

**UNIVERZITA PARDUBICE**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Miroslav HÁJEK**

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Posttraumatická stresová porucha v profesi  
zdravotnického záchranáře**

**Miroslav Hájek**

**Bakalářská práce  
2012**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miroslav Hájek**  
Osobní číslo: **Z09124**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Název tématu: **Posttraumatická stresová porucha v profesi zdravotnického záchranáře**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovní cílů práce.
3. Stanovení výzkumných záměrů.
4. Výběr metody výzkumu.
5. Konzultace vybrané metody výzkumu a skupiny respondentů s vedoucím bakalářské práce.
6. Provedení výzkumu, sběr dat.
7. Analýza a interpretace získaných výsledků.
8. Zhodnocení práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. BARTŮŇKOVÁ, Staša. Stres a jeho mechanismy. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.
2. HOSKOVCOVÁ, Simona. Psychosociální intervence. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
3. ŠVINGALOVÁ, Dana. Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8.
4. VYMĚTAL, Štěpán. Krizová komunikace a komunikace rizika. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jindra Holeková, DiS.**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2012**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. února 2012

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškerá literatura a prameny, které byly využity k tvorbě, jsou uvedené na konci práce.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména ze skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Ústí nad Orlicí dne: 2.5.2012

.....  
Miroslav Hájek

### **Poděkování**

Velmi rád bych poděkovat především Mgr. Jindře Holekové, DiS. za její ochotu, odborné vedení, cenné rady a konzultace, které mně významně pomohly při vypracování bakalářské práce. Dále bych rád také poděkoval za konzultace a důležité informace Mgr. Z. Hrstkovi, MUDr. J. Šeblové a PhDr. L. Humplovi.

## **Anotace**

V této bakalářské práci se věnuji tématu „Posttraumatická stresová porucha v profesi zdravotnického záchranáře“.

V teoretické části nejdříve soustředím pozornost zdravotnickému záchranáři jako osobnosti, dále je zde rozebrán pojem stres. Další navazující kapitolou je posttraumatická stresová porucha, která přechází v kapitolu s názvem Krizová intervence a po ní následuje rozebrání problematiky Critical incident stress managementu. V závěru stručně shrnuji situaci u zdravotnické záchranné služby v souvislosti s psychosociální intervencí.

Ve výzkumné části jsem ověřoval, formou dotazníku, informovanost a znalosti, zdravotnických záchranářů a sester ve výjezdových skupinách, týkající se posttraumatické stresové poruchy.

Cílem práce je poukázat na problémy týkající se nadměrné psychické zátěže u záchranářů a možnou pomoc pro zasažené jedince.

## **Klíčová slova**

stres, posttraumatická stresová porucha, krizová intervence, critical incident stress management

**Title**

Post-traumatic stress disorder and paramedic profession

**Anotation**

The thesis is dealing with the topic of “Post-traumatic stress disorder in relation to the paramedic profession”.

The theoretical part is focused on the personality of paramedic and, subsequently, on the definition of stress itself. The following chapter concerns with the posttraumatic stress disorder preceding the chapter entitled Crisis intervention. The analysis of the issues of Critical incident stress management follows. The current situation of the emergency medical services in relation to psychosocial intervention is summarized in the conclusion.

In order to ascertain the foreknowledge and familiarity of paramedics and nurses of ambulance service with posttraumatic stress disorder, the questionnaires are used in the practical part.

The aim of the thesis is to point out the problems of paramedics under excessive mental stress and possible help to them.

**Key words**

stress, post-traumatic stress disorder, crisis intervention, critical incident stress management



# Obsah

Úvod.....	10
1 CÍLE PRÁCE .....	11
2.1 Cíle teoretické části .....	11
2.2 Cíle výzkumné části .....	11
2 TEORETICKÁ ČÁST .....	12
3.1 Profese záchranáře .....	12
3.1.1 Historie .....	12
3.1.2 Současnost .....	12
3.1.3 Rizikové faktory práce záchranáře .....	13
3.2 Stres.....	14
3.2.1 Historie .....	14
3.2.2 Pojetí stresu .....	14
3.2.2.1 Fyziologické pojetí .....	14
3.2.2.2 Psychologické pojetí stresu.....	15
3.2.2.3 Holistické pojetí stresu.....	15
3.2.3 Definice .....	15
3.2.4 Příčiny.....	16
3.2.5 Akutní stresová reakce .....	17
3.2.6 Fáze stresové reakce .....	17
3.2.7 Symptomatologie.....	18
3.2.8 Léčba a prevence .....	19
3.2.8.1 Zvládání lidského stresu .....	19
3.2.8.2 Primární a sekundární prevence.....	19
3.3 Posttraumatická stresová porucha .....	20
3.3.1 Historie .....	20
3.3.2 Definice .....	21
3.3.3 Příčiny.....	21
3.3.4 Symptomatologie.....	21
3.3.5 Léčba .....	23
3.4 Krizová intervence .....	24
3.4.1 Historie .....	24
3.4.2 Krize .....	25

3.4.3 Definice .....	26
3.5 Critical incident stress management.....	27
3.5.1 Historie .....	27
3.5.2 Definice .....	27
3.5.3 Defusing .....	28
3.5.4 Debriefing.....	28
3.6 Krizová intervence a CISM u ZZS.....	30
3 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
4.1 Výzkumné otázky.....	32
4.2 Výzkumný soubor .....	32
4.3 Metodika výzkumu.....	32
4.4 Zpracování dat.....	32
4.5 Prezentace výsledků výzkumu .....	33
4 DISKUZE .....	58
5 ZÁVĚR.....	60
Soupis bibliografických citací .....	61
Seznam zkratk .....	64
Seznam obrázků.....	65
Seznam příloh .....	66

## Úvod

Zdravotničtí pracovníci, ať už pracující v kvalitním zázemí oblastní, krajské či fakultní nemocnice, tak také pracovníci v přednemocniční neodkladné péči jsou velmi často vystavováni stresujícím situacím. Ne každý však prožívá stresové situace stejnou intenzitou jako jiná osoba nacházející se u oné stresové situace také. Velké riziko představují traumatické události, mimořádně emocionálně vyhocené, které člověk nečeká a tak mohou pro něho představovat možné riziko rozvinutí Posttraumatické stresové poruchy.

Tuto bakalářskou práci na téma „Posttraumatická stresová porucha v profesi zdravotnického záchranáře“ jsem si vybral proto, abych blíže nahlédl do problematiky stresu a rizika vzniku výše jmenované poruchy.

Práce si klade za cíl zmapovat uvědomění u zdravotnických záchranářů a sester pracujících ve výjezdových skupinách Zdravotnické záchranné služby o posttraumatické stresové poruše.

# 1 CÍLE PRÁCE

## 2.1 Cíle teoretické části

Seznámit čitatele v obecné rovině s rizikovou prací záchranáře, stresem či posttraumatickou stresovou poruchou. Poukázat na možnou diagnostiku, projevy a léčbu této poruchy.

## 2.2 Cíle výzkumné části

Zjistit znalosti dotazovaných o posttraumatické stresové poruše a porovnat vybrané odpovědi mezi muži a ženami.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 3.1 Profese záchranáře

#### 3.1.1 Historie

Pomoci raněným a nemocným se dostávalo již od dávných dob, avšak zdaleka ne na takové úrovni jako je tomu v dnešní době. Roku 1792 byla v Praze zřízena stanice první pomoci, o kterou se zasloužil Vojtěch Vincenc Čada, činitel Karlovy univerzity. Nacházely se zde základní pomůcky a přístroje, záchráncům byla dávána odměna a jejich jména uveřejňována v té době obvyklým způsobem. V témže roce se při korunovaci Františka II. prováděla preventivní opatření, kdy byla zřízena stanoviště lékařů, ranhojičů a porodních bab (Dvořáček, 2010).

Mezi nejstarší zdravotnické záchranné služby ve Střední Evropě patří Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy, která vznikla již v roce 1857, jako Pražský dobrovolný sbor ochranný, kam se přihlásilo bezmála 40 dobrovolníků a první stálé místo se nacházelo na Václavském náměstí v Praze. Během let 1891 – 1911 docházelo ke stěhování a následnému usazení na Staroměstském náměstí. Během této doby se objevily první motorizované dopravní prostředky a v roce 1924 získala Záchranná služba Praha oprávnění užívat zvuková výstražná znamení. V roce 1945 budova na Staroměstské náměstí byla zničena a došlo k přemístění. S rozvojem před nemocniční neodkladné péče vznikaly a rozvíjely se ostatní záchranné služby při okresních a krajských ústavech národního zdraví jako součást tehdejších nemocnic (Dvořáček, 2010).

#### 3.1.2 Současnost

V dnešní době je situace značně odlišná. Zdravotní péče je lépe organizována. Síť výjezdových stanovišť bohatá a zázemí pro záchranáře na vysoké úrovni. Vybavení vozů záchranných služeb je velmi pestré. Setkáme se v nich od pomůcek k zajištění dýchacích cest, přes vakuové dlahy, krční límce, léků, odsávačky až k defibrilátoru, ventilátoru či celkovému monitoringu stavu pacienta. Tyto skutečnosti do jisté míry mají vliv na práci záchranáře. Skutečnost, že mají za zády kvalitní materiální a přístrojové vybavení, jistě přidá na psychické pohodě záchranáře (Bydžovský, 2008).

### 3.1.3 Rizikové faktory práce záchranáře

Na zdravotnického záchranáře, jako na osobu v dnešní době společensky poměrně vysoce postavenou, jsou kladeny vysoké nároky. Rozumí se tím, že zdravotnický záchranář, který absolvuje pomaturitní studium na vysoké škole a úspěšně zvládne tříleté studium, musí splňovat určité požadavky. Během studia získává široké znalosti z oblasti ošetrovatelské péče, přes základní anatomii lidského těla až po urgentní a život ohrožující stavy. Zkušenost je dalším požadavkem, kterou záchranář získává postupně z praxe, ať již ze studentských let, či poté, ze své profese. Zručnost spojená s nacvičováním různých postupů a úkonů souvisejících s výkonem povolání. Ruku v ruce se zručností jde i schopnost vykonávat danou činnost v rychlosti, která je v mnohých situacích velmi důležitá. V neposlední řadě je zde i požadavek na jistou citovou otupělost, respektive chladnokrevnost, jako obranný prostředek před nadměrnou citovou vazbou na postiženého jedince (Bydžovský, 2011).

Co se týče charakteristiky terénních záchranářů, ty lze charakterizovat jako pracovníky schopné vykonávat své povolání v delších směnách, ať už v denních nebo nočních. S tím souvisí i rychlá změna z poklidného žití na výjezdových stanovištích na teror a stres v terénu. Proto by měl být záchranář schopen se obětovat a vnímat svou práci jako jakýsi druh poslání. Často jsou záchranné práce prováděny v nehostinných podmínkách, například za deště, větru, nízkých teplot a naopak v letním parnu, ve špíně, hluku a podobně. Není zde možnost předvídat, to znamená, že pokaždé se může něco pokazit a je tedy důležitá i schopnost improvizace (Bydžovský, 2011).

Podíváme-li se na stravování a provádění osobní hygieny během služby, je pochopitelné, že i takovéto činnosti jsou vykonávány v časové tísní a v neschopnosti odhadnout, zda nebude vyhlášen výjezd, což samo o sobě je stresová situace. Pracovní prostředí je z valné části také neznámé, rychlá adaptace na okolí, ve kterém se záchranný tým nachází, je jistě kladně hodnocena (Bydžovský, 2011).

Záchranář by měl být schopen komunikovat s klienty a jejich blízkými či rodinou. Umět vyjádřit pochopení, být asertivní, působit sebejistě, odborně a podávat vysvětlení, kterým klient rozumí. Často se stává, že zdravotnický pracovník hovoří s klienty jazykem, kterému daná osoba příliš nerozumí. V neposlední řadě by měl být připraven na nevděk či agresivitu ze strany osoby, které pomáhá (Bydžovský, 2011).

## 3.2 Stres

Stres lze z anglického slova stress přeložit jako napětí nebo zátěž. V nejširším slova smyslu jde o označení náročných životních situací, kam se řadí například spory, problémy nebo frustrace (Švingalová, 2006).

Mnohdy je stres vysvětlen jako přímo nevyjádřené ohrožení homeostázy (stálosti vnitřního prostředí či rovnováhy) (Vinay, 2007).

Bydžovský (2008) ve své publikaci vysvětluje stres jako soubor reakcí, které narušují klidný a normální chod funkcí organismu.

### 3.2.1 Historie

Jako jednoho z prvních, kdo popsal všeobecnou reakci na stres, lze označit maďarského fyziologa, který studoval lékařství v Praze, Hanse Seleye. Již za svých studií věnoval čas základním teoriím, avšak větší část svých výzkumů o stresu uskutečnil v Kanadě (Felix, 1996).

Jeho výzkum stresové reakce začal v roce 1930 při studiu endokrinologie. Seleye se dostal k výtahům z vaječníků, se kterými započal svůj výzkum. Na laboratorních krysách zkoumal účinky onoho preparátu, který jim aplikoval injekčně do těla. O několik měsíců později prozkoumal dopady na krysí organismus a zjistil, že hlodavci mají žaludeční vředy, zvětšené žlázy nadledvinek a atrofii imunitní tkáně. Domníval se, že objevil účinky výtahu z vaječníků. Výzkum tedy zopakoval ještě jednou. Tentokrát si zvolil dvě skupiny hlodavců. Jedné skupině aplikoval výtah z vaječníků a druhé pouze fyziologický roztok. Na konci jeho pokusu s dvěma skupinami krys vykazovaly obě skupiny stejná poškození organismu jako při jeho první výzkumné práci s hlodavci. Došel tedy tímto pokusem k závěru, že onen výtah není to, co způsobuje orgánové změny, nýbrž prožitá trauma z aplikace injekcí (Vinay, 2007).

Poté, v roce 1950, Hans Seley charakterizoval stres jako fyziologickou odpověď organismu, která se projevuje prostřednictvím obecného adaptačního syndromu (Švingalová, 2006).

### 3.2.2 Pojetí stresu

#### 3.2.2.1 Fyziologické pojetí

Toto pojetí je založeno na obecných a nespecifických koncepcích a opírá se o známé teorie. Spadá sem například Cannonova teorie homeostázy. Seleyovův všeobecný adaptační syndrom

se třemi fázemi stresové reakce (poplachová, vyrovnávací a fáze vyčerpání), nebo účinky psychofarmak vycházející z klinických zkušeností (Bartůňková, 2010).

### 3.2.2.2 Psychologické pojetí stresu

Základem pro toto pojetí je lidská individualita, kdy podkladem jsou například Freudova hlubinná psychologie, vývoj pudových sil, které osvětlují mnoho psychických poruch. Spadají sem také různé postoje na možnou konfliktní situaci, mluvíme o toleranci nebo sensitivitě. V neposlední řadě tato teorie zahrnuje také typologii introverze a extroverze či stability a neurotismu (Bartůňková, 2010).

### 3.2.2.3 Holistické pojetí stresu

Kombinací předchozích dvou pojetí získáme ucelený pohled na stres. Je to jakási snaha propojit fyziologické a psychologické pojetí stresu z důvodu lepšího vysvětlení určitých jevů. Toto pojetí se snažili vysvětlovat Alexander (1950). Ten pro vývoj onemocnění bral v úvahu přítomnost určité predispozice (typ osobnosti, minulé prožitky a konflikty), vnější noxy (jisté události, stresory) a zprostředkujících mechanismů (Bartůňková, 2010).

## 3.2.3 Definice

Původní definice podle Seleyeho: „*Stres je nespecifická (tj. nastávající po nejrůznějších zátěžích stereotypně) fyziologická reakce organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený*“ (Schreiber, 2000, s.16).

Modifikovaná definice dle Lazarusova: „*Stres je nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vyrovnat*“ (Schreiber, 2000, s.16).

Ganongova fyziologická definice: „*Stres je takový vliv na člověka, který vede k prodloužené hormonální reakci kůry nadledvin*“ (Schreiber, 2000, s.17).

Stres, jako pojem, je vymezován různými způsoby. Podle Nekonečného (1995) stres vzniká tehdy, působí-li na jedince nadměrně silný podnět po dlouhou dobu, nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout, a setrvá-li v ní.

Vágnerová (1999) chápe stres z psychologického hlediska jako stav nadměrného zatížení či ohrožení jedince.

„*Stres je soubor reakcí organismu na podněty (stresory), které narušují normální funkci organismu. Jedinec je vystaven takovým nárokům (zátěží), o nichž se domnívá, že k jejich zvládnutí nemá dostatečnou adaptační kapacitu. Podstatná je tedy subjektivita emočního a kognitivního zpracování situace, to, zda člověk subjektivně prožívá a interpretuje situace či podněty jako zátěžové (stresové)*“ (Švingalová, 2006, s. 9).



*„Stresová reakce je fylogeneticky zakódovaná neurohumorální a metabolicko-funkční příprava organismu na boj nebo útěk. Jedná se o výraznější odchylku od normálu, při které dochází k narušení integrity organismu. Mobilizují se silnější obranné nebo kompenzační mechanismy než při poruchách homeostázy. Rozlišení mezi homeostázou a stresem však není jednoznačné“ (Bartůňková, 2010, s. 16).*

### 3.2.4 Příčiny

Bartůňková (2010) ve své knize píše, že ženy jsou schopny lépe snášet určité typy stresu, jedná-li se zejména o bolest či existenční stres. Je zde podotknut také fakt, že právě ony jsou v určitém smyslu odolnější než muži a mají lepší schopnost stresu odolávat. Naopak muži nemají tak velikou intenzitu reakce na stres oproti ženám a v závěru z toho vyplývá, že ženy mají vyšší stresovou emocionalitu.

Aby vznikla stresová reakce, musí existovat stresor, což je podnět z okolí, který má různou intenzitu. Každý jedinec má různou schopnost subjektivního prožívání zátěžové situace (Irmiš, 1996; Švingalová, 2006; Bartůňková, 2010).

Dle účinku na lidský organismus rozeznáváme dva druhy stresu, a to distres a eustres. Distres působí na organismus negativně. Jedinec přestává být schopný se s určitou situací vypořádat, dochází k negativním emocím a přetěžování organismu. Za negativní emoce lze považovat například úzkost, depresi nebo beznaděj. Naopak eustres působí na organismus pozitivně. Povzbuzuje organismu k vyšším výkonům a po jejich zvládnutí může následovat radost. Je to krátkodobý, rychle odeznívající stres (Steiner, 2010).

Lidské stresory se dle Bartůňkové (2010) dělí na fyzikální (chlad, teplo, záření, elektrický proud atd.), chemické (alkohol, kolísání krevního cukru, otravy atd.), biologické (bolest, popáleninový stres, hlad, žízeň atd.) a psychosociální (úzkost, strach z vystoupení/zkoušky/smrti atd.).

