

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra Psychologie**



# **Diplomová práce**

Eva Ďurčeková

**Posttraumatický rozvoj u profesionálních hasičů**

**The Posttraumatic Growth of the Professional Fire Fighters**

Praha 2013

Vedoucí práce: prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. PhDr. Vladimírovi Kebzovi, CSc., za odborné vedení mé diplomové práce, za jeho cenné rady a podněty. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Evě Biedermannové, která mi pomohla se zorientovat na poli hasičské psychologie a byla mi nápomocná při realizování empirické části práce. Můj veliký dík patří všem profesionálním hasičům, kteří byli ochotni mi věnovat svůj čas a podílet se na mém výzkumu. Na závěr děkuji Mgr. Marku Vrankovi za konzultování postupů statistického zpracování dat.

*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. 2013*

.....  
*Eva Ďurčková*

## **Abstrakt:**

Diplomová práce se zabývá posttraumatickým rozvojem u skupiny profesionálních hasičů. Teoretická část práce pojednává o modelech posttraumatického rozvoje a o faktorech, které proces posttraumatického rozvoje ovlivňují. Součástí diplomové práce je také pojednání o psychologických aspektech výkonu profese hasiče.

Empirická část práce vychází z použití české verze dotazníkové metody „Posttraumatic Growth Inventory“. Jedná se o dotazník, který zjišťuje úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje v pěti oblastech, kterými jsou silné stránky jedince, nové možnosti, vztahy s druhými, porozumění životu a změna v duchovní oblasti. Na výzkumném vzorku sestávajícím ze 100 profesionálních hasičů byl ověřován vztah mezi posttraumatickým rozvojem a dalšími aspekty života respondentů.

Výzkum přinesl následující zjištění. Rodinný stav, skutečnost, zda respondent má děti či ne, délka doby, která uplynula od prožití náročné události, subjektivně vnímaná náročnost události, úroveň zažívaného distresu, psychické pohody, chování typu A, kognitivní nezdolnost jedince, strategie zvládnání zátěže „negativní pohled“, „zaměřenost na problém“ a „minimalizace hrozeb“ nesouvisí s úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje. Věk respondenta, velikost pracovního kolektivu, počet odsloužených let u HZS ČR, typ prožité události, sociální opora okolí a strategie zvládnání „pozitivní pohled“ ovlivňují úroveň posttraumatického rozvoje jedince v rámci zkoumaného souboru respondentů.

## **Klíčová slova:**

traumatická událost, posttraumatický rozvoj, profesionální hasič

## **Abstract:**

This diploma thesis is focusing on the posttraumatic growth in professional fire fighters. The theoretical part deals with models of the posttraumatic growth and factors which affect this process. Another constituent of the work is a treatise about psychological aspects of the fire fighter job execution.

One section of the work, the empirical section, is based on the Czech version of a questionnaire method called “Posttraumatic Growth Inventory “. It is a questionnaire that discovers the level of achieved posttraumatic growth in 5 areas; personal strength, new possibilities, relating to others, appreciation of life and spiritual change. The research sample that consisted of 100 professional firemen verified the relationship between the posttraumatic growth and other aspects of respondents’ lives.

The research showed following discovery. The marital status, the fact if the respondent has a family, the time which passed since experiencing a difficult incident, the subjectively perceived intensity of an event, the level of distress, psychological well-being, behaviour of type A, cognitive resilience of an individual, strategy of bearing the burden of “negative view”, “the concentration on a problem” and “the mineralization of threats” is not connected with the grade of obtained posttraumatic growth. The age of the respondent, size of the working team, number of years served out in HZS ČR, type of the experienced event, social support of the surroundings and the strategy of managing the “positive view” influence the grade of posttraumatic growth of the individual within studied number of respondents.

## **Keywords:**

traumatic event, posttraumatic growth, fireman

# Obsah

Seznam použitých zkratk:	9
Úvod	10
Teoretická část	11
1. Stres, krize, trauma	11
1.1 Stres	11
1.2 Krize	12
1.2.1 Typologie krizí	12
1.2.2 Průběh krize v čase	14
1.3 Trauma	14
1.3.1 Reakce na trauma	17
2. Negativní důsledky traumatu	18
2.1 Akutní reakce na stres	18
2.2 Posttraumatická stresová porucha	18
2.3 Přetrvávající změny osobnosti	19
3. Posttraumatický rozvoj	20
3.1 Vymezení pojmu, terminologie, metody měření	20
3.1.1 Terminologické vymezení	20
3.1.2 Metody měření posttraumatického rozvoje	21
3.2 Modely posttraumatického rozvoje	23
3.2.1 Pojetí Calhouna a Tedeschiho	23
3.2.2 Model Josepha a Linleyho	29
3.2.3 Pojetí Taylorové	31
3.2.4 Janusovská tvář rozvoje	33
3.2.5 Povaha posttraumatického rozvoje	34
3.3 Faktory ovlivňující posttraumatický rozvoj	36
3.3.1 Demografické údaje	36

3.3.2 Osobnostní rysy .....	38
3.3.3 Proměnné na straně traumatu.....	41
3.3.4 Kognitivní zpracovávání události .....	45
3.3.5 Vztah k psychickému zdraví.....	49
3.3.6 Fyzický stav .....	51
3.3.7 Sociální opora .....	52
3.3.8 Víra a spiritualita .....	53
4. Psychologický profil profesionálního hasiče .....	55
4.1 Hasičský záchranný sbor České republiky .....	55
4.2 Podmínky pro přijetí do služebního poměru HZS ČR.....	56
4.3 Výkon služby .....	59
4.4 Zátěžové situace při výkonu profese .....	61
4.5 Duševní zdraví profesionálních hasičů .....	65
4.5.1 Posttraumatická stresová porucha a zažívaný distres .....	65
4.5.2 Posttraumatický rozvoj u profesionálních hasičů .....	67
Empirická část.....	71
5. Cíle výzkumu a formulace hypotéz .....	71
5.1 Cíle výzkumu .....	71
5.2 Výzkumné předpoklady a formulace hypotéz .....	72
6. Výzkumný soubor a sběr dat .....	77
7. Použité metody .....	79
7.1 PTGI-CZ.....	79
7.2 Stress profile .....	81
7.3 Doplnující otázky.....	83
8. Statistická analýza dat.....	84
8.1 Deskriptivní statistika výzkumného souboru.....	84
8.1.1 Sociodemografické proměnné .....	84
8.1.2 Proměnné na straně traumatické události .....	87

8.2 Dotazník PTGI-CZ .....	91
8.2.1 Psychometrická analýza dat .....	91
8.2.2 Deskriptivní statistika .....	93
8.3 Dotazník Stress profile.....	96
8.3.1 Deskriptivní statistika .....	96
8.4 Vnímaná pozitivita a negativita profese.....	100
8.5 Induktivní statistika a testování hypotéz.....	103
Diskuze .....	124
Závěr .....	139
Doporučení pro praxi .....	139
Použitá literatura .....	141
Přílohy.....	154

## **Seznam použitých zkratk:**

CISM = Critical Incident Stress Management

HZS ČR = Hasičský záchranný sbor České republiky

IZS = Integrovaný záchranný systém

JPO = Jednotky požární ochrany

TPP = Tým posttraumatické péče

PTR = Posttraumatický rozvoj

PTS = Posttraumatický stres

PTSP = Posttraumatická stresová porucha

## Úvod

Náročné situace jsou běžnou součástí našich životů, přičemž většina z nás se během svého života setká či setkala s událostí, která může být označena za traumatickou. Domnívám se, že pro psychologii je problematika vyrovnávání se s krizí a mimořádnými událostmi velkým tématem. Dříve se psychologové zabývali převážně negativy, které mohou pramenit ze střetu s neštěstím. Dominoval biomedicínský přístup, který se soustředil na příčiny duševních onemocnění a na způsoby jejich léčby. V posledních letech se odborníci zabývají nejen faktory patogenními, ale svou pozornost obrací také k faktorům salutogenním, tedy podporujícím zdraví a kvalitu života. Vznikla celá nová disciplína - pozitivní psychologie - do níž patří i téma, které je prezentované v předkládané diplomové práci. Mezi odborníky panuje diskuze, zda je oblast pozitivní psychologie opravdu novým oborem, či se jedná o již dávno existující přístup soustředící se na pozitivní prvky vztahu mezi zdravím a nemocí.

Hlavní myšlenkou fenoménu posttraumatického rozvoje je možnost pozitivních změn zažívaných v důsledku náročných událostí. Tato myšlenka je obsažena v lidové moudrosti a v řadě příběhů a pohádek, kdy po překonání nesnází následuje odměna v podobě utužení charakteru, srovnání si priorit a posílení vlastní osoby. Na poli vědecké psychologie se však jedná o téma poměrně nové a na počátku zkoumání. Cílem této diplomové práce je přispět ke komplexnějšímu obrazu jevu posttraumatického rozvoje.

Teoretická část práce seznamuje čtenáře s fenoménem posttraumatického rozvoje, včetně používané terminologie, nástrojů na jeho měření a jeho modelů, které prezentují pojetí jevu z pohledu vybraných odborníků. Dále obsahuje přehled faktorů, které vstupují do procesu posttraumatického rozvoje a jeho vznik mohou facilitovat či znesnadňovat. Druhá část teoretického pojednání se věnuje profesní skupině hasič - záchranář a psychologickým souvislostem výkonu této náročné profese.

Výzkumná část práce se zaměřuje na zjišťování úrovně výskytu posttraumatického rozvoje u profesionálních hasičů a poskytuje základní informace o životním stylu respondentů. Na výzkumném souboru 100 profesionálních hasičů je testována řada hypotéz o vztahu mezi posttraumatickým rozvojem a dalšími proměnnými. Jedná se o sociodemografické údaje, proměnné na straně traumatu a proměnné, které moderují vztah mezi stresem a nemocí. Součástí empirické části diplomové práce je také zprostředkování pohledu profesionálních hasičů na vnímaná pozitiva a negativa jejich profese.

## Teoretická část

### 1. Stres, krize, trauma

Každý člověk během svého života čelí množství nejrůznějších situací a jeho úkolem je vypořádat se s nimi. Některé z těchto událostí jsou nevýrazné a po pár dnech si na ně už ani nevzpomeneme. Jiné mají silný emoční náboj, díky kterému si je uchováváme v paměti na mnoho měsíců, let či po celý život. Může se jednat o události radostné i bolestivé. Náročné momenty lidského života bývají označovány slovy stres, krize a trauma. Tato práce pojednává o pozitivních důsledcích prožití náročné události, a proto bychom na její úvod rádi tyto pojmy definovali.

#### 1.1 Stres

Konflikt, frustrace, emoční a sociální deprivace, nedostatečná či naopak nadměrná stimulace, nadměrné požadavky na výkon, činnost v časové tísní, činnost spjatá s rizikem, očekávání ohrožení, aktivity s nízkou možností kontroly a svobody volby a řada dalších situací významně přispívá ke vzniku psychického stresu (Machač & Macháčová, 1991; Kebza, 2005). Stresem rozumíme „*vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*“ (Křivohlavý, 1994, s. 10). Pojem stres zavedl do odborné terminologie Hans Bruno Selye a definoval jej jako nespécifickou stereotypní odpověď na poškození nebo ohrožení organismu. Tato odpověď se projevuje prostřednictvím **adaptačního syndromu** (GAS, General Adaptation Syndrom). GAS zahrnuje tři stádia: poplachovou fázi, fázi rezistence a nakonec stádium vyčerpání. Během poplachové fáze dochází k narušení vnitřního prostředí organismu. Organismus je vystaven zátěži a v důsledku toho se dostává do stavu šoku a aktivizují se jeho adaptační mechanismy. Ve fázi rezistence si organismus na stresující podnět zvyká a maximálně se na něj adaptuje. V poslední fázi adaptačního syndromu dochází k selhání adaptivní reakce. Působení stresorů je natolik intenzivní, že jsou adaptační a regulační schopnosti jedince nedostatečné a v důsledku toho může dojít až k selhání organismu (Machač & Macháčová, 1991; Špatenková, 2004)

Podnět, který narušuje duševní a tělesnou rovnováhu člověka, se označuje názvem **stresor**. Stresor může přicházet z vnějšího prostředí, anebo jím může být naše myšlenka či obava. Stresory mohou nabývat povahy fyzikální, chemické, psychické či psychosociální

(Praško & Prašková, 2001; Kebza, 2005). Zcela jistě lze určité situace označit za objektivně stresující. Povaha stresoru, jeho intenzita a délka působení určuje, jak velké procento osob, vystavených danému stresoru, bude vykazovat změny na úrovni fyziologické, změny v oblasti myšlení, prožívání a chování. Přesto si můžeme všimnout, že na tutéž situaci nereagují všichni lidé stejně. Psychický stres je důsledkem interakce mezi konkrétním jedincem a konkrétní situací. Do této interakce vstupuje řada proměnných. Na straně jedince se jedná o osobnostní rysy, aktuální psychický stav, životní hodnoty, postoje, názory, vlastní zdroje zvládnutí, dostupnost sociální opory aj. (Machač & Macháčová, 1991).

Významnou roli hraje také to, jakým způsobem jedinec situaci vyhodnotí, neboli jaký význam stresujícímu podnětu přisoudí. Lazarus tento proces nazývá **kognitivním ohodnocením**. Během primárního kognitivního hodnocení zvažujeme, zda pro nás nastala situace představuje ohrožení či ne a případně, jak je toto ohrožení velké. Výsledek primárního hodnocení vyvolá fyziologickou reakci, emoční reakci a tendenci k akci. Následuje sekundární hodnocení, při kterém hodnotíme vlastní možnosti vzhledem k povaze situace. Závěrem sekundárního hodnocení tedy může být zjištění, že nároky prostředí jsou pro jedince zvládnutelné, anebo že jsou příliš velké a současná situace se stává ohrožující. Proměnné na straně jedince a na straně situace tedy rozhodují o tom, zda se jedinec s náročnou situací vyrovná bez následků, anebo zda dojde k narušení fungování organismu jedince a k otřesení jeho sebe-pojetí, systému hodnot, postojů a představ o světě (citováno podle Kebza, 2005).

## 1.2 Krize

Krize je reakcí člověka na náročnou životní situaci. Je to stav, který u jedince vzniká v důsledku střetu s překážkou, kterou není schopen vlastními silami zvládnout v přijatelném čase navyklym způsobem (Vymětal, 1995). Jedná se o subjektivně ohrožující situaci. Krize má velký potenciál změny a obvykle také vede ke změnám v chování a prožívání jedince. Tyto změny mohou být pozitivního i negativního rázu (Vodáčková a kol., 2002). Krize je „*zároveň nebezpečím i příležitostí*“ (Vodáčková a kol., 2002, s. 31).

### 1.2.1 Typologie krizí

Nejnámější klasifikační systém krizí sestavil Baldwin, který jednotlivé typy krizových situací odstupňoval podle jejich závažnosti a podle toho, zda je zdroj stresu vnější či vnitřní (Baldwin, 1978).

- **Situační krize:** Jedná se o událost, která je vyvolána nepředvídatelným stresem. Ve většině případů se jedná o situaci ztráty a její hrozby (ztráta zdraví, blízkého člověka) změny a její anticipace (změna rodinného stavu, pracovní pozice, místa bydliště aj.), anebo situaci volby (např. volby mezi dvěma pracovními místy).
- **Tranzitorní krize:** Jedná se o krizi, která je způsobena očekávanými životními změnami, které vyplývají z procesů růstu a zrání. V určitých obdobích života musí jedinec splnit vývojový úkol a spolu s tím se adaptovat na novou situaci a nové podmínky. Mezi vývojové úkoly patří například osamostatnění se od rodičů, sňatek, založení rodiny, odchod do důchodu aj. Změny vyplývající ze zrání člověka většinou zasáhnou nejen jeho samotného, ale promítají se i do životního cyklu celé rodiny.
- **Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru:** Tento typ krize je způsoben vnějšími faktory velké síly, které jsou neočekávané, a jedinec nad nimi nemá žádnou kontrolu. V důsledku toho je zasažená osoba ochromena a její vyrovnávací strategie jsou oslabeny. Náhlým traumatizujícím stresem mohou být například přírodní katastrofy, válečné události, náhlá ztráta blízké osoby, znásilnění, přepadení, neočekávaná ztráta zaměstnání.
- **Krize vývojové:** Vývojová krize vzniká v důsledku nedořešení krize tranzitorní. Pokud se jedinec v určitém období svého života nebyl schopen vypořádat s vývojovým úkolem, je s ním konfrontován později během života. Její zdárné vyřešení je nezbytné pro další vývoj a pro dosažení emocionální zralosti. Krize pramení z nedořešení některého z následujících témat: závislost na druhých lidech, reagování na autoritu, sexuální identita, schopnost emoční intimity, schopnost sebe-disciplíny aj.
- **Krize pramenící z psychopatologie:** Tento typ krizí se objevuje u osob s některou z psychiatrických poruch (poruchy osobnosti, psychózy, deprese, neurotické obtíže, závislost na alkoholu či drogách). Přítomná psychopatologie může krizi buď vyvolat, nebo bránit jejímu úspěšnému vyřešení.
- **Neodkladné krizové stavy:** Mezi neodkladné krizové stavy patří akutní psychotické stavy, stavy intoxikace, sebevražedné chování, nekontrolovatelná agrese, panická úzkost, stavy disociace apod. V důsledku krizového stavu je u jedince vážně narušeno celkové fungování.

Další možnou typologii uvádí Vymětal (1995), který dělí krize na **vývojové, traumatické, zjevné, latentní, akutní a chronické.**

### 1.2.2 Průběh krize v čase

Krize má povahu procesu a tak je možné postihnout její vývoj. Caplan dynamiku krizové situace popsal v několika fázích (citováno podle Vodáčková a kol., 2002).

- **První fáze:** Jedinec v konfrontaci s náročnou situací začíná pociťovat ohrožení. Zaktivizuje tedy své vyrovnávací strategie a snaží se situaci zvládnout. Jeho snaha nevede k žádoucímu výsledku, což ještě zvyšuje pocity napětí a neklidu.
- **Druhá fáze:** Neúspěch v první fázi vede k nárůstu napětí a k pocitům zranitelnosti a ztráty kontroly nad situací. Osvědčené strategie zvládnání náročných situací selhaly a tak se jedinec snaží řešit situaci metodou pokus-omyl. Pokud se mu nepodaří najít fungující mechanismus, postupuje do další fáze.
- **Třetí fáze:** Dalším krokem je pokus o předefinování krize. Po předefinování krize jedinec zkouší použít již dříve použité strategie s nadějí, že tentokrát budou fungovat. Může se tomu tak stát a v tom případě dochází k návratu na předkrizovou úroveň fungování. V opačném případě nastává čtvrtá fáze.
- **Čtvrtá fáze:** V poslední fázi dochází k celkové dezorganizovanosti osobnosti. Dezorganizovanost provázejí změny na kognitivní, emocionální a psychologické úrovni osobnosti. Zasažená osoba prožívá silnou úzkost, zkreslené vnímání situace, může se uzavřít do sebe nebo vykazovat tendenci k sebevražednému jednání, abúzu alkoholu apod. Pokud se v této fázi nedostane člověku v krizi odborné pomoci, je vážně ohrožena jeho tělesná a psychická integrita.

### 1.3 Trauma

Se stresem se v dnešní době potýká snad již každý člověk, zátěžové situace se stávají běžnou součástí našich životů. Ne každý jedinec se však během svého života potká s událostí tak náročnou, že v něm vyvolá traumatickou odpověď. Psychické trauma vzniká jako důsledek jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace. Situace má přitom následující charakteristiky:

- Příčina stresové situace je vnější
- Situace je extrémně děsivá
- Znamená bezprostřední ohrožení života jedince nebo jeho tělesné či duševní integrity
- Navozuje pocit bezmocnosti (Vizinová & Preiss, 1999; Lucká & Koblíková, 2002)

Traumatická událost je zážitek mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, který má potenciál způsobit silné rozrušení a výraznou stresovou reakci v každém jedinci, který je jí vystaven. Jedná se o situace, které jsou mimo rozsah obecně se vyskytujících zážitků (MKN-10, 2012).

Traumatické události mohou nabývat různých podob. Traumatické události většího rozsahu označujeme jako katastrofy a lze je rozdělit podle povahy události do několika kategorií: katastrofy způsobené člověkem, přírodní katastrofy a kriminální nebo teroristické činy (Praško et al., 2003).

#### **Člověkem způsobené katastrofy:**

- Dopravní neštěstí
- Letecké katastrofy
- Požáry a výbuchy plynů
- Kolapsy budov
- Nukleární katastrofy

#### **Přírodní katastrofy:**

- Povodně
- Vichřice
- Lesní požáry
- Zemětřesení
- Výbuchy sopky
- Laviny

#### **Kriminální nebo teroristické činy (záměrně způsobené člověkem):**

- Kriminální činy
- Sexuální zneužívání
- Teroristické útoky
- Válečné události
- Mučení

Mimořádné události nemusí vždy nabývat povahy katastrofy, mohou zasáhnout jedinou osobu. Individuální neštěstí může mít následující podobu.

- Ztráta blízké osoby
- Dopravní nehoda
- Vážné onemocnění
- Invalidita
- Přepadení
- Znásilnění, aj.

Obecně mají lidé největší obtíže se zpracováním traumatu v případě, že traumatická událost byla způsobená záměrně druhým člověkem. Když si přečteme výčet traumatických událostí, můžeme si také povšimnout, že se jedná o situace, ve kterých je ohroženo lidské zdraví nebo život. Pro jedince je traumatizující jednak ohrožení vlastní tělesné integrity, jednak ohrožení integrity jeho blízkých. Řada výzkumných studií poukazuje na skutečnost, že vysoké riziko vzniku duševní poruchy existuje u osob, které byly fyzicky zraněny, nebo byly konfrontovány s pohledem na zraněné či mrtvé osoby (Desivilya, Gal, & Ayalon, 1996).

Jedinec se s traumatem může setkat v roli zasaženého, v roli přihlížejícího, nebo je jím dotčen prostřednictvím blízké osoby. Psychickou traumatizaci lze tedy rozdělit na tři formy.

O **primární traumatizaci** se hovoří v případě, že je člověk přímým cílem agrese (např. při zranění, znásilnění, mučení). **Sekundární traumatizaci** zažívá jedinec, který má zkušenost s traumatizací jiné osoby. Jedná se mnohdy o osoby blízké (např. rodina přepadeného, nemocného aj.). **Terciární traumatizaci** zažívají často členové pomáhajících profesí. Pomáhající je totiž v přímém kontaktu s primárně či sekundárně traumatizovaným jedincem a prožívá negativní emoce skrze něj. Terciární traumatizace se však netýká pouze záchranářů a terapeutů, do této skupiny patří také svědci události (Slezáčková, 2012).

Samotný proces traumatizace může probíhat dvojím způsobem. První možností je, že traumatizace následuje po jednotlivých, většinou nenadálých událostech, které mají jasný začátek a konec a většinou jsou krátkého trvání (př. přepadení, znásilnění, některé přírodní katastrofy). Psychické trauma však může vzniknout také jako následek opakujícího se nebo dlouhotrvajícího traumatu. Tento druh traumatizace hrozí záchranářům (policistům, hasičům, pracovníkům RZS), kteří jsou opakovaně v práci vystavováni extrémním podmínkám a zážitkům. Případné následky pak zasahují do větší hloubky osobnosti, než je tomu v prvním případě (Kohoutek & Čermák, 2009).

### 1.3.1 Reakce na trauma

Traumatická událost je situací, ve které člověk zažívá pocity hrůzy, bezmoci a absolutní ztráty kontroly nad děním kolem něj. Jedinec čelí hrůze a není v jeho možnostech na situaci smysluplně zareagovat. Událost se stává pro jedince traumatickou v okamžiku, kdy překročí schopnost člověka vyrovnat se s ohrožením a situaci emočně zvládnout. Psychické a biologické adaptační mechanismy jedince jsou střetem s mimořádnou událostí poškozeny. Traumatická reakce je pak odpovědí na totální bezmocnost jedince v ohrožující situaci. V reakci na mimořádnou událost se u jedince setkáme s řadou projevů, mezi které patří nadměrné vzrušení, intruzivní příznaky, příznaky stažení se aj. (Praško et al., 2003; Vizinová & Preiss, 1999).

Situace vážného ohrožení v jedinci spouští automatické reakce, nad nimiž nemá zasažený ve většině případů vědomou kontrolu. Jedinec může vykazovat aktivní reakce typu **útek** nebo **útok**, anebo pasivní reakci tzv. „mrtvého brouka“ neboli **ustrnutí**. Pro aktivní reakci je typické výrazné prožívání emocí, objevují se emoce smutku nebo zlosti, psychomotorický neklid, překotné tempo řeči, výrazná mimika, agresivní projevy, zrychlení fyziologických procesů. Pasivní reakce se vyznačuje celkovou ztuhlostí jedince, minimální mimikou, minimálním projevem emocí, prožitky derealizace a depersonalizace, sníženou schopností vnímat svoje tělo, zpomalením fyziologických procesů aj. (Lucká & Koblíková, 2002). Během traumatické události může dojít také k rozvoji disociativních procesů, které spočívají v dezorganizaci vnímání, paměti, emocí a jednání. Po opadnutí stádia šoku dochází u zasažené osoby ke znovuprožívání traumatické události. Dále můžeme pozorovat vyhýbavé chování a známky psychického popření. Výše zmíněné projevy trvají několik hodin až dnů. Jedná se o normální reakce na mimořádně náročnou situaci. V ideálním případě dojde u jedince časem k zotavení, tzn., že se symptomy objevují méně často, až úplně vymizí. Pokud se proces vyrovnávání nezdaří, traumatická reakce vyústí v traumatický proces a hrozí vznik duševní poruchy (Bering, Schedlich, Zurek, Kamp, & Fischer, 2008; Kohoutek & Čermák, 2009).

## 2. Negativní důsledky traumatu

V důsledku prožití traumatizující situace může u zasažené osoby dojít k rozvinutí duševní poruchy. V MKN-10 můžeme najít kategorii **F 43: Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení**, pod níž spadá akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha a poruchy přizpůsobení. Jedná se o poruchy, které vznikají jako přímý důsledek akutního těžkého stresu nebo traumatu (MKN-10, 2012). Zmíněné poruchy nejsou automatickou reakcí na mimořádnou událost, k jejich rozvinutí dojde pouze u disponovaných osob.

### 2.1 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres (**F43.0**) je diagnostickou jednotkou v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Jedná se o okamžitou odpověď na mimořádně výjimečný fyzický nebo duševní otřes. Příznaky akutní reakce na stres přetrvávají jen po dobu několika hodin, poté odeznívají. Akutní reakce na stres se většinou projevuje v následujícím cyklu. Na začátku dochází k ustrnutí až ke stuporu, k zúžení vědomí a pozornosti, neschopnosti chápat podněty a k dezorientaci. Na tento stav může nasedat další otupění, stažení se do sebe a odklon od situace. Jinou variantou je, že ustrnutí se přemění v agitaci a hyperaktivitu. Celou reakci provází vegetativní příznaky, jakými jsou například tachykardie, pocení, červenání se, chvění aj. (Raboch & Zvolský et al., 2001).

### 2.2 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (**F43.1**) vzniká jako opožděná nebo protrahovaná reakce na mimořádně stresující událost. Rozvíjí se do šesti měsíců od prožití události, ve výjimečných případech se mohou symptomy objevit až po několika letech od mimořádné události. Posttraumatická stresová porucha se projevuje znovuprožíváním traumatické události ve vtíravých vzpomínkách („flashbacks“), snech a nočních můrách. Dalším příznakem je vyhýbání se činnostem, situacím a místům, které prožitou událost něčím připomínají. U zasažené osoby dochází ke ztrátě pozitivních emocí, objevují se pocity otupělosti, emoční oploštělosti, anhedonie a deprese. Jedinec se vyhýbá příjemným aktivitám a straní se druhých lidí. Dalšími symptomy jsou zvýšená podrážděnost, přehnané úlekové reakce, psychomotorický neklid, výbuchy agresivního chování, potíže se spánkem, s pamětí

a soustředěním (MKN-10, 2012; Praško et al., 2003). Prevalence PTSP v běžné populaci je 1 - 9% (Raboch & Zvolský et al., 2001).

### **2.3 Přetrvávající změny osobnosti**

Neléčená posttraumatická porucha může vyústit v nevratnou změnu osobnosti. Jedná se o diagnózu **F62.0: Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti**. Poruchu charakterizuje nepřátelský nebo nedůvěřivý postoj ke světu, sociální stažení se, pocity prázdnoty, beznaděje a odcizení. Změny musí být přítomny nejméně po dobu 2 let (MKN-10, 2012).

### 3. Posttraumatický rozvoj

#### 3.1 Vymezení pojmu, terminologie, metody měření

V předchozí kapitole jsme uvedli možné negativní důsledky prožité traumatické události. Odborníci však stále častěji přicházejí s výzkumy, které dokazují, že mimořádné události mohou mít také pozitivní vliv na osobnost zasaženého i na jeho následující život. Pozitivní změny, ke kterým dochází v důsledku vyrovnávání se s traumatickou událostí, jsou souhrnně označovány termínem **posttraumatický rozvoj**.

Koncept posttraumatického rozvoje je ve vědecké oblasti tématem poměrně mladým. Výzkumníci se jeho systematickým bádáním zabývají teprve od 20. století, přičemž s největším zájmem se setkáváme od 80. let 20. století. Myšlenka, že vyrovnávání se s negativními událostmi může vyústit v prožívání něčeho pozitivního, je však známá již od nepaměti a můžeme se s ní setkat v učení mnoha filosofů a vědců (Yalom, Frankl, Maslow, Kierkegaard, Dohneweld) a také v myšlenkách několika světových náboženství (Budhismus, Křesťanství, Islám) (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 2004; Joseph & Linley, 2008). Nejznámějšími vědci, kteří se zabývají tématem posttraumatického rozvoje, jsou Tedeschi a Calhoun (USA) a Joseph a Linley (UK). Výzkumné studie na dané téma realizují odborníci po celém světě. Za Českou republiku můžeme zmínit Mareše, autora přehledových studií o posttraumatickém rozvoji (2008, 2009) a knižní publikace (2012) a Slezáčkovou, která se zabývá posttraumatickým rozvojem u rodičů onkologicky nemocných dětí (2009, 2012).

