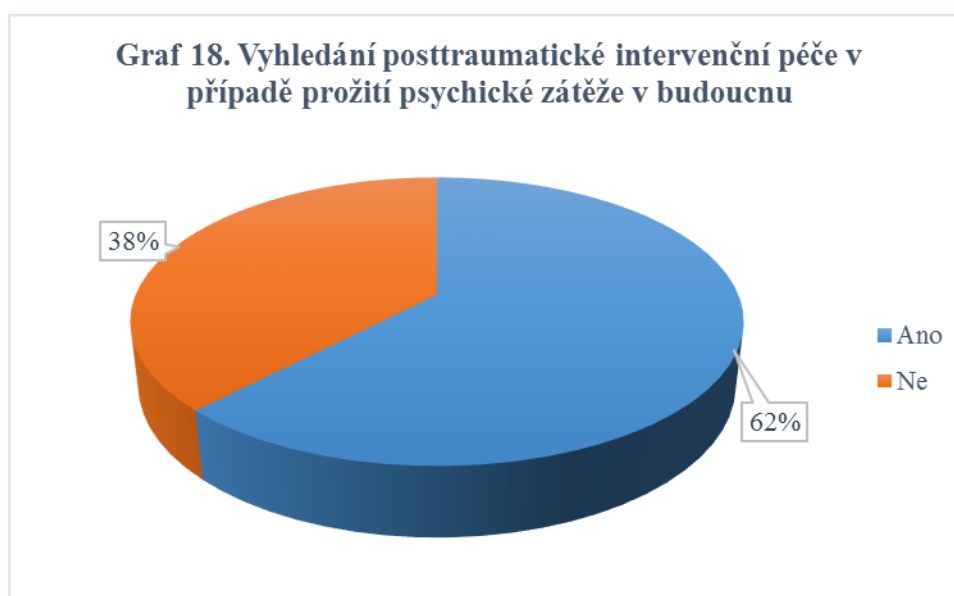
**Obrázek 17 – Událost, po které byla posttraumatická intervenční péče vyhledána.**  
[Zdroj]

Jelikož se domníváme, že je důležité i to, jak jsou zaměstnanci v příp. vyhledání posttraumatické intervenční péče s touto službou spokojeni, i na toto téma jsme se dotazovali respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku, zda mají s psychickou pomocí osobní zkušenost. Z tabulky 10 můžeme vyčíst, že největší efekt a smysluplnost psychické pomoci spatřují příslušníci Hasičského záchranného sboru ČR (kladné odpovědi u 93 % dotázaných), dále pak policisté (kladné odpovědi u 83 % respondentů) a až v poslední řadě zaměstnanci zdravotnické záchranné služby (80 % kladných odpovědí).

**Tabulka 10 – Efektivnost posttraumatické intervenční péče**

	<b>PČR (%)</b>	<b>HZS ČR (%)</b>	<b>ZZS (%)</b>
<b>Ano</b>	50	64	30
<b>Spíše ano</b>	33	29	50
<b>Spíše ne</b>	0	7	10
<b>Ne</b>	17	0	10

U celého výzkumného souboru jsme se zajímali o celkový postoj k systému posttraumatické intervenční péče a dotazovali jsme se, zda by tuto službu v budoucnu využili, pokud by psychicky zátěžovou situaci v rámci plnění výkonu služby prožili. Jak je patrné z výsledků zaznamenaných v grafu 18., více jak polovina, přesněji řečeno 62 % respondentů, by za psychickou první pomoc bylo rádo. Rovněž bychom chtěli doplnit fakt, že větší procento kladných odpovědí bylo sledováno u příslušníků policejních a hasičských sborů, kdežto u zdravotníků jsou kladné a záporné odpovědi zcela vyrovnané (viz. tabulka 11).



**Obrázek 18 – Vyhledání posttraumatické intervenční péče v případě prožití psychické zátěže v budoucnu. [Zdroj]**

**Tabulka 11 – Vyhledání posttraumatické intervenční péče v případě prožití psychické zátěže v budoucnu**

	<b>PČR (%)</b>	<b>HZS ČR (%)</b>	<b>ZZS (%)</b>
<b>Ano</b>	60	74	50
<b>Ne</b>	40	26	50

Těch respondentů, kteří se domnívají, že by v budoucnu po prožití psychické náročné situace první psychologickou pomoc využili, jsme požádali o jejich odhad toho, o jakou situaci by se pravděpodobně jednalo. Na grafu 19. je znázorněno procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí. Dotazovaní nejčastěji odpovídali, že by se jednalo nejspíše o nehodu rodinného příslušníka či přítele (32,1 %), v druhé řadě o závažný zásah u dítěte (27,9 %) a jako třetí psychicky nejnáročnější situaci zhodnotili nehodu jednoho z kolegů. Z příložené tabulky 12 můžeme i vidět, že procentuální zastoupení odpovědí u jednotlivých složek integrovaného záchranného systému je obdobné.



**Obrázek 19 – Pravděpodobnost vyhledání psychologické pomoci vzhledem k typu události** [Zdroj]

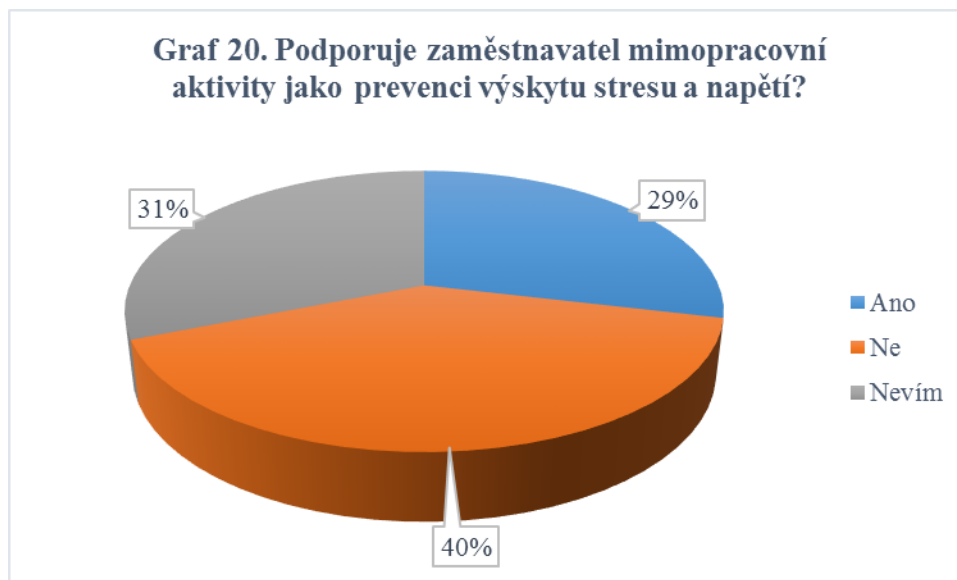
**Tabulka 12 – Pravděpodobnosti vyhledání psychologické pomoci vzhledem k typu události**

	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Hromadné neštěstí</b>	16	12	14
<b>Závažný zásah u dítěte</b>	29	29	25
<b>Nehoda jednoho z kolegů</b>	14	24	23
<b>Nehoda rodinného příslušníka či přítele</b>	36	32	28
<b>Napadení agresorem na výjezdu</b>	5	1	7
<b>Ostatní</b>	0	2	3

Dále jsme se zajímali, zda zaměstnavatelé využívají některé z možností, jak primárně předcházet rozvoji posttraumatické stresové poruchy. Nejdříve jsme se

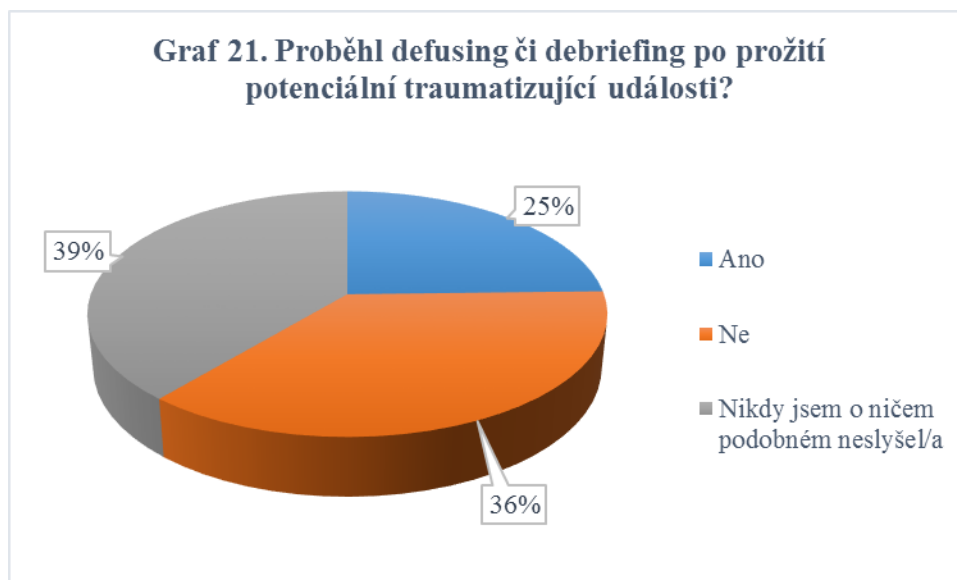


dotazovali, zda zaměstnavatelé podporují některé z mimopracovních aktivit na podporu prevence výskytu stresu a napětí (např. sportovní aktivity, relaxační techniky, kurzy, terapeutická sezení jako je např. muzikoterapie, arteterapie aj.). 29 % respondentů odpovědělo kladně, 40 % záporně a 31 % nedokázalo na tuto otázku z důvodu neznalosti odpovědět (graf 20.).



**Obrázek 20 – Podporuje zaměstnavatel mimopracovní aktivity jako prevenci výskytu stresu a napětí. [Zdroj]**

Dalším vhodným nástrojem pro minimalizaci rozvoje této poruchy je realizace skupinových intervencí, jako je debriefing či defusing, pokud jednotka prožije traumatizující událost (přírodní katastrofa, vážná či hromadná nehoda, napadení apod.). Proto jsme zjišťovali, zda jsou tyto metody u jednotlivých záchranných sborů praktikovány. Jak je znázorněno v grafu 21., 25 % respondentů odpovědělo, že tyto techniky jsou u nich na pracovišti praktikovány, 36 % dotázaných odpovědělo naopak záporně a 39 % zkoumaného souboru dokonce o těchto technikách nikdy ani neslyšelo. Jelikož nás tyto výsledky překvapily, blíže jsme se podívali na rozložení odpovědí u jednotlivých sborů. Jak je patrné v tabulce 13, nejvíce jsou tyto techniky pravděpodobně realizovány u posádek Hasičského záchranného sboru ČR.

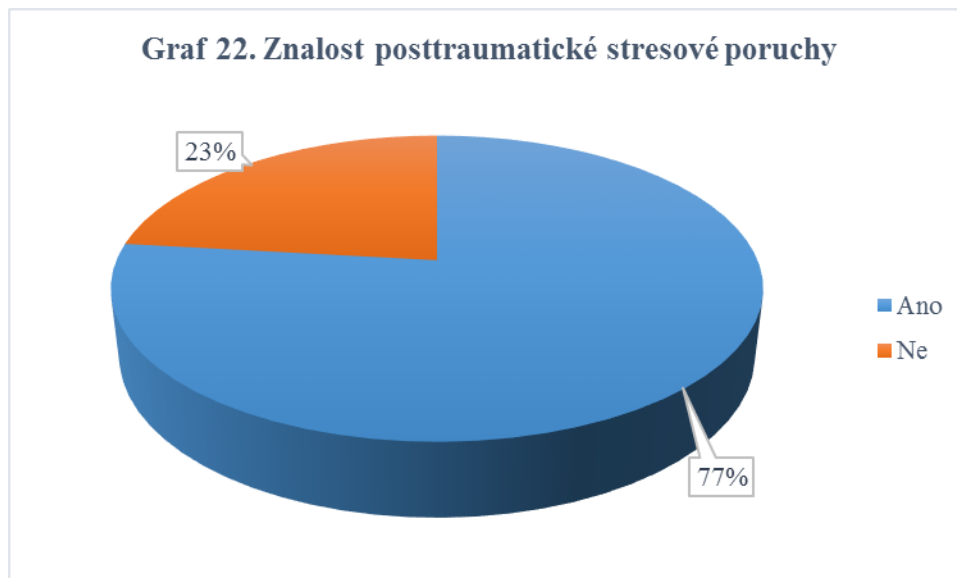


**Obrázek 21 – Proběhl defusing či debriefing po prožití potenciální traumatizující události. [Zdroj]**

**Tabulka 13 – Proběhl defusing či debriefing po prožití potenciální traumatizující události?**

	<b>PČR (%)</b>	<b>HZS ČR (%)</b>	<b>ZZS (%)</b>
<b>Ano</b>	12	39	17
<b>Ne</b>	34	36	39
<b>Nikdy jsem o ničem podobném neslyšel/a</b>	54	25	44

Třetí mapovanou oblastí prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy byla znalost této poruchy, protože již znalost mi ukazuje cestu, jak se vyléčit. Na otázku, zda respondenti vědí, co posttraumatická stresová porucha obnáší, odpovědělo 77 % dotazovaných kladně a 23 % přiznalo, že jejich znalosti nejsou úplné (viz. graf 22.). Přičemž když se podíváme v tabulce 14 na výsledné hodnoty znalosti této poruchy u jednotlivých sborů integrovaného záchranného systému, největší přehled mají zdravotníci (82 %) a naopak nejmenší policisté (70 %).

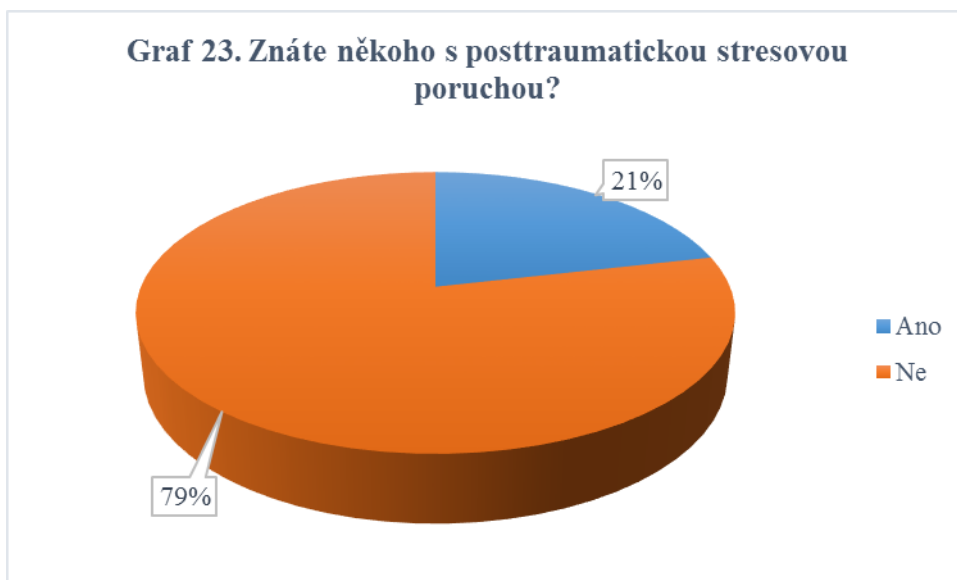


**Obrázek 22 – Znalost posttraumatické stresové poruchy.** [Zdroj]

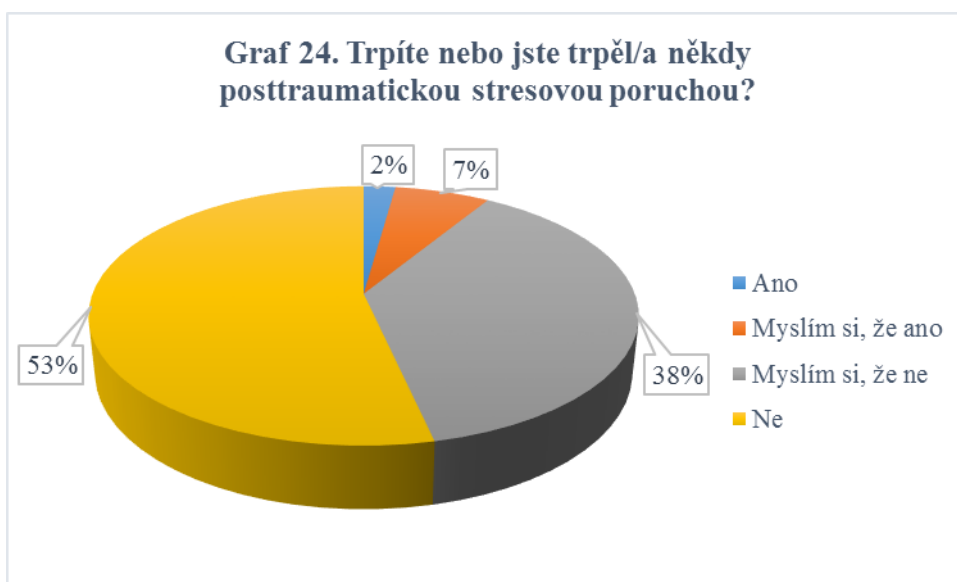
**Tabulka 14 – Znalost posttraumatické stresové poruchy**

	<b>PČR (%)</b>	<b>HZS ČR (%)</b>	<b>ZZS (%)</b>
<b>Ano</b>	70	77	82
<b>Ne</b>	30	23	18

Mezi cíle naší práce sice nepatřilo zjištění, kolik zaměstnanců je touto poruchou postihnuto, ale pro úplnost informací jsme do dotazníku tuto otázku doplnili. Nejdříve jsme se respondentů ptali, jestli znají někoho, kdo by posttraumatickou stresovou poruchou trpěl. 21 % dotázaných nám sdělilo, že ano, 79 % naopak odpovědělo záporně (viz. graf 22.).