Jiné dělení lze najít v publikaci od Vymětala (2009), kde se stresory dělí dle povahy na tělesné (hlad, bolest, námaha atd.), emocionální (obavy, strach, zloba atd.), kognitivní (starosti, postoje, negativní myšlenky atd.), fyzikální (tma, chlad, vlhkost atd.), biochemické (alkohol, nikotin, kofein atd.) a komplexní stresory (nátlak, pracovní požadavky, nemoc atd.)

Mezi možné stresory působící na záchranáře v jejich pracovním prostředí by se daly zařadit například interpersonální konflikty, konflikty kompetencí, vysoké pracovní nároky a odbornost, nevyužití dosažené kvalifikace, teplota, hluk, bezpečnost práce a mnohé další (Švingalová, 2006).

### 3.2.5 Akutní stresová reakce

Je to reakce psychicky zdravého jedince na neobvykle závažný stres. Jedná se o přechodnou duševní poruchu vznikající jako okamžitá odpověď na nějaký významný stresor. Příznaky této reakce většinou odeznívají za několik hodin, maximálně dní (Vinař, 2007; Švingalová, 2006).

Akutní stresovou reakci může prožívat jak člověk přímo zasažený kritickou událostí, tak i člověk, kterého se daná situace nepřímo dotýká, například se může jednat o svědka, kolemjdoucího, či jen diváka sledující nějakou katastrofu v televizi (Vinař, 2007; Švingalová, 2006).

Symptomatologicky se reakce projevuje jako stav „ustrnutí“ se zúženým vědomím, neschopností pochopit situaci, dezorientací či otupěním apod. Takový jedinec se může uzavřít do sebe a provádí neúčelné pohyby. Tělesně se akutní stresová reakce projevuje zčervenáním, tachykardií, chvěním či pocením. Na tento stav může být amnézie (Vinař, 2007; Švingalová, 2006).

### 3.2.6 Fáze stresové reakce

Stresová reakce se dělá na tři po sobě jdoucí fáze. První z nich je tzv. alarmová, či poplachová. Při této fázi dochází k aktivaci organismu, mobilizaci energetických zdrojů a navozuje se stav pohotovosti k eventuálnímu boji nebo útěku. Úkolem této reakce je vybudit celý organismus spolu s uvedením sil do stavu určité pohotovosti. V těle dochází například k mobilizaci zdrojů energie, zvýšení krevního tlaku, vazokonstrikci, zrychlení dechu, lepšímu prokrvení mozku či svalů, zkrácení koagulačního času, pocení, vyplavení hormonů nadledvin atd. Tato fáze postupně přechází ve fázi druhou (Schreiber, 2000; Irmiš, 1996; Švingalová, 2006; Vymětal, 2009; Bartůňková, 2010).

Rezistence, nebo-li adaptační fáze. Tato fáze nastává při opakování určitého stresoru. Uplatňují se zpětnovazebné mechanismy. Dochází k aktivaci dalších hormonů, např. kortizolu a tělo se připravuje na dlouhodobější boj. V dnešní době však již nedochází tak často k boji nebo k něčemu podobnému, ale k nutnosti se nějakým způsobem ovládat. Pokud nedojde k fyzické akci, v těle se nahromadí produkty stresové reakce a je dobré se jich zbavit jiným způsobem. Adaptace na stresor může být pozitivní, což může například znamenat zvýšení fyzické zdatnosti, ale také negativní, ve smyslu vyhledávání rizika s možnou odměnou

(závislost na výherních automatech) (Schreiber, 2000; Irmiš, 1996; Švingalová, 2006; Vymětal, 2009; Bartůňková, 2010).

Třetí fáze se nazývá vyčerpání (exhauste). Při neustálém působení stresoru, nadměrné intenzitě a při nezvládnutí dané zátěže dochází k selhání adaptační fáze. Rezistence, která mohla být získána ve druhé fázi, je nedostatečná nebo se ztrácí. Hroutí se fyziologické a psychické obranné mechanismy a organismus se stává vyčerpaným (Schreiber, 2000; Irmiš, 1996; Švingalová, 2006; Vymětal, 2009; Bartůňková, 2010).

### 3.2.7 Symptomatologie

Často se obecně příznaky stresu zařazují do tří oblastí, kdy každá oblast je u jiného jedince více či méně zastoupena, projevy se mohou kombinovat a je také důležité jednotlivé symptomy odlišit od projevů jiných, například od závažného onemocnění (Felix, 1996; Švingalová, 2006).

Psychické potíže jsou první oblastí, kterou se stres může navenek projevit. Mluvíme o poruchách spánku, zvýšeném napětí, podrážděnosti, špatných snech, ranní únavě, úzkosti, pocitech ohrožení, poklesu soustředění, nerozhodnosti, ztrátě emocí, poklesu psychické výkonnosti, neschopnost radovat se a mnohé další (Felix, 1996; Švingalová, 2006; Dostálová 2007; Vymětal, 2009; Bartůňková, 2010).

Mluvíme-li o palpitaci, křečovitém stažení břicha, studených končetinách, zvýšeném pocení, nutkání k močení, bolestech hlavy, sexuální pohlavní nemohoucnosti, suchu v ústech, bolestech, třesu svalů a jiných potížích, spadají tyto příznaky do fyziologických projevů stresu (Felix, 1996; Švingalová, 2006; Dostálová 2007; Vymětal, 2009; Bartůňková, 2010).

Do třetí oblasti projevů stresů patří změny chování. Vhodné je zmínit například zmatené chování, neklid, přejídání, zvýšené užívání návykových látek (alkohol, léky, cigarety) atd. (Felix, 1996; Švingalová, 2006; Dostálová 2007; Vymětal, 2009; Bartůňková, 2010).

Podle Švingalové (2006) se stres výrazně podílí na vzniku onemocnění jak psychických, tak i psychosomatických, a jejich následek vede až v 70% případů k pracovní neschopnosti.

Pro úplnost je třeba zmínit některá onemocnění, která se často dávají do souvislosti se stresem. Je to kupříkladu hypertenzní nemoc, migréna, astma bronchiale, porucha menstruačního cyklu, dráždivý tračník, herpes, psoriáza, atopický ekzém, diabetes mellitus, arytmie, poruchy imunity a další choroby. Někteří odborníci se také domnívají, že stres má vliv i na vznik nádorových onemocnění. Tomuto tématu se nově věnuje obor nazývající

se psychoonkologie jako součást medicíny zabývající se psychosomatickými nemocemi (Schreiber, 2000; Bartůňková, 2010).

### 3.2.8 Léčba a prevence

#### 3.2.8.1 Zvládání lidského stresu

Osvojení různých druhů technik nám může napomáhat k zvládání stresu. Existují dvě strategie v závislosti na tom, jedná-li se o krátkodobou nebo dlouhodobou strategii (Vymětal, 2009).

Krátkodobé strategie zvládání stresu jsou zaměřeny na aktuální a rychlé snížení stresové reakce. Jedná se o jednoduché úkony, například práci s dechem, rozptýlením pozornosti, změnou činnosti, počítáním či krátkou procházkou apod. (Vymětal, 2009).

Dlouhodobé strategie se zaměřují na správnou životosprávu, rozebírání problémů, jejich rozbor a možná řešení, hledání zájmů, zálib atp. a mají za cíl snížit úroveň zátěže. Mluvíme o dodržování správné životosprávy, různých relaxačních cvičeních, rozvíjení zájmů a zálib, plánování či o péči o mezilidské vztahy (Vymětal, 2009).

Podle Bartůňkové (2010) existují dvě techniky zvládání dlouhodobého stresu, pasivní a aktivní. Pasivní techniky souvisejí, dle psychologů, s jakýmsi „únikem“ a rozlišují tak popření (rezignace řešení), regresi (zjednodušení, zpřimitivnění reakcí), izolaci (útěk od okolí), denní snění a únik do nemoci. Mezi aktivní techniky spadá agrese, upoutání pozornosti, ztotožnění (identifikace s hrdinou), kompenzace (vyrovnání nedostatku) a sublimace (podvědomá změna např. společensky nepřijatelného chování za přijatelné).

#### 3.2.8.2 Primární a sekundární prevence

V souvislosti s primární prevencí se můžeme setkat s tzv. salutogenním myšlením, což je myšlení zaměřené na zdraví a kvalitu života. Součástí salutogenního myšlení je srozumitelnost (přijmutí pravdy takové, jaká je), zvládnutelnost (víra v sebe sama a ve své kvality) a smysluplnost (vše má smysl a nutnost řešit problémy) (Bartůňková, 2010).

U sekundární prevence dochází již k využití farmak, různých psychoterapeutických technik či kinezioterapie (jsou to různá pohybová cvičení v léčbě psychických onemocnění) (Bartůňková, 2010).

## 3.3 Posttraumatická stresová porucha

### 3.3.1 Historie

Některé zdroje uvádí, že jako úplně první zmínku o této poruše lze přiřadit biblickému líčení Lotovy ženy, která se při pohledu na zkázu Sodomy proměnila v solný sloup (Vinař, 2001).

Ze začátku 20. století již máme konkrétnější zprávy o posttraumatické stresové poruše (dále jen PTSP), které spadají do období první světové války. V této době někteří vojáci silně trpěli po prožitých válečných děsích a bylo náročné je poslat zpět na frontu. Takoví jedinci byli označeni za simulanty a následně trestáni, avšak bez výsledku. Mezitím se potýkali s nočními děsy, výbuchy vzteku a výsledkem bylo nezřízené pití alkoholu a páchání sebevražd. Pokud byli vysláni zpět do boje, tak jejich reakce byly zbrklé a schopnost boje minimální. V tehdejší době byl jejich stav označen jako „válečná neuróza“ nebo „bitevní trauma“ (Vinař, 2001).

S obdobnými projevy se lidé začali setkávat i v jiných souvislostech, než které se týkaly válečných front, a tak název poruchy se měnil, hovořilo se o „nehodové neuróze“ či „syndromu po znásilnění“. V lékařských výzkumech se docházelo k závěrům, že právě válka není jediný faktor vedoucí k rozvoji PTSP (Praško a kol., 2003; Švingalová, 2006; Vinař, 2001).

Další událost, kterou lze uvést jako možný příklad projevů této psychické poruchy, je z roku 1911. V tomto roce se v Toulonu ve francouzském přístavu vznítila loď a výsledkem mohutného požáru se stala exploze, kvůli které zahynulo kolem 300 lidí. Po této události došlo k popsání změn zdravotního stavu jak u lidí, kteří přežili výbuch, tak také u záchranářů pracujících na místě katastrofy. Uvádí se, že postižení jedinci znovuprožívali daný trýznivý scénář, měli děsivé sny, úzkost, fobie atp. (Vinař, 2011).

V roce 1978 došlo k zařazení termínu PTSP do mezinárodní klasifikace duševních poruch na základě zkušeností lékařů s vojáky z války ve Vietnamu. Tato diagnóza byla poté přidělena i některým obyvatelům Izraele, kteří přežili nacistické koncentrační tábory (Vinař, 2011).

Během let až do roku 1991, kdy byla vydána Mezinárodní klasifikace nemocí, docházelo stále k upřesňování termínu Posttraumatické stresové poruchy (Bydžovský, 2011).

### 3.3.2 Definice

PTSP je porucha, kdy se člověk začne vyhýbat situacím a předmětům, které mu připomínají prožité trauma. Jako další příznaky se objevují flashbacky či noční můry. Lze to tedy shrnout jako opožděnou nebo protražovanou reakci na stresovou událost (Praško, 2005).

*„PTSP je opožděnou a prodlouženou odpovědí na traumatizující podnět. Podle MKN-10 se diagnostikuje do šesti měsíců po události, DSM-IV zná i variantu „s odloženým začátkem“, začínají-li se příznaky objevovat nejméně šest měsíců po dopadu traumatizující události. MKN-10 se dobou trvání nezabývá“ (Baštecká a kol., 2005; s. 48).*

*„Posttraumatická stresová porucha je závažná psychická porucha vznikající jako opožděná, ale dlouhodobá reakce na traumatickou životní událost, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter a která by pravděpodobně vyvolala hluboké rozrušení téměř u každého jedince“ (Švingalová, 2006; s. 37).*

### 3.3.3 Příčiny

Existence této choroby je podmíněna prožitkem nějaké traumatické události. Ovšem ono trauma, jako jediný faktor rozvoje PTSP, nestačí. Mezi hlavní příčiny vzniku PTSP lze začlenit živelné katastrofy způsobené přírodou nebo člověkem (např. požáry, zemětřesení, tsunami, povodně atp.), autonehody, násilnou smrt jiných osob, svědectví sebevražedného pokusu, mučení (např. lidé, kteří prošli koncentračními tábory), znásilnění a terorismus. Příčiny vzniku PTSP lze zařadit i dramatické změny zdravotního stavu (CMP, IM) (Bartůňková, 2010; Praško, 2003; Švingalová 2006).

Jedná se tedy o události vyvolávající téměř u každého člověka pronikavou tíseň a stresovou reakci. PTSP se může projevit jak u obětí konkrétní traumatizující události, tak i u svědků. Hovoříme o záchranářích, policistech či hasičích, kteří se do kritických situací dostávají, v porovnání s běžnou populací, výrazně častěji. Ti musí snášet pohled například na znetvořená a zaklíněná těla v automobilu po nehodě a k tomu ještě odborně a kvalifikovaně provádět svou pracovní náplň. Neznamená to však, že pokud člověk prožije trauma, zákonitě se u něho musí rozvinout PTSP (Bartůňková, 2010; Praško, 2003; Švingalová 2006).

Podle Praška (2003) platí, že čím těžší je trauma a větší bezmocnost se mu bránit a čím menší je podpora ostatních, tím je pravděpodobnost rozvoje PTSP vyšší.

### 3.3.4 Symptomatologie

Příznaky PTSP se mohou překrývat s jinými onemocněními a mnohdy jsou pacienti nesprávně diagnostikováni a dojde u nich k neúplné a nepříliš efektivní léčbě. PTSP

lze zaměnit s depresí, panickou poruchou, poruchou osobnosti a jinými chorobami, avšak pouze u PTSP dochází k nechtěným návratům v myšlenkách k traumatizující události. Nejčastější záměna bývá s akutní reakcí na stres. Tato choroba má sice podobné příznaky, nicméně netrvají tak dlouho, jako je tomu u PTSP (Praško, 2005).

O příznacích PTSP mluvíme až tehdy, trvají-li déle než měsíc, mohou se objevit ihned po prožití traumatu a nejdéle do šesti měsíců.

Příznaky PTSP se dělí na čtyři hlavní skupiny, jedná se o dotírající vzpomínky a sny, ztrátu pozitivních emocí, vyhýbání se činností připomínající trauma a zvýšená psychická a tělesná vzrušivost (Praško, 2003; Švingalová, 2006).

Mezi nejběžnější příznaky PTSP lze zařadit vnucující se a opakující se vzpomínky na traumatizující událost, znovuprožívání traumatu, děsivé sny, vyhýbání se činností, které by nám mohli připomínat trauma, vyhýbání se konverzaci na toto téma, úzkost a deprese, poruchy spánku, zpětné záblesky, které se označují jako „flashback“, nadměrná bdělost či ostražitost, lekavost a napětí nebo pocity viny z přežití. Dochází i k vegetativním projevům, jako je bušení srdce, lapání po dechu, hyperpnoe, pocení, třes, bolest apod. (Praško, 2003; Švingalová, 2006).

Baštecká a kol. (2005) ve své knize zmiňují příznaky, které se dají rozdělit do tří skupin v závislosti na výskytu posttraumatických jevů.

Jedná se o znovuprožívání. Při připomnění traumatizující události se udělá člověku psychicky nebo i fyzicky špatně, spadají sem vtíravé myšlenky, flashbacky během dne či noční můry při spánku (Baštecká a kol., 2005).

Vyhýbání, jedinec se začne vyhýbat činnostem, předmětům apod., které by mu mohly prožitou událost připomínat (Baštecká a kol., 2005).

Zvýšená dráždivost, jako poslední skupina příznaků, se projevuje lekavostí, obtížným usínáním či udržením spánku, návaly hněvu atd. (Baštecká a kol., 2005).

### 3.3.5 Léčba

Jedním ze základních pilířů správné léčby PTSP je vyslechnutí postiženého jedince, jeho emoční podpora, povzbuzení a možnost vyjádření emocí. Přitom platí, že čím dříve dojde k ventilaci pocitů a vyslechnutí jedince, tím lépe (Praško, 2005; Vinař, 2007; Švingalová, 2006; Praško, 2003; Bartůňková, 2010).

Psychoterapie je nejdůležitější metodou léčby PTSP. Základem pro terapii PTSP je vytvoření jakéhosi terapeutického vztahu, kdy dochází k vysvětlení a edukaci jedince, jaké jsou příznaky a jejich vliv na chování, vztahy a seznámení se s možností léčby. Patří sem skupinová a individuální terapie, kognitivně-behaviorální a krátkodobě dynamická psychoterapie. Metody, jakými se provádí psychoterapeutická pomoc, mají být ohleduplné tak, aby se pacient cítil bezpečně. Tyto přístupy mají jednu společný základ, a to rekonstrukce prožité traumatizující události. Psychoterapeutické metody jsou velmi náročné jak pro postižené, tak i pro odborníky poskytující psychoterapeutickou pomoc. Mnohdy je také doporučeno se seznámit s literaturou nebo brožurami zabývajícími se tématem PTSP (Praško, 2005; Vinař, 2007; Švingalová, 2006; Praško, 2003; Bartůňková, 2010).

Doplňek k psychoterapii může být užití farmak, například anxiolytika nebo antidepresiva. Dochází tak k rychlejšímu efektu léčby, nicméně se mohou vyskytnout nežádoucí účinky z užívání léčiv, jako třeba přibrání na váze, návykovost nebo útlum. Uplatňují si zejména při depresi, úzkosti, podrážděnosti či nespavosti. Nejsou však příliš účinná na dotírající vzpomínky, flashbacky, nesoustředěnost a emoční odpoutanost (Praško, 2005; Vinař, 2007; Švingalová, 2006; Praško, 2003; Bartůňková, 2010).



## 3.4 Krizová intervence

Jedná se o specializovanou pomoc lidem, jež se nachází v krizi, čili v situaci, která způsobuje změnu v doposud navyklém způsobu života a vyvolává stav stresu, nerovnováhy a ohrožení (Špatenková, 2011).

Rozlišujeme pomoc laickou, poskytovanou neškolenými jedinci, například rodinou, a odbornou, která je prováděna psychologem, psychiatrem, lékařem, sociálním pracovníkem či jiným speciálně vyškoleným pracovníkem jiných profesí (Mlčák, 2007).

Další rozdělní krizové intervence je na prezenční krizovou intervenci, kdy s dotyčným jsme v kontaktu tváří v tvář, a distanční, například přes telefon nebo internet (Mlčák, 2007).