##### 3.1.1 Terminologické vymezení

Posttraumatický rozvoj - „**Posttraumatic Growth**“ - je v současné době nejpoužívanějším termínem pro popis pozitivních změn, které mohou nastat v důsledku vyrovnávání se s traumatickou událostí (dále PTR). Autorem termínu jsou průkopníci v této oblasti bádání Tedeschi a Calhoun. V zahraniční literatuře se můžeme setkat s dalšími termíny, které pojmenovávají změny k lepšímu. Tato pojmenování bývají zpravidla součástí teorií, které nabízejí různá pojetí téhož jevu, tedy PTR. V literatuře se můžeme nejčastěji setkat s následujícími termíny (Tedeschi & Calhoun, 2004).

- **Vnímaný přínos** - perceived benefits (Calhoun, Tedeschi)
- **Rozvoj iniciovaný prožitým nebezpečím** - adversarial growth (Linley, Joseph)

- **Rozvoj navozený stresem** - Stress-related growth (Park, Cohen, Murch)
- **Pozitivní psychologické změny** - positive psychological changes (Yalom, Lieberman)
- **Rozkvět** - flourishing (Ryff, Singer)
- **Prospívání** - thriving (O`Leary, Ickovics)
- **Pozitivní iluze** - positive illusion (Taylor)

### 3.1.2 Metody měření posttraumatického rozvoje

Stejně jako se v zahraničních výzkumech můžeme setkat s rozličnou terminologií, odborníci používají také různé metody na měření PTR.

#### Kvantitativní metody

- **Posttraumatic Growth Inventory (PTGI):** Jedná se o nejčastěji používaný nástroj k měření posttraumatického rozvoje. Inventář se skládá z 21 položek a jeho vyplněním získáme celkový skóre PTR a dílčí skóre jednotlivých dimenzí rozvoje. Jedná se o 5 dimenzí: vztahy s druhými lidmi, nové možnosti, silné stránky jedince, změna v duchovní oblasti, porozumění životu. Respondent každou položku ohodnotí pomocí 6ti bodové škály (0-5). Rozpětí dosažených hodnot se pohybuje mezi 0 a 105. Vnitřní konzistence metody je 0,9, test-retestová reliabilita měřená po 2 měsících činí 0,71 (Tedeschi & Calhoun, 1996).
- **Changes in Outlook Questionnaire (CiOQ):** Tento dotazník je prvním nástroj, který byl vyvinut pro měření jak pozitivních, tak negativních změn následujících po prožití mimořádné události. Skládá se z 26 položek, 11 z nich měří výskyt pozitivních změn („Nyní si mnohem více považuji vztahů s druhými lidmi.“) a 15 položek zjišťuje negativní změny („Už se netěším na to, co mi přinese budoucnost“). Jedinec s uvedenými výroky souhlasí na 6ti bodové škále (1-6). Autoři dotazníku uvádí vnitřní konzistenci pro škálu pozitivních změn 0,83, pro škálu negativních změn 0,90 (Joseph, Williams, & Yule, 1993). K dispozici je i zkrácená verze tohoto dotazníku obsahující 10 položek (Joseph, Linley, Shevlin, Goodfellow, & Butler, 2006).
- **Perceived Benefit Scale (PBS):** Škála obsahuje 30 položek týkajících se pozitivních změn (0-120) a 8 souvisejících s negativními změnami (0-32). Každý výrok může být ohodnocen na 5ti bodové škále (0-4). Pozitivně laděné položky mohou být rozděleny do 8mi škál: posílení sebe-účinnosti (self-efficacy) („Tato událost ze mě udělala silnějšího člověka“), „zvýšení pocitu sounáležitosti („Díky této události jsem si bližší

se svými sousedy“), zvýšení duchovna („Díky této události mám silnější víru v boha“), zvýšení soucitu („Protože jsem prožil tuto událost, jsem nyní více soucitný vůči lidem v podobné situaci“), zvýšení důvěry v lidi („Tato událost mě naučila, jak mohou být lidé dobří“), změna v životním stylu („V důsledku této události žiji více okamžikem“), posílení rodinné blízkosti („Tato událost mě naučila, že mě moje rodina miluje“), materiální zisk („V důsledku události jsem získal majetek“). Vnitřní konzistence dotazníku pro škálu pozitivních změn se pohybuje v rozmezí 0,73 - 0,93 a koeficient test-retestové reliability měřená po 2 týdnech nabývá hodnot 0,66 - 0,97. Odpovídající informace ke škále negativních změn nebyly uvedeny (McMillen & Fisher, 1998).

- **Stress Related Growth Scale (SRGS):** Jedná se o škálu o 50ti položkách, které jsou formulovány kladně a respondent se s nimi ztotožňuje na 3 bodové škále (0-2). Vnitřní konzistence škály je 0,94, test-retestová reliability měřená po 2 týdnech dosahuje hodnoty 0,81 (Park, Cohen, & Murch, 1996).
- **Thriving Scale (TS):** Tato metoda obsahující 20 položek vznikla upravením položek dříve uvedených dotazníků - Stress Related Growth Scale (15) a Posttraumatic Growth Inventory (3) a přidáním 2 originálních položek. Možné odpovědi se pohybují na 5ti bodové škále (0-4). Škála nabízí informace jednak o celkovém skóru dosaženého rozvoje, jednak o výsledcích v 8mi škálách. Jedná se o škály: ocenění rodiny, ocenění života, ocenění přátel, získání pozitivního postoje, osobní síla, posílení spirituality, empatie, trpělivost. Vnitřní konzistence dotazníku činí 0,92 (Abraído-Lanza, Guier, & Colón, 1998).

### **Kvalitativní metody**

- Rozhovor,
- Psaní deníku
- Vyprávění příběhů aj. (Mareš, 2009)

## 3.2 Modely posttraumatického rozvoje

### 3.2.1 Pojetí Calhouna a Tedeschiho

Posttraumatický rozvoj je zážitek pozitivní změny, který se u jedince může objevit v důsledku vyrovnávání se s traumatickou událostí a jejími důsledky. Do procesu posttraumatického rozvoje vstupuje řada proměnných a samotný proces má určitou posloupnost. Na obrázku č. 1. je znázorněn model posttraumatického rozvoje tak, jak ho chápou Calhoun a Tedeschi (2004, 2006). Autoři operují s následujícími pojmy: **osobnost před traumatem, traumatická událost, zvládání negativních emocí, ruminace, sebe-odhalení, sociální opora, životní moudrost.**

Na začátku procesu stojí **mimořádná událost**, která nečekaně vstupuje do života jedince. Je důležité zmínit, že v koncepci Calhouna a Tedeschiho, a podle jejich vzoru i ostatními odborníky zabývajícími se tématem PTR, jsou termíny stresující událost, krize a trauma vnímány jako synonyma. Na tomto místě je třeba namítnout, že existuje řada stresorů v oblasti práce, interpersonálních vztahů, stresorů chemických, biologických a fyzikálních, které jsou stresory, ale nejsou způsobeny traumatickým zážitkem (Kebza, 2005). Přestože však Calhoun a Tedeschi ve své koncepci uvádí, že výše uvedené pojmy používají jako synonyma, významná většina empirických studií zjišťuje výskyt PTR v důsledku prožití událostí, které nabývají povahy traumatu, jakými jsou např. úmrtí blízkého člověka, násilné přepadení, válečný konflikt aj. Domnívám se, že autoři koncepce staví pojmy na stejnou úroveň z toho důvodu, že vychází z transakčního pojetí stresu, kdy je to jedinec sám, kdo rozhoduje o náročnosti prožité události.

Autoři trauma přirovnávají k psychickému zemětřesení, které otřese základy jedincova vnímání sebe a světa okolo něj. Není tedy natolik důležité, o jakou mimořádnou událost se jedná, zásadní význam má to, zda má událost potenciál zpochybnit základní životní přesvědčení a předpoklady zasažené osoby a vzbudit v ní prožívání výrazného emocionálního distresu (Calhoun & Tedeschi, 1999). Každý člověk má tzv. svět předpokladů - v zahraniční literatuře se objevují pojmy „**assumptive word**“ (Janoff-Bulman & Frieze, 1983), „**global meaning**“ (Park & Folkman, 1997), „**worldview**“ (Calhoun & Tedeschi, 1999), „**inner world**“ (Janoff-Bulman, 2006) aj. Svět předpokladů obsahuje všeobecný souhrn názorů, přesvědčení a předpokladů o světě a o tom, jak funguje dění v něm. Pomocí těchto předpokladů se jedinec rozhoduje ve svém konání a také mu pomáhají porozumět tomu, co se kolem něj děje a proč se to děje (Tedeschi & Calhoun, 2004; Janoff-Bulman, 2006).

Traumatická událost je jakousi výzvou, která těmito základními předpoklady otřese nebo je dokonce zcela rozbije a v důsledku toho je životní rovnováha jedince výrazně narušena. Jedincovy předpoklady o benevolenci, kontrolovatelnosti a předpověditelnosti světa stejně tak jako představa o tom, že on sám je v tomto světě v bezpečí, jsou zpochybněny. Zasažená osoba se pak dostává do bodu, kdy stará přesvědčení již neplatí, ale nová ještě nejsou vytvořena. Tato situace s sebou přináší velké množství **nepříjemných emocí**, jako je hněv, strach, úzkost, stud aj. (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 2004).

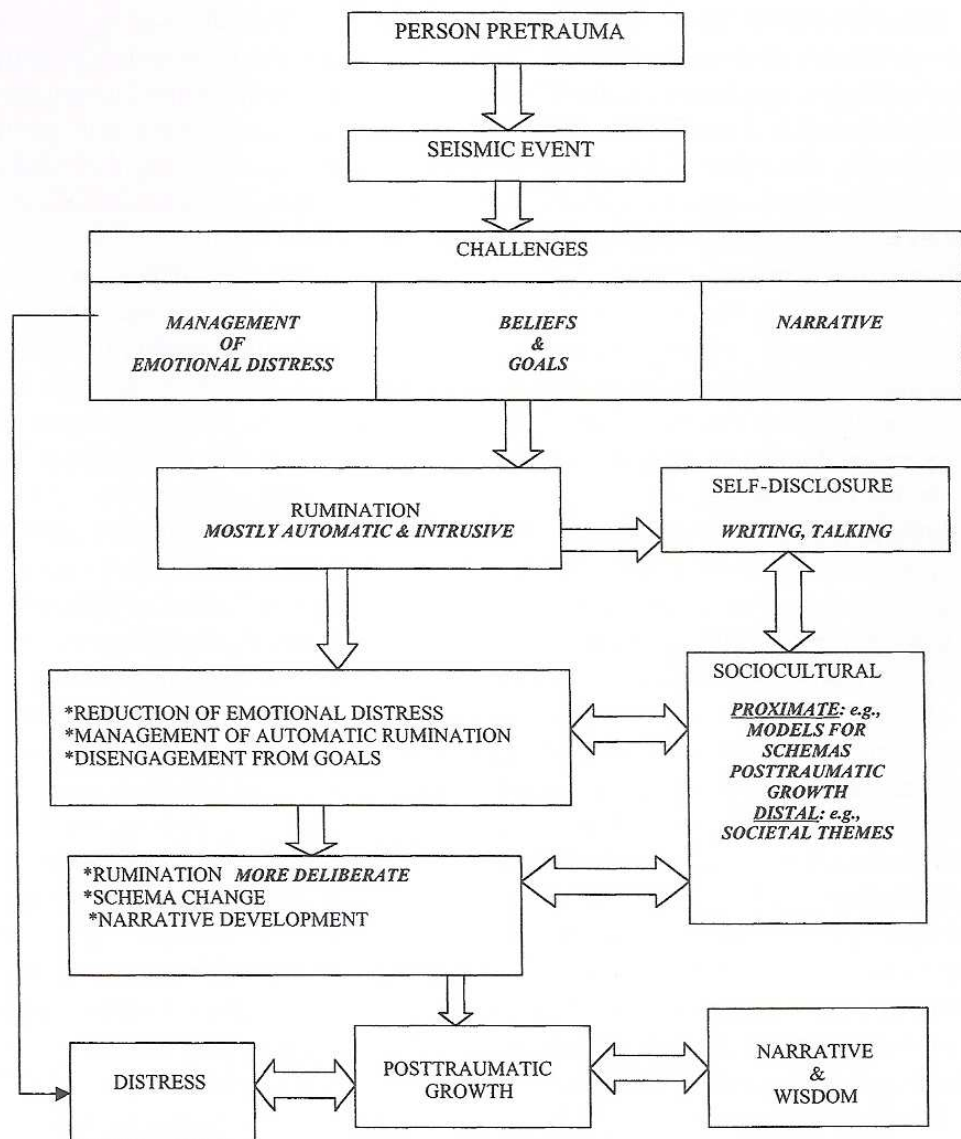


FIGURE 1.1. A comprehensive model of PTG.

Obrázek č. 1: Model PTR Calhouna a Tedeschiho

Zpochybnění původních předpokladů doprovázené výrazným emočním distresem vede k rozjetí procesu **kognitivního zpracování události** a k restrukturalizaci původních předpokladů a přesvědčení. Calhoun a Tedeschi přirovnávají tento proces k přebudovávání a rekonstrukci domu poničeného zemětřesením. Názory a přesvědčení, které se v období před mimořádnou událostí zdály být pravdivými, se najednou ukazují jako neaktuální a nepoužitelné. Dřívější cíle a smysl života jsou najednou nedosažitelné. Původní vidění světa není schopné pojmout to, co se jedinci přihodilo. Cílem kognitivního zpracování je vytvořit si novou sadu přesvědčení, názorů a cílů, která bude schopna pojmout zkušenost zasaženého a díky které jeho život získá nový smysl a řád. Nový smysl a řád vede k obnovení kognitivní rovnováhy a zmírnění prožívaného distresu. Kognitivní proces mívá často podobu **ruminace**, tj. opakujících se myšlenek. Na počátku kognitivního procesu se objevují vtíravé myšlenky a představy, které vnímá jedinec jako nežádoucí a jsou pro něj velice stresující. Postupem času se intruzivní ruminace může přeměnit v záměrné přemítání nad událostí. Záměrné zabývání se prožitým traumatem a jeho vlivem na současný život je vedeno snahou o to pochopit, proč se událost stala a najít v ní smysl a srozumitelnost. Záměrná ruminace již není tolik spojena s prožíváním negativních emocí a vede velice často právě k posttraumatickému rozvoji (Calhoun & Tedeschi, 1999; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Traumatická událost vyvolává v zasažené osobě řadu negativních emocí. Negativní emoce a negativní důsledky traumatu nejsou smazány skutečností, že jedinec prožívá PTR. Calhoun a Tedeschi ve své koncepci zdůrazňují, že zážitek PTR může koexistovat s prožíváním negativních emocí a určitá míra distresu je dokonce nezbytná pro to, aby mohlo k PTR dojít. Traumatická událost není vnímána jako něco pozitivního a žádoucího, pouze benefity, které vzešly z vyrovnávání se s událostí, mohou být vnímány pozitivně (Calhoun & Tedeschi, 1999).

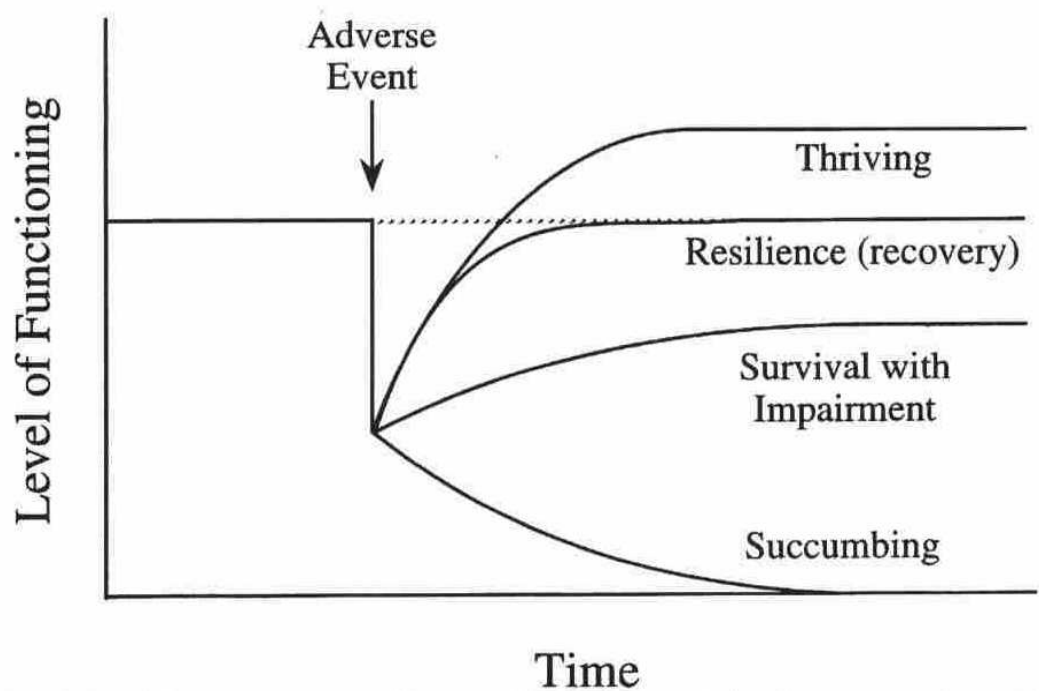
Dalším faktorem, který ovlivňuje proces PTR je **sociální opora** okolí. Blízcí zasažené osoby mohou jedinci zprostředkovat svůj pohled na mimořádnou událost, mohou ho vyslechnout a hovořit s ním o události, mohou reagovat na případné objevující se známky PTR. Klíčovým faktorem je však povaha reakcí. Okolí jedince může svým počínáním PTR buď usnadnit, anebo zcela znemožnit. Pokud má jedinec ve svém okolí někoho, kdo ho vyslechne a podpoří, kdo pozitivně reaguje na jeho otevřenost a na případné známky objevujícího se PTR, může mu to velice pomoci ve facilitaci PTR. Dalším facilitátorem PTR je přítomnost vzoru PTR. Pokud jedinec zná nebo se setká s někým, kdo prožil životní krizi

a v jejím důsledku zažil nějaké benefity, může to pro něj být velkou inspirací a povzbuzením (Calhoun & Tedeschi, 2006; Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010).

Nejbližší okolí zasaženého jedince patří do **tzv. proximální kultury**. Na jedince však působí také **tzv. distální kultura**. Pojmem distální kultura jsou míněny větší společenské celky, jakými jsou například jednotlivé státy. V každé zemi se můžeme setkat s poněkud odlišným přístupem k tématům krize, jejích důsledků a jejího zvládnutí. Vypráví se v dané kultuře příběhy o náročných událostech a o tom, jak se k nim postavit? Mluví se o krizových situacích jako o možnostech pro změnu k lepšímu nebo jsou vnímány výhradně negativně? Celkové ladění společnosti, ve které jedinec vyrůstá a následně se v ní potýká s traumatem a jeho následky, výrazně ovlivňuje podoby a úroveň dosaženého PTR (Calhoun et al., 2010).

Poslední proměnnou v modelu Calhouna a Tedeschiho (2004, 2006) je **moudrost**. Autoři předpokládají, že u jedinců spolu s dosažením PTR dochází také ke zvýšení životní moudrosti. Po prožití životní krize jsou lidé více schopni akceptovat paradoxy života a k základním otázkám lidské existence přistupovat s větší otevřeností a úctou (Calhoun & Tedeschi, 1999).

PTR tedy nevzniká automaticky tím, že člověk prožije traumatickou událost, je výsledkem aktivního vyrovnávání se s událostí a jejími dopady. Mimořádná událost otřese jedincem a jeho světem a jsou 4 možnosti, jak může setkání s traumatem dopadnout (obr. č. 2). První možností je, že jedinec nepříznivé události podlehne a jeho další život se podobá spíše přežívání (**succumbing**). Druhá varianta je v podstatě mírnější verze té první, zasažená osoba po zbytek života pociťuje trvalé negativní změny (**survival with impairment**). Další možností je, že se jedinec po čase navrátí na původní úroveň fungování, tento návrat může být rychlý nebo pozvolný (**recovery**). Posledním vyústěním střetu s mimořádnou událostí je, že se jedinec v důsledku náročného a bolestivého procesu restrukturalizace dostává nad úroveň dosavadního psychologického fungování, rozvíjí se nad svou dosavadní adaptační úroveň, tedy zažívá PTR (**thriving**) (O'Leary & Ickovics, 1995, citováno podle Carver, 1998).



**Obrázek č. 2: Potenciální odpovědi na trauma**

Posttraumatický rozvoj je významná pozitivní změna v kognitivním a emočním životě jedince, která může mít vnější projevy ve změně chování. Tedeschi a Calhoun na základě analýzy kvalitativních dat rozpoznali 3 hlavní oblasti, ve kterých dochází ke změně. Jedná se o kategorie: **změny ve vnímání sama sebe, změny ve vztazích s druhými lidmi a změny v životní filosofii** (Calhoun & Tedeschi, 1999, 2006).

- **Vnímání sebe:** Traumatická událost jedinci ukáže, že je zranitelnější, než si myslel. Přichází uvědomění, že svět není bezpečné a předvídatelné místo a že se v něm dějí i špatné věci. S tímto uvědoměním přichází strach a úzkost, ale zároveň i korekce předchozích neadekvátních představ o absolutní bezpečnosti a předvídatelnosti světa a dění v něm. Jedinec si uvědomí nejenom svou zranitelnost, ale i svou sílu. Zvládnul se vyrovnat s životní krizí a to mu může dát pocit, že když zvládnul tuto událost, zvládne vše, co mu další život přinese. Jedinec si ověřil, že se na sebe může spolehnout, získal větší sebejistotu a sebedůvěru. Při vyrovnávání se s událostí si osvojil nové role, kompetence a dovednosti. Může dojít také k objevení nových zálib a k rozpoznání nových příležitostí pro další život.

- **Vztahy s druhými:** Přesto, že krize může mít na vztahy s druhými negativní vliv, signifikantní množství osob uvádí, že v důsledku prožité události u nich došlo k posílení vztahů s druhými lidmi. Uvědomili si důležitost vztahů a zároveň jejich křehkost. Zaznamenali nárůst blízkosti a intimacy, cítí se ve vztazích více svobodní, uvolnění a upřímní. Jsou schopni se více otevřít, mluvit o svých pocitech a názorech beze strachu. Jako pozitivum také vnímají větší schopnost empatie a soucítění s druhými lidmi a jejich neštěstím.
- **Životní filosofie:** Lidé, kteří prožili náročnou událost, často uvádí, že si v jejím důsledku uvědomili, že život není samozřejmostí. Rozpoznali, co je v jejich životě opravdu důležité a nastalo u nich přehodnocení priorit. Nyní si více váží svého života a maličností všedního dne. Vztahy s druhými a rodinné vazby se pro ně stávají prioritou, kariéra a peníze ztrácejí na významu. Někteří jedinci také nachází víru nebo u nich dochází k prohloubení stávající víry. Více si pokládají existenciální otázky a zamýšlejí se nad smyslem života a bytí.

Pomocí faktorové analýzy autoři později rozlišili 5 domén PTR (Tedeschi & Calhoun, 1996).

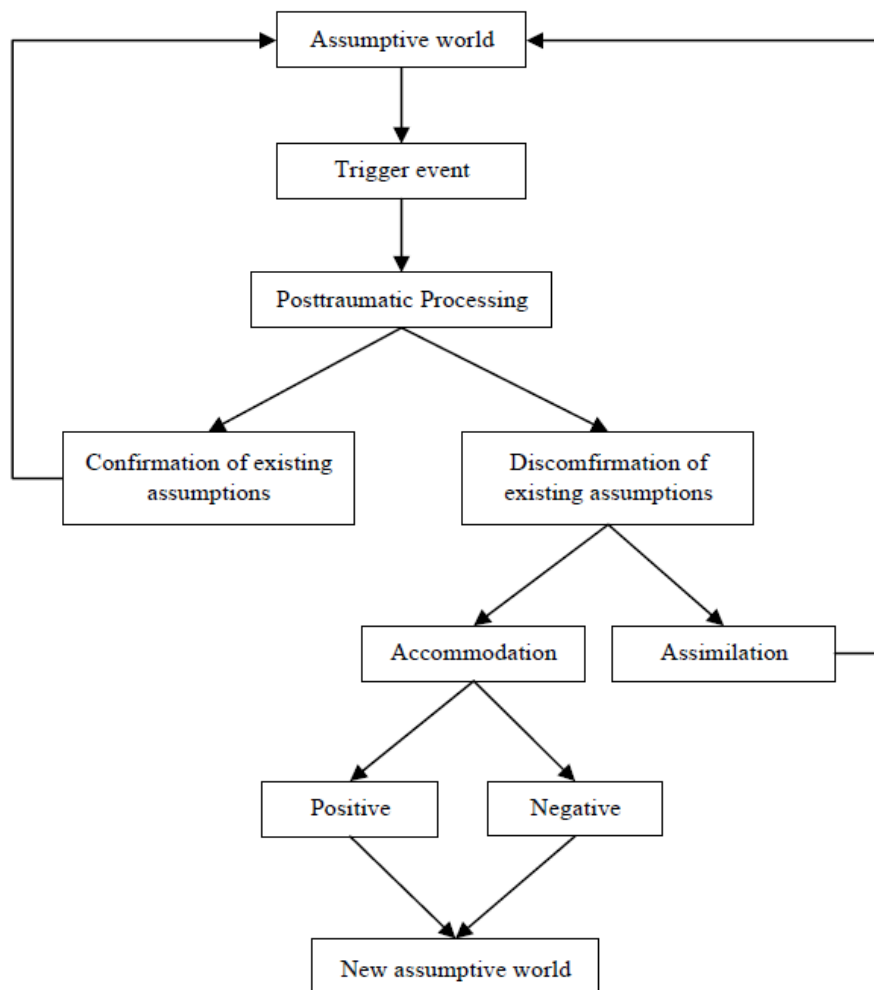
- Vztahy s druhými lidmi
- Nové možnosti
- Silné stránky jedince
- Změna v duchovní oblasti
- Porozumění životu, ocenění života

Model PTR Calnoura a Tedeschiho je velice propracovaný a autoři na něm stále pracují a zdokonalují ho. Někteří odborníci však mají vůči prezentovanému modelu námitky. Kritika je směřována například na proměnné uváděné v modelu, které jsou dle Maerckera a Zoellnerové (2004) dvojznačné a dají se jen těžko operacionalizovat a následně empiricky potvrdit. Odborníci se také komplexně zamýšlejí nad jevem PTR, jeho validitou, validitou jeho zkoumání, nad proměnnými, které do jeho procesu vstupují a nejsou zmiňovány Tedeschim a Calhounem a přicházejí s řadou doporučení (Park, 2004; Stanton & Low, 2004; Wortman, 2004; Park & Helgeson, 2006).

### 3.2.2 Model Josepha a Linleyho

Joseph a Linley jsou autory „**Organismicko - hodnotící teorie adaptace na ohrožující událost**“ (Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity). Jedná se o teorii adaptace na ohrožující událost, která spojuje teorie posttraumatického stresu a posttraumatického růstu (Joseph & Linley, 2005, 2008). Teorii schematicky znázorňuje obrázek č. 3. (Joseph, 2009).

Figure 1. Organismic valuing theory of growth following adversity



Obrázek č. 3: Organismicko hodnotící teorie adaptace

Stejně jako v předešlém modelu, i v této teorii se vychází z traumatické události, která otřese přesvědčeními zasažené osoby. Jsou zpochybněny předpoklady ohledně jedince

samotného, jeho osobního i profesionálního života, je zpochybněn dosavadní názor, že svět je bezpečným místem. Jedinec se cítí otřesen a snaží se získat ztracenou rovnováhu pomocí kognitivního a emocionálního zpracovávání události. Objevuje se reakce na prožité trauma, která probíhá v následující posloupnosti: **kognitivní zhodnocení události - emocionální stav - coping - nové hodnocení**. V rámci zpracovávání traumatu mohou být informace související s traumatem (stalo se mi něco špatného, svět je nebezpečným a nepředvídatelným místem, apod.) zpracovány dvěma způsoby a to prostřednictvím procesu asimilace či akomodace (Joseph & Linley, 2005).

Nejprve můžeme u zasažených osob pozorovat pokusy o asimilaci, tedy o začlenění nových informací do stávajícího souboru přesvědčení. Používají k tomu nejrozličnější strategie, např. jedinec se snaží omlouvat chování viníků události (nemohou za to, jejich rodiče se k nim chovali špatně), dávají situaci za vinu oběti události (neměla chodit tou temnou uličkou), pokouší se ignorovat či negovat informace, které jsou v rozporu s jejich původními názory, popřípadě se snaží bagatelizovat závažnost prožité události. To vše dělají proto, aby nemuseli akceptovat nové informace vyplývající z prožitého traumatu a aby nemuseli přizpůsobovat svá přesvědčení nové realitě (Payne, Joseph, & Tudway, 2007). Joseph a Linley uvádí, že traumatizovaní jedinci se budou pravděpodobně nejprve snažit uchovat si svá pretraumatická přesvědčení, protože je to rychlejší a jednodušší cesta ke zpracování události a představa, že by se museli vzdát svých názorů, je děsivá. Přes tyto snahy mají často pocit nevyřešených záležitostí a to je posouvá k procesu akomodace (Joseph & Linley, 2005).

Proces akomodace spočívá v tom, že předchozí pohled na sebe samého a na svět musí být poupraven ve světle prožité události a to tak, že daná událost musí být začleněna do vnitřního světa jedince. Pohled na svět může být změněn pozitivním nebo negativním směrem (Joseph & Linley, 2005, 2008).

Organismicko - hodnotící teorie adaptace na ohrožující událost tedy předpokládá, že zpracovávání traumatické události může mít **3 možná vyústění** (Joseph & Linley, 2005).

- 1) Zážitky jsou asimilovány a jedinec se navrátí na stejnou úroveň, ve které se nacházel před prožitím traumatu. Skutečnost, že jedinec nadále operuje s původní sadou přesvědčení - svět je bezpečný, nemůže se mi nic stát - navzdory důkazu, že skutečnost je jiná, napovídá tomu, že si vyvinul rigidní způsoby obrany, které mohou být snadno rozbity příští náročnou událostí. Jedinec se nyní stává mnohem zranitelnějším vůči další traumatizaci.

