

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Cristina Rizzi

**Nároky pozice krizových interventů pracujících
s oběťmi trestných činů**

**Profession requirements of crisis interveners
working with crime victims**

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Hedvice Boukalové, PhD. za rady a trpělivost při vedení této diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala policejním krizovým interventům za ochotu vyplnit dotazník k této práci v takto nelehké době. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala své kamarádce JG za rady a podporu při psaní ve chvílích, kdy jsem myslela, že práci nikdy nedopíšu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9.12.2020

.....

Cristina Rizzi

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje tématu nároků pozice krizových interventů, kteří pracují s oběťmi trestných činů. V teoretické části je zmapovaná pracovní náplň krizových interventů, především se práce zaměřuje na krizovou intervenci. Dále jsou popsána specifika krizové intervence u obětí trestných činů. Práce zde mapuje, kdo je obětí trestného činu a jaké jsou psychologické dopady trestného činu na oběť. Práce se také věnuje jednáním s obětí trestného činu, tedy opět se zaměřuje na pracovní náplň krizových interventů a nárokům na tuto pozici. Dále práce popisuje charakteristiky samotné pracovní pozice, zaměřuje se také na popis pracoviště krizových interventů. V další části se práce zaměřuje na stres jako na negativní fenomén, který se v práci interventů vyskytuje. Popsány jsou také sociální kompetence krizových interventů se zaměřením na charakteristiku krizového intervenanta a na klíčové kompetence. Zmíněn je také vztah stresu a sociálních kompetencí.

V empirické části je realizováno kvantitativní šetření za použití Inventáře sociálních kompetencí s Škálou sekundárního traumatického stresu. Výzkum se zaměřuje na sociální kompetence a na prožívaný sekundární traumatický stres a na případné vztahy mezi nimi. Ve výzkumném souboru (n=29) nebyla zjištěna žádná signifikantní korelace mezi sociálními kompetencemi a sekundárním traumatickým stresem. Přestože nebyla korelace významná, měla by být tato oblast více probádána, jelikož některé sociální kompetence mohou sloužit jako protektivní faktor při zátěžových situacích.

Klíčová slova

Krizová intervence, krizový intervent, sekundární traumatický stres, sociální kompetence

Abstract

This master's thesis is dedicated to the topic of the demands of the position of crisis or trauma counsellors who work with victims of crime. The theoretical part describes the workload of crisis counsellors, especially the thesis focuses on crisis intervention. The specifics of crisis intervention for victims of crime are also described. Thesis describes who is the victim of crime and what are the psychological effects of crime on the victim. Thesis also describes how to talk to victims of crime, what are the specifics of this intervention. Again the thesis focuses on the workload of crisis counsellors and the demands on this position. Furthermore, the thesis describes the characteristics of the position itself, it also focuses on the description of the workplace. In the next part, the thesis focuses on stress and its negative consequences, as a negative phenomenon that occurs in the work of counsellors. The social skills of crisis counsellors are also described, focusing on the characteristics of the crisis counsellor and on the key competencies. The relationship between stress and social skills is also mentioned.

In the empirical part, a quantitative survey is carried out using the Inventory of social skills and a Scale of secondary traumatic stress. The research focuses on social skills and the experienced secondary traumatic stress and on the possible relationships between them. In the research group (n=29) no significant correlation was found between social skills and secondary traumatic stress. Although the correlation was not significant, this area should be further explored, as some social skills can serve as a protective factor in stressful situations.

Keywords

Crisis intervention, crisis counsellor, secondary traumatic stress, social skills

Obsah

Úvod	6
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	9
1. Krizová intervence.....	10
1.1 První psychická pomoc.....	14
1.2 Specifika krizové intervence u obětí trestných činů	16
1.2.1 Oběť trestného činu	16
1.2.2 Psychologický dopad trestného činu na oběť	16
1.2.3 Jednání s obětí trestného činu.....	19
2. Charakteristika pracovní pozice krizového intervenanta	23
2.1 Popis pracoviště	24
3. Stres prožívaný krizovými intervenanty a jeho negativní důsledky.....	27
3.1 Zdroje stresové zátěže.....	27
3.2 Syndrom vyhoření	28
3.3 Sekundární traumatický stres	29
4. Sociální kompetence krizových intervenantů.....	32
4.1 Charakteristiky krizového intervenanta.....	32
4.2 Klíčové sociální kompetence.....	33
4.3 Vztah stresu a sociálních kompetencí.....	35
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	37
5. Výzkumný problém a cíle výzkumu.....	38
5.1 Výzkumné otázky a hypotézy.....	38
6. Design výzkumu	39
6.1 Výzkumné metody.....	39
6.2 Metody zpracování a analýzy dat	42
6.3 Etika výzkumu.....	42

7.	Výzkumný soubor	44
7.1	Demografické údaje.....	44
8.	Výsledky výzkumu	46
8.1	Inventář sociálních kompetencí	46
8.2	Škála sekundárního traumatického stresu.....	47
8.3	Korelační analýza	48
9.	Diskuse	52
	Závěr.....	56
	Seznam použité literatury	58
	Seznam grafů	67
	Seznam obrázků.....	68
	Seznam tabulek.....	69
	Seznam zkratk.....	70
	Příloha 1.: Etický kodex pracovníka linky důvěry	I
	Příloha 2.: Dotazník pro krizové interventy	II
	Příloha 3.: Výsledky ISK.....	XI
	Příloha 4.: Korelace primárních škál ISK a subškál STSS.....	XII

Úvod

Cílem diplomové práce bude popsat nároky pozice krizového intervenanta, který komunikuje s oběťmi trestných činů. Tato pozice je definována zákonem, přesto však v tomto zákoně nejsou postihnuty všechny nároky na tuto profesi. Krizový intervenant přichází do styku s osobou, která je zasažena nějakou krizovou událostí a je potřeba, aby s takovouto osobou navázal kontakt, vybudoval důvěru a navodil pocit bezpečí. Nároky na tuto pozici jsou tedy velmi vysoké. Každodenně se intervenanti setkávají s lidmi v krizi a jejich práce může mít vliv na jejich osobní život. Ve studiích se uvádí např. ohrožení syndromem vyhoření či ohrožení sekundárním traumatickým stresem. Jako jeden z protektivních faktorů se ukazují být určité sociální kompetence. Dalším z cílů této diplomové práce bude tedy zmapovat sociální kompetence krizových intervenantů a zmapovat, zda zažívají sekundární traumatický stres.

V první kapitole se práce zabývá krizovou intervencí. Krizová intervence je každodenní pracovní náplní krizového intervenanta, proto se práce pokusí popsat principy krizové intervence. Důraz je kladen na zahájení krizové intervence, kdy intervenant musí navázat vztah s klientem, jinak nelze v intervenci pokračovat, popřípadě by intervence nemusela být úspěšná. Cílem krizové intervence je podpořit klienta v řešení krizové situace. V této kapitole jsou také popsány různé přístupy ke krizové intervenci a je zde také popsán model CISD, který se využívá jako debriefing pro skupiny zasažené traumatickou událostí. Dále jsou popsány typy krizové intervence, jsou zde zachyceny specifika telefonické krizové intervence a intervence tváří v tvář. Poukázáno je na jejich rozdílnost a specifičnost. Důraz je také kladen na první psychickou pomoc, kterou by měli znát nejen odborníci, ale také laici.

Dále se práce zabývá specifiky krizové intervence u obětí trestných činů. Trestný čin jako takový může mít na oběť vážné dopady, může mít různé emocionální reakce na trestný čin a intervenant musí být připraven na vše. Oběť může být ve fázi šoku, může být zmatená a může se chovat iracionálně. Oběť je po činu velmi zranitelná a je důležité dávat pozor na jednání lidí kolem oběti, aby oběť ještě více nepoškodili. Práce se tedy také zabývá tím, jak jednat s obětí trestného činu v různých fázích po činu. Pro přehled, s jakými oběťmi nejvíce pracují krizoví intervenanti v České republice bylo využito interních statistik Bílého kruhu bezpečí – Linky pomoci obětem a statistik z Výroční zprávy oddělení vedoucího psychologa policejního prezidia České republiky.

V další části se práce zaměřuje na charakteristiky pracovní pozice krizového intervenanta. Intervent musí podstoupit výcvik či kurz zaměřený na krizovou intervenci. Tyto kurzy se liší délkou a rozsahem a jsou dány konkrétní pracovní pozicí. Intervent by však měl znát okrajově vybrané právní předpisy a měl by se řídit etickým kodexem pracoviště. Práce také popisuje různá pracoviště krizových interventů. Popsána je terénní práce, dále jsou popsána krizová centra a intervenční centra a popsány jsou také pracoviště krizových linek.

Práce se dále zabývá stresem a jeho negativními důsledky. Jelikož se intervenanti každodenně setkávají s těžkými tématy může tento pracovní stres ovlivňovat např. jejich spánek či osobní život. V práci jsou proto popsány zdroje stresové zátěže. Jedním ze stěžejních stresorů je neustálá připravenost intervenanta. Intervent neví, kdy bude muset poskytovat pomoc a má jen velmi málo informací o klientovi, který tuto pomoc potřebuje. Na práci se intervent nemůže předem připravit, jelikož neví, co ho ten den v práci čeká.

Ze studií vyplývá, že lidé v pomáhajících profesích jsou více ohroženi syndromem vyhoření a sekundárním traumatickým stresem. Proto se v této práci zabýváme i těmito tématy. Syndrom vyhoření je charakteristický tím, že je jedinec vyčerpaný, bez energie a síly, přestává vidět smysl v práci, kterou vykonává. Sekundární traumatický stres je velmi podobný svými příznaky posttraumatické stresové poruše, s tím rozdílem, že u sekundárního traumatického stresu nebyl jedinec zasažen přímo, traumatickou událost viděl nebo o ní slyšel.

V poslední kapitole se práce zabývá sociálními kompetencemi krizových interventů a charakteristikou krizového intervenanta. V návaznosti na předchozí kapitolu je důležité podívat se na protektivní faktory, před prožíváním stresem. Literatura uvádí, že jedním z protektivních faktorů je samotná osobnost jedince, proto jsou v práci také popsány tyto charakteristiky. Dále jsou popsány klíčové sociální kompetence krizových interventů. Není zatím žádný ucelený katalog sociálních kompetencí podle dané profese, ale práce se pokusila postihnout větší část klíčových kompetencí.

V poslední kapitole se práce zaměřuje na vztah stresu a sociálních kompetencí. V různých studiích se potvrdilo, že čím lepší sociální kompetence, tím lépe se jedinci vyrovnávají se stresovou zátěží. Nedostatečné sociální kompetence mohou vést k depresi, pocitům osamělosti a abúzu návykových látek.

Empirická část práce se zaměří na sociální kompetence a sekundární traumatický stres. Respondenti budou policejní krizoví intervenenti, kteří přichází do styku s oběťmi trestných činů. Bylo stanoveno několik výzkumných hypotéz, které byly ověřeny pomocí programu Jamovi. V této části se zaměřujeme na výsledky z Inventáře sociálních kompetencí, abychom určily klíčové kompetence výzkumného souboru. Dále se zaměřujeme na výsledky ze Škály sekundárního traumatického stresu, abychom zjistili, zda výzkumný vzorek trpí sekundárním traumatickým stresem. Ptáme se také na vztah mezi určitými sociálními kompetencemi a subjektivně vnímaným sekundárním traumatickým stresem. Při výzkumu vznikla i dílčí otázka a to, zda roky odsloužené na pozici krizového intervenenta ovlivňují míru prožívaného sekundárního traumatického stresu.

V poslední řadě bude zmíněna literatura. Česká literatura byla převážně využívat v kapitole o krizové intervenci. Další kapitoly jsou pak kombinací české a zahraniční literatury s převahou právě té zahraniční. V práci jsou dvě sekundární citace. V prvním případě se jedná o citace Kassam-Adams (1994, citováno dle Arvey, 2001). Autorka, která tento zdroj cituje jej získala z rozhovoru s původní autorkou, který již nelze dohledat, jelikož je z roku 1994. Druhou citací je citace Mitchell a Everly (2002, citováno dle Čepická, 2012), opět se zde nepodařilo dohledat primární zdroj. V práci je citováno dle APA normy.

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Krizová intervence

Pro pochopení nároků pozice krizového intervenanta je důležité popsat jeho pracovní náplň, což je krizová intervence. Krizový intervenant pracuje s lidmi, kteří se ocitli v krizové situaci. Krize většinou naruší duševní rovnováhu člověka a situaci může vnímat jako značně ohrožující. Pracovník musí být aktivní, pohotový a intervence musí být včasná. Intervence pomáhá klientovi zpřehlednit prožívanou krizi, strukturovat její prožívání a případně zastavit ohrožující tendence v chování klienta. Cílem krizové intervence je podpořit klienta v řešení krizové situace (Baštecká, 2005, Vodáčková, 2012).

Krizová intervence má své specifické znaky. Podle Špatenkové (2011) mezi tyto znaky patří okamžitá pomoc, zajištění pocitu bezpečí a materiální pomoc (např. tekutiny, jídlo). Intervence se zaměřuje na teď a tady, je časově ohraničená (jedná se o 6-10 setkání) a kontakt s klientem je intenzivní a strukturovaný. Intervenant často musí být aktivní a někdy i direktivní.

Fáze krizové intervence

Špatenková (2011) uvádí třífázový model, mezi jehož etapy řadí zahájení, realizaci a ukončení krizové intervence.

Zahájení krizové intervence a navázání rychlého kontaktu s klientem je velmi důležité. Klient v krizi se může chovat iracionálně, neadekvátně situaci a někdy i agresivně a v této situaci je jednou z nejlepších technik přijmout klienta se všemi jeho projevy. V této fázi je také důležité zajistit klientovo bezpečí nejen po fyzické stránce, ale také po psychické (Mlčák, 2011; Špatenková, 2011).

Druhou etapou je samotná *realizace krizové intervence*. V této fázi je důležité identifikovat všechny tři složky krize, mezi něž řadíme spouštěcí událost, vnímání dané situace a selhávání copingových strategií (Špatenková, 2011). Jde tedy o získání informací, které nám pomohou k vytvoření zakázky a plánu, jak krizi řešit. Zaměřujeme se na předchozí řešení podobných problémů a možnosti využití těchto strategií v současné krizi. Ptáme se také na možnou sociální oporu klienta. V této fázi by také mělo dojít ke stabilizaci psychického stavu, situace by se klientovi měla zdát uchopitelnější a srozumitelnější. Typické je také použití techniky katastrofického scénáře, kdy se s klientem bavíme o nejhorším možném vyústění dané krizové situace. Pro klienta i pro intervenanta je lepší pracovat s jasným a reálným rizikem, které klient uvede v katastrofickém scénáři než jen s vágní představou (Špatenková, 2011).

Poslední etapou je *ukončení krizové intervence*. Tu lze ukončit ve chvíli, kdy je klient stabilizován, má náhled na krizovou situaci a ví, jak krizi překonat. V této etapě je důležitá reflexe a zopakování zakázky a zhodnocení, zda byla naplněna očekávání klienta od intervence (Špatenková, 2011).

Stále se také pracuje s Robertsovým (2000) sedmi stupňovým modelem. Tento model se využívá v akutní psychické a situační krizi. Prvním stupněm je posouzení psychosociálního stavu klienta, zde se ptáme i na suicidální myšlenky. Dále navazujeme kontakt s klientem. Třetím stupněm je definice problému. Čtvrtým stupněm je podpora klienta v jeho vyjádření emocí. V pátém stupni mapujeme copingové strategie, které klient využil v minulosti. Šestý stupeň formuluje a rozvíjí plán a v posledním stupni uvádí důležitost být s klientem a nabídnout možnost setkání do budoucna.

Dalším modelem je CISD (Critical incident stress debriefing), jehož autorem je Jeffrey Mitchell a pochází z roku 1983. CISD je strukturovaným modelem, který využívá vyprávění obětí a psychoedukaci jako pomocné techniky k ulehčení uzdravení. Je indikován pro malou homogenní skupinu, která se aktuálně nenachází v té mimořádné události, kterou zažili. Tento model má sedm fází. První fází je *představení se* a spočívá ve vysvětlení toho, co se bude dále dít. Další fáze je *fáze informací*, kdy účastníci popisují událost, která se stala. Důležitost se klade na strohost informací a oběti jsou na nežádoucí detaily upozorněny. Další je *fáze myšlenek*. V této fázi se ptáme účastníků, jaká byla jejich první myšlenka, když se událost stala. Čtvrtou fází jsou *reakce*, tato fáze je pro CISD velmi důležitá, dala by se považovat za jádro celého modelu. Zaměřuje se na dopad na účastníky, ptáme se na to, co je pro ně na této události nejhorší. Pátá fáze jsou *symptomy* a ptáme se účastníků, jak se tato tragická událost promítla do jejich každodenních životů. Šestou fází je *učení*, kdy interventi edukují účastníky a normalizují jejich pocity. Poslední fází je *ukončení intervence* (Bisson et al., 2009).

Můžeme si povšimnout, že fáze krizové intervence mají shodné momenty jak v české, tak v zahraniční literatuře. Většinou je nedůležitější navázání kontaktu, které nám pak určuje celý zbytek intervence. Pokud je kontakt dobře navázán, můžeme pokračovat do dalších fází. Všechny modely se také shodují v důležitosti ventilace emocí a jejich úplné akceptace.

Typy krizové intervence

Krizovou intervenci můžeme rozdělit na prezenční a distanční formu pomoci. Prezenční forma neboli intervence tváří v tvář je založena na osobní přítomnosti intervenanta a zahrnuje terénní služby, ambulantní pomoc a pobytové služby. Distanční forma pomoci je pomoc „na dálku“, intervenant tedy není osobně přítomen u klienta. Řadíme sem telefonickou krizovou intervenci a internetovou pomoc (Vodáčková, 2012).

Krizová intervence tváří v tvář a telefonická krizová intervence se v mnohém podobají, ale stejné nejsou. Můžeme je tedy pro představu v čem se liší stručně porovnat.

V *telefonické krizové intervenci* (TKI) jsou intervenant a klient odděleni. Pracovník krizové linky se nepředstavuje a představit se nemusí ani klient, proto klient většinou jedná s institucí (intervenant se představuje jako „pracovník krizové linky“). Krizové linky jsou často zdarma nebo mají běžné tarifní poplatky, jsou tedy pro klienty k dispozici po celých 24 hodin. Jsou vysoce dostupné i pro klienty, kteří nemají možnost zajít do krizových center osobně např. ze zdravotních důvodů. Mezi další výhody TKI patří to, že intervenant může mít určitý prostor i pro sebe. Nemusí mít formální oděv a se sluchátkem si může sednout, tak jak potřebuje. Intervenant také může vyhledávat informace na internetu či se podívat do odborných publikací (Květenká, 2014; Špatenková, 2011).