Povinnosti, které lze zařadit mezi základní právní principy této problematiky, jsou zachovávat lidskou důstojnost, překazit trestný čin, oznámit trestní čin, zabezpečit kvalifikovanou právní pomoc, ochranu osobních údajů a mlčenlivost (Špatenková a kol., 2011).

### 3.4.1 Historie

Již Sigmund Freud poskytoval konzultace, které jsou doloženy z jeho chorobopisů z roku 1895. V nich lze nalézt zprávy o rozhovorech, například s osmnáctiletou dívkou, která trpěla hysterií, a právě účinkem přímé interpretace došlo k odstranění oněch hysterických symptomů. Lze nalézt také několikahodinové rozhovory s Gustavem Mahlerem, který prožíval emoční krizi pramenící z milostného poměru jeho ženy s jiným mužem. Mezi světovými válkami poskytovali psychologové a psychiatři psychoterapeutické intervence již poměrně běžně (Klimpl, 2009).

Rok 1940 lze označit jako rok, ve kterém vznikly základy krizové intervence v Americe. Hlavní osobnost, která se tímto proslavila, je Erich Lidemann. Jeho článek z roku 1944 popisuje reakce jedinců na ztrátu blízké osoby, kteří se léčili v bostonské Všeobecné nemocnici na oddělení psychiatrie. Jednalo se o pozůstalé, kteří ztratili své příbuzné či známé při požáru v přeplněném bostonském klubu Cocoanut v roce 1942, dále o neurotické pacienty, kteří během svého léčení ztratili někoho blízkého, příbuzné osob, které zemřeli v průběhu hospitalizace, a nakonec zkoumal reakce lidí, kteří ztratili své blízké sloužící v armádě (Klimpl, 2009).

Mezi další psychiatry zkoumající psychosociální intervenci lze zařadit Williama Menningera či Franze Alexandra a Thomase Frenche, kterým v roce 1946 vyšla kniha s názvem Psychoanalytická terapie (Klimpl, 2009).

V České republice nastal rozkvět krizové intervence v devadesátých letech minulého století, kdy vznikly desítky pracovišť po celé zemi poskytující krizovou pomoc. V roce 1991 vzniklo Centrum krizové intervence v pražském areálu Psychiatrické léčebny v Bohnicích a také Krizové centrum Praha spadající pod 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy. Avšak již o dva roky dříve, v roce 1989, vzniklo první krizové centrum na psychiatrické klinice Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity v Brně – Bohunicích. Pražská záchranná služba založila v roce 1992 krizové centrum RIAPS. Tato pracoviště poskytovala ambulantní krizovou pomoc s možnou hospitalizací na dobu jednoho týdne. Do roku 2001 fungovala také v ČR i nejstarší linka důvěry založená roku 1964 (Klimpl, 2009).

### 3.4.2 Krize

Termín krize – pochází z latiny, původně ze slova crisis, znamenající obrat ve vývoji, nebezpečný stav vývoje, potíže či těžká, svízelná situace, soud či rozsouzení – lze užít k popisu situací, při kterých se něco dramaticky mění za doprovodu negativních emocí. Může jít například o náhlu, vysoce stresující událost, která na jedince působí a jehož síly nestačí na to se s ní vyrovnat. Je to jedna z hlavních příčin, kdy člověk vyhledá psychologickou nebo psychiatrickou pomoc. Krize může být chápána také jako ohrožující situace nebo jako příležitost ke změně (Gabriel, 2004; Horková, 2007; Psychologie a duševní zdraví, dostupný z WWW: <<http://www.help24.cz>>).

Vymětal (2009) ve své knize uvádí, že psychická krize nastává, když se člověk setká s problémem, který vlastními silami nedokáže vyřešit v přijatelném čase a způsobem, na který je zvyklý.

Lidé v krizi mohou prožívat určitý stav nerovnováhy, stresu či ohrožení a právě proto v takových chvílích propadají pocitům zmatku, tísně, jejich emoce mají výkyvy a mohou být dezorganizované (Duchoňová, 2012).

Spouštěče krize lze rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní patří například silné emoce a osobní citlivost (např. myšlenky na sebevraždu, úzkost) nebo požadavky vývoje a jejich neschopnost je plnit (např. odchod od rodičů, stáří). Ke vnějším spouštěčům krize lze zařadit ztrátu objektu (např. partnera, zdraví), dále nutnost volby mezi dvěma možnostmi nebo velká změna, ať už pozitivní nebo negativní, (např. svatba, nemoc) (Duchoňová, 2012; Horková, 2007).

### 3.4.3 Definice

Jedná se o speciální diagnosticko-terapeutický přístup, který slouží ke zvládnutí určité krize. Dosažitelnost pomoci a neodkladnost jsou základní znaky krizové intervence, při níž dochází k zmapování celkového psychického stavu a vytvoření určitého krizového plánu (Klimpl, 2009).

*„Krizovou intervencí můžeme vymezit jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedince i jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová pomoc zahrnuje především pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní“ (Špatenková, 2004, s.15).*

*„Specializovaná okamžitá pomoc lidem, kteří se ocitli v krizi. Jejím cílem je vrátit jedinci psychickou rovnováhu, která byla narušena kritickou životní událostí. Krizová intervence je komplexní, prakticky zaměřená pomoc, která může zahrnovat pomoc psychologickou (zaměřuje se na problém, který krizi vyvolal, kdy je jedinec s krizí konfrontován a dochází k jejímu řešení), lékařskou pomoc (psychiatrická intervence, medikace, hospitalizace), sociální pomoc (sociální intervence) a právní pomoc“ (Vymětal, 2009, s.16).*

*„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“ (Vodáčková, 2002, str. 60).*

## 3.5 Critical incident stress management

Termín critical incident stress management by se dal do češtiny volně přeložit jako zacházení se stresem v kritických situacích.

### 3.5.1 Historie

Již během první světové války, v souvislosti s bojem, šokem z bombardování či odstřelování, dochází k včasné krizové intervenci, která má za následek snížení výskytu a rozvoje chronických psychických onemocnění. Intervence v té době byla jak formální a neformální, tak i skupinová a individuální. Během ní dochází k rozebírání emocí, rozhovory s psychiatry atp. (Vymětal, 2009).

Druhá světová válka pokračovala v rozvoji okamžité krizové intervence. Docházelo k rozpravám z důvodu vyčerpání z boje, bitevní únavy, válečné neurózy apod. V té době se definovaly jasné principy důležité pro efektivitu intervence, jako například „očekávání, blízkost a okamžitost“ (Vymětal, 2009).

Válka ve Vietnamu a Koreji přinesla nové postupy. Plukovník Marshall vyvinul určitý způsob vedení rozhovoru s vojáky v brzké době po bitvách. Zjistil, že pokud byl rozhovor správně prováděn, stal se velice prospěšným jak pro vojáky, tak pro celé jednotky (Vymětal, 2009).

Roku 1983 v USA Dr. Jeffrey Mitchell poprvé popsal a zveřejnil psychologický debriefing v návaznosti na jeho CISD model. V roce 2000 dochází k vytváření strategických plánů, které berou v úvahu také mentální zdraví. Za nedlouho potom se rozvíjí systém posttraumatické intervenční péče u armády, hasičů či policie. Do zdravotnictví se systém dostává roku 2004 (Vymětal, 2009).

### 3.5.2 Definice

Jedná se o protokol vyvinutý pro řešení traumatických událostí. Je to vysoce formální, odborný a strukturovaný proces, při kterém dochází k uvolnění postiženého tým, že vyjádří své emoce, dozví se o možných reakcích na danou situaci, projevech a na základě skutečností je možné zajistit případnou další pomoc. Je třeba zmínit, že se nejedná o psychoterapii. Rozhovor je zcela dobrovolný a důvěrný, někdy nazýván jako „psychologická první pomoc“ (Hoskovcová, 2009; Vodáčková, 2002).

Cílem CISM je udržení nebo znovu obnovení psychické stability po náročných zásazích u profesionálů. Rozlišujeme dva základní druhy CISM sloužící ke zvládnání zátěže vycházející

z mimořádné události. Jedná se o defusing, probíhající krátce po kritické události a debriefing probíhající až po uplynutí určité doby. Užití těchto dvou krizově-intervenčních technik je jak individuální, tak skupinové. Skupinový přístup je nevhodný pro traumatizující události se zahanbením (Vodáčková a kol., 2002).

Velmi důležitým článkem CISM je peer. Je to v podstatě speciálně proškolený kolega, který poskytuje podporu po prožití náročné situace. Měl by především vyslechnout postiženého jedince, vyjádřit porozumění, podporu, neměl by kritizovat a měl by být velmi diskrétní. Jako další členové psychosociální intervenční služby mohou být psycholog nebo psychiatr, koordinátor nebo odborný garant (Štancel, Vargová, Majdišová, 2012).

### 3.5.3 Defusing

Tento termín vychází z anglického slova *defuse*, znamenající zbavit situaci výbušnosti. Měl by proběhnout od 1 do 8 hodiny po události. Posezení trvá nejčastěji 20-45 minut. Pro tento typ krizové intervence není potřeba, aby se jí účastnil kvalifikovaný psycholog. Důležité je vytvořit příjemnou atmosféru podpory a pohody povětšinou přímo na místě události. Úkolem defusingu je posílit cítění týmu, ve kterém jeho členové pečují o jedince, pro které byl zásah nejnáročnější. Velmi důležité je, aby nedocházelo během rozhovorů ke kritice a došlo k uvolnění emocí (Vodáčková a kol., 2002; Hoskovcová, 2009; Baštecká a kol., 2005; Vymětal, 2009).

Pro defusing jsou typické tři fáze, jedná se o představení a úvod (určují se pravidla komunikace, je kladen důraz na důvěrnost atp.), výzkum (zjistit, co se stalo, co postižení pociťovali, zkušenosti atd.) a prezentace informací (shrnutí události, výuka, podání informací, následná péče, závěr) (Vymětal, 2009).

### 3.5.4 Debriefing

Z anglického výrazu *debrief*, který v překladu znamená podat hlášení. Účastní se postižení událostí a členové týmu (2-4) v místnosti, kde jsou židle uspořádány do kruhu. Doba trvání debriefingu je 2-3 hodiny a uskutečňuje se za 48-72 hodin po události. U postižených osob by mělo dojít k racionálnímu zpracování události. Emoce jsou součástí, ale člověk by se v nich neměl utápět. Debriefing si neklade za cíl odstranění posttraumatických příznaků, ale kognitivní zvládnutí posttraumatických jevů, stabilizaci situace a obnovení svých vlastních zdrojů tak, aby byl schopen opět normálně fungovat. Užívá se předostí skupiny, kupříkladu

zážitku všeobecnosti (ostatní měli podobné pocity jako já) (Vodáčková a kol., 2002; Hoskovcová, 2009; Vymětal, 2009).

Debriefing se člení do sedmi úseků. Začíná se úvodem, kde dojde k představení a určení pravidel. Pokračujeme skutečnostmi, tedy popsáním události (Co? Kdo? Kdy? Vaše úlohy?). Další úsek jsou myšlenky, kde se ptáme, co vám vytanulo na mysli, když se to stalo atd. Navazují reakce a otázka, co se dělo poté (Co jste dělal? Co bylo následující den?). Navazují příznaky, dotazujeme se, zda jste cítil nějaké změny na sobě (měna chuti k jídlu, narušený spánek, atd.). Navazuje úsek učení a přípravy (změnilo se něco ve vašem životě, co byste příště udělal jinak, atp.). Poslední je zakončení, tedy shrnutí, diskuse, nabídka individuální rozpravy a ukončení (Vymětal, 2009; Vodáčková a kol., 2002; Hoskovcová, 2009).

### 3.6 Krizová intervence a CISM u ZZS

V současné době je péče o profesionály ve zdravotnictví v souvislosti s psychosociální intervencí v některých krajích již nastavena, např. Středočeský nebo Moravskoslezský kraj. V jiných krajích dochází k zavádění, př. Jihomoravský kraj, Plzeňský kraj. V Pardubickém a Královéhradeckém kraji je systém psychosociální intervenční služby (PIS) nastaven a začíná být aplikován. Garanci této problematiky mělo do 31.3.2012 Ministerstvo zdravotnictví a od dubna téhož roku přešel na Asociaci zdravotnických záchranných služeb. PhDr. Blanka Čepická a PhDr. Lukáš Humpl jsou celorepublikovými odbornými garanty starající se například o vzdělávání a zaručují určitou úroveň služeb. Dalším článkem PIS je krajský koordinátor, který má přehled o peerech v kraji a v případě potřeby organizuje potřebnou péči. Od roku 2013 je v plánu vyčlenit určitou sumu finančních prostředků na krizovou připravenost. Z těchto peněz lze pořádat cvičení, zajišťovat vzdělávání či nakoupit speciální materiály pro krizové situace. Je třeba zmínit, že ony finance nepůjdou do krajů automaticky nýbrž účelově. Dále také dochází ke schvalování, u jednotlivých ředitelů ZZS, terminologického slovníku, etického kodexu či organizace PIS (Štancel, Vargová, Majdišová, 2012; Oficiální stránky Systému psychosociální intervenční služby, dostupný z WWW: <<http://www.spismz.cz>>).

V loňském roce (2011) byli jmenováni koordinátoři krajů, zavedena povinnosti školení pro peery, jejich evidence a koordinace. V současné době jsou v každém kraji peeri a v celé České republice působí kolem sta takovýchto školených interventů z řad zdravotníků ZZS (Štancel, Vargová, Majdišová, 2012; Oficiální stránky Systému psychosociální intervenční služby).

Pro budoucí peery je nutností absolvovat certifikovaný 86 hodinový kurz probíhající v Brně, který je zaměřený na výcvik a vzdělávání v poskytování psychosociální intervenční péče. Je organizován Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Výstupem z tohoto kurzu je certifikát platný v celé České republice, který je mimo jiné bodově ohodnocen v souvislosti s celoživotním vzděláváním (Humpl, 2011).

Co se týče psychosociální intervenční služby u PČR nebo u HZS, tak zde jsou již určité standardy zavedeny. Mají speciálně školené psychology, došlo ke zřízení psychologické služby, jsou k dispozici školení členové týmů posttraumatické intervenční péče a je zřízena krizová telefonní linka. Situace u ZZS je poněkud rozdílná z důvodu různých provozovatelů záchranných služeb, nicméně v poslední době dochází k zavádění těchto služeb

posttraumatické intervenční péče. První záchranné služby využívající takovéto služby jsou z krajů Moravskoslezského a Středočeského a postupně se přidávají další. V roce 2009 začalo MZČR pracovat na začlenění programů intervence do rezortu a v roce 2010 byl oficiálně schválen Systém Psychosociální intervenční služby. Je zde zmíněna nutnost vzdělávat zdravotnické pracovníky v problematice stresu a nadlimitních zátěžových situací, schopnost komunikovat v krizových situacích. Dále jsou zde zmíněny metody defusingu a debriefingu, jako pomoc profesionálům po zátěžové situaci (Humpl, 2011).



### 3 VÝZKUMNÁ ČÁST

#### 4.1 Výzkumné otázky

1. Mají zdravotničtí záchranáři a sestry ve výjezdových skupinách ZZS povědomí o PTSP?
2. Vědí, kdy může dojít k rozvinutí PTSP?
3. Zasahovali někdy v jejich profesním životě u nějaké vysoce traumatizující události?
4. Jsou seznámeni s tím, na koho se obrátit v případě prožití krizové události?

#### 4.2 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor jsem zvolil zdravotnické záchranáře a zdravotní sestry pracující ve výjezdových skupinách zdravotnické záchranné služby. Z celkového počtu 50 rozdaných dotazníků se mi kompletně vyplněných vrátilo 37. Což představuje 74% návratnost.

#### 4.3 Metodika výzkumu

Pro výzkum mi posloužil mnou vytvořený dotazník, rozdělený do tří základních úseků, o celkovém počtu 20 otázek. Dotazník byl rozdan na jednotlivých výjezdových stanovištích po předchozí domluvě s vrchními sestrami. Veškeré mé výzkumné práce byly prováděny se zachováním anonymity odpovídajících.

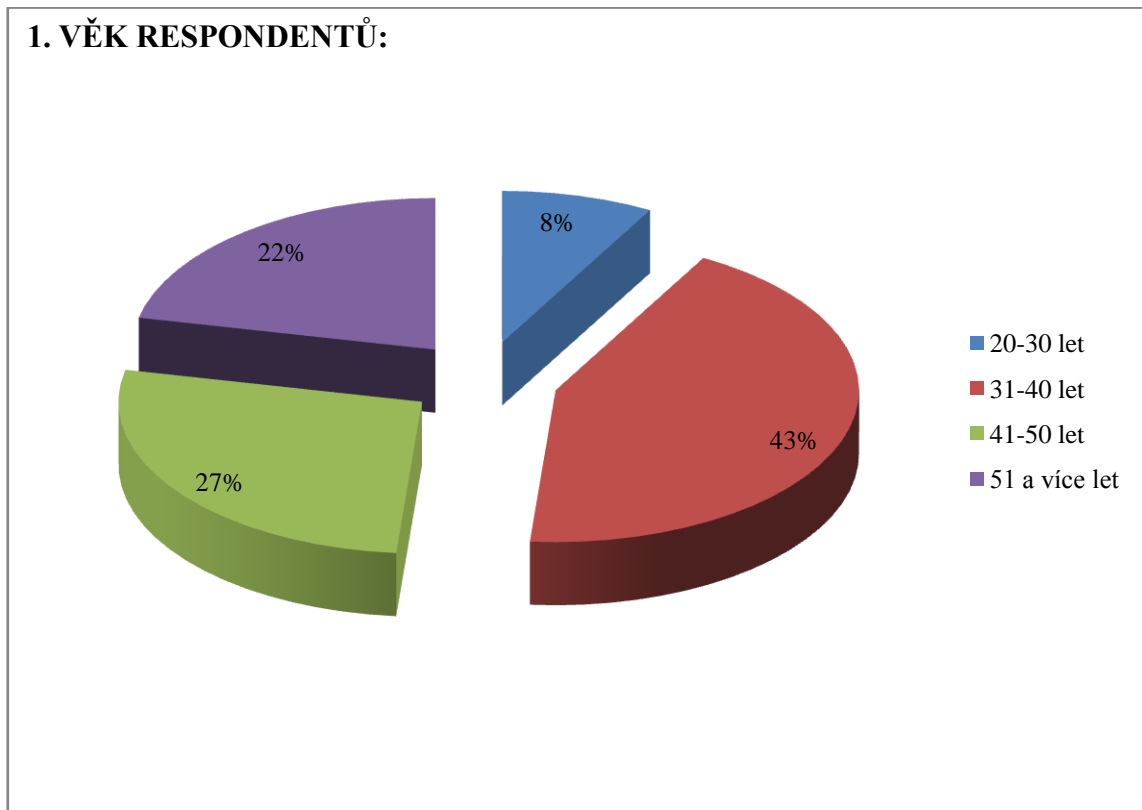
V první části dotazníku jsou kladeny obecné otázky (věk, pohlaví, dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a na ZZS), druhá část obsahuje otázky zkoumající znalosti záchranářů/sester o posttraumatické stresové poruše a třetí, koncová část, se věnuje osobním zkušenostem s PTSP.