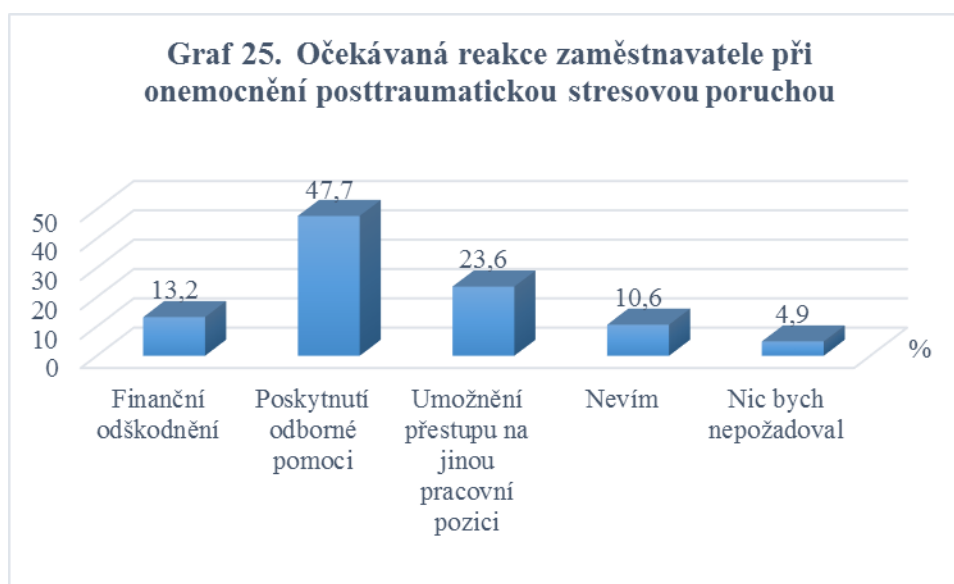
**Obrázek 23 – Znáte někoho s posttraumatickou stresovou poruchou.** [Zdroj]



**Obrázek 24 – Trpíte nebo jste trpěl/a někdy posttraumatickou stresovou poruchou.** [Zdroj]

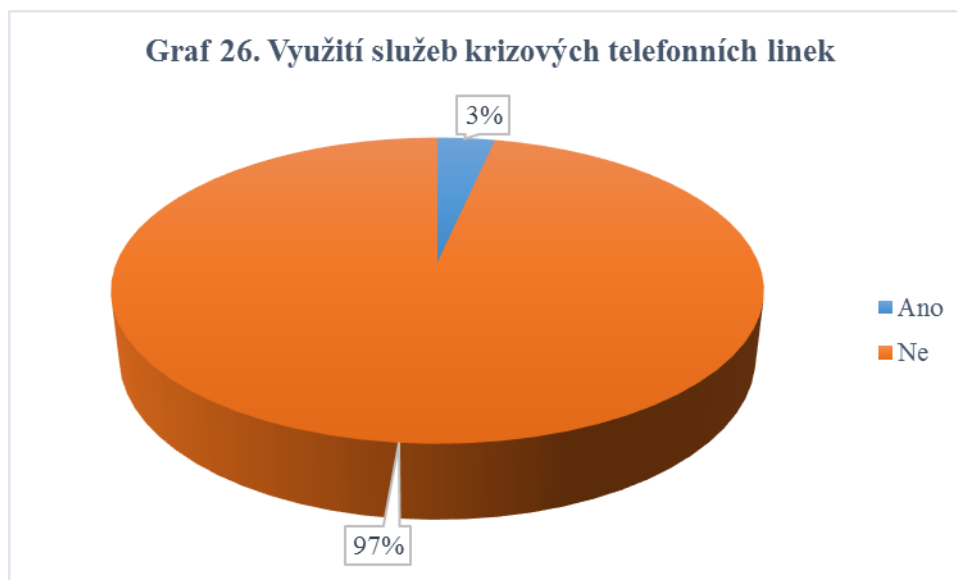
Následně pak padl i dotaz, zda oni sami aktuálně nebo někdy v minulosti touto poruchou trpěli. Z grafu 24. můžeme vyčíst, že 2 % dotázaných přiznalo, že si touto poruchou prošlo nebo ještě prochází, 7 % se domnívá, že jí trpělo/ trpí, ale evidentně nebyla diagnóza potvrzena odborníkem. 38 % respondentů se domnívá, že je tato pravděpodobně nepostihla a 53 % je o tom přesvědčených.

Protože jedním z cílů naší práce je příp. navrhnout dalších úprav systému posttraumatické intervenční péče, aby se stal ještě efektivnějším, do dotazníku jsme zařadili i otázku, co by příslušníci sborů integrovaného záchranného systému očekávali od svého zaměstnavatele, kdyby při výkonu služby utrpěli takové trauma, které by pak zapříčinilo vznik posttraumatické stresové poruchy. Téměř polovina (viz. graf 25.) se shodla v tom, že by očekávali poskytnutí odborné pomoci (47,7 %), následně by uvítali umožnění přestupu na jinou pracovní pozici (23,6 %) a jako třetí nejčastější volbou bylo finanční odškodnění (13,2 %).



**Obrázek 25 – Očekávaná reakce zaměstnavatele při onemocnění posttraumatickou stresovou poruchou.** [Zdroj]

Jelikož u nás v České republice existují krizové telefonní linky, policisté a hasiči mohou dokonce využívat své vlastní Anonymní linky pomoci v krizi, která byla zřízena speciálně pro některé skupiny státních zaměstnanců, zařadili jsme do dotazníkového šetření i otázky směřující k zjištění, jak hojně je služba krizových telefonních linek využívána. Jak je patrné z grafu 26., tuto službu respondenti příliš nevyužívají. Pouze 3 % dotázaných odpovědělo, že na jednu z těchto linek zavolalo. Abychom byli přesní, jednalo se pouze o 13 respondentů.



**Obrázek 26 – Využití služeb krizových telefonních linek.** [Zdroj]

Přičemž těch několik málo respondentů, kteří na tyto linky někdy zavolali, jsme ještě požádali o doplnění informací, jak často se na tuto službu obrací a jak spatřují její efektivnost, smysluplnost. Co se týče frekvence, nejedná se o pravidelně využívanou pomoc, ale spíše jednorázovou, nebo max. občasnou (viz. tabulka 15). A efektivnost této služby vnímá 69 % dotázaných pozitivně, 15 % moc nepomohla a 8 % respondentů postrádá efekt úplně (viz. tabulka 16).

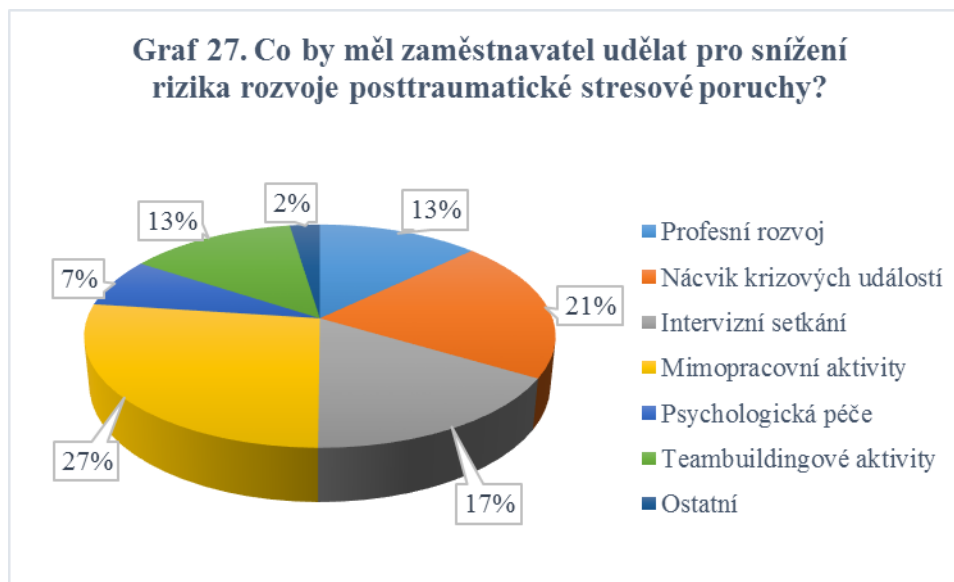
**Tabulka 15 – Frekvence využívání služeb krizových telefonních linek**

	%
<b>Využil/a jsem ji jednou</b>	31
<b>Málokdy</b>	38
<b>Občas</b>	31
<b>Často</b>	0
<b>Velmi často</b>	0

**Tabulka 16 – Efektivnost službu krizové telefonní linky**

	%
<b>Ano</b>	46
<b>Spíše ano</b>	31
<b>Spíše ne</b>	15
<b>Ne</b>	8

Naši dotazníkovou studii uzavírala otázka zaměřená na oblast snížení rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Jednotlivých účastníků jsme se ptali, co by podle nich měl zaměstnavatel změnit či ještě více podpořit, aby k tomuto snížení došlo. Největší množství pomyslných bodů získala finanční podpora mimopracovních aktivit jako prevence stresu (27 %), na druhém místě volili zajištění pravidelného nácviku krizových událostí, které se mohou při výkonu služby stát (21 %) a za třetí by uvítali pořádání pravidelných intervizních setkání (17 %). 13 % pomyslných hlasů získala jak možnost pořádání teambuildingových akcí, tak zajištění profesního rozvoje formou dalšího vzdělávání a nejméně měli zaměstnanci zájem o finanční podporu psychologické péče poskytované mimo organizaci (7 %). Pod 2 % ostatních odpovědí se skrývají vlastní náměty respondentů zapojených do dotazníkové studie. Jako nejčastější zmiňovaný návrh byla nutnost změny přístupu vedení na daném pracovišti (více poskytovat pozitivní zpětnou vazbu zaměstnancům, rovný přístup, důvěra při řešení příp. problémů na pracovišti apod.), což by přineslo podle některých i snížení stresu na samotném pracovišti, dále pak byl dvakrát popsán návrh placených lázní či dalšího volna pro dostatečné nabrání sil do dalšího pracovního období. Jeden dotazovaný vysvětloval, že sice zaměstnavatel finančně podporuje mimopracovní aktivity, ale v drtivé většině je finančních prostředků tak málo, že ne všichni mohou těchto benefitů čerpat. Jako nepříznivý zatěžující faktor byla zmíněna i zvyšující se byrokracie. Jeden respondent by shledával pozitivně zvýšení finančního ohodnocení jako prevenci vymizení finančním problémům v soukromém životě. A poslední námět byl směřován na poskytování psychologické péče zaměstnancům, kteří trpí syndromem vyhoření.



**Obrázek 27 – Co by měl zaměstnavatel udělat pro snížení rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy. [Zdroj]**

Pokud se ještě naposledy podíváme i na procentuální zastoupení odpovědí u jednotlivých sborů integrovaného záchranného systému v tabulce 17, zjistíme, že ve všech třech složkách se pořadí preferovaných aktivit shoduje. Jedinou výjimkou je pořadání teambuildingových aktivit, kterou zdravotníci vnímají jako více aktuálně potřebnou, nežli profesní rozvoj formou dalšího vzdělávání.

**Tabulka 17 – Co by měl zaměstnavatel udělat pro snížení rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy?**

	PČR (%)	HZS ČR (%)	ZZS (%)
<b>Profesní rozvoj</b>	13	14	10
<b>Návěk krizových událostí</b>	25	19	20
<b>Intervizní setkání</b>	14	19	16
<b>Mimopracovní aktivity</b>	27	26	28
<b>Psychologická péče</b>	7,5	6	8
<b>Teambuildingové aktivity</b>	13	14	14
<b>Ostatní</b>	0,5	2	4



## 6.2 SWOT analýza

SWOT analýzy jsme uskutečnili celkem tři. Pro účely jednotlivých analýz jsme použili veškeré informace popsané v kapitole 4.4 Systémy posttraumatické intervenční péče. V této kapitole si klademe za cíl popsat detailně jednotlivé SWOT analýzy u všech třech složek sborů integrovaného záchranného systému. V každé následující podkapitole budeme uvádět nejdříve přehledovou tabulku silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb, a to i s jejich zdůvodněním. Až poté čtenáři předložíme SWOT matici a vše popíšeme.

Pro srozumitelnost samotné matice bychom teď ještě chtěli detailněji vysvětlit, co znamenají jednotlivá znaménka „+, - a 0“. Dedouchová (2001, s. 50) popisuje, že:

- *„Znaménko „+“ se použije, jestliže:*
  - *silná stránka umožní organizaci využít příležitosti nebo odvrátit hrozbu, která vyplývá ze změny v okolí organizace,*
  - *slabá stránka bude vyvážena změnou v okolí organizace.*
- *Znaménko „-“ vyjadřuje situaci, kdy:*
  - *silná stránka bude změnou v okolí organizace redukována,*
  - *slabá stránka zabrání organizaci vyhnout se ohrožení nebo bude význam slabé stránky změnou v okolí organizace ještě zvýrazněn.*
- *Znaménko „0“ vyjadřuje, že mezi faktory neexistuje žádný vztah.“*

## 6.2.1 SWOT analýza systému posttraumatické intervenční péče u Policie ČR

**Tabulka 18 – Přehledová SWOT tabulka PČR**

	<b>Identifikace dané oblasti</b>	<b>Proč?</b>
<b>Silné stránky</b>	Jednotný systém poskytování psychologické péče	Jasný řád, struktura, transparentnost celého systému přináší jistotu, důvěru v daný systém a zvyšuje pravděpodobnost jeho využití zaměstnancem v příp. potřeby.
	Vysoká informovanost o možnostech využití psychosociální péče	Zvyšuje se pak pravděpodobnost požádání o psychickou pomoc v příp. potřeby.
	Dostačující personální zajištění na pozicích psychologů	Rychlá dostupnost psychologické služby.
	Dostačující personální zajištění na pozicích peerů	Rychlá dostupnost první psychické pomoci.
	Provádění skupinových intervencí	Snižuje riziko rozvoje PTSD.
	Možnost výběru peera	Zvyšuje se pak pravděpodobnost požádání o psychickou pomoc v příp. potřeby.
	Nácvik krizových situací	Jedná se o formu primární prevence rozvoje PTSD.
	Anonymní linka pomoci	Nepřetržitá dostupnost psychické pomoci, kdy rychlost poskytnuté péče v příp. krize hraje klíčovou roli. Zvyšuje se rovněž pravděpodobnost využití psychické pomoci u zaměstnanců, kteří mají i vzhledem k etickému kodexu týmu PIP obavy z prozrazení.
	Zajišťování osvěty a vzdělávání zaměstnanců v oblasti psychické zátěže a poskytování první psychické pomoci	Jedná se o formu primární prevence rozvoje PTSD. Znalost poskytnutí první psychické pomoci kolegovi, pokud peer ani psycholog nebudou na blízku.
<b>Příležitosti</b>	1 - Finanční podpora pravidelných relaxačních aktivit (např. fyzioterapie, masáže) a ozdravných pobytů	Využívání dalších možností jak bojovat se stresem, neboli i primární prevence rozvoje PTSD.
<b>Hrozby</b>	2 - Změna politického vedení	Politické strany mnohdy nereflektují potřeby v různých sektorech a mají tendenci dodržet volební sliby.
	3 - Změna zákonů řešící finanční zabezpečení personálu.	Může vést ke snížení finanční podpory a tudíž k odlivu personálu, protože nebude možnost dané pracovníky udržet, nebo pro ně finanční ohodnocení nebude odpovídající za odvedenou práci.
	4 - Nestabilní státní rozpočet	Snížení finančního ohodnocení této práce státem může způsobit odliv personálu.
	5 - Sociokulturní situace a nárůst hrozby teroristických útoků	U teroristických útoků narůstá pravděpodobnost vyššího počtu zraněných a mrtvých, čímž se tato mimořádná událost může stát o to více zatěžující.
	6 - Klesající kvalita nových uchazečů o zaměstnání	Nižší psychická odolnost. Nižší fyzická odolnost, nedostatečnost se může promítat i do oblasti psychické a snižuje se tak odolnost psychická.