Mezi nevýhody TKI by se dalo určitě zařadit málo informací o klientovi. Intervenantovi chybí vizuální stránka interakce s klientem a je tak ochuzen o možnost udělat si úsudek o stavu klienta. Za další nevýhodu by se dal označit časový stres. Intervenant musí rychle navázat kontakt s klientem, je zde totiž možnost, že klient v prvních minutách hovor ukončí. Těchto pár minut bývá většinou kritických na navázání kontaktu, který je tak důležitý. Může také dojít k přerušení hovoru z důvodu vybití mobilního telefonu klienta či výpadku telefonní sítě. U TKI většinou také chybí zpětná vazba klienta. Intervenant neví, jak se klientovi podařilo situaci vyřešit, pokud sám nezavolá znovu, může to vést u intervenanta k pocitům frustrace (Květenká, 2014; Špatenková, 2011).

V *krizové intervenci tváří v tvář* je velkou výhodou přítomnost neverbální složky při komunikaci s klientem, a tedy i vizuální stránka interakce. Může se zaměřit na to, jak klient vypadá, na jeho gesta a výraz v obličeji, o které se může v intervenci opřít a pojmenovat to, co právě vidíme. V případě výjezdů krizových intervenantů do terénu má možnost intervenant vidět i kulturní zázemí klienta, a to v mnohém může také pomoci při intervenci. Intervenant má také více času navázat vztah s klientem (Květenká, 2014; Špatenková, 2011).

Mezi nevýhody krizové intervence tváří v tvář můžeme zařadit určitou prodlevu mezi krizovou situací a vyhledáním pomoci. Klient obvykle nemá okamžitou pomoc jako je tomu u TKI. Další nevýhodou může být nesnadná dostupnost pro určitý druh klientů. Tváří v tvář ztrácí anonymitu jak intervent, tak klient. Pro klienta může být obtížnější intervenci ukončit předčasně a zároveň může mít pocit ohrožení a ztráty kontroly nad situací. I pro intervenanta může být tento druh intervence ohrožující, např. při nezdravé fixaci klienta na intervenanta (Květenská, 2014; Špatenková, 2011).

V zahraniční literatuře můžeme najít rozdělení krizových intervencí na *debriefing* a *psychologickou intervenci* (Ehlers & Clark, 2003; Hembree & Foa, 2003). V debriefingu je důležité normalizovat prožité trauma a podpořit emocionální projev. Psychologická intervence již obsahuje konkrétní techniky jako je práce s imaginárním prožití události, práce s kognitivní restrukturalizací a trénink úzkostných stavů. V intervenci se také edukuje o traumatu a jeho prožívání. Ehlers a Clark (2003) uvádějí, že psychologická intervence je spíše indikována osobám, které vykazují brzké symptomy posttraumatické stresové poruchy nebo mají symptomy akutní stresové poruchy.

Techniky užívané v krizové intervenci

Mezi základní techniky patří provázení a vedení, které se používají po celou dobu intervence a vzájemně se prolínají. U provázení se intervent soustředí na navázání kontaktu s klientem a jeho podporu. U vedení intervent ukazuje možnosti řešení krize, které s klientem postupně dál rozvíjí. Mezi další techniky podle Vodáčkové (2012) a Špatenkové (2011) patří:

- **Reflexe** – Při reflexi intervent zrcadlí emoce klienta, může tím dát najevo, že jeho emoce vidí, nebo slyší v případě TKI. Reflexe ujišťuje klienta, že jsou jeho emoce chápány a může mu to pomoci vlastní emoce pojmenovat.
- **Rekapitulace** – Vlastními slovy intervent zrekapituluje to, co mu klient sdělil. Klient tak může příběh doplnit, či se ujistit, že intervent vše chápe správně. Rekapitulaci je vhodné využít v případě, že je příběh klienta dlouhý.
- **Parafráze** – U parafráze intervent převypráví to, co mu klient sdělil, cílem je však nabídnout pohled na problém z jiného úhlu. Intervent může uplatnit své myšlenky a názory.

- **Kotvení** – Při této technice intervent upevňuje to, co v životě klienta funguje a v čem může nalézt oporu. Při krizové intervenci tváří v tvář je možné využít práci s tělem klienta.
- **Zhodnocující formulace a ocenění** – Intervent dává najevo, že sdělení klienta je pro něj důležité. Ocenění by mělo být upřímné a nemělo by znít jako prázdná fráze.

1.1 První psychická pomoc

Cílem první psychické pomoci je psychická stabilizace zasaženého člověka. Everly a Lating (2017) definují první psychickou pomoc jako podpůrnou přítomnost člověka, která je určená ke stabilizaci a zmírnění akutního distresu a zároveň tento člověk usnadňuje přístup k další péči. Je důležité zmínit, že první psychickou pomoc nemusí provádět jen krizoví intervenenti, ale většinou se jedná o laiky, kteří jsou na místě neštěstí první. V jejich případě se jedná o intuitivní pomoc člověku v krizi. Problém nastane, když se člověk v krizi začne chovat jinak, než by laik očekával, proto je důležitá přítomnost odborníka na místě. Baštecká (2005) uvádí, že při první psychické pomoci je důležité zajistit:

- 1) **Potřebu přežití** – Zde uplatňujeme tzv. 5T, které se používají u šokových stavů (ticho, tišení bolesti, teplo, tekutiny, transport).
- 2) **Informace** – Informace jsou pro zasaženého v tuto chvíli klíčové, jedná se o základní informace o tom, co se stalo, co se aktuálně děje, co má zasažený dělat.
- 3) **Kontakt s blízkými**

Everly a Lating (2017) doporučují postupovat podle modelu RAPID, který ukazuje fáze první psychické pomoci. Název RAPID je akronym a každé z písmen značí jednu fázi:

- 1) **Rapport** (Vztah) – V této fázi jde o navázání vztahu a naslouchání potřebám člověka v krizi.
- 2) **Assessment** (Posouzení) – Ve druhé fázi provádíme posouzení, zda je první psychická pomoc potřeba. Toto posouzení neprovádíme přes diagnostické metody, ale opět nasloucháním zasaženému.
- 3) **Prioritization** (Stanovení priorit) – Po vyslechnutí příběhu je nutné, aby intervent vyhodnotil, jak rychlou pomoc zasažený potřebuje.
- 4) **Intervention** (Intervence) – V této fázi se provádí samotná krizová intervence.
- 5) **Disposition** (Dispozice) – V této fázi probíhá ukončení první psychické pomoci a zasaženého odkazujeme na následnou péči.

Andršová (2012) popisuje model 6P, touto metodou by se měli podle autorky řídit jak laici, tak také odborníci. Mezi 6P patří:

- **Promluv** – Nebát se zasaženého oslovit.
- **Podepři** – Odvést zasaženého do bezpečí, zajistit mu klidné prostředí, v případě potřeby zasaženého podepřít a pomoci mu dojít do takového místa.
- **Připomínej realitu** – Je dobré se zasaženého ptát na konkrétní otázky, které ho vrátí do reality (např. jestli ví, kde se nachází, jak se jmenuje, co si pamatuje).
- **Podpoř** – Podpořit zasaženého, ujistit ho, že jeho projevy jsou normální.
- **Pečuj** – Pečovat o zasaženého, zajistit mu teplo, ticho, tekutiny, kontakt.
- **Předej** – V případě, že se jedná o pomoc od běžného občana je nutné předat zasaženého do rukou odborníků.

Čírtková a Vitoušová (2007) popisují trochu jiný model první psychické pomoci, ten se opírá o tři základní prvky, a to o *informace*, *intervenci* a *identifikaci rizikových osob*. Poskytování *informací* je důležité ke stabilizaci osoby, intervenční oběti informují o tom, jaké reakce na prožitou událost se u nich mohou vyskytnout a tyto reakce normalizují. Doporučované je dávat informace oběti i písemnou formou (různé letáčky).

Intervence slouží ke snížení stresu oběti, autorky doporučují následující postup:

- Představení sebe a své specializace
- Akceptovat jakékoliv projevy oběti
- Balancování mezi akceptováním a vedením – je potřeba vnášet do intervence strukturu a v případě nutnosti oběť usměrňovat
- Vyvarovat se: klišé frází („*To bude v pořádku*“), uvádění nepravdy, použití cizích slov, odborných výrazů, nedávat sliby, které nemůžeme dodržet

Ve fázi *identifikace rizikových osob*, hledáme osoby, u kterých je vyšší pravděpodobnost vzniku následných potíží. Mezi rizikové osoby autorky řadí lidi s dřívějšími zdravotními problémy, osoby, které již dříve byly obětí trestného činu, osoby se silnou emocionální reakcí na událost, osoby s neefektivními copingovými strategiemi (např. alkohol), tzv. „*hrdiny*“, osoby, které při události pomáhaly a děti.

1.2 Specifika krizové intervence u obětí trestných činů

V této kapitole se budeme zabývat tím, kdo je obětí trestného činu. Dále popíšeme psychologické dopady trestného činu na oběť a v poslední kapitole se budeme zabývat tím, jak by se s obětí trestného činu mělo jednat.

1.2.1 Oběť trestného činu

Podle zákona č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů je za oběť považována každá osoba, která se cítí být obětí spáchaného trestného činu. Humbree a Foa (2003) zmiňují, že oběť je normální člověk, kterému se stala nenormální událost.

Ve spojení s obětí trestného činu používáme termín viktimizace, který značí proces, ve kterém se člověk stává obětí trestného činu (Čírtková, 2015). Existuje nespočet kategorií a různých rozdělení obětí trestných činů. V zahraniční literatuře najdeme rozdělení různá např. Sellin a Wolfgang (1964) oběti rozdělují podle toho, jaký mají vztah s pachatelem. Primární oběti mají s pachatelem velmi úzký vztah. Sekundární oběti znají pachatele z širšího okolí. Do terciálních obětí autoři zahrnují širokou veřejnost a stát a do poslední kategorie řadí oběť, která není obětí (do této kategorie zahrnují útoky dětí z domova). Fattah (1989) rozdělil oběti do pěti kategorií, a to na nezúčastněné oběti, latentní oběti, provokující oběti, zúčastněné oběti a falešné oběti. Další typologii obětí ve své studii nabízí Landau a Freeman-Logo (1990). Tato typologie je velmi rozsáhlá a obsahuje jedenáct dimenzí. Autoři do těchto dimenzí zahrnují zdroj viktimizace, právní rámec, úmysl pachatele, identifikaci oběti, zranitelnost oběti, vnímání viktimizace oběti, vnímání viktimizace ostatními, druh viktimizace, závažnost viktimizace/poškození, vztah oběti k pachateli a role oběti při páchání trestného činu.

V České republice se používá o něco jednodušší rozdělení, a to na primární oběť, sekundární oběť a terciální oběť (Čírtková, 2015; Zbořilová in Gillernová, Boukalová et al., 2006). Primární oběti se rozumí oběť, která byla přímo poškozena trestným činem. Sekundární oběti jsou pak osoby, které jsou si s primární obětí velmi blízké, jedná se např. o členy rodiny. Terciální oběti pak mohou být sousedé a další blízké okolí oběti, mohou se sem však řadit i lidé, kteří měli s obětí nějaký společný znak.

1.2.2 Psychologický dopad trestného činu na oběť

Reakce na trestný čin prožívá každý člověk velmi individuálně, můžeme však popsat tři fáze tohoto prožívání. První fází je fáze šoku, ta nastává záhy po trestném činu. Oběť je

zmatena, zaskočena a její chování nemusí být racionální. Nemusí si na čin ani pamatovat, jelikož prochází šokem. Oběti nemusí být rozumět, může se špatně vyjadřovat nebo mluvit nesrozumitelně. Můžeme pozorovat reakci, kdy oběť ventiluje své pocity ven nebo se naopak stáhne. Oběť v této fázi špatně přijímá informace, nebude si je později pamatovat tak jasně. V této fázi je oběť zranitelná, je potřeba dávat pozor na jednání lidí kolem, aby oběť ještě více nepoškodili (Zbořilová in Gillernová, Boukalová et al., 2006). Campbell et al. (2001) uvádí, že oběti, které měli možnost vyhledat pomoc dříve, mají lepší prognózu léčby.

Ve druhé fázi se oběť snaží s traumatem vyrovnat. Může pociťovat např. strach, smutek, vztek nebo o traumatu naopak nechce hovořit. Můžeme pozorovat změny nálady spojené se sebeobviňováním nebo popíráním. Pocity vzteku jsou náročné, oběť může mít pocit, že se chce pachateli pomstít, to však často není reálně možné a ani doporučované. Při intervenci však můžeme použít techniku fantazie a tento scénář s obětí probrat, často je oběť zaskočena, že na něco takového myslí. Pokud se fantazie normalizuje a akceptuje oběti se uleví (Zbořilová, 2006).

Ve třetí fázi se oběť v optimálním případě adaptuje a je schopna vést každodenní život. Tato fáze se projevuje např. plány na budoucnost. Při přetrvávajících negativních pocitech se však oběť nemusí umět vrátit zpět do každodenního života, může mít závažné psychické problémy jako je třeba deprese, posttraumatická stresová porucha nebo abúzus návykových látek. U takovýchto obětí dochází k celkovému zhoršení kvality života (Gutierrez & Van Puymbroeck, 2006; Litz & Bryanz, 2009; Kilpatrick & Acierno, 2003; Zlotnick et al., 2006). Litz a Bryant (2009) navíc poukazují na důležitost správné intervence, která by tyto závažné psychické problémy mohla včas zachytit. Také Elliot, Thomas a Ogloff (2012) ve své studii pozorovali negativní dopady při špatné komunikaci policie s obětí trestného činu. Oběti, které neměly tuto špatnou zkušenost s policií, se cítily bezpečněji a pomohlo jim to v následné léčbě.

Pro lepší pochopení procesu viktimizace jej Čírtková (2015) rozděluje na primární a sekundární. Primární viktimizací je míněna újma, která vznikla jako přímý důsledek trestného činu, sekundární viktimizace je újma, která vznikla reakcí sociálního okolí nebo různých institucí (soud, policie). Proces viktimizace je velmi složitý, proto můžeme rozlišovat ještě tzv. primární a sekundární rány. Primární rány vznikají jako následek primární viktimizace a jedná se především o fyzickou újmu, finanční újmu a emocionální újmu. Krizoví intervenenti řeší především emocionální újmu, která záleží, jak jsme již zmínili,

na individuálním prožívání oběti, může se proto projevovat různě např. jako nespavost a různé úzkostné stavy. Sekundární rány vznikají jako důsledek sekundární viktimizace a jedná se především o psychickou újmu oběti. Řadí se sem pocity nespravedlnosti, pocit nedůstojnosti a pocit izolace. Obě tyto újmy se váží k tomu, jak je s obětmi zacházeno po trestném činu, pocit nespravedlnosti může pramenit například z nedostatku informací o vyšetřování, pocit nedůstojnosti pak může oběť mít z necitlivého pokládání otázek vyšetřovatelů nebo nevhodná reakce blízkého sociálního okolí. Pociť izolace oběť může mít z chování jejího blízkého okolí, někteří lidé neví, jak se k oběti chovat, jestli s ní probírat to, co se jí stalo či nikoliv. Dworkin a Schumacher (2016) se ve své studii zabývají dopady reakcí sociálního okolí oběti na poškozeného. Za nejhorší považují, když je oběť okolím obviňována, že za to, co se jí stalo může sama. Toto obviňování je pak velkou překážkou při následné léčbě, jelikož sociální okolí je jednou z kotev, se kterou se následně pracuje v terapii.

Kromě těchto pocitů může oběť prožívat i ztrátu pocitu autonomie, většinou své chování při činu oběť nemůže nijak ovlivnit a ztrácí tak pocit kontroly nad situací. Později si pak může vyčítat, proč se nezachovala jinak a může to tak narušit její náhled na sebe. Může také prožívat pocit ztráty důvěry. Nečekaný trestný čin může u oběti způsobit, že přestane věřit lidem kolem sebe, stanou se pro ni nepředvídatelní a nesrozumitelní. Ztráta pocitu autonomie se pak někdy opakuje i v rámci trestního řízení nebo v rámci přístupu profesionálů, pokud jednají „za oběť“ a dost jí nevysvětlují další kroky a jejich důvody (Čírtková, 2015).

Davis, Lurgio a Herman (2007) ve svém výzkumu potvrzují pocit ztráty důvěry u obětí, mezi další důsledky trestného činu pak řadí vyhýbavé chování, které se u oběti projevuje tím, že nechodí na místa a vyhýbá se aktivitám, které ji připomínají zažitá trauma. Dále u obětí popisují snížené sebevědomí a silné pocity viny. Janoff-Bulman (1979) popisuje dvě podoby sebeobviňování. První nazývá charakterologické sebeobviňování, kdy se poškozený obviňuje na základě nějaké své vlastnosti či rysu, typicky se tato podoba sebeobviňování objevuje u obětí hate crimes, kdy je oběť napadena např. z důvodu barvy kůže či sexuální orientace. Druhou podobu se nazývá behaviorální sebeobviňování, poškozený se obviňuje na základě svého chování. Tato podoba vede k pozdější lepší adaptaci oběti, jelikož má pocit, že pokud změní své chování, tak se jí traumatický zážitek nemusí znovu stát (Lutwak, Panish & Ferrani, 2003; Schacter et al., 2015).

Čírtková a Vitoušová (2007) zmiňují důležitost okolností trestného činu, který také může mít velký dopad na oběť. Především násilnost trestného činu, míra ponížení oběti a dále již zmíněné chování ostatních lidí na místě činu a chování oběti při činu. Záleží však na subjektivním vnímání oběti, i lehké ublížení na zdraví může způsobit silnou reakci.

1.2.3 Jednání s obětí trestného činu

V předchozí kapitole byly popsány některé možné projevy a reakce obětí na trestný čin. Jedná se o velmi různorodou paletu reakcí a krizový intervenent musí být připraven na vše.

Krizový intervenent může přijít do styku s obětí hned po trestném činu. V této fázi je oběť velmi zranitelná a doporučuje se nejdříve využít postupu první psychické pomoci (popsané v podkapitole 1.1). Důležité je ošetření případných fyzických zranění a co nejdříve navrátit pocit bezpečí. Velikovská (2016) zmiňuje důležitost navázání kontaktu s obětí. Neexistují žádné zázračné věty pro první kontakt s obětí, záleží na osobnosti a přirozenosti intervenenta. Lidé mají tendenci zrcadlit naše chování, je proto důležité, aby byl intervenent klidný a mluvil klidným hlasem.