#### 4.4 Zpracování dat

Ke zpracování získaných dat z dotazníkového šetření jsem použil program Excel, který je součástí balíku Microsoft Office. Získaná data jsem vkládal do tohoto tabulkového procesoru s cílem vytvořit přehledný výstup mého výzkumu a interpretovat výsledky pomocí grafů a stručného popisu.

## 4.5 Prezentace výsledků výzkumu

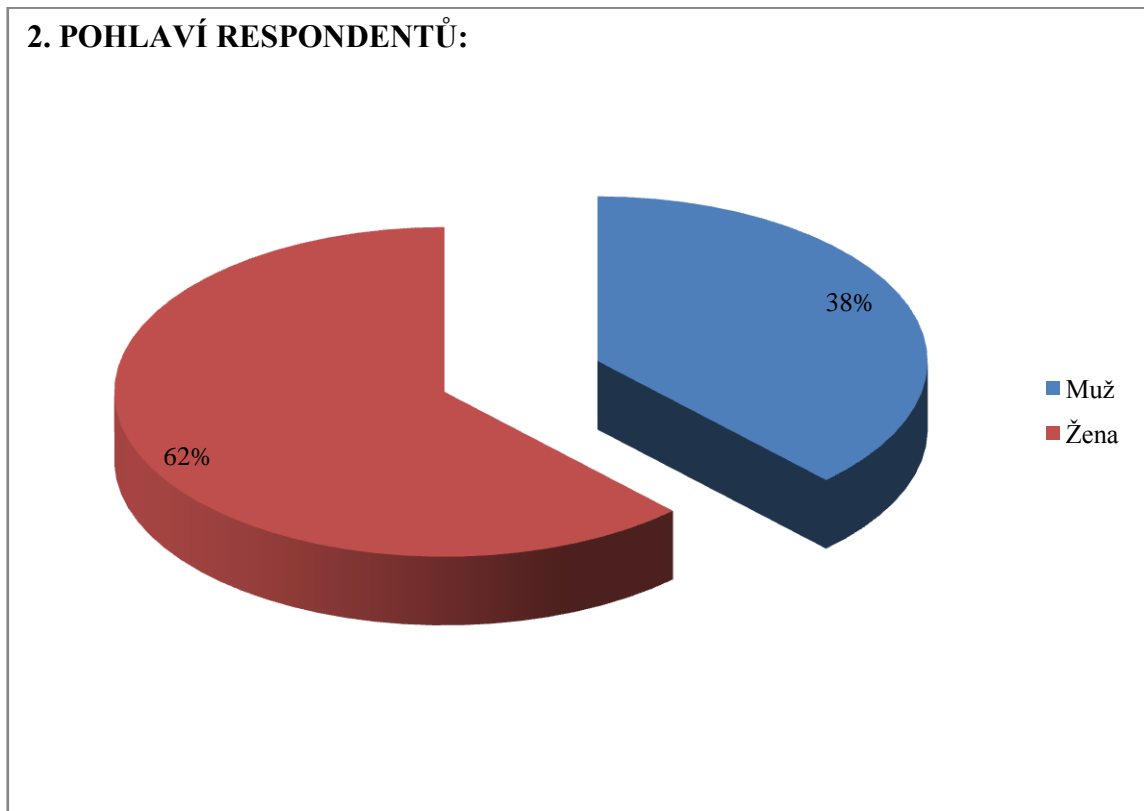
Otázka č. 1:



Obr. 1 Graf rozdělení zkoumaného souboru dle věku.

Na obrázku 1 je zřejmé, že největší skupina respondentů byla ve věku 31-40 let. Dále si můžeme všimnout podobného zastoupení, které mají skupiny ve věkovém rozmezí 41-50 let (27%) a 51 a více let (22%). Nejméně respondentů najdeme se zastoupením 8% ve skupině 20-30 let.

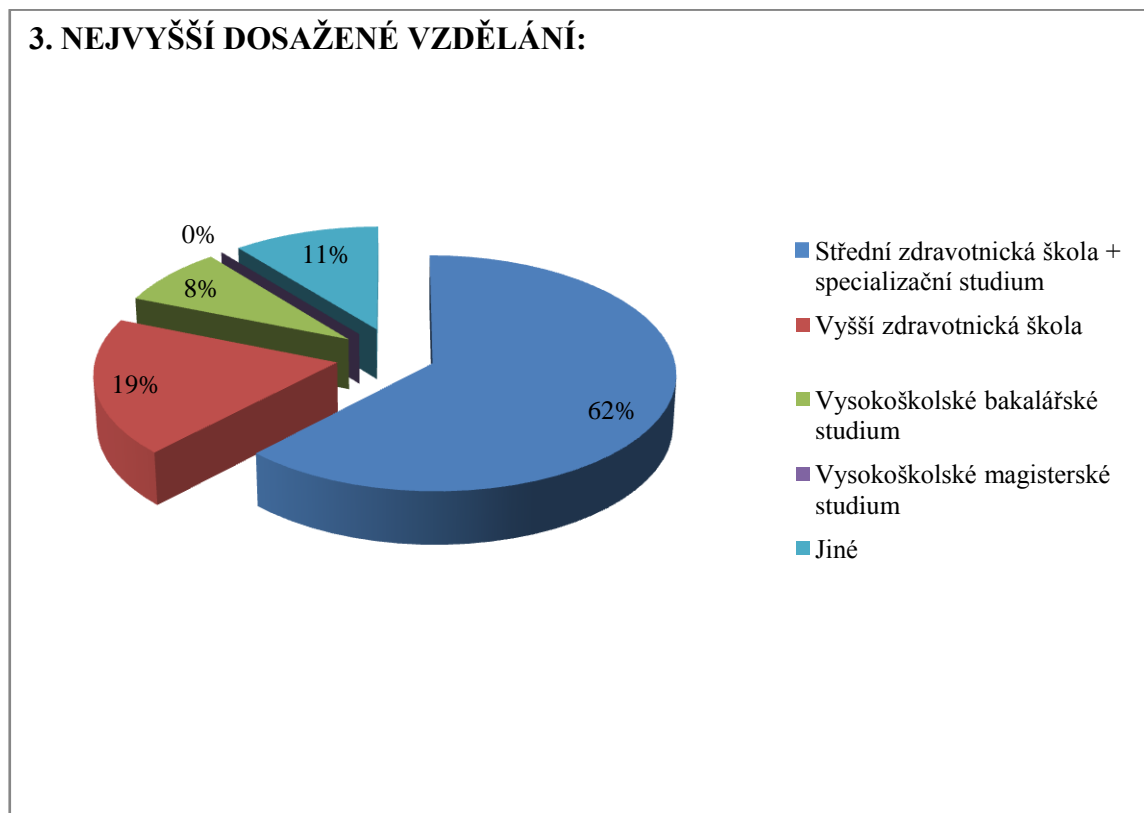
Otázka č. 2:



Obr. 2 Graf rozdělní zkoumaného souboru dle pohlaví.

Z obrázku číslo 2 můžeme vyčíst, že průzkumu se z celkového počtu 37 respondentů, zúčastnilo 38% mužů a zbylou část, 62%, tvořily ženy.

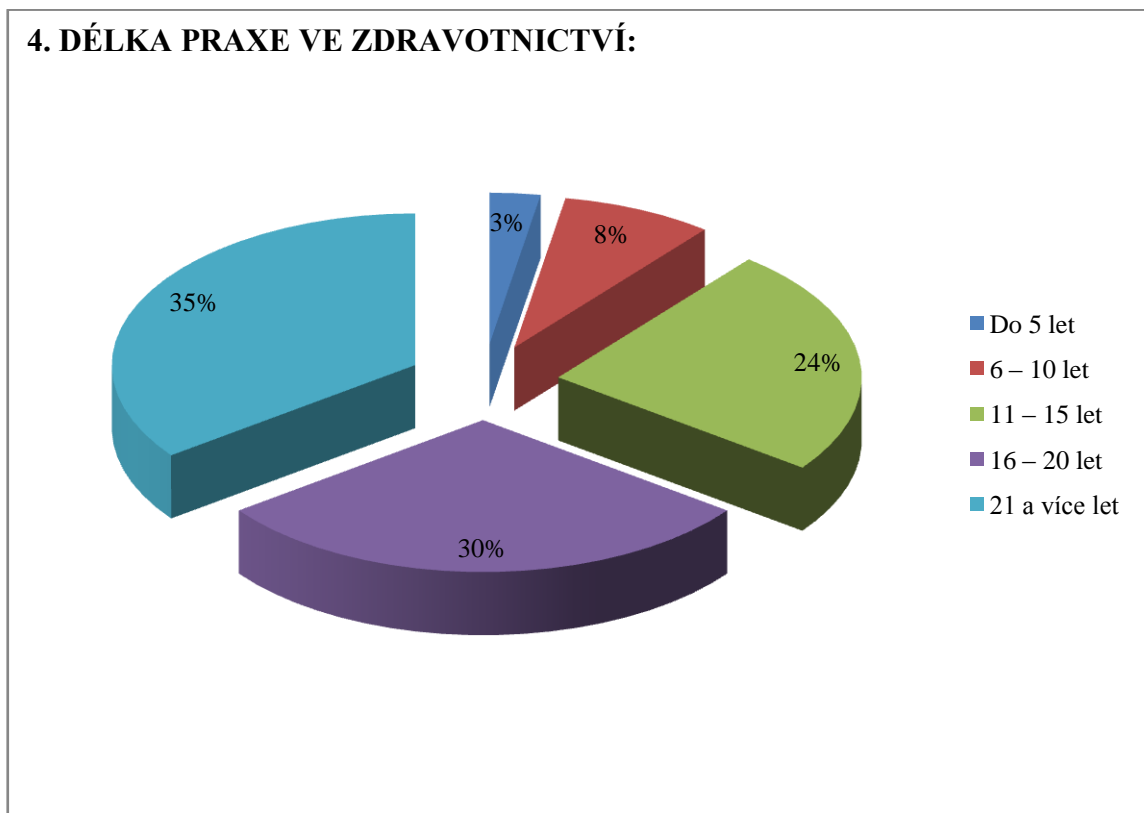
Otázka č. 3:



Obr. 3 Graf rozdělní zkoumaného vzorku podle druhu dosaženého vzdělání.

Obrázek č. 3 zobrazuje procentuální zastoupení různého stupně dosaženého vzdělání u respondentů. Je patrné, že největší skupinu zúčastněných v průzkumu tvoří jedinci, kteří studovali po střední zdravotnické škole ještě specializační studium (62%), naopak nulové zastoupení má vysokoškolské magisterské vzdělání.

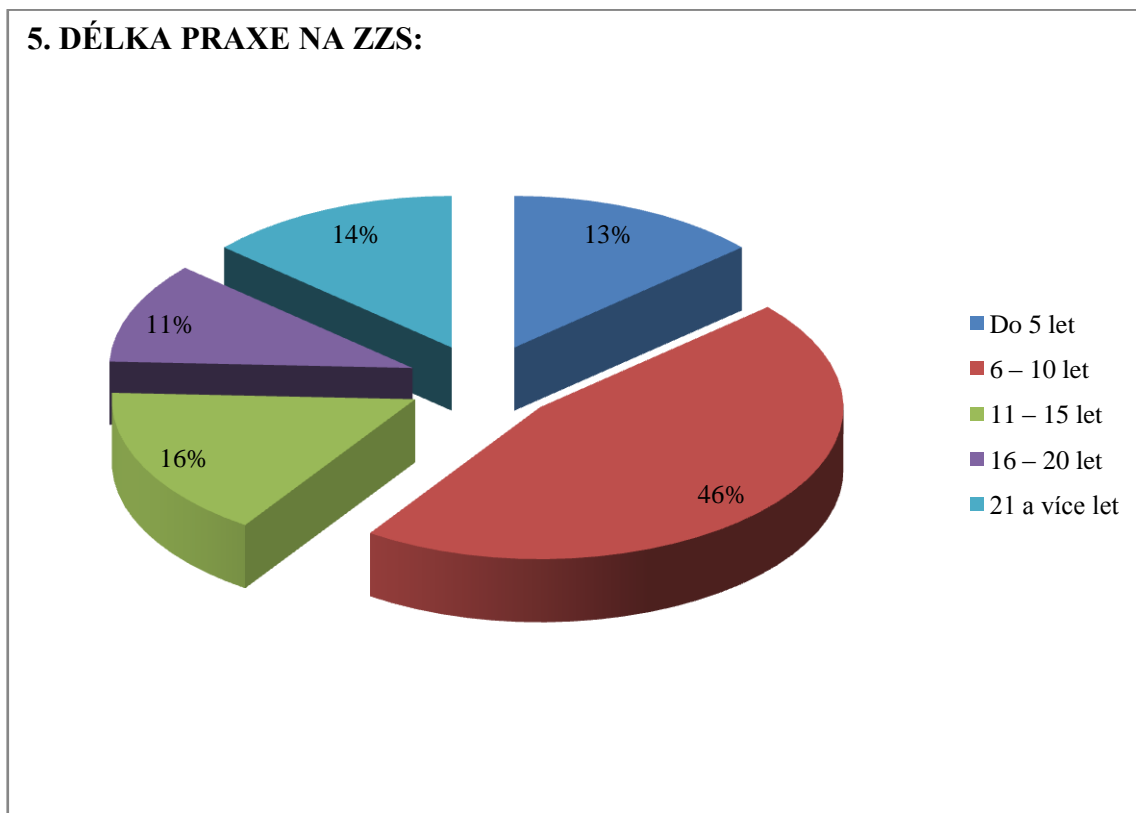
Otázka č. 4:



Obr. 4 Graf rozdělení zkoumaného vzorku podle délky praxe ve zdravotnictví.

Na obrázku č. 4 lze vidět rozdělení respondentů podle délky praxe ve zdravotnictví. Je patrné, že největší skupinu tvoří lidé, kteří jsou ve zdravotnictví od 21 a více let (35%), následuje 16-20 let (30%), s menším odstupem je kategorie 11-15 let. 8% z celkového počtu dotázaných je ve zdravotnictví od 6 do 10 let a nejméně (3%) do pěti let praxe.

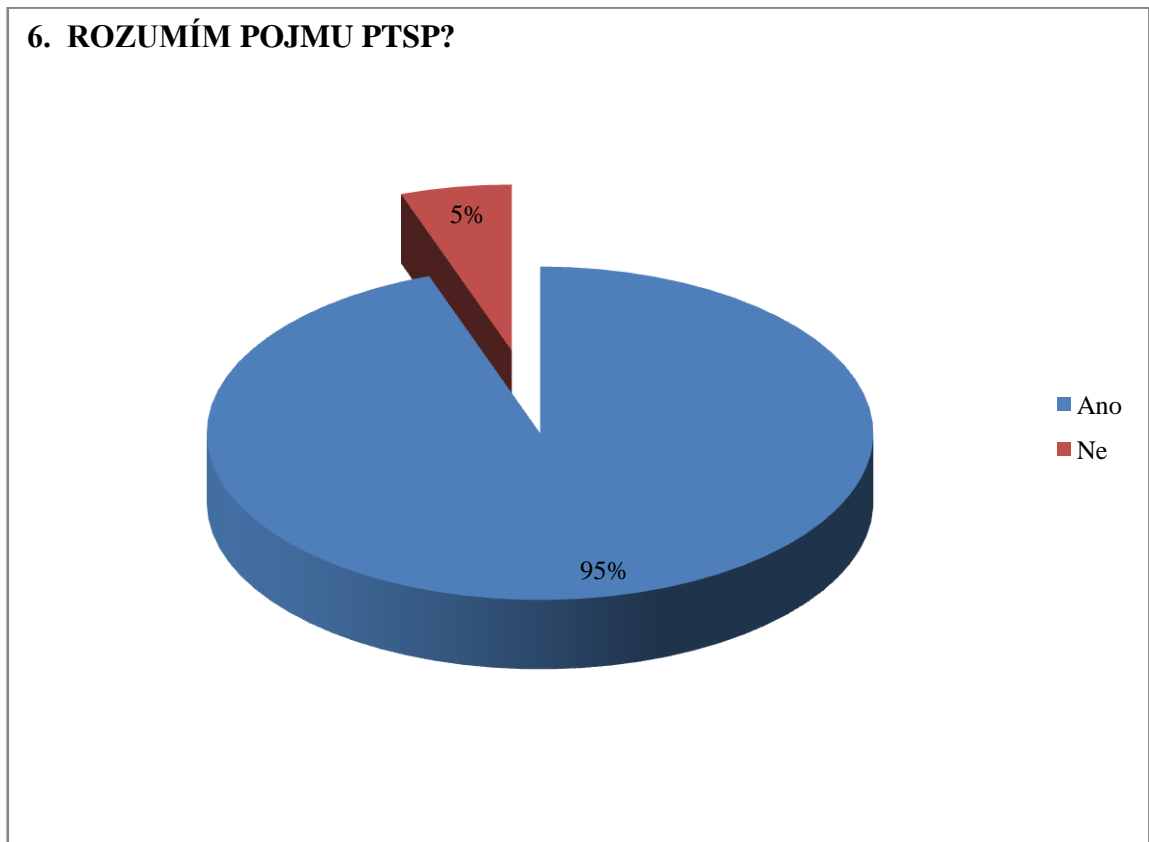
Otázka č. 5:



Obr. 5 Graf rozdělení zkoumaného vzorku podle délky praxe na ZZS.

Z obrázku č. 5 vidíme, že téměř polovinu všech dotázaných tvoří jedinci pracující na ZZS od 6 do 10 let (46%). Dále je složení ostatních odpovídajících téměř vyrovnané, 11-15 let praxe 16%, 21 a více let 14%, do 5 let 13% a 11% zobrazuje délku praxe mezi 16-20 roky.