- 2) Zkušenosti vedou k negativní akomodaci. Pohled na svět je upraven a nová přesvědčení - svět je náhodný a nespravedlivý - jsou doprovázena pocity beznaděje a bezmoci a mohou vést až k rozvoji psychopatologie.
- 3) Zkušenosti jsou pojaty pozitivním způsobem a vedou k zvýšení psychického well-beingu a k PTR.

U zasažených osob, u kterých došlo k procesu asimilace, se nemusí jednat o konečné řešení. Časem může dojít k postupnému přehodnocování názorů na svět. Je však vysoce nepravděpodobné, že by se všechna přesvědčení měnila najednou. Z tohoto důvodu si můžeme povšimnout, že někteří jedinci si část svých původních přesvědčení ponechají a část pozmění. U někoho si zase můžeme povšimnout souběžného realizování pozitivní a negativní akomodace (Payne et al., 2007).

Hlavní myšlenkou organismicko - hodnotící teorie je, že lidé jsou ze své podstaty motivováni a poháněni k tomu, aby se snažili o dosažení well-beingu a pocitu naplnění v životě a pokud je tato přirozená tendence podporován sociálním okolím, tak tuto tendenci realizují. Zmíněná tendence není specifická pro jev PTR, spíše se jedná o univerzální lidskou tendenci, která je přítomna v člověku vždy. Vzhledem k procesu kognitivního zpracování to znamená, že zasažení jedinci jsou motivováni k uskutečnění pozitivní akomodace. Do procesu asimilace a akomodace však vstupuje řada proměnných. Proces je ovlivněn jednak tím, do jaké míry mají traumatizovaní jedinci oporu ve svém prostředí a také skutečností, zda je jejich osobnostní schéma přístupné pozměnění systému názorů a předpokladů. Rigidní schéma osobnosti vede k asimilaci a tím zvětšuje zranitelnost jedince vůči další traumatizaci (Joseph & Linley, 2005).

### 3.2.3 Pojetí Taylorové

Taylorová je autorkou **Teorie kognitivní adaptace na ohrožující události** (A Theory of Cognitive Adaptation) (Taylor, 1983). Ve své teorii popisuje proces kognitivní adaptace, který následuje po střetu s mimořádnou událostí. Zasažený jedinec reaguje na životní krizi zaktivizováním kognitivně adaptivních mechanismů, které mu umožní navrátit se na původní nebo dokonce vyšší úroveň psychického fungování. V procesu kognitivní adaptace se objevují tři témata: **hledání smyslu, snaha o nabytí nadvlády a pokus o posílení sama sebe**. Taylorová svou teorii podkládá analýzou rozhovorů se 78 ženami s diagnózou rakoviny.

Proces **hledání smyslu** zahrnuje pokládání si otázek ohledně události a jejích dopadů na jedince. „Co způsobilo tuto událost?“ „Proč se stala?“ Ze souboru 78 žen mělo celých 95 % z nich svou teorii, která vysvětlovala, proč u nich byla diagnostikována rakovina. Často uváděly jako příčinu faktory, které může člověk sám svým přičiněním ovlivnit, jako je zažívaná úroveň stresu, špatné stravování, braní léků apod. Zasažená osoba dále hledá příčiny události a snaží se najít nový smysl vlastního života. Pokládá si otázku „Jaký má nyní můj život význam?“. Ženy z uvedené studie uváděly, že vnímají rakovinu jako katalyzátor pro přehodnocení svého dosavadního života. Prožití rakoviny je vedlo k přehodnocení priorit a k osvojení si nového přístupu k životu. Jako pozitivum uváděly také hlubší poznání sama sebe (Taylor, 1983).

Krise spolu s sebou přináší pocity ztráty kontroly a ohrožení. Součástí kognitivní adaptace na událost je snaha o **znovunabytí ztracené nadvlády** jak nad samotnou událostí, tak také nad životem obecně. Člověk získává pocit kontroly tím, že věří, že svým chováním ovlivňuje dění okolo sebe. Většina žen z výzkumu Taylorové věřila, že má alespoň do určité míry vliv na případné navrácení nemoci. Některé respondentky v důsledku tohoto přesvědčení změnilly své návyky ohledně stravování a celkového přístupu k tělu, jiné se začaly věnovat meditaci, hypnóze, imaginacím a pozitivnímu myšlení. Další možnou strategií bylo zjišťování co nejvíce informací o své diagnóze. Svými činy držely kontrolu nad událostí a mohly zamezit opětovnému navrácení nemoci (Taylor, 1983).

Prožití traumatické události často v zasažených osobách vzbuzuje pocit studu a má negativní vliv na jejich sebeúctu. Jedinci se proto pokouší **zvýšit svou sebedůvěru** a zlepšit svůj sebe-obraz. Snaží se toho docílit tím, že se porovnávají s osobami, které prošly podobnou situací a obstály v ní hůře, než samotný jedinec („Některé z těch žen se zdají být úplně zničené. A to mají přitom lepší diagnózu než já a mnohem menší tumor.“). Pokud nebyl nikdo takový k dispozici, žena si pro srovnávání vybrala jinou ženu, která byla momentálně v horší situaci („Já jsem v porovnání s ostatními nemusela prodělat tak velké množství operací. Jak hrozné to musí být pro ženy, které musí postoupit mastektomii.“). Jinou možností bylo porovnávat se druhými v oblasti, ve které měla žena větší štěstí („Myslím, že by to pro mě bylo mnohem horší, kdybych nebyla vdaná. Neumím si představit, jak bych chodila v takové situaci randit.“) Cíl nebo oblast pro srovnávání je volen vždy tak, aby z hodnocení vyšla lépe osoba, která usiluje o posílení své sebedůvěry. Díky těmto strategiím bylo všech 78 žen z výzkumného souboru přesvědčeno o tom, že si vedlo stejně dobře nebo lépe, než jiné ženy, které si prošly stejnou nemocí (Taylor, 1983).

Autorka teorie kognitivní adaptace je přesvědčena o tom, že všechny tři výše zmíněné procesy jsou z velké části založeny na iluzi, tzn. na přesvědčeních, které nemají žádný základ v realitě, anebo jsou nahlíženy ze specifického úhlu pohledu. Pojem iluze Taylorová nevnímá v negativním slova smyslu. Naopak zdůrazňuje, že iluze plní protektivní funkci v náročném období po prožití životní krize a že přispívají k psychickému přizpůsobení se (Taylor, 1983).

V pojetí Taylorové je tedy PTR vnímán jako pozitivní iluze, která pomáhá jedinci vypořádat se s mimořádnou událostí a adaptovat se na novou realitu (Zoellner & Maercker, 2006).

### 3.2.4 Janusovská tvář rozvoje

Výše zmíněné koncepce Calhouna a Tedeschiho a Josepha a Linleyho představují PTR jako možný a reálný důsledek prožití náročné události. Taylorová pojímá PTR jako iluzi, která plní paliativní funkci, má usnadnit jedinci adaptaci na nové podmínky. Maercker a Zoellnerová přicházejí s **dvou - komponentovým modelem PTR**, který integruje oboje pojetí.

Maercker a Zoellnerová zastávají názor, že PTR může mít dvě tváře, které koexistují vedle sebe a každá z nich má jiný vztah k psychickému přizpůsobení se jedince. Jedna z tváří je konstruktivní povahy a ztělesňuje sebe-přesahující stránku rozvoje (self-transcending). Souvisí s procesy přizpůsobení se a s kognitivní restrukturalizací. Toto pojetí PTR je shodné s tím, jak ho vnímají Tedeschi a Calhoun. Druhá tvář PTR je povahy klamně a iluzorní (self-deceptive) a má spojitost s procesy popírání, vyhýbání se, zmírňování bolesti a zbožnými přáními (Maercker & Zoellner, 2004). Podle autorů iluzorní složku PTR výstižně popisuje věta člověka, který si prošel životní krizí: „Když už se to muselo stát, tak by z toho pro mě mělo plynout alespoň něco dobrého.“ (Zoellner & Maercker, 2006).

Výskyt iluzorní stránky PTR nemusí být vnímán negativně, ani dáván do souvislosti s psychickým nepřizpůsobením se. Iluzorní PTR může reprezentovat krátkodobý mechanismus, který jedinec aktivuje při střetu s traumatem a jehož hlavním cílem je redukce stresu. Plní tedy hlavně paliativní funkci. Iluzorní PTR je hodnocen negativně až v okamžiku, kdy je dlouhodobě spojován se strategiemi kognitivního vyhýbání, jakými jsou např. popírání prožitého a vyhýbání se myšlenkám týkající se události. V tomto okamžiku může bránit zpracování události a prostřednictvím toho mít negativní vliv na psychické přizpůsobení se jedince (Maercker & Zoellner, 2004).

Spolu s klamně vnímaným PTR se však může objevovat dobrovolné přemítání nad prožitou situací a aktivní snahy o zvládnutí situace. V případě úspěšného vyrovnávání se s traumatem vedle sebe koexistují obě složky PTR a časem dochází k tomu, že konstruktivní složka PTR nabývá na síle, zatímco iluzorní část slábne (Maercker & Zoellner, 2004).

### 3.2.5 Povaha posttraumatického rozvoje

Koncepce PTR je poměrně mladá a spolu s dalšími teoretickými úvahami i praktickými výstupy z empirických studií se objevují nové a nové otázky a nejasnosti ohledně povahy PTR. Mezi ně patří například otázka, zda je PTR **proces, výsledek procesu** či **strategie**, kterou jedinec může používat při vyrovnávání se s náročnou událostí. Názory na zmíněnou otázku se různí. Kromě výše popsaných pojetí PTR se modely PTR mohou dále dělit na ty, které jej pojímají jako **výsledek procesu** (Schaefer & Moos, 1992; Tedeschi & Calhoun, 2004) a na modely, které vnímají PTR jako **copingovou strategii** (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998; Park & Folkman, 1997; Philipp, 1999; Taylor, 1983) (Zoellner & Maercker, 2006). Tedeschi a Calhoun (2004) uvádějí, že ve své koncepci vnímají PTR nejen jako výsledek procesu, ale i samotný proces považují za součást rozvoje osobnosti.

Další otázkou vztahující se k povaze PTR je jeho **dimenzionalita**. Odborníci se liší ve svém názoru, zda je PTR jednodimenzionální konstrukt či se skládá z více dimenzí. Tento nesoulad se odráží i v tom, jak jsou konstruovány metody na měření PTR. Dotazníky CiOQ (Changes in Outlook Questionnaire) a SRGS (Stress Related Growth Scale) nám poskytnou pouze jeden celkový skóre PTR, kdežto PTGI (Posttraumatic Growth Inventory), PBS (Perceived Benefit Scale) a TS (Thriving Scale) pojímají PTR jako multidimenzionální fenomén a po jejich vyplnění získáme nejen celkový skóre vnímaného rozvoje, ale také skóre jednotlivých dimenzí. Za účelem objasnění této záležitosti Joseph, Linley a Harris (2005) zrealizovali na výzkumném souboru 176 osob komponentovou analýzu tří nástrojů na měření posttraumatického rozvoje - PTGI, PBS, TS. Po zpracování dat došli k závěru, že všech 20 zkoumaných subškál silně sytí jednu složku. Dále byly objeveny tři komponenty druhého řádu: změny v mezilidských vztazích, změny ve vnímání sama sebe a změny v životní filosofii. Toto zjištění potvrzuje variantu, že PTR může být pojímání jako konstrukt jednodimenzionální povahy anebo jako konstrukt skládající se z několika komponentů druhého řádu. Výsledky analýzy zároveň ukazují na skutečnost, že přes terminologické odlišnosti všechny zmíněné nástroje měří totožný fenomén.

Zajímavou otázkou zůstává, kolik času je potřeba, aby zasažená osoba začala pociťovat pozitivní změny vzniklé v důsledku vyrovnávání se s traumatickou událostí. Jak již bylo řečeno, PTR není automatickým důsledkem střetu s traumatem, vzniká v důsledku kognitivního zpracovávání události. Proces kognitivního angažování se může být zdlouhavý a trvat týdny až měsíce. Z této skutečnosti plyne úvaha, že i PTR se objevuje až po uplynutí určitého časového úseku (Mareš, 2012).

Existují však výzkumné studie, které zjišťovaly výskyt PTR u jedinců velice brzy po prožití události a autoři těchto výzkumů již byli schopni prožívání PTR zachytit. Například Frazier, Conlon a Glaser (2001) sledovali výskyt pozitivních a negativních změn u obětí sexuálního napadení v období 2 týdny, 2 měsíce, 6 měsíců a 1 rok po události. Již v době prvního měření, tedy 2 týdny po útoku, byly respondentky schopny uvést pozitivní změny, ke kterým u nich došlo v důsledku události. Autoři studie dále uvádějí, že k největším změnám došlo u žen v období mezi 2 týdny a 2 měsíci od napadení.

Někteří odborníci však upozorňují na skutečnost, že PTR zjištěný u osob brzy po prožití náročné události může být důsledkem sebe-posilujícího zkreslení, které je spíše snahou o redukci stresu a odrazem euforie, která se u zasažených jedinců objevuje v důsledku přežití traumatu. Z tohoto důvodu doporučují, aby zjišťování PTR probíhalo v horizontu měsíců po prožití traumatu (Calhoun & Tedeschi, 2004; Mareš, 2009; Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006).

Faktor času je proměnnou, u které není prozatím zcela jasné, jakou hraje v koncepci PTR roli. Odborníci v tomto duchu vyjadřují názor, že je třeba více pozornosti věnovat právě vývoji PTR v čase. U některých jedinců se může prožívaný PTR udržet po léta na stejné míře, u někoho může dojít k jeho zesílení anebo naopak k oslabení (Calhoun & Tedeschi, 2004). Nejenom celková míra dosaženého PTR může časem kolísat, ale rozdíly můžeme najít také v jednotlivých dimenzích PTR. Různé oblasti PTR se mohou vyvíjet odlišným způsobem a s různým časovým odstupem (Calhoun & Tedeschi, 2006; Mareš, 2008, 2012).

Ať již je povaha PTR jakákoliv, nevyskytuje se univerzálně u všech jedinců, kteří se potýkají s mimořádnou událostí. Prevalence PTR se pohybuje podle Mareše (2008) mezi 30 - 80%. Toto rozmezí je poměrně široké a výsledky se liší v závislosti na diagnostické metodě, zkoumané populaci, typu traumatické události a v neposlední řadě na zvolené hranici, od které jsou pozitivní změny vnímány jako PTR. Uvedená prevalence je vysoká a je třeba

brát v úvahu již zmíněné rizikové faktory, které se mohou podílet na nadhodnocení tohoto čísla.

### **3.3 Faktory ovlivňující posttraumatický rozvoj**

Do procesu PTR vstupuje řada proměnných. Některé z nich již byly zmíněny v přehledu modelů PTR, podrobněji budou rozepsány dále v textu.

Jedná se o:

- Demografické údaje
- Osobnostní rysy
- Proměnné na straně traumatu
- Proces kognitivního zpracování události
- Vztah k psychickému zdraví
- Vztah k fyzickému zdraví
- Sociální opora, kulturní vlivy
- Vztah k duchovnu a spiritualitě

#### **3.3.1 Demografické údaje**

Traumatická událost může potkat člověka mladého i staršího, ženu i muže, jedince s různým vzděláním, rodinným zázemím i socioekonomickým statusem. Všechny tyto proměnné mohou vstupovat do procesu vyrovnávání se s mimořádnou událostí, a proto se mnoho odborníků ve svých výzkumech zaměřuje na zjišťování vztahu mezi zmíněnými proměnnými a dosaženou mírou PTR.

#### **Pohlaví**

Výsledky výzkumných studií naznačují, že pohlaví jedince hraje v procesu vyrovnávání se s traumatem významnou roli. Množství výzkumů uvádí, že ženy zažívají signifikantně vyšší míru PTR (Tedeschi & Calhoun, 1996; Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein, & Buchi, 2010; Xu & Liao, 2011; Hussain & Bhushan, 2011). Můžeme se však setkat také s tím, že výzkumníci nenašly žádné rozdíly napříč pohlavím respondentů (Dolbier, Jaggars, & Steinhard, 2010; Yanez, Stanton, Hoyt, Tennen, & Lechner, 2011; Loiselle, Devine, Reed-Knight, & Blount, 2011).

Přestože dílčí výzkumné studie prezentují rozličné výsledky, dostupné meta-analytické studie předkládají téměř shodně závěr, že pohlaví jedince má signifikantní vliv na dosaženou míru PTR. Ženské pohlaví souvisí s vyšším dosaženým rozvojem přímo (Linley & Joseph, 2004; Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi, & Demakis, 2010), anebo alespoň moderuje vztah mezi PTR a dalšími proměnnými (Helgeson et al., 2006; Prati & Pietrantonio, 2009). Pouze meta-analýza sledující PTR a přizpůsobení se u pacientů s rakovinou nebo HIV/AIDS uvádí, že pohlaví pacientů nesouvisí s PTR (Sawyer, Ayers, & Field, 2010)

## **Věk**

Stejně jako u faktoru pohlaví, i u proměnné věku se můžeme setkat s rozdílnými výsledky. Předkládané meta-analýzy však potvrzují, že mladší věk je významným prediktorem výskytu PTR a jeho rozsahu (Linley & Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006). Důležité je však zmínit, že mladším věkem není myšlen věk dětský, ale období mladé či střední dospělosti. Pokud jedinec prožije traumatickou událost v období dospělosti, jeho vnitřní svět a soustava přesvědčení je v době události již vytvořena. Jestliže však jedinec zažije mimořádnou událost během dětství, tedy v období, kdy se soustava názorů na svět a vnitřních předpokladů teprve vytváří, je to pro něj velkým břemenem, které tento proces může vážně znesnadnit. Osoby, které zažily traumatickou událost během svého dětství, si tak často osvojují negativní pohled na svět a druhé lidi a pokud se v dospělosti znovu setkají s traumatem, jejich negativní vidění se zpravidla ještě umocní a je provázáno prožíváním intenzivní úzkosti, beznaděje a depresivních stavů (Janoff-Bulman, 2006).

Konkrétnější představu o vlivu věku na míru PTR můžeme získat po přečtení výzkumné studie o PTR u přeživších zemětřesení (Xu & Liao, 2011). Z výzkumu vyplývá, že mladší respondenti prožívají PTR ve vyšší míře, přičemž největší rozvoj se objevuje u věkové skupiny 31-40 let, zatímco nejnižší míru rozvoje prožívají jedinci ve věku 51-68 let.

Věk v mnoha případech také ovlivňuje vztah mezi PTR a dalšími proměnnými. Mladší věk například pozitivně působí na vztah mezi PTR a psychickým přizpůsobením (Sawyer et al., 2010). V roli moderátora však na PTR nepůsobí vždy pozitivně pouze příslušnost k mladší věkové skupině. Meta-analýza Vishnevskyho et al. (2010) došla ke zjištění, že pokud do vztahu mezi pohlavím jedince a PTR vstoupí jako moderátor faktor věku, ukazuje se, že u žen spolu se zvyšujícím se věkem signifikantně stoupá míra dosaženého PTG. V jiné studii je používání religiózního stylu copingu spojeno s vyšším PTR u skupiny starších respondentů (Prati & Pietrantonio, 2009).

## **Rasa**

Etnické složení výzkumného souboru vstupuje do vztahu mezi PTR a dalšími zkoumanými faktory. Analýza výzkumných studií Helgesona et al. (2006) nás seznamuje se zjištěním, že PTR respondentů souvisí s menší mírou zažívaného distresu v případě, že alespoň 25% respondentů náleží k etnické minoritě. V případě, že méně než 25% výzkumného souboru tvoří členové etnické menšiny, PTR souvisí s vyšší mírou distresu, deprese a s nižším well-beingem. K podobným výsledkům došli také Sawyer et al. (2010)

Rodinný stav a socioekonomický status jedinců zdá se nespojit s prožíváním PTR (Linley & Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006).

### **3.3.2 Osobnostní rysy**

Osobnostní založení jedince může předpovídat, zda daný jedinec bude schopen ze svého zážitku vytěžit pozitiva, popřípadě jakým směrem se bude PTR ubírat.

## **Optimismus**

Vztah mezi PTR a optimismem je v odborné literatuře často diskutován. Mezi odborníky se vyskytuje názor, že optimističtí lidé jsou schopni si z negativních událostí vzít to dobré a optimismus je tedy významným prediktorem PTR. Mezi jinými, Tedeschi a Calhoun (1996), při tvoření metody PTGI rovněž zjišťovali, s jakými osobnostními rysy korelují výsledky dotazníku. Zjistili, že skóry dosažené v jednotlivých dimenzích PTR, stejně tak celkový skóre PTG, pozitivně korelují s optimismem.

Někteří odborníci nahlíží na optimismus z jiného úhlu pohledu. Zoellner, Rabe, Karl a Maercker (2008) vnímají optimismus jako zástupce iluzorní stránky PTR a otevřenost vůči zkušenostem jako zástupce konstruktivní stránky PTR (viz 3.2.4 - Janusovský model PTR). Z tohoto důvodu předpokládají, že oba osobnostní rysy budou pozitivně korelovat s PTR. U souboru 102 jedinců, kteří přežili nehodu motorového vozidla, však nebyl prokázán signifikantní vztah mezi optimismem, otevřeností vůči zkušenostem a vnímaným PTR. Do vztahu mezi zmíněnými proměnnými vstupoval třetí faktor, kterým byla závažnost symptomů PTSP. U jedinců, kteří trpěli méně závažnou formou PTSP souvisel vyšší optimismus s nižší mírou PTR a nižší optimismus s vyšší úrovní růstu. Osoby, u kterých byla PTSP zhodnocena jako vysoce závažná, vykazovaly pozitivní vztah mezi optimismem a PTR. Co se týká vztahu mezi PTR a otevřeností vůči zkušenostem, u jedinců s nižší závažností

PTSP je silný pozitivní vztah mezi PTR a otevřeností. V případě vysoké závažnosti PTSP vztah mezi zmíněnými proměnnými neexistuje.

Meta-analýzy dostupných výzkumů potvrzují spíše prvně zmíněnou variantu, tedy názor, že existuje pozitivní a signifikantní vztah mezi optimismem a PTR (Helgeson et al., 2006; Prati & Pietrantonio, 2009). Analýza výzkumů týkajících se PTR u negativních událostí souvisejících se zdravím prezentuje nejednoznačný vztah mezi optimismem a PTR. Autoři meta-analýzy našli 4 studie, které potvrzují lineární a pozitivní vztah mezi optimismem a rozvojem, 4 studie, které nenašly žádný signifikantní vztah mezi proměnnými a 4 studie vykazovaly nejednoznačné výsledky. Autoři nabádají další výzkumníky, aby se věnovali proměnné času, která může do vztahu mezi optimismem a PTR vstupovat a vysvětlit rozdílné výsledky výzkumů (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009).

## NEO

Výše uvedený výzkum Tedeschiho a Calhouna (1996) dále odhalil vztahy mezi PTR a téměř všemi dimenzemi dotazníku Big five, tedy extravertizací, otevřeností vůči zkušenostem, svědomitostí a přívětivostí. Extraverte korelovala se všemi dimenzemi PTGI ( $r = 0,15 - 0,28$ ) i s celkovým skórem PTGI ( $r = 0,29$ ), otevřenost vůči zkušenostem souvisí se subškálou nové možnosti ( $r = 0,25$ ) a osobní síla ( $r = 0,25$ ) a s celkovým skórem PTGI ( $r = 0,21$ ), přívětivost signifikantně souvisí s dimenzí vztahy s druhými ( $r = 0,18$ ) a s celkovým skórem růstu ( $r = 0,18$ ) a svědomitost koreluje se škálou osobní síla ( $r = 0,15$ ) a s celkovým skórem PTGI ( $r = 0,16$ ). Nejvyšší korelace byla zjištěná mezi PTR a dílčími aspekty dimenze extravertizace: aktivita ( $r = 0,31$ ), pozitivní emoce ( $r = 0,34$ ) a dílčími aspekty dimenze otevřenost vůči zkušenostem: otevřenost vůči pocitům ( $r = 0,28$ ). Mezi PTR a faktorem neuroticismu dle autorů neexistuje signifikantní vztah. Také meta-analýza prediktorů PTR potvrdila, že neuroticismus nesouvisí s mírou dosaženého rozvoje (Helgeson et al., 2006)

Dalším osobnostním rysem, který je dáván do souvislosti se schopností vytěžit něco dobrého z náročné události, je **naděje**. Lidé žijící s diagnózou fibromyalgie (syndrom vyznačující se chronickou generalizovanou bolestí) uváděli více pozitivních změn v případě, že měli tendenci k životu přistupovat s nadějí. Naděje byla v tomto výzkumu pojímána jako schopnost vnímat dosažitelnost žádaného cíle a byla měřena pomocí dotazníku HOPE (Affleck & Tennen, 1996). U pacientů s rakovinou dutiny ústní zjištěná míra naděje také

signifikantně korelovala s PTR (Ho, Rajandram, Chan, Samman, McGrath, & Zwahlen, 2011).

**Úzkostnost** jako stálý rys osobnosti signifikantně negativně souvisí s PTR. Méně úzkostní lidé s větší pravděpodobností zažijí PTR (Loiselle et al., 2011).

**Vnitřní místo řízení** (locus of control) významně a pozitivně koreluje se zažívaným PTR (Maercker & Herrle, 2003). Dále existuje signifikantní a pozitivní vztah mezi PTR a **self-esteem** (sebe-úcta), **self-leadership** (sebe-vedení) (Dolbier et al., 2010) a **self-efficacy** (sebe-účinnost) (Abraído-Lanza et al., 1998). U pacientů s rakovinou byl nalezen signifikantní vztah mezi prožívaným rozvojem a jistým způsobem připoutání (**attachmentem**) (Schmidt, Blank, Bellizi, & Park, 2012).

Autoři studie zabývající se vztahem mezi prožitými náročnými událostmi, PTR a **silnými stránkami osobnosti** došli k závěru, že čím více těžkých situací člověk prožije, tím více u něj dochází k PTR a ke kultivaci osobnosti. Dosažená míra PTR souvisí se silnými stránkami osobnosti jako je laskavost, odvaha, čest, vytrvalost, krása, kreativita, zvědavost, učení, víra, radost aj. (Peterson, Park, D'Andrea, & Seligman, 2008).

Empirické studie zjišťující vztah PTR a **resilience** se ve svých závěrech liší. Je nutno podotknout, že každá z nich resilienci měří a operacionalizuje jiným způsobem. V případě, že resilience byla měřena Connor-Davidsonovou Škálou na zjišťování resilience (Dolbier et al., 2010; Bensimon, 2012) nebo dotazníkem na zjišťování Sense of Coherence (Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010), resilience pozitivně korelovala s PTR. Pokud byla resilience vnímaná výzkumníky jako absence symptomů PTSP, vztah mezi resiliencí a PTR byl opačný (Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz, & Solomon, 2009).

PTR signifikantně koreluje se **zbožností** (Tedeschi & Calhoun, 1996; Helgeson et al., 2006)

Výsledky PTGI nesouvisí se **sociální desirabilitou** (Tedeschi & Calhoun, 1996; Park et al., 1996).

### 3.3.3 Proměnné na straně traumatu

Aspekty, které jsou zajímavé pro autory výzkumných studií v souvislosti s prožitým traumatem, jsou typ mimořádné události, doba, která od prožití události uplynula a objektivně či subjektivně hodnocená závažnost situace.

#### Typ traumatické události

Literatura zabývající se výskytem pozitivních změn v souvislosti s prožitím mimořádné události uvádí výskyt PTR u nejrůznějších skupin populace a jako důsledek široké palety událostí. Můžeme se setkat s výzkumy sledující posttraumatický rozvoj u následujících typů traumat: přírodní katastrofa (McMillen, Smith, & Fisher, 1997; Xu & Liao, 2011), průmyslová katastrofa (Holgerson, Boe, & Holen, 2010), válečný konflikt, věznění válečných zajatců (Solomon & Dekel, 2007), zážitek uprchlictví (Hussain & Bhushan, 2011; Teodorescu, Siqveland, Heir, Hauff, Wentzel-Larsen, & Lien, 2012), teroristický útok (Steger, Frazier, & Zacchanini, 2008), domácí násilí (Cobb, Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2006), sexuální napadení (Frazier et al., 2001; Kunst, 2010), násilné napadení (McMillen et al., 1997; Kunst, 2010), dopravní nehoda (Nishi et al., 2010), ztráta blízké osoby (Davis, Wohl, & Verberg, 2007; Armstrong & Shakespeare-Finch, 2011), traumata spojená s výkonem služby u policistů (Chopko & Schwartz, 2009; Chopko, 2010), vojáků (Lee, Luxton, Reger, & Gahm, 2010; Krutiš, Mareš, & Ježek, 2011), zdravotnického personálu (Lev-Wiesel, Goldblatt, Eisikovits, & Admi, 2009; McLean et al., 2013) aj. Četné studie se soustředí na vyrovnávání se s vlastní nemocí nebo nemocí blízké osoby. Existují výzkumy zaměřené obecně na pacienty s vážnou nemocí (Loiselle et al., 2011), nebo konkrétně na pacienty s rakovinou (Schroevers & Teo, 2008; Zwahlen et al., 2010; Ho et al., 2011), s HIV/AIDS, se srdečními obtížemi. Nově se pozornost soustředí také na tzv. zástupný posttraumatický rozvoj, který se objevuje u pracovníků pomáhajících profesí, kteří denně přicházejí do kontaktu s lidmi zasaženými traumatickou událostí (Schauben & Frazier, 1995; Gibbons, Murphy, & Joseph, 2011).

Otázka, zda typ prožité události souvisí s následně dosaženou úrovní PTR, je těžko zodpověditelná. Výsledky se různí. Wortmanová (2004) na základě své klinické praxe uvádí, že PTR dochází u pacientů s rakovinou a u starších osob, které ztratily svého partnera. Velkou skepsi však má vůči možnosti prožívání PTR poté, co člověk ztratil náhle a tragicky blízkou

osobu. Dále uvažuje nad tím, jaké události ze své povahy nejspíše budou bránit prožívání pozitivních změn. Výskyt PTR bude pravděpodobně ztěžován v případě, že

- a) Trauma se týká násilí, zmrzačení, ničení
- b) Událost je způsobena něčí nedbalostí a je tedy vnímána jako zbytečná a jako něco, čemu šlo zabránit
- c) Traumatická událost byla způsobena jedincem, který měl v úmyslu ublížit
- d) Viník události nepřiznal svou vinu nebo neukázal žádnou lítost nad tím, co se stalo
- e) Pachatel nebyl postaven před soud

Linley a Joseph (2004) vyjadřují názor, že rozdíly ve velikosti PTR se nebudou pravděpodobně odvíjet od typu události jako takové. Růst je determinován spíše skutečností, jak byla daná událost jedincem vnímána, tedy zda vyvolávala v zasaženém pocitu bezmocnosti, zda měl či neměl pocit kontroly nad situací a zda událost představovala životní hrozbu.