Kromě tohoto můžeme využít i další techniky ke zklidnění oběti. Jedná se o techniku distancování, kterou můžeme použít, když má oběť vtírající se myšlenky. V takovém případě použijeme „stopku“ – dohodneme se s obětí, že při vyprávění události může být zastavena slovem „stop“ a v tu chvíli vyprávění přeruší a podívá se na předem vybraný bod, zhluboka se nadechne a vydechne. Další technikou je TV-technika – když se oběti vrací do mysli traumatizující událost, dáváme ji instrukci, aby v mysli s tímto obrazem manipulovala a aktivně pozměňovala. Další technikou je zklidňování a uvolňování pomocí imaginace, použít se může i svalová relaxace. Jsou doporučeny spíše jednodušší techniky, které lze zvládnout na místě činu (např. technika vdechování bezpečí – pomocí imaginace se vdechuje „bezpečí“ a vydechuje „strach“) (Čírtková & Vitoušová, 2007).

Dále se intervenent s obětí může setkat v různých fázích po trestném činu. Zde by měl podpořit ventilaci emocí, aktivně naslouchat a zjistit zakázku, normalizovat následky, podpořit a ocenit, poskytnout informace a orientovat oběť na budoucnost (Čírtková & Vitoušová, 2007). Velikovská (2016) doporučuje obecné psychologické zásady, které mohou intervenenti využít. Jedná se o *korekci přehnaného vciťování do osudu oběti* – intervenent by se neměl nechat strhnout emocemi oběti, mohlo by pak dojít k prohloubení pocitu beznaděje u oběti, *postup od oběti k osobě, které se podařilo přežít* – osoba, která přežila

představuje pozitivní hodnoty na rozdíl od „oběti“, která evokuje spíše ty negativní, jako je slabost, *průběžná revize psychologické pomoci dle potřeb oběti* – kromě individuální terapie je možné nabídnout i skupinové terapie. Nejvíce se zdá být efektivní Kognitivně behaviorální terapie (Guay et al., 2019).

V případě, že se u oběti objeví sebeobviňování (popsané v předchozí kapitole), tak by měl intervent normalizovat reakci, měl by se pokusit změnit perspektivu oběti v případě behaviorálního sebeobviňování – nabídnout jiný úhel pohledu, neměl by podporovat charakterologické sebeobviňování a v tomto případě by se měl pokusit najít jiné vysvětlení a příčinu viktimizace (Čírtková & Vitoušová, 2007).

Autoři Hembree a Foa (2003) při intervenci s obětí doporučují nejdříve ujasnit pocity, pojmenováním toho, co se právě děje, dále doporučují zaměřit se na copingové strategie, které fungují. Zmiňují také, že by intervent měl oběť vést k řešení problému a hlídat si hranice, tak aby se oběť nestala na interventovi závislou. Doporučují také psychologickou edukaci, která by měla obsahovat normalizaci stavu a informaci o prožívání traumatu.

Risan, Binder a Milne (2016) zkoumali, jak pracují s oběťmi norští krizoví interveni. Ze studie vyplývá, že se drží těchto tří zásad – 1) uvědomit si schopnost oběti vyrovnat se s distresem pomocí neverbálních podnětů, 2) akceptují všechny projevy oběti a edukují, jak se vypořádat s takovými pocity, 3) regulují úzkost tím, že reagují na emoční potřeby oběti a pomáhají jim cítit se v bezpečí.

Krizové intervence u obětí trestných činů v České republice

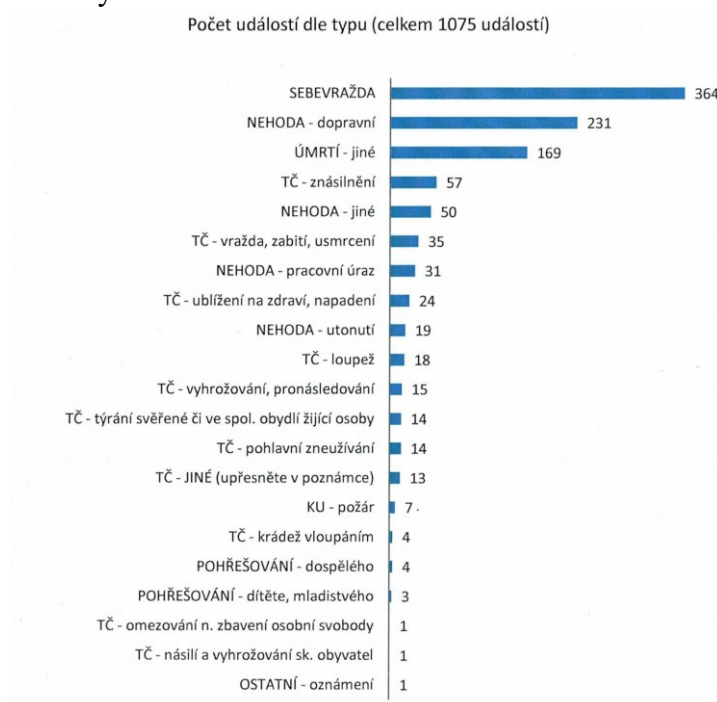
Pro představu, s jakými klienty pracují krizoví interveni v České republice budou využity Interní statistiky Bílého kruhu bezpečí – Linky pomoci obětem, získané ke dni 15.11.2020 a dále bude využita Výroční zpráva oddělení vedoucího psychologa policejního prezidia České republiky z let 2018 a 2019.

V Bílém kruhu bezpečí se data sbírala za období duben-červen 2020. Jak jsem již zmiňovala jedná se o Linku pomoci obětem, takže o telefonickou krizovou intervenci. Celkově proběhlo 433 hovorů. S obětí trestného činu se hovořilo 264x, se zachránci (zachránili před trestným činem) se hovořilo 134x, s člověkem z pomáhající profese, který volal v zájmu klienta se hovořilo 13x, s Policií 8x, se svědky trestného činu (nebyli oběti ani zachráncem) 7x a s křivě obviněnými také 7x.

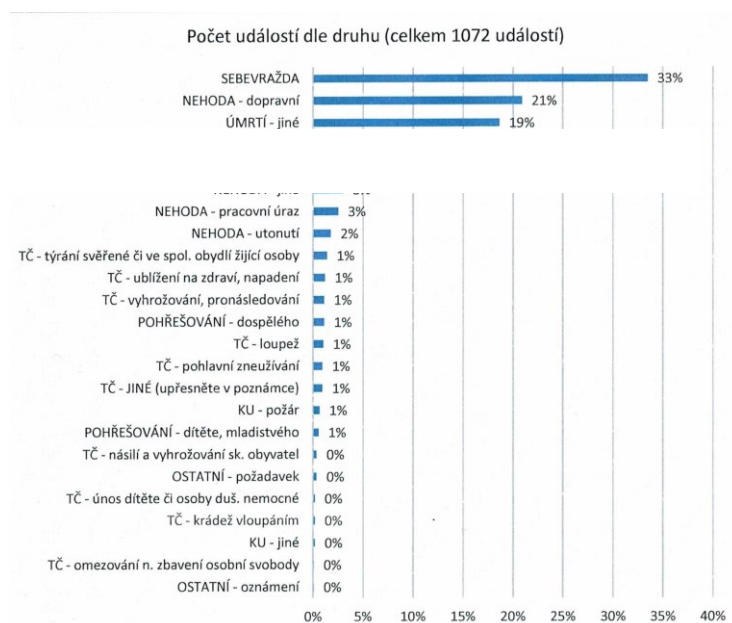
Hlavní zakázka volajících v 266 případech byla praktická rada a informace, v 63 případech to byla psychologická podpora a ventilace. Oběti prožívaly pocity bezmoci, bezvýchodnosti situace, dále prožívaly strach z pachatele, strach „ze všeho“ a některé oběti měly flashbacky. V 63 případech byla zakázka čistě právního rázu. Oběti se ptaly na trestní řízení, odškodnění apod. Ve 31 případech se jednalo o akutní záchranu oběti (klient volá přímo v krizové situaci).

Nejčastěji se intervenenti setkali s trestným činem *ubližení na zdraví* (96 případů), dále pak s trestným činem *týrání osoby žijící ve společné domácnosti* (72 případů), dále s trestným činem *nebezpečné vyhrožování* (57 případů), dále *znásilnění* (56 případů), následně *pohlavní zneužívání* (30 případů), *nebezpečné pronásledování* (29 případů), *týrání svěřené osoby* (22 případů), *těžké ubližení na zdraví* (10), *vražda* (9), *krádež* (7), *loupež* (7) a jiné trestné činy.

Data z krizové intervence policejních psychologů se sbírala celý rok 2018 a 2019. Celkově za rok 2018 bylo poskytnuto 2987 intervencí a za rok 2019 bylo poskytnuto 3143 intervencí. K jakému trestnému činu byli krizoví intervenenti nejvíce voláni ukazují následující tabulky za oba roky.



Obrázek 1: Výroční zpráva za rok 2018



Obrázek 2: Výroční zpráva za rok 2019

Nejvíce byli krizoví intervenenti voláni k pozůstalým po osobách, které spáchaly sebevraždu a dále k dopravním nehodám.

2. Charakteristika pracovní pozice krizového intervenanta

Pozice krizového intervenanta je upravena zákonem č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Krizovými interventy se stávají především psychologové, lékaři, sociální pracovníci, ale i laici. Požadavky na krizové interventy jsou dány konkrétní pracovní pozicí, lišit se mohou např. rozsahem a zaměřením daného výcviku či kurzu. V případě, že intervenant pracuje na lince nebo pomáhá pomocí internetového chatu musí absolvovat kurz této formy pomoci. Po absolvování kurzu může intervenant pracovat např. v krizových centrech nebo na linkách důvěry (Vodáčková, 2012; Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách).

Každý krizový intervenant by měl alespoň okrajově znát vybrané právní předpisy a umět klientovi právně poradit. Znalost některých právních předpisů je totiž důležitá i pro intervenanta samotného, jelikož musí dodržovat základní právní principy, mezi které patří:

- Povinnost zachovávat mlčenlivost – Intervenant má povinnost mlčet o tom, co mu klient sdělí. Existují jen výjimečné případy, ve kterých lze mlčenlivost porušit, a to v případě oznamovací povinnosti a pokud má intervenant písemný souhlas klienta (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).
- Povinnost ochrany osobních údajů – Intervenant nesmí neoprávněně shromažďovat, zveřejňovat či jinak zneužívat osobní údaje klienta (zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů).
- Povinnost překazit trestný čin – Pokud se intervenant hodnověrným způsobem dozví, že klient páchá trestnou činnost nebo se chystá spáchat trestný čin musí tomuto jednání zamezit, např. ohlášením (§ 367, zákon č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku.).
- Povinnost oznámit trestný čin – Intervenant musí oznámit spáchání trestného činu, o kterém se od klienta dozvěděl (§ 368, zákon č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku.).
- Povinnost zachovávat lidskou důstojnost – Pomoc poskytnuta v sociálních službách musí zachovat klientovu důstojnost (§ 2, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).
- Povinnost zabezpečit kvalifikovanou právní pomoc – V případě nutnosti odkáže intervenant klienta na odbornou právní pomoc.

Každý krizový intervenant se musí řídit etickým kodexem. V České republice je v oblasti

TKI doporučeno řídit se Etickým kodexem České asociace pracovníků linek důvěry, který byl přijatý v roce 1998 a doplněn v roce 2002 (viz. Příloha I.). U krizové intervence tváří v tvář se pak intervent řídí kodexem daného pracoviště.

2.1 Popis pracoviště

Krizový intervent se může uplatnit na mnoha pracovištích. Pro lepší přehled můžeme práci krizového intervenanta rozdělit na terénní práci, na práci v krizových a intervenčních centrech a na práci krizových linek. Každé z pracovišť má svá specifika, která ovlivňují samotného krizového intervenanta. Liší se také klientelou, se kterou intervenanti pracují.

Terénní práce

Terénní krizový intervent vyjíždí přímo ke klientům na místo, kde se zrovna nacházejí. Terénní práce je specifická tím, že intervent sice ví, na jaké místo jede, ale jedná se o neznámé prostředí a prostor. O klientovi má jen základní informace.

Tato práce může být součástí práce v krizových centrech. Například Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov nabízí možnost mobilního krizového týmu, který vyjíždí za dekompenzovanými psychiatrickými klienty. Krizové interventy mají také složky Integrovaného záchranného systému. V rámci Policie České republiky je poskytována krizová intervence přímo na místě trestného činu. Interventi jsou proškolení policisté a policejní psychologové. Policisté se této práci věnují nad rámec své služby, tedy každý policista není krizovým interventem. V zahraničí se policisté školí v programu CIT (Crisis intervention team training), který je učí, jak pracovat s člověkem v krizi a jak takového člověka rozpoznat. Popudem k tomuto programu byla událost v Memphisu z roku 1968, kdy psychicky nemocný člověk střílel na veřejnosti. Tento program je nyní rozšířen na mnohá policejní oddělení a některá oddělení jej mají pro policisty povinná (Ellis, 2014).

Studie ukazují (Ellis, 2014; Hanafi et al., 2008; Hassell, 2020), že policisté vyškoleni v programu CIT lépe pracují s člověkem v krizi a nepoužívají tolik násilných prostředků při zadržení pachatele. Studie, která se zabývala policisty v programu a jejich interakcemi s psychicky nemocnými lidmi, prokázala, že tyto osoby nejsou tak často odváženy do psychiatrických nemocnic pro nedobrovolnou hospitalizaci (Hassell, 2020).

Krizová centra

Krizových center je v České republice několik. Můžeme je rozdělit na ambulantní a lůžková, většinou však bývají spojená. Krizová centra poskytují pomoc v krizových

situacích a situacích, které nejsou klienti aktuálně schopni zvládat sami. Hlavní náplní intervenanta je krizová intervence, která si klade za cíl stabilizaci vzniklé situace a posílení kompetencí klienta k hledání dalšího řešení. Klient do krizového centra může přijít kdykoliv a pokud potřebuje, může být i krátkodobě hospitalizován. Hospitalizace je většinou na jeden týden a počet hospitalizovaných je omezen na počet kolem deseti klientů. Intervent v centru není sám, většinou tam také pracuje psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra a sociální pracovníce.

Jeho pracovním prostředím je tedy kancelář, ve které se odehrávají krizové intervence. Kancelář je na intervence uzpůsobena, neměla by obsahovat žádné předměty, které by případně rozrušený klient mohl proti interventovi či proti sobě použít (Špatenková 2011; Vodáčková 2012).

Intervenční centra

Intervenční centra jsou specifická krizová centra, která se zabývají krizovou pomocí osobám ohroženým domácím násilím. Jedná se o oběti, u kterých proběhlo vykazání pachatele ze společného bydlíště a jedná se také o oběti, které chtějí řešit svou situaci a hledají pomoc. Práce intervenanta spočívá v ambulantních konzultacích a také v terénní práci, která byla popsána výše (<https://www.domacinasili.cz/intervencni-centra/intervencni-centra-informace-jake-sluzby-poskytuji-a-nabizi/>).

Krizové linky

Krizové linky většinou poskytují nonstop telefonickou krizovou pomoc a poradenství. Služba je pro všechny klienty, kteří se ocitli v náročné životní situaci. Specifikem je, že klient může zůstat v anonymitě, hovory často nebývají nahrávány.

Kvůli bezpečnosti svých pracovníků nejsou známy adresy krizových linek. Jejich prostředí však popsat můžeme. Pracoviště linky důvěry by mělo mít k dispozici stůl s počítačem, vhodnou židli, telefon, sluchátka, výhodou je tichá klávesnice. Dále by měla být k dispozici odborná literatura, praktické informace a poznámkové bloky. Na pracovišti by také měla být kuchyňka a postel. Vhodná je i tzv. „klidová zóna“, kde si interventi mohou odpočinout. Důležitou součástí je výzdoba pracoviště (květiny, obrázky) (Špatenková, 2011).

Důležitý je proces střídání služeb, z něhož si interventi mohou udělat rituál. Mohou se v klidu připravit na službu, od střídajícího intervenanta se dozví, zda by mohl nějaký klient

opakovaně volat, a co od něj mohou čekat. Výměna služby by proto neměla probíhat hekticky, ale tak, aby se intervent naladil na svou pracovní náplň (Špatenková, 2011).

3. Stres prožívaný krizovými interventy a jeho negativní důsledky

Krizoví interventy se každodenně setkávají s těžkými tématy, která musí umět řešit. Tato témata mohou být někdy zahlcující a mohou ovlivnit interventův život. Pracovní stres, který zažívají pak ovlivňuje např. jejich spánek, jejich vztahy na pracovišti, a také rodinné vztahy. Intervent musí být neustále připraven pomáhat a neví, kdo zrovna zavolá na linku. Jestli bude řešit manželskou nevěru nebo bude zachraňovat člověka, kterému jde o život. V případě krizové intervence tváří v tvář může sám zažít šokovou reakci na traumatickou událost. Může se také dostat do ohrožující situace a sám utrpět fyzickou újmu. Stres je tedy vždy přítomným faktorem v práci krizového intervenanta. V této kapitole budou popsány zdroje zátěže a následně se zaměříme na syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres.

3.1 Zdroje stresové zátěže

Mezi hlavní zdroje stresové zátěže patří **neustálá připravenost** poskytovat pomoc. Od nastoupení do služby po její konec musí být intervent nastaven na to, že bude pomáhat. Přestože si nikdy nemůže být jistý efektem své intervence, musí se snažit navázat kontakt s jakýmkoliv klientem. Většinou se nedočká ani zpětné vazby, kolikrát se již klient neozve nebo se s klientem již nepotká. Intervent se tak může potýkat s pocity, že mohl udělat něco lépe nebo jinak, ale k intervenci se již nemůže vrátit (Pearlman & Saakvitne, 1995; Špatenková, 2011).

Dalším stresorem je právě **široký rozsah problematiky**. Jak jsem již zmiňovala, intervent neví, s jakým problémem se klient potýká, a co bude jeho zakázka. Terénní interventy mohou mít dopředu nějaké informace, ale reakce člověka na trauma je vždy individuální. Telefonní krizoví interventy však netuší, s čím klient bude volat. Musí také znát další instituce, aby oběť v případě nutnosti mohli odkázat na právnické či jiné služby (Špatenková, 2011).

Při práci interventy prožívají silnou **emoční zátěž**, každý den se setkávají se zoufalými, rozrušenými lidmi. V případě intervence tváří v tvář mohou být i sami krizoví interventy klientem ohroženi a musí si umět poradit i s agresivním či psychiatrickým klientem. Několikrát byla zmiňována důležitost prvotního kontaktu, důležité je však i empatické nastavení po celou dobu intervence. Při zvláště závažných tématech nebo tématech, která se intervenanta osobně dotýkají, může být toto empatické nastavení pro intervenanta ohrožující (Sexton, 1999; Špatenková, 2011).

Intervent se musí umět **rozhodovat pod časovým tlakem**. Na telefonu někdy záleží na vteřinách při vyhodnocování toho, jestli by měl intervent zavolat záchrannou službu nebo ne. Rozhoduje se také jen na základě velmi málo informací, někdy je klientův stav tak vážný, že je velmi obtížné získat jakékoliv informace (Špatenková, 2011).