7 - Zvýšené riziko pracovního úrazu fyzického charakteru	Bezpečnostní pravidla nejsou vždy 100%ní, nejde vše vždy předvídat. Psychická zátěž v rámci výjezdu pak může být fyzickým zraněním umocněna a může dojít k rozvoji PTSD. Rovněž je zde vyšší pravděpodobnost i sekundární traumatizace spojená se zraněním či úmrtím kolegy.
--	--

**Tabulka 19 – SWOT matice PČR**

		Příležitosti	Hrozby							Σ+	Σ-
		1	2	3	4	5	6	7			
<b>Silné stránky</b>	System	0	-	0	0	+	+	+	3	1	
	Informovanost	0	0	0	0	+	+	+	3	0	
	Psychologové	0	-	-	-	+	+	+	3	3	
	Pečeři	0	-	-	-	+	+	+	3	3	
	Skupinové intervence	+	-	-	-	+	+	+	4	3	
	Výběr peera	0	-	-	-	+	+	+	3	3	
	Krizové situace	+	-	-	-	+	+	+	4	3	
	Anonymní linka pomoci	0	-	-	-	+	+	+	3	3	
	Osvěta a vzdělávání	+	-	-	-	+	+	+	4	3	
Σ+		3	0	0	0	9	9	9			
Σ-		0	8	7	7	0	0	0			

Jak je patrné z tabulky 18, v rámci systému posttraumatické intervenční péče a celého systému poskytování psychologických služeb u Policie České republiky jsme shledali 9 silných stránek. Ať už se jedná o vysokou informovanost, zajištění různorodé psychologické péče v každém kraji, širokou síť peerů, osvětu, nácviky krizových a potenciálně traumatizujících situací, které se mohou při výkonu služby stát, zřízení linky pomoci nebo i fakt, že systém psychologické péče je ukotven závazným pokynem policejního prezidenta a má jasnou strukturu a pravidla.

Jelikož Policie České republiky se o své zaměstnance v tomto smyslu stará již od roku 2001 a neustále dochází k úpravám a změnám systému posttraumatické intervenční péče, nalézání slabých stránek pro nás bylo velmi náročné. Nejdříve jsme se domnívali, že počet psychologů pracujících pro Policii ČR není mnoho a napadlo nás, že to pak přináší několik úskalí. Nakonec ale psychologové PČR nás v rámci rozhovorů v tomto směru vyvedli z omylu a dokonce popsali i další metody, strategie, které se dějí, aniž by se v závazném pokynu policejní prezidenta popisovaly (viz. kapitola 4.4.1).

I když jsme si vědomi toho, že součástí SWOT analýzy by měly být i slabé stránky, nám se je bohužel nepodařilo identifikovat.

Jako příležitost vnímáme v oblasti finanční podpory relaxačních aktivit (např. masáže, fyzioterapie), ozdravných pobytů či jiných aktivit na podporu práce a boje se stresem (vzdělávací semináře zaměřené na práci s vlastním stresem, nebo např. muzikoterapie, arteterapie). Domníváme se, že jistým způsobem jsou na některé z těchto aktivit finance vynakládány v rámci fondu kulturních a sociálních potřeb (FKSP), ale jistě se nejedná o pravidelnou podporu, protože to není zmíněno v závazném pokynu policejního prezidenta a tudíž se toto nevnímá jako možnost prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy.

Poslední část SWOT analýzy tvoří identifikované hrozby, kterých vnímáme šest. Několik z nich se týká politického vedení, zákonů řešících finanční zabezpečení celého systému psychologické péče a státního rozpočtu, odkud právě finance přichází. Jedná se o hrozby, na které máme stěží nějaký vliv (až na možnost voleb politického uskupení v České republice) a mohou mít na celý systém posttraumatické intervenční péče velmi neblahý dopad. Sice žijeme naštěstí již v době, kdy je psychologická péče vnímána jako potřebná, nutná, ale trůfáme si říci, že pokud by došlo k určité finanční krizi, pravděpodobně by byla finančně okleštěna mezi prvními. Jak můžete vidět v tabulce 18, rovněž jsme do hrozeb zahrnuli sociokulturní situace a hrozby teroristických útoků, jejichž riziko v poslední době stoupá. O hrozbu ve spojitosti s rozvojem posttraumatické stresové poruchy se jedná hlavně proto, že teroristický útok je vždy nečekaný, v daný okamžik jsou lidé bezbranní, útočí se na civilní obyvatelstvo, tedy i ženy a děti, často se jedná o velké ztráty na životech a my v teroristických útocích nevnímáme žádný smysl, jen bezdůvodné zlo. Jako další hrozby se obáváme příp. klesající kvality nových uchazečů do řad policejních sborů. V posledních letech jsme svědky tohoto jevu u Armády České republiky, která musela nedávno upravit i přijímací normy tak, aby byl nábor úspěšnější. Pokud se tak bude dít i v případě policie, bude pak hrozit, že se do služby dostanou policisté, kteří nebudou buď tak psychicky odolní, či výhodně „osobnostně nastavení“ a zvládání vypjatých situací při výkonu služby pro ně bude náročné. Nebo nebudou třeba v takové fyzické kondici, která je rovněž může v určitých chvílích limitovat a pocit, že nejsem schopen svou práci vykonávat tak, jak bych měl, se může opět i projevit v oblasti psychické. Jako poslední hrozbu jsme popsali obecně

zvýšené riziko pracovního úrazu fyzického charakteru. I když se postupuje podle bezpečnostních předpisů, okamžik náhody může vykonat své a k fyzické újmě dojít. Právě o to jsou pomáhající profese psychicky náročnější. Pro záchranu člověka mnohdy policisté dělají tolik, že jsou ohroženi i oni samotní.

Nyní bychom rádi přistoupili k popisu výsledků SWOT analýzy systému posttraumatické intervenční péče u Policie ČR, kterou můžeme vidět v tabulce 19. Kdyby Policie ČR využila více námi popsané příležitosti, tedy finančně by podporovala pravidelné relaxační aktivity, ozdravné pobyty apod., zaměstnanci by měli pravděpodobně více psychických sil, lépe by pak zvládali nejenom náročné situace při výkonu služby, ale i by se umocnil efekt skupinových intervencí, osvěty a vzdělávání a v neposlední řadě by i lépe zvládali samotné nácviky krizových situací. Pokud prožijí pozitivně krizovou situaci, pravděpodobně do jiné budou vstupovat s menší mírou obav, které by mne mohly ve vypjatých momentech jen zpomalovat.

Co se týče hrozeb, domníváme se, že polovinu z nich by mohly námi identifikované stránky vykompenzovat, bohužel u dalších tří shledáváme velké riziko a měli bychom být obezřetní. Zhodnotili jsme, že všechny výše popsané silné stránky, tedy takto nastavený systém psychologické péče by se mohl vypořádat jak s hrozbou teroristických atentátů a jiných konfliktů na podkladě sociokulturních odlišností, tak s příp. snižující se kvalitou nových uchazečů o práci policisty nebo se zvýšeným rizikem pracovních úrazů fyzického charakteru. Bohužel první námi popsané hrozby mohou významně narušit tento fungující systém. Změna politického vedení státu totiž může vyvolat změny systému, které nebudou efektivní. Může pak dojít např. ke zrušení anonymní linky pomoci, protože krizové telefonní linky podobného charakteru již existují. Může dojít ke snižování stavů na pozicích peerů i psychologů, čímž se sníží i rozsah poskytované péče, ať už se jedná o pravidelné vzdělávání, skupinové intervence nebo zajišťování poradenství, které se nutně netýká psychických potíží ve spojitosti s prožitou traumatickou událostí při výkonu služby. Stejný dopad by měla i změna financování systému psychologických služeb, ke kterému může dojít opět vlivem změny pohledu na financování různých částí státního sektoru, anebo poklesem či nestabilitou státního rozpočtu.

Nejvýznamnější silné stránky, které umí využít příležitosti z okolí, zároveň vykompenzovat polovinu námi identifikovaných hrozeb a které by systém měl nadále udržovat a rozvíjet, je osvěta, další vzdělávání v oblastech psychické odolnosti a realizace skupinových intervencí po náročných výjezdech a pravidelný nácvik potenciálně traumatizujících událostí.

## 6.2.2 SWOT analýza systému posttraumatické intervenční péče u zdravotnické záchranné služby

**Tabulka 20 – Přehledová SWOT tabulka ZZS**

	<b>Identifikace dané oblasti</b>	<b>Proč?</b>
<b>Silné stránky</b>	Personální zajištění první psychické pomoci profesním kolegy (peerem)	Peři jsou zastoupeni hojně ve všech krajích a mohou tak poskytnout první psychickou pomoc, která snižuje riziko rozvoje PTSD, navíc peer má dobrou znalost problematiky na pracovišti.
	Okamžitá informovanost o mimořádné události vedení ZZS i krajskému koordinátorovi SPIS	Možnost okamžitě reagovat a zajistit první psychickou pomoc, jejíž realizace snižuje riziko rozvoje PTSD.
	Rychlá dostupnost péče peera	Dobré zastoupení i v rámci jednotlivých okresů, navíc existuje i vysoká pravděpodobnost, že peer se zrovna v daný moment bude na pracovišti nacházet. Opět rychlost poskytnutí péče po mimořádné události je velmi důležitá.
	Možnost výběru peera	Znalost, nebo naopak neznalost daného peera, možnost vybrat profesního kolegu či kolegyni dává větší pravděpodobnost, že bude peer v příp. potřeby osloven.
	Zajišťování osvěty a vzdělávání v oblasti psychické zátěže již na SZŠ a i u řadových zaměstnanců	Využívání dvou možností primární prevence rozvoje PTSD.
	Nácvik krizových situací	Využívání další možnosti primární prevence rozvoje PTSD.
<b>Slabé stránky</b>	Neexistuje jednotný závazný pokyn či interní směrnice o poskytování SPIS na území ČR	Fungování SPIS je v krajích rozdílné, nejednotné.
	Chybí jasné vymezení pojmů pro oblast intervenční péče	Nejasnost přináší nejistotu, zmatek, kdy a jak má péče fungovat.
	Nedostatečná informovanost o službě SPIS.	Zaměstnanci následně o pomoc nepožádají, když by ji potřebovali.
	Nedostatečná realizace skupinových intervencí	Skupinové intervence mají jiný charakter a přínos v rámci vyrovnání se traumatizující událostí vzhledem k minimalizaci rozvoje PTSD.
	Velké časové prodlevy pro poskytnutí individuální psychologické péče	Jisté služby v rámci krizové intervenční péče může poskytnout pouze psycholog, kteří jsou v rámci SPIS bohužel pouze dva.
	Nemožnost si vybrat interního psychologa	Nemožnost výběru odborníka, kterému se mám naprosto otevřít a vybudovat s ním důvěrný vztah, snižuje pravděpodobnost, že daný pracovník psychologickou péčí vůbec vyhledá.
	Není v rámci závazného pokynu ukotveno pravidlo, že zaměstnanec nesmí být znevýhodňován v souvislosti s poskytnutím posttraumatické péče	Pokud není toto pravidlo ukotveno v interním nařízení či závazném pokynu, bude přetrvávat velká obava zaměstnanců o svou existenci v rámci organizace, a tudíž opět o pomoc v příp. potřeby nepožádají.
<b>Příležitosti</b>	1 - Správa ZZS spadá pod krajská území	SPIS může vhodně reagovat na potřeby v daném krajském regionu.
	2 - Využití externích psychologů pro zajištění psychologické péče (formou DPP či finančních příspěvků na péči jednotlivých zaměstnancům)	Širší pokrytí potřeby psychologických služeb jako prevence rozvoje PTSD.
	3 - Pořádání seminářů, vzdělávacích akcí zaměřených na oblast péče o své psychické	Využívání dalších možností jak bojovat se stresem, neboli i primární prevence rozvoje PTSD.

	zdraví	
	4 - Finanční podpora pravidelných sportovních a relaxačních aktivit (např. fyzioterapie, masáže)	Využívání dalších možností jak bojovat se stresem, neboli i primární prevence rozvoje PTSD.
	5 - Mezikrajská spolupráce SPIS a sdílení osvědčených postupů, zkušeností	Vzhledem k "mladosti" SPIS může spolupráce přinést urychlení procesu nalézání a odbourávání chyb, které se často v rámci nových projektů vyskytují, dochází rovněž k akceleraci kvalifikace, odbornosti jednotlivých pracovníků SPIS.
<b>Hrozby</b>	6 - Změna politického vedení	Politické strany mnohdy nereflektují potřeby v různých sektorech a mají tendenci dodržet volební sliby.
	7 - Změna zákonů řešící finanční zabezpečení personálu.	Může vést ke snížení finanční podpory a tudíž k odlivu personálu, protože nebude možnost dané pracovníky udržet, nebo pro ně finanční ohodnocení nebude odpovídající za odvedenou práci.
	8 - Nestabilní státní rozpočet	Snížení finančního ohodnocení této práce státem může způsobit odliv personálu.
	9 - Sociokulturní situace a nárůst hrozby teroristických útoků	U teroristických útoků narůstá pravděpodobnost vyššího počtu zraněných a mrtvých, čímž se tato mimořádná událost může stát o to více zatěžující.

**Tabulka 21 – SWOT matice ZZS**

		Příležitosti					Hrozby				Σ+	Σ-
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<b>Silné stránky</b>	Peři	+	0	0	0	0	-	-	-	+	2	3
	Informovanost koordinátora	+	+	0	0	0	0	0	0	+	3	0
	Dostupnost peera	+	0	0	0	0	-	-	-	+	2	3
	Výběr peera	0	0	0	0	0	-	-	-	+	1	3
	Osvěta a vzdělávání	+	+	+	+	+	-	-	-	+	6	3
	Nácvik krizových situací	+	+	+	+	+	-	-	-	+	6	3
<b>Slabé stránky</b>	Směrnice SPIS	+	0	0	0	0	+	0	0	-	2	1
	Vymezení pojmů	+	0	0	0	0	+	0	0	-	2	1
	Informovanost o SPIS	+	+	0	0	0	0	0	0	-	2	1
	Skupinová intervence	+	+	+	+	0	+	-	-	-	5	3
	Psychologická péče	+	+	+	+	0	+	-	-	-	5	3
	Výběr psychologa	+	+	0	0	0	+	-	-	-	3	3
	Znevýhodnění	+	0	0	0	0	+	0	0	-	2	1
	Σ+	12	7	4	4	2	6	0	0	6		
	Σ-	0	0	0	0	0	5	8	8	7		

Pojďme se nyní podívat na SWOT analýzu systému posttraumatické intervenční péče u zdravotnické záchranné služby (viz. tabulka 20). Po seznámení s jejich koncepcí poskytování psychologických služeb jsme identifikovali 6 silných stránek. Jedná se



o hustou síť peerů, což přináší jejich rychlou dostupnost a umožňuje vybrat si takového peera, ke kterému cítím důvěru, nebo naopak člověka, kterého vůbec neznám (co se týče svěřování se s psychickými těžkostmi, každý člověk to cítí jinak a má jinou potřebu). Výhodu rovněž spatřujeme v tom, že pokud se stane nějaká mimořádná událost, telefonická textová zpráva jdoucí přímo z interního systému o tom informuje okamžitě nejenom vedení ZZS, ale i daného krajského koordinátora. Ten tak dostane čas zajistit příp. první psychickou pomoc. Jako další silnou stránku vnímáme věnovaný čas osvětě a vzdělávání v oblasti posttraumatické stresové poruchy. A v poslední řadě je rovněž výhodou, že i zdravotnická záchranná služba se pravidelně účastní nácviku krizových událostí spolu s ostatními sbory integrovaného záchranného systému.