Názor, že typ události nemá klíčový vliv na prožívání pozitivních změn, zastává na základě svého výzkumu i McMillen et al. (1997). Výzkumníci sledovali výskyt PTR u přeživších tří typů katastrof. Jednalo se o pád letadla, tornádo a hromadnou střelbu. Pozitivní změny u sebe zaznamenaly osoby, které zažily ničení tornáda (95% ze skupiny), poté následovali oběti hromadné střelby (69% osob) a lidé, kteří prožili pád letadla (35%). Uvedené rozdíly však autoři nepřipisují v první řadě typu prožité události, spíše se zamýšlí nad dalšími faktory, které do procesu vstupují. Jedním z nich je uvědomění si možné smrti. Respondenti, kteří byli přesvědčeni o tom, že v důsledku katastrofy zemřou, s větší pravděpodobností zažívali PTR brzy po události i ve vzdálenějším horizontu. Dalším faktorem, který by měl být dle McMillena a kolegů brán v úvahu, je velikost komunity, které se událost týká a její schopnost poskytnout obětem události oporu. Tornádo postihlo malé město a přeživším se dostalo velké opory od spoluobčanů. Oproti tomu pád letadla proběhl ve velkém městě a zasažení jedinci byli nuceni se s událostí vyrovnávat více sami.

## Čas

Dalším aspektem traumatické události je hledisko času. Prostudované výzkumné studie a meta-analýzy do jedné uvádí, že mezi dobou, která uplynula od náročné události a následně vnímaným PTR neexistuje lineární signifikantní vztah (Tedeschi & Calhoun, 1996; Helgeson et al., 2006; Prati & Pietrantonio, 2009). Meta-analytické studie však prezentují

zjištění, že čas hraje roli moderátora a vstupuje do vztahu mezi PTR a duševním zdravím. Helgeson et al. (2006) statisticky zpracoval množství výzkumných studií a došel k závěru, že PTR významně souvisí s nižší mírou depresivních symptomů a s větším výskytem pozitivních emocí v případě, že se traumatická událost odehrála před více jak 2 lety. Pokud se krize objevila v životě jedince před 2 lety a méně, tak PTR naopak pozitivně koreloval s výskytem depresivních symptomů. K totožnému závěru došli také autoři meta-analýzy zabývající se vztahem mezi PTR a psychickým přizpůsobením se u pacientů se somatickým onemocněním. V období krátce po prožití traumatické události je silnější vztah mezi PTG a výskytem negativních symptomů a spolu s přibývajícím časem dochází k zesílení vztahu mezi PTG a well-beingem (Sawyer et al., 2010). Uvedené závěry jsou ve shodě s dostupnými informacemi o průběhem PTR, kdy v období krátce po události u jedince dochází k přemítání nad traumatem, které jde ruku v ruce s prožíváním negativních emocí.

### **Náročnost události**

Jak bylo již výše naznačeno, důležitým faktorem na straně traumatické události je skutečnost, jak je událost vnímána zasaženým jedincem a jaké má na něj její prožití dopady. Některé výzkumy zjišťují objektivní nebo subjektivně zhodnocenou závažnost prožité události a její vliv na PTR. **Objektivní zhodnocení** probíhá na základě názoru odborníka (např. stádium rakoviny, závažnost zranění způsobných při dopravní nehodě aj.) nebo prostřednictvím splnění kritérií, které si nastaví autoři výzkumu. Xu a Liao (2011) například zjišťovali, zda oběti zemětřesení zažili v důsledku přírodní katastrofy ztrátu blízké osoby, ztrátu majetku, zda byli oni sami zraněni aj. Čím více mělo pro jedince zemětřesení negativních důsledků, tím více byla událost hodnocena jako objektivně náročná. Vyšší náročnost situace signifikantně korelovala s PTR. Ve výzkumu zaměřeném na oběti domácího násilí byla závažnost fyzického a psychického zneužívání partnerem hodnocena pomocí dotazníku Index zneužití partnerem (Index of Spouse Abuse). Výsledky studie ukázaly, že čím závažnějšímu zneužívání byla žena vystavena, tím většího skóru následně dosahovala v dotazníku PTGI (Cobb et al., 2006). U obětí dopravní nehody signifikantně korelovala závažnost fyzického zranění s dosaženým skórem v dimenzích nové možnosti a osobní síla PTGI (Zoellner et al., 2008). Zjištění zmíněných výzkumných studií potvrzuje i meta-analýza studií týkajících se PTR (Helgeson et al., 2006).

Neméně důležitou roli hraje **subjektivní posouzení** traumatické události zasaženou osobou. Prostudované výzkumy se ve svých závěrech různí. Jedinci, kteří ztratili příbuzného prvního stupně, druhého stupně a blízkého kamaráda, měli uvést, jak moc pro ně úmrtí blízké

osoby bylo traumatizující. Poté byli respondenti rozděleni do dvou skupin. Jedna skupina obsahovala osoby, pro které byla událost mírně nebo značně traumatizující, druhá skupina vnímala ztrátu jako silně nebo velice silně traumatizující. Byla zjištěna existence signifikantního vztahu mezi vnímanou závažností události a dosaženým rozvojem v dimenzích vztahu s druhými, nové možnosti, osobní síla, ocenění života a celkovým skórem dosaženým v PTGI. Jedinci, kteří vnímali událost ztráty blízkého člověka jako velmi závažnou, dosahovali většího PTR než osoby, pro které byla událost mírně závažná. Míra dosaženého rozvoje byla nejvyšší u osob, kteří ztratili příbuzného prvního stupně (Armstrong & Shakespeare-Finch, 2011). U mužů, kteří byli během Yom Kippuské války drženi jako váleční zajatci, také signifikantně koreloval vztah mezi výskytem pozitivních změn a subjektivně hodnocenou mírou strádání prožitého v zajetí (Solomon & Dekel, 2007). Narazili jsme však také na studii, které vztah mezi PTR a subjektivně vnímanou náročností události popírá (Proffitt, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2007). Je však třeba podotknout, že takové závěry jsou v menšině (Helgeson et al., 2006).

Otázkou závažnosti traumatické události se zabývají ve svém modelu PTR také Calhoun a Tedeschi (2006). Podle jejich koncepce by událost měla být pro jedince natolik náročná, aby dokázala zpochybnit jeho názor na svět a dění v něm, aby rozdělila jako život na období „před“ a „po“ události. Vztah mezi náročností události a dosaženým rozvojem nejlépe vystihuje obrácené písmeno U, tedy nejvyššího PTR lze dosáhnout při prožití středně náročné události. Pokud je událost málo náročná, nemá potenciál otrástit vnitřním světem jedince a nedojde k jeho restrukturalizaci. V případě, že je událost přespříliš stresující, může dojít k narušení kognitivních mechanismů jedince a až k desintegraci osobnosti.

Důležité je uvědomit si, že závažnost traumatické události může být různými jedinci hodnocena zcela odlišně. Tatáž situace může být hodnocena jednou osobou jako nevýznamná a pro někoho jiného může představovat stresor natolik silný, aby byl schopen odstartovat proces kognitivního zpracovávání.

### **Aktuálnost události**

Svou roli hraje zcela jistě také skutečnost, zda se traumatická událost odehrála v minulosti, nebo na jedince nadále působí. Autoři výše zmíněného výzkumu zabývajících se oběťmi partnerského násilí měli mezi svými respondentkami nejen ženy, které vztah s násilníkem ukončily, ale i ženy, které nadále byly ve vztahu s agresorem. Ženy, které v době realizování výzkumu setrývaly ve vztahu s násilníkem, vykazovaly nižší míru zažívaného

PTR v dimenzi vztahy s druhými a v celkové míře rozvoje (Cobb et al., 2006). Studie zkoumající vztah mezi PTR a PTSP u osob, které se v průběhu dětství potýkaly s vážnou nemocí u člena rodiny, také bere v úvahu vliv aktuálnosti působícího stresoru. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin podle toho, zda blízká osoba stále podstupuje léčbu a traumatická událost tedy na jedince nadále působí anebo zda je situace již vyřešena, ať už proto, že je příbuzný vyléčen, anebo proto, že na následky nemoci zemřel. Ukázalo se, že současný stav nemoci moderuje vztah mezi PTR a symptomy posttraumatického stresu (dále PTS). U jedinců, jejichž blízcí se stále léčí, souvisí nižší míra výskytu symptomů PTS s nižším skórem PTGI a vyšší míra výskytu PTS souvisí s vyšším PTR. U osob, jejichž blízcí jsou už uzdraveni nebo zemřeli, nebyl nalezen vztah mezi symptomy posttraumatického stresu a PTR (Loiselle et al., 2011).

Zajímavý výzkum byl zrealizován, aby odhalil roli centrality prožité události a její vliv na PTR a symptomy PTS. Centralita události je posuzována pomocí Škály centrality události (Centrality of Event Scale), která zjišťuje, do jaké míry hraje prožitá událost ústřední roli v životním příběhu jedinci a v jeho identitě. Korelační analýza odkrývá signifikantní vztah mezi centralitou události a PTR ( $r = 0,38$ ) i symptomy PTSP ( $r = 0,52$ ) (Groleau, Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2012).

### **3.3.4 Kognitivní zpracovávání události**

Kognitivní zpracovávání události je klíčovým okamžikem v procesu PTR. Pokud tato fáze procesu proběhne úspěšně, zvyšuje se pravděpodobnost, že jedinec dokáže ze své životní krize vytěžit nějaká pozitiva. Mnoho výzkumných studií se proto zabývá kognitivními aspekty vyrovnávání se s náročnou situací, konkrétně se jedná o proces ruminace, proces hledání smyslu události a o proměnné, které do tohoto procesu vstupují - copingové strategie jednice.

#### **Copingové strategie**

Mezi copingové strategie, které jsou dávány do souvislosti s výskytem PTR u osob zasažených mimořádnou událostí, nejčastěji patří:

- Zvládání zaměřené na problém (Kesimci, Göral, & Gençöz, 2005; Dolbier et al., 2010)
- Zvládání zaměřené na emoce (Linley & Joseph, 2004)

- Religiózní zvládání zátěže (Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998; Proffitt et al., 2007; Prati & Pietrantonio, 2009; Schmidt et al., 2012)
- Pozitivní přehodnocení (Park et al., 1996; Helgeson et al., 2006; Schroevers & Teo, 2008; Prati & Pietrantonio, 2009; Loïsele et al., 2011; Schmidt et al., 2012)
- Vyhledávání sociální opory (Schroevers & Teo, 2008; Prati & Pietrantonio, 2009)
- Akceptace situace (Park et al., 1996; Helgeson et al., 2006; Prati & Pietrantonio, 2009)

Dále se můžeme setkat s těmito strategiemi:

- Popírání (Helgeson et al., 2006)
- Přijetí odpovědnosti (Loïsele et al., 2011)
- Zvládání prostřednictvím plánování (Planful Problem Solving) (Loïsele et al., 2011)
- Přeorientování se na plánování (Refocus on planning) (Hussain & Bhushan, 2011)
- Zvládání pomocí naděje (Hopenul Coping) (Dolbier et al., 2010)
- Připomínání dosažených benefitů (Benefit Reminding) (Affleck & Tennen, 1996)
- Nalezení smyslu (Finding meaning) (Davis et al., 2007)
- Uzavření se do sebe (Detachment) (Solomon & Dekel, 2007)
- Pozitivní zaměření pozornosti jinam (Positive refocusing) (Hussain & Bhushan, 2011)
- Uvedení do souvislostí (Putting into perspective) (Hussain & Bhushan, 2011)
- Rezignování (Fatalistic coping strategies) (Kesimci et al., 2005)
- Humor (Schroevers & Teo, 2008)

Jak si lze všimnout z předchozích řádků, copingových strategií, které pozitivně přispívají k PTR je celá škála. Z velké většiny se jedná o aktivní a pozitivně orientované copingové strategie.

## **Ruminace**

Ruminace neboli kognitivní zpracovávání či kognitivní angažování se je pojem, který je v kontextu probíraného tématu používán pro označení přemýšlení nad prožitou událostí a jejími důsledky. Ruminace může mít podobu intruzivní, kdy se myšlenky a pocity spojené s prožitou událostí dostávají do mysli zasažené osoby bez jejího přičinění a mnohdy proti její vůli a pak bývá doprovázena výrazným emočním distresem. Kognitivní zpracovávání však může nabývat také podoby záměrné. U většiny osob vyrovnávajících se s mimořádnou událostí se mohou odborníci setkat s oběma typy ruminace, přičemž v období brzy po události jedincovu mysl zaplavují myšlenky převážně samovolně a časem se objevuje přemítání

záměrné, které již není spojeno s tolika negativními emocemi. Z hlediska času autoři výzkumných studií rozlišují také kognitivní zpracovávání objevující se v období brzy po prožité události a přemítání vyskytující se u jedince v době realizování výzkumu, tedy v době vzdálené od události v horizontu měsíců až let.

Jak bylo již mnohokrát zmíněno, ruminace je považována za klíčovou součást procesu PTR a dostupné výzkumné studie tento předpoklad podporují. Proces ruminace je odstartován traumatickou událostí, která zpochybní základní přesvědčení o něm samotném, jeho místě ve světě, o fungování světa aj. Čím hlouběji jsou narušena přesvědčení zasažené osoby (často zjišťováno pomocí dotazníku Core Belief Inventory), v tím větší míře u ní může být pozorováno kognitivní zpracovávání a následný PTR (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve, 2012). Dosažená míra PTR pozitivně a silně koreluje s výskytem záměrné ruminace a mírně s přítomností intruzivní ruminace (Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan, 2000; Proffitt et al., 2007; Losavio et al., 2011; Triplett et al., 2012; Groleau et al., 2012). Záměrná ruminace vede k uvědomění si pozitivních změn, zatímco intruzivní ruminace se vztahuje spíše k symptomům posttraumatického stresu (Triplett et al., 2012). Faktor času také může hrát svou roli. Signifikantní vztah byl nalezen mezi skórem dosaženým v PTGI a intruzivní ruminací vyskytující se brzy po události ( $r = 0,25$ ), v nedávné době ( $r = 0,27$ ), záměrnou ruminací vyskytující se brzy po události ( $r = 0,44$ ) a v nedávné době ( $r = 0,46$ ) (Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013).

Klíčovou roli hraje obsah kognitivního zpracovávání. Pokud jsou témata ruminace převážně negativně laděná a směr uvažování dehonestuje zasaženou osobu, ruminace nevede k rozvoji, ale ke zvyšování distresu (Calhoun & Tedeschi, 1999; Calhoun et al., 2000).

### **Hledání a nalezení smyslu**

Součástí kognitivního procesu následujícího po prožití mimořádné události bývá hledání smyslu. Zasažení jedinci se sami sebe ptají, proč se událost musela stát a proč potkala zrovna je. Pokud se jim podaří nalézt nějaký smysl či význam události, je pravděpodobné, že budou schopni vytěžit z prožitého traumatu alespoň nějaké benefity.

Důležitost nalezení smyslu potvrzuje následující výzkumná studie. Univerzitní studenti, kteří prožili širokou paletu náročných situací, mezi nimi například úmrtí blízkého člověka, prodělali vážné onemocnění, byli oběťmi násilného napadení aj., se měli ztotožnit s jedním z následujících 4 tvrzení.

- 1) „Necítím potřebu najít smysl v prožité události.“
- 2) „Snažil/a jsem se najít smysl v prožité události, ale nepodařilo se mi to a tak jsem to vzdal/a.“
- 3) „Stále se snažím najít, jaký smysl měla událost, co se mi přihodila.“
- 4) „Věřím, že jsem našel/la smysl prožité události.“

Respondenti také v rámci testové baterie vyplňovali dotazník zjišťující, do jaké míry jedinec cítí ve svém životě smysl a do jaké míry jedinec pokračuje v hledání porozumění životního smyslu (The Meaning in Life Questionnaire, MLQ). Rozdíly mezi jednotlivými skupinami byly následující. Největší PTR a životní spokojenost vykazovala skupina, jejíž členové našli v prožité události význam. Na druhém místě byla skupina, která stále smysl hledala. Tato skupina zažívala v porovnání s předchozí skupinou vyšší míru distresu. Tato skutečnost ukazuje na to, že v jedinci stále probíhá kognitivní zpracovávání, na jehož konci se jedinci mohou přesunout do skupiny č. 2 nebo č. 4. Nejnižšího skóru v PTGI dosáhli jedinci, kteří necítí potřebu smysl hledat. Při bližší analýze lze zjistit, že tito respondenti nikdy nezažili významnější otřesení základních přesvědčení a ani ve vyšší míře neprožívali negativní emoce (Triplett et al., 2012).

K podobným závěrům došla i empirická studie, jejíž respondenti přišli před 8mi lety v důsledku tragické exploze miny o blízkého člověka. Skupina osob, která byla schopna nalézt smysl v prožité mimořádné události, dosáhla nejvyššího růstu v porovnání se skupinami respondentů, kteří smysl v události nenašli (Davis et al., 2007).

Dotazník MLQ byl použit i ve výzkumu Linleyho a Josepha (2011). Autoři výzkumu sledovali PTR u tří skupin probandů - návštěvníků kostela, zaměstnanců pohřebního ústavu a všeobecné populace. Hledání smyslu v životě bylo u respondentů v pozitivním signifikantním vztahu s výskytem negativních změn, zatímco přítomnost smyslu v životě pozitivně signifikantně korelovala s vnímáním pozitivních změn a negativně korelovala s negativními změnami. Joseph a Linley považují proces hledání smyslu za ústřední pro kognitivně - emocionální zpracování traumatu. Toto zpracovávání však bývá často bolestivé a zdouhavé a proto vlastní hledání smyslu nejde ruku v ruce s pozitivními emocemi a změnami. Je však pro jejich následné prožívání nezbytné.

Hledání smyslu hraje důležitou roli také ve výše zmíněné Teorii kognitivní adaptace (viz 3.2.3).

### 3.3.5 Vztah k psychickému zdraví

#### Posttraumatická stresová porucha

Velice diskutovanou otázkou mezi odborníky zabývajícími se psychickými následky traumatické události je povaha vztahu mezi pozitivními a negativními následky traumatu. Tedeschi a Calhoun a řada dalších vědců ve svých publikacích a výzkumných studiích opakovaně zdůrazňovali, že zažívání PTR automaticky neznamena absenci negativních emocí či symptomů posttraumatického stresu. PTR a emoční distres nejsou dva póly téhož kontinua. Spíše se zdá, že se jedná o dva naprosto odlišné koncepty, které existují nezávisle na sobě. PTR se vyskytuje společně se snahou adaptovat se na velice negativní okolnosti a tato snaha může být doprovázena výrazným distresem. Jinými slovy, jedinec zažívající životní krizi se může potýkat se symptomy PTS a zároveň si uvědomovat, co dobrého pro něj z náročné situace vzešlo (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Mnoho odborníků se snažilo svými výzkumy přispět k rozšifrování pravé povahy vztahu mezi symptomy PTS a zažívaným PTR. Jejich závěry se však různí. Pro zjišťování symptomů PTS je ve většině výzkumných studií používán dotazník IES-R (Impact of Event Scale - Revised) nebo klinické škály určené pro diagnostikování PTSP. V mnoha případech byl nalezen negativní signifikantní vztah mezi posttraumatickým stresem a PTR (Frazier et al., 2001; Zoellner et al., 2008; Sawyer et al., 2010; Love & Sabiston, 2011; Teodorescu et al., 2012). Jiné výzkumné studie naopak potvrzují pozitivní signifikantní vztah (Holgerse et al., 2010; Kunst, 2010; Nishi et al., 2010; Hussain & Brushan, 2011; Loiselle et al., 2011; Xu & Liao, 2011; Bensimon, 2012).

Jedním z potenciálních vysvětlení výše zmíněných odlišných výsledků je možnost, že jednotlivé dimenze PTR se vztahují k symptomům PTS rozdílným způsobem. Tuto variantu potvrzují výsledky studie zaměřující se na přeživší dopravní nehody. Soubor respondentů byl rozdělen do tří skupin podle přítomnosti a závažnosti diagnózy PTSP. Statistické zpracování dat odhalilo, že závažnost PTSP signifikantně korelovala s výsledky dosaženými v PTGI v dimenzi osobní síla, duchovní změna a ocenění života. Respondenti, kteří měli diagnózu PTSP dosahovali menšího rozvoje v doméně osobní síla, ale většího rozvoje v oblasti ocenění života a duchovní změna, než jedinci bez diagnózy PTSP (Zoellner et al., 2008).

Jiné zajímavé zjištění vzešlo z výzkumu sledujícího PTSP a PTR u bývalých válečných zajatců. Autoři studie objevili, že u tohoto výzkumného souboru existuje mezi

symptomy PTS a následně zažívanými pozitivními změnami vztah obráceného písmene U. Největší PTR byl tedy sledován u jedinců, u kterých se negativní důsledky události projevovaly ve střední míře v porovnání se zajatci, kteří netrpěli PTSP vůbec anebo v závažné formě (Solomon & Dekel, 2007). Vztah obráceného písmene U potvrdil i výzkum realizovaný na obětech násilí (Kunst, 2010).

Rozporuplné výsledky, které se objevují při zjišťování vztahu mezi PTR a symptomů PTS, mohou být vysvětlovány následujícím způsobem. Jsou respondenti, kteří si připouštějí pravou povahu své situace a uvědomují si, že traumatická událost do jejich života přinesla jak pozitivní, tak negativní změny. Někteří jedinci však prožívají v době realizování výzkumu ve větší míře iluzorní stránku PTR a v důsledku toho sobě ani svému okolí nepřipouští, že v důsledku traumatu také strádají a zažívají nepříjemné emoční stavy. Výzkumné studie pravděpodobně obsahují oba typy respondentů a díky tomu jsou výsledky nejednoznačné.

### **Deprese, úzkost, well-being**

Na otázku, zda výskyt PTR souvisí s vyšší mírou psychické adaptace na traumatickou událost, výzkumníci odpovídají pomocí sledování vztahu mezi PTR a depresivními symptomy, stavy úzkosti a well-beingem.

Korelace mezi výskytem depresivních symptomů a zažíváním pozitivních změn nabývá v množství případů nesignifikantních hodnot (Cobb et al., 2006; Schroevers & Teo, 2008; Dolbier et al., 2010; Holgersen et al., 2010). Prostudované meta-analytické studie však objevily signifikantní vztah mezi mírou deprese a PTR a tento vztah je povahy negativní (Helgeson et al., 2006; Sawyer et al., 2010).

Podobně prožívání úzkostných stavů signifikantně neovlivňuje míru PTR (Helgeson et al., 2006; Schroevers & Teo, 2008; Loisel et al., 2011).

Vyšší míra dosaženého PTR přispívá k vyšší kvalitě života a signifikantně souvisí s prožíváním well-beingu (Helgeson et al., 2006; Sawyer et al., 2010; Teodorescu et al., 2012).

PTR má pozitivní vliv na duševní zdraví jedince ještě z dalšího důvodu. V důsledku prožití mimořádné události a následujícího restrukturalizování vnitřního světa jedince, včetně jeho vnímání světa a sebe samého, u něj dochází k tzv. **psychické připravenosti** na další náročné události. Uspořádání vnitřního světa jedince je nyní více komplexní, vidění světa je méně absolutní. Vnitřní struktury jsou nastaveny takovým způsobem, aby byly schopny

odolávat dalším mimořádným událostem bez výrazného psychického otřesu. V případě, že se osoba v budoucnu znovu setká s náročnou událostí, je mu připomenuta jeho zranitelnost a nepředvídatelnost světa kolem něj, ale už nezažívá tak velký distress jako poprvé a jeho vnitřní přesvědčení již nejsou otřesena (Tedeschi & Calhoun, 2004; Calhoun & Tedeschi, 2006; Janoff-Bulman, 2006).

### **3.3.6 Fyzický stav**

Řada empirických studií se kromě vztahu mezi PTR a duševním zdravím zabývá také souvislostí mezi PTR a fyzickým stavem jedince. Tyto výzkumy jsou zatím spíše v menšině, ale přesto se s nimi lze setkat. Jedním z nejznámějších z nich je longitudinální výzkum zaměřený na muže po srdeční příhodě (Affleck, Tennen, Croog, & Levine, 1987). Autoři výzkumu se setkali s pacienty 7 týdnů po infarktu a poté znovu po 8mi letech. Zajímalo je vztah mezi vnímanými přínosy respondentů, jejich zdravotním stavem a skutečností, zda v uplynulých letech znovu prodělali srdeční příhodu. Výsledky výzkumu ukázaly, že muži, kteří si z prožité události odnesli nějaká pozitiva a zisky, s menší pravděpodobností v následujících letech prodělali další infarkt a celková míra jejich nemocnosti v období po 8mi letech od jejich první příhody byla nižší.

Jiné výzkumy nehodnotí objektivní fyzický stav respondentů, ale zaměřují se na jejich subjektivní hodnocení. Autoři výzkumu PTR u obětí zemětřesení objevili skutečnost, že respondenti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako horší, dosahovali vyšší míry PTR než jedinci, kteří svůj stav považovali za dobrý (Xu & Liao, 2011).

Meta-analýza, která obsahovala výzkumy PTR následujícího po různých traumatických událostech, nenašla signifikantní vztah mezi PTR a subjektivně hodnoceným fyzickým zdravím (Helgeson et al., 2006). Oproti tomu meta-analýza obsahující pouze výzkumy sledující PTR u pacientů s rakovinou a HIV/AIDS potvrzuje signifikantnost vztahu mezi PTR a subjektivně vnímaným fyzickým zdravím (Sawyer et al., 2010). Je tedy možné, že vztah mezi PTR a fyzickým stavem jedince nabývá jiné podoby v případě, kdy traumatická událost přímo souvisí se zdravím jedince a jiné podoby u odlišného typu událostí.

### 3.3.7 Sociální opora

Do procesu PTR nevstupují pouze osobnostní rysy jedince, jeho schopnost kognitivně zpracovat událost a proměnné na straně traumatu. Důležitou roli hraje také okolí zasaženého jedince, jeho přátelé, rodina i vlivy širšího kulturního prostředí. Ve výzkumných studiích je hodnocena souvislost PTR a dostupnosti sociální opory, spokojenosti jedince se sociální oporou a svou rolí hraje také sebe-odhalení jedince a reakce okolí na jeho otevřenost.

Signifikantní pozitivní vztah mezi PTR a sociální oporou byl zjištěn u pacientů s rakovinou (Schroevers, Helgeson, Sanderman, & Ranchor, 2010; Love & Sabiston, 2011), u jedinců, kteří prodělali transplantaci kostní dřeně (Nenova, DuHamel, Zemon, Rini, & Redd, 2011) a u osob po infarktu myokardu (Senol-Durak & Ayvasik, 2010). Výsledky studií podporuje i závěr meta-analytické studie zjišťující vztah mezi PTR, optimismem, copingovými strategiemi a sociální oporou (Prati & Pietrantonio, 2009). Narazili jsme však i na výzkumnou studii sledující PTR u pacientů s rakovinou, která nenašla žádný vztah mezi dostupnou sociální oporou a PTR (Schmidt et al., 2012).

Zajímavé výsledky přináší longitudinální studie Schroevers et al. (2010), která měřila výskyt různých typů emocionální opory u pacientů s rakovinou 3 měsíce po diagnostikování nemoci a poté znovu po 8mi letech. Autoři došli k závěru, že čím více sociální opory obdrželi pacienti v období krátce po zjištění diagnózy, tím většího rozvoje dosahovali v následujících letech ( $r = 0,50$ ).

Traumatická událost zaměstnává dlouhé týdny či měsíce mysl zasažené osoby a ta často cítí potřebu o události a jejích důsledcích hovořit. Reakce okolí na toto „sebe-odhalení“, tedy na svěřování se ohledně toho, co člověk prožil a jaké pozitivní a negativní dopady to na něj má v současnosti, mohou proces PTR podpořit anebo znesnadnit.

Soubor univerzitních studentů byl rozdělen do dvou skupin podle toho, zda hovořili s druhými lidmi o důsledcích prožité události. Dále byli rozděleni podle toho, zda se svěřovali s pozitivními dopady anebo s negativními důsledky. Respondenti, kteří hovořili se svým okolím o tom, co pozitivního jim událost přinesla, vykazovali četnější záměrnou ruminaci v období po události a zažívali nižší míru stresu než jejich kolegové, kteří o pozitivních dopadech nemluvili. U studentů, kteří se v rozhovorech s druhými soustředili na negativa, byla zjištěna vyšší četnost záměrné ruminace brzy po události než u studentů, kteří o negativních dopadech nehovořili. Mezi skupinami však nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v míře dosaženého růstu (Lindstrom, et al., 2013). Existenci vztahu mezi PTR a reakcemi okolí na sebe-odhalení

nepotvrdila ani studie soustředící se na jedince po transplantaci kostní dřeně. Nicméně bylo zjištěno, že negativní reakce okolí na pokusy zasaženého mluvit o prožitém traumatu, souvisí signifikantně s výskytem symptomů PTSP ( $r = 0.34$ ), distresu ( $r = 0.44$ ) a well-beingu ( $r = -0.47$ ) (Proffitt et al., 2007; Nenova et al., 2011).

Druzí lidé mohou prospět zasaženému jedinci i jiným způsobem, než poskytnutím opory. Mohou také působit jako vzor. Ženy, které zažily domácí násilí a měly ve svém okolí osobu, která si také prošla domácím násilím a v důsledku této náročné životní zkušenosti prožila pozitivní změny, samy vykazovaly větší dosažený růst a to převážně v dimenzích osobní síla a nové možnosti (Cobb et al., 2006).