Přestože jsme si v předchozí kapitole uvedli postupy krizové intervence, někdy není možné je vykonat, popřípadě trvají velmi dlouho. Intervent se **nemůže předem připravit** a neví, jak dlouho bude intervence trvat.

Dalším zdrojem stresu je **práce ve směnách**. Intervent nikdy neví, co ho ten den čeká a jestli jeho směna bude klidná či vyjede na intervenci nebo bude mít desítky hovorů za den. Měl by se tedy dobře fyzicky i psychicky připravit na každou směnu. Někdy to však nejde, z osobních důvodů intervenanta (např. hádky v rodině) (Špatenková, 2011).

Tato náročná práce může mít vážné následky. Arvey a Uhlemann (1996) provedli výzkum, který se zabýval stresem u náhodného vzorku kanadských pracovníků s lidmi, kteří zažili traumatickou událost. Ve studii se hodnotil celkový stres, vyhoření a traumatický stres. Ze 161 respondentů jich 24 % vnímalo svůj život jako velmi stresující, 16 % respondentů vnímalo ve svém životě velké emocionální vyčerpání a 14 % respondentů zažívalo traumatický stres, podobný jako mají jejich klienti s posttraumatickou stresovou poruchou.

Studie dále uvádějí, že lidé, kteří pracují s traumatizovanými lidmi nejčastěji trpí posttraumatickou stresovou poruchou, syndromem vyhoření a sekundárním traumatickým stresem (Figley, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995; Sexton, 1999).

3.2 Syndrom vyhoření

Kromě krizových interventů syndromem vyhoření trpí i další pomáhající profese, jedná se například o lékaře, psychology, pedagogy a zdravotní sestry. Všechny tyto profese mají společné to, že jsou každý den v intenzivním kontaktu s lidmi. Freudenberg (1974) definuje syndrom vyhoření jako vyčerpání energie a síly, které je dané vysokými nároky dané pozice. Tyto nároky na sebe může klást zaměstnanec sám nebo je na ně může klást zaměstnavatel. Stamm (2010) tento syndrom definuje jako stav psychického i fyzického vyčerpání, který je doprovázen pocitem beznaděje. Podle Hawkinse a Shoheta (2004) není syndrom vyhoření stav, ale proces, který je dlouhodobý a začíná už velmi brzy na začátku kariéry.

Syndrom vyhoření se může projevovat jako celkové vyčerpání. Symptomy na sobě může pozorovat jak sám postižený, tak jeho okolí. Změní se jeho pracovní výkon, který nebude takový jako předtím. Může například bagatelizovat problémy klientů nebo k nim mít negativní až cynický postoj (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Jeho rozpoznání však není tak jednoduché, může se zaměnit např. s únavou, stresem nebo depresí (Maroon, 2012). Jedním z dalších projevů může být ztráta smyslu pracovní činnosti a s ním spojená neschopnost plnit pracovní úkoly (Raquepaw & Millet, 1989).

Jednou z příčin vzniku syndromu vyhoření je pracovní prostředí. Studie Raquepawa a Milleta (1989) ukazuje, že psychologové pracující pro nějakého zaměstnavatele vykazovali více symptomů vyhoření, než jejich kolegové, kteří pracovali v soukromém sektoru. Důvodem byla zvýšená administrace, větší fluktuace kolegů, velké množství meetingů a také odlišná klientela. Druhou příčinou jsou osobnostní faktory a copingové strategie. Ve stejné studii autoři zjistili, že věk, pohlaví a vzdělání nemělo žádný vliv na vznik syndromu.

Kromě tedy všech odborných znalostí by intervenenti měli být seznámeni i s tímto syndromem, kterým mohou být jako pomáhající profese ohroženi. Jedním z preventivních opatření je nastavení bezpečného prostředí, tak aby se intervent nebál mluvit o vlastních pocitech, a o tom jaký vliv na něho má práce (Mathieu, 2007). Vhodnou formou jsou supervize, peer programy a debriefingy v pravidelných intervalech. Gentry (2003) také doporučuje různé programy zaměřené na mindfulness a na zvládání úzkostných stavů.

3.3 Sekundární traumatický stres

Sekundárnímu traumatickému stresu předchází stav, kterému se říká *compassion fatigue* a překládá se jako *únava ze soucitu*. Podobně jako syndrom vyhoření zasahuje jak psychickou, tak fyzickou stránku pracovníků. Je charakteristický tím, že pracovníci přestávají být empatičtí ke svým klientům, k osobám, se kterými sdílí svůj život, a také ke kolegům. Opět můžeme pozorovat cynismus při práci a ztrátu radosti, která může přejít až do deprese, sekundárního traumatického stresu a jiných nemocí spojených se stresem. Nejdůležitějším faktorem této nemoci je to, že zasahuje empatii a schopnost soucitu pracovníků, kteří většinou právě kvůli těmto vlastnostem, dělají práci, kterou dělají (Figley, 1995; Mathieu, 2007).

Podle studie z Kanady, která se zabývala pracovním prostředím a zdravím zdravotních sester (National survey of the work and health of nurses, 2005), si jich až 10 %

vzalo dovolenou kvůli psychickým problémům a 50 % kvůli jiným zdravotním problémům. Podobná čísla jsou například i u policistů, interventů a u vězeňských dozorců (Adams, Boscarino & Figley, 2006).

U každého jedince se únava ze soucitu může projevovat jinak. Mathieru (2007) do symptomů řadí vyčerpání, sníženou schopnost cítit sympatii a empatii k lidem, agresí a podrážděnost, zvýšený abúzus návykových látek, nechů pracovat s určitým typem klienta, snížený pocit radosti z práce, zvýšenou úzkost a iracionální strachy, rušivé představy, potíže oddělit pracovní a osobní život, absenci v práci, zhoršenou schopnost rozhodovat a pečovat o klienty a problémy v intimním životě.

Interventi, pracující s oběťmi traumatu, jsou ohroženi rozvojem podobných příznaků, jaký mají oběti samy. Figley (1995) popisuje sekundární traumatický stres jako syndrom, který jsou podobný posttraumatické poruše s tím rozdílem, že člověk, který prožívá sekundární traumatický stres nezažil traumatickou událost sám. Posttraumatická stresová porucha se spíše rozvíjí u lidí, kteří traumatickou událost sami zažili. Rozdíl je tedy ve stresorech, které tyto nemoci způsobují. U sekundárního traumatického stresu je jím osoba, která zažila trauma. Arvay (2001) uvádí, že sekundární traumatický stres je normální reakcí na to, když člověk ví o traumatické události, kterou byla zasažena jeho blízká osoba, popřípadě byl svědkem této události. Touto blízkou osobou jsou pro interveny jejich klienti.

Sekundární traumatický stres může zasáhnout opět všechny pracovníky v pomáhajících profesích, podle Kassam-Adams (1994, citováno dle Arvay, 2001) ti pracovníci, kteří pracují s oběťmi traumatických událostí, však vykazují vážnější symptomy než jiné pomáhající profese.

Mezi příznaky sekundárního traumatického stresu řadíme rychlý nástup symptomů podobných posttraumatické stresové poruše. Jedná se tedy o protahovanou odpověď na traumatickou událost. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 jsou typické:

Epizody znovuprožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách, snech nebo nočních můrách, která se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Obvykle se objevuje zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, platnost od 1.1.2020).

Sexton (1999) k těmto příznakům řadí ještě pocit bezmoci a zmatení.

Na základě výzkumu Pearlman a Mac Ian (1995) tvrdí, že zprostředkovaná traumatizace, je rizikem povolání a zasáhne v určitém okamžiku všechny, kteří pracují s oběťmi nebo lidmi, kteří zažili traumatickou událost. Jako prevenci vnímají to, že tito pracovníci budou o této nemoci vědět a budou se hlídat, popřípadě rozvíjet strategie, které jim pomohou ve zvládání některých symptomů. Opět by také mohla pomoci pravidelná supervize, debriefingy a různé programy na zvládání úzkostných stavů.

4. Sociální kompetence krizových interventů

Z předchozích kapitol je patrné, že práce krizového intervenanta není vůbec jednoduchá. Kromě všech znalostí a pracovních nároků se musí potýkat i s pracovní zátěží, která může mít negativní důsledky na interventovo zdraví. Tato kapitola se proto bude zabývat sociálními kompetencemi, které usnadňují zvládání pracovní zátěže. V této kapitole budou také popsány osobnostní charakteristiky, které by měl intervent mít.

4.1 Charakteristiky krizového intervenanta

Vzhledem k náročnosti práce je důležité zamyslet se nad tím, jaké jsou protektivní faktory, které mohou interventovi pomoci při práci a při vyrovnávání se se stresem. Kebza a Šolcová (2003) uvádějí jako jeden z důležitých faktorů samotnou osobnost. To, jaký člověk je ovlivňuje jeho reakce na stres. Krizovou intervenci jako obor vyhledávají lidé s určitými charakteristikami, i přes náročnost povolání jim práce přináší uspokojení. Jejich osobnost je hlavním nástrojem při práci v této profesi.

V předchozích kapitolách jsme zmínili nároky této profese. Jednou z nejdůležitějších věcí je dovednost navazovat kontakt s klientem, a to v obtížných situacích a s osobou, která prochází krizí. Intervent by tedy měl umět rychle vyhodnotit ohrožení jak klientovo, tak své. Není mnoho studií, které by se zabývaly osobností těchto pracovníků jak v českém prostředí, tak v zahraničí. Myslím, že však můžeme použít přirovnání k práci v záchranné službě. Pracovníci záchranné služby také poskytují akutní péči, domnívám se tedy, že práce v záchranné službě se shoduje určitým způsobem s krizovou intervencí. Je tedy možné, že i právě charakteristiky zaměstnanců by se mohly podobat. Mitchell a Everly (2002) uvádí mezi typické rysy pracovníků záchranné služby snahu řídit, vysokou odolnost vůči zátěži, orientaci na činnost, orientaci na detail, vysokou potřebu stimulace, vysokou potřebu okamžitého ocenění a problémy s říkáním „ne“ (citováno dle Čepická, 2012). Franěk (2018) uvádí charakteristiky operátorů zdravotnického operačního střediska a popisuje operátory jako pracovníky, kteří by měli mít dobrou prostorovou a časovou orientaci, měli by být schopni dlouhodobě udržet pozornost, stanovit si priority, měli by umět pracovat jak v týmu, tak i sami za sebe. Myslím, že tyto charakteristiky můžeme také vztáhnout na krizové interventy.

Špatenková (2011) dále uvádí, že by intervent měl věřit ve své schopnosti a neměl by mít pochybnosti, měl by mít velkou motivaci a měl by být schopný motivovat ostatní, měl by být aktivní, zároveň by měl být empatický, přijímající, ale v případě nutnosti také velmi direktivní. Také zmiňuje vysokou odolnost vůči stresu. Jeho myšlení by mělo být pružné, kreativní a měl by mít představivost. Za důležité považuje schopnost sebereflexe a pochopení vlastních limitů.

Krizové interventy můžeme zahrnout do skupiny pomáhajících profesí, a tak popsat jejich osobnostní charakteristiky i tímto způsobem. Havrdová (1999) mezi tyto charakteristiky řadí schopnost rychlé orientace a plánování, flexibilitu a odborný růst (neustále se vzdělávat).

Zajímavá je studie Blacka a Weinreicha (2000), kteří zkoumali, jak se mění osobnost lidí, kteří pracují s oběťmi traumatu. Respondenty byli interveni, kteří zasahovali u bombového útoku v Omagh a kontrolní skupinou byli interveni, kteří při útoku nezasahovali a nepracují s oběťmi traumatu. Ze studie vychází, že nejzásadnější změnou prochází systém hodnot, který se časem změnil. Dále také ze studie vychází, že interveni, kteří byli přítomni zásahu byli časem více empatičtí, než druhá skupina interventů. Měli také tendenci přilnout ke svým klientům více než respondenti v druhé skupině.

4.2 Klíčové sociální kompetence

V této kapitole popíšeme sociální kompetence, které jsou pro pozici krizového interveni podstatné. V předchozích kapitolách jsme naznačili, o jaké kompetence se jedná, jsou to kompetence např. v oblasti komunikace, samostatné práce i práce v týmu, emoční stability a rozhodování. Nejdříve však uvedeme, co jsou sociální kompetence.

Pojem kompetence je velmi vágní a dává proto prostor pro mnoho definic. Rozpory v definici můžeme pozorovat i v případě psychologie jako vědního oboru. Sociální psychologie například chápe kompetence jako soubor dovedností, schopností a jiných charakteristik, které jsou potřebné pro fungování ve společnosti a personální psychologie jej chápe jako soubor dovedností a schopností potřebných pro vykonání určité profese (Muchinsky, 2006; Sanchez & Levine, 2012). VandenBos (2007) popisuje kompetence jako schopnost, díky které můžeme kontrolovat náš život a dělat změny v našem chování nebo prostředí. Centrální databáze kompetencí (2017) definuje kompetence jako „*souhrn*

vědomostí, dovedností, schopností a postojů umožňující pracovní uplatnění a osobní rozvoj jednotlivce. Vyjadřují předpoklady k výkonu určitého souboru činnosti. Kompetence by tedy měly být: sledovatelné, měřitelné a hodnotitelné, trénovatelné a přístupné změně a rozvoji.“

Kromě pojmu kompetence se musíme zaměřit i na definici pojmu sociální kompetence. Stejně jako pojem kompetence není přesně definován. Různí autoři jej, proto vnímají jinak. Někteří autoři chápou sociální kompetence jako soubor dovedností, schopností a znalostí, které člověk využívá k tomu, aby se dokázal vypořádat s nějakou situací (Hoskovcová a Vašek, 2017). Kanning (2017) definoval tři dimenze sociálních kompetencí, chápe jej tedy jako nadřazený pojem. Mezi tyto oblasti řadí behaviorální oblast, percepčně-kognitivní oblast a motivačně-emoční oblast. Do behaviorální oblasti řadí kompetence jako komunikaci, chování v konfliktu, sebeřízení a flexibilitu chování. Do druhé dimenze řadí rozhodnost, vědomosti a vnímání druhých osob. Do třetí dimenze řadí emoční stabilitu, prosocialitu a pluralitu hodnot. Monnier (2015) proto uvažuje o možnosti vytvoření jakéhosi katalogu kompetencí, který by byl seřazen podle povolání a byli by tam rozepsány potřebné kompetence pro každou profesi.

Kanning (2017) uvádí důležitost sociálních kompetencí a požadavků konkrétní situace. Ne každé sociální kompetence určitého člověka jsou vhodné pro různé situace nebo profese. Je tedy důležité vybrat člověka, který tyto sociální kompetence má.

Nyní se podíváme na sociální kompetence krizových interventů. Stejně jako o osobnosti krizových interventů, tak o jejich sociálních kompetencích není mnoho studií ani literatury. Špatenková (2011) mezi dovednosti a schopnosti interventa řadí dovednost navazovat kontakt s klientem kdykoliv a kdekoliv, schopnost rychlého vyhodnocení situace, schopnost rychlého rozhodování, dovednost chování vzbuzující důvěru, schopnost komunikace a schopnost spolupracovat s jinými organizacemi. AlShammari, Jennings a Williams (2018) zkoumali sociální kompetence pracovníků urgentních příjmů a vyzdvihli následující kompetence: komunikace, klinické dovednosti, práci v týmu, profesionální vystupování, kritické myšlení a rozhodování. Klinické dovednosti bychom mohli vyměnit za vědomosti, které má intervent znát, a které jsme popsali v kapitole 2. *Charakteristika pracovní pozice krizového interventa*, jinak se domnívám, že by se i tyto sociální kompetence daly aplikovat na krizové interventy. Pokud se na tyto kompetence podíváme blíže, tak ze zmiňovaných vnímám komunikaci jako jednu z nejdůležitějších sociálních kompetencí. Několikrát byla zmiňována důležitost navázání prvotního kontaktu s klientem, důležité je

také tento kontakt udržet a zároveň působit dostatečně klidně, aby se klient cítil bezpečně. Autoři studie zmiňují, že by klient neměl mít pocit, že na něj pracovník nemá čas. S touto sociální kompetencí také souvisí schopnost naslouchat a přijímat pocity a názory klienta. Další zmiňovanou kompetencí je práce v týmu. Jak jsme již uvedli, intervent musí být schopný jak práce v týmu, tak v práci o samotně. Práce v týmu vyžaduje kooperativní chování a někdy schopnost podřídit se. Práci v týmu pozorujeme i u pracovníků telefonické krizové intervence např. při výměnách směn. Další kompetencí je profesionální vystupování. S touto kompetencí souvisí schopnost udržet hranice a limity, které jsou nastavené na daném pracovišti pro práci s klienty. Autoři sem také zahrnují empatii a soucit. Podle Kanninga (2017) bych sem také zařadila emoční stabilitu.

Jako poslední kompetenci autoři zmiňují kritické myšlení a rozhodování. Krizoví interventů se musí umět rychle rozhodovat, zvláště pak při telefonické krizové intervenci, kdy může jít o záchranu života. S rozhodováním také souvisí neustálá pozornost, která nesmí při hovoru nebo intervenci kolísat.

4.3 Vztah stresu a sociálních kompetencí

V předchozí kapitole jsme popsali sociální kompetence a snažili jsme se popsat jaké jsou specifické sociální kompetence potřebné k výkonu pozice krizového intervenanta. V této kapitole se budeme zabývat tím, jak sociální kompetence souvisejí se stresem. V různých studiích se potvrdilo, že čím lepší jsou sociální kompetence jedince, tím lépe zvládá stresové situace. Můžeme uvést studii Tanaka, Aikawa a Kosugi (2002), kteří zkoumali, jak jsou sociální kompetence spojeny se subjektivním vnímáním stresu. Výzkum provedli na mladých dospělých, kteří měli nedostatečné sociální kompetence a porovnávali je s mladými dospělými s dobrými sociálními kompetencemi. V tomto výzkumu se ukázalo, že lidé s nedostatečnými sociálními kompetencemi při dyadických interakcích vykazovali vyšší míru stresu jak psychického, tak stresu, který byl patrný v chování. Segrin a kol. (2007) toto zjištění přikládají tomu, že lidé s dobrými sociálními kompetencemi mají lepší strategie zvládání zátěžových situací. Uvažují také nad tím, že tito lidé mohou mít vyšší sebevědomí, které získali úspěšným řešením krizových situací a tím pádem vědí, jak se v dalších krizových situacích zachovat. Stejní autoři také tvrdí, že lidé s dobrými sociálními kompetencemi lépe zvládají stresory, jelikož se nebojí říct si o pomoc. Toto potvrzují i další studie (Mortenson, 2009; Nilsen et al., 2013). Rubin, Martin, Bruning a Powers (1993) našli souvislost mezi dobrými sociálními kompetencemi a self-efficacy. Tito lidé si byli jistí

v sociálních interakcích a nebáli se zkoušet různé typy chování, které jsou užitečné pro komunikaci.