U koncepcie psychologických služeb zdravotnické záchranné služby bohužel shledáváme, oproti policistům a hasičům, nejvíce slabých stránek. Identifikovali jsme jich celkem 7. První z nich je fakt, že neexistuje doposud žádný závazný pokyn či interní nařízení, které by jasně definovalo pojmy spojené s posttraumatickou intervenční péčí, strukturu a pravidla pro její poskytování. Děje se tak proto, že oproti Policii ČR a Hasičskému záchrannému sboru ČR zdravotnická záchranná služba není centralizována a každá je zřizována a spravována daným krajem. Tento systémový nedostatek může přinášet v praxi mnoho nejasností, rozdílnosti přístupu, výkladu a u cíleného klienta i jistou nedůvěru v celý koncept. Proto jsme tento fakt zařadili do slabých stránek. Další slabou stránkou je stále nedostatečná informovanost o této službě (vycházeli jsme z tiskových informací samotného systému psychosociální intervenční péče na jejich internetových stránkách). V rámci celé České republiky mají zdravotníci k dispozici jen 6 psychologů (přičemž jeden u ZZS pracuje na poloviční pracovní úvazek a ostatních pět spolupracuje se SPIS externě formou dohody o provedení práce). To je z našeho pohledu opravdu nedostačující. Jednak si zaměstnanci nemohou vybrat, koho se svými trápeními oslovit a snižuje se tak pravděpodobnost, že v příp. potřeby pomoci o ni požádají. Za druhé dochází k výraznému okleštění forem poskytovaných psychologických služeb. Nemohou se pak vždy např. uskutečnit skupinové intervence po náročném výjezdu. A v poslední řadě, jelikož krizová intervence má vždy přednost před poskytováním terapie a poradenství, které se netýká nutně příp. traumatického zážitku při výkonu služby, prodlužují se objednávací lhůty pro klienty s touto potřebou. Nemusíme opět dodávat, že u zaměstnance s psychickými těžkostmi se zvyšuje i riziko rozvoje posttraumatické

stresové poruchy jako takové. Jako poslední a neméně důležitou slabou stránku spatřujeme v tom, že nikde není ukotveno pravidlo, že zaměstnanec nesmí být znevýhodňován v souvislosti s poskytnutím posttraumatické péče. I když policisté a hasiči toto pravidlo mají v interních nařízeních jasně stanoveno, domníváme se, že stále existuje určité procento zaměstnanců, kteří se tohoto znevýhodnění obávají. Musí poznat sami postupem času, že tento přístup je důsledně dodržován. Pokud toto pravidlo u zdravotnické záchranné služby zcela chybí, tento myšlenkový posun naprosto brzdí. Pracovní nejistota totiž u jednotlivých zaměstnanců zvítězí nad prožívanými psychickými obtížemi, což bude mít pravděpodobně za následek to, že vše vyplyne na povrch až v momentě pracovního selhání, za které bude zaměstnanec sankcionován.

Příležitostí jsme identifikovali dohromady pět. První z nich je fakt, že správa ZZS spadá vždy pod určité krajské území. V rámci jednotlivých krajů tak mohou využít příležitosti v tom smyslu, že mohou poskytované psychologické služby vhodně nastavit potřebám daného regionu. Navíc to, že každý kraj si organizuje psychologickou péči o zaměstnance sám, určitě se otevírá prostor pro sdílení zkušeností (co se osvědčilo, co naopak ne) a příp. vzájemnou výpomoc. Další příležitostí je spolupráce s externími psychology, kteří by mohli rozšířit síť psychologů v rámci zdravotnické záchranné služby. A posledními dvěma příležitostmi je pořádání vzdělávacích seminářů zaměřených na oblast péče o své psychické zdraví a finanční podpora pravidelných sportovních a relaxačních aktivit (např. masáže, fyzioterapie).

V poslední řadě jsme se zaměřili na identifikaci příp. hrozeb. Do SWOT analýzy jsme zařadili 4 a jsou obdobné jako u SWOT analýzy systému posttraumatické intervenční péče Policie ČR. Jedná se o změnu politického vedení, změnu zákona řešící finanční zabezpečení personálu, snížení či nestabilitu státního rozpočtu a zvyšující se riziko konfliktů vznikajících na podkladě sociokulturních odlišností.

V tabulce 21 můžeme vidět celkovou SWOT analýzu, resp. SWOT matici. Opět začneme s popisem příležitostí a jejich vazbami s jednotlivými silnými i slabými stránkami. V první řadě bychom chtěli vyzdvihnout, že využití příležitostí nebrání žádné slabé stránky a že naopak každá příležitost by mohla mít umocňující efekt na některé ze silných stránek. Pokud by zdravotnická záchranná služba využila mezikrajské spolupráce v oblasti poskytování psychologické péče, mohla by

vykompenzovat všechny slabé stránky. Pokud by se navázala spolupráce s externími psychology působícími v daném regionu, mohlo by dojít k odstranění slabých stránek jako je nízká informovanost o SPIS, nedostatečné realizování skupinových intervencí, nemožnost výběru interního psychologa a dlouhé čekací lhůty na psychologickou pomoc ne-krizového charakteru. Příležitosti 3 a 4 (pořádání vzdělávacích seminářů na oblast péče o psychickou pohodu a finanční podpora pravidelných sportovních a relaxačních aktivit) by mohly napomoci realizaci skupinových intervencí a včasné psychologické péče.

Hrozby a jejich dopad bychom rozdělili do tří skupin. Hrozba 6, neboli změna politického vedení, by na jednu stranu mohla ohrozit téměř všechny silné stránky (pokud by došlo k centralizaci služeb jako je tomu u Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR, změna systému by mohla přinést nejistotu, zmatek a jisté nabourání fungující peerské péče), ale na druhou stranu by nový koncept mohl vyřešit, odstranit téměř všechny stránky slabé. Druhá skupina hrozeb, změna zákonů řešící finanční zabezpečení personálu a snížený či nestabilní státní rozpočet, by mohl nepříznivě zasáhnout několik silných stránek, protože na provoz stávajícího konceptu by nebylo dostatek financí, anebo by finanční ohodnocení práce peerů bylo tak nízké, že by došlo k odlivu personálu samovolně. Samozřejmě nedostatek financí by umocnil i slabé stránky spojené s finančním zajištěním postů psychologů, kteří by měli poskytovat i skupinové intervence nebo poradenství a terapie ne-krizového charakteru. Poslední devátá hrozba by mohla být dobře kompenzována silnými stránkami, ale naopak by pravděpodobně došlo i k posílení všech stránek slabých.

### 6.2.3 SWOT analýza systému posttraumatické intervenční péče u Hasičského záchranného sboru ČR

**Tabulka 22 – Přehledová SWOT tabulka HZS ČR**

	<b>Identifikace dané oblasti</b>	<b>Proč?</b>
<b>Silné stránky</b>	Jednotný systém poskytování psychologické péče	Jasný řád, struktura, transparentnost celého systému přináší jistotu, důvěru v daný systém a zvyšuje pravděpodobnost jeho využití zaměstnancem v příp. potřeby.
	Anonymní linka pomoci	Nepřetržitá dostupnost psychické pomoci, kdy rychlost poskytnuté péče v příp. krize hraje klíčovou roli. Zvyšuje se rovněž pravděpodobnost využití psychické pomoci u zaměstnanců, kteří mají i vzhledem k etickému kodexu týmu PIP obavy z prozrazení.
	Vysoká informovanost o možnostech využití psychosociální péče	Zvyšuje se pak pravděpodobnost požádání o psychickou pomoc v příp. potřeby.
	Zajišťování osvěty a vzdělávání zaměstnanců v oblasti psychické zátěže a poskytování první psychické pomoci	Jedná se o formu primární prevence rozvoje PTSD. Znalost poskytnutí první psychické pomoci kolegovi, pokud peer ani psycholog nebudou na blízku.
	Provádění skupinových intervencí	Snižuje riziko rozvoje PTSD.
	Nácvik krizových situací	Jedná se o formu primární prevence rozvoje PTSD.
	Dostačující personální zajištění na pozicích peerů	Rychlá dostupnost první psychické pomoci.
	Možnost výběru peera	Zvyšuje se pak pravděpodobnost požádání o psychickou pomoc v příp. potřeby.
	Dostačující personální zajištění na pozicích psychologů	Rychlá dostupnost psychologické služby.
<b>Slabé stránky</b>	Nemožnost si vybrat interního psychologa	Nemožnost výběru odborníka, kterému se mám naprosto otevřít a vybudovat s ním důvěrný vztah, snižuje pravděpodobnost, že daný pracovník psychologickou péči vůbec vyhledá.
	Čekací doba na péči, pokud se nejedná o krizovou situaci	Dlouhé čekací lhůty mohou zaměstnance odradit od kontaktování psychologa, nebo může za tu dobu dojít k prohloubení psychologických obtíží.
<b>Příležitosti</b>	1 - Využití externích psychologů pro zajištění psychologické péče (formou DPP či finančních příspěvků na péči jednotlivých zaměstnancům)	Možnost výběru odborníka, kterému se mám naprosto otevřít a vybudovat s ním důvěrný vztah, zvyšuje pravděpodobnost, že daný pracovník psychologickou péči vůbec vyhledá.
	2 - Finanční podpora pravidelných relaxačních aktivit (např. fyzioterapie, masáže)	Využívání dalších možností jak bojovat se stresem, neboli i primární prevence rozvoje PTSD.
<b>Hrozby</b>	3 - Změna politického vedení	Politické strany mnohdy nereflektují potřeby v různých sektorech a mají tendenci dodržet volební sliby.
	4 - Změna zákonů řešící finanční zabezpečení personálu.	Může vést ke snížení finanční podpory a tudíž k odlivu personálu, protože nebude možnost dané pracovníky udržet, nebo pro ně finanční ohodnocení nebude odpovídající za odvedenou práci.
	5 - Nestabilní státní rozpočet	Snížení finančního ohodnocení této práce státem může způsobit odliv personálu.
	6 - Sociokulturní situace a nárůst hrozby teroristických útoků	U teroristických útoků narůstá pravděpodobnost vyššího počtu zraněných a mrtvých, čímž se tato mimořádná událost může stát o to více zatěžující.

7 - Zvýšené riziko pracovního úrazu fyzického charakteru	Bezpečnostní pravidla nejsou vždy 100%ní, nejde vše vždy předvídat. Psychická zátěž v rámci výjezdu pak může být fyzickým zraněním umocněna a může dojít k rozvoji PTSD. Rovněž je zde vyšší pravděpodobnost i sekundární traumatizace spojená se zraněním či úmrtím kolegy.
--	--

**Tabulka 23 – SWOT matice HZS ČR**

		Příležitosti		Hrozby				Σ+	Σ-	
		1	2	3	4	5	6			7
Silné stránky	Systém	0	0	-	0	0	+	+	2	1
	Anonymní linka pomoci	0	0	-	-	-	+	+	2	3
	Informovanost	0	0	0	0	0	+	+	2	0
	Osvěta a vzdělávání	0	+	-	-	-	+	+	3	3
	Skupinové intervence	0	+	-	-	-	+	+	3	3
	Krizové situace	0	+	-	-	-	+	+	3	3
	Peeři	0	0	-	-	-	+	+	2	3
	Výběr peera	0	0	-	-	-	+	+	2	3
	Psychologové	0	0	-	-	-	+	+	2	3
Slabé stránky	Výběr psychologa	+	0	-	-	-	-	-	1	6
	Objednávací lhůta	+	+	-	-	-	-	-	2	6
Σ+		2	4	0	0	0	9	9		
Σ-		0	0	10	9	9	2	2		

Když jsme studovali silné stránky systému posttraumatické intervenční péče u jednotek Hasičského záchranného sboru ČR, postupně jsme došli rovněž jako u policistů k celkovému počtu 9. Významné nám přijde ukotvení psychologické péče interním nařízením, které je jednotné pro celou Českou republiku, fakt, že Anonymní linka pomoci funguje i pro potřeby hasičů, že jsou hasiči nejenom proškoleni o posttraumatické stresové poruše, psychické odolnosti aj. psychických zátěžích, které tato profese může vyvolat, ale i dobře informováni o možnostech psychologické péče v rámci organizace. Dále pak že se pravidelně realizují skupinové intervence po náročných výjezdech posádek, spolu s ostatními složkami integrovaného záchranného systému dochází k nácviku hromadných neštěstí apod. Rovněž v rámci hasičských sborů již existuje hustá síť peerů, kteří v příp. potřeby mohou poskytnout první psychickou pomoc. Velké zastoupení peerů navíc dává možnost výběru. A v neposlední řadě je i důležité, že každý kraj má k dispozici svého psychologa.

S vyhledáváním slabých stránek to bylo opět o něco náročnější. Pojmenovali jsme nakonec dvě. První z nich je nemožnost si vybrat interního psychologa, protože v tomto ohledu je jeden přidělený psycholog na kraj málo. Jako druhou slabou stránku jsme identifikovali delší čekací dobu na poskytnutí psychologické péče, pokud se nejedná o krizovou situaci. Jeden psycholog na kraj je vcelku dostačující, co se týče krizových intervencí, ale jelikož se psychologové věnují i jiným oblastem činnosti (vzdělávání, diagnostika apod.), na poradenství a terapii samotnou, nemůže zbývat tolik časového prostoru. Pak se jistě protahují i čekací doby. A jak už víme, pokud zaměstnanec nebude v psychické pohodě, bude se potýkat s těžkostmi, se kterými by ale mohl psycholog pomoci, zvyšuje se pak i riziko nezvládnutí psychické zátěže při výkonu služby.

Nalezení slabých stránek nám pomohlo poznat příležitosti, které vnější okolí nabízí. Jedná se o využití externích psychologů pro zajištění této péče, ať už formou dohody o provedení práce (DPP) nebo finančních příspěvků. Jsme si vědomi toho, že v dnešní době je těžké naleznout kvalitní psychology, kteří by byli navíc ochotni pracovat u HZS ČR na plný úvazek. Proto je možné sjednat službu právě jen formou DPP, anebo nechat na samotných zaměstnancích, aby v příp. potřeby vyvinuli vlastní iniciativu a vhodného psychologa, psychoterapeuta kontaktovali sami, přičemž by jim zaměstnavatel na tuto službu např. přispíval určitou finanční částkou. Vidíme i jistou výhodu v tom, že jsou mnohdy psychologové integrovaného záchranného systému proškoleni a mají hluboké zkušenosti v poskytování krizových intervencí, v diagnostice apod., ale nejsou tzv. kovaní např. v rodinné či párové terapii. Toto nevnímáme jako slabou stránku, ale spíše obecný fakt, že profílance v psychologii je běžným fenoménem, asi jako v lékařství. Každopádně s těmito odborníky by pak bylo vhodné spolupráci navázat. Jako druhou příležitost vnímáme, obdobně jako u policistů, větší finanční podporu pro pravidelné relaxační aktivity, ozdravné pobyty či vzdělávací semináře, jak pracovat se stresem.

Hrozeb jsme identifikovali dohromady pět, přičemž jsou shodné jako u systému psychologické péče Policie ČR. Domníváme se, že jsme k tomu výsledku došli hlavně proto, že se rovněž jedná o součást státní organizace a také protože i tento systém prošel již několika úpravami a mnohé hrozby se mu podařilo vyřešit. Mezi hrozby, které ale přetrvávají anebo se objevily v poslední době, patří změna politického vedení státu,

změna zákonů řešící finanční zabezpečení personálu, snížení či nestabilita státního rozpočtu, zvýšené riziko pracovních úrazů fyzického charakteru a vypjatá sociokulturní situace spolu se sílící hrozbou teroristických útoků.