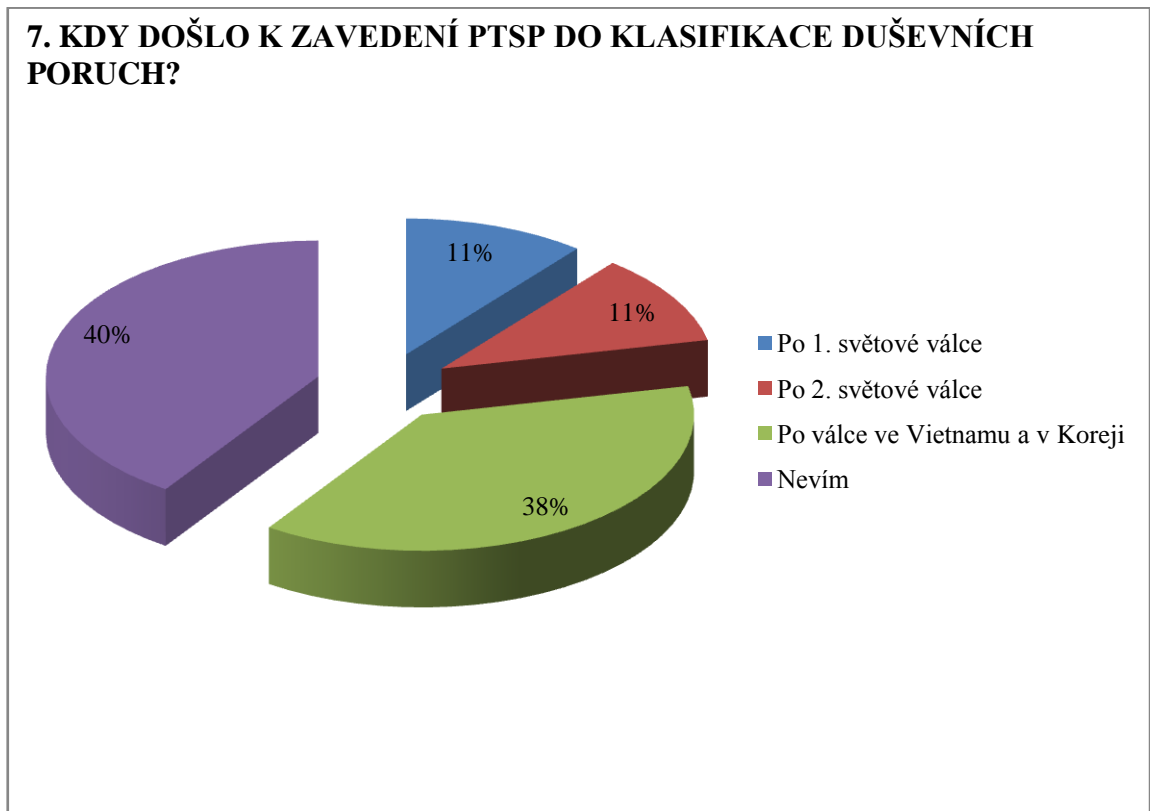
Otázka č. 6:



Obr. 6 Graf rozdělení odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 6.

Zobrazený výsečový graf ukazuje, že 95% dotázaných rozumí pojmu PTSP a zbylá část, tedy 5% dotázaných pojmu nerozumí.

Otázka č. 7:



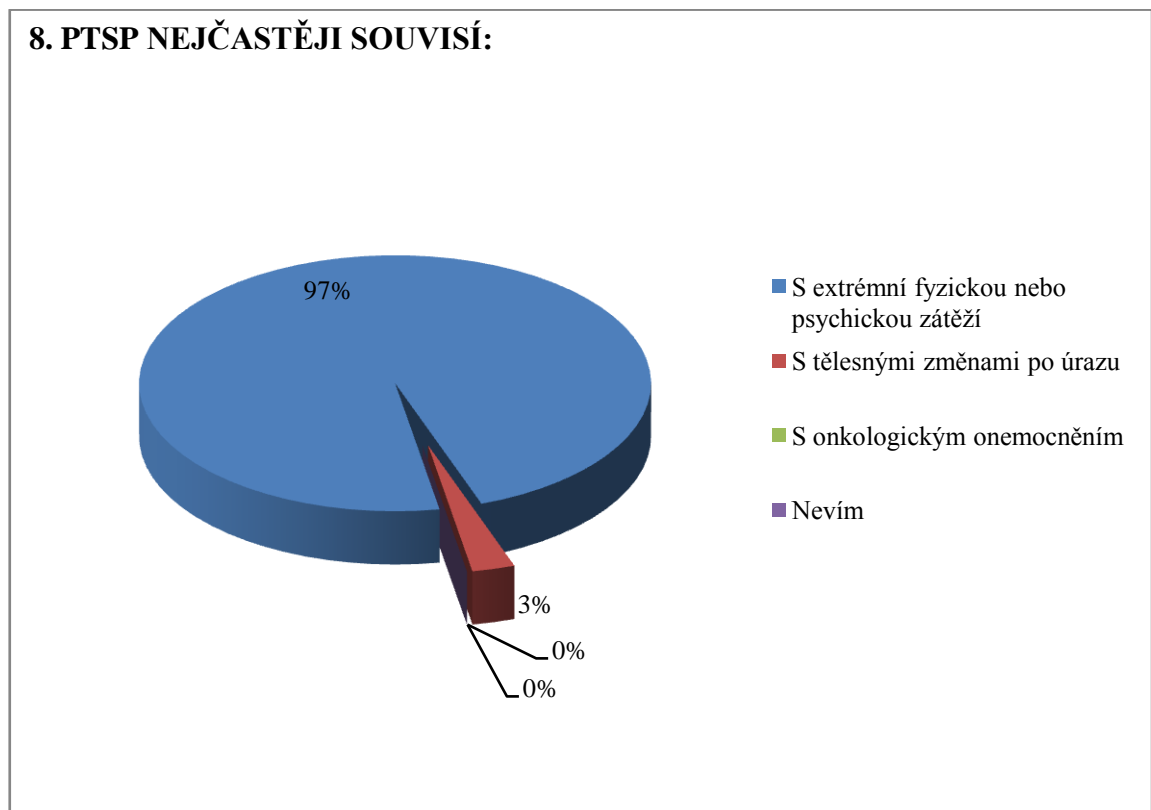
Obr. 7 Graf rozdělení odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 7.

Z tohoto grafu je patrné, že pouze 38% dotázaných je známo, že do klasifikace duševních poruch se PTSP zařadilo až po válce ve Vietnamu a v Koreji. Shodný počet odpovědí je, že k zavedení došlo po 1. světové a 2. světové válce (11%) a 40% respondentů správnou odpověď neví.

Správná odpověď pro tuto otázku je „Po válce ve Vietnamu a v Koreji“.



Otázka č. 8:

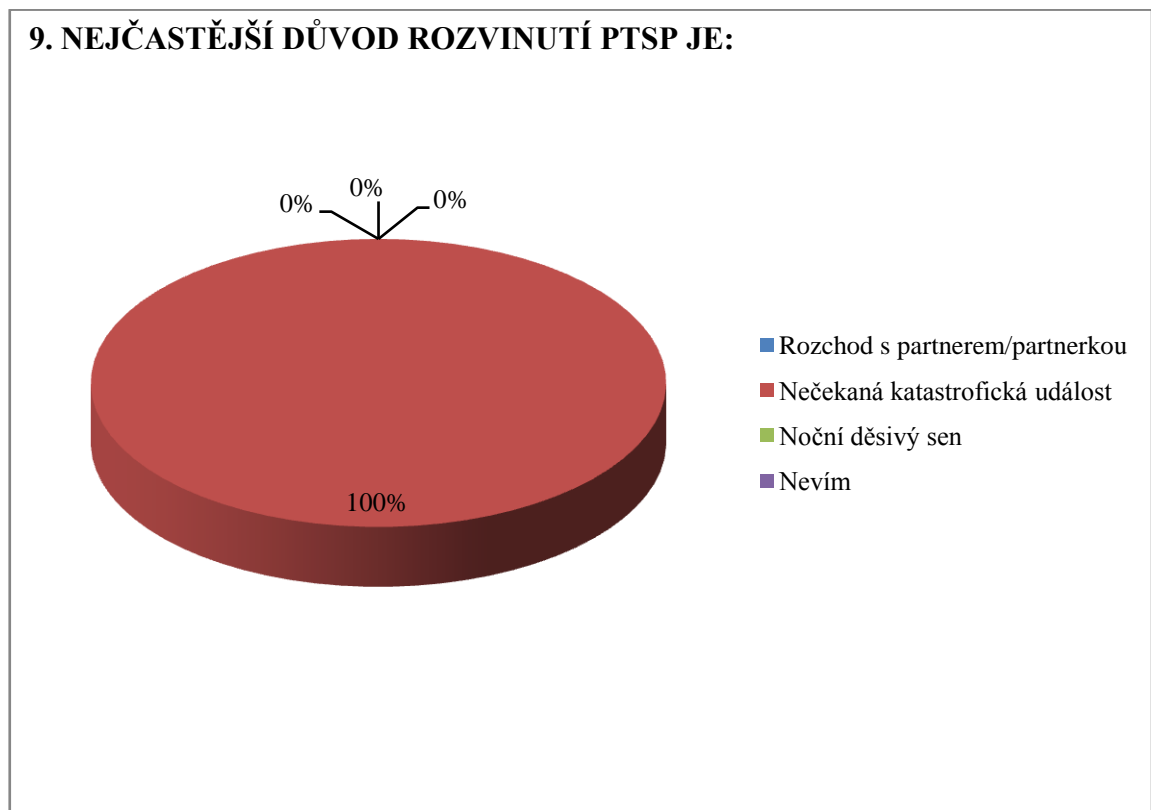


Obr. 8 Graf rozdělení odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 8.

Osmý graf vyjadřuje skutečnost, že 97% všech jedinců zúčastněných v dotazníkovém šetření ví, že PTSP nejčastěji souvisí s extrémní fyzickou nebo psychickou zátěží. Pouhá 3% zúčastněných v šetření odpovědělo, že souvisí s tělesnými změnami po úrazu. Odpověď neví a „s onkologickým onemocněním“ zůstaly nezaškrtnuty ve všech případech, tedy 0%.

Správná odpověď na tuto otázku je „S extrémní fyzickou nebo psychickou zátěží“.

Otázka č. 9:

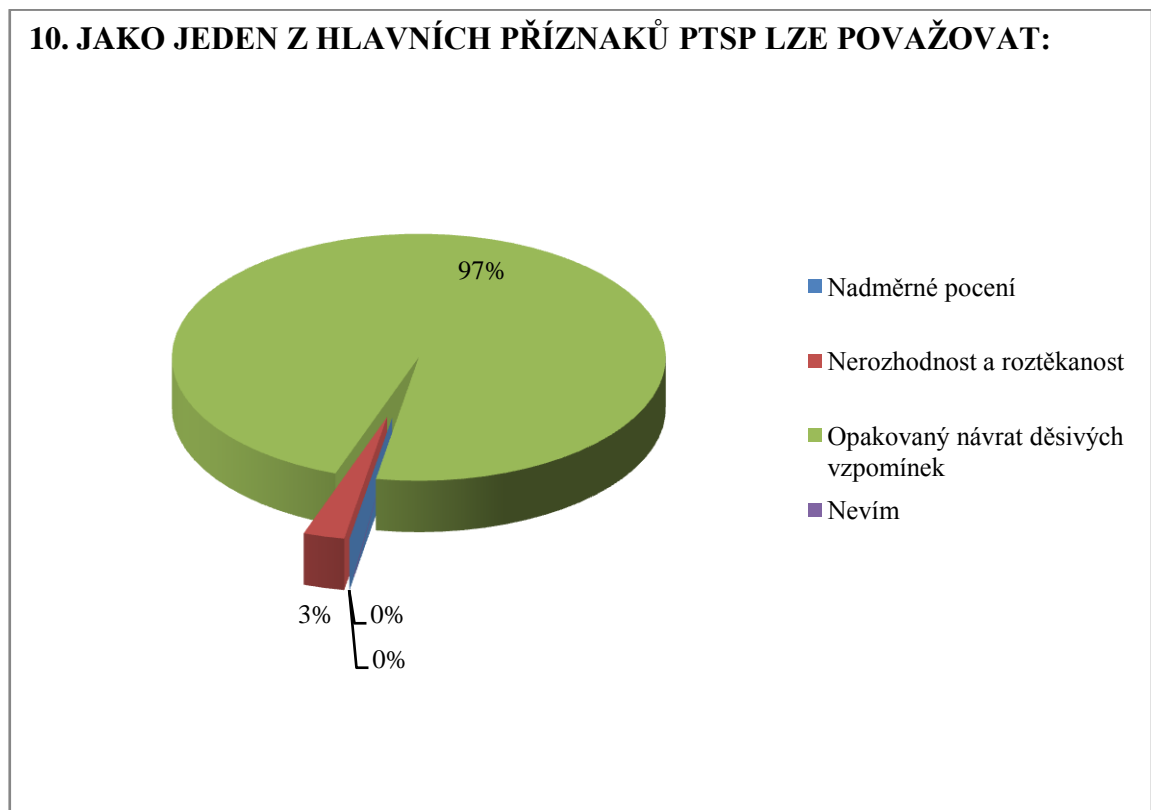


Obr. 9 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 9.

Zobrazený graf nám jednoznačně zobrazuje, že všichni dotázaní, tedy 37 osob (100%), odpovědělo, že nejčastějším důvodem rozvinutí PTSP je nečekaná katastrofická událost.

Správná odpověď pro tuto otázku je „Nečekaná katastrofická událost“.

Otázka č. 10:

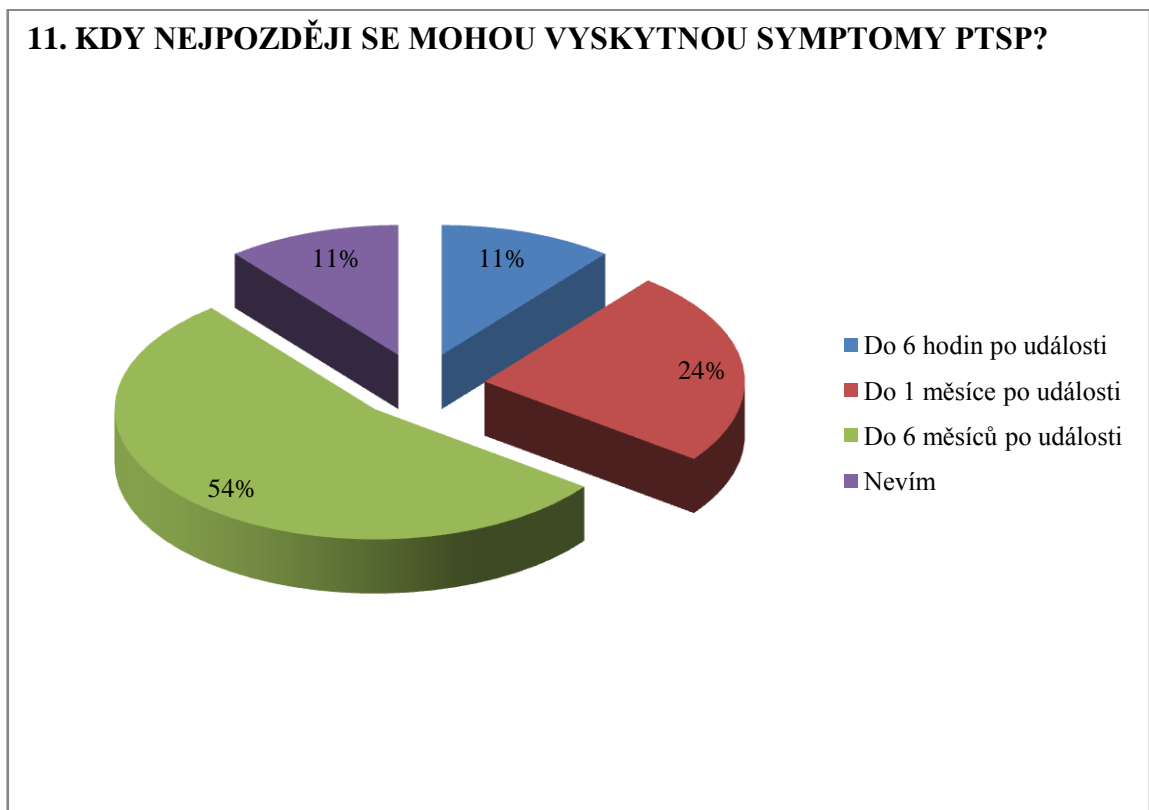


Obr 10. Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 10.

U této otázky odpovědělo 97% dotazovaných, že jako jeden z hlavních příznaků PTSP lze považovat opakovaný návrat děsivých vzpomínek, zbylá část (3%) odpověděla „nerozhodnost a roztěkanost“. Odpovědi „nadměrné pocení“ a „nevím“ nebylo v žádném z dotazníků zaškrtnuto.

Správná odpověď pro tuto otázku je „Opakovaný návrat děsivých vzpomínek“.

Otázka č. 11:

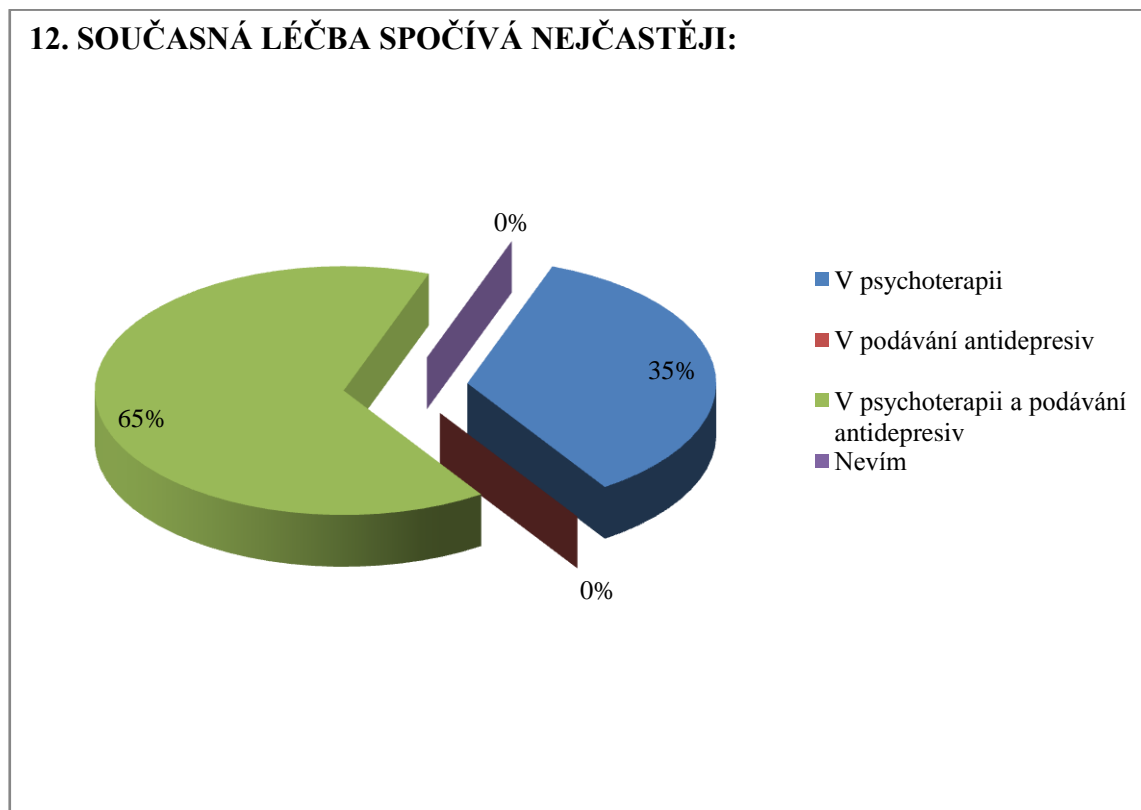


Obr. 11 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 11.