### 3.3.8 Víra a spiritualita

Záležitost víry a náboženství také vstupuje do procesu PTR. Autoři některých z nástrojů na měření PTR vzali tuto skutečnost v potaz a do dotazníků zakomponovali položky zjišťující změny v oblasti víry a spirituality (viz PTGI, PBS, TS).

Našli jsme tři výzkumné studie, které se vztahovaly k otázce víry a jejího praktikování v kontextu PTR. Tedeschi a Calhoun (1996) zjistili, skutečnost, do jaké míry jedinec aktivně praktikuje víru, koreluje s celkovým skórem dosaženým v PTGI ( $r = 0,25$ ) a především s doménou duchovní změny ( $r = 0,50$ ).

K podobnému závěru došel i Park et al. (1996), který u respondentů zjišťoval vnitřní zbožnost (intrinsic religiousness). Pro jedince, kteří podle měrné škály vykazovali vyšší vnitřní zbožnost, představovalo náboženství jakýsi rámec pro život („Můj celý přístup k životu je založen na mém náboženství“). PTR měřený SRGS signifikantně koreloval se zbožností účastníků výzkumu.

Další výzkum související s vírou jedince se zaměřoval na to, do jaké míry je jedinec otevřen zabývání se existenciálními otázkami, pochybnostmi týkajícími se jejich víry a případné změně v rámci náboženství. Z těchto tří aspektů s PTR významně korelovala otevřenost k náboženské změně ( $r = 0,28$ ) (Calhoun, et al., 2000).

Shaw, Joseph a Linley (2005) zpracovali systematický přehled 11 empirických prací, které sledovaly vztah mezi PTR, spiritualitou a náboženstvím. Závěrem studie prezentují 3 výstupy. Zkoumané studie naznačují, že náboženská víra a duchovní zaměření jedince mohou být nápomocní v procesu zpracovávání traumatu. Druhým zjištěním je, že prožití

traumatické události může vést k prohloubení náboženského vyznání nebo spirituality. Závěrem shrnují, že kromě výše zmíněných proměnných - aktivnímu praktikování víry, otevřenosti vůči náboženské změně a vnitřní zbožnosti - s PTR pozitivně koreluje také náboženský zaměřený coping a připravenost čelit existenciálních otázkám. Autoři studie také naznačují, že praktikování náboženství a duchovní založení člověka může pozitivně souviset s prožívaným PTR z toho důvodu, že poskytují jedinci smysl, který je tak důležitý pro adaptivní zpracování traumatu. Komunita věřících také nabízí zasaženému jedinci sociální oporu.

## **4. Psychologický profil profesionálního hasiče**

### **4.1 Hasičský záchranný sbor České republiky**

#### **IZS**

Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS ČR) je součástí **Integrovaného záchranného systému (IZS)**. Mezi základní složky IZS patří kromě HZS ČR také jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby a Policie České republiky (Zákon č. 239/2000 Sb., § 4.). Integrovaným záchranným systémem se rozumí *“koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací.”* (Zákon č. 239/2000 Sb., § 2.)

#### **HZS ČR**

Hasičský záchranný sbor České republiky je základní složkou a hlavním koordinátorem IZS. HZS ČR tvoří generální ředitelství HZS ČR, které je součástí Ministerstva vnitra, 14 hasičských záchranných sborů krajů, Záchranný útvar HZS ČR, Střední odborná škola požární ochrany a Vyšší odborná škola požární ochrany ve Frýdku-Místku (Zákon č. 238/2000 Sb., § 2).

Posláním HZS ČR je *„chránit životy a zdraví obyvatel a majetek před požáry a poskytovat účinnou pomoc při mimořádných událostech“* (Zákon č. 238/2000 Sb., § 1).

#### **Psychologická služba HZS ČR**

Koncepce psychologické služby HZS ČR byla schválena v roce 2002, přičemž její fungování je datováno od roku 2003. V rámci koncepce byly stanoveny základní pilíře psychologické služby (Vrbová & Dohnal, 2010):

- Poskytovat posttraumatickou péči hasičům a jejich rodinám
- Zajišťovat podklady pro personální práci a výkon služby
- Pomáhat obětem mimořádných událostí

Kromě výše zmíněných činností se psychologové HZS ČR věnují také lektorské činnosti. Poskytují příslušníkům psychologickou vstupní odbornou přípravu, psychologickou

přípravu ve specializačních kurzech, odbornou přípravu na konkrétní téma pro specifické skupiny příslušníků, např. pro operační techniky a důstojníky 112, pro manažery, aj. Pořádají kurzy *První psychické pomoci* a kurzy *Critical Incident Stress Management (CISM)*, které musí absolvovat zájemci o členství v Týmu posttraumatické péče (Vrbová, 2013).

Psychologové HZS ČR se věnují poradenské, výzkumné a publikační činnosti, vytvářejí metodické příručky a pokyny upravující činnost psychologického pracoviště, účastní se odborných konferencí, aj. (Vrbová, 2013).

V případě potřeby může být psycholog povolán operačním a informačním střediskem (OPIS), aby se dostavil na místo mimořádné události za účelem poskytnutí psychosociální pomoci zasaženým. Při mimořádných událostech většího rozsahu, jakými jsou například povodně, psychologové HZS ČR koordinují psychosociální pomoc v terénu a spolupracují s nestátními neziskovými organizacemi (Vrbová, 2013).

#### **4.2 Podmínky pro přijetí do služebního poměru HZS ČR**

Profesi hasiče může vykonávat jedinec, který byl přijat do služebního poměru. Podmínky pro přijetí do služebního poměru jsou následující: občanství České republiky, věk nad 18 let, trestní bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům, fyzická, zdravotní a osobnostní způsobilost k výkonu služby, aj. (**Zákon č. 361/2003 Sb.**, § 13, 14, 15)

Zjišťování fyzické, zdravotní a osobnostní způsobilosti je zakotveno v zákoně. Podmínky a průběh ověřování zdravotní způsobilosti upravuje vyhláška **č. 407/2008 Sb.**, která mění vyhlášku **č. 393/2006 Sb., o zdravotní způsobilosti**. Na základě lékařské prohlídky obdrží jedinec zdravotní klasifikaci, která vyjadřuje rozsah schopností jedince pro výkon služby v bezpečnostním sboru. Klasifikační značka „A“ vyjadřuje zdravotní způsobilost pro výkon služby bez omezení, značka „C“ vyjadřuje omezení zdravotní způsobilosti a klasifikační značka „D“ označuje zdravotní nezpůsobilost pro výkon služby.

Součástí přijímacího řízení uchazeče o zaměstnání je také zkouška tělesné zdatnosti, která se skládá ze dvou silových testů a jednoho testu vytrvalostního. Konkrétní požadavky na tělesnou zdatnost jsou vypsány v **Pokynu generálního ředitele HZS ČR č. 58/2008** (HZS ČR, 2008b).

Vyšetření osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru, upravuje **§ 15 zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru**

**příslušníků bezpečnostních sborů ve znění vyhlášky č. 487/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů.** Vyhláška stanovuje osobnostní charakteristiky, které jsou předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru.

**Mezi tyto charakteristiky patří:**

- a) Intelekt v pásmu průměru nebo vyšší
- b) Emoční stabilita
- c) Psychosociální vyzrálost
- d) Odolnost vůči psychické zátěži
- e) Žádoucí motivace, postoje a hodnoty
- f) Bez nedostačivosti v oblasti volných procesů
- g) Bez nedostačivosti v oblasti poznávacích procesů
- h) Bez nedostačivosti v oblasti autoregulace
- i) Bez znaků nežádoucí agresivity
- j) Bez psychopatologické symptomatiky

**Průběh psychologického vyšetření**

Osobnostní způsobilost uchazeče pro výkon služby v bezpečnostním sboru je zjišťována v rámci vstupního psychologického vyšetření psychologem HZS ČR. Psychologické vyšetření uchazečů probíhá v psychologických laboratořích HZS ČR, přičemž sbor disponuje 5ti laboratořemi, které se nacházejí v Praze na MV-GŘ HZS ČR, Českých Budějovicích, Hradci Králové, Olomouci a Ostravě (HZS ČR, 2013b).

Celkové počty zrealizovaných psychodiagnostických vyšetření se rok od roku liší, za období let 2003 - 2012 proběhlo nejméně vyšetření v roce 2012 s celkovým počtem 680 vyšetření, zatímco nejvíce vyšetření bylo v roce 2007 s počtem 1412. Počty neúspěšných uchazečů se také mění. Ve zmiňovaném období 2003 - 2012 bylo shledáno osobnostně nezpůsobilými pro přijetí do sboru 13 - 27 % uchazečů (Vrbová, 2013).

Psychologické vyšetření probíhá na základě vypracované metodiky, která je jednotná pro všechny psychology HZS ČR a díky které je zajištěna co největší objektivita vyšetření. (HZS ČR, 2013b).

Psychologické vyšetření trvá kolem 6ti hodin a skládá se z několika částí - výkonové, osobnostní a závěrečného rozhovoru s psychologem. Cílem je dozvědět se co nejvíce

informací o povaze a obvyklém chování uchazeče a to jak při stavech klidu, tak pod zátěží. V rámci vyšetření se u uchazeče zjišťují 3 souhrnné oblasti, kterými jsou **osobnostní charakteristiky, intelektový potenciál a psychická výkonnost spolu s odolností proti zátěži**. Zmapování těchto tří vlastností poskytuje podklad pro vytvoření charakteristiky uchazeče a jeho předpokladů pro vykonávání profese hasič záchranář (HZS ČR, 2013b).

Z osobnosti uchazeče psychology HZS ČR zajímá jejich **emoční stabilita, psychosociální vyzrálost, žádoucí motivace, postoje a hodnoty, volní procesy, autoregulace, agresivita, psychopatologická symptomatika**. Hasič záchranář by měl být emočně stabilní, schopen zachovat klid a rozvahu i ve vyhrocených situacích. Dále by měl mít vyvinutou sebekontrolu a schopnost anticipace, neměl by spoléhat na náhodu ani mít tendenci příliš riskovat. Nedílnou součástí profese hasiče je také jeho fungování v kolektivu ostatních kolegů a nadřízených, proto jsou důležité také komunikační dovednosti jedince, respektování autority a schopnost podřídit se rozkazu ze strany nadřízeného. Jedinec by měl být schopen přizpůsobit se novým podmínkám i druhým lidem a ochoten se učit novým věcem a dovednostem. Profese hasiče je pomáhající profesí, a proto by měl být uchazeč v kontaktu s občany benevolentní a vstřícný. Velice žádoucí je také motivace k pomáhání druhým lidem. Výše zmíněné osobnostní charakteristiky jedince jsou zjišťovány pomocí osobnostních dotazníků a inventářů, projektivních metod, pozorování a rozhovorů (Poláková, 2009; HZS ČR, 2013b).

Do služebního poměru HZS ČR jsou přijímáni pouze uchazeči, kteří absolvovali středoškolské vzdělání s maturitou a tak lze předpokládat průměrnou úroveň intelektu. **Intelektový potenciál** je zjišťován pomocí testů na logické myšlení a kombinační schopnosti (Poláková, 2009).

**Psychická výkonnost a odolnost vůči zátěži** je zjišťována téměř výlučně pomocí přístrojových metod. V rámci výkonové části je u uchazeče hodnoceno těchto **8 faktorů**: schopnost koncentrace pozornosti, psychomotorické tempo, dělená pozornost, odezírání kritického detailu, krátkodobá paměť, reakční pohotovost, výběrová reakční pohotovost, tempo a kvalita rozhodování. Pro úspěšné splnění výkonové části testování musí být uchazeč schopen zaregistrovat a zpracovat odezíranou informaci, orientovat se v množství podnětů, třídít dané informace podle zadání úlohy, reagovat na prezentovaný vizuální či akustický podnět pohybem ruky nebo nohy podle předem určených pravidel, aj. Z poznávacích procesů je tedy sledována hlavně pozornost, paměť a dále schopnost učení (HZS ČR, 2013b).

Některé úlohy musí jedinec splnit v nuceném tempu, tzn., že na zpracování prezentovaného podnětu má omezenou dobu. U administrovaných metod je hodnoceno jednak tempo provedení úkolu a jeho kolísání v čase, jednak kvalita provedení, tzn. množství chyb. To, jakým způsobem uchazeč přistoupí k zadaným úlohám, také poskytuje informaci o jeho motivaci k výkonu, důslednosti a volní regulaci. Ze způsobu provedení úloh v nuceném tempu může psycholog zjistit, nakolik je uchazeč schopen pracovat pod časovým tlakem, z čehož lze usuzovat na jeho schopnost zvládnání zátěže (Poláková, 2009).

Výsledek každého testu je bodově ohodnocen a je porovnáván s nastavenými požadavky na budoucí příslušníky HZS ČR. Výkonové testy jsou bodovány na základě interních norem HZS ČR, které jsou pravidelně aktualizovány. Při tvorbě norem se vychází z výsledků uchazečů, kteří prošli výběrovým řízením v psychologických laboratořích HZS ČR. Psychologická služba HZS ČR využívá přístrojovou diagnostiku i metody tužka-papír (HZS ČR, 2013b).

Závěrem vyšetření jedinec absolvuje **rozhovor** s psychologem HZR ČR, kde obdrží zpětnou vazbu na průběh psychologického vyšetření a má možnost promluvit o sobě a své motivaci k přijetí ke sboru. Psycholog na základě podkladů, které získal při psychologickém vyšetření, shledá uchazeče osobnostně způsobilým či nezpůsobilým (Poláková, 2009).

### 4.3 Výkon služby

Po přijetí do služebního poměru je příslušník povinen absolvovat základní odbornou přípravu (Zákon č. 133/1985 Sb., § 72; Zákon č. 247/2001 Sb., § 40). Základní odborná příprava trvá 27 týdnů, z toho 21 týdnů probíhá formou výuky na odborném učilišti Požární ochrany ve Frýdku Místku. Vstupní kurz je zakončen zkouškou, která ověřuje získané znalosti. Zbytek vstupní přípravy probíhá již na stanici pod dohledem velitele stanice nebo kolegů hasičů. Po 3 letech od nástupu k HZS ČR skládá hasič tzv. služební zkoušku. Po jejím úspěšném absolvování mu končí služební poměr na dobu určitou a dochází ke vzniku služebního poměru na dobu neurčitou (Zákon č. 361/2003 Sb., (§ 10, 11, 12).

Příslušníci HZS ČR jsou během služby ve sboru nadále průběžně hodnoceni. Hodnocení obsahuje posouzení odbornosti příslušníka a kvality plnění jeho povinností. První hodnocení příslušník obdrží 12 měsíců po nástupu do služby, dále jsou prováděna hodnocení v pravidelných intervalech (Zákon č. 361/2003 Sb., § 203).

Příslušník může působit po celou dobu trvání služebního poměru na pozici hasič - záchranář anebo může vykonávat funkci hasič - strojník. Hasič - strojník řídí požární automobil se zvláštním výstražným zařízením (Vyhláška č. 247/2001 Sb., § 37). Na tuto pozici musí příslušník absolvovat další psychologické vyšetření, v rámci kterého jsou na něj kladeny přísnější požadavky ve výkonové části vyšetření (Zákon č. 361/2003 Sb., § 79). V případě uvolnění pozice a splnění stanovených požadavků se může příslušník přihlásit do výběrového řízení na pozici velitele družstva, čtyř či stanice. HZS ČR tedy poskytuje příslušníkům možnost profesního postupu. Fluktuace u sboru je nízká. Po odsloužení 15ti let mají příslušníci nárok na výsluhový příspěvek (Zákon č. 361/2003 Sb., § 157).

### **Denní řád**

Hasiči slouží na stanicích ve třísměnném provozu. Příslušníci tedy pracují ve 24 hodinových směnách, po kterých následují 2 dny volna. Z tohoto systému vyplývá dělení hasičů do směn A, B, C. Jednotlivé stanice v rámci HZS ČR se dělí podle velikosti a podle počtu hasičů na směně. Příslušníci jsou ve směnách rozděleni do čet, družstev, družstev o zmenšeném početním stavu nebo do skupin. Četu tvoří dvě až tři družstva, družstvo je tvořeno velitelem a dalšími pěti hasiči, družstvo o zmenšeném početním stavu se sestává z velitele a dalších tří hasičů, skupinu tvoří velitel skupiny a jeden až dva hasiči (Zákon 247/2001 Sb., § 4).

Směna se dělí na 16 hodin výkonu služby a 8 hodin nařízené pohotovosti v místě výkonu služby. Během nařízené pohotovosti má příslušník nárok na čerpání přestávek na jídlo a odpočinek. V průběhu směny se profesionální hasiči věnují pestré škále činností. Ráno po příchodu do služby probíhá nástup směny, předání a převzetí služby a kontrola techniky a výzbroje. Střídání směn probíhá v 7 hodin ráno. Během dopoledne probíhá teoretická odborná příprava, praktická odborná příprava a hospodářské práce, tj. údržba věcných prostředků, mobilní techniky, objektu stanice a jejího okolí. Během odpoledne se hasiči věnují dle potřeby praktické odborné přípravě, hospodářským pracím a dále fyzické přípravě. Ve večerních hodinách dochází ke shromáždění příslušníků, během kterého probíhá zhodnocení dne a případné rozebrání zásahů. Poté se hasiči věnují individuálnímu zaměstnání, do kterého spadá samostudium, individuální fyzická příprava, údržba výstroje, aj. V rámci individuálního zaměstnání mohou být také dokončovány úkoly, které byly v průběhu dne přerušeny z důvodu výjezdu. V době od 23:30 do 6:00 drží příslušníci pohotovost na stanici, během které mohou spát. V ranních hodinách probíhá úklid stanice a příprava

na předání služby další směně (HZS ČR, 2012). Kdykoliv během služby mohou být příslušníci povoláni k výjezdu operačním a informačním střediskem, v takovém případě je doba výjezdu jednotky 2 minuty (Vyhláška č. 247/2001, §11).

## **Odborná příprava**

Jak si lze povšimnout z výše popsaného denního režimu stanice, profesionální hasiči se musí kromě samotné zásahové činnosti a údržby stanice a techniky věnovat vzdělávání. Odborná příprava má podobu teoretickou či praktickou a jejím cílem je zajistit co nejlepší připravenost hasičů na výkon povolání. V rámci odborné přípravy například absolvují prohlídky a seznamují se se specifickými a důležitými objekty, které se nachází v hasebním obvodu jednotky. Dále se účastní taktických cvičení v rámci své stanice nebo společně s ostatními složkami IZS v součinnosti s orgány obce či kraje. Dvakrát do roka také absolvují odbornou psychologickou přípravu (HZS ČR, 2013a). Psychologická příprava je zaštiťována psychology HZS ČR a zahrnuje širokou paletu témat. Psychologická služba nabízí kurz „*První psychická pomoc*“, který zprostředkovává poznatky o chování lidí v zátěžových situacích a nabízí postupy, jak s lidmi v takové situaci jednat. Dále se hasiči mohou dobrovolně stát členem **Týmu posttraumatické péče (TPP)**. Tým posttraumatické péče se skládá z odborně vyškolených příslušníků, kteří mohou poskytnout psychickou pomoc nejen obětem mimořádné události, ale také svým kolegům a zaměstnancům HZS ČR. Nezbytnou podmínkou pro členství v TPP je absolvování kurzu „*Critical Incident Stress Management*“ (HZS ČR, 2008a).

**Critical Incident Stress Management** je soubor technik, které se soustředí na péči o pracovníky záchranných profesí. Hlavním cílem CISMu je zmírnit negativní dopady náročné události a zabránit tomu, aby došlo k přechodu z normální stresové reakce do vzniku patologie. Součástí systému CISM je edukace, v rámci které dochází k rozšiřování kompetencí ke zvládnutí stresu, dále individuální krizová intervence, bezprostřední zpracování nasazení (defusing), strukturované zpracování nasazení (debriefing), následná péče o jedince a práce s managementem organizace (Mitchell, 2006).

## **4.4 Zátěžové situace při výkonu profese**

Profesionální hasiči mohou být v průběhu své směny vysláni operačním a informačním střediskem k požárům, dopravním nehodám, živelným pohromám, úniku

nebezpečných chemických látek, technickým haváriím, radiačním nehodám, haváriím a dalším událostem. Pro představu četnosti jednotlivých typů událostí předkládáme informace ze Statistické ročenky HZS ČR z roku 2012. Tabulka č. 1 prezentuje statistiku událostí se zásahy za roky 2008 - 2012, tabulky č. 2 a 3 poskytují totožné informace dělené podle krajů a grafy č. 1 a 2 prezentují údaje v grafické podobě (MV-GŘ HZS ČR, 2013).

Jednotlivé druhy událostí se zásahy JPO (počet)

Druh události	Počet událostí					Podíl v % na celk. počtu	Index %
	2008	2009	2010	2011	2012		
požáry	20 406	19 681	17 296	20 511	19 908	19,1	97
dopravní nehody	20 063	19 004	18 053	17 061	18 910	18,2	111
živelní pohromy	5 599	5 240	- <sup>*)</sup>	- <sup>*)</sup>	- <sup>*)</sup>	- <sup>*)</sup>	- <sup>*)</sup>
úniky nebezpečných chemických látek celkem	6 242	5 916	5 300	5 285	5 106	4,9	97
z toho ropné produkty	5 218	4 991	4 407	4 251	3 990	3,8	94
technické havárie celkem	42 104	47 412	62 961	50 035	52 084	50,1	104
z toho technické havárie	10	21	19	17	13	0,0	76
technické pomoci	38 916	44 187	58 948	45 736	46 648	44,9	102
technologické pomoci	770	761	744	652	780	0,7	120
ostatní pomoci	2 408	2 443	3 250	3 630	4 643	4,5	128
radiační nehody a havárie	0	0	0	1	1	0,0	100
ostatní mimořádné události	17	10	2	6	67	0,1	1 017
plané poplachy	8 194	8 251	8 037	8 202	7 909	7,6	96
<b>Celkem</b>	<b>102 625</b>	<b>105 514</b>	<b>111 649</b>	<b>101 101</b>	<b>103 985</b>	<b>100,0</b>	<b>103</b>

Tabulka č. 1: Jednotlivé druhy událostí se zásahy JPO

\*) Členění zásahů u událostí vyvolaných negativním působením přírodních sil a jevů za rok 2012 je následující: celkem 6 049 zásahů, z toho 96 u požárů (způsobených zejména bleskem), 292 u dopravních nehod, 3 při úniku nebezpečné chemické látky, 5 632 u technických havárií, 26 v souvislosti s planým poplachem (MV-GŘ HZS ČR, 2013).

Souhrnné informace o událostech v krajích

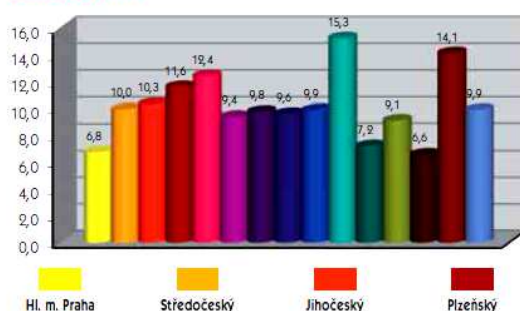
Druh události	Hl. m. Praha	Středočeský	Jihočeský	Píseňský	Karlovarský	Ústecký
požáry	2 345	2 833	981	1 149	804	2 316
dopravní nehody	745	3 001	1 168	1 470	528	1 087
úniky nebezpečných chemických látek celkem	806	729	244	283	253	638
z toho ropné produkty	660	598	224	246	211	547
technické havárie celkem	3 336	5 052	3 731	3 320	1 867	3 007
z toho technické havárie	0	0	0	0	0	2
technické pomoci	3 222	3 905	3 338	2 995	1 545	2 597
technologické pomoci	9	90	48	31	174	94
ostatní pomoci	105	1 057	345	294	148	314
radiační nehody a havárie	0	0	1	0	0	0
ostatní mimořádné události	3	0	1	12	1	2
plané poplachy	1 157	1 126	452	400	311	752
<b>Celkem</b>	<b>8 392</b>	<b>12 741</b>	<b>6 578</b>	<b>6 634</b>	<b>3 764</b>	<b>7 802</b>

Liberecký	Královéhradecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský	ČR
764	773	736	684	2 164	1 138	819	2 402	19 908
1 056	1 233	1 274	1 403	1 602	1 291	822	2 230	18 910
336	173	34	244	410	220	163	573	5 106
276	140	24	200	227	171	115	351	3 990
1 880	2 870	2 775	4 928	3 638	2 848	1 791	11 041	52 084
8	0	1	0	1	1	0	0	13
1 777	2 711	2 381	4 347	3 404	2 633	1 425	10 368	46 648
6	11	36	176	20	12	30	43	780
89	148	357	405	213	202	336	630	4 643
0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	7	6	2	2	16	15	67
261	290	294	548	612	306	273	1 127	7 909
<b>4 297</b>	<b>5 339</b>	<b>5 120</b>	<b>7 813</b>	<b>8 428</b>	<b>5 805</b>	<b>3 884</b>	<b>17 388</b>	<b>103 985</b>

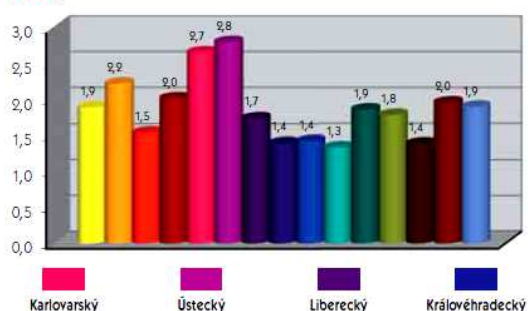
Tabulka č. 2 a 3: Jednotlivé druhy událostí v krajích

Události podle krajů (počet na 1 000 obyvatel)

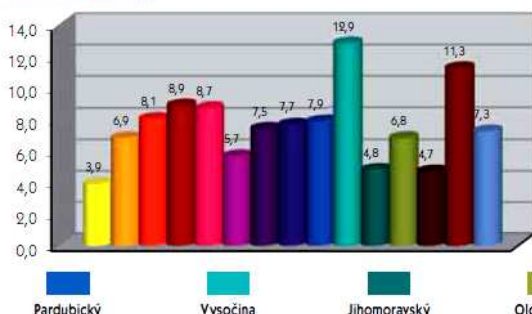
Události celkem



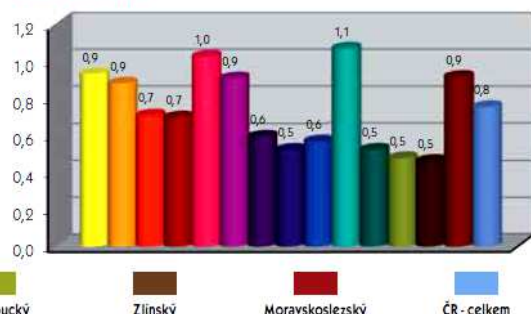
Požáry



Technické zásahy



Plané poplachy



Graf č. 1, 2, 3, 4: Události podle typů a krajů

Profesionální hasič se v rámci výkonu služby střetává s množstvím obtížných situací. Povolání hasiče je samo o sobě velice náročné a patří k němu každodenní stres. Mezi stresující faktory povolání patří práce ve směnném provozu, nutnost neustálé připravenosti k výjezdu a nemožnost předpovědět, kdy případný výjezd nastane, nejistota, do jaké situace hasič vyjíždí a jak časově náročný bude zásah, práce v extrémních podmínkách (teplo, mokro, stísněné prostory, pachy, aj.) a časovém tlaku, fyzická náročnost práce, nutnost rychle vyhodnotit nastalou situaci a učinit adekvátní rozhodnutí. Náročnost povolání hasiče vyplývá

i z textu služebního slibu, který musí každý příslušník složit. Profesionální hasič mimo jiné slibuje, že nebude váhat při ochraně zájmů České republiky nasadit i vlastní život (Zákon č. 361/2003 Sb., §17).

Nejnáročnější události, se kterými se příslušníci mohou v rámci výkonu služby setkat, jsou vypsány v **Pokynu generálního ředitele Hasičského záchranného sboru ČR**, kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům Hasičského záchranného sboru České republiky, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních nebo pracovních úkolů (HZS ČR, 2008a). Po prožití vypsanych událostí je doporučeno poskytnout příslušníkovi posttraumatickou intervenční péči.

Příslušník, zaměstnanec nebo oběť mimořádné události zažije	Příslušník, zaměstnanec nebo oběť mimořádné události utrpí	Příslušník, zaměstnanec nebo oběť mimořádné události způsobí
<p><b>úmrtí nebo těžké poranění jiných osob jako přímý svědek události</b> (především u dětí nebo kolegů) např.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> obzvláště tragické události</li> <li><input type="checkbox"/> nehody s množstvím obětí</li> <li><input type="checkbox"/> extrémně vypadající oběti</li> <li><input type="checkbox"/> úmrtí nebo poranění dětí nebo kolegů</li> <li><input type="checkbox"/> katastrofy</li> <li><input type="checkbox"/> velké škodní události</li> <li><input type="checkbox"/> svědek sebevraždy</li> <li><input type="checkbox"/> „selhání záchranné mise“</li> <li><input type="checkbox"/> událost spojenou s činností v USAR odřadu</li> </ul>	<p><b>těžké ohrožení života nebo tělesné nedotknutelnosti</b></p> <p>např.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> vážná dopravní nehoda</li> <li><input type="checkbox"/> přehřátí, poleptání</li> <li><input type="checkbox"/> ozáření, intoxikace</li> <li><input type="checkbox"/> infekce</li> <li><input type="checkbox"/> zasypání, zavalení</li> <li><input type="checkbox"/> popálení</li> </ul>	<p><b>smrt nebo těžké zranění někoho jiného</b></p> <p>např. v důsledku</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dopravní nehody</li> <li><input type="checkbox"/> chybného rozhodnutí</li> </ul>

**Tabulka č. 4: Traumatizující události, při kterých je zejména poskytována posttraumatická intervenční péče (2008a)**

## 4.5 Duševní zdraví profesionálních hasičů

### 4.5.1 Posttraumatická stresová porucha a zažívaný distres

Během života se mnoho lidí setká s alespoň jednou traumatickou či mimořádně náročnou událostí. Členové záchranných profesí jsou však vystavováni traumatům opakovaně, je to nedílnou součástí jejich práce. Z výzkumné studie sledující PTSP u hasičů z USA a Kanady vyplývá, že 85% - 90% z nich zažilo za poslední rok alespoň jednu traumatickou událost. U hasičů z USA byl průměrný počet traumatických incidentů prožitých za uplynulý rok 6,74 (SD = 5,78) na osobu, kanadští hasiči prožili v průměru 3,19 (SD = 2,91) události (Corneil, Beaton, Murphy, Johnson, & Pike, 1999).