Nyní přistoupíme k samotným výsledkům SWOT analýzy. Pokud by zdravotnická záchranná služba využila námi první identifikované příležitosti, tedy využití externích psychologů, mohla by tím vykompenzovat obě slabé stránky. Naopak finanční podpora relaxační aktivit, ozdravných pobytů apod. by mohla nejenom vykompenzovat jednu ze slabých stránek (psychicky spokojenější zaměstnanci by měli vyšší kapacitu řešit své osobní problémy a pravděpodobně by psychologickou péči tolik nevyhledávali), ale i ještě podpořit silné stránky jako je vzdělávání v oblasti psychické zátěže, skupinové intervence nebo nácvik krizových situací. Co se týče podpory jednotlivých silných stránek, jedná se o obdobný efekt, který jsme popisovali u SWOT analýzy posttraumatické intervenční péče Policie ČR.

Pokud se blíže podíváme na potenciální hrozby ve vztahu se silnými a slabými stránkami, zjistíme, že všechny silné stránky by mohly kompenzovat hrozbu teroristického útoku, konfliktních situací na podkladě sociokulturních odlišností a zvýšené riziko fyzických pracovních úrazů. Bezmocné jsou ovšem oproti prvním třem popisovaným hrozbám, co je změna politického vedení státu, snížení či nestabilita státního rozpočtu nebo změna zákonů řešící finanční zabezpečení personálu. Na závěr bychom chtěli upozornit, že systém psychologické služby u hasičských sborů by se měl snažit odstranit slabé stránky, protože v kombinaci s hrozbami by mohli mít na funkčnost systému opravdu neblahý dopad.

## 7. Diskuze

Celá naše práce byla zaměřena na riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy u zaměstnanců složek integrovaného záchranného systému. Jak jsme zjistili v rámci rešerše literatury, policisté, hasiči a zdravotníci jsou spolu s dalšími pomáhajícími profesemi více ohroženi touto poruchou, než je tomu u běžné populace. Naší hlavní výzkumnou otázkou proto bylo, zda jednotlivé systémy posttraumatické intervenční péče složek integrovaného záchranného systému jsou funkční z hlediska minimalizace rozvoje posttraumatické stresové poruchy.

Abychom se dozvěděli co nejvíce informací týkajících se této problematiky, využili jsme hned několik zdrojů a způsobů, jak potřebné informace získat. Po důkladném nastudování všech tří systémů poskytování psychologických služeb a díky doplňujícím informacím, které nám sdělili psychologové daných složek, jsme mohli zrealizovat postupně tři SWOT analýzy. Dotazníková studie nám přinesla dostatek informací, jak systémy vnímají jednotliví zaměstnanci z tzv. druhé strany. Třetí pohled nám poskytly strukturované interview s psychology vykonávající službu pro Policii ČR, Hasičský záchranný sbor ČR a zdravotnickou záchrannou službu.

Naší dotazníkové studie se zúčastnilo celkem 362 respondentů, z toho 100 policistů, 146 hasičů a 116 zdravotníků. Interview se nám podařilo uskutečnit pětkrát. Hovořili jsme se třemi psychology zdravotnické záchranné služby, jedním psychologem poskytujícím svou péči policistům České republiky a jedním psychologem od Hasičského záchranného sboru České republiky.

Nyní bychom chtěli přistoupit k vyhodnocení jednotlivých cílů práce, jež jsme si stanovili.

### Jaké existuje povědomí o posttraumatické stresové poruše u pracovníků integrovaného záchranného systému?

Z výsledků naší dotazníkové studie vyplývá, že 77 % dotazovaných tento pojem zná a ví, co posttraumatická stresová porucha obnáší. Dokonce 21 % respondentů uvedlo, že znají člověka, jenž touto poruchou trpí. Nejvyšší informovanost jsme zaznamenali u zaměstnanců zdravotnické záchranné služby (82 %), naopak nejnižší u respondentů pracujících u Policie ČR. Uvažovali jsme, že nejvyšší znalosti v tomto



ohledu mají zaměstnanci ZZS vzhledem k samotné profesi, protože přeci jen se jedná o lékařskou diagnózu. Pokud se ale podíváme na dotazníkovou studii Láchy v roce 2008, které se účastnilo celkem 94 zaměstnanců zdravotnické záchranné služby, zjistíme, že tomu tak pravděpodobně nebude. Jeho studie totiž odhalila, že v té době mělo povědomí o posttraumatické stresové poruše pouze 33 % dotázaných. Proto se domníváme, že aktuální znalost spíše koresponduje s osvětou, které je věnována větší pozornost od založení systému psychosociální intervenční péče v roce 2010.

Z našich rozhovorů uskutečněných se třemi psychology ZZS, jedním psychologem PČR a jedním odborníkem na duševní zdraví, který se věnuje péči HZS ČR, vyplynulo, že z větší části jednotliví příslušníci integrovaného záchranného systému o této poruše ví (nejnižší odhad byl 50 %). Většina ale také dodávala, že je otázkou, jak s touto znalostí naloží. Vnímají totiž, že nejsou ještě zcela tak často kontaktováni, jak by bylo pravděpodobně potřeba. Všichni, námi oslovení, psychologové se v rámci své funkce věnují osvětě a tomu, jak předcházet této poruše, a to je podle našeho názoru důvod, proč povědomí o této poruše takto narůstá. Jistě je zapotřebí v tomto ohledu pokračovat, protože znalost je základem každé primární prevence, a tudíž bychom se měli snažit dostat ideálně k výsledné 100 % informovanosti.

#### Vědí pracovníci integrovaného záchranného systému o možnosti psychologické péče, kterou jim jejich zaměstnavatel zajišťuje?

Na tuto otázku si trůfáme odpovědět, že převážná většina o možnostech psychologické péče, jež jim poskytuje zaměstnavatel, ví, jelikož kladných odpovědí jsme v dotazníkovém šetření zaznamenali 84 % (4 % respondentů odpovědělo negativně a 12 % si nebylo s odpovědí jisto). Pokud se opět blíže podíváme na výsledky v rámci jednotlivých složek, zjistíme, že nejvyšší procento kladných odpovědí jsme zaznamenali u HZS ČR (92 %) a naopak nejnižší u ZZS (77 %). Na obdobnou otázku (kterou jsme do dotazníku zařadili pro zvýšení validity získaných dat), tedy zda vědí o možnosti využít služeb přímo posttraumatické intervenční péče po psychicky náročném výjezdu, odpovědělo kladně dokonce 91 % respondentů. Pokud porovnáme naše výsledky se studii uskutečněnými na našem území v posledních 10 letech, můžeme pozorovat obdobný trend v nárůstu informovanosti, jako tomu bylo v případě znalosti pojmu posttraumatické stresové poruchy. V roce 2007 Hubová zaznamenala, že s pojmem

posttraumatická intervenční péče je seznámeno pouze 63 % jejích respondentů (celkově se její studie zúčastnilo 227 zaměstnanců složek integrovaného záchranného systému) a jen 56 % dokázalo kladně odpovědět na otázku, zda u nich tato služba funguje (do této otázky nebyli zahrnuti zdravotníci, jelikož u nich systém psychosociální intervenční služby funguje až od roku 2010). Kdežto v roce 2010 byla informovanost o možnosti posttraumatické intervenční péče na mnohem vyšší úrovni. U Policie ČR se jednalo o 78 % (Kubičková, 2010) a u Hasičského záchranného sboru ČR dokonce o 97 % (Jech, 2010). V roce 2012 ze studie Jiříšty, kterou provedl u 211 zdravotníků, vyplývá, že o činnosti SPIS bylo informováno 88 % dotazovaných. Věříme, že tento nárůst má za následek právě osvěta, které se věnují členové týmů, jež poskytují psychologickou pomoc v rámci daného sektoru. Jako velmi pozitivní shledáváme fakt, že o posttraumatické stresové poruše se hovoří již na středních školách (jak je tomu v případě ZZS), nebo je toto téma zahrnuto do psychologické průpravy v rámci základního výcviku (jako je tomu u HZS ČR). Rovněž si ale troufáme říci, že není dostačující se tématu věnovat pouze jednorázově. Dovedeme si např. představit, že mně jako novému členu hasičského sboru na začátku bylo poskytnuto velké množství informací, které pro mne mohou být zahlcující a chybějící zkušenost mi nedovolí vše přesně pochopit a aplikovat vhodně v praxi. Proto je žádoucí se k jednotlivým tématům vracet, věnovat se jim na supervizních a intervizních setkáních, které pomohou jednotlivým pracovníkům se ve své profesi posouvat dál, rozvíjet svou odbornost i péči o sebe samotné.

#### Využívají pracovníci integrovaného záchranného systému psychologických služeb poskytovaných jejich zaměstnavatelem?

Z výsledků naší dotazníkové studie vyplývá, že posttraumatické intervenční péče využívá jen 9 % respondentů. Sice se výsledky jiných studií od našich příliš neliší: 6 % (Hubová, 2007), 7 % (Sezemský, 2010), 9 % (Váchová, 2010), 10 % (Jech, 2010), 5 % (Klíma, 2012), 10 % (Minaříková, 2016), přesto si klademe otázku, proč je procento tak nízké v porovnání s četností prožívané psychické zátěže při výkonu služby. 83 % našich respondentů totiž odpovědělo, že při výkonu své profese prožilo psychicky náročnou situaci, a dokonce 52 % přiznalo, že se jednalo o takovou událost, která vyžadovala pomoc psychologa nebo peera. Pouze 3 % dotázaných psychologa či jiného odborníka oslovila. V drtivé většině se příslušníci integrovaného záchranného systému s nepříjemnými prožitky, myšlenkami, pocity vyrovnávají sami (47 %), příp. se svěří

rodině (27 %) nebo blízkým přátelům (22 %). Pokud to zvládají pomocí těchto sociálních vazeb, je to dobře. Kontraproduktivní by bylo, kdyby se s nepříjemnými prožitky, pocity a myšlenkami báli svěřit komukoliv. Domníváme se tedy, že cca. v 6 % (9 % využilo posttraumatické intervenční péče – 3 %, kteří oslovili psychologa či peera = výsledných 6 %) byla tedy posttraumatická intervenční péče nařízena vedením a neproběhla na žádost zaměstnance. V rámci rozhovoru s psychologem PČR jsme se totiž např. dozvěděli, že: „*Ano, dostává se jim psychologických služeb po prodělané traumatické události. Máme to i v rozkaze a vždy musí být po psychické stránce ošetřeni.*“ Nabízí se ale otázka, zda je četnost těchto intervencí dostačující.

Rovněž využívání Anonymní telefonické linky pomoci v krizi není zrovna valné. Doposud ji podle našich výsledků kontaktovali jen 3 % dotazovaných.

Na tomto místě musíme ještě doplnit jednu informaci týkající se posttraumatické intervenční péče, přičemž nyní máme na mysli skupinovou intervenci. V dotazníkové studii jsme položili otázku, zda po psychicky náročném výjezdu byl následně na pracovišti realizován debriefing či defusing. 25 % respondentů odpovědělo pozitivně, 36 % negativně a 39 % sdělilo, že o ničem podobném neslyšelo. Nabízí se tedy otázka, a možná i limit naší dotazníkové studie, co si přesně dotazovaní pod posttraumatickou intervenční péčí představují.

Z rozhovorů s psychology vyplynulo, že využívání péče psychologů či peerů je opravdu na nízké úrovni, přičemž se domnívají, že by měla být poskytována pravděpodobně ve větší míře. Psycholog HZS ČR popisuje, že psychologové převážně oslovují a navštěvují posádky sami, než že by čekali na oslovení. Na druhou stranu jsme se často setkali i s odpovědí, že rok od roku množství jejich klientů narůstá, což vnímáme velice pozitivně, protože je nutné opravdu zbořit mýtus, že pracovník pomáhající profese musí být silný a se vším se vypořádat sám. Tomuto nárůstu přispívá jistě i zjištění, že pracovníci, kteří mají s psychologickou službou svou zkušenost, ji v 86 % shledávají jako efektivní a smysluplnou (50 % zcela kladných odpovědí, 36 % spíše kladných). Nejvíce zcela kladných odpovědí bylo zaznamenáno u příslušníků HZS ČR a možná právě i proto, jak jsme zjistili, je v jejich sborech psychologická služba nejvíce vytěžována.

Každopádně přesto pravděpodobně u členů integrovaného záchranného systému přetrvávají jisté předsudky, ve smyslu „toto se mi stát nemůže“, nebo obavy, ať už ze ztráty zaměstnání či nějakého jiného znevýhodnění, které by kontaktování psychologa či peera přineslo, jak o nich hovoří v rámci našich interview několik psychologů. Při bližším zkoumání našich výsledků jsme zjistili několik pozitivních faktů:

- 60 % respondentů, kteří doposud o možnosti využít psychologickou službu nevěděli, by o ni mělo zájem;
- 21 % respondentů zcela a 44 % spíše důvěřuje posttraumatické intervenční péči;
- 23 % respondentů zcela důvěřuje svým kolegům, co se týče sdílení psychické nepohody, a 67 % věří jen některým (existuje tedy veliký potenciál pro využití peerů);
- 62 % respondentů odpovědělo, že by posttraumatickou intervenční péči v budoucnu vyhledalo, pokud by prožili psychicky náročnou situaci.

Přes všechna výše uvedená data je ovšem procento využití posttraumatické intervenční péče, nebo jen oslovení peera či psychologa ohledně jiné psychické nepohody nízké.

V rámci jednotlivých interview s psychology jsme narazili na další možnou příčinu toho, proč je služeb psychologických služeb využíváno tak málo, i když potřeba je mnohem větší. Psychologové několikrát zmínili, že velice záleží na nadřízených a vedení daných posádek. Aneb tak, jak přistupují a vnímají psychologickou službu vedoucí zaměstnanci, tak ji budou vnímat a využívat i jejich podřízení. Psychologové např. popisovali:

*„Normální reakce na stres je mnohdy brána mylně za slabost.“;*

*„Jít ke komukoli, co začíná na „psych...“ je pro mnoho lidí nepřijatelné, protože to mají spojené s označením, že je ten dotyčný psychiatricky nemocný.“;*

*„Pokud vedení devalvuje potíže svého zaměstnance např. tím, že mu řekne, že když mu to nedělá dobře, tak by si měl najít jiné místo, tak zaměstnanec raději mlčí a nikomu nic neřekne.“;*

*„Díky tomu, jak samo vedení vnímá a mluví o naší práci, může vést, pokud se k ní nestaví kladně, k nedůvěře u zaměstnanců.“*

To jsou všechno momenty, které k využití psychologických služeb moc nepřispívají. Bohužel nevíme, do jaké míry je psychologická osvěta věnována i vedoucím zaměstnancům, ale určitě by někdy byla opravdu na místě. K podobnému závěru došla

již Hubová v roce 2007, která ve svém dotazníku přímo položila otázku, „*Jaký je důvod nedůvěry v posttraumatickou intervenční péči?*“ 50 % jejich respondentů přitom odpovědělo, že se jedná o obecnou nedůvěru, 33 % se obává o budoucnost svého zaměstnání a 17 % má nedůvěru k té dané konkrétní osobě. Obava o své pokračování na dané pozici jistě souvisí i s přístupem vedoucích pracovníků.