Podle výzkumů lidé s nedostatečnými sociálními kompetencemi mají různé psychosociální problémy, jako příklad můžeme uvést depresi, pocit osamělosti, alkoholismus a úzkost (Lodder et al., 2016; Segrin, 2000; Wenzel, Graff-Dolezal, Macho & Brendle, 2005; Youngren & Lewinsohn, 1980). Jin a Park (2012) také zmiňují, že lidé s nedostatečnými sociálními kompetencemi mají užší okruh přátel, proto také, když zažívají stresové situace, neví, komu a jak si říct o pomoc. Studie také uvádějí, že lidé s nedostatečnými sociálními kompetencemi mají větší náchylnost k syndromu vyhoření a sekundárnímu traumatickému stresu (Pereira-Limaa & Loureiroa, 2015; Wright, Banas, Bessarabova & Bernard, 2010). Segrin a Rhynes (2009) také uvádějí, že lidé s nedostatečnými sociálními kompetencemi jsou nejen zranitelnější vůči nepříznivým účinkům vlivu stresu, ale ve skutečnosti zažívají více stresu než lidé s funkčními sociálními kompetencemi.

Všechny tyto studie byly provedeny na lidech z běžného prostředí, ve výzkumu se však budeme zabývat tím, zda sociální kompetence pomáhají zvládat zvlášť zátěžové situace, ve kterých jsou krizoví intervenenti po celou pracovní dobu. Podle výše zmíněných studií dostatečné sociální kompetence fungují jako protektivní faktor před sekundárním traumatickým stresem. Studie Ortleppa a Friedmana (2002) jako jediná zmiňuje, že profesionální poradci v oblasti traumatu nezažívají sekundární traumatický stres do takové míry, že by byla potřeba jeho léčby.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Výzkumný problém a cíle výzkumu

Cílem empirické části této práce je prozkoumání vztahu mezi sociálními kompetencemi, které jsou měřeny pomocí Inventáře sociálních kompetencí (ISK) a sekundárním traumatickým stresem, který je měřený pomocí Škály sekundárního traumatického stresu (SSTS). V teoretické části jsme uvedli několik výzkumů, které potvrzují, že určité sociální kompetence mohou fungovat jako protektivní faktor při stresové zátěži. Ve výzkumu nás tedy bude zajímat, které sociální kompetence jsou více a které méně spjaté se sekundárním traumatickým stresem.

Výstup přispěje k lepšímu pochopení dané problematiky a zmapuje klíčové sociální kompetence krizových interventů pracujících s oběťmi trestných činů. Na sociální kompetence, jako protektivní faktor při zvládání stresu, není mnoho studií. Výzkum se také bude zabývat sekundárním traumatickým stresem a zaměří se na to, zda i zkoumaný vzorek bude tento stres prožívat.

5.1 Výzkumné otázky a hypotézy

Výzkumné otázky:

VO I. Existuje souvislost mezi určitými sociálními kompetencemi a subjektivně vnímaným sekundárním traumatickým stresem u krizových interventů, kteří pracují s oběťmi trestných činů?

Hypotézy:

Pro korelační analýzu byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Sociální orientace negativně koreluje s Intruzí, Vyhýbání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

H2: Ofenzivita negativně koreluje s Intruzí, Vyhýbání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

H3: Sebeovládání negativně koreluje s Intruzí, Vyhýbání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

H4: Reflexibilita negativně koreluje s Intruzí, Vyhýbání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

6. Design výzkumu

Ve výzkumné části se zabýváme vztahem mezi sociálními kompetencemi a sekundárním traumatickým stresem. Výběrovým souborem jsou policejní krizoví interveni v celé České republice. Z celkového počtu 220 respondentů se jich do výzkumu zapojilo 29. Respondenti vyplnili online dotazník o 129 otázkách. Sběr dat probíhal měsíc a půl. Respondenti dotazník vyplňovali dobrovolně bez žádné vnější motivace.

Zpracování dat probíhalo pomocí programu Jamovi. Data měla předpoklad nenormálního rozdělení, byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem ($p > 0,001$). Proto byl využit Spearmanův korelační test. Hladina významnosti byla stanovena $\alpha = 0,05$.

6.1 Výzkumné metody

Respondentům byl distribuován dotazník, který obsahoval celkem 129 otázek, 4 otázky se týkaly demografických údajů respondentů. Respondenti byli dotazováni na věk, pohlaví, jak dlouho pracují na pozici krizového intervena a jaký typ krizové intervence vykonávají. Po demografických otázkách byl použit standardizovaný psychologický dotazník: Inventář sociálních kompetencí (česká adaptace Hoskovcová & Vašek, 2017) a Škála sekundárního traumatického stresu (autorem dotazníku je B. E. Bride, 1999). Tato výzkumná baterie byla převedena do elektronické podoby, konkrétně se jednalo o platformu Google Forms.

Pro zjištění sociálních kompetencí byl použit Inventář sociálních kompetencí, který obsahuje 108 výroků, na které respondenti odpovídají „vůbec nesouhlasí“, „spíše nesouhlasí“, „spíše souhlasí“ a „zcela souhlasí“. Dotazník má sedmnáct sociálních kompetencí (primární škály), které lze sloučit do čtyř základních kompetencí (sekundární škály). V této části bude uveden stručný popis každé škály.

- **Škála sociální orientace** sleduje především pozornost a ochotu pomoci, angažovanost a schopnost dojít ke kompromisu. Je sycena škálami:
 - Prosocialita – poskytnutí pomoci druhému, férové chování, spravedlnost
 - Převzetí perspektivy – pochopení druhých, jejich pocitů a jejich názorů
 - Pluralita hodnot – tolerance vůči názoru druhých, schopnost zpochybnit své názory a postoje

- Ochota ke kompromisu – efektivní a trvalé řešení konfliktu, rovnováha obou stran při konfliktu
- Naslouchání – přehled v rozhovoru, zájem o druhého
- **Škála ofenzivity** sleduje aktivní přístup při komunikaci a sebeprosazování se. Je sycena škálami:
 - Schopnost prosadit se – do jaké míry je jedinec schopen prosadit své zájmy
 - Ochota ke konfliktu – nevyhledává konflikty, ale nebojí se hájit své zájmy
 - Extraverze – vyhledávání společnosti, navazování přátelských vztahů
 - Rozhodnost – jak se jedinec snadno rozhodne pro určitou věc nebo pro určité chování
- **Škála sebeovládání** sleduje odpovědnost za vlastní chování a emoční prožívání v zátěžových situacích. Je sycena škálami:
 - Sebekontrola – ovládání svého chování v náročných situacích
 - Emoční stabilita – jak je jedinec emočně stabilní a vyrovnaný
 - Flexibilita chování – schopnost usměrňovat své chování podle dané situace
 - Internalita – odpovědnost za vlastní jednání
- **Škála reflexivity** sleduje to, jak jedinec vnímá sám sebe a jak vnímá druhé lidi. Je sycena škálami:
 - Sebe prezentace – schopnost působit na druhé pozitivním dojmem
 - Přímá pozornost k sobě – schopnost přemýšlet o sobě, reflektovat své chování
 - Nepřímá pozornost k sobě – schopnost reflektovat své chování na základě reakce druhých lidí
 - Vnímání osob – schopnost vnímání potřeb a chování druhých lidí

Pro posouzení sekundárního traumatického stresu byl použit dotazník: Škála sekundárního traumatického stresu. Tento dotazník má 17 položek, na které respondent odpovídá na pěti bodové škále „nikdy“, „zřídka“, „někdy“, „často“, „velmi často“. Dotazník není přeložený do českého jazyka, byl proto pro účely výzkumu přeložen. Postup pro překlad dotazníku byl následující:

1. Dva překladatelé nezávisle na sobě přeložili dotazník z anglického jazyka do českého. Překladatelé studovali magisterské studium oboru překladatelství anglického jazyka. Jeden z překladatelů měl vystudované bakalářské studium psychologie.
2. Třetí překladatel porovnat oba překlady a upravil je do jednotného překladu.
3. Následně byl dotazník zpětně přeložen do anglického jazyka, aby se zjistily možné odchylky.
4. Posledním krokem byla finální úprava dotazníku v českém jazyce.

Dotazník byl vytvořen pro měření sekundárního traumatického stresu u pomáhajících profesí. Respondent hodnotí, jak často zažil daný příznak v posledních sedmi dnech. Dotazník se skládá ze tří subškál:

- **Intruze** – syceno výroky 2, 3, 6, 10 a 13
 - Při pomyšlení na práci s klienty se mi rozbušilo srdce.
 - Jako bych znovuprožíval/a traumata svých klientů.
 - Pomyšlení na mou práci s klienty mě rozladilo.
 - Myslel/a jsem na práci s klienty, i když jsem nechtěl/a.
 - Měl/a jsem rušivé sny o práci s klienty.
- **Vyhýbání se** – syceno výroky 1, 5, 7, 9, 12, 14 a 17
 - Cítil/a jsem se emočně otupělý/á
 - Pociťoval/a jsem strach z budoucnosti.
 - Neměl/a jsem zájem být s lidmi.
 - Byl/a jsem méně aktivní než obvykle.
 - Vyhýbal/a jsem se lidem, místům a věcem, které by mi připomínali práci s klienty.

- Chtěl/a jsem se vyhnout práci s některými klienty.
- Zaznamenal/a jsem mezery ve vzpomínkách na sezení s klienty.
- **Arousal** – syceno výroky 4, 8, 11, 15 a 16
 - Měl/a jsem problémy se spánkem.
 - Byl/a jsem nervózní.
 - Měl/a jsem problémy s koncentrací.
 - Snadno jsem se rozrušil/a.
 - Očekával/a jsem, že se stane něco zlého.

6.2 Metody zpracování a analýzy dat

Před zpracováním dat bylo nutné dotazníky vyhodnotit. Následně byla data vyhodnocena pomocí programu Jamovi. Nejdříve byl vzorek popsán pomocí metod deskriptivní statistiky a poté byly vyhodnoceny odpovědi respondentů.

Normalita rozložení vzorku byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem. Data však neodpovídala normálnímu rozdělení ($p < 0,001$). Nejprve byl u vzorek popsán deskriptivní statistikou. Pro korelace byl využit Spearmanův korelační koeficient.

Hypotézy byly ověřovány s minimální stanovenou hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Významnost u p-hodnot byla hodnocena: $p > 0,1$ jako nesignifikantní a $p < 0,01$ za signifikantní.

Síla korelačního koeficientu v absolutní hodnotě byla hodnocena jako $r_s < 0,1$ zanedbatelný vztah, $r_s < 0,3-0,5$ středně silný vztah, $r_s \geq 0,5$ silný vztah.

6.3 Etika výzkumu

Dotazník byl distribuován pomocí platformy Google Forms. Tato platforma nezaznamenává jména ani jiná osobní data. Respondenti tedy zůstali anonymní. V úvodu

dotazníku bylo toto zmíněno, zároveň byla k dispozici i e-mailová adresa na autorku výzkumu, pokud by měli respondenti jakékoliv dotazy.

Respondenti byli také upozorněni, že mohou vyplnění dotazníku kdykoliv ukončit a ve vyplňování nemusí pokračovat. Byli také upozorněni na čas, který je potřeba k vyplnění dotazníku.

7. Výzkumný soubor

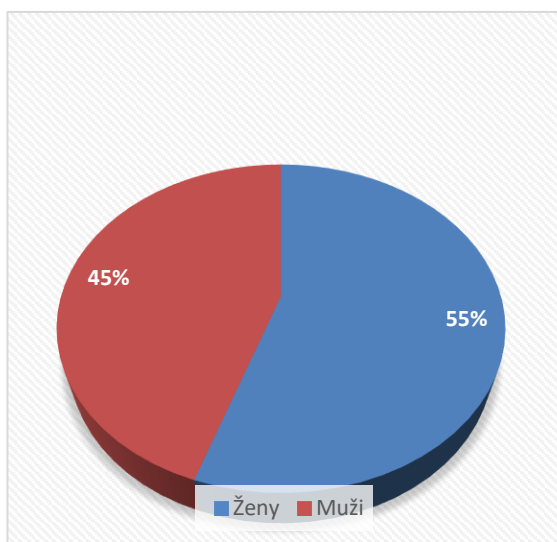
V této kapitole je popsán sběr dat a výzkumný soubor. Podkapitolou jsou demografické údaje, které nám přiblíží výzkumný vzorek.

Sběr dat probíhal pomocí online platformy Google Forms. V rámci sběru dat byli osloveni koordinátoři policejních krizových interventů z celé České republiky. Koordinátoři následně přeposlali dotazník svým interventům. Podle Výroční zprávy policejního prezidia bylo v roce 2019 220 aktivních krizových interventů, data pro rok 2020 bohužel nemáme k dispozici. Můžeme uvažovat nad tím, že počty policejních krizových interventů se pro rok 2020 nezměnily.

Celkově se vrátilo 29 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy 13,18%.

7.1 Demografické údaje

Výzkumný soubor tvořilo 29 policejních krizových interventů. Ve výzkumném souboru bylo 16 žen a 13 mužů (Graf 1) ve věkovém rozmezí od 26 let do 64 let (Tabulka 1). Věkový průměr respondentů byl 43,1 let, směrodatná odchylka 8,51. Nejmladšímu respondentovi bylo 26 let a nejstaršímu 64 let.



Graf 1: Zastoupení podle pohlaví

Descriptives

Descriptives

	Věk
N	29
Mean	43.1
Median	42
Standard deviation	8.51
Minimum	26
Maximum	64

Tabulka 1: Věk respondentů

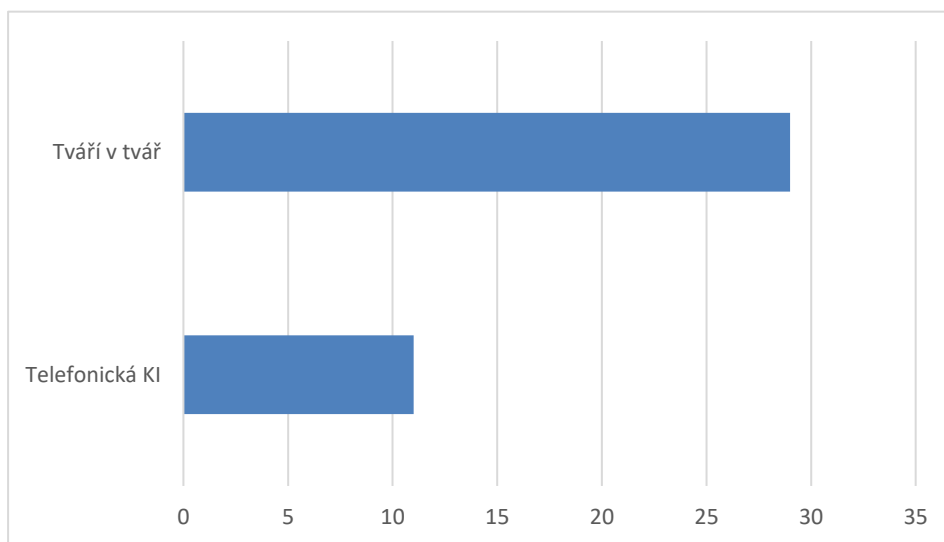
Průměrný počet let na pozici policejního krizového intervenanta byl 6,24, směrodatná odchylka 4,32 (Tabulka 2). Nejméně intervenanti sloužili jeden rok a nejvíce dvacet let.

Descriptives

Descriptives	
	Roky
N	29
Mean	6.24
Median	7
Standard deviation	4.32
Minimum	1
Maximum	20

Tabulka 2: Počet let na pozici krizového intervenanta

Další otázka se zabývala tím, jaké typ krizové intervence intervenanti vykonávají. Všichni vykonávají krizovou intervenci tváří v tvář a 11 respondentů navíc vykonává telefonickou krizovou intervenci (Graf 2).



Graf 2: Typ krizové intervence

8. Výsledky výzkumu

8.1 Inventář sociálních kompetencí

V této části se podíváme na výsledky z ISK. Výsledky hrubých skóre jsme převedli na percentily, jelikož každá škála má jiný číselný rozsah a hrubé skóre se tak nedají porovnat. Celá tabulka se nachází v Příloze 3.

	Hrubé skóre	Percentily
Prosocialita	24,3	77
Převzetí perspektivy	20,7	74
Pluralita hodnot	22,1	52
Ochota ke kompromisu	17,0	54
Naslouchání	20,3	62
Schopnost prosadit se	19,6	28
Ochota ke konfliktu	12,3	54
Extraverze	17,5	59
Rozhodnost	17,4	47
Sebekontrola	19,1	82
Emoční stabilita	19,2	66
Flexibilní chování	18,8	68
Internalita	29,2	79
Sebeprezentace	18,4	47
Přímá pozornost k sobě	17,4	48
Nepřímá pozornost k sobě	17,2	53
Vnímání osob	19,9	79

Tabulka 3: Výsledky ISK

Data z dotazníků ISK nám říkají, že policejní krizoví interveni (n=29) mají nejvíce rozvinutou sociální kompetenci sebekontrolu (82. percentil), následně internalizaci (79. percentil) a vnímání osob (79. percentil). Jako nejméně rozvinutá je sociální kompetence schopnost prosadit se (28. percentil). V sekundárních škálách skórovali respondenti takto: Sociální orientace 72. percentil, Ofenzivita 52. percentil, Sebeovládání 81. percentil, Reflexibilita 62. percentil.

8.2 Škála sekundárního traumatického stresu

V této kapitole budou uvedeny výsledky STSS. U tohoto dotazníku pracujeme s hrubými skóry, v každé škále je stejný číselný rozsah.

Descriptives

Descriptives				
	I	AV	AR	STSS total
N	29	29	29	29
Mean	9.97	13.1	10.3	27.3
Median	9	12	9	29
Minimum	5	7	5	12
Maximum	18	22	20	48

Tabulka 4: Výsledky STSS

Výsledky z STSS nám říkají, že námi zkoumaný vzorek skóroval nejvíce v subškále Vyhýbání se (průměr 13,1), dále v subškále Arousal (průměr 10,3) a jako poslední v subškále Intruze (průměr 9,97). V celkovém skóre dotazníku skórovali průměrně 27,3. Výsledky do 28 značí malý nebo spíše žádný sekundární traumatický stres.

8.3 Korelační analýza

Pro zjištění námi požadovaných výsledků bylo použito korelace výsledků ISK s výsledky Škály sekundárního traumatického stresu. Následující tabulka uvádí korelace mezi sekundárními škálami ISK a subškálami STSS a celkovým skórem STSS.