V rámci výkonu profese nejen sami čelí nebezpečí, ale jsou i svědky neštěstí druhých. Přestože jsou profesionální hasiči před vstupem do sboru pečlivě vybíráni a jedním z hlavních požadavků je psychická odolnost, každodenní konfrontace s neštěstím a se smrtí může mít na jejich psychický stav negativní vliv. Vzhledem k povaze profese jsou záchranáři rizikovou skupinou pro rozvoj PTSP a dalších psychických problémů. Důsledkem častého setkávání se s traumatizovanými jedinci může u profesionálů docházet také k tzv. zástupné či sekundární traumatizaci. Mohou tedy prožívat symptomy posttraumatického stresu, které jsou shodné s reakcemi samotných poškozených osob, přesto, že pro ně samotné událost traumatizující nebyla (McCann & Pearlman, 1990). Vzhledem k náročnosti profese hasiče se mnoho empirických studií věnuje vlivu výkonu profese na duševní zdraví jedinců.

Prevalence PTSP u profesionálních hasičů se v rámci jednotlivých výzkumných studií různí. Odborníci rozdílné výsledky přisuzují skutečnosti, že nástroje na měření PTSP a celková metodologie se napříč výzkumy odlišuje. Příkladem může být výzkum realizovaný na hasičích z USA, kdy samotní autoři studie uvádí několik údajů, které se liší podle zvolených kritérií. Pokud by přítomnost PTSP u jedince byla odhadována podle metody Impact of Event Scale s tím, že poruchou trpí hasiči se skórem 26 a výše, což je doporučené rozhraní, PTSP by trpělo 17% z výzkumného souboru. V případě, že by se porucha hodnotila na základě komplexnějšího sebe-posuzujícího nástroje Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PTSP by trpělo 8% hasičů a při kombinovaném způsobu posuzování autoři docházejí dokonce k prevalenci 5% (Del Ben, Scotti, Chen, & Fortson, 2006). Výzkumná studie porovnávající stresové reakce u hasičů z USA a Kanady uvádí prevalenci PTSD 22% pro hasiče z USA a 17% pro profesionály z Kanady (Corneil et al., 1999). V jiném výzkumu se můžeme setkat s číslem 4,2% (Meyer et al., 2012) a meta-analýza 28

studí zabývajících se PTSP u pracovníků záchranné služby, policie, hasičského záchranného sboru a dalších záchranných profesí prezentuje prevalenci 10%. Autoři meta-analytické studie konstatují, že prevalence 10% je vyšší, než prevalence zjištěná u obecné populace, která podle jejich průzkumu činí 1,3 - 3, 5% (Berger et al., 2012). Čeští autoři uvádějí poněkud širší rozmezí prevalence PTSP v populaci, 1 - 9% (Raboch & Zvolský et al., 2001).

Vzhledem k tomu, že profesionální hasiči jsou vystavováni traumatickým událostem v mnohem větší míře, než je tomu u běžné populace, zcela jistě patří do vysoce rizikové skupiny, co se týče rozvoje PTSP. Je však potřeba vzít v úvahu také pečlivý výběr příslušníků a následné absolvování specializovaných kurzů, které přispívají ze zvyšování odolnosti hasičů. Vyšší prevalence PTSP se dá předpokládat vzhledem k povaze profese a tato skutečnost se nevyklučuje s předpokladem, že záchranáři jsou do velké míry resilientní jedinci a u velké většiny z nich k rozvoji psychických poruch nedojde.

Empirické studie se také zabývají prediktory PTSP a případnými protektivními či rizikovými faktory u profesní skupiny hasičů. Mezi nalezené protektivní faktory patří opora poskytovaná rodinou a pracovním kolektivem (Corneil et al., 1999; Linley & Joseph, 2006; Argentero & Setti, 2011; Meyer et al., 2012), copingové strategie hledání opory (Chamberlin & Green, 2010) a proaktivní coping (Wagner & Martin, 2012).

V rámci rizikových faktorů je zmiňován vyšší věk jedince (Corneil et al., 1999; Chamberlin & Green, 2010) a počet let, které odsloužil jako hasič, přičemž více jak 14 odsloužených let zvyšuje riziko výskytu PTSP či zažívaného distresu (Corneil et al., 1999; Del Ben et al., 2006; Chamberlin & Green, 2010). PTSP je signifikantně podmíněna mírou zažívaného distresu (Corneil et al., 1999; Meyer et al., 2012). Z copingových strategií hraje roli sebe-obviňování, užívání návykových látek (Meyer et al., 2012) a copingová strategie vyhýbání se (Brown, Mulhern, & Joseph, 2002).

Častým předpokladem odborníků je, že výskyt PTSP bude souviset s typem prožitých událostí a s jejich frekvencí. Například setkání se smrtí je považováno za jeden z největších stresorů a prediktorů posttraumatických stresových reakcí (Desivilya et al., 1996). Tento předpoklad však nebyl v nalezených studiích potvrzen (Corneil et al., 1999; Del Ben et al., 2006; Berger et al., 2012; Meyer et al., 2012). Mezi nejnáročnější události, které při výkonu služby zažili, řadí hasiči úmrtí člověka, úmrtí dítěte a prožití vlastního zranění a ohrožení života (Del Ben et al., 2006; Meyer et al., 2012). Vnímaná náročnost událostí se však u těchto výzkumných souborů napříč jednotlivými situacemi ne vždy liší (Del Ben et al., 2006). Zdá

se, že rozvinutí PTSP nemusí záviset na typu prožité události, signifikantně však souvisí s pocity, které se k situaci pojí. Konkrétně se jedná o pocity bezmoci, strachu a rozrušení a o vlastní vnímanou bezpečnost. Jedinci, kteří se při výkonu služby cítí v ohrožení života, mají strach a prožívají bezmoc, signifikantně častěji vykazují symptomy PTSP než kolegové, kteří popsané emoce neprožívají. (Del Ben et al., 2006; Linley & Joseph, 2006; Cukor et al., 2011).

#### 4.5.2 Posttraumatický rozvoj u profesionálních hasičů

Psychický stav hasiče nemusí být výkonem profese ovlivněn jen ve smyslu rozvinutí PTSP, příslušník může zažít také změny pozitivní povahy.

Výzkum zabývající se PTR u hasičů v současné době není k dispozici ani jediný. Existují však empirické studie sledující PTR u policistů (Chopko & Swartz, 2009; Chopko, 2010), vojáků (Lee et al., 2010; Krutiš et al., 2011), zdravotnického personálu (Lev-Wiesel et al., 2009; McLean et al., 2013) a dalších profesí, které se pojí k mimořádným událostem a jejich důsledkům (Linley & Joseph, 2006).

V současné době se rozvíjí výzkum tzv. **zástupného posttraumatického rozvoje** (vicarious posttraumatic growth), ke kterému může docházet u členů pomáhajících profesí. Tyto výzkumy jsou zaměřeny převážně na psychology, terapeutky, sociální pracovníky, pracovníky krizových a intervenčních center, tj. na jedince, kteří přicházejí do úzkého a déletrvajícího kontaktu s utrpením člověka (Schauben & Frazier, 1995; Jirek, 2009; Brockhouse, Msetfi, Cohen, & Joseph, 2011; Gibbons et al., 2011; Cohen & Collens, 2012). Hasiči a členové dalších záchranných profesí také přicházejí do kontaktu s neštěstím druhých a tak lze předpokládat, že fenomén zástupného PTR se vztahuje i na ně. Zástupný PTR je svou podstatou shodný s PTR, jediným rozdílem je, že k němu dochází ne v důsledku prožití náročné události, ale v důsledku setkávání se s někým, koho tato událost potkala a sledování jeho často bolestivého procesu vyrovnávání se s traumatem. Zástupný PTR může také u pomáhajícího vzniknout díky tomu, že je svědkem PTR u samotného zasaženého jedince.

V následujících tabulkách uvádím přehled několika výzkumných studií zaměřených na profesní skupiny záchranářů, případně pomáhajících. Tabulka č. 5 obsahuje průměrné hodnoty a směrodatné odchylky položek vzhledem k celkovému skóru dotazníku PTGI. U některých studií byly k dispozici také průměrné hodnoty položek dosažených v jednotlivých dimenzích dotazníku, ty jsou uvedeny v tabulce č. 6. Presentované studie

mohou být porovnány s rozmezím, kterého je možno v dotazníku PTGI dosáhnout. Tabulka č. 19 je k dispozici v empirické části práce.

Výzkumná studie	Výzkumný soubor	PTGI	Sm. odchylka
Chopko, Schwartz, 2009	Policisté	2,9	1,1
Krutiš et al., 2011	profesionální vojáci	2,33	0,62
Lee et al., 2010	profesionální vojáci	2,48	1,1
Gallaway, Millikan, Bell, 2011	profesionální vojáci	1,95	1,22
Krutiš et al., 2011	zdravotníci na vojenské misi	2,64	0,61
McLean et al., 2013	zdravotníci na vojenské misi	1,84	1,22
Lev-Wiesel et al., 2009	zdravotní sestry za války	3,1	0,92
Lev-Wiesel et al., 2009	sociální pracovníci za války	2,71	0,93
Gibbons et al., 2011	sociální pracovníci	2,55	0,56
Brockhouse et al. 2011	Terapeuti	1,92	1,03
O'Sullivan, Whelan, 2011	telefonní krizoví interventi	1,96	1,04

**Tabulka č. 5: Přehled výzkumných studií I.**

Výzkumná studie	Výzkumný soubor	Vztahy s druhými	Nové možnosti	Silné stránky jedince	Změna v duchovní oblasti	Porozumění životu
Krutiš et al., 2011	profesionální vojáci	2,74	2,56	3,1	1,2	3,43
Lee et al., 2010	profesionální vojáci	2,14	2,37	2,86	1,93	3,29
Gallaway et al., 2011	profesionální vojáci	1,58	1,92	2,37	1,65	2,56
Krutiš et al., 2011	zdravotníci na vojenské misi	2,94	2,92	3,07	1,95	3,63
Brockhouse et al., 2011	Terapeuti	1,82	1,96	2,05	0,97	2,51

**Tabulka č. 6: Přehled výzkumných studií II.**

Posttraumatický růst má u profesionálních záchranářů stejný průběh jako u kohokoliv jiného a do jeho procesu vstupují stejné proměnné. Proto lze předpokládat, že výsledky výzkumů realizovaných na běžné populaci a zjišťující vztah mezi PTR a dalšími proměnnými, můžeme aplikovat i na záchranné profese. Přesto odborníci zdůrazňují, že je třeba zkoumat fenomén PTR u členů záchranných profesí odděleně od běžné populace, vzhledem k dále zmíněným specifikům profese.

Hasiči, policisté, vojáci, pracovníci zdravotnické záchranné služby a další členové záchranných profesí si zvolili své zaměstnání sami s vědomím, že mohou být ohroženi na životě a na zdraví. Hlavní motivací pro tyto jedince bývá touha pomáhat druhým lidem a být prospěšný společnosti. Tato skutečnost může svým způsobem plnit funkci copingové strategie a facilitovat případný osobnostní rozvoj. Záchranáři jsou oproti ostatním lidem zapojeni v mimořádné události odlišným způsobem, zažívají trauma v kontextu jejich pracovního výkonu a pracovního prostředí (Paton, 2006).

Významný rozdíl mezi běžnou populací a zmíněnými profesními skupinami spočívá v organizačně-pracovních proměnných, které vstupují do procesu PTR (Paton, 2006).

Někteří hasiči slouží celou svou profesní kariéru na jedné stanici, v rámci stejné směny a velkou část pracovního působení slouží se stejnými kolegy a pod jedním nadřízeným. V práci tráví 24 hodin v kuse a tak se jejich směna pro ně stává druhou rodinou a kolegy k sobě pojí velice silné vazby. V případě, že dojde k mimořádné události, je to právě pracovní prostředí, kde se s následky události jedinec vyrovnává, jeho kolegové jsou těmi osobami, se kterými událost probírá a je ovlivňován jejich názory a interpretacemi. Toto je specifikum, se kterým se setkáme v málokteré profesi a které významným způsobem ovlivňuje výskyt případného PTR.

Při poskytování pomoci druhým může dojít k tzv. selhání záchranné akce, kdy se zásah z nejrůznějších důvodů nepovede tak, jak by měl nebo tak, jak by chtěl samotný záchranář. Například rozsah katastrofy a jejích dopadů je tak veliký, že omezuje možnosti profesionálů jednat. Po takovém zásahu hraje klíčovou roli skutečnost, jak jej jedinec interpretuje. Pokud připisuje neúspěch a vinu sám sobě, pravděpodobně se u něj projeví negativní důsledky prožití události a nebude v ní spatřovat žádné benefity. Pokud si však uvědomí, že překážky pramenily z nastalé situace a byly mimo jeho kontrolu, adaptace na situaci bude snadnější. Je důležité, aby hasiči měli realistická očekávání a nekladli na sebe přílišné nároky. To, jakým způsobem vyhodnocují zásahy a jsou jimi dále ovlivňováni, je do velké míry ovlivněno právě organizačními faktory a atmosférou na pracovišti (Paton, 2006).

Podporující prostředí, soudržnost týmu, ocenění hasiče po náročném zásahu, odměňování za výkon v nepříznivých podmínkách, zájem ze strany vedení, konzultující styl vedení, snímání případných pocitů viny z jedince, flexibilní způsob uplatňování postupů, to všechno zvyšuje pravděpodobnost pozitivních změn u záchranářů. Čím větší smysl vidí

jedinec ve výkonu své profese, s tím větší pravděpodobností vnímá benefity pramenící z jejího výkonu. Pozitivní změny zahrnují větší pocit kompetence jako člověka i v roli profesionála, větší ocenění rodiny i kolektivu kolegů, větší ocenění života a nárůst schopnosti empatie (Paton, 2006).

Naopak zrazování od ventilování emocí, bagatelizování stresových reakcí a pocitů jedince, dávání viny za neúspěch, nedostatky v komunikaci, nemožnost poradit se s nadřazeným a další faktory vedou k prožívání negativních dopadů události. Bylo dokonce zjištěno, že organizační stresory jsou silnějšími prediktory PTSP, než samotné traumatické události prožívané při výkonu služby (Paton, 2006; Huddleston, Stephens, & Paton, 2007).

Organizace může přispět k rozvoji pozitivních změn u svých příslušníků tím, že jim poskytne výcviky a kurzy. Speciálně zaměřené tréninky učí jedince orientovat se v situacích, kdy je záchranář přetížen informacemi a musí zhodnotit, které z nich jsou podstatné pro nadcházející zásah anebo naopak v situacích, kdy je informací nedostatek. Profesionálové by se měli dále účastnit simulací, v rámci kterých si nacvičí rozhodování pod časovým tlakem a přivyknou si na podmínky spojené s mimořádnými událostmi (pachy, zvuky, vlastní emoce a reakce). Výcvik může dále přispět k rozvoji mentálních modelů, které jedinci umožní nacházet smysl v nepříznivých událostech a k rozvoji schopnosti adekvátně interpretovat prožitou událost. Všechny zmíněné skutečnosti facilitují osobní růst a profesní rozvoj (Paton, 2006).

Důležitost přípravy profesionálních záchranářů potvrzuje výzkum, který sledoval psychické dopady zemětřesení v Arménii na povolané záchranáře. Z celkového souboru jen 25% záchranářů ohodnotilo své vzdělání a výcvik jako dostačující a další tréninky vnímali jako velice potřebné. Jedinci, kteří byli dobře připraveni na setkání s katastrofou, měli signifikantně větší pocit, že situaci zvládli, než jejich kolegové, kteří vnímali svou přípravu jako nedostatečnou. V období po 1 měsíci od události se jedinci, kteří se cítili na událost nepřipraveni, signifikantně více zabývali myšlenkami na katastrofu (Lundin & Bodegård, 1993). Je nutno podotknout, že zemětřesení v Arménii se odehrálo v roce 1988, kdy nebyli hasiči připravováni zdaleka v takové míře a kvalitě, jako je tomu dnes. Výsledky studie však potvrzují důležitost přípravy na výkon takto náročného povolání.

## **Empirická část**

### **5. Cíle výzkumu a formulace hypotéz**

#### **5.1 Cíle výzkumu**

Teoretická část diplomové práce předkládá informace o fenoménu posttraumatického rozvoje a o faktorech, které do procesu jeho vzniku vstupují. V textu je prezentováno množství empirických studií, které dokazují, že k PTR dochází v důsledku vyrovnávání se s širokou škálou událostí. Výzkumníci se často zaměřují na zkoumání PTR v souvislosti se somatickým onemocněním, událostmi interpersonální povahy, ztrátou blízké osoby aj. Je možné se setkat i s empirickými studiemi, které zkoumají PTR u záchranných profesí, avšak tyto studie jsou spíše v menšině. Jedinci, kteří vykonávají některou ze záchranných profesí, se denně setkávají s mimořádnými situacemi, které jsou často za hranicemi běžné lidské zkušenosti. Vezmeme-li v úvahu náročnost profese záchranáře, je na místě zajímat se o to, zda situace prožívané v rámci výkonu profese mají potenciál zpochybnit soustavu vnitřních přesvědčení jedince a v důsledku toho vést k prožívání benefitů. Výzkumnou studii, která by se soustředila na PTR u hasičů se mi však nepodařilo najít ani jednu. Cílem empirické části diplomové práce je zaplnit tuto mezeru a věnovat pozornost profesní skupině hasičů.

Cílem empirické části předkládané diplomové práce je zjistit, zda u profesionálních hasičů dochází v důsledku střetávání se s náročnými událostmi k posttraumatickému rozvoji a v jaké míře. Dalším cílem je zkoumat vztah mezi mírou dosaženého posttraumatického rozvoje a sociodemografickými ukazateli respondentů, typem prožité náročné události, dobou, která uplynula od jejího prožití a její subjektivně prožívanou náročností. Existuje mnoho studií, které zjišťují vztah mezi PTR a proměnnými na straně jedince či traumatu, avšak v mnoha případech jsou výsledky napříč jednotlivými studiemi nejednoznačné. Z tohoto důvodu bychom rádi ověřili, jaké faktory ovlivňují dosažený PTR u profesní skupiny hasič - záchranář.

Záměrem diplomové práce je také získat informace o životním stylu respondentů, tedy konkrétně o míře zažívaného stresu, výskytu chování typu A, dostupnosti sociální opory, úrovni zažívané psychické pohody a dále o tom, jaké strategie zvládání náročných situací u výzkumného souboru převažují. V rámci empirické části diplomové práce jsme dále zjišťovali, zda existuje vztah mezi mírou dosaženého posttraumatického rozvoje a životním stylem respondentů.

## 5.2 Výzkumné předpoklady a formulace hypotéz

Výše uvedené výzkumné cíle byly vymezeny pomocí následujících hypotéz:

**H<sub>01</sub>:** Věk nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a1</sub>:** Věk má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Výsledky řady empirických studií uvádí, že faktor věku může ovlivňovat míru dosaženého PTR, přičemž PTR dosahují ve větší míře jedinci ve věkovém období mladé dospělosti (Linley & Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006). Z tohoto důvodu předpokládáme, že věk bude hrát roli i v našem výzkumném souboru a nejvyšší úroveň PTR bude vykazovat věková skupina 18-25 let.

**H<sub>02</sub>:** Rodinný stav nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a2</sub>:** Rodinný stav má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Z dostupných zdrojů usuzujeme, že rodinný stav nebude mít vliv na úroveň dosaženého PTR (Linley & Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006).

**H<sub>03</sub>:** Skutečnost, zda respondent má či nemá děti, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a3</sub>:** Skutečnost, zda respondent má či nemá děti, má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Psychologové HZS ČR během svého působení vyzorovali, že profesionální hasiči, kteří mají děti, více prožívají náročné situace ve výkonu služby, než je tomu u jejich bezdětných kolegů. Jsou schopni více domyslet případné negativní důsledky nepovedeného zásahu. Na základě této zkušenosti předpokládáme, že hasiči s dětmi budou spíše otevření přemýšlení nad událostí a tedy s větší pravděpodobností dosáhnou PTR.

**H<sub>04</sub>:** Skutečnost, zda respondent je či není členem Týmu posttraumatické péče, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a4</sub>:** Skutečnost, zda respondent je či není členem Týmu posttraumatické péče, má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Členství v TPP je dobrovolné a ukazuje na zájem jedince o otázky duševního zdraví a poskytování psychologické pomoci druhým lidem. Toto osobnostní nastavení může učinit jedince přístupnějším k zamýšlení se nad vlastním životem a vlivem náročných událostí

na jeho osobu a soukromý život. Předpokládáme, že hasiči, kteří jsou členy Týmu posttraumatické péče, budou dosahovat PTR ve vyšší míře, než hasiči, kteří do týmu nepatří.

**H<sub>05</sub>:** Počet let, který respondent strávil službou u HZS, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a5</sub>:** Počet let, který respondent strávil službou u HZS, má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Výzkumné studie zabývající se PTSP u profesní skupiny hasičů opakovaně došly k závěru, že s přibývajícím počtem let služby, konkrétně se jednalo o 14 let a více, roste riziko rozvinutí PTSP (Del Ben et al., 2006; Chamberlin & Green, 2010). Předpokládejme, že stejná proměnná vstupuje také do procesu PTR. Spolu se zvyšujícím se počtem odsloužených let pravděpodobně dochází ke kumulaci prožitých událostí a jejich dopadů, což může jedince činit zranitelnějším vůči dalším náročným situacím. Je možné, že tato zranitelnost jde ruku s častějším zamýšlením se nad prožitými událostmi, s nabýváním životní moudrosti a prožíváním pozitivních změn.

**H<sub>06</sub>:** Velikost stanice, na které respondent slouží, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a6</sub>:** Velikost stanice, na které respondent slouží, má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Předpokládáme, že velikost stanice, potažmo kolektivu, nebude mít vliv na úroveň posttraumatického rozvoje.

**H<sub>07</sub>:** Typ vybrané události nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a7</sub>:** Typ vybrané události má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Událost je pro jedince více traumatizující, pokud byla ohrožena jeho tělesná či psychická integrita nebo byl dokonce v ohrožení života (Vizinová & Preiss, 1999). Konfrontace s vlastní smrtelností zvyšuje pravděpodobnost rozvoje pozitivních změn (McMillen et al., 1997). Z toho důvodu předpokládáme, že vyšší míru PTR budou dosahovat respondenti, kteří v dotazníku PTGI-CZ vybrali jednu z událostí z kolonky "zažil jsem", tedy vážnou dopravní nehodu, zasypaní/zavalení, popálení, přehřátí/poleptání, ozáření/intoxikaci, nakažení infekcí.

**H<sub>08</sub>:** Délka doby, která uplynula od prožití náročné události respondentem, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a8</sub>:** Délka doby, která uplynula od prožití náročné události respondentem, má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Na základě prostudované odborné literatury se domníváme, že čas, který uplynul od prožití traumatu, nemá vliv na úroveň posttraumatického rozvoje (Tedeschi & Calhoun, 1996; Helgeson et al., 2006; Prati & Pietrantonio, 2009)

**H<sub>09</sub>:** Vnímaná náročnost prožité události nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a9</sub>:** Vnímaná náročnost prožité události má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Odborná literatura předkládá informaci, že vnímaná náročnost události hraje důležitou roli v procesu PTR. Bylo naznačeno, že mezi PTR a vnímanou náročností události existuje vztah obráceného písmene U (Calhoun & Tedeschi, 2006). V souladu s těmito zjištěními předpokládáme, že nejvyšší PTR budou vykazovat hasiči, kteří událost označí jako středně náročnou.

**H<sub>010</sub>:** Skutečnost, zda respondent uvažoval nad tím, zda jeho profese ovlivňuje jeho soukromý život, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

**H<sub>a10</sub>:** Skutečnost, zda respondent uvažoval nad tím, zda jeho profese ovlivňuje jeho soukromý život, má vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Přemítání nad prožitými událostmi a jejich vlivech na život jedince je nezbytnou součástí procesu PTR. Máme za to, že jedinci, kteří jsou nakloněni introspekci a věnují se přemýšlení o náročných okamžicích výkonu profese, budou spíše dosahovat PTR rozvoje.

**H<sub>011</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní stresu prožívaného respondentem

**H<sub>a11</sub>:** Existuje vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní stresu prožívaného respondentem

Distres je nezbytnou součástí procesu, který ústí do prožívání pozitivních změn. Přílišná úroveň prožívaného distresu však může vést k neschopnosti vnímat benefity pramenící z výkonu profese. Z tohoto důvodu předpokládáme negativní vztah mezi distresem a PTR.

**H<sub>012</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a sociální oporou, které se respondentovi dostává z jeho okolí

**H<sub>a12</sub>:** Existuje vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a sociální oporou, které se respondentovi dostává z jeho okolí

Předpokládáme pozitivní vztah mezi PTR a sociální oporou. Psychická opora moderuje významnou měrou vztah mezi nepříznivými životními událostmi a psychickým i fyzickým zdravím jedince (Kebza, 2005).

**H<sub>013</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní výskytu chování typu A u respondenta.

**H<sub>a13</sub>:** Existuje vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní výskytu chování typu A u respondenta.

Chování typu A zahrnuje reakce, jakými jsou vnitřní vztek, vyjádřený vztek, netrpělivost, dále pocit časové tísně, vysoké pracovní tempo, snahu o vysoký výkon, přílišnou ctižádostivost a konkurenční chování (Nowack, 2006). Domníváme se, že jedinci, kteří mají ve zvýšené míře tendenci k chování typu A, budou dosahovat spíše menšího skóru v dotazníku PTGI-CZ.

**H<sub>014</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a kognitivní nezdolností respondenta.

**H<sub>a14</sub>:** Existuje vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a kognitivní nezdolností respondenta.

Kognitivní nezdolnost je v dotazníku Stress profile pojímána jako tendence k vysokému stupni angažovanosti a oddanosti jak vůči rodině, tak vůči práci a sobě samému. Respondenti, kteří vysoce skórují v této škále, mají tendenci vnímat životní změny a rizika jako výzvy a příležitosti k růstu (Nowack, 2006). Naším předpokladem je, že kognitivní nezdolnost bude u našich respondentů v pozitivním vztahu s úrovní PTR.

**H<sub>015</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a strategiemi zvládání zátěže respondenta.

**H<sub>a15</sub>:** Existuje vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a strategiemi zvládání zátěže respondenta.

Škála strategie zvládání zátěže obsahuje 4 strategie, kterými jsou pozitivní pohled, negativní pohled, minimalizace hrozeb a zaměřenost na problém. Copingové strategie pozitivní pohled a zaměřenost na problém budou pravděpodobně v pozitivním vztahu s PTR, zatímco u negativního pohledu předpokládáme vztah negativní. Strategie minimalizace hrozeb zahrnuje vyrovnávání se s událostí pomocí humoru, odvádění pozornosti jinam, nezabývání se myšlenkami na událost apod. Vnímáme, že tato strategie by se mohla k PTR vztahovat pozitivně, vzhledem k tendenci rozptýlit se a neutápět se ve smutku. Avšak tendence vyhýbat se myšlenkám a úvahám spojeným s mimořádnou událostí by mohla bránit procesu kognitivního angažování se a následnému PTR. Domníváme se, že copingová strategie minimalizace hrozeb bude vzhledem k PTR nabývat negativního vztahu.

**H<sub>016</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a psychickou pohodou respondenta.

**H<sub>a16</sub>:** Existuje vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a psychickou pohodou respondenta.

PTR signifikantně a pozitivně souvisí s well-beingem a životní spokojeností (Helgeson et al., 2006; Sawyer et al., 2010; Teodorescu et al., 2012). Proto předpokládáme, že v době realizování výzkumu, bude potvrzen pozitivní vztah mezi psychickou pohodou respondentů a úrovní dosaženého PTR.

## 6. Výzkumný soubor a sběr dat

Sběru dat předcházelo vytváření výzkumného designu za přispění vedoucího práce prof. PhDr. Kebzy, CSc. a externího konzultanta - psychologky HZS Středočeského kraje kpt. PhDr. Evy Biedermannové. Po vytvoření výzkumného designu a upravení zvolených testových metod následovalo podání oficiální žádosti o možnost zrealizovat výzkum v rámci HZS Středočeského kraje. Žádost jsem zaslala k rukám ředitele HZS Středočeského kraje plk. Ing. Miloslava Svatoše. Po kladném vyřízení žádosti jsem začala s psychologkou HZS plánovat návštěvy konkrétních stanic, přičemž kpt. PhDr. Biedermannová vždy dopředu kontaktovala velitele příslušné stanice a požádala o spolupráci. Metoda výběru výzkumného souboru byla záměrná a strukturovaná. Návštěvy stanic probíhaly v období **22. 2. - 19. 8. 2013**, celkem se jednalo o **14 návštěv**, v rámci kterých jsem byla na **8mi stanicích** napříč Středočeským krajem. Některé návštěvy jsem absolvovala sama, jiné za doprovodu kpt. PhDr. Biedermannové. Během návštěv stanic HZS ČR ve Středočeském kraji se mi podařilo získat 100 respondentů.

Na úvod každé návštěvy byli hasiči seznámeni s účelem testování. Respondenty jsem informovala, že se jedná o sběr dat k diplomové práci a požádala jsem je o jejich účast. Všichni respondenti na mou žádost reagovali kladně a výzkumu se zúčastnili. Návratnost dotazníku tak činí 100%.

Výzkumný cíl nebyl hasičům zcela sdělen. Poskytnutí informace, že cílem výzkumu je zjistit výskyt posttraumatického rozvoje a jeho vztah k dalším proměnným, by mohlo mít negativní vliv na validitu získaných dat. Respondenti by mohli být touto informací ovlivněni ve svých odpovědích. Z tohoto důvodu jim bylo sděleno, že výzkumníka zajímá náročnost profese hasiče a skutečnost, jak vykonávání profese hasiče ovlivňuje respondenta, jeho názory a hodnoty.