Poslední oblast, která může souviset s množstvím poskytnutých intervencí, je otázka dostačujícího zabezpečení těchto služeb přímo psychology. Z naší dotazníkové studie vyplývá, že 62 % respondentů by v příp. potřeby oslovilo spíše psychologa, než peera, přičemž rozložení odpovědí u všech tří sborů integrovaného záchranného systému bylo podobné. Ke stejnému výsledku došla i Hubová (2007), kdy psychologa volilo 74 % jejich respondentů a profesního kolegu jen 26 %. A rovněž musíme dodat, že toto zjištění se často mnohdy opakovalo i v rámci interview s psychology. U zdravotnické záchranné služby dva psychologové sdělili, že primárně kontaktují spíše psychology, jen třetí popsal: „*Když mají kolem sebe dobrého peera, tak asi na něj, protože to je profesní kolega a ten je schopen rychleji nežli jakýkoli odborník na duševní zdraví, zasaženého kolegu náročnou situací provést.*“ U policie také v první řadě kontaktují odborníka na duševní zdraví a psycholog Hasičského záchranného sboru ČR sdělil, že nejdříve se pravděpodobně obrací na profesního kolegu. Těžko ale říci, do jaké míry je profesní kolega vyhledán, protože je danému pracovníkovi profesně i prostorově blízko, a do jaké míry je volen, protože kontaktovat psychologa je náročné vzhledem k nízké zastupitelnosti (u ZZS šest psychologů na částečný úvazek pro celou ČR, u HZS jeden psycholog na kraj). Nechceme tím rozhodně snižovat význam pozic peerů. V systému psychologické péče mají své nezastupitelné místo. Ale pokud se jedná o psychické obtíže, svěřování se s těmi nejcitlivějšími, nejosobnějšími myšlenkami, pocity, vždy bude možnost výběru daného člověka (peera či psychologa) hrát vzhledem k využitelnosti služeb významnou roli.

Celkově jsme došli k závěru, že pracovníci integrovaného záchranného systému nevyužívají psychologických služeb poskytovaných jejich zaměstnavatelem v takové míře, jak by bylo potřeba.

Než přistoupíme k vyhodnocení dalšího cíle, pokládáme za nutné, zmínit ještě jedno pozorování v rámci dotazníkové studie. 9 % respondentů odpovědělo, že trpěli,

trpí nebo se domnívají, že je postihla posttraumatická stresová porucha. Budeme doufat, že se jedná přesně o tytéž osoby, resp. výše zmiňovaných 9 %, které psychologických služeb využily a dostalo se jim tak potřebné odborné péče.

Jsou jednotlivé systémy psychologické péče u složek integrovaného záchranného systému funkční vzhledem k rozvoji posttraumatické stresové poruchy?

Na základě uskutečněných třech SWOT analýz si troufáme říci, že systém psychologické služby u Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR je nastaven vhodně a funkčně. Tohoto názoru jsou i námi dotazovaní psychologové: „*Systém psychologické péče u PČR je optimálně nastaven možnostem a podmínkám*“, „*Psychologická péče u HZS ČR je systémově dobře nastavena*“. U Policie ČR jsme nezaznamenali žádné slabé stránky a ty silné by dokázaly kompenzovat polovinu námi identifikovaných hrozeb. Navíc jako pozitivní sledujeme systémovou změnu provedenou v září 2016, kdy byla zřízena i síť kolegiální podpory - peerů. Na podkladě SWOT analýzy tento systém aktuálně sledujeme oproti zbylým dvěma jako nejfunkčnější.

Psychologická péče u Hasičského záchranného sboru je systémově řešena také zdařile. Námi identifikované silné stránky by se pravděpodobně dobře vypořádaly se dvěma hrozbami. Bohužel nedostatek personálu na postech psychologů systém oslabuje a neumožňuje mu využít dalších příležitostí a nadále se rozvíjet. Je to škoda, protože psychologická péče je, oproti zbylým dvěma složkám integrovaného záchranného systému, mezi hasiči vnímána nejpozitivněji.

Co se týče systému psychosociální intervenční služby zdravotnické záchranné služby, sledujeme v něm ještě mnoho nedostatků a nepovažujeme ho aktuálně za zcela funkční vzhledem k minimalizaci rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Těmi nejvýznamnějšími nedostatky jsou neexistence jednotného závazného pokynu či interní směrnice o poskytování psychologických služeb spolu s písemným doložením toho, že zaměstnanci nebudou po poskytnuté psychologické péči nijak znevýhodňováni, a nedostatek psychologů, kteří by tyto služby poskytovali. Ohledně funkčnosti tohoto systému jsou na pochybách i samotní psychologové: „*Z větší části je funkční*“, „*Měl by být více rozvinut, přetrvává slabá informovanost a flexibilita*“, „*Jedná se o běh na dlouho trať.*“ Musíme brát zřetel na fakt, že psychická pomoc poskytována peery má

v rámci prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy určitě svůj význam a důležité místo, ale nemůže být na ní postavený takto celý koncept. Jedná se stále o laickou pomoc. Skupinové intervence je nutné realizovat pod vedením zkušených psychologů, vzhledem k nízkým zkušenostem (oslovení psychologové uvádějí frekvenci 1 – 3 klienti měsíčně na psychologa či peera; SPIS na svých internetových stránkách uvádí 573 ošetřených zaměstnanců v roce 2016) některých peerů je nutné se jim ze strany psychologů věnovat v rámci supervizních setkání a dalšího vzdělávání. Doufáme, že současný stav systému psychosociální intervenční služby je odrazem jeho mládí a že postupem času se podaří odstranit jeho slabé stránky a celý systém tzv. povýšit na další úroveň. Přesto si dovoluujeme poznamenat, že je zarážející, že zrovna ve zdravotnickém sektoru je péči o psychické zdraví zaměstnanců věnována pozornost oficiálně až od roku 2010.

Předtím, než přistoupíme k pátému cíli, rádi bychom popsali několik zjištění, kterých jsme v rámci dotazníkové studie dosáhli a která čtenáři jistě dokreslí celistvou představu o poskytování psychologické péče členům integrovaného záchranného systému.

Jak jsme popisovali výše, 83 % dotazovaných prožívá při výkonu služby psychickou zátěž. Co se týče frekvence, 19 % z nich ji prožívá často a 6 % velmi často. Z celkového počtu 362 respondentů se jedná o 21 % zastoupení těch zaměstnanců, kteří se musí vypořádat s psychickou zátěží v takové frekvenci, což shledáváme jako vysoké procento. Podle jiných výsledků ale můžeme naštěstí konstatovat, že příslušníky sborů integrovaného záchranného systému se stávají lidé, kteří se vypořádávají s těmito momenty vcelku rychle. 69 % z nich totiž uvádí, že pro vyrovnání se psychickou zátěží potřebují obvykle několik minut až den, 26 % dotázaných se s náročnou událostí vypořádá obvykle od dvou dnů do jednoho týdne, 3 % potřebují dva týdny až měsíc a 1 % respondentů to trvá několik měsíců. Rovněž jsme zjistili, že 1 % z těch, kteří se s psychickou zátěží při výkonu profese setkali, se s ní nedokáže vyrovnat a zatím ani nenašli nikoho, kdo by jim pomohl. Jelikož jsme nerealizovali longitudinální studii, budeme jen doufat v to, že vyrovnávání se s prožívanou psychickou zátěží při výkonu služby probíhá nejenom rychle, ale také efektivně. Máme tím na mysli obavu o užívání ne/vhodných copingových strategií.

Když jsme mapovali důvěru v psychologickou péči poskytovanou zaměstnavatelem, zjišťovali jsme rovněž, koho by v případě potřeby respondenti spíše oslovili, zda interní či externí psychology. Výsledné hodnoty byly celkem srovnatelné. 6 % by zvolilo interního psychologa, 8 % pak externího. Domníváme se, že se jedná opět o pozitivní odraz důvěry v psychologickou péči nabízenou organizací. Za druhé můžeme také předpovídat, že by pravděpodobně nedocházelo k využívání pouze externích psychologů, kdyby Hasičský záchranný sbor ČR nebo zdravotnická záchranná služba přistoupili ke spolupráci s externími psychology formou dohody o provedení práce nebo by se finančně podíleli na poskytování psychologické péče jejich příslušníkům mimo organizaci.

Dále bychom chtěli porovnat výsledky otázek: „*Na základě jaké události jste vyhledal/a posttraumatickou intervenční péči?*“ a „*Pokud byste chtěl/a v budoucnu využít psychologických služeb, v jakém případě by to podle Vás bylo nejpravděpodobnější?*“ U první otázky nejvíce odpovědi přiřadili k možnosti „Závažný zásah u dítěte“, dále pak „Nehoda jednoho z kolegů“ a na třetím místě byla nejčastěji volena odpověď „Nehoda rodinného příslušníka či přítele“. Zajímá nás i odhad těch zbývajících respondentů, kteří těchto intervenčních služeb ještě nevyužili. Na prvních třech pozicích se objevily stejné odpovědi, ovšem v rozdílném pořadí. 32,1 % volilo nehodu rodinného příslušníka či přítele, 27,9 % závažný zásah u dítěte a 21,5 % nehody jednoho z kolegů. Domníváme se, že tyto výsledky pravděpodobně ukazují na nepředvídatelnost toho, jak na nás budou určité události, situace působit a jak je nakonec budeme vnímat. Každý z nás si vnitřně rychle rozhodne, že nejhorší by pro něj bylo zranění či ztráta blízkého člověka, ale nikdo nedomýšlí, že stejně mohou prožívat i situaci lidí, se kterými žádný vztah nemají. V tom je zrádnost posttraumatické stresové poruchy.

Doporučení využitelná pro praxi, aby se minimalizoval rozvoj posttraumatické stresové poruchy u pracovníků integrovaného záchranného systému.

Nyní přistupme k doporučením pro praxi, ke kterým jsme v rámci našeho výzkumu dospěli. Na podkladě SWOT analýz a dotazníkové studie by bylo vhodné využít další možnost primární prevence rozvoje posttraumatické stresové poruchy a tou je finanční podpora pravidelných mimopracovních aktivit jako prevence stresu. Může se jednat o pravidelné relaxační (masáže, fyzioterapie, řízené relaxace aj.), případně



i sportovní aktivity (PČR a HZS ČR již v tomto duchu koná), vzdělávací semináře zaměřené na práci se stresem, nebo ozdravné, rehabilitační pobyty. Jsme si vědomi toho, že zde hraje otázku i finanční stránka věci. Pokud by se tedy nedařilo v tomto sektoru finanční rezervy najít, bylo by vhodné více zauvažovat o smyslu a způsobu čerpání financí z fondu kulturních a sociálních potřeb. Bylo by vhodné u svých zaměstnanců zjistit, na co by si přáli peněžitou částku vybrat, a já, jako zaměstnavatel, bych měl dohlédnout na to, že částka bude využita smysluplně, efektivně, v duchu této problematiky a hlavně pro daného zaměstnance. Za druhé bychom zaměstnavatelům doporučili zajistit větší informovanost o takovýchto finančních benefitech. Jak ukázaly výsledky naší studie, na otázku: „Podporuje Váš zaměstnavatel některé z mimopracovních aktivit na podporu prevence výskytu stresu a napětí (sportovní aktivity, relaxační techniky a kurzy, terapeutická sezení jako je např. muzikoterapie, arteterapie aj.)?“ odpovědělo 29 % respondentů kladně, 40 % záporně a 31 % dotazovaných nedokázalo odpovědět. Rozložení odpovědí v rámci jednotlivých složek přitom bylo obdobné. Domníváme se tedy, že na některých pracovištích již finanční podpora funguje, a to ve vyšší, jinde zase nižší míře, ale zároveň existuje třetina zaměstnanců, která nemá informace o tom, zda takové benefity v rámci organizace může či nemůže čerpat.

Pro systém psychologické péče Hasičského záchranného sboru ČR a zdravotnickou záchrannou službu by bylo vhodné rozšířit personální zastoupení na pozici psycholog. I když pracovníci jako takoví v naší studii uváděli, že by ocenili finanční podporu psychologické péče mimo organizaci, my se domníváme, že nejdůležitější je odbornou psychologickou pomoc zajistit bez ohledu na to, zda se jedná o mé psychology – zaměstnance, nebo s některými spolupracují externě. Obě možnosti mají svá „pro i proti“. Ryze interní psychologové mají tu výhodu, že postupem času budou velice dobře znát prostředí, ve kterém se jejich klienti pohybují, naopak externí psychologové mohou přinést klientům pocit větší nezávislosti na organizaci, tím pádem větší míru důvěry a rovněž mohou mít bohatší zkušenost i v jiných oblastech než je krizová pomoc (např. rodinné a párové poradenství). Každopádně širší síť psychologů přinese možnost být v častějším kontaktu s jednotlivými posádkami, čímž se zvyšuje i pravděpodobnost oslovení psychologa samotným zaměstnancem v případě potřeby, bude se moci uskutečnit větší množství skupinových a individuálních intervencí, otevře se větší prostor pro zajišťování pravidelných supervizních setkání peerům, dalšímu

vzdělávání jednotlivých pracovníků, ale zároveň by došlo i ke zkrácení čekacích lhůt na poradenství či terapii, která se nutně netýká traumatizujících událostí prožitých při výkonu služby.

Rozhodně doporučujeme pokračovat v realizaci nácviku krizových událostí, které jsou prospěšné v mnoha směrech. Vyzkoušení si profesní ale i psychické zátěže tzv. na vlastní kůži, což mi pomůže analyzovat své nedostatky, abych byl na skutečnou událost lépe připravený. To mi více umožní se rozvíjet jak odborně, tak osobnostně. Mám možnost poznat členy posttraumatického intervenčního týmu, čímž se zvyšuje zároveň informovanost o jejich působení a samotných činnostech. Rovněž dostanu příležitost se seznámit s některými posádkami dalších dvou sborů integrovaného záchranného systému a vyzkoušet si vzájemnou spolupráci.

Překvapující bylo procento zaměstnanců (17 %), kteří by si přáli pořádání pravidelných intervizních setkání. Tuto skutečnost vnímáme velmi pozitivně, protože kvalitně vedená pravidelná intervizní setkání přináší nejenom sdílení zkušeností, tím pádem odborný růst, ale i prostor ke sdílení nepříjemných pocitů, myšlenek, mohou se stát místem vzájemné profesní i psychické podpory, prohlubují vztahy na pracovišti a vzájemnou důvěru a mohou poskytovat časový prostor k řešení záležitostí, které na pracoviště přináší stres a napětí. V neposlední řadě také umožňují vedoucím pracovníkům lépe poznat své podřízené. I o teambuildingové aktivity mělo zájem 13 % účastníků naší dotazníkové studie.

V rámci zdravotnické záchranné služby bychom doporučovali vytvořit interní akt či závazný pokyn, kterým by se řídilo poskytování psychologické péče, byly by v něm jasně stanoveny pojmy spojené s psychosociální intervenční péčí: kdo, kdy a jakým způsobem ji poskytuje, jak mohu o službu požádat aj. A kde by hlavně bylo uvedeno pravidlo, které mají ve svých interních směrnících zapojené i PČR a HZS ČR, že zaměstnanec nesmí být kvůli využití psychologické péče nijak znevýhodňován.

Dalším námětem či doporučením pro praxi je práce s nadřízenými. Ať se jedná o psychologickou edukaci (prevence rizikového chování, posttraumatické stresové poruchy, nácvik první psychické pomoci, defusingu aj.), tak i o rozvoj v oblastech komunikace, motivace a vedení podřízených. Tento návrh zmiňujeme vzhledem

k přetrvávajícím předsudkům o psychologické péči a někdy negativnímu postoji vůči systému psychologické pomoci celkově. Zároveň jsme si vědomi limitu tohoto výzkumu ve smyslu, že nemáme podloženo, zjištěno, zda tato edukace a rozvoj nadřízených pracovníků funguje či nikoliv a v jaké míře. Každopádně jedná se o tolik významnou skutečnost, kterou nemůžeme v rámci diskuse opomíjet.

S postojem nadřízených totiž souvisí i poslední otázka, kterou jsme respondentům v dotazníkové studii pokládali, a ke které jsme se ještě nevyjádřili. Otázka zněla: „*Co byste od zaměstnavatele očekával/a, kdybyste utrpěl/a posttraumatickou stresovou poruchu rozvinutou na základě traumatické události při výkonu služby?*“ 47,7 % odpovědělo, že by uvítali poskytnutí odborné pomoci, 23,6 % umožnění přestupu na jinou pracovní pozici, 13,2 % finanční odškodnění, 10,6 % nedokázalo odpovědět a 4,9 % dotazovaných by nic nepožadovalo. Přibližně 70 % zaměstnanců by tedy očekávalo vlastně pochopení jejich obtíží a nabídnutí pomocné ruky (ať už se jedná o psychologickou pomoc, nebo umožnění přestupu na jinou pracovní pozici, kterou budou schopni vykonávat, než se jim podaří nemoc překonat). Jak se takoví zaměstnanci budou cítit v případě, že jejich nadřízený bude tuto poruchu vnímat pouze jako slabost jedince? Jaký dopad to bude mít nejenom na jejich vztah, ale i na atmosféru a vztahy na pracovišti či v rámci jednotlivých posádek? Možná zbytečně ze sboru odejdou jedinci, kteří by, po zvládnutí nemoci, i nadále mohli vykonávat kvalitní práci u složek integrovaného záchranného systému.