Z tohoto grafu je patrné, že více než polovina dotázaných (54%) považuje odpověď „do 6 měsíců po události“ za správnou. Dále téměř čtvrtina respondentů (24%) odpověděla „do 1 měsíce po události“. „Do 6 hodin po události“ odpovědělo pouze 11%, shodně s odpovědí „nevím“.

Správná odpověď pro tuto otázku je „Do 6 měsíců po události“.

Otázka č. 12:

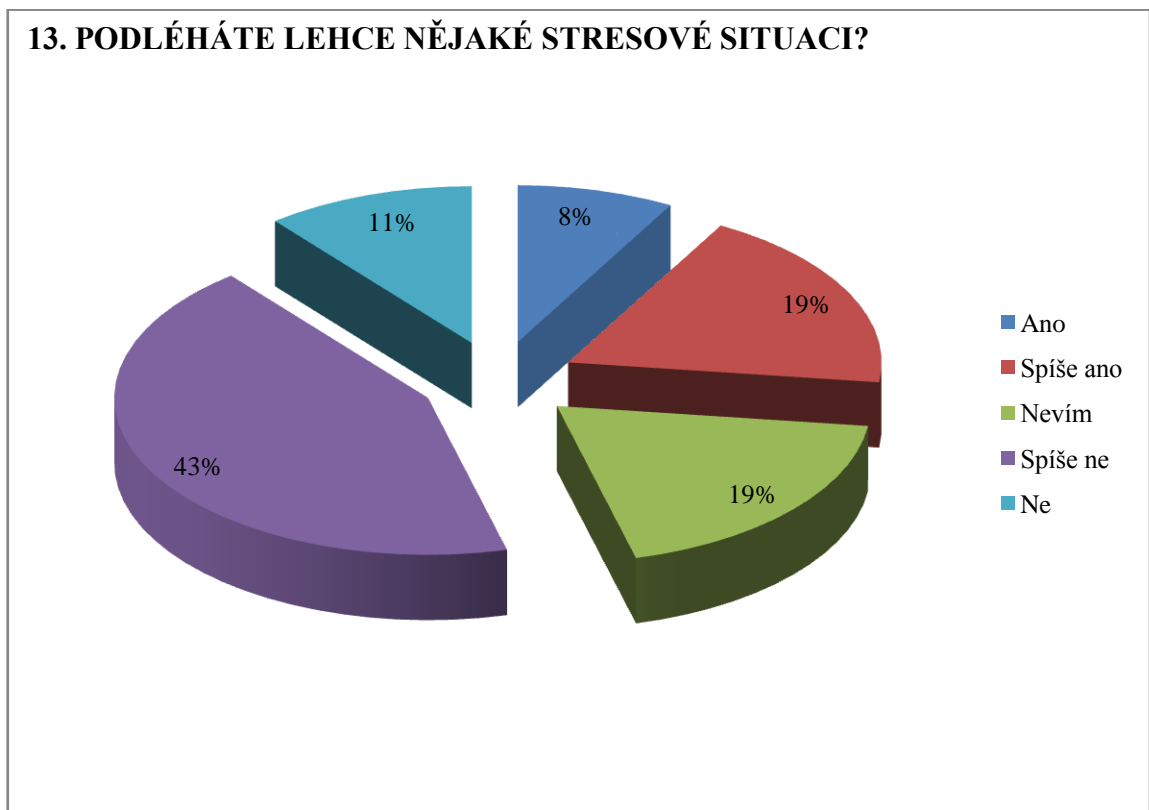


Obr. 12 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 12.

Na položenou otázku odpovědělo nejvíce dotázaných „v psychoterapii a podávání antidepressiv“ (65%), pouze v „psychoterapii“ odpověděla zbývající část (35%). Zbylé dvě odpovědi „v podávání antidepressiv“ a „nevím“ zůstaly bez zaškrtnutí.

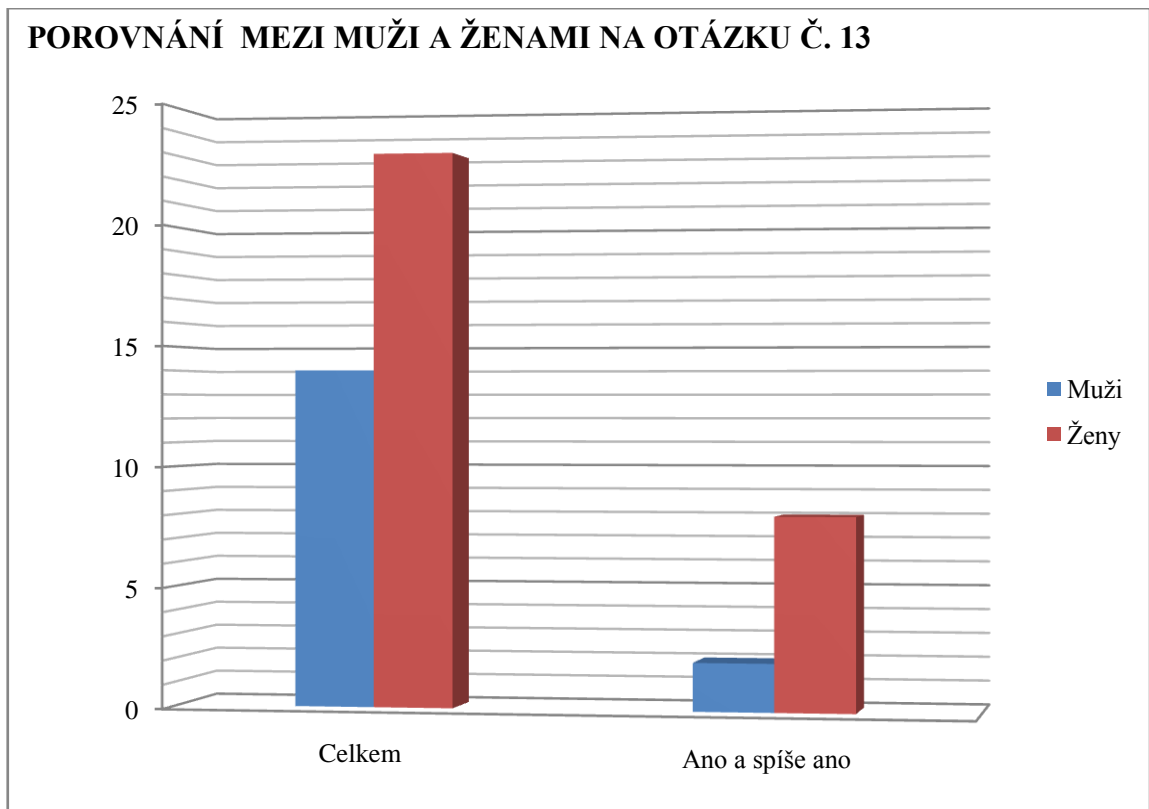
Správná odpověď pro tuto otázku je „V psychoterapii a podávání antidepressiv.“

Otázka č. 13:



Obr. 13 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 13.

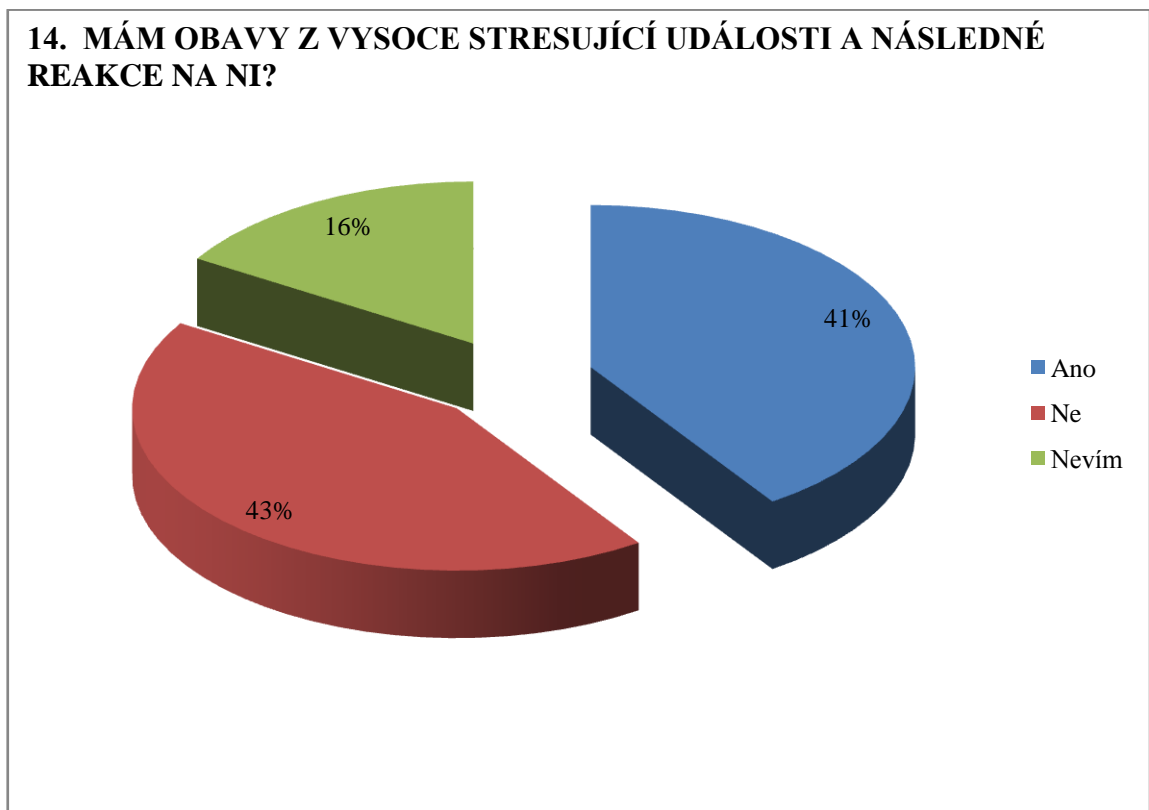
Graf výše ukazuje na subjektivní pocit dotázaných, týkající se podléhání stresovým situacím. Odpověď ano využilo 8%, spíše ano 19%, spíše ne 43% a ne 11%. Odpověď nevím, byla zastoupena v 19%.



Obr. 14. Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 13.

Z grafu na obrázku č. 14 je patrné, že muži nepodléhají tolik stresové situaci. Ze 14 mužů podléhají lehce stresové situaci pouze dva, což je cca 14%. Z 23 žen zúčastněných průzkumu odpovědělo 8, že lehce podléhá stresové situaci, což představuje cca 35%.

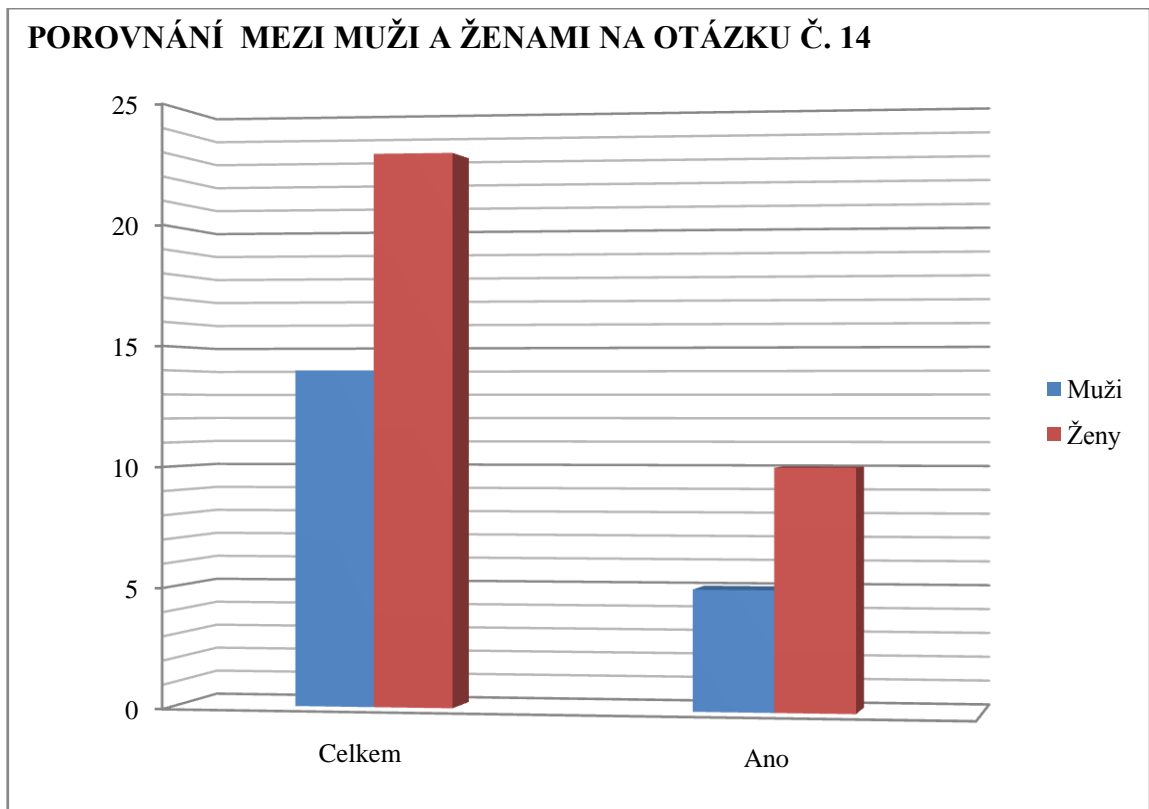
Otázka č. 14:



Obr. 15 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 14.

Graf výše nám ukazuje rozdělení odpovědí dle procent na danou otázku. Lze vyčíst, že obavy z vysoce stresující události a následné reakce na ni má 41% dotázaných. Odpověď „ne“ je zastoupena 16%. „Nevím“ byla nejčastější odpověď se zastoupením 43%.

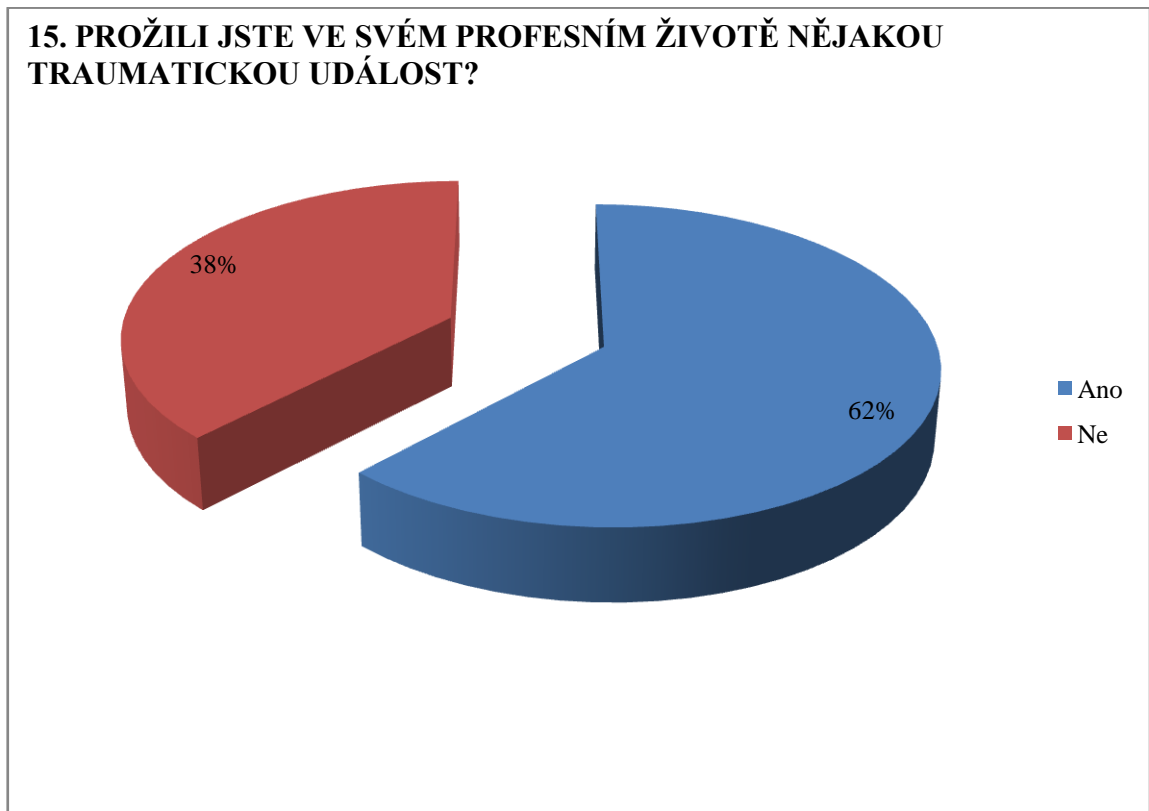




Obr. 16 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 14.

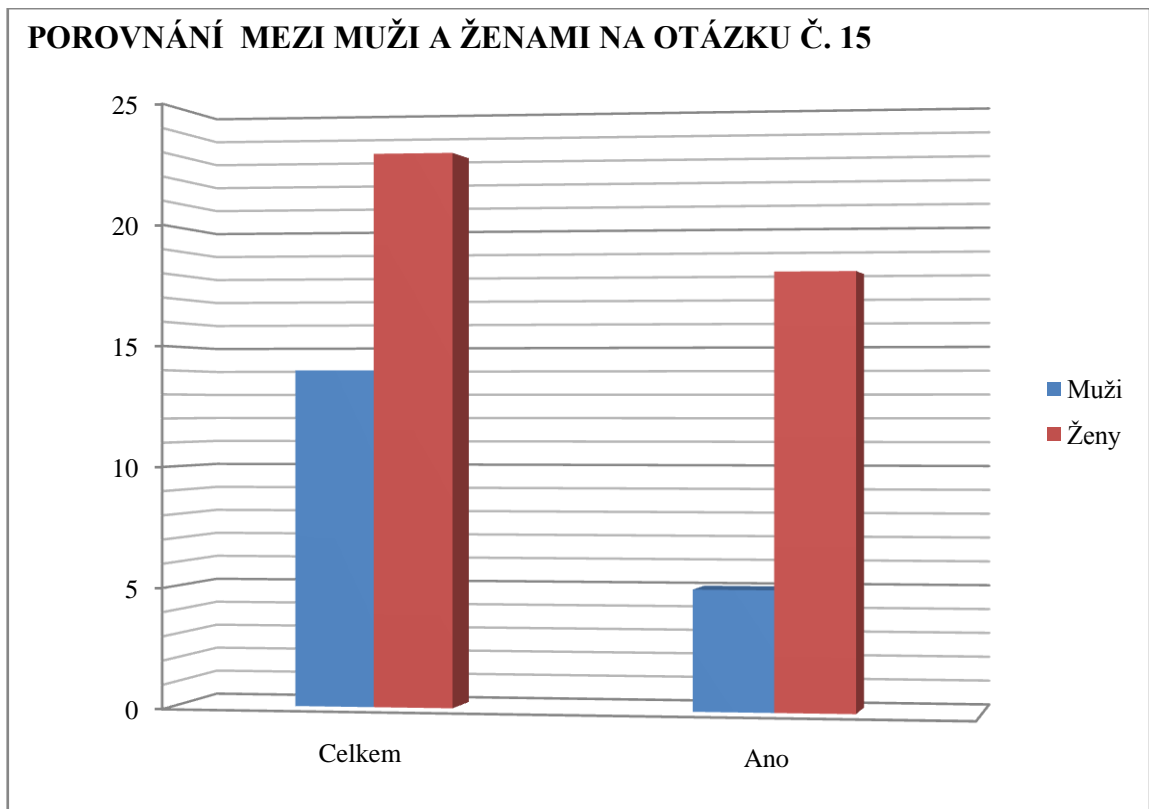
Tento graf na obrázku č. 16 nám ukazuje, že z celkového počtu 23 žen má obavy z vysoce stresující události 10, což je 43%. U mužů má stejné obavy 5 ze 14, to odpovídá cca 36%.