	ISK-Sociální orientace	ISK-Ofenzivita	ISK-Sebeovládání	ISK-Reflexibilita
Intruze	0,033	-0,133	-0,020	-0,005
Vyhýbání se	-0,216	-0,309	-0,316	0,223
Arousal	-0,080	-0,150	-0,412*	-0,160
Celkové skóre v STSS	-0,041	-0,184	-0,344	0,055

*Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,05

Tabulka 5: Korelace sekundárních škál ISK a subškál STSS

V případě škály Sociální orientace můžeme vidět jen malou korelaci s ostatními škálami. Nejsilněji koreluje negativně se subškálou Vyhýbání se -0,216, dále pak opět negativně koreluje s Arousal -0,080, negativně také koreluje s celkovým skórem STSS -0,041. Pozitivně koreluje s Intruzí 0,033, ale tato korelace není signifikantní. Mezi škálami se jedná tedy o velmi slabý vztah.

Škála ofenzivity negativně koreluje s Vyhýbáním se -0,309, pak opět negativně koreluje s celkovým skórem STSS -0,184, dále také negativně koreluje s Arousal -0,150, a také negativně koreluje s Intruzí -0,133. Mezi škálami se opět jedná o velmi slabý vztah. Nejsilnější korelací je negativní korelace se subškálou Vyhýbání se.

Škála sebeovládání negativně koreluje s Arousal -0,412 na hladině významnosti 0,05. Jedná se o slabší vztah, ale zatím o nejsilnější korelaci. Dále pak negativně koreluje s celkovým skórem STSS -0,344, poté negativně koreluje s Vyhýbáním se -0,316 a se subškálou Intruze má nejslabší vztah -0,02. U této škály můžeme pozorovat, že se jedná o silnější vztah mezi subškálou Arousal, celkovým skórem STSS a subškálou Vyhýbání se.

Škála reflexivity pozitivně koreluje se subškálou Vyhybání se 0,223, dále pozitivně koreluje s celkovým skóre STSS 0,055. Negativně koreluje s Arousal -0,16 a Intruzí -0,005. Mezi škálami se opět jedná o velmi slabý vztah.

V této části výsledků se podíváme detailněji na korelace mezi jednotlivými škálami ISK a STSS. Budeme korelovat primární škály ISK a všechny subškály STSS. Korelační tabulka je velmi rozsáhlá, proto je v přílohách (Příloha 3). Pro lepší přehlednost budou v této části popsány jen signifikantní korelace s korelačním koeficientem alespoň 0,3.

Subškála Intruze negativně korelovala s primární škálou Převzetí perspektivy -0,322, dále pozitivně korelovala s Pluralitou hodnot 0,408 na hladině významnosti 0,05. Pozitivně také korelovala s Nepřímou pozorností k sobě 0,335.

Subškála Vyhybání se negativně korelovala s Rozhodností -0,432 na hladině významnosti 0,05, dále negativně korelovala s Nasloucháním -0,375 na hladině významnosti 0,05. Negativně také korelovala s Flexibilním chováním -0,332 a negativně také korelovala s Nepřímou pozorností k sobě 0,369 na hladině významnosti 0,05.

Subškála Arousal pozitivně korelovala s Extraverzí 0,327 a negativně korelovala s Flexibilním chováním -0,511 na hladině významnosti 0,01. Jedná se zatím o nejsilnější vztah, který můžeme v těchto korelacích pozorovat.

Testování hypotéz

H1: Sociální orientace negativně koreluje s Intruzí, Vyhybání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

Tuto hypotézu nepřijímám.

Nebyla zjištěna žádná signifikantní korelace mezi škálami. Nejvyšší negativní korelaci má tato sekundární škála s Vyhybání se -0,216. Pokud se podíváme na primární škály, pak negativně koreluje subškála Intruze se škálou Převzetí perspektivy -0,322, pozitivně koreluje s Pluralitou hodnot 0,408. Se subškálou Vyhybání se negativně koreluje Naslouchání -0,375. Se subškálou Arousal ani s celkovým skóre STSS nebyly korelace signifikantní.

H2: Ofenzivita negativně koreluje s Intruzí, Vyhýbání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

Tuto hypotézu nepřijímám.

Nebyla zjištěna žádná signifikantní korelace mezi škálami. Nejvyšší negativní korelaci má tato sekundární škála s Vyhýbání se -0,309. Pokud se podíváme na primární škály, pak subškála Vyhýbání se negativně korelovala s Rozhodností -0,432. Subškála Arousal pozitivně korelovala s Extraverzí 0,327. Se subškálou Intruze ani s celkovým skóre STSS nebyly korelace signifikantní.

H3: Sebeovládání negativně koreluje s Intruzí, Vyhýbání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

Tuto hypotézu nepřijímám.

Přestože se jedná o nejvyšší korelace mezi škálami, nejsou dostatečně signifikantní. Nejsilnější je negativní korelace s Arousal -0,412. Pokud se podíváme na primární škály, pak subškála Arousal negativně korelovala s Flexibilitou chování -0,511, jedná se o signifikantní korelaci. Flexibilita chování také negativně korelovala -0,332 s Vyhýbáním se. Se subškálou Intruze ani s celkovým skóre STSS nebyly korelace signifikantní.

H4: Reflexibilita negativně koreluje s Intruzí, Vyhýbání se, Arousal a celkovým skóre STSS.

Tuto hypotézu nepřijímám.

Nebyla zjištěna žádná signifikantní korelace mezi škálami. Nejsilnější je pozitivní korelace se subškálou Vyhýbání se. Pokud se podíváme na primární škály této sekundární škály, pak se subškálou Intruze pozitivně korelovala škála Nepřímá pozornost k sobě 0,335. Se subškálou Vyhýbání se pozitivně korelovala škála Nepřímá pozornost k sobě 0,369. Se subškálou Arousal ani s celkovým skóre STSS nebyly korelace signifikantní.

Testování dílčích předpokladů

- Souvisí subjektivně prožívaný sekundární traumatický stres s počtem let na pozici krizového intervenanta?

Pro testování tohoto předpokladu byl opět využit Spearmanův korelační koeficient. Korelace mezi věkem a celkovým skóre v STSS nebyla signifikantní. Jedná se o pozitivní korelaci 0,106.

Correlation Matrix

Correlation Matrix		STSS total	Roky
STSS total	Spearman's rho	—	0.106
	p-value	—	0.582
Roky	Spearman's rho		—
	p-value		—

Tabulka 6: Korelace věk a celkové skóre STSS

9. Diskuse

Táto práce se zabývala nároky pozice krizového intervenanta, který pracuje s oběťmi trestných činů. První kapitola pojednává o krizové intervenci jako o celku. Tato kapitola je jakýmsi úvodem do ostatních nároků, které jsou kladené na krizové interventy. V této kapitole se nachází méně zahraničních zdrojů než v dalších kapitolách. V České republice není mnoho výzkumů ani studií, které by se krizovou intervencí více zabývaly, proto se některé české zdroje opakují. V zahraniční literatuře se spíše najdou zdroje o konkrétních programech krizových intervencí. Přesto se práce snažila postihnout všechny principy krizové intervence.

Výzkumná část se zabývala vztahem mezi sociálními kompetencemi a sekundárním traumatickým stresem. vybraným vzorkem respondentů byli policejní krizoví intervenanti, kterým byl zaslán online dotazník. Tento dotazník se skládal z Inventáře sociálních kompetencí a Škály sekundárního traumatického stresu. Oba dotazníky jsou sebesposuzovací, hrozí zde tedy riziko možné stylizace, popřípadě u STSS bagatelizace problémů.

K diskusi vede již samotný počet respondentů. Z celkového počtu 220 respondentů se do výzkumu zapojilo jen 29 respondentů. Při komunikaci s koordinátory policejních krizových intervencí byl výzkumník upozorněn na to, že v současné situaci může být návratnost dotazníku malá. Kvůli současné epidemiologické situaci je v České republice vyhlášen stav nouze, který trvá již od března 2020. V nouzovém stavu Policie ČR pracuje na rozdělené směny, kde se dvě či více skupin mezi sebou nepotkávají. V různých krajích a v hlavním městě Praha je pak pracovní doba policistů odlišná, někteří pracují 8 hodin denně a druhý den pracují z domova, někteří mají 12 ti hodinové směny a někteří 16 ti hodinové směny a druhý den nepracují. Koordinátoři krizových intervencí se tedy s některými svými interventy nepotkali. Malá návratnost dotazníku může být tedy vysvětlena i současnou situací. Domnívám se, že osobní přítomnost výzkumníka by mohla zvýšit návratnost dat ve spojení např. s rozhovory s interventy.

Jelikož byl dotazník distribuován online formou, výzkumník si nemůže být jistý, za jakých okolností respondenti dotazník vyplňovali. Zda na něj měli dostatečně času a zda měli klid. V úvodu dotazníku bylo zmíněno, jak dlouho může trvat dotazník vyplnit. Vliv na odpovědi tak mohlo mít i okolí a situace, za které jej respondenti vyplňovali. Odradit respondenty od vyplňování mohla i délka dotazníku, pokud např. vyplňovali dotazník na

mobilním telefonu mohl být i lehce nepřehledný, a to také mohlo hrát svou roli v nízké návratnosti dotazníku.

Rozeslaný dotazník obsahoval standardizovaný Inventář sociálních kompetencí a Škálu sekundárního traumatického stresu. STSS byla k dispozici jen v anglickém jazyce. Pro účely výzkumu byl tedy dotazník přeložen do českého jazyka pomocí metody zpětného překladu. Dotazník byl přeložen magisterskými studenty oboru překladatelství anglického jazyka. Dotazník však postrádá editaci od rodilého mluvčího, popřípadě vystudovaného překladatele. V případě dalšího použití by měl být, proto dotazník znovu přeložen a editován od rodilého mluvčího či vystudovaného překladatele.

Cílem výzkumu bylo prozkoumat vztah mezi sociálními kompetencemi a sekundárním traumatickým stresem. V kapitole o vztahu stresu a sociálních kompetencí byl nalezen vztah mezi sociálními kompetencemi a sekundárním traumatickým stresem. Tanaka, Aikawa a Kosugi (2002) zkoumali jaké sociální kompetence jsou spojeny se subjektivním vnímáním stresu. Výzkum provedli na normální populaci. Ve studii se prokázalo, že lidé s dostatečnými sociálními kompetencemi prožívají subjektivně méně stresu, a naopak lidé s nedostatečnými sociálními kompetencemi prožívali subjektivního stresu více. Další studie se pak zaměřovali na vztah sociálních kompetencí a zvládání zvláště zátěžových situací. Opět se prokázalo, že lidé s dostatečnými sociálními kompetencemi tyto situace zvládají lépe (Mortenson, 2009; Nilsen et al. 2013; Segrin et al. 2007). Podle dalších autorů nedostatečné sociální kompetence mohou vést k depresi, pocitům osamělosti, alkoholismu a úzkosti (Jin & Park, 2012; Lodder et al., 2016; Segrin, 2000; Wenzel, Graff-Dolezal, Macho & Brendle, 2005; Youngren & Lewinsohn, 1980). Další studie uvádí, že lidé s nedostatečnými sociálními kompetencemi jsou více náchylní k syndromu vyhoření a sekundárnímu traumatickému stresu (Pereira-Limaa & Loureiroa, 2015; Segrin & Rhynes, 2009; Wright, Banas, Bessarabova & Bernard, 2010). Dostatečné sociální kompetence podle těchto studií fungují jako jeden z protektivních faktorů před prožívaným stresem.

Podle Kassam-Adams (1994, citováno dle Arvay, 2001) profesionálové, kteří pracují s oběťmi traumatických událostí, vykazují vážnější symptomy sekundárního traumatického stresu než jiné pomáhající profese. Beck (2011) se zabývala ve své studii sekundárním traumatickým stresem u zdravotních sester. Autorka revidovala sedm studií a výsledkem bylo, že forenzní zdravotní sestry, ambulantní zdravotní sestry, onkologické zdravotní sestry, pediatrické zdravotní sestry a zdravotní sestry, které pracují v hospicu vykazovaly

zvýšené hodnoty sekundárního traumatického stresu. Další studie se zabývaly výzkumem sekundárního traumatického stresu u psychologů, psychiatrů, záchranářů a případových manažerů (Ray, Wong, White & Heaslip, 2013). Autoři Benuto, Yang, Ahrendt a Cummings (2018) také zdůrazňují sekundární traumatický stres u obhájců obětí. Orllepp a Friedman (2002) jako jediní zmiňují, že poradci pracující s oběťmi traumatu vykazují mírné nebo spíše žádné symptomy sekundárního traumatického stresu.

V empirické části nás tedy zajímal vztah mezi sociálními kompetencemi a sekundárním traumatickým stresem. Na základě výzkumů byly stanoveny čtyři hypotézy a jedna dílčí otázka.

Nejdříve byl však vyhodnocen Inventář sociálních kompetencí, abychom mohli zmapovat jaké sociální kompetence jsou ve vzorku nejčastěji zastoupeny. Hrubé skóry byly převedeny na percentily a ve vzorku byla nejvíce zastoupena sebekontrola (82. percentil), internalita (79. percentil) a vnímání osob (79. percentil). Nejméně respondenti skórovali ve schopnosti se prosadit (28. percentil). Ostatní škály se pohybovaly kolem 50. percentilu. Vyšší skór ve škále sebekontrola, můžeme interpretovat jako zvýšenou kontrolu emocí spojenou s racionálním uvažováním. Vyšší skór ve škále internalita můžeme interpretovat jako zdravé sebevědomí, jedinec vnímá zodpovědnost za svůj životu sebe a důvěřuje vlastním schopnostem. Vyšší skór u škály vnímání osob, můžeme interpretovat jako zvýšený zájem od druhé lidi. Nízký skór u škály schopnost prosadit se můžeme interpretovat jako opomíjení vlastních zájmů a častým podléháním při soupeření s ostatními. Všechny tyto skóry dávají smysl vzhledem k práci krizových interventů. Celkově byly sociální kompetence výzkumného vzorku dobře rozvinuty, upozornili bychom však na škálu Přímé pozornosti k sobě (48. percentil), jejíž nízké skóry mohou být interpretovány jako absenci reflexe vlastní osoby. Reflexe vlastní osoby a pozorování sebe je důležité při změnách, které mohou nastat u syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu.

Následně byla vyhodnocena Škála sekundárního traumatického stresu. Dle norem skóre 27 udává nízké či žádné symptomy sekundárního traumatického stresu, hodnoty 28-37 lehké symptomy, skóre 38-43 střední symptomy, skóre 44-48 vážné symptomy a skóre 49+ jako velmi závažné symptomy. Průměrně respondenti skórovali 27,3, tedy mají nízké či žádné symptomy sekundárního traumatického stresu. Nejvíce respondent skóroval 48 a nejméně 17. Skóre 48 prokazuje vážné symptomy sekundárního traumatického stresu. Průměrně se však neprokázalo, že by výzkumný vzorek trpěl sekundárním traumatickým

stresem. V návaznosti na tento výsledek byla položena dílčí otázka, zda roky odsloužené na pozici krizového intervenanta mají souvislost se skóre sekundárního traumatického stresu. Korelace však nebyla signifikantní (0,106).

Dalším krokem byla korelační analýza. Nejdříve se korelovaly sekundární škály ISK se subškálami STSS a jeho celkovým skóre. Celkově korelace nebyly výrazně signifikantní až na jednu korelaci. Jednalo se o negativní korelaci mezi subškálou Arousal a škálou Sebeovládání. Dalším krokem bylo přijmutí nebo zamítnutí stanovených hypotéz. Všechny čtyři hypotézy byly zamítnuty, jelikož korelace nebyly signifikantní.

Námětem na další výzkum by mohlo být srovnání výsledků s kontrolní skupinou, která zde chyběla, možná by se tak jednalo o zajímavější data a zjištění. V návaznosti na tento výzkum by mohl být také zajímavý longitudinální výzkum sociálních kompetencí krizových intervenantů, zda se jejich kompetence změnili po nástupu na pozici krizového intervenanta. Poté by mohl být například navrhnout program na zlepšení určitých sociálních kompetencí, které by se ukázaly jako klíčové. Zajímavé by také bylo zjištění, jestli jiný druh stresu (než sekundární traumatický stres) působí na krizové interventy.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapování problematiky nároků pozice krizového intervenanta, který pracuje s oběťmi trestných činů.

V teoretické části se práce zabývala krizovou intervencí, která je pracovní náplní krizových interventů. Byly popsány fáze krizové intervence a byl dán důraz především na zahájení krizové intervence, které je při navazování kontaktu jednou z nejdůležitějších věcí. Byly také popsány zahraniční modely krizové intervence. Krizovou intervencí můžeme rozdělovat na telefonickou krizovou intervenci a na intervenci tváří v tvář. V práci byly popsány oba typy a zaměřili jsme se také na jejich výhody a nevýhody. Zmíněna byla také první psychická pomoc, která si za cíl klade stabilizaci a zmírnění akutního distresu.

Práce se také zabývala specifiky krizové intervence u obětí trestných činů. Bylo zmíněno, kdo je obětí trestného činu a jaké jsou dopady činu na oběť. V návaznosti na tuto kapitolu bylo popsáno jednání s obětí trestného činu, které se může lišit s ohledem na to, že se intervent s obětí může setkat v různých fázích po trestném činu.

Práce také popsala, s jakým typem obětí se nejvíce setkávají krizoví interveni v České republice. Podle statistik Bílého kruhu bezpečí – Linky pomoci obětem se na prvním místě setkávají s obětí trestného činu ublížení na zdraví a dále pak s trestným činem týrání osoby žijící ve společné domácnosti. Podle statistik z Výroční zprávy policejního prezidia, policejní krizoví interveni nejvíce vyjížděli k pozůstalým po sebevraždách, dále pak k dopravním nehodám, k oznamování úmrtí a k trestnému činu znásilnění.

Ve druhé kapitole práce popisovala charakteristiky pracovní pozice krizového intervenanta. Kromě kurzů a výcviků krizové intervence musí intervent znát i vybrané právní předpisy a etický kodex svého pracoviště. Pracoviště se liší podle druhu vykonávané krizové intervence, v práci byla popsána terénní práce, práce v krizových centrech a intervenčních centrech a práce na krizových linkách.

Další kapitolou byla kapitola o stresu a jeho negativních důsledcích. Práce krizových interventů má mnoho nároků a tyto nároky a celková pracovní náplň může být velmi stresující. Intervent musí být neustále připraven a naladěný na to, aby pomáhal. Specifika pomoci však nezná, dokud klient neformuluje zakázku, které většinou přechází různé emoční reakce. Intervent musí být schopný všechny tyto různé reakce přijmout a zajistit klientovi pocit bezpečí a navodit důvěru. Podle studie Arvey a Uhlemann (1996) lidé pracující

v pomáhajících profesích zažívají větší míru stresu než ostatní lidé. Tito lidé také mohou trpět syndromem vyhoření a sekundárním posttraumatickým stresem. Syndrom vyhoření je stav fyzického i psychického vyčerpání, které je doprovázeno pocitem beznaděje. Sekundární traumatický stres je pak přirovnáván svými symptomy k posttraumatické poruše s tím rozdílem, že jedinec neprožil traumatickou událost přímo, jen o ní slyšel nebo ji viděl. Autoři (Beck, 2011; Benuto, Yang, Ahrendt a Cummings, 2018; Ray, Wong, White & Heaslip, 2013) zmiňují výskyt sekundárního traumatického stresu u pomáhajících profesí, studie autorů Ortellepp a Friedman (2002) však zmiňuje, že profesionálové sekundárním traumatickým stresem netrpí.