Respondenti byli informováni o anonymitě testování a o způsobu následného zpracování dat. Dále byli seznámeni se zněním informovaného souhlasu. Informovaný souhlas respondenti nepodepisovali z důvodu zachování úplné anonymity. Během prvního sběru dat, který byl zároveň pojat jako předvýzkum, jsem se setkala s velikou nechtí podepisovat informovaný souhlas a s obavami o anonymitu šetření. Na tuto možnost jsem byla také dopředu upozorněna psychologkou HZS Středočeského kraje. Nastavení respondentů vyplývalo do určité míry také z jejich aktuální nespokojenosti s vedením, která bude zmíněna dále v textu (viz. Kapitola 8.4 Vnímaná pozitiva a negativa profese). Nabyla

jsem dojmu, že trváním na podpisu informovaného souhlasu by byla ohrožena pravdivost poskytovaných informací. Z tohoto důvodu jsem netrvala na podepsání informovaného souhlasu. Respondenti byli se zněním informovaného souhlasu na úvod každého sběru dat seznámeni a dále se informovaný souhlas stal úvodním listem testové baterie. Jeho znění bylo doplněno o větu "vyplněním těchto dotazníků dávám souhlas k účasti na tomto šetření, včetně následného zpracování a zveřejnění poskytnutých informací autorkou výzkumného šetření".

Během prvního sběru dat jsem také zjistila, že testová baterie klade vysoké nároky na čas a že samotné vyplňování respondentům zabere 46 - 75 minut. Tuto skutečnost respondenti vnímali značně negativně a verbálně ji komentovali. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli vynechat z dotazníku Stress profile subškálu "zdravotní návyky" (viz dále v textu).

Po představení účelu šetření a seznámení respondentů se zněním informovaného souhlasu jsme přešli k vyplňování dotazníků. První částí testové baterie byla upravená verze PTGI-CZ. Po obdržení dotazníku byli respondenti vyzváni, aby se zamysleli nad svým působením u HZS ČR a nad mimořádnými událostmi, se kterými se v rámci výkonu své profese setkali a museli je řešit. Respondenti byli požádáni, aby vybrali ze všech náročných událostí tu nejvýznamnější, tu, která je nejvíce zasáhla a ovlivnila. Poté měli vybrat z nabízených možností variantu, která odpovídala jimi zvolené situaci. V případě, že ji nenašli, mohli vepsat danou událost vlastními slovy do kolonky „jiné“. Poté byli informováni, že níže položené otázky se vztahují k vybrané události.

K dotazníku Stress profile a následným otevřeným otázkám již respondentům nebyla zadávána další instrukce. Znění instrukce k dotazníku Stress profile bylo poznamenáno v testovém sešitě.

## 7. Použité metody

Testová baterie, kterou vyplňovali respondenti našeho výzkumu, se skládala ze 3 částí - dotazníku **PTGI-CZ**, dotazníku **Stress profile** a z **2 otevřených otázek**, ve kterých jsem se respondentů ptala na hlavní nedostatky a pozitiva jejich profese. Hlavním nástrojem našeho výzkumu je dotazník, jedná se tedy o kvantitativní výzkum.

### 7.1 PTGI-CZ

Nejčastěji používaným nástrojem na měření posttraumatického rozvoje je dotazník **Posttraumatic growth inventory (PTGI)**, jehož autory jsou američtí vědci Tedeschi a Calhoun (1996). Dotazník PTGI je používán po celém světě, existují následující verze: německá, španělská, italská, holandská, švédská, polská, řecká, rumunská, turecká, hebrejská, arabská, čínská a japonská (Mareš, 2009). V současné době existuje také česká verze. Dotazník PTGI byl přeložen do českého jazyka Preissem, Krutišem a Marešem v roce 2008. Dotazník nemá k dispozici normy.

Dotazník **PTGI-CZ** obsahuje několik částí. V části A má respondent na úkol vybrat jednu z nabízených náročných událostí, kterou prožil a která mu určitým způsobem změnila život. Na výběr má z 13ti možností (např. ztráta milované osoby, vážná nemoc, ztráta zaměstnání, přírodní katastrofa, rozvod, aj.), navíc má možnost vypsát jinou těžkou událost, která v seznamu nebyla nabídnuta. V části B účastník výzkumu volí dobu, která uplynula od prožití nároční události a v části C se vyjadřuje k 21 položkám. Každá položka obsahuje výrok a respondent na 6ti bodové stupnici hodnotí, do jaké míry u něj došlo k prezentované změně, přičemž 0 = nezažil jsem žádnou takovou změnu a 5 = taková změna u mě nastala ve výrazné míře. Úplné změnění dotazníku je uvedeno v příloze č. 1.

Pro účely našeho výzkumu jsme podobu dotazníku PTGI-CZ v několika bodech upravili. V první část dotazníku zjišťujeme sociodemografická data, tedy věk, rodinný stav a skutečnost, zda respondent má děti či ne. Dále nás zajímalo, jak dlouho jsou příslušníci ve sboru a zda jsou členem Týmu posttraumatické péče či ne.

Tabulku v části A, která obsahuje nabízené možnosti prožitých událostí, jsme zcela nahradili tabulkou jinou, přesně vytvořenou pro náš výzkumný soubor. Původním záměrem bylo vytvořit tabulku na základě rozhovoru s několika psychology HZS ČR, kteří mají přehled o tom, s jakými událostmi se příslušníci setkávají a které hodnotí jako náročné.

Po oslovení několika psychologů jsem byla odkázána na *Pokyn generálního ředitele HZS ČR č. 30 ze dne 25. 7. 2008, kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům Hasičského záchranného sboru České republiky, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních nebo pracovních úkolů a stanoví se postup při posttraumatické péči o oběti mimořádné události.* (HZS ČR, 2008a). Tabulka do našeho výzkumu byla tedy vytvořena na základě seznamu náročných událostí, se kterými se mohou příslušníci v rámci služby setkat a po kterých je doporučeno jim poskytnout posttraumatickou intervenční péči (viz tabulka č. 4 v kapitole 4.4 Zátěžové situace při výkonu profese).

<b>Byl jsem svědkem:</b>	<b>Zažil jsem:</b>	<b>Způsobil jsem:</b>
<input type="checkbox"/> těžkého zranění člověka <input type="checkbox"/> úmrtí člověka <input type="checkbox"/> sebevraždy člověka <input type="checkbox"/> těžkého zranění kolegy <input type="checkbox"/> úmrtí kolegy <input type="checkbox"/> sebevraždy kolegy <input type="checkbox"/> těžkého zranění dítěte <input type="checkbox"/> úmrtí dítěte <input type="checkbox"/> nehody s množstvím obětí <input type="checkbox"/> události s extrémně vypadajícími oběťmi <input type="checkbox"/> přírodní katastrofy (povodeň, vichřice, aj.) <input type="checkbox"/> události s velkými škodami (průmyslová havárie, velké požáry, aj.) <input type="checkbox"/> selhání záchranné akce	<input type="checkbox"/> vážnou dopravní nehodu <input type="checkbox"/> zasypaní, zavalení <input type="checkbox"/> popálení <input type="checkbox"/> přehřátí, poleptání <input type="checkbox"/> ozáření, intoxikaci <input type="checkbox"/> nakažení infekcí	<input type="checkbox"/> těžké zranění člověka v důsledku dopravní nehody <input type="checkbox"/> smrt člověka v důsledku dopravní nehody <input type="checkbox"/> těžké zranění člověka v důsledku chybného rozhodnutí <input type="checkbox"/> smrt člověka v důsledku chybného rozhodnutí
<input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypište):		

**Tabulka č. 7: Seznam nabízených náročných událostí v rámci dotazníku PTGI-CZ**

Část B stejně jako v originální verzi PTGI-CZ obsahuje otázku na dobu, která uplynula od prožití náročné události. Dále jsme přidali 10ti bodovou škálu, na které měl respondent uvést, jak subjektivně vnímá náročnost prožité události, přičemž 0 = událost nebyla vůbec náročná a 10 = událost byla velice náročná. Z empirických studií citovaných v teoretické části diplomové práce vyplývá, že vnímaná náročnost události má vliv na proces PTR a tak jsme tento předpoklad chtěli ověřit i u našeho výzkumného vzorku.

Část C jsme nechali beze změny, obsahuje tedy 21 výroků a respondenti na 6ti bodové škále uváděli, do jaké míry u nich daná změna nastala. Část C výzkumníkovi poskytuje informace o celkové dosažené úrovni PTR a také o míře rozvoje v 5ti specifických oblastech: vztahy s druhými lidmi, nové možnosti, silné stránky jedince, změna v duchovní oblasti a porozumění životu.

Následující tabulka obsahuje informaci, které položky sytí jednotlivé dimenze PTR a poskytuje tedy klíč k vyhodnocení dotazníku PTGI-CZ.

Dotazník PTGI-CZ měří pět proměnných:

Název proměnné	Položky, které ji zjišťují (u každé proměnné se sečtou body za uvedenou skupinu položek)
1. vztahy s druhými lidmi	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
2. nové možnosti	3, 7, 11, 14, 17
3. silné stránky jedince	4, 10, 12, 19
4. změna v duchovní oblasti	5, 18
5. pochopení života, porozumění životu	1, 2, 13

**Tabulka č. 8: Klíč k vyhodnocení dimenzí PTR**

Na závěr dotazníku PTGI-CZ jsme vložili následující otázku: „Již dříve jsem přemýšlel nad tím, zda moje profese ovlivňuje můj soukromý život:  ano  ne“. Tato otázka byla začleněna do dotazníku na přání psychologů HZS Středočeského kraje. Naším záměrem bylo zjistit, zda si respondenti uvědomují, že jejich náročná profese může mít vliv na jejich osobu a soukromý život. Uvědomování si vlivů profese se může zdát jako věc samozřejmá, zkušenost psychologů HZS ČR ale hovoří o opaku a tak jsme se rozhodli otázku do dotazníku začlenit.

Upravená verze dotazníku PTGI-CZ, která byla použita pro účely našeho výzkumu je k nahlédnutí v příloze č. 2.

## 7.2 Stress profile

Autorem dotazníku je Nowack (2006), český překlad zajistili Klose a Král. Stress profile vychází z kognitivně - transakčního přístupu ke stresu a vyrovnávání se s ním. Obsahuje 123 položek a je vyvinut pro dospělou populaci nad 20 let s minimálně základním

vzděláním. Dotazník poskytuje informace o životním stylu respondenta a o jeho zdravotním chování. Je navržen tak, aby identifikoval oblasti, které jedinci pomáhají odolat škodlivým účinkům každodenního stresu a také ty oblasti, které ho činí náchylným k onemocněním spojovaným se stresem. Vyhodnocením dotazníku získáme skóry v 15ti oblastech:

- Stres
- Zdravotní návyky (celkový skór)
- Cvičení
- Odpočinek/spánek
- Jídlo/výživa
- Prevence
- Trs položek ARC (konzumace alkoholu, drog a cigaret)
- Sociální opora okolí
- Chování typu A
- Kognitivní nezdolnost
- Zvládací strategie (bez celkového skóru)
- Pozitivní pohled
- Negativní pohled
- Minimalizace hrozeb
- Zaměřenost na problém
- Psychická pohoda

Téměř všechny škály obsahují položky, ke kterým se respondent vyjadřuje na 5ti bodové škále (1 = nikdy, 2 = zřídka, 3 = občas, 4 = často, 5 = vždy/stále). Pouze u subškály sociální opora existuje kromě výše vypsanych 5ti variant ještě možnost označit 6 = nelze odpovědět.

Každá ze škál může být interpretována jako nezávislý faktor, který vstupuje do vztahu mezi stresem a nemocí. U škál **zdravotní návyky, sociální opora, kognitivní nezdolnost, pozitivní pohled, minimalizace hrozeb, zaměřenost na problém a psychická pohoda** znamená dosažení vysokých skórů relativní odolnost vůči nemocem pramenícím ze stresu, fungují tedy jako protektivní faktory. Naopak u škál **stres, chování typu A, negativní pohled**

**a trs položek ARC** je tomu tak, že vysoké skóry poukazují na relativní ohroženost nemocí ze stresu.

Dotazník je standardizovaný a tak je možné získané hrubé skóry převést na T-skóry a výsledky porovnat na základě norem. Dotazník obsahuje také lži skór a index inkonzistentních odpovědí, díky kterým můžeme zhodnotit respondentovu snahu o záměrné zkreslení odpovědí (Nowack, 2006).

Pro účely našeho výzkumu byly z dotazníku vyřazeny položky náležící do škály zdravotní návyky (odpočinek, jídlo, prevence, trs položek ARC), které dohromady činily 25 otázek. Důvodem pro vyřazení části dotazníku byly velká časová náročnost testové baterie, která snižovala ochotu respondentů účastnit se výzkumu. Škála "zdravotní návyky" byla shledána pro náš výzkum jako nejméně důležitá. Příslušníci musí pravidelně absolvovat ověřování zdravotní způsobilosti, při které je přísně hodnocen jejich zdravotní stav, stejně tak každý rok musí dokazovat fyzickou zdatnost. Během každé směny se minimálně 2 hodiny věnují individuálním nebo kolektivním sportovním aktivitám. Samotná podstata profese hasiče, která klade nároky na dobrý zdravotní a fyzický stav jedince, nám umožňuje předpokládat, že naši respondenti se nachází v dobré kondici a proto lze akceptovat vynechání škály "zdravotní návyky".

Kromě škály "zdravotní návyky" se respondenti vyjadřovali ke kompletní sadě položek.

### **7.3 Doplnující otázky**

Poslední list testové baterie obsahoval tuto větu: "Uveďte prosím několika větami nebo body, v čem vidíte hlavní nedostatky Vaší profese a v čem spatřujete její hlavní pozitiva." Organizační faktory výkonu profese hrají velice důležitou roli v procesu PTR a významným způsobem ovlivňují, zda k rozvoji osobnosti dojde či ne. Specifikem profese hasiče je pracovní doba, kdy jedinec pracuje ve 24 hodinových směnách a tráví tak v práci dlouhý časový úsek. V případě, že hasič zažije mimořádnou událost, která ho zasáhne, je velice pravděpodobné, že nad ní bude přemýšlet i v rámci pracovní doby a spolu se svými kolegy. Pracovní prostředí a spokojenost s ním je proto proměnnou, která nesmí být opomenuta.

## 8. Statistická analýza dat

### 8.1 Deskriptivní statistika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 100 profesionálních hasičů, kteří vykonávají službu v rámci HZS Středočeského kraje. Výběr výzkumného souboru byl záměrný a strukturovaný. Následuje deskriptivní statistika výzkumného souboru.

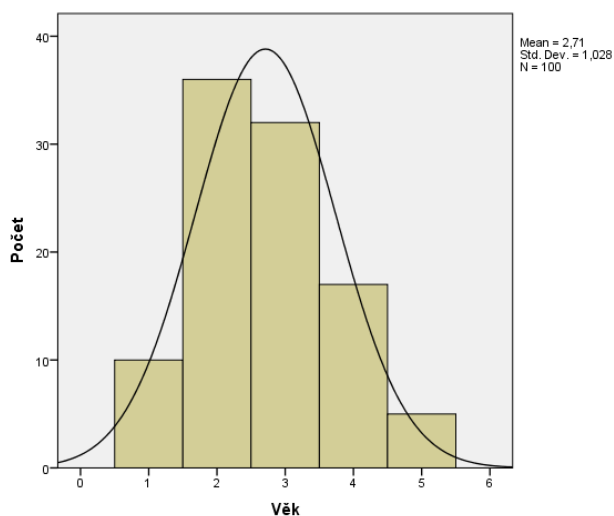
#### 8.1.1 Sociodemografické proměnné

Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou v našem souboru je skupina 26 - 35 let a poté 36 - 45 let, tyto dvě skupiny dohromady tvoří 68% z celkového souboru. Menšími počty jsou zastoupeny skupiny 46 - 55 let, 18 - 25 let a 56 - 65 let.

#### Věková distribuce

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
18-25 (1)	10	10,0	10,0
26-35 (2)	36	36,0	46,0
36-45 (3)	32	32,0	78,0
46-55 (4)	17	17,0	95,0
56-65 (5)	5	5,0	100,0
Celkem	100	100,0	

Tabulka č. 9: Věk respondentů



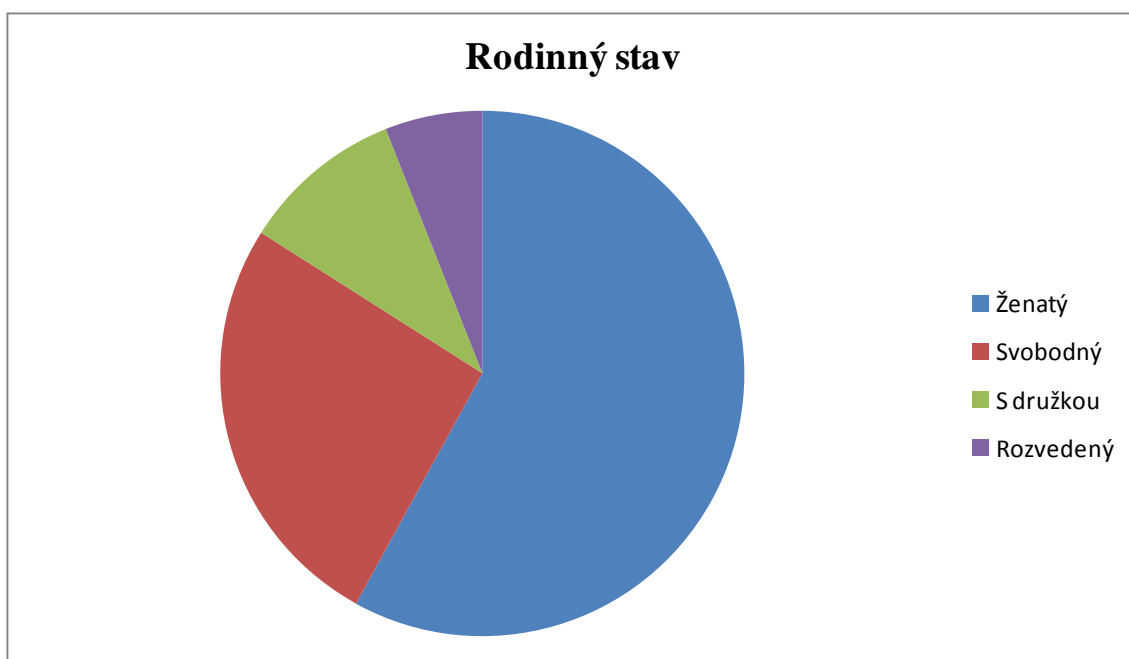
Graf č. 5: Věk respondentů

## Rodinná situace

Manželku nebo partnerku má 68% respondentů. Bez družky žije zbývajících 32% hasičů. Variantu vdovec nezvolil ani jeden respondent.

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Svobodný	26	26,0	26,0
Ženatý	58	58,0	84,0
Rozvedený	6	6,0	90,0
s družkou	10	10,0	100,0
Celkem	100	100,0	

**Tabulka č. 10: Rodinný stav**



**Graf č. 6: Rodinný stav**

V rámci rodinné situace nás dále zajímalo, zda mají respondenti dítě či ne. Celých 66% z výzkumného souboru má jedno či více dětí, 34% děti nemá.

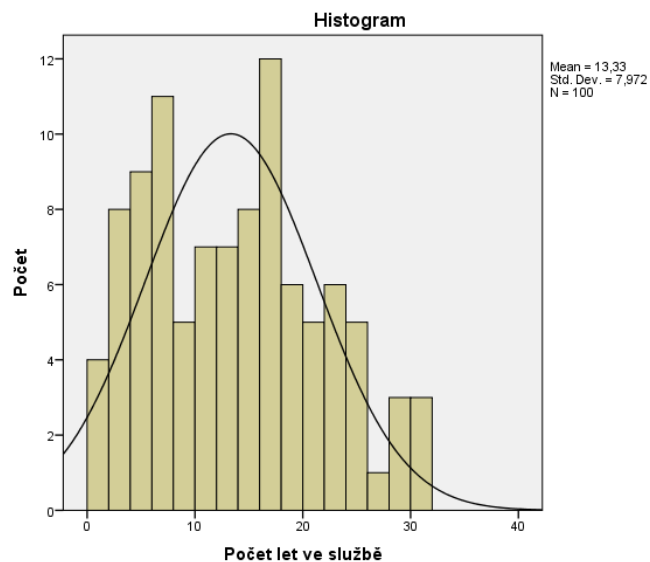
## Profese

Respondentů jsme se ptali na informace týkající se jejich služby u HZS ČR. Průměrná doba trvání služebního poměru je u našeho souboru respondentů 13,33 let, minimální doba strávená službou u HZS ČR je 1 rok, maximální doba je 30 let.

Většina našeho souboru, tedy 46% z něj, slouží na stanici, kde je základní početní stav příslušníků na směně 11 osob. 24% respondentů slouží na stanici s počtem 20ti příslušníků, zbývajících 31% jedinců slouží na menších stanicích o 5-8 příslušnících.

N	100
Průměr	13,33
Medián	13,00
Směrodatná odchylka	7,972
Minimum	1
Maximum	30

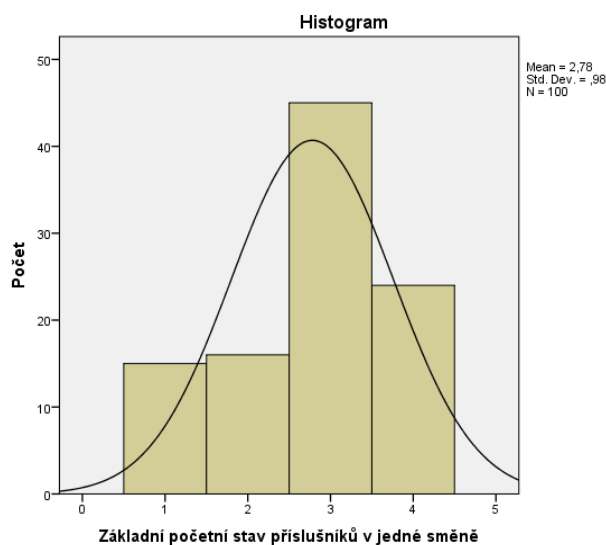
**Tabulka č. 11: Počet let ve službě**



**Graf č. 7: Počet let ve službě**

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
5	15	15,0	15,0
8	16	16,0	31,0
11	45	45,0	76,0
20	24	24,0	100,0
Celkem	100	100,0	

**Tabulka č. 12: Základní početní stav příslušníků v jedné směři**



**Graf č. 8: Základní početní stav příslušníků v jedné směři**

### 8.1.2 Proměnné na straně traumatické události

V části A upravené verze dotazníku PTGI-CZ měli respondenti za úkol vybrat jednu z nabízených náročných událostí. Měli označit tu událost, kterou považují za tu nejvýznamnější za celou svou profesní kariéru, událost, která je nejvíce ovlivnila. Na výběr měli z 23 mimořádných událostí, které byly podřazeny pod 3 typy událostí - události, kterých byli v rámci výkonu profese svědkem, situace, které sami zažili a nakonec události, které mohli svým přičiněním způsobit.

V následující tabulce jsou znázorněny nejprve četnosti jednotlivých událostí a poté četnosti u nadřazených typů událostí "byl jsem svědkem" a "zažil jsem". Četnost kategorie "způsobil jsem" není uvedena z toho důvodu, že nebyla zvolena ani jedním respondentem.

Z celkového souboru 100 respondentů 85% zvolilo událost, které byli svědkem, pouze 15% respondentů zvolilo událost, kterou sami prožili, ve velké většině případů se jednalo o vážnou dopravní nehodu.

### Typ prožité události

Mimořádná událost	Četnost	Byl jsem svědkem	Zažil jsem
těžké zranění člověka	14	14	
úmrť člověka	13	13	
nehoda s množstvím obětí	12	12	
přírodní katastrofa	12	12	
vážná dopravní nehoda	11		11
úmrť dítěte	10	10	
událost s velkými škodami	9	9	
těžké zranění dítěte	4	4	
sebevražda člověka	3	3	
událost s extrémně vypadajícími oběťmi	3	3	
těžké zranění kolegy	2	2	
Popálení	2		2
úmrť kolegy	1	1	
sebevražda kolegy	1	1	
selhání záchranné akce	1	1	
zasypání, zavalení	1		1
přehřátí, poleptání	1		1
Celkem	100	85	15

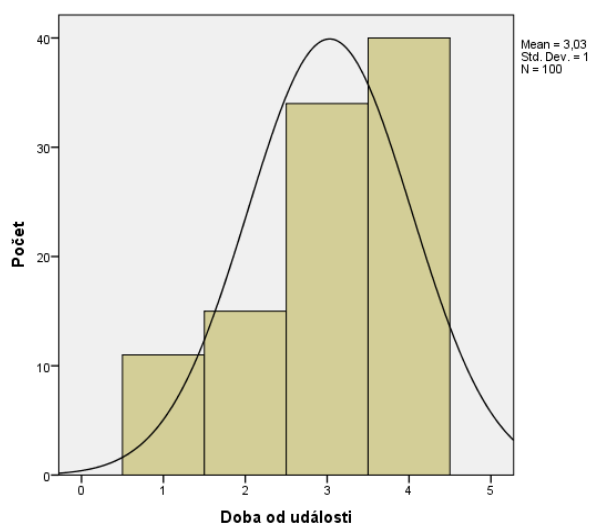
**Tabulka č. 13: Mimořádné události prožité při výkonu služby**

### Doba uplynulá od prožití náročné události

Respondenti měli v dotazníku uvést, jak dlouhá doba uplynula od prožití náročné události. Dotazník nabízí několik časových rozmezí. Respondenti nejčastěji vzpomínali na událost, která se přihodila před 5ti lety a více, tuto variantu zvolilo celých 40% souboru, 34% hasičů bylo nejvíce ovlivněno situací, kterou prožili před 2 - 5 lety, zbylých 26% se setkala s náročnou událostí před 2 roky - 6ti měsíci.

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
6 měsíců-1 rok (1)	11	11,0	11,0
1-2 roky (2)	15	15,0	26,0
2-5 let (3)	34	34,0	60,0
5 let a více (4)	40	40,0	100,0
Celkem	100	100,0	

**Tabulka č. 14: Doba uplynulá od události**



**Graf č. 9: Doba uplynulá od události**

### Náročnost události

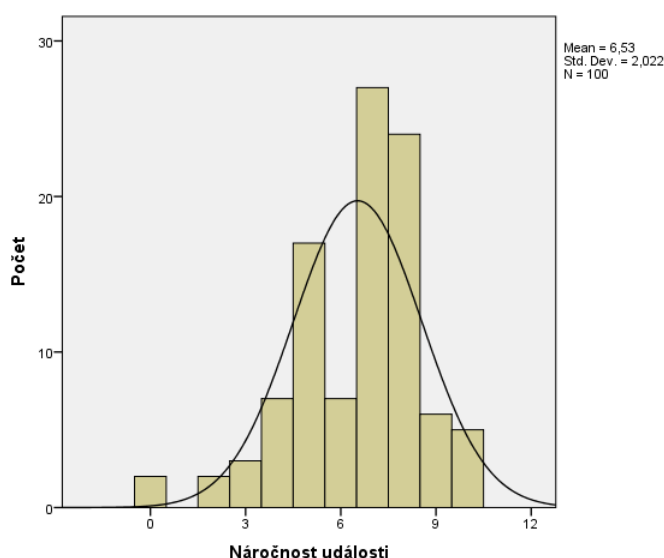
Vnímanou náročnost události hasiči hodnotili na 10ti stupňové škále. Nejčastěji uváděnou hodnotou, která vyjadřovala náročnost prožívané události, je hodnota 7, jako druhá nejčastější je uváděná hodnota 8.

N	100
Průměr	6,53
Medián	7,00
Modus	7
Směrodatná odchylka	2,022
Minimum	0
Maximum	10

**Tabulka č. 15: Náročnost události**

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
0	2	2,0	2,0
2	2	2,0	4,0
3	3	3,0	7,0
4	7	7,0	14,0
5	17	17,0	31,0
6	7	7,0	38,0
7	27	27,0	65,0
8	24	24,0	89,0
9	6	6,0	95,0
10	5	5,0	100,0
Celkem	100	100,0	

**Tabulka č. 16: Náročnost události - frekvence**



**Graf č. 10: Náročnost události**

### Úvaha nad vlivem profese na soukromý život

Na závěr dotazníku PTGI-CZ jsme respondentům položili otázku, zda již někdy přemýšleli o tom, že profese hasiče ovlivňuje jejich soukromý život. Cílem bylo dozvědět se, zda hasiči přemýšlejí nad tím, co v rámci svého zaměstnání prožívají a nad vlivem, který na ně výkon profese může mít. Četnosti odpovědí jsou znázorněny v následující tabulce.

	Četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Ano	74	74,0	74,0
Ne	26	26,0	100,0
Celkem	100	100,0	

**Tabulka č. 17: Ovlivňuje moje profese můj soukromý život?**

## 8.2 Dotazník PTGI-CZ

### 8.2.1 Psychometrická analýza dat

Dotazník PTGI-CZ není standardizovaný a tak jsme se rozhodli udělat na úvod psychometrickou analýzu dat, konkrétně položkovou analýzu, korelaci položek s hrubými skóry dimenzí a s celkovým hrubým skórem dotazníku a korelaci dimenzí s celkovým skórem dotazníků PTGI-CZ. Dále jsme ověřovali reliabilitu metody pomocí Cronbachova alfa.

### Hrubé skóry

Pro lepší orientaci uvádíme v následující tabulce rozmezí skórů, kterých může respondent dosáhnout v dotazníku PTGI-CZ a to jak v celkovém skóru, tak v dílčích dimenzích.