Otázka č. 15:



Obr. 17 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 15.

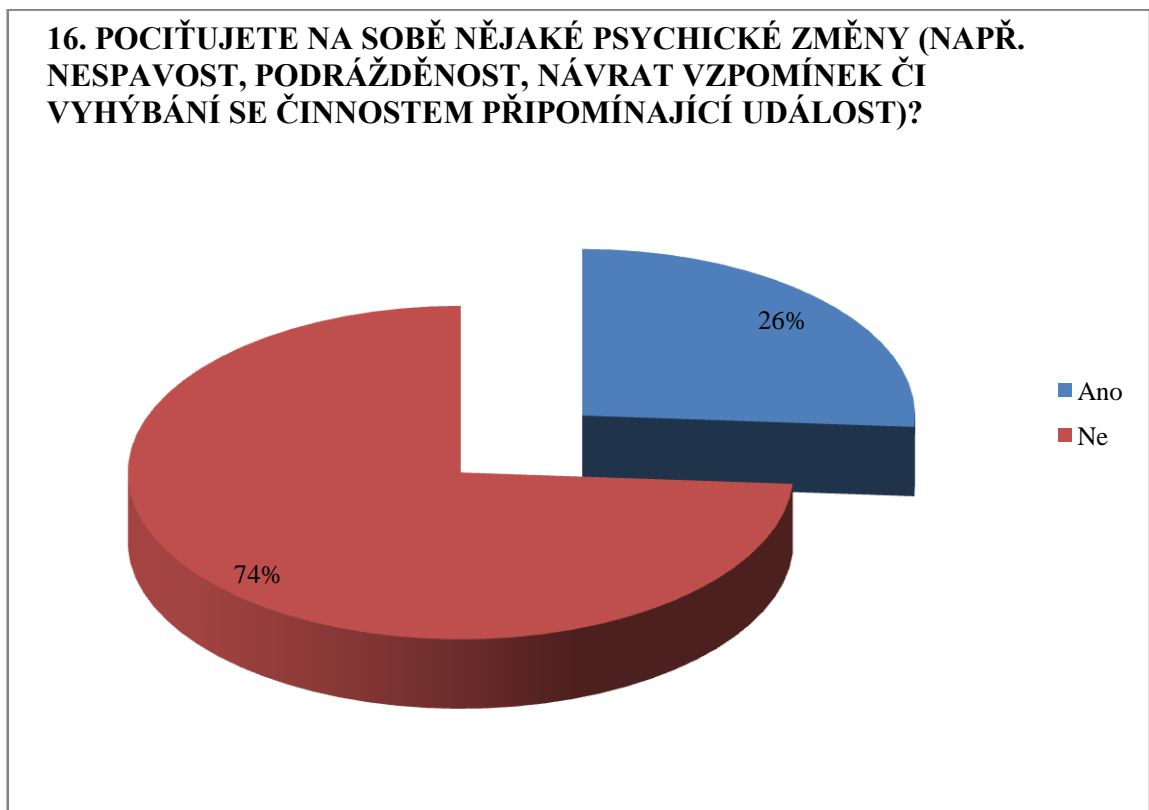
Otázka číslo 15 se zabývala tím, zda dotazovaní prožili ve svém profesním životě nějakou traumatickou událost. Kladně odpovědělo 62% a záporně 38% dotázaných.



Obr. 18 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami a otázku č. 15.

Z celkového počtu 14 mužů prožilo traumatizující událost 5 respondentů, což odpovídá cca 35%. U žen je situace značně odlišná, celkový počet odpovídajících žen bylo 23 a z toho 18 prožilo nějakou traumatizující událost, což je cca 78%.

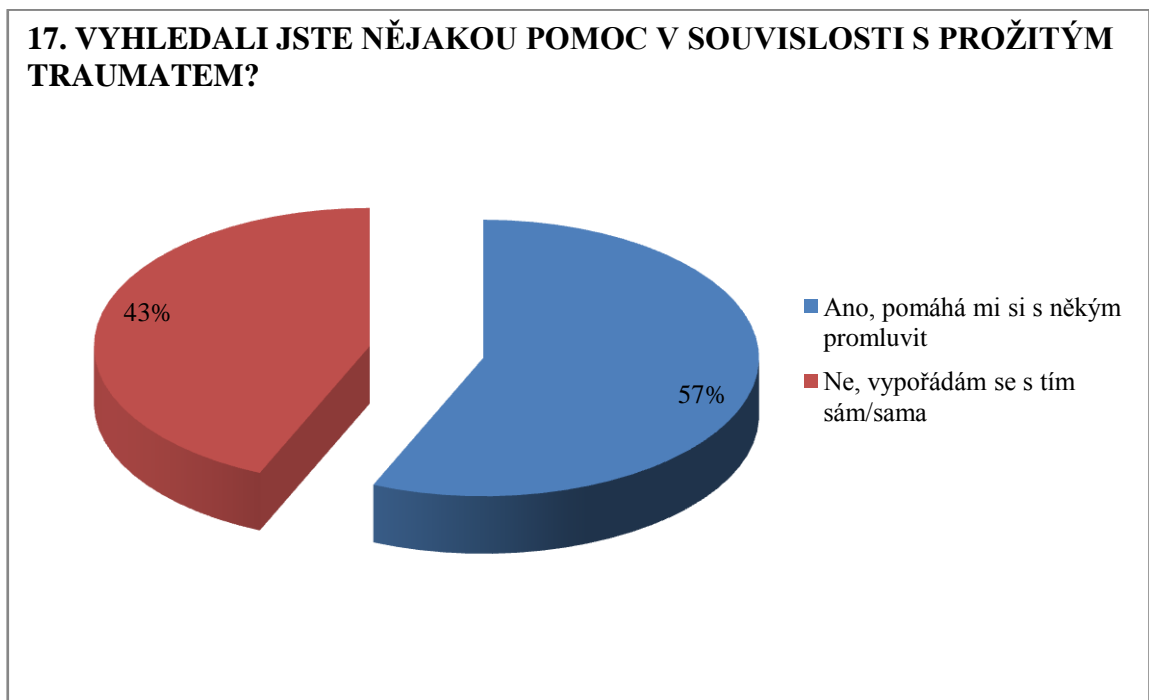
Otázka č. 16:



Obr. 19 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 16.

Tento graf nám ukazuje odpovědi jedinců, kteří v předchozí otázce zaškrtnuli odpověď „ano“. Psychické změny po traumatizující události pocítuje 26% osob. Zbylá část, téměř  $\frac{3}{4}$  odpovídajících (74%) na sobě nepocítuje žádné změny psychiky.

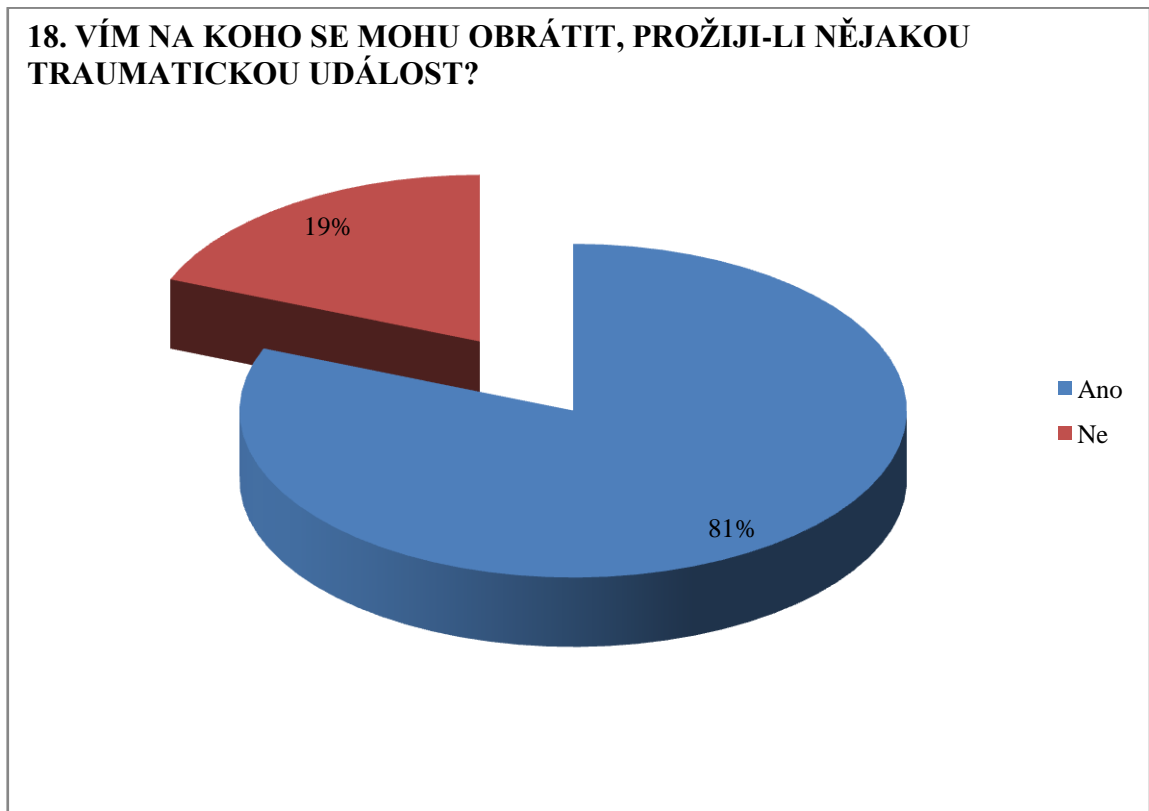
Otázka č. 17:



Obr. 20 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 17.

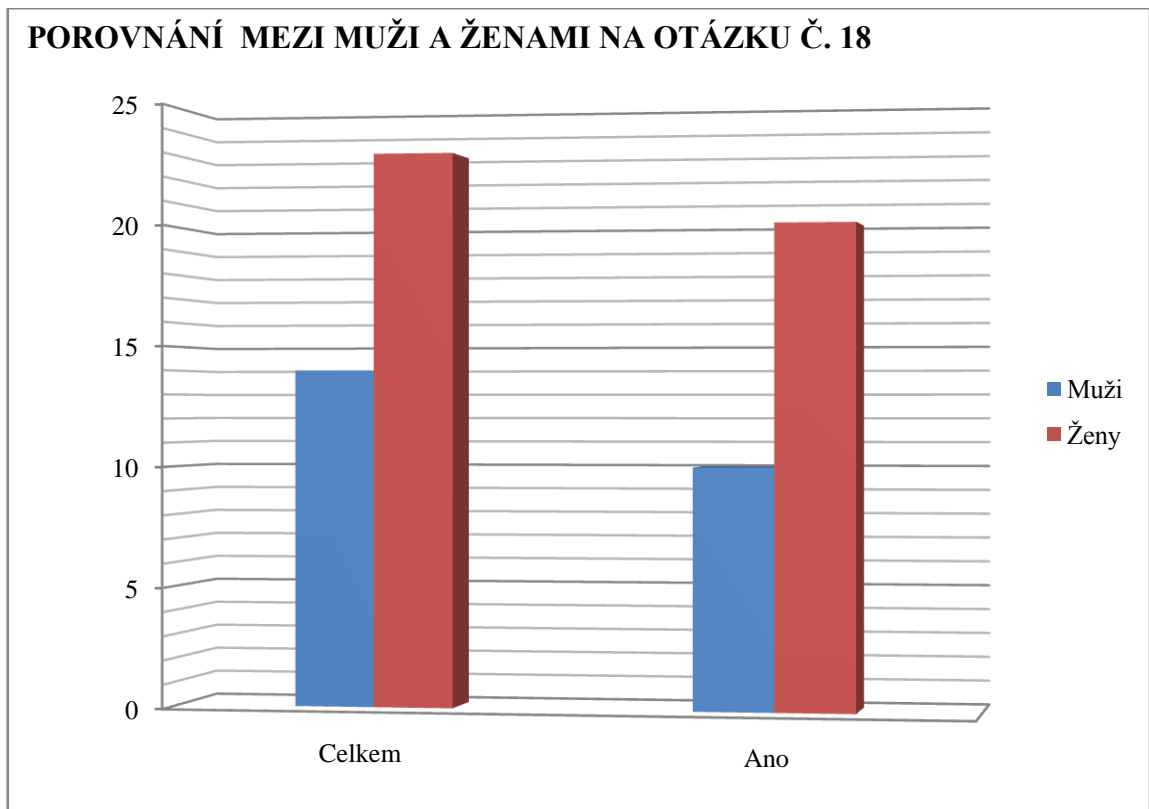
Tato otázka je opět pro odpovědi „ano“ z otázky č. 15. Graf nám tedy znázorňuje zda osoby, které prožily trauma, se s problémem vypořádaly samy (43%) či jim více pomáhá s někým probrat onen traumatizující zážitek (57%).

Otázka č. 18:



Obr. 21 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 18.

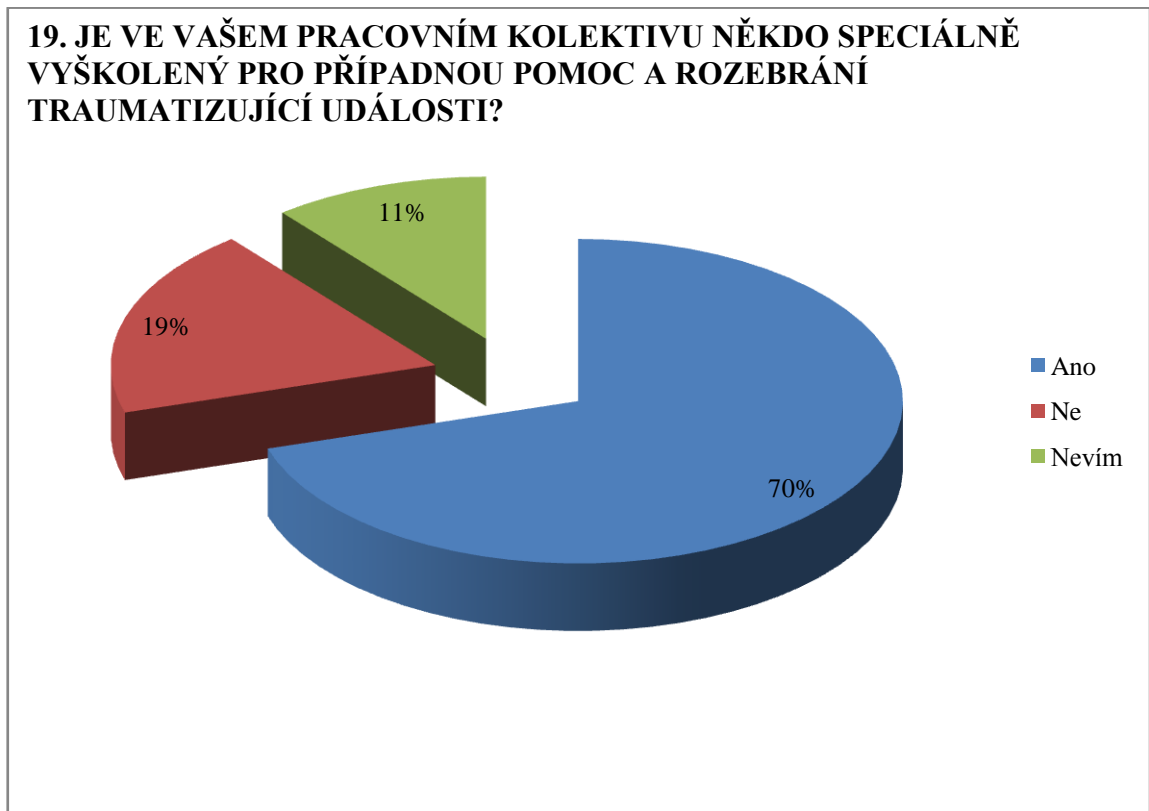
Téměř  $\frac{3}{4}$  dotazovaných (81%) odpovědělo „ano“ tzn., že vědí, na koho se mohou obrátit v případě prožití traumatické události. Zbýlá část (19%) neví, s kým by onu událost mohli probrat.



Obr. 22 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 18.

Z grafu je patrné, že 10 ze 14 mužů ví, na koho se obrátit, prožijí-li traumatickou událost. To je cca 71 % z celkového počtu mužů. Z 23 žen zúčastněných v průzkumu, ví na koho se obrátit 20 žen, což představuje cca 87%.