Poslední námět, který zvažujeme, se týká realizace Anonymní telefonní linky pomoci v krizi. Bohužel netušíme, kolik lidí tuto službu zajišťuje a kolik finančních prostředků je pro fungování linky potřeba. Vzhledem k nízkému procentu využívání této služby (pouhé 3 %) a existenci jiných obdobných služeb na území České republiky jsme uvažovali nad možností snížit počet interventů, kteří jsou 24 hodin k dispozici na telefonu, e-mailu či Skypu, a spíše finance přesunout do sektoru personálního zajištění psychologů, kteří budou mít možnost se dostat za klienty přímo do terénu, na jednotlivá pracoviště apod.

#### Limity a náměty pro pokračování ve výzkumu

Závěrem této kapitoly považujeme za důležité zmínit limity našeho výzkumu a náměty na jeho pokračování. V první řadě vnímáme, že SWOT analýza, i v kombinaci

s dotazníkovou studií a uskutečněnými rozhovory s psychology pravděpodobně není zcela dostačující metodou pro statistické zhodnocení funkčnosti systému intervenční péče vzhledem k minimalizaci rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Otázkou ovšem je, zda je to vůbec proveditelné. Domníváme se, že bychom museli získat od jednotlivých složek integrovaného záchranného systému přesná data o počtu intervencí a zda se u daných jedinců objevily nějaké psychické obtíže, v jakém rozsahu, jaká péče jim byla poskytnuta apod. Bohužel se obáváme, že taková data neexistují, už vzhledem k zachování anonymity o citlivých informacích. Jediné, co bychom se mohli pravděpodobně dozvědět, je počet intervencí a tím pádem ošetřených zaměstnanců. To je pro naše účely ovšem nedostačující. Museli bychom sami např. započít longitudinální studii, kde bychom sledovali na podkladě anonymních dotazníků (jež by byly postupně spojovány pod kódovým označením), jak se vyvíjí psychické a fyzické zdraví jednotlivých pracovníků, jaký mají postoj k práci, jak je práce naplňuje, zda využívají služeb psychologa apod.

Další limity, na které jsme v práci narazili, jsou vlastně náměty na další pokračování výzkumu, jelikož by odstranily tzv. slepá místa naší studie, kdy jsme narazili na nedostatek informací, abychom například mohli vyvodit jednoznačná doporučení pro praxi, nebo která by nám pomohla lépe pochopit uvažování zaměstnanců nebo toho, jak psychologická služba ve skutečnosti funguje.

Určitě by tak bylo vhodné do dotazníku zařadit otevřenou otázku zjišťující, co si přesně respondenti představují pod pojmem posttraumatická intervenční péče. O funkčnosti jednotlivých systémů psychologických služeb by nám napomohla otázka, jak jednotliví účastníci studie vnímají zabezpečení psychologických služeb (zda je ne/dostačující). Pro odstranění předsudků a negativního přístupu k psychologické péči jako takové by mohly přispět informace, jak nadřízení reagují na psychické obtíže u svých podřízených, a co by od nich v danou chvíli zaměstnanci potřebovali, jaká by měla být jejich ideální reakce, aby neměli obavy se svěřit a pracovat na odstranění těchto obtíží např. i s dopomocí psychologa. Vhodné by bylo rovněž zjištění doplňujících informací týkajících se anonymní linky pomoci v krizi (množství vynakládaných finančních prostředků na personální a materiální zajištění služby, propagaci služby vs. reálné využití a přínos služby), abychom mohli jednoznačně doporučit pokračování této služby v takovém rozsahu, jako je nyní.

Jako poslední námět na pokračování ve výzkumu je další vytěžení dat, které jsme v rámci dotazníkové studie nasbírali. Zajímavé by jistě bylo zjistit, jak se jednotlivé sledované fenomény liší nejenom vzhledem k příslušnosti k dané složce integrovaného záchranné systému, ale i k jiným demografickým údajům jako je pohlaví, věk, či délka praxe. Mohli bychom pak naše výsledky porovnat i s výsledky zahraničních studií, které jsme např. uváděli v teoretické části.

## **8. Závěr**

Tato diplomová práce si stanovila několik cílů. V první řadě to bylo zjistit povědomí o posttraumatické stresové poruše u pracovníků integrovaného záchranného systému. Dále pak zmapovat, zda tito pracovníci vědí o možnosti využití psychologické péče, kterou jim jejich zaměstnavatel zajišťuje, a zda ji zaměstnanci vůbec využívají. Hlavní výzkumnou otázkou a cílem bylo prozkoumat, zda jsou systémy psychologické péče u Policie ČR, Hasičského záchranného sboru ČR a zdravotnické záchranné služby funkční z hlediska minimalizace rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Na podkladě zjištěných informací jsme se rovněž rozhodli vyvodit doporučení využitelná pro praxi, aby se u těchto pracovníků rozvoj poruchy minimalizoval.

Na podkladě výsledků dotazníkové studie a rozhovorů s psychology jednotlivých složek jsme došli k závěru, že pracovníci integrovaného záchranného systému mají povědomí o posttraumatické poruše i možnosti využít psychologických služeb, které jim zajišťuje jejich organizace. I nadále ovšem doporučujeme se osvětě věnovat, protože povědomí by mohlo být stále ještě vyšší (neb informovanost je vždy základním kamenem primární prevence), ale hlavně vzhledem ke skutečnosti, že využívání psychologických služeb je stále na nízké úrovni, i když potřebu psychické pomoci jednotliví zaměstnanci vnímají mnohem vyšší.

Po uskutečnění SWOT analýz jsme dospěli ke třem výsledkům. Aktuálně nejfunkčnější systém psychologické péče, vzhledem k minimalizaci rozvoje posttraumatické stresové poruchy, vnímáme u Policie ČR. Rovněž koncepce psychologické pomoci u Hasičského záchranného sboru ČR je zdařilá, i když by bylo vhodné navýšit personální stav na pozicích psychologů, aby došlo k posílení služeb celého systému. A za třetí, systém psychosociální intervenční služby hodnotíme u zdravotnické záchranné služby aktuálně, pro nedostatek personálního zajištění psychologů a chybějící interní nařízení o poskytování psychologických služeb, jako funkční částečně.

## **9. Seznam použitých zkratk**

ACTH	Adenokortikotropin
APA	Americká psychologická asociace
CISM	Critical Incident Stress Management
DPP	Dohoda o provedení práce
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (v překladu Diagnostický a statistický manuál mentálních onemocnění)
HHN osa	Hypotalamo-hypofýzo-nadledvinová osa
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
IZS	Integrovaný záchranný systém
JEP	Jana Evangelisty Purkyně
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MV – GŘ	Ministerstvo vnitra – Generální ředitelství
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů
PČR	Policie České republiky
POMC	Proopiomelanokortin
PTSD	Posttraumatic stress disorder (v překladu posttraumatická stresová porucha)
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
SWOT	Silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby (z anglického Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)
TPP	Tým posttraumatické péče
ZPPP	Závazný pokyn policejního prezidenta
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

## 10. Seznam použité literatury

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* [online]. Arlington: American Psychiatric Association, 2013 [cit. 29.1.2017]. Dostupné z: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>
- ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
- ARCEL, Libby T. *War Victims, Trauma and Psycho-Social Care*. Zagreb: ECTF, 1998. 59 – 62.
- BAŠTECKÁ Bohumila a kol. *Psychosociální krizová spolupráce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 320 s. ISBN 978-80-247-4195-6.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
- BOUČEK, Jaroslav a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 244 s. ISBN 80-244-1354-X.
- BREČKA, Tibor A. *Psychologie katastrof*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 119 s. ISBN 978-80-7387-330-1.
- DAVIDSON, Jonathan R. T. et al. Posttraumatic Stress Disorder in the Community: An Epidemiological Study. *Psychological Medicine* [online]. Cambridge: University Press, 1991, 21 (3), 713 – 721. ISSN 0033-2917.
- DAVIDSON, Laura M. a BAUM, Andrew. Chronic Stress and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Washington: American Psychological Association, 1996, 54(3), 303 – 308. ISSN 0022-006X
- DEDOUCHOVÁ, Marcela. *Strategie podniku*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2001. 256 s. ISBN 80-7179-603-4.
- DLABAL, Martin. *Duševní a behaviorální poruchy* [online]. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Pedagogická fakulta, 2013 [cit. 18.2.2017]. Dostupné z: <https://www.pf.ujep.cz/pf/osobni-dokumenty/kps/studium-4/opory-1/571-dusevni-a-behavbioralni-poruchy/file>



- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. První pomoc v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 176 s. ISBN: 80-247-0197-9.
- ERTLOVÁ, Františka, MUCHA, Josef a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
- FRANĚK, Ondřej. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 7. vyd. Praha: MUDr. Ondřej Franěk, 2014. 254 s. ISBN 978-80-905651-0-4.
- FRIEDMAN, Matthew J. *PTSD History and Overview* [online]. 2016 [cit. 7.2.2017]. Dostupné z: <http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd-overview.asp>
- GRASSEOVÁ, Monika, DUBEC, Radek a ŘEHÁK, David. *Analýza v rukou manažera. 33 nejpoužívanějších metod strategického řízení*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2010. 325 s. ISBN 978-80-251-2621-9.
- Hasičský záchranný sbor České republiky. *Psychologická služba* [online]. Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, © 2017. [cit. 27.3.2017]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/psychologicka-sluzba.aspx>
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
- HUBOVÁ, Anna. *Analýza stresu a poskytování posttraumatické intervenční péče u základních složek IZS*. Ostrava, 2007. Bakalářská práce. Vysoká škola báňská – Technická univerzita v Ostravě. Fakulta bezpečnostního inženýrství. Vedoucí práce Michail ŠENOVSKÝ.
- JECH, Jan. *Stres a posttraumatická intervenční péče u příslušníků HZS*. Liberec, 2010. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická. Vedoucí práce Hana ŠMEJKALOVÁ.
- JIŘIŠTA, Vladimír. *Vliv akutního stresu na zdravotnického záchranáře a následná krizová intervence*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Štěpán KLEN.
- KESSLER, Ronald C. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. USA: Florida State University, 1995, 52 (12), 1048 – 1060. ISSN 0003-990X.

- KUBÍČKOVÁ, Pavla. *Posttraumatická intervenční péče o příslušníky a občanské zaměstnance Policie České republiky*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Petra ADAMOVIČ.
- LEE, Kimberley. A. et al. A 50-year Prospective Study of the Psychological sequelae of World War II Combat. *American Journal of Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association, 1995, 152(4), 516 – 522. ISSN 0002-953X.
- KLIMPL Petr. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 168 s. ISBN 80-7169-324-3.
- KLÍMA, Ladislav. *Postoje policistů k možnostem využití psychologické péče v PČR*. Brno, 2012. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce Geraldina PALOVČÍKOVÁ.
- LÁCHA, Pavel. *Posttraumatický stresový syndrom (PTSD) u záchranářů*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Václav ŠNOREK.
- MALLAYA, Thaddeus. *Základy strategického řízení a rozhodování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing Publishing, 2007. 252 s. ISBN 978-80-247-1911-5.
- MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 200 s., ISBN 978-80-247-3007-3.
- MINAŘÍKOVÁ, Martina. *Systém psychosociální intervence poskytované Hasičským záchranným sborem, Policií ČR a Zdravotnickou záchrannou službou*. Kladno 2016. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce Dana Rebeka RALBOVSKÁ.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOSER, Jason S. et al. Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Trauma-exposed College Students: The Role of Trauma-Related Cognitions, Gender, and Negative Affect. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. 2007, 21(8), 1039 – 1049 [cit. 5.2.2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2169512/#R45>
- MOTLOVÁ, Lucie a KOUKOLÍK, František. *Citový mozek*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 359 s. ISBN 80-7262-408-3.

- PATTON, Douglas. Posttraumatic Growth in Protective Services Professionals: Individual, Cognitive and Organizational Influences. *Traumatology: An International Journal (TMT)*. USA: Sage Journals, 2005, 11(4), 335 – 346. ISSN 1534-7656.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PIDRMAN, V. *Posttraumatická stresová porucha. Manuál pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2002. 24 s. ISBN 80-85121-45-X.
- Pokyn generálního ředitele Hasičského záchranného sboru ČR 43 ze dne 25. srpna 2014, o psychologické službě Hasičského záchranného sboru ČR.
- Pokyn policejního prezidenta 231 ze dne 26. září 2016, o psychologických službách.
- Policie České republiky* [online]. Policie České republiky, © 2017. [cit. 31.3.2017]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/policie-cr.aspx>
- PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 416 s. ISBN 80-7178-997-6.
- PRAŠKO, Ján, HÁJEK, Tomáš a PREISS, Marek. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 93 s. ISBN 80-85912-80-5.
- PRAŠKO, Ján et al. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-811-2.
- Psychologie dnes*. Kognitivní schopnosti a PTSD. Praha: Portál, 2006, 12 (12), 7. ISSN 1212-9607.
- PSYCHOLOGICKÉ PRACOVISTĚ MV-GŘ HZS ČR, *Akutní a posttraumatická stresová reakce po mimořádných událostech při výkonu služby*. 2. vyd. Praha: MV-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR, 2014. 14 s. ISBN 978-80-86466-66-8.
- RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
- RESNICK, Heidi et al. Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 1993, 61(6), 984 – 991 [cit. 5.2.2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8113499>

- SACHSSE, Ulrich. Trauma, trauma-coping a posttraumatické zatížení a poruchy: teorie a terapeutické počátky. In: RŮŽIČKA Jiří (ed.), *Psychosomatický přístup k člověku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 239 - 282. ISBN 80-7254-750-X.
- SEZEMSKÝ, Zdeněk. Systém posttraumatické intervenční péče poskytované příslušníkům Policie České republiky. Brno, 2010. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce Štěpán VYMĚTAL.
- SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. 2. vyd. Praha: Academia, 2000. 106 s. ISBN 80-200-0240-5.
- SOLOMON, Susan D., GERRITY, Ellen T. a MUFF, Alyson M. *Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. An Empirical Review*. Chicago: Jama, 1992, 268(5), 633 – 638. ISSN 0098-7484.
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize*. 2. vyd. Praha: Bomton agency, 2008. 860 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
- Systém psychosociální intervenční služby*, 2017 [online]. Systém psychosociální intervenční služby. [cit. 31.3.2017]. Dostupné z: <https://spis.cz/>
- ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. a kol. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
- ŠMARDA, Jan a kol. *Biologie pro psychology a pedagogy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 424 s. ISBN 978-80-7367-343-7.
- ŠPATĚNKOVÁ Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 200 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VÁCHOVÁ, Jana. *Systém posttraumatické péče v rámci IZS*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Libor PYTEL.
- VINAŘ, Oldřich. Poraněná duše aneb posttraumatická stresová porucha. *Lékařské listy* [online]. 2007, 20 [cit. 6.1.2017]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poranena-duse-aneb-posttraumaticka-stresova-porucha-330657>
- VIZINOVÁ, Daniela a PREISS, Marek. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 160 s. ISBN 80-7178-284-X.

- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- VOKURKA Martin, HUGO Jan a kol. *Praktický slovník medicíny*. 5. vyd. Praha: Maxdorf, 1998. 490 s. ISBN 80-85800-81-0.
- VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80247-2510-9.
- YULE, William a SMITH, Patrick. Post-Traumatic Stress Disorder. In: RUTTER, Michael J. a kol. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5. vyd. Oxford: Blackwell, 2008. 686-697. ISBN 9781-4051-4549-7.
- Zákon 239/2000 Sb. ze dne 28. června, o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.
- Zákon 374/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotnické záchranné službě.
- Závazný pokyn policejního prezidenta 79 ze dne 10. května 2010, kterým se mění závazný pokyn policejního prezidenta č. 21/2009, o posttraumatické intervenční péči a anonymní telefonní lince pomoci v krizi.
- Závazný pokyn policejního prezidenta 129 ze dne 14. listopadu 2001, kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům Policie České republiky, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních úkolů.