V poslední části se práce zabývala sociálními kompetencemi. Byly popsány klíčové kompetence krizových interventů. Dostatečné sociální kompetence mohou sloužit jako protektivní faktor před prožívaným stresem (Mortenson, 2009; Nilsen et al., 2013; Segrin et al. 2007; Tanaka, Aikawa & Kosugi, 2002). Naopak nedostatečné sociální kompetence mohou vést k depresím, úzkostem, k sekundárnímu traumatickému stresu a syndromu vyhoření (Lodder et al., 2016; Pereira-Limaa & Loureiroa; Segrin, 2000; Wenzel, Graff-Dolezal, Macho & Brendle, 2005; Wright, Banas, Bessarabova & Bernard, 2010; Youngren & Lewinsohn, 1980).

Výzkumná část práce se zaměřovala na sociální kompetence a sekundární traumatický stres a na vztah mezi nimi. Respondenti byli policejní krizoví interveni. Bylo stanoveno několik hypotéz, ani jedna však nebyla přijata. Výsledky z ISK ukázaly, že nejvíce je zastoupena sebekontrola (82. percentil), dále internalita (79. percentil) a vnímání osob (79. percentil). Výsledky z STSS neprokázaly, že by ve sledovaném vzorku byly vysoké hodnoty sekundárního traumatického stresu.

Téma sekundárního traumatického stresu a sociálních kompetencí by chtělo ještě více prozkoumat, přestože výsledky nevyšly podle předpokladu je možné, že krizoví interveni zažívají jiný druh stresu než právě sekundárně traumatický stres. Výstupy z ISK je možné použít pro různá srovnání s jinými pomáhajícími profesemi.

Seznam použité literatury

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- AlShammari, T., Jennings, P. A. & Williams, B. (2018). Emergency Medical Services Core Competencies: A Scoping Review. *Health Professions Education*, 4(4), 245-258.
- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada.
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Arvay, M.J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say?. *International journal for the advancement of counselling*, 23, 283-293.
- Arvay, M.J. & Uhlemann, M.R. (1996). Counsellor stress and impairment in the field of trauma. *The Canadian Journal of Counselling*. 30(3), 193–210.
- Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy* (3. vyd). Grada.
- Beck, C. T. (2011). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10
- Benuto, L. T., Yang, Y., Ahrendt, A., & Cummings, C. (2018). *The Secondary Traumatic Stress Scale: Confirmatory Factor Analyses With a National Sample of Victim Advocates*. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-20
- Bisson, J.I., McFarlane, A.I., Rose, S., Ruzek, J.I., & Watson, P.J. (2009). Psychological debriefing for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. Cohen (Eds.). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International society for traumatic stress studies* (pp. 83-105). (2nd ed.). New York: Guilford.
- Black, S., & Weinreich, P. (2000). An exploration of counselling identity in counsellors who deal with trauma. *Traumatology*, 6(1), 25–40.

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2016). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research On Social Work Practice, 14*(1), 27-35

Campbell, R., Wasco, S. M., Ahrens, C. E., Sefl, T., & Barnes, H. E. (2001). Preventing the “second rape”: Rape survivors’ experiences with community service providers. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 1239–1259.

Centrální databáze kompetencí [Online]. (2017). Retrieved from <http://kompetence.nsp.cz/>

Čepická, B. (2012). *Operátoři na tísňové lince 155. Rozbor vedení hovorů s volajícími pomocí transakční analýzy* (Disertační práce). Praha: FF UK.

Čírtková, L. (2015). *Policejní psychologie* (2., rozšířené vydání). Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.

Čírtková, L., & Vitoušová, P. (2007). *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Grada.

Davis, R.C., Lurigio, A.J., Herman, S. (2007). *Victims of crime* (3.ed). Thousand Oaks, US: SAGE Publications Inc.

Dworkin, E. R., & Schumacher, J. A. (2016). Preventing Posttraumatic Stress Related to Sexual Assault Through Early Intervention. *Trauma, Violence, & Abuse. A Systematic Review, 19*(4), 459-472.

Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biological Psychiatry, 53*(9), 817–826.

Elliott, I., Thomas, S., & Ogloff, J. (2013). Procedural justice in victim-police interactions and victims' recovery from victimisation experiences. *Policing And Society, 24*(5), 588-601.

Ellis, H. A. (2014). Effects of a Crisis Intervention Team (CIT) Training Program Upon Police Officers Before and After Crisis Intervention Team Training. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 28(1), 10-16.

Everly, Jr., G. S., & Lating, J. M. (2017). *The Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid*. John Hopkins University Press.

Fattah, E.A. (1989). Victims and victimology: The facts and the rhetoric. *International Review of Victimology* 1(1), 43-66.

Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Franěk, O. (2018). *Manuál operátora zdravotnického operačního střediska*. Praha: Ondřej Franěk.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.

Gentry, E. J. (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1, 37-61.

Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Sader, J., & Marchand, A. (2019). A systematic literature review of early posttraumatic interventions for victims of violent crime. *Aggression And Violent Behavior*, 46, 15-24.

Gutierrez, S.E. & Van Puymbroeck, C., (2006). Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 497-513.

Hanafi, S., Bahora, M., Demir, B. N., & Compton, M. T. (2008). Incorporating Crisis Intervention Team (CIT) Knowledge and Skills into the Daily Work of Police Officers: A Focus Group Study. *Community Mental Health Journal*, 44(6), 427-432.

Hassell, K. D. (2020). The impact of Crisis Intervention Team Training for police. *International journal of police science & management*, 22(2), 159-170.

Havrdová, Z. (1999). *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha, Osminum.

Hawkins, P. & Shohet, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

Hembree, E.A. & Foa, E.B. (2003). Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (2), 187-199.

Hoskovcová, S., & Vašek, Z. (2017). *Inventář sociálních kompetencí*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Interní statistiky Bílého kruhu bezpečí, získané ke dni 15.11.2020

Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798–1809.

Jin, B., & Park, N. (2012). Mobile voice communication and loneliness: Cell phone use and the social skills deficit hypothesis. *JNew Media & Society*, 15, 1094–1111.

Kanning, U. P. (2017). *Diagnostika sociálních kompetencí*. Praha: Hogrefe.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)* (2., rozš. a dopl. vyd). Státní zdravotní ústav.

Kilpatrick, D.G. & Acierno, R., (2003). Mental health needs of crime victims: *Epidemiology and outcomes*. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 119-132.

Květenská, D. (2014). *Krizová intervence v kontextu sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Landau, S. F., & Freeman-Longo, R. E. (1990). Classifying Victims: a Proposed Multidimensional Victimological Typology. *International Review of Victimology*, 1(3), 267–286.

Lewinsohn, P. M., & Hoberman, H. M. (1982). *Depression*. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. Kazdin, (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (pp. 397-431). New York: Plenum.

Litz, B. T., & Bryant, R. A. (2009). *Early cognitive-behavioral interventions for adults*. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (p. 117–135). The Guilford Press.

Lodder, G. M. A., Goossens, L., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M., & Verhagen, M. (2016). Adolescent loneliness and social skills: Agreement and discrepancies between self-, meta-, and peer-evaluations. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 2406–2416.

Lutwak, N., Panish, J., & Ferrari, J. (2003). Shame and guilt: characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and Individual Differences*, 35(4), 909–916.

Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: Teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

Mathieu, F. (2007). *Running on empty: Compassion fatigue in health professionals*. Retrieved from <http://www.compassionfatigue.org/pages/RunningOnEmpty.pdf>

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Mlčák, Z. (2011). *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Monnier, M. (2015). Difficulties in Defining Social-Emotional Intelligence, Competencies and Skills. A Theoretical Analysis and Structural Suggestion. *International Journal for Research in Vocational Education and Training*, 2(1), 59-84.

- Mortenson, S. T. (2009). Interpersonal trust and social skill in seeking social support among Chinese and Americans. *Communication Research*, 36, 32–53.
- Muchinsky, P. M. (2006). *Psychology applied to work: An introduction to industrial and organizational psychology*. Summerfield: Hypergraphic Press.
- Nilsen, W., Karevold, E., Røysamb, E., Gustavson, K., & Mathiesen, K. S. (2013). Social skills and depressive symptoms across adolescence: Social support as a mediator in girls versus boys. *Journal of Adolescence*, 36, 11–20.
- Ortlepp, K., & Friedman, M. (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 213–222.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the Therapist*. London: Norton.
- Pearlman, L.A. & Mac Ian, P.S. (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558-565.
- Pereira-Limaa, K., & Loureiroa, S. R. (2015). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 20, 353–362.
- Raquepaw, J.M., & Miller, R.S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology - Research & Practice*, 20, 32–36.
- Ray, S., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19, 255-267.
- Risan, P., Binder, P. -E., & Milne, R. (2016). Regulating and coping with distress during police interviews of traumatized victims. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 8(6), 736-744.
- Roberts, A. (2000). *Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research*. New York: Oxford University Press.

Rubin, R. B., Martin, M. M., Bruning, S. S., & Powers, D. E. (1993). Test of a self-efficacy model of interpersonal communication competence. *Communication Quarterly*, 41, 210-220.

Sanchez, J. I., & Levine, E. L. (2012). The rise and fall of job analysis and the future of work analysis. *Annual Review of Psychology*, 63, 397-425.

Schacter, H. L., White, S. J., Chang, V. Y., & Juvonen, J. (2015). "Why Me?": Characterological Self-Blame and Continued Victimization in the First Year of Middle School, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(3), 446-455.

Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, 20, 379-403.

Segrin, C., Hanzal, A., Donnerstein, C., Taylor, M., & Domschke, T. J. (2007). Social skills, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress, *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 20(3), 321-329.

Segrin, C., & Rynes, K. N. (2009). The mediating role of positive relations with others in associations between depression, social skills, and perceived stress. *Journal of Research in Personality*, 43, 962–971.

Sellin, T. and Wolfgang, M.E. (1964). *The measurement of delinquency*. New York. John Wiley and Sons.

Sexton, L. (1999). Vicarious traumatisation of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(3), 393–403.

Stamm, B. H. (2010). *The ProQOL (Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction and compassion fatigue)*. Pocatello, ID: ProQOL.org. Retrieved from www.proqol.org

Statistics Canada (2005). National Survey of the Work and Health of Nurses. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/11-621-m/11-621m2006052eng.pdf?st=IMfbNtdz>

Špatenková, N. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Grada.

Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi: psychosociální intervenční týmy* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.

Tanaka, K., Aikawa, A., & Kosugi, S. (2002). The experimental study of the effect of social skills on stress reactions in interpersonal situations: The effect of relative differences in the social skills of two persons interacting with one another. *Japanese Journal of Social Psychology*, 17, 141-149.

VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Velikovská, M. (2016). *Psychologie obětí trestných činů: proces viktimizace, status oběti a jeho význam, prevence a vyrovnávání se s viktimizací, reálné případy z policejní praxe*. Grada.

Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence* (3. vyd). Portál.

Výroční zpráva 2018 – oddělení vedoucího psychologa. Intranet Policie České republiky

Výroční zpráva 2019 – oddělení vedoucího psychologa. Intranet Policie České republiky

Wenzel, A., Graff-Dolezal, J., Macho, M., & Brendle, J. R. (2005). Communication and social skills in socially anxious and nonanxious individuals in the context of romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 505-519.

Wright, K. B., Banas, J. A., Bessarabova, E., & Bernard, D. R. (2010). A communication competence approach to examining health care social support, stress, and job burnout. *Health Communication*, 25, 375–382.

Youngren, M. A., & Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 333-341.

Zbořilová, K. (2006). Oběti trestných činů: Základy viktimologie. In Gillernová, I., Boukalová, H. et al. *Vybrané kapitoly z kriminalistické psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum.

Zlotnick, C., Johnson, D.M., & Kohn, R., 2006. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 262-275.

Zákon č. 108/2006 Sb., *Zákon o sociálních službách*. (2006). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

Zákon č. 40/2009 Sb., *Trestní zákoník*. (2009). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

Zákon č. 101/2000 Sb., *Zákon o ochraně osobních údajů*. (2000). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

Zákona č. 45/2013 Sb., *Zákon o obětech trestných činů*. (2013). Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.

Internetové zdroje

<https://www.domacinasili.cz/intervencni-centra/intervencni-centra-informace-jake-sluzby-poskytuji-a-nabizi/>

Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení podle pohlaví	41
Graf 2: Typ krizové intervence.....	42

Seznam obrázků

Obrázek 1: Výroční zpráva za rok 2018	21
Obrázek 2: Výroční zpráva za rok 2019	22

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk respondentů.....	41
Tabulka 2: Počet let na pozici krizového intervenanta.....	42
Tabulka 3: Výsledky ISK	43
Tabulka 4: Výsledky STSS.....	44
Tabulka 5: Korelace STSS a sekundárních škál.....	45
Tabulka 6: Korelace věk a celkové skóre STSS.....	48

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
ISK	Inventář sociálních kompetencí
KI	Krizová intervence
NAPŘ.	Například
STSS	The secondary traumatic stress scale
TKI	Telefonická krizová intervence

Příloha 1.: Etický kodex pracovníka linky důvěry

1. Linka důvěry umožňuje bezprostřední telefonický kontakt s klienty a kvalifikovanou pomoc klientům v tísni.
2. Pracovník linky důvěry aktivně klientovi naslouchá, hovoří s ním a neomezuje ho v jeho svobodě vyjádření.
3. Nabízená pomoc se netýká jen prvního kontaktu, platí po celou dobu krizového stavu a informuje i o možnostech následné péče, případně je se souhlasem klienta zprostředkovává.
4. Pomoc pracovníka linky důvěry spočívá především v poskytnutí podpory klientovi a v jeho zplnomocnění k vlastnímu řešení jeho problémů a snášení jeho starostí.
5. Povinností pracovníka linky důvěry je zachovávat naprostou mlčenlivost a respektovat anonymitu klienta i pracovníka. Pokud tato pravidla v naléhavých případech poruší, klienta o tom informuje. Zprávu pro orgány činné v trestním řízení a soudy může podávat pouze vedoucí linky důvěry nebo jím pověřený pracovník na jejich písemné vyžádání a se souhlasem klienta. Je naprosto nepřijatelné nahrávat hovory na LD.
6. Na klienta nesmí být vykonáván jakýkoliv nátlak, který se týká přesvědčení, náboženství, politiky nebo ideologie.
7. Pracovník linky důvěry nesmí používat linku k uspokojování svých obchodních, sexuálních, emocionálních, náboženských aj. potřeb či přání.
8. Pracovník linky důvěry prochází před započítáním služby výběrem a akreditovaným výcvikem orgány ČAPLD, jejichž výsledkem jsou schopnosti, vlastnosti, vědomosti a dovednosti odpovídající potřebám práce na lince důvěry. Po celou dobu práce na lince důvěry vystupuje jako člen týmu a má k dispozici supervizi a podporu. Supervize jeho práce je pro něj povinná.
9. Pomoc na lince důvěry je dosažitelná nepřetržitě nebo v daném časovém limitu. Pracovník linky důvěry se v průběhu služby nesmí zabývat činnostmi, které ho odvádějí od práce na lince důvěry.

Přijato na sněmu ČAPLD 20. 10. 1998 v Hradci Králové a doplněno předsednictvem ČAPLD dne 6. 11. 2002 v Praze.

Příloha 2.: Dotazník pro krizové interventy

Dobrý den,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který vznikl pro potřeby mé diplomové práce na Katedře psychologie FF UK. Práce se zabývá problematikou nároků pozice krizového intervenanta. V dotazníku nejsou špatné ani správné odpovědi, odpovídejte proto prosím upřímně. Odpovědi jsou anonymní a důvěrné, Vaše odpovědi nebudou nikde přístupné. Vaše účast je dobrovolná a vyplnění dotazníku můžete kdykoliv ukončit.

V případě dotazů týkajících se tohoto dotazníku mě neváhejte kontaktovat na e-mailovou adresu criss.rizzi@gmail.com.

Dotazník je rozdělen do tří částí a doba vyplnění dotazníku je cca 30 minut.

Děkuji moc za Vaše odpovědi,

Cristina Rizzi

Demografické údaje

1. Pohlaví
2. Věk
3. Jak dlouho působíte na pozici krizového intervenanta?
4. Jaký typ krizové intervence vykonáváte?

Inventář sociálních kompetencí

Následující část dotazníku má 108 výroků, které se týkají vašeho způsobu chování a vašich zvyků. Vaším úkolem je rozhodnout, do jaké míry výrok odpovídá vaší osobě. K tomu máte k dispozici čtyři alternativy odpovědi: „vůbec nesouhlasí" (1), „spíše nesouhlasí" (2), „spíše souhlasí" (3), „zcela souhlasí" (4). U každého výroku zvolte možnost odpovědi, která je vám nejbližší a označte odpověď.

Některé otázky znějí podobně. Odpovídejte na každou otázku nezávisle na ostatních odpovědích. Pokud bude popsána situace, kterou jste nezažili, pak odhadněte, jak byste se patrně zachovali.