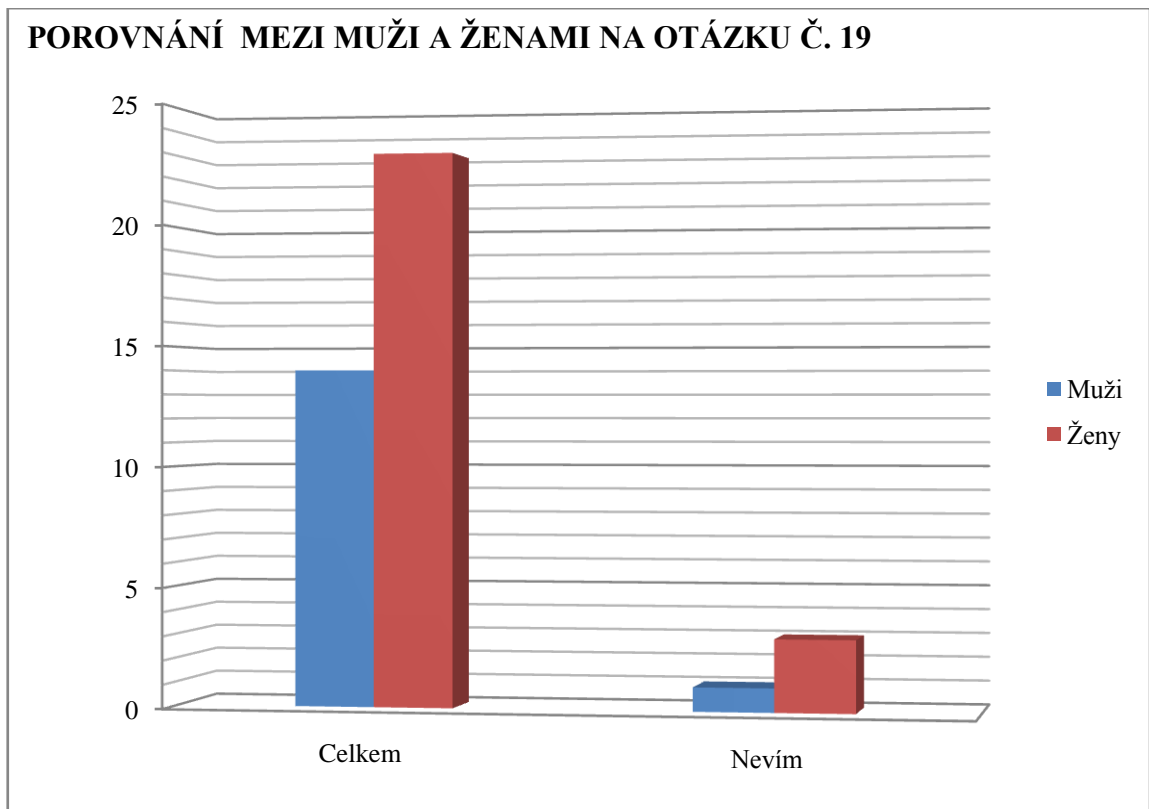
Otázka č. 19:



Obr. 23 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 19.

Z obrázku č. 19 vyplývá, že 11% z celkového počtu 37 respondentů neví, zda v jejich pracovním kolektivu je někdo speciálně vyškolený pro rozebírání traumatizujících událostí. 70% dotázaných pracuje v kolektivu se školeným peerem a 19% si myslí, že nemá peera.





Obr. 24 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 19.

Na tomto obrázku vidíme, že 1 ze 14 mužů neví, zda má v pracovním kolektivu speciálně školeného kolegu – peera. To odpovídá cca 7%. U žen je situace podobná, z 23 žen neví, zda se peer nachází v jejich pracovním kolektivu, pouze 3. To odpovídá 13%.

Otázka č. 20:



Obr. 25 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 20.

Z tohoto grafu vyčteme, že svou profesi za rizikovou považuje 60% dotázaných. „Spíše ano“ zaznamenalo do dotazníku 32% osob. Odpověď „nevím“ zvýraznilo 3% respondentů. Odpověď „spíše ne“ tvořila 5% z celkového počtu odpovědí. Vyloženě bez rizika tuto profesi nikdo nepovažuje, „ne“ 0%.

## 4 DISKUZE

### 1. Mají zdravotničtí záchranáři a sestry ve výjezdových skupinách ZZS povědomí o PTSP?

Z dotazníkového šetření je patrné, že velká část zúčastněných má základní povědomí o této poruše, to znamená, že vědí, co si pod tímto pojmem představit, dokázali by říci, s čím posttraumatická stresová porucha souvisí. Pohlédneme-li na otázku týkající se historie, tak v této oblasti již zdravotničtí záchranáři a sestry ve výjezdových skupinách ZZS již takové znalosti nemají. Lze to vyčíst z otázky č. 7, kde více než jedna třetina dotázaných nevěděla, kdy došlo k zavedení PTSP do klasifikace duševních onemocnění.

### 2. Vědí, kdy může dojít k rozvinutí PTSP?

Výzkum ukázal také skutečnost, že zdravotničtí záchranáři a sestry mají informace o tom, jaké jsou rizikové situace související s možným rozvinutím posttraumatické stresové poruchy. Jsou také seznámeni s jedním ze základních příznaků PTSP, a to je opakovaný návrat děsivých vzpomínek. V tomto ohledu je informovanost, dle mého názoru, na velmi dobré úrovni.

### 3. Zasahovali někdy v jejich profesním životě u nějaké vysoce traumatizující události?

Otázka týkající se přímo zkušeností, zda se při své profesi dotázaní setkali s traumatizující událostí. Z výzkumu můžeme zjistit, že téměř 2/3 respondentů (62%) se s takovou událostí setkali. Je třeba podotknout, že dotazník nezkoumal druh události nebo míru pocíťovaného stresu. U každého jedince může být ona traumatizující událost jinak vnímána tzn., že u jednoho může prožitá událost odstartovat nějakou psychickou reakci, jiné nechá událost zcela chladnými.

V souvislosti s touto výzkumnou otázkou můžeme zmínit také to, zda jedinci, kteří prožili traumatizující událost, na sobě zpozorovali nějaké psychické změny. Téměř 3/4 (74%) nezpozorovali na sobě nic, co by mohlo naznačovat rozvoji PTSP a téměř polovina dotázaných (43%) se po takové události nikomu nesvěřuje a vypořádá se s tím sama.

#### 4. Jsou seznámeni s tím, na koho se obrátit v případě prožití krizové události?

Více než 4/5 (81%) dotázaných má ve svém okolí někoho, komu se svěří a uvolní tak napětí, které v sobě mohou držet. Dále je nutné zmínit také fakt, že takřka 3/4 (70%) respondentů, mají ve svém kolektivu osobu, speciálně školenou pro poskytnutí psychosociální intervence, tedy peera, který s nimi probere onu událost. Pro bez mála 1/5 (19%) není k dispozici peer a zbylých 11% respondentů neví, zda mají ve svém pracovním kolektivu onoho školeného jedince.

Dle mého názoru je velmi důležité mít v pracovním kolektivu na záchranné službě pracovníka, poskytujícího, v případě potřeby, psychologickou pomoc, tedy peera. MUDr. Koubková ve své prezentaci z Pelhřimovského podvečeru v roce 2011 uvedla, že přínos psychosociální intervence pro jedince, kteří byli postiženi nehodou sanitního vozu, je hmatatelný a pomůže jim se lépe vyrovnat se stresujícím zážitkem. Dále také zmiňuje, že individuální pohovory jsou také kladně hodnoceny zdravotníky, kteří se setkali s kritickou událostí během jejich služby (Koubková, 2011).

## 5 ZÁVĚR

Problematicke PTSP je dle mého názoru třeba se věnovat. Obecně všechny pracovníky ZZS, a nejen ty, seznámit s touto poruchou, příčinami vzniku, jejími symptomy a možnostmi léčby. Ne všichni respondenti se v tomto pojmu plně orientovali. K edukaci by bylo vhodné využít jednoduchých vzdělávacích materiálů, nicméně mnohem smysluplnější, dle mého názoru, by byla krátká informativní schůzka s peerem, který působí na daném výjezdovém stanovišti.

V nynější době dochází k rozvoji a stanovování standardů, které směřují službu psychosociální intervenční péče tím správným směrem a do budoucna zabezpečí zdravotnickým pracovníkům tolik potřebnou pomoc, aby se zmenšila pravděpodobnost možného rozvoje posttraumatické stresové poruchy.

Z výzkumu vyplývá, že zdravotničtí záchranáři a sestry ve výjezdových skupinách mají jisté znalosti o posttraumatické stresové poruše, povětšinou vědí, s čím souvisí a znají symptomy. Dále se můžeme dozvědět, zda se setkali s traumatizující událostí, zda na sobě pozorovali psychické změny či jestli vyhledali pomoc druhého.

## Soupis bibliografických citací

1. BARTUŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
3. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
4. BYDŽOVSKÝ, Jan. Stres a posttraumatická stresová porucha u pracovníků záchranných složek. *Rescue report*. 2011, XIII. ročník, č. 6, s.10-12. ISSN 1212-0456.
5. DVOŘÁČEK, David. Z historie záchránářství: Historie zdravotnické záchranné služby v ČR. *Klub historie Červeného kříže* [online]. 28.7.2010 [cit. 2012-14-2]. Dostupný z WWW :< <http://www.klubhistorieck.wgz.cz/z-historie-zachranarstvi/historie-zdravotnicke-zachranne-2.html>>.
6. DUCHOŇOVÁ, Kateřina. *Krizová centra v ČR, krizová intervence – informace* [online]. 27.1.2012 [cit. 2012-10-2]. Dostupný z WWW: <<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/vztahy/psychologie-vztahy/krizova-centra-v-cr-krizova-intervence-informace>>.
7. GABRIEL, Josef. Krizová intervence - okamžitá pomoc. *Zdravotnické noviny* [online]. 22.7.2004 [cit. 2012-10-2]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/krizova-intervence-okamzita-pomoc-162086>>.
8. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
9. IRMIŠ, Felix. *Naučte se zvládat stres*. Praha: Alternativa, 1996. ISBN 80-85993-02-3.
10. KLIMPL, Petr. Krizová intervence: ohlédnutí po dvaceti letech. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, 10(5) [cit. 2012-14-2], s. 234-238. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/09.pdf>>.
11. KOUBKOVÁ, Jana. *Psychosociální intervence – co se podařilo v roce 2011* [online]. 2011 [cit. 2012-14-4]. Dostupný z WWW: <<http://download.pelhrimovskypodvecer.cz/7.1.3p.pdf>>.
12. MLČÁK, Zdeněk. *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2007. ISBN 80-7368-036-X.
13. Oficiální stránky Systému psychosociální intervenční služby [online]. [cit. 2012-28-3]. Dostupný z WWW: < <http://www.spismz.cz/>>.

14. PRAŠKO, Ján. Posttraumatická stresová porucha. *Zdravotnické noviny* [online]. 4.2.2005 [cit. 2012-24-2]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>>.
15. PRAŠKO, Ján a kol. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-811-2.
16. Psychologie a duševní zdraví [online]. [cit. 2012-10-2]. Dostupný z WWW: <[http://www.help24.cz/index.php?page=druhy-terapii&view=krizova\\_intervence](http://www.help24.cz/index.php?page=druhy-terapii&view=krizova_intervence)>.
17. SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. vyd.2. Praha: Akademie věd ČR, 2000. ISBN 80-200-0240-5.
18. ŠTANČEL, Marek; VARGOVÁ, Anna; MAJDIŠOVÁ, Dana. Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích. *Zdravotnické noviny* [online]. 12.1.2012 [cit. 2012-24-2]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychosocialni-podpora-zdravotniku-v-krizovych-situacich-463109>>.
19. VINAŘ, Oldřich. Poraněná duše aneb posttraumatická stresová porucha. *Zdravotnické noviny* [online]. 19.11.2007 [cit. 2012-7-1]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poranena-duse-aneb-posttraumaticka-stresova-porucha-330657>>.
20. VINAŘ, Oldřich. *Trpí celý svět PTSD?* [online]. 25.11.2001 [cit. 2012-7-1]. Dostupný z WWW: <<http://www.akademon.cz/source/ptsd.htm#h>>.
21. VINAY, Joshi. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.
22. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
23. VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.
24. VYMĚTAL, Štěpán. *Metody C.I.S.M.: Zacházení se stresem v kritických situacích* [online]. 2009 [cit. 2012-14-2]. Dostupný z WWW: <[http://industry.biomed.cas.cz/kamil/filedb/files/P\\_krizi\\_a\\_katastrof-001.pdf](http://industry.biomed.cas.cz/kamil/filedb/files/P_krizi_a_katastrof-001.pdf)>.
25. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Križe*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4.
26. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.
27. ŠTANČEL, Marek; VARGOVÁ, Anna; MAJDIŠOVÁ, Dana. Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích. *Zdravotnické noviny* [online]. 12.1.2012 [cit. 2012-28-3]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/psychosocialni-podpora-zdravotniku-v-krizovych-situacich-463109>>.

28. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8.



## Seznam zkratk

A kol.	- A kolegové
Apod.	- A podobně
Atd.	- A tak dále
Atp.	- A tak podobně
CISD	- Critical incident stress debriefing
CISM	- Critical incident stress management
CMP	- Cévní mozková příhoda
č.	- Číslo
ČR	- Česká republika
Dr.	- Doktor
DSM	- Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
HZS	- Hasičský záchranný sbor
IM	- Infarkt myokardu
MKN	- Mezinárodní klasifikace nemocí
MZČR	- Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	- Například
Obr.	- Obrázek
PČR	- Policie České republiky
PIS	- Psychosociální intervenční služba
PTSP	- Posttraumatická stresová porucha
tzn.	- To znamená
USA	- Spojené státy americká
ZZS	- Zdravotnická záchranná služba

## Seznam obrázků

Obr. 1 Graf rozdělení zkoumaného souboru dle věku.....	33
Obr. 2 Graf rozdělní zkoumaného souboru dle pohlaví.....	34
Obr. 3 Graf rozdělní zkoumaného vzorku podle druhu dosaženého vzdělání.....	35
Obr. 4 Graf rozdělení zkoumaného vzorku podle délky praxe ve zdravotnictví.....	36
Obr. 5 Graf rozdělení zkoumaného vzorku podle délky praxe na ZZS.....	37
Obr. 6 Graf rozdělení odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 6.....	38
Obr. 7 Graf rozdělení odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 7.....	39
Obr. 8 Graf rozdělení odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 8.....	40
Obr. 9 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 9.....	41
Obr. 10. Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 10.....	42
Obr. 11 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 11.....	43
Obr. 12 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 12.....	44
Obr. 13 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 13.....	45
Obr. 14. Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 13. .....	46
Obr. 15 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 14.....	47
Obr. 16 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 14. .....	48
Obr. 17 Graf odpovědí zkoumaného vzorku na otázku č. 15.....	49
Obr. 18 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami a otázku č. 15. .....	50
Obr. 19 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 16.....	51
Obr. 20 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 17.....	52
Obr. 21 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 18.....	53
Obr. 22 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 18. .....	54
Obr. 23 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 19.....	55
Obr. 24 Graf odpovědí zkoumaného vzorku v porovnání mezi muži a ženami na otázku č. 19. .....	56
Obr. 25 Graf odpovědí zkoumaného vzorku pro otázku č. 20.....	57

## Seznam příloh

Příloha A: Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, § 16 .....	67
Příloha B: Dotazník k výzkumné části .....	68

## Příloha A: Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, § 16

V zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ze dne 6.11.2011, se v ustanovení § 16 hovoří o pracovišti krizové připravenosti.

### **„Pracoviště krizové připravenosti**

*(1) Pracoviště krizové připravenosti je určeno pro koordinaci*

- a) úkolů vyplývajících pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby z krizového plánu kraje, havarijního plánování a dokumentace integrovaného záchranného systému,*
- b) psychosociálních intervenčních služeb pro zaměstnance poskytovatele zdravotnické záchranné služby a další zdravotnické pracovníky v případě mimořádné události nebo krizové situace při provádění záchranných a likvidačních prací,*
- c) vzdělávání a výcviku pro plnění úkolů poskytovatele zdravotnické záchranné služby v oblasti krizového řízení, urgentní medicíny a medicíny katastrof,*
- d) vzdělávání a výcviku složek integrovaného záchranného systému k poskytování neodkladné resuscitace,*
- e) komunikačních prostředků pro plnění úkolů poskytovatele zdravotnické záchranné služby v integrovaném záchranném systému a v krizovém řízení.*

*(2) Pracoviště krizové připravenosti zpracovává návrh traumatologického plánu a návrh jeho změny.“*

## Příloha B: Dotazník k výzkumné části

### ----- Vstupní otázky dotazníku -----

1. Váš věk:
  - 20-30 let
  - 31-40 let
  - 41-50 let
  - 51 a více let
2. Pohlaví:
  - Muž
  - Žena
3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
  - Střední zdravotnická škola + specializační studium
  - Vyšší zdravotnická škola
  - Vysokoškolské bakalářské studium
  - Vysokoškolské magisterské studium
  - Jiné
4. Délka praxe ve zdravotnictví:
  - Do 5 let
  - 6 – 10 let
  - 11 – 15 let
  - 16 – 20 let
  - 21 a více let
5. Délka praxe v zdravotnické záchranné službě:
  - Do 5 let
  - 6 – 10 let
  - 11 – 15 let
  - 16 – 20 let
  - 21 a více let

### ----- Znalosti o Posttraumatické stresové poruše (dále PTSP) -----

6. Rozumím pojmu PTSP?
  - Ano
  - Ne
7. Kdy došlo k zavedení diagnózy PTSP do klasifikace duševních poruch?
  - Po 1. světové válce
  - Po 2. světové válce
  - Po válce ve Vietnamu a v Koreji
  - Nevím
8. PTSP nejčastěji souvisí:
  - S extrémní fyzickou nebo psychickou zátěží
  - S tělesnými změnami po úrazu
  - S onkologickým onemocněním
  - Nevím

9. Nejčastější důvod rozvinutí PTSP je:  
Rozchod s partnerem/partnerkou  
Nečekaná katastrofická událost  
Noční děsivý sen  
Nevím
10. Jako jeden z hlavních příznaků lze považovat:  
Nadměrné pocení  
Nerozhodnost a roztěkanost  
Opakovaný návrat děsivých vzpomínek  
Nevím
11. Kdy nejpozději se mohou vyskytnout symptomy PTSP?  
Do 6 hodin po události  
Do 1 měsíce po události  
Do 6 měsíců po události  
Nevím
12. Současná léčba spočívá nejčastěji:  
V psychoterapii  
V podáváníí antidepresiv  
V psychoterapii a podáváníí antidepresiv  
Nevím

----- **Osobní zkušenosti s PTSP** -----

13. Podléháte lehce nějaké stresové situaci?  
Ano  
Spíše ano  
Nevím  
Spíše ne  
Ne
14. Mám obavy z vysoce stresující události a následné reakci na ní?  
Ano  
Ne  
Nevím
15. Prožili jste někdy ve svém profesním životě nějakou traumatickou událost?  
Ano  
Ne

**Pokud jste odpověděli na otázku č. 15 „ne“, pak právě pro Vás dotazník pokračuje až otázkou č. 18.  
Pro odpověď „ano“ pokračujte dále otázkou č.16.**

16. Pociťujete na sobě nějaké psychické změny (například nespavost, podrážděnost, návrat vzpomínek na událost, vyhýbání se činnostmi připomínající událost)?  
Ano  
Ne

17. Vyhledali jste nějakou pomoc v souvislosti s prožitým traumatem?  
Ano, pomáhá mi si s někým promluvit  
Ne, vypořádám se s tím sám/sama
18. Víím, na koho se mohu obrátit, prožiji-li nějakou traumatickou událost?  
Ano  
Ne
19. Je ve vašem pracovním kolektivu někdo speciálně vyškolený pro případnou pomoc a rozebrání traumatizující události?  
Ano  
Ne  
Nevím
20. Považuji svou profesi za rizikovou, co se týče možného rozvinutí PTSP:  
Ano  
Spíše ano  
Nevím  
Spíše ne  
Ne

----- Konec dotazníku -----