## 11. Seznam použitých obrázků

Obrázek 1 – Pohlaví. [Zdroj:] .....	57
Obrázek 2 – Věk. [Zdroj:] .....	58
Obrázek 3 – Délka praxe. [Zdroj:] .....	58
Obrázek 4 – Prožití psychické zátěže. [Zdroj:] .....	59
Obrázek 5 – Frekvence prožívání psychické zátěže. [Zdroj:] .....	60
Obrázek 6 – Délka vyrovnání se s psychickou zátěží. [Zdroj:] .....	61
Obrázek 7 – Kdo pomohl se zvládnutím psychické zátěže. [Zdroj:] .....	61
Obrázek 8 – Vyhledávání psychologických služeb. [Zdroj:] .....	62
Obrázek 9 – Stala se situace, která potom vyžadovala vyhledat psychologa či peera? [Zdroj:] .....	63
Obrázek 10 – Poskytuje zaměstnavatel psychologickou pomoc? [Zdroj:] .....	64
Obrázek 11 – Ocenil/a byste psychologickou pomoc poskytovanou zaměstnavatelem? [Zdroj:] .....	65
Obrázek 12 – Znalost možností využití posttraumatické intervenční péče. [Zdroj:] .....	66
Obrázek 13 – Důvěřujete kolegům, co se týče sdílení psychické nepohody. [Zdroj] .....	67
Obrázek 14 – Volba peera či psychologa. [Zdroj] .....	68
Obrázek 15 – Důvěra v posttraumatickou intervenční péči. [Zdroj] .....	68
Obrázek 16 – Využívání posttraumatické intervenční péče. [Zdroj] .....	69
Obrázek 17 – Událost, po které byla posttraumatická intervenční péče vyhledána. [Zdroj] .....	70
Obrázek 18 – Vyhledání posttraumatické intervenční péče v případě prožití psychické zátěže v budoucnu. [Zdroj] .....	71
Obrázek 19 – Pravděpodobnost vyhledání psychologické pomoci vzhledem k typu události [Zdroj] .....	72
Obrázek 20 – Podporuje zaměstnavatel mimopracovní aktivity jako prevenci výskytu stresu a napětí. [Zdroj] .....	73
Obrázek 21 – Proběhl defusing či debriefing po prožití potencionální traumatizující události. [Zdroj] .....	74
Obrázek 22 – Znalost posttraumatické stresové poruchy. [Zdroj] .....	75
Obrázek 23 – Znáte někoho s posttraumatickou stresovou poruchou. [Zdroj] .....	76
Obrázek 24 – Trpíte nebo jste trpěl/a někdy posttraumatickou stresovou poruchou. [Zdroj] .....	76

Obrázek 25 – Očekávaná reakce zaměstnavatele při onemocnění posttraumatickou stresovou poruchou. [Zdroj] .....	77
Obrázek 26 – Využití služeb krizových telefonních linek. [Zdroj] .....	78
Obrázek 27 – Co by měl zaměstnavatel udělat pro snížení rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy. [Zdroj] .....	80

## **12. Seznam použitých tabulek**

Tabulka 1 – Rozložení zkoumaného soboru vzhledem k pohlaví.....	57
Tabulka 2 – Frekvence prožívání psychické zátěže při výkonu služby .....	60
Tabulka 3 – Vyhledávání psychologických služeb .....	62
Tabulka 4 – Stala se při výkonu situace, po které by bylo vhodné podle Vašeho názoru využít peera či psychologa? .....	63
Tabulka 5 – Poskytuje zaměstnavatel psychologickou pomoc? .....	64
Tabulka 6 – Ocenil/a byste psychologickou pomoc poskytovanou zaměstnavatelem?..	65
Tabulka 7 – Důvěřujete svým kolegům, co se týče sdílení psychické nepohody? .....	67
Tabulka 8 – Důvěra v posttraumatickou intervenční péči .....	69
Tabulka 9 – Frekvence využívání posttraumatické intervenční péče .....	70
Tabulka 10 – Efektivnost posttraumatické intervenční péče .....	71
Tabulka 11 – Vyhledání posttraumatické intervenční péče v případě prožití psychické zátěže v budoucnu.....	71
Tabulka 12 – Pravděpodobnosti vyhledání psychologické pomoci vzhledem k typu události.....	72
Tabulka 13 – Proběhl defusing či debriefing po prožití potenciální traumatizující události?.....	74
Tabulka 14 – Znalost posttraumatické stresové poruchy .....	75
Tabulka 15 – Frekvence využívání služeb krizových telefonních linek .....	78
Tabulka 16 – Efektivnost službu krizové telefonní linky .....	78
Tabulka 17 – Co by měl zaměstnavatel udělat pro snížení rizika rozvoje posttraumatické stresové poruchy? .....	80
Tabulka 18 – Přehledová SWOT tabulka PČR .....	82
Tabulka 19 – SWOT matice PČR .....	83
Tabulka 20 – Přehledová SWOT tabulka ZZS .....	87
Tabulka 21 – SWOT matice ZZS.....	88
Tabulka 22 – Přehledová SWOT tabulka HZS ČR.....	92
Tabulka 23 – SWOT matice HZS ČR.....	93



### **13. Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník použitý v rámci dotazníkové studie

Příloha 2: Otázky pokládané v rámci strukturovaných interview

## Příloha 1: Dotazník použitý v rámci dotazníkové studie

### Dotazník PČR

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Jmenuji se Jaroslava Skoková a již 30 let pracuji na dispečinku Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje. V současné době studuji druhým rokem na katedře Českého vysokého učení technického v Praze obor civilní nouzové plánování. V rámci své magisterské práce se na Vás obracím s prosbou o spolupráci na dotazníkové studii, jejíž cílem je nejen zjistit povědomí a výskyt posttraumatické stresové poruchy u pracovníků integrovaného záchranného systému (IZS), ale i využívání psychologické péče a podchycení nedostatků psychologické intervence dané složky IZS z pohledu jednotlivých zaměstnanců. Za pomoci dalších výzkumných metod, vedle dotazníkové studie, bude mým cílem rovněž zhodnotit funkčnost jednotlivých systémů psychosociální intervenční péče, jako jednu z možností prevence výskytu posttraumatické stresové poruchy u pracovníků složek IZS, a příp. učinit návrh na úpravu jednotlivých postupů psychosociální péče u složek IZS tak, aby se u pracovníků minimalizoval rozvoj posttraumatické stresové poruchy.

Pro naplnění mých výzkumných cílů si Vás proto dovoluji požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Získaná data ani vyslovené závěry nebudou v žádném případě přiřazovány konkrétním osobám. Dotazník slouží pouze pro účely mé diplomové práce a jakékoliv zneužití informací v něm obsažených je vyloučeno.

Předem Vám děkuji za spolupráci a Váš čas, který budete vyplnění dotazníku věnovat.

Bc. Jaroslava Skoková, DiS.

Instrukce pro vyplnění:

Při vyplňování dotazníku Vás prosím o co největší upřímnost. Po přečtení jednotlivých otázek prosím vyberte označením křížkem v příslušném okénku odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší představě a skutečnosti.

#### 1. Jakého jste pohlaví?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Muž  
 Žena

#### 2. Kolik je Vám let?

*Označte jen jednu elipsu.*

- 20 – 30 let  
 31 – 40 let  
 41 – 50 let  
 51 – 60 let

3. Jak dlouho pracujete ve sboru Policie České republiky?

Označte jen jednu elipsu.

- 0 – 5 let  
 6 – 10 let  
 11 – 15 let  
 16 – 20 let  
 21 – 25 let  
 26 – 30 let  
 31 – 35 let  
 35 a více let

4. Dostal/a jste se někdy při výkonu služby do psychické zátěže?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano    *Přeskočte na otázku 5.*  
 Ne    *Přeskočte na otázku 9.*

5. Jak často psychickou zátěž při výkonu služby prožíváte?

Označte jen jednu elipsu.

- Málokdy  
 Občas  
 Často  
 Velmi často

6. Jak dlouho se obvykle vyrovnáváte s psychicky zátěžovou situací?

Označte jen jednu elipsu.

- Několik minut – den  
 2 dny – týden  
 2 týdny – měsíc  
 Několik měsíců  
 Nedokážu se s ní vyrovnat

7. Kdo Vám pomohl či pomáhá se zvládáním psychicky zátěžové situace? (Možno zvolit více odpovědí.)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Já sám/a  
 Rodina  
 Blízcí přátelé  
 Odborník (psycholog, apod.)  
 Nikdo, nedokážu se s ní vyrovnat

8. V případě využití odborné psychologické pomoci jste zvolil jaký zdroj?

Označte jen jednu elipsu.

- Odborníka poskytnutého zaměstnavatelem
- Externího odborníka
- Nevyužil jsem nikoho

9. Zažil/a jste někdy při výkonu služby situaci, po které by bylo vhodné podle Vašeho názoru využít pomoc peera či psychologa?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

10. Poskytuje Váš zaměstnavatel odborníka na psychologickou pomoc?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano *Přeskočte na otázku 12.*
- Možná, nevím o tom *Přeskočte na otázku 11.*
- Ne *Přeskočte na otázku 11.*

11. Ocenili byste, kdyby Váš zaměstnavatel poskytoval v rámci organizace psychologickou pomoc?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

12. Důvěřujete svým kolegům co se týče příp. sdílení Vaší psychické nepohody či obtíží?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Některým ano
- Ne

13. Víte, že můžete po psychicky velmi náročných výjezdech využít služeb posttraumatické intervenční péče, kterou ve Vaší organizaci zajišťuje určený peer, či psycholog?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano
- Ne

14. V případě potřeby využít služeb posttraumatické intervenční péče poskytované Vaší organizací, koho byste raději zvolili?

Označte jen jednu elipsu.

- Peera - profesního kolegu proškoleného v oblastech poskytování psychologické pomoci
- Psychologa - specialistu na duševní zdraví

15. Máte důvěru v posttraumatickou intervenční péči poskytovanou Vaší organizací?

Označte jen jednu elipsu.

- Určitě ano  
 Spíše ano  
 Spíše ne  
 Určitě ne

16. Využil/a jste někdy službu posttraumatické intervenční péče poskytovanou Vaší organizací?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Přeskočte na otázku 17.  
 Ne Přeskočte na otázku 20.

17. Jak často službu posttraumatické intervenční péče využíváte?

Označte jen jednu elipsu.

- Využil/a jsem ji jednou  
 Málokdy  
 Občas  
 Často  
 Velmi často

18. Na základě jaké události jste vyhledal/a posttraumatickou intervenční péči? (Možno zvolit více odpovědí.)

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Hromadné neštěstí  
 Závažný zásah u dítěte  
 Nehoda jednoho z Vašich kolegů  
 Nehoda rodinného příslušníka či přítele  
 Napadení agresorem v rámci výjezdu

19. Byla podle Vašeho názoru služba posttraumatické intervenční péče smysluplná? Pomohla Vám?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Přeskočte na otázku 22.  
 Spíše ano Přeskočte na otázku 22.  
 Spíše ne Přeskočte na otázku 22.  
 Ne Přeskočte na otázku 22.

20. Využil/a byste službu posttraumatické intervenční péče v budoucnu, pokud byste se dostal/a do psychicky zátěžové situace?

Označte jen jednu elipsu.

- Ano Přeskočte na otázku 21.  
 Ne Přeskočte na otázku 22.

21. Pokud byste chtěl/a v budoucnu využít psychologických služeb, v jakém případě by to podle Vás bylo nejpravděpodobnější? (Možno zvolit více odpovědí.)

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Hromadné neštěstí
- Závažný zásah u dítěte
- Nehoda jednoho z Vašich kolegů
- Nehoda rodinného příslušníka či přítele
- Napadení agresorem v rámci výjezdu
- Jiné: \_\_\_\_\_

22. Podporuje Vás zaměstnavatel některé z mimopracovních aktivit na podporu prevence výskytu stresu a napětí (sportovní aktivity, relaxační techniky a kurzy, terapeutické sezení jako je např. muzikoterapie, arteterapie aj.)?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne
- Nevím

23. Pokud se již mezi Vašimi kolegy vyskytl nějaký případ nehody, napadení či jiné katastrofy, proběhl následně na Vašem pracovišti defusing či debriefing?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne
- Nikdy jsem o něčem podobném neslyšel/a

24. Znáte někoho s posttraumatickou stresovou poruchou?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne

25. Víte, co tato porucha obnáší?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne

26. Trpíte aktuálně nebo jste někdy trpěl/a posttraumatickou stresovou poruchou?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Myslím si, že ano
- Myslím si, že ne
- Ne

27. Co byste od zaměstnavatele očekával/a, kdybyste utrpěl/a posttraumatickou stresovou poruchou rozvinutou na základě traumatické události při výkonu služby? (Možno zvolit více odpovědí.)

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Finanční odškodnění
- Poskytnutí odborné pomoci
- Umožnění přestupu na jinou pracovní pozici
- Nevím
- Nic bych nepožadoval/a

28. Využil/a jste někdy služeb krizových telefonních linek (linky důvěry apod.)?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano *Přeskočte na otázku 29.*
- Ne *Přeskočte na otázku 31.*

29. Jak často služeb krizových telefonních linek využíváte?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Využil/a jsem ji jednou
- Málokdy
- Občas
- Často
- Velmi často

30. Byla podle Vašeho názoru tato služba krizových linek smysluplná? Pomohla Vám?

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

31. Co by Váš zaměstnavatel měl podle Vás změnit, aby snížil riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy? (Možno zvolit více odpovědí.)

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Zajištění profesního rozvoje formou dalšího vzdělávání
- Zajištění pravidelného nácviku krizových událostí, které se mohou při výkonu služby stát
- Pořádání pravidelných intervizních setkání (sdílení zkušeností, rad a zážitků při výkonu služby)
- Finanční podpora mimopracovních aktivit jako prevence stresu (sport, relaxace, masáže apod.)
- Finanční podpora psychologické péče poskytované mimo Vaši organizaci
- Pořádání teambuildingových aktivit
- Jiné: \_\_\_\_\_

## Závěrečné poděkování

---

**Rozhovor s psychology IZS**

- 1) Jaké je Vaše vzdělání pro vykonávání profese psychologa u zdravotnické záchranné služby/ Policie České republiky/ Hasičského záchranného sboru České republiky?
- 2) Jak dlouho pracujete na pozici psychologa u zdravotnické záchranné služby/ Policie České republiky/ Hasičského záchranného sboru České republiky?
- 3) Mají podle Vašeho názoru zaměstnanci zdravotnické záchranné služby/ Policie České republiky/ Hasičského záchranného sboru České republiky povědomí o existenci posttraumatické stresové poruchy?
- 4) Věnujete se Vy či jiný odborník ve Vaší organizaci osvětě posttraumatické stresové poruchy?
- 5) Věnuje se Vaše organizace prevenci rozvoje posttraumatické stresové poruchy?
- 6) V případě kladné odpovědi na otázku č. 5., jakým způsobem se Vaše organizace věnuje minimalizaci rozvoje posttraumatické stresové poruchy?
- 7) Využívají zaměstnanci zdravotnické záchranné služby/ Policie České republiky/ Hasičského záchranného sboru České republiky organizací nabízených psychologických služeb při obtížích, jež na konec souvisí s prodělanou traumatickou událostí při výkonu profese?
- 8) V případě kladné odpovědi na otázku č. 7, jak často jsou v tomto ohledu psychologové či peeri pracovníky zdravotnické záchranné služby/ Policie České republiky/ Hasičského záchranného sboru České republiky vyhledáváni?
- 9) Podle Vašich zkušeností, na koho se nejčastěji obracejí pracovníci Vaší organizace s prvotními obtížemi – peera, psychologa či externího odborníka (psychologa, psychiatra)?
- 10) Je podle Vás systém psychologické péče zdravotnické záchranné služby/ Policie České republiky/ Hasičského záchranného sboru České republiky funkční z hlediska minimalizace rozvoje posttraumatické stresové poruchy?
- 11) Spatřujete v systému psychologické péče Vaší organizace příp. možnosti, návrhy ke zlepšení v kontextu minimalizace rozvoje posttraumatické stresové poruchy?