	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
1. Aktivně se angažuji pro druhé lidi.	☐	☐	☐	☐
2. Miluji diskuse, ve kterých mají lidé hodně rozdílné názory.	☐	☐	☐	☐
3. Považuji za nudné naslouchat povídání druhých lidí.	☐	☐	☐	☐
4. Často se velmi rozčílím nebo jen tak projevuji svou radost, aniž bych to mohl/a příliš ovládat.	☐	☐	☐	☐
5. Velmi často o sobě přemýšlím.	☐	☐	☐	☐
6. Téměř ve všech situacích se pokouším pochopit věc z pohledu člověka, se kterým právě mluvím.	☐	☐	☐	☐
7. Když se sejdou lidé, kteří se neznají, pak jsem to většinou já, kdo je mezi sebou seznámí.	☐	☐	☐	☐
8. Mnozí lidé v mém okolí jsou mnohem vyrovnanější, než jsem já sám/sama.	☐	☐	☐	☐
9. Často mám pocit, že jsem pouze hračkou pro své okolí.	☐	☐	☐	☐
10. Ve všech rozhovorech velmi přesně sleduji chování svého protějšku.	☐	☐	☐	☐
11. Lidé, kteří vedou naprosto jiný život než zbytek společnosti (např. bezdomovci, pankáči), jsou pro mne jen velmi těžko přijatelní.	☐	☐	☐	☐
12. Kdykoliv dojde k nějakému sporu, dbám vždy na to, aby se aspoň zčásti uplatnily zájmy mého protivníka.	☐	☐	☐	☐
13. Rozhodnout se pro něco je pro mne celkem snadné.	☐	☐	☐	☐
14. Občas se stane něco neočekávaného a to mne rozhodí tak, že i všechno ostatní jde celý den špatně.	☐	☐	☐	☐
15. Obecně se mi daří před ostatními něco velmi dobře předstírat.	☐	☐	☐	☐
16. Jsem často příliš zaměstnán/a na to, abych se ještě mohl/a zabývat problémy cizích lidí.	☐	☐	☐	☐
17. Většinou prosadím svou vůli.	☐	☐	☐	☐
18. Abych úspěšně uskutečnil/a vlastní zájmy, potřebuji často pomoc druhých lidí.	☐	☐	☐	☐

	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
19. Často přemýšlím o tom, jak působím na druhé lidi.	☐	☐	☐	☐
20. Často usiluji o to, aby v případě konfliktu mohli určitého stupně vítězství dosáhnout i mí soupeři.	☐	☐	☐	☐
21. V situaci, kdy se musí něco rozhodnout, se mi obvykle daří získat většinu lidí na svou stranu.	☐	☐	☐	☐
22. Často se stává, že se moje nálada den ze dne mění.	☐	☐	☐	☐
23. Abych řekl/a pravdu, je pro mne často těžké vcítit se do druhých lidí.	☐	☐	☐	☐
24. Zcela vědomě vyvolávám dojem, který chci, aby si o mně ostatní lidé udělali.	☐	☐	☐	☐
25. Často mne štve lidi, kteří jsou v něčem jiní, než jsem já sám/sama.	☐	☐	☐	☐
26. Jak dojde na nějaký slovní spor, jsem ve svém žvilvu.	☐	☐	☐	☐
27. Když jsem v určité situaci se svými postupy v koncích, rychle mne napadne něco nového.	☐	☐	☐	☐
28. Když se sejdou s dalšími lidmi, často dbám na to, jak budou na mé chování reagovat.	☐	☐	☐	☐
29. Často se mi stalo, že mi při rozhovoru někdo položil otázku a já jsem vůbec neposlouchal/a.	☐	☐	☐	☐
30. Když je nějaká oslava nudná, tak to dovedu rychle změnit.	☐	☐	☐	☐
31. Žiji podle pravidla: „Nejdřív myslet, pak jednat.“	☐	☐	☐	☐
32. Často se snažím vypořádat, jakou motivaci má chování druhých lidí.	☐	☐	☐	☐
33. Při zacházení s druhými lidmi dbám na to, abych jednal/a férově.	☐	☐	☐	☐
34. Upřímně řečeno někdy předstírám, že druhého opravdu pozorně poslouchám.	☐	☐	☐	☐
35. Důležitá rozhodnutí často odsouvám.	☐	☐	☐	☐
36. I když sleduji vlastní zájmy, jsem v důsledku přece jenom odkázán/a na podporu druhých lidí.	☐	☐	☐	☐

	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
37. Často přemýšlím sám/sama o sobě.	☐	☐	☐	☐
38. V mnoha konfliktních situacích je mi jedno, jestli i protistrana prosadí nějaké své představy.	☐	☐	☐	☐
39. V diskusích často podléhám argumentům těch druhých.	☐	☐	☐	☐
40. Často se stává, že několikrát denně změním náladu.	☐	☐	☐	☐
41. Někdy si říkám, že nemám žádný významný vliv na běh svého života.	☐	☐	☐	☐
42. Téměř vždy, když jsem pohromadě s dalšími lidmi, snažím se zjistit, jestli je mé chování vnímáno tak, jak jsem měl/a v úmyslu.	☐	☐	☐	☐
43. I v případě neshod se mi téměř vždy podaří pohlédnout na věc i z pohledu mého protivníka.	☐	☐	☐	☐
44. Je pro mne velmi snadné zapadnout do nové skupiny lidí.	☐	☐	☐	☐
45. Své pocity mám vždy velmi dobře pod kontrolou.	☐	☐	☐	☐
46. Na lidi, kteří jsou pro mne důležití, se snažím dělat dobrý dojem.	☐	☐	☐	☐
47. V průběhu dne se rád/a setkávám s nejrůznějšími typy lidí.	☐	☐	☐	☐
48. Rozporuplné diskuse jsou mi většinou nepříjemné.	☐	☐	☐	☐
49. I ve zcela bezvýchodných situacích vždy vím, jak se nejlépe zachovat.	☐	☐	☐	☐
50. Při všech rozhovorech se pokouším udělat si obrázek o aktuální náladě člověka, se kterým mluvím.	☐	☐	☐	☐
51. Podle mého mínění není dnes už tak důležité být k druhým lidem solidární.	☐	☐	☐	☐
52. Významná rozhodnutí rád/a přenechávám ostatním.	☐	☐	☐	☐
53. To, co se mi děje, závisí především na mně samotném/samotné.	☐	☐	☐	☐
54. Často, když jsem ve společnosti druhých lidí, zabývám se v myšlenkách sám/sama sebou.	☐	☐	☐	☐

	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
55. Při konfliktech jen málo dbám na zájmy svých protivníků.	☐	☐	☐	☐
56. Zpravidla se nevyhýbám konfliktům, pokud jde o dosažení mých cílů.	☐	☐	☐	☐
57. V zásadě není snadné vyvést mě z rovnováhy.	☐	☐	☐	☐
58. Občas se navenek přizpůsobím očekáváním druhých lidí (např. přátel, kolegů), ale ve skutečnosti se neměním.	☐	☐	☐	☐
59. Druzí lidé mne často nudí, takže mne nebaví delší dobu je soustředěně poslouchat.	☐	☐	☐	☐
60. Při společenských událostech se raději držím stranou.	☐	☐	☐	☐
61. V mém životě se stane velmi výjimečně, že bych cítil/a bezmoc.	☐	☐	☐	☐
62. Často mne nezajímá, jak lidé reagují na mé chování.	☐	☐	☐	☐
63. Není pro mne problém vžít se do pocitů druhých lidí.	☐	☐	☐	☐
64. Diskutuji rád/a především s takovými lidmi, kteří mají úplně jiné názory než já.	☐	☐	☐	☐
65. Při diskusi dokážu snáze než ostatní přijímat různé názory.	☐	☐	☐	☐
66. Většinou jsem odkázán/a na ostatní, pokud chci prosadit své zájmy.	☐	☐	☐	☐
67. Téměř při každém rozhovoru intenzivně sleduji mimiku svého partnera.	☐	☐	☐	☐
68. Někdy jednám podle rčení „bližší košile než kabát“, tedy upřednostňuji vlastní zájmy.	☐	☐	☐	☐
69. Téměř všechny problémy řeším bez velkých průtahů.	☐	☐	☐	☐
70. I když jsem ve stresu, dokážu zachovat větší klid než většina lidí, které znám.	☐	☐	☐	☐
71. V kontaktu s cizími lidmi jsem lepší pozorovatel/ka, než většina ostatních.	☐	☐	☐	☐
72. Při neshodách se většinou pokouším zohlednit i práva protistrany.	☐	☐	☐	☐

		vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
73.	Vždy aktivně oslovím lidi, se kterými se chci seznámit.	☐	☐	☐	☐
74.	Normálně se nijak nerozčilím, když se něco nedaří.	☐	☐	☐	☐
75.	Běžně si nedělám starosti s vlastními pocity.	☐	☐	☐	☐
76.	I v konfliktních situacích dokážu snáze než ostatní přiznat vlastní chybu.	☐	☐	☐	☐
77.	Upřímně řečeno, většiny lidí, kteří se mnou chtějí mluvit, se snažím rychle zbavit.	☐	☐	☐	☐
78.	Někdy je pro mne těžké prosadit své stanovisko vůči ostatním lidem.	☐	☐	☐	☐
79.	V mém životě bylo mnoho situací, ve kterých jsem nevěděl/a, jak dál.	☐	☐	☐	☐
80.	Téměř vždy se snažím zprostředkovat o sobě kladný obraz.	☐	☐	☐	☐
81.	Ve většině situací se snažím vidět svět i očima mého partnera v rozhovoru.	☐	☐	☐	☐
82.	Problémy řeším hned, jak vzniknou.	☐	☐	☐	☐
83.	Pokud by vše záviselo jenom na mně, tak bych většiny cílů nedosáhl/a.	☐	☐	☐	☐
84.	Téměř v každém rozhovoru se snažím z výrazů tváře poznat, co si o mně ten druhý myslí.	☐	☐	☐	☐
85.	I když nemám volného času nazbyt, najdu si vždy čas vyslechnout druhé.	☐	☐	☐	☐
86.	Je mi nepříjemné, když se musím s někým hádat.	☐	☐	☐	☐
87.	I při velké zátěži si udělám čas na to, abych si dobře promyslel/a, co budu dělat.	☐	☐	☐	☐
88.	Mám výborný cit pro to, když někdo něco jiného říká a něco jiného si myslí.	☐	☐	☐	☐
89.	Když si během rozhovoru uvědomím, že nemám pravdu, jsem ochotný/á změnit své stanovisko.	☐	☐	☐	☐
90.	Někdy mi dělá problémy navázat kontakt s druhými lidmi.	☐	☐	☐	☐

	vůbec nesouhlasí	spíše nesouhlasí	spíše souhlasí	zcela souhlasí
91. Téměř vždy mám dobrou náladu.	☐	☐	☐	☐
92. Před cizími lidmi se snažím ukazovat jen své kladné vlastnosti.	☐	☐	☐	☐
93. To, jestli protistrana ve sporu odejde s naprostou porážkou nebo dosáhne dílčího úspěchu, mne zpravidla vůbec nezajímá.	☐	☐	☐	☐
94. Obyčejně určuji, co a jak se bude dělat.	☐	☐	☐	☐
95. Na podporu názoru, který zastávám, najdu vždy dostatek argumentů.	☐	☐	☐	☐
96. O své vlastní pocity se příliš nestarám.	☐	☐	☐	☐
97. Jen příležitostně se mi daří vžít do situace druhého člověka.	☐	☐	☐	☐
98. Nepříjemným rozhodnutím se tu a tam rád/a vyhnu.	☐	☐	☐	☐
99. Velmi často jsem odkázaný/á na jiné lidi.	☐	☐	☐	☐
100. Téměř v každém rozhovoru se snažím také z gestikulace svého partnera zjistit, co si o mně myslí.	☐	☐	☐	☐
101. Když se bavím s lidmi, tak přitom často začnu myslet na něco jiného.	☐	☐	☐	☐
102. Když se na to podívám zpětně, tak často reaguji až příliš vztekle.	☐	☐	☐	☐
103. Občas považuji za nutné se před lidmi přetvařovat.	☐	☐	☐	☐
104. Nejraději se starám jen o své vlastní záležitosti.	☐	☐	☐	☐
105. O motivech, které ovlivňují mé chování, příliš nepřemýšlím.	☐	☐	☐	☐
106. Je pro mne velmi zajímavé poznávat různé typy lidí.	☐	☐	☐	☐
107. Jsem na ostatních lidech dost nezávislý/á.	☐	☐	☐	☐
108. Stane se jen zřídka, že bych při hádce podlehl/a.	☐	☐	☐	☐

Škála sekundárního traumatického stresu

Následující část dotazníku obsahuje 17 výroků osob pracujících s traumatizovanými klienty. Přečtěte si jednotlivé výroky a poté zaškrtnutím odpovídajícího čísla vedle výroku zvolte, jak často byl daný výrok pro vás pravdivý za posledních sedm dní.

Pojem „Klient“ je zde užíván k označení osob, s nimiž jste byli v pomáhajícím vztahu. Může být nahrazen pojmem jiným, lépe vystihujícím vaši práci, např. uživatel, pacient, příjemce, atd.

Odpovídejte prosím na škále: „nikdy“ (1), „zřídka“ (2), „příležitostně“ (3), „často“ (4), „velmi často“ (5).

ŠKÁLA SEKUNDÁRNÍHO TRAUMATICKÉHO STRESU

Následující seznam obsahuje výroky osob pracujících s traumatizovanými klienty. Přečtěte si jednotlivé výroky a poté zakroužkováním odpovídajícího čísla vedle výroku zvolte, jak často byl daný výrok pro vás pravdivý za posledních sedm (7) dní.

POZNÁMKA: Pojem „Klient“ je zde užíván k označení osob, se nimiž jste byli v pomáhajícím vztahu. Může být nahrazen pojmem jiným, lépe vystihujícím vaši práci, např. uživatel, pacient, příjemce, atd.

1 = nikdy	2 = zřídka	3 = někdy	4 = často	5 = velmi často
-----------	------------	-----------	-----------	-----------------

-
1. Cítil/a jsem se emočně otupělý/.
 2. Při pomýšlení na práci s klienty se mi rozbušilo srdce.
 3. Jako bych znovuprožíval/a traumata svých klientů.
 4. Měl/a jsem problémy se spánkem.
 5. Pociťoval/a jsem strach z budoucnosti.
 6. Pomýšlení na mou práci s klienty mě rozladilo.
 7. Neměl/a jsem zájem být s lidmi.
 8. Byl/a jsem nervózní.
 9. Byl/a jsem méně aktivní než obvykle.
 10. Myslel/a jsem na práci s klienty, i když jsem nechtěl/a.
 11. Měl/a jsem problémy s koncentrací.
 12. Vyhýbal/a jsem se lidem, místům a věcem, které by mi připomínali práci s klienty.
 13. Měl/a jsem rušivé sny o práci s klienty.
 14. Chtěl/a jsem se vyhnout práci s některými klienty.
 15. Snadno jsem se rozrušil/a.
 16. Očekával/a jsem, že se stane něco zlého.
 17. Zaznamenal/a jsem mezery ve vzpomínkách na sezení s klienty.

Příloha 3.: Výsledky ISK

Descriptives																	
	PRO	PPE	PHO	KOM	NAS	SPR	OKF	EXT	ROZ	SEK	EST	FCH	INT	SEP	PPS	NPS	VNO
N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	24.3	20.7	22.1	17.0	20.3	19.6	12.3	17.5	17.4	19.1	19.2	18.8	29.2	18.4	17.4	17.2	18.9
Std. error mean	0.388	0.415	0.670	0.589	0.392	0.655	0.552	0.490	0.619	0.360	0.530	0.601	0.645	0.749	0.627	0.542	0.507
Median	24	21	23	17	20	20	11	17	18	19	20	19	29	18	18	17	19
Minimum	19	16	14	8	16	11	7	11	10	15	10	10	20	12	9	9	11
Maximum	27	24	28	22	24	32	19	22	23	24	24	24	36	30	23	21	24

Descriptives

Descriptives				
	SO	OF	SEB	REF
N	29	29	29	29
Missing	0	0	0	0
Mean	104	66.8	86.1	72.0
Median	103	66	87	72
Minimum	80	41	61	47
Maximum	120	80	101	86

Příloha 4.: Korelace primárních škál ISK a subškál STSS

Correlation Matrix

		PRO	PPE	PHO	KOM	NAS	SPR	OKF	EXT	ROZ	SEK	EST	FCH	INT	SEP	PPS	NPS	I
PRO	Pearson's r	—	0.317	0.294	0.603 ***	0.380 *	-0.182	0.055	0.024	0.349	0.412 *	0.368 *	0.006	-0.003	-0.236	-0.029	0.290	-0.1
	p-value	—	0.093	0.122	< .001	0.042	0.345	0.778	0.903	0.064	0.026	0.050	0.975	0.989	0.217	0.881	0.127	0.
PPE	Pearson's r		—	0.141	0.484 **	0.438 *	-0.222	0.119	0.066	0.108	0.124	0.282	0.099	0.121	-0.122	0.091	0.079	0.
	p-value		—	0.466	0.008	0.018	0.247	0.538	0.735	0.576	0.520	0.138	0.609	0.531	0.529	0.637	0.684	0.
PHO	Pearson's r			—	0.602 ***	0.033	-0.415 *	0.164	0.351	0.299	0.278	0.165	-0.138	-0.158	-0.627 ***	-0.124	0.070	-0.
	p-value			—	< .001	0.866	0.025	0.397	0.062	0.115	0.144	0.393	0.474	0.413	< .001	0.522	0.720	0.
KOM	Pearson's r				—	0.213	-0.517 **	0.129	0.247	0.213	0.406 *	0.323	-0.108	-0.181	-0.416 *	-0.030	0.189	-0.
	p-value				—	0.266	0.004	0.506	0.196	0.268	0.029	0.087	0.578	0.346	0.025	0.877	0.326	0.
NAS	Pearson's r					—	0.109	0.286	0.084	0.404 *	0.424 *	0.340	0.227	0.518 **	-0.051	0.255	0.135	0.
	p-value					—	0.572	0.133	0.663	0.030	0.022	0.071	0.236	0.004	0.793	0.182	0.485	0.
SPR	Pearson's r						—	0.293	-0.098	0.303	0.149	-0.022	0.601 ***	0.600 ***	0.154	0.065	-0.049	0.
	p-value						—	0.123	0.611	0.110	0.441	0.911	< .001	< .001	0.424	0.739	0.801	0.
OKF	Pearson's r							—	0.301	0.488 **	0.278	0.083	0.404 *	0.534 **	-0.117	0.344	-0.018	0.
	p-value							—	0.113	0.007	0.145	0.670	0.030	0.003	0.545	0.068	0.926	0.
EXT	Pearson's r								—	0.303	0.328	0.263	0.114	0.080	-0.298	-0.091	-0.127	-0.
	p-value								—	0.110	0.082	0.167	0.555	0.679	0.117	0.638	0.511	0.
ROZ	Pearson's r									—	0.537 **	0.134	0.424 *	0.258	-0.408 *	0.113	-0.196	0.
	p-value									—	0.003	0.488	0.022	0.176	0.028	0.559	0.309	0.
SEK	Pearson's r										—	0.627 ***	0.597 ***	0.314	-0.126	0.073	0.015	0.
	p-value										—	< .001	< .001	0.097	0.514	0.708	0.940	0.
EST	Pearson's r											—	0.422 *	0.224	0.108	-0.267	0.207	0.
	p-value											—	0.023	0.243	0.576	0.161	0.282	0.
FCH	Pearson's r												—	0.515 **	0.213	-0.105	-0.204	0.
	p-value												—	0.004	0.267	0.588	0.290	0.
INT	Pearson's r													—	0.186	0.326	0.335	0.
	p-value													—	0.334	0.085	0.075	< .1
SEP	Pearson's r														—	0.039	0.197	0.
	p-value														—	0.839	0.305	0.
PPS	Pearson's r															—	0.388 *	0.
	p-value															—	0.038	< .1
NPS	Pearson's r																—	0.
	p-value																—	0.
VNO	Pearson's r																	0.
	p-value																	0.
I	Pearson's r																	0.
	p-value																	0.
AV	Pearson's r																	0.
	p-value																	0.
AR	Pearson's r																	0.
	p-value																	0.
STSS total	Pearson's r																	0.
	p-value																	0.

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$