Vztahy s druhými	0 - 35
Nové možnosti	0 – 25
Silné stránky jedince	0 – 20
Změna v duchovní oblasti	0 – 10
Porozumění životu	0 – 15
Celkový skór PTR	0 – 105

**Tabulka č. 18: Hrubé skóry dotazníku PTGI-CZ**

## Položková analýza

Vztahy s druhými	Otázka č.	6	8	9	15	16	20	21
	Průměrný skór	2,46	2,14	1,77	2,19	2,33	1,49	2,48
	Obtížnost položky	0,492	0,428	0,354	0,438	0,466	0,298	0,496
Nové možnosti	Otázka č.	3	7	11	14	17		
	Průměrný skór	2,03	1,18	2,35	1,86	2,55		
	Obtížnost položky	0,406	0,236	0,47	0,372	0,51		
Silné stránky jedince	Otázka č.	4	10	12	19			
	Průměrný skór	2,26	2,77	2,56	2,27			
	Obtížnost položky	0,452	0,554	0,512	0,454			
Změna v duchovní oblasti	Otázka č.	5	18					
	Průměrný skór	1,57	0,85					
	Obtížnost položky	0,314	0,17					
Porozumění životu	Otázka č.	1	2	13				
	Průměrný skór	2,58	2,78	2,76				
	Obtížnost položky	0,516	0,556	0,552				

Tabulka č. 19: Položková analýza dotazníku PTGI-CZ

## Korelace položek

Otázka č.	6	8	9	15	16	20	21
HS - Vztahy s druhými	0,759	0,855	0,783	0,835	0,848	0,813	0,856
HS - PTR	0,640	0,768	0,781	0,807	0,805	0,728	0,744
Otázka č.	3	7	11	14	17		
HS - Nové možnosti	0,787	0,789	0,838	0,771	0,770		
HS - PTR	0,655	0,748	0,847	0,696	0,743		
Otázka č.	4	10	12	19			
HS - Silné stránky jedince	0,802	0,830	0,852	0,813			
HS - PTR	0,741	0,761	0,731	0,729			
Otázka č.	5	18					
HS - Změna v duchovní oblasti	0,884	0,842					
HS - PTR	0,661	0,595					
Otázka č.	1	2	13				
HS - Porozumění životu	0,783	0,862	0,840				
HS - PTR	0,611	0,719	0,771				

Tabulka č. 20: Korelace položek s dimenzemi a celkovým skórem dotazníku PTGI-CZ

Dimenze	Vztahy s druhými	Nové možnosti	Silné stránky jedince	Změna v duchovní oblasti	Porozumění životu
PTR	0,916	0,931	0,899	0,729	0,847

**Tabulka č. 21: Korelace dimenzí s celkovým skórem PTGI-CZ**

Obtížnost u všech položek dotazníku se pohybuje mezi 0,1 a 0,9 a je tedy shledána jako vyhovující. Velká většina z nich má obtížnost kolem 0,4 až 0,5, což ukazuje na střední obtížnost položek.

Korelace položek s hrubými skóry dimenzí, do kterých náleží, je vysoká, pohybuje se v rozmezí 0,7 až 0,8. Korelace položek s celkovým skórem dotazníku PTGI-CZ je také vysoká, v rozmezí 0,5 až 0,8. Korelace mezi jednotlivými dimenzemi dotazníku a jeho celkovým skórem se pohybuje v rozmezí 0,7 až 0,9.

### Reliabilita

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,955	,956	21

**Tabulka č. 22: Reliabilita dotazníku PTGI-CZ**

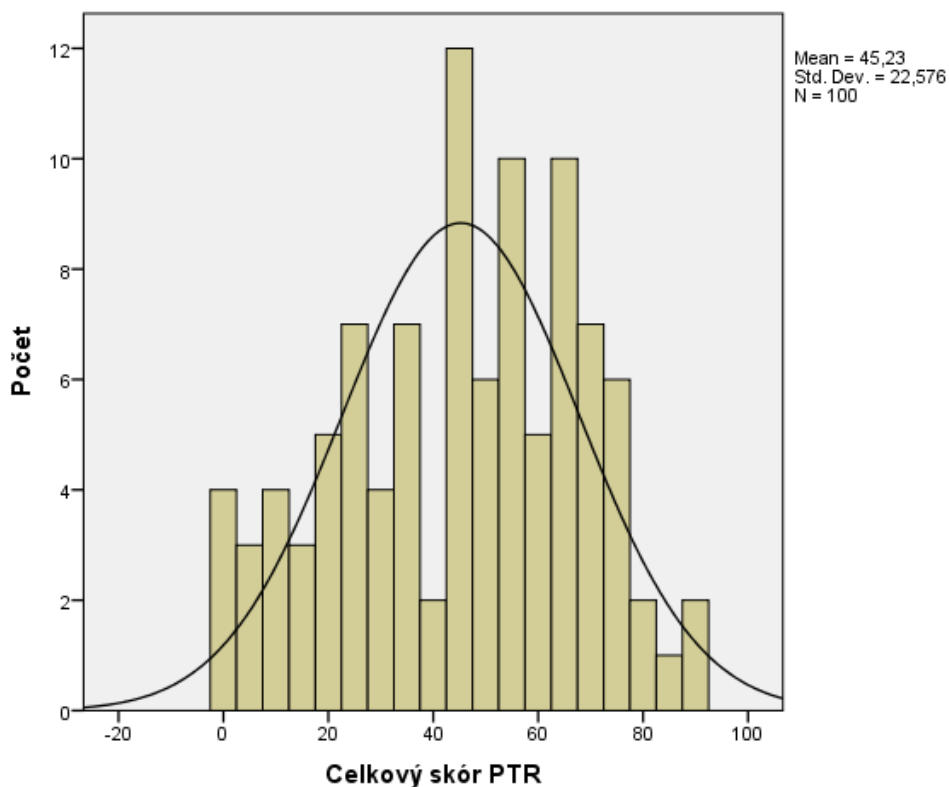
Reliabilita dotazníku u našeho výzkumného souboru je vysoká - **0,955**.

### 8.2.2 Deskriptivní statistika

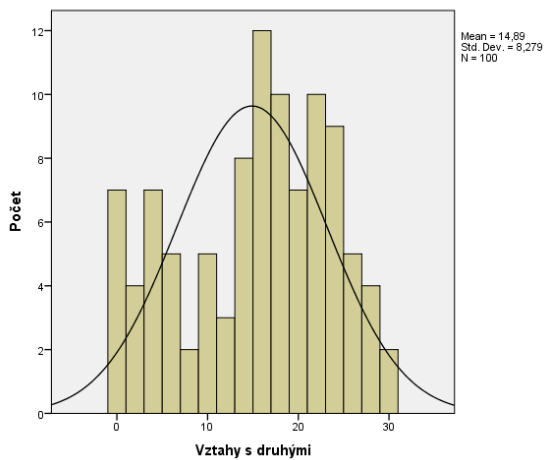
Výzkumný soubor profesionálních hasičů dosahoval v dotazníku PTGI-CZ průměrné hodnoty 45,23, nejčastěji uváděnou hodnotou je skór 47. Tabulka č. 19 nabízí podrobné informace také o všech dílčích škálách dotazníku. Čtenář může dosažené hodnoty porovnat s tabulkou č. 13, kde jsou uvedena rozmezí hrubých skóru, kterých může respondent dosáhnout. Pro lepší představu uvádíme kromě tabulky také grafické znázornění dat - grafy. č. 6, 7, 8, 9, 10 a 11.

	Celkový skór PTR	Vztahy s druhými	Nové možnosti	Silné stránky jedince	Změna v duchovní oblasti	Porozumění životu
Průměr	45,23	14,89	9,97	9,86	2,42	8,12
Medián	47,00	16,00	11,00	11,50	2,00	8,00
Modus	47	16	12	12	0	8
Směrodatná odchylka	22,576	8,279	5,918	4,735	2,487	3,958
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	88	29	24	18	10	15

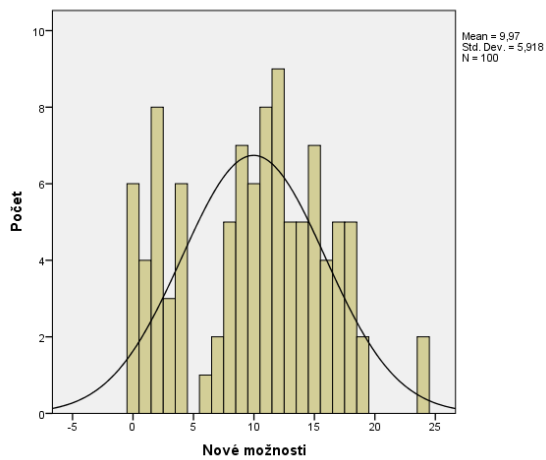
**Tabulka č. 23: Deskriptivní statistika výsledků z dotazníku PTGI-CZ**



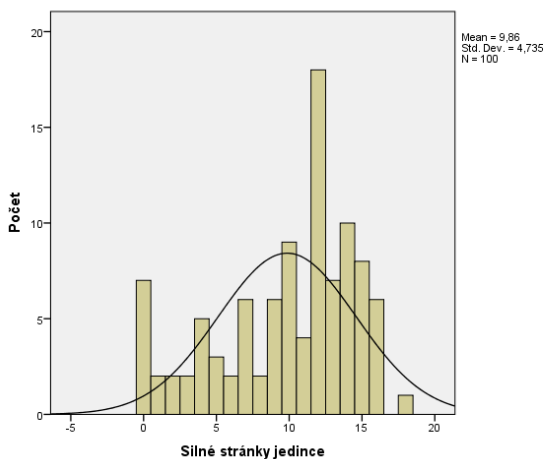
**Graf č. 11: Celkový skór v dotazníku PTGI-CZ**



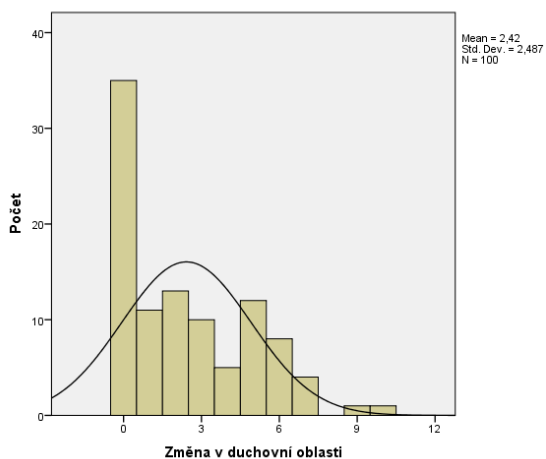
**Graf č. 12: Výsledky PTGI-CZ  
v dimenzi vztahy s druhými**



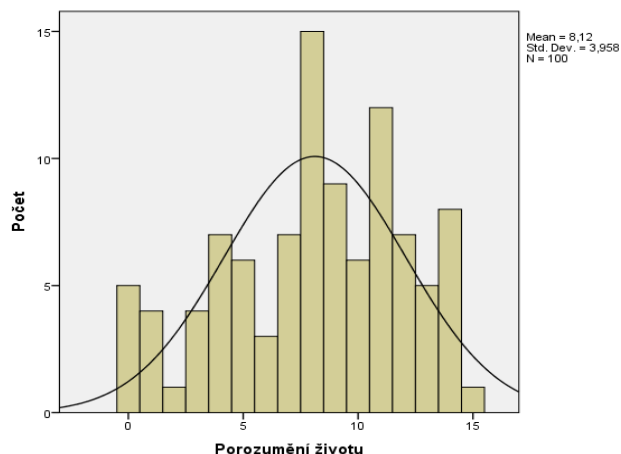
**Graf č. 13: Výsledky PTGI-CZ  
v dimenzi nové možnosti**



**Graf č. 14: Výsledky PTGI-CZ  
v dimenzi silné stránky jedince**



**Graf č. 15: Výsledky PTGI-CZ  
v dimenzi změna v duchovní oblasti**



Graf č. 16: Výsledky PTGI-CZ v dimenzi porozumění životu

### 8.3 Dotazník Stress profile

#### 8.3.1 Deskriptivní statistika

V následující tabulce uvádíme rozmezí hrubých skóre, kterých lze dosáhnout v jednotlivých škálách. U škál sociální opora, kognitivní nezdolnost, pozitivní pohled, minimalizace hrozeb, zaměřenost na problém a psychická pohoda platí, že čím vyššího hrubého skóre jedinec dosáhne, tím lépe je chráněn před nemocemi pramenícími ze stresu.

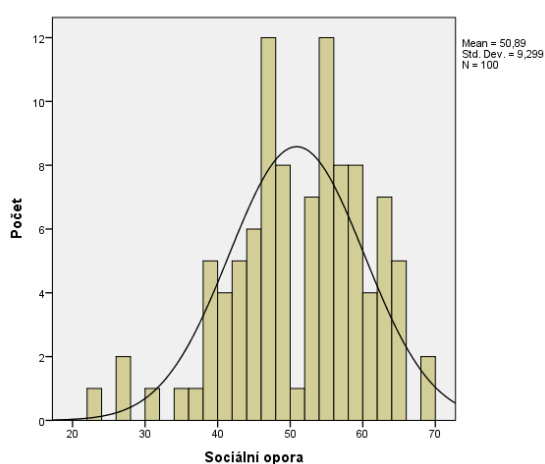
Sociální opora	15 – 75
Kognitivní nezdolnost	30 - 150
Pozitivní pohled	5 – 25
Minimalizace hrozeb	5 – 25
Zaměřenost na problém	4 – 20
Psychická pohoda	12 – 60

Tabulka č. 24: Hrubé skóre dotazníku Stress profile I.

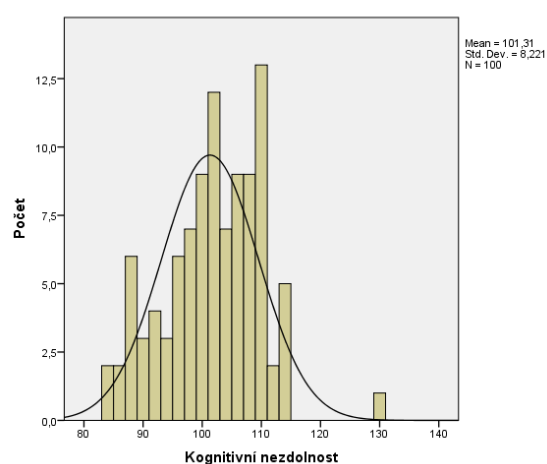
V následující tabulce uvádíme deskriptivní statistiku dat dosažených respondenty v dotazníku Stress profile, dále uvádíme k průměrným hodnotám jednotlivých škál také příslušný T-skór a percentil. Ve všech škálách prezentovaných v tabulce č. 21 dosáhli respondenti T-skórů 43 - 47, výsledky jsou tedy v pásmu normy.

	Sociální opora	Kognitivní nezdolnost	Pozitivní pohled	Minimalizace hrozeb	Zaměřenost na problém	Psychická pohoda
Průměr	50,89	101,31	15,28	15,50	12,03	41,39
Medián	53,00	102,00	16,00	15,00	12,00	42,00
Modus	47	109	16	15	12	43
Sm. odchylka	9,299	8,221	2,234	2,443	2,115	5,927
Minimum	23	84	7	8	7	25
Maximum	69	130	20	23	18	59
T-skór	43	43	44	47	45	44
Percentil	24	24	27	38	31	27

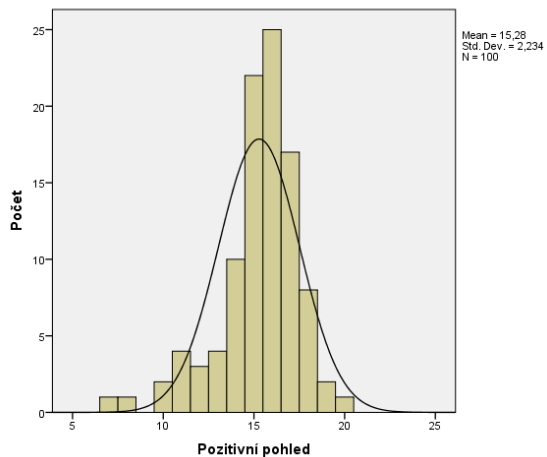
**Tabulka č. 25: Deskriptivní statistika výsledků z dotazníku Stress profile I.**



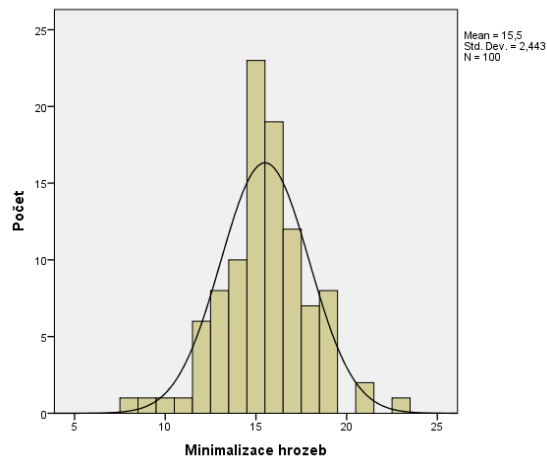
**Graf č. 17: Výsledky škály sociální opora**



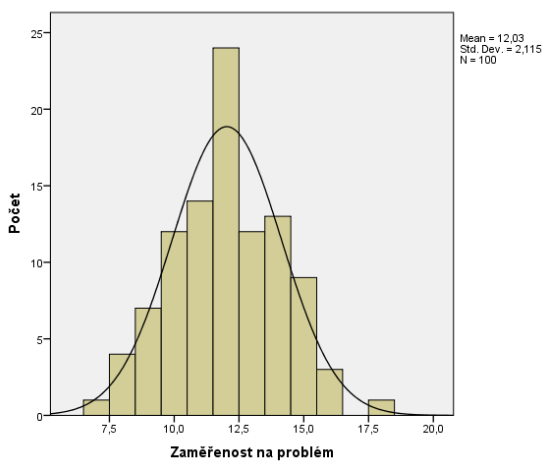
**Graf č. 18: Výsledky škály kognitivní nezdolnost**



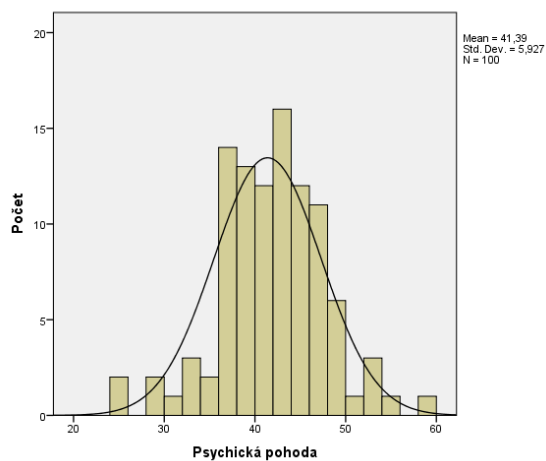
**Graf č. 19: Výsledky škály  
pozitivní pohled**



**Graf č. 20: Výsledky škály  
minimalizace hrozeb**



**Graf č. 21: Výsledky škály  
zaměřenost na problém**



**Graf č. 22: Výsledky škály  
psychická pohoda**

U škál stres, chování typu A a negativní pohled naopak vysoké skóry poukazují na relativní ohroženost jedince vůči negativním důsledkům stresu.

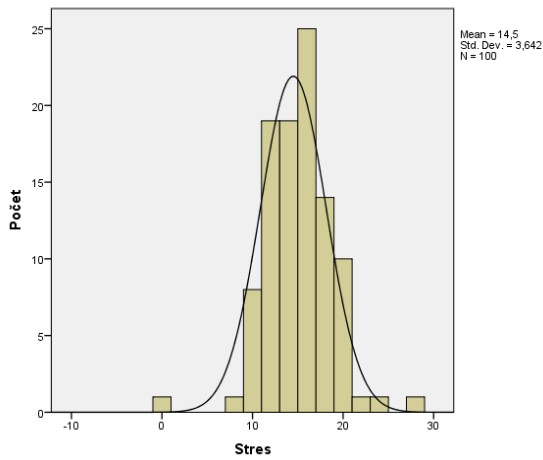
Stres	6 -30
Chování typu A	10 – 50
Negativní pohled	5 – 25

**Tabulka č. 26: Hrubé skóry dotazníku Stress profile II.**

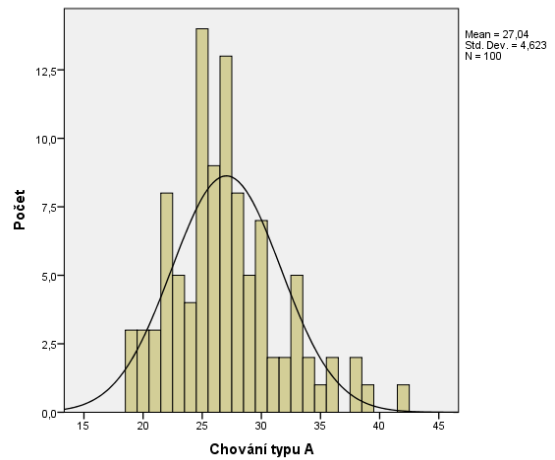
V následující tabulce uvádíme deskriptivní statistiku dat a příslušné T-skóry a percentily škál stres, chování typu A a negativní pohled. V daných škálách respondenti dosáhli T-skórů 51 - 61, výsledky se pohybují v pásmu normy. U škály stres jsou výsledky na 86. percentilu, můžeme tedy říci, že profesionální hasiči zažívají stres ve zvýšené míře.

	Stres	Chování typu A	Negativní pohled
Průměr	14,50	27,04	13,03
Medián	15,00	27,00	13,00
Modus	15	25	12
Směrodatná odchylka	3,642	4,623	2,634
Minimum	0	19	7
Maximum	27	42	20
T-skór	61	51	53
Percentil	86	53	61

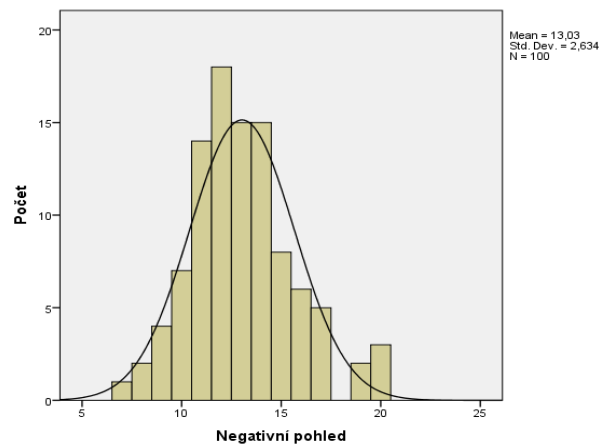
**Tabulka č. 27: Deskriptivní statistika výsledků z dotazníku Stress profile II.**



**Graf č. 23: Výsledky škály stres**



**Graf č. 24: Výsledky škály chování typu A**



**Graf č. 25: Výsledky škály negativní pohled**

## 8.4 Vnímaná pozitiva a negativa profese

V rámci našeho výzkumu nás zajímalo, v čem spatřují profesionální hasiči pozitiva a negativa své profese. Vypsané odpovědi byly rozříděny do několika kategorií. Tyto kategorie jsou uvedeny v následujících tabulkách spolu s počty, kolikrát byly jednotlivé kategorie respondenty zmíněny.

Z pozitiv byl nejčastěji uváděn dobrý kolektiv, např. "dobrá parta lidí", "dobré vztahy s kolegy v práci", "sounáležitost kolektivu", "práce v kolektivu velice schopných lidí" aj. Na druhém místě byla zmiňována možnost pomoci druhým lidem - "pomoci druhým, kteří to potřebují", "možnost pomáhat a tím si dělat radost", "pomoc bližním". Velice často profesionální hasiči vnímají svou profesi jako životní naplnění - "pocit naplnění z něčeho užitečného a dobrého", "naplňuje mě pocit, že je má práce užitečná", "moje práce naplňuje můj život" a jako velké pozitivum vnímají, že v rámci profese realizují rozmanité činnosti - "zajímavá a nestereotypní práce", "pestrá a zajímavá náplň", "neustále nové věci a technika" apod.

Respondenti si dále pochvalují, že ze směnného provozu vyplývá relativně hodně volného času, díky pestrosti pracovní náplně se mohou rozvíjet a osvojovat si nové dovednosti a potřebnost profese hasiče jim zajišťuje jisté zaměstnání a stálý a pravidelný příjem. Jako pozitivum vnímají také prestižnost vykonávané profese a možnost být užiteční pro stát.

Pozitiva	Četnost
Dobrý kolektiv	40
Možnost pomoci druhým lidem	33
Životní naplnění	29
Pestrost a rozmanitost pracovní náplně	27
Hodně volného času	17
Možnost naučit se něco nového	13
Prestiž profese	10
Užitečnost pro stát a pro společnost	9
Finanční zajištění	7
Jistota zaměstnání	6
Adrenalin, dobrodružství	6
Nárok na výsluhu	2

**Tabulka č. 28: Vnímaná pozitiva profese**

Mezi negativy byla velice často zmiňovaná nespokojenost hasičů a nejvyšším vedením, nejedná se tedy o nespokojenost s nejbližšími nadřízenými ze směny či ze stanice. Respondenti vnímají vedení sboru často jako nekompetentní a neschopné efektivně vést sbor. Stěžují si na spoustu byrokracie, která jim ztěžuje samotný výkon služby. Některé předpisy a nařízení vnímají jako přehnaně přísné, neefektivní a nesmyslné. S tím souvisí i další nejčastěji uváděné negativum, tj. nedostatečné finanční ohodnocení náročné profese a nezájem o řadové hasiče ze strany vedení - "nezájem o naše názory ze strany vedení", "skoro žádný zájem o obyčejné hasiče", "arogantní a povrchní chování vedení ke směnovým zaměstnancům", "nedostatek reflexe nadřízených na naše názory", "nedocení naší profese".

Respondenti reflektují, že jejich profese je náročná jak fyzicky, tak psychicky a v neposlední řadě je v ohrožení jejich zdraví a život. Někteří respondenti si stěžují na nedostatek vybavení potřebného pro výkon služby.

Negativa	Četnost
Nespokojenost s nejvyšším vedením	43
Nedostatečné finanční ohodnocení	35
Nezájem o hasiče ze strany vedení	25
Náročnost profese	13
Nedostatečné vybavení pro výkon profese	8
Omezená možnost služebního postupu	5
Problémy v pracovních mezilidských vztazích	5
Omezená možnost přivýdělků	4
Stereotyp	4
Dodržování pravidel vyplývajících ze SP	2

**Tabulka č. 29: Vnímaná negativa profese**

## 8.5 Induktivní statistika a testování hypotéz

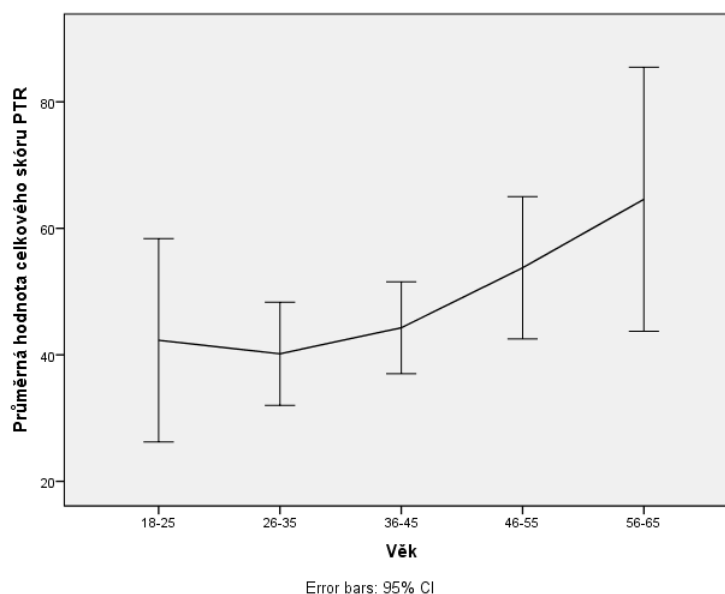
V následujících tabulkách uvádíme, jakého celkového skóru získaného z dotazníku PTGI-CZ dosáhli zástupci jednotlivých skupin. Skupiny jsou děleny podle věku, rodinné situace, profesní situace a podle proměnných na straně traumatické události. Následně pomocí statistických metod testujeme hypotézy. Pro statistickou analýzu dat byl použit statistický program SPSS.

### Věk a PTR

$H_{01}$ : Věk nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Věk	N	Průměr	Sm. odchylka	Std. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
18-25	10	42,30	22,480	7,109	26,22	58,38	4	78
26-35	36	40,17	24,110	4,018	32,01	48,32	0	88
36-45	32	44,28	20,179	3,567	37,01	51,56	7	74
46-55	17	53,76	21,879	5,306	42,52	65,01	0	80
56-65	5	64,60	16,817	7,521	43,72	85,48	47	83
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

Tabulka č. 30: PTR u věkových skupin



Graf č. 26: PTR u věkových skupin

		Celkový skór PTR	Věk	
Spearman's rho	Celkový skór PTR	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,249*	
		N	100	
	Věk	Correlation Coefficient	,249*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,012	.
		N	100	100

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabulka č. 31: Testování vztahu mezi PTR a věkovými kategoriemi**

		Věk	
Spearman's rho	Vztahy s druhými	C.C.	,254*
		Sig.	,011
		N	100
	Nové možnosti	C.C.	,235*
		Sig.	,018
		N	100
	Silné stránky jedince	C.C.	,199*
		Sig.	,047
		N	100
	Změna v duchovní oblasti	C.C.	,182
		Sig.	,070
		N	100
	Porozumění životu	C.C.	,200*
		Sig.	,046
		N	100

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabulka č. 32: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a věkovými kategoriemi**

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = 249$ , s.). Na základě korelace mezi celkovým skórem PTGI-CZ a jednotlivými věkovými skupinami respondentů byl nalezen signifikantní vztah na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Signifikantní vztah byl nalezen také u dimenzí vztahy s druhými, nové možnosti, silné stránky jedince a porozumění životu.

Výše prezentovaný graf č. 20 naznačuje, že existuje rozdíl v PTR mezi věkovými skupinami do 45 let a nad 45 let, proto jsem soubor respondentů rozdělila podle věku do 2 skupin a znovu vztah testovala. Věková skupina do 45ti let obsahuje 78 jedinců, kteří dosáhli průměrné hodnoty celkového skóru PTGI-CZ 46,21. Nad 45 let je 22 hasičům, přičemž průměrná hodnota dosaženého skóru je 65,7. Pomocí Mann - Whitneyho U testu byla potvrzena signifikantnost vztahu mezi PTR a věkem respondentů.

	Celkový skór PTR
Mann-Whitney U	523,500
Wilcoxon W	3604,500
Z	-2,784
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

**Tabulka č. 33: Testování vztahu mezi PTR a věkovými kategoriemi II.**

**Na základě získaných dat zamítáme nulovou hypotézu, že věk nemá vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje. Hasiči, kterým je 45 let a více dosahují signifikantně vyššího posttraumatického rozvoje, než jejich mladší kolegové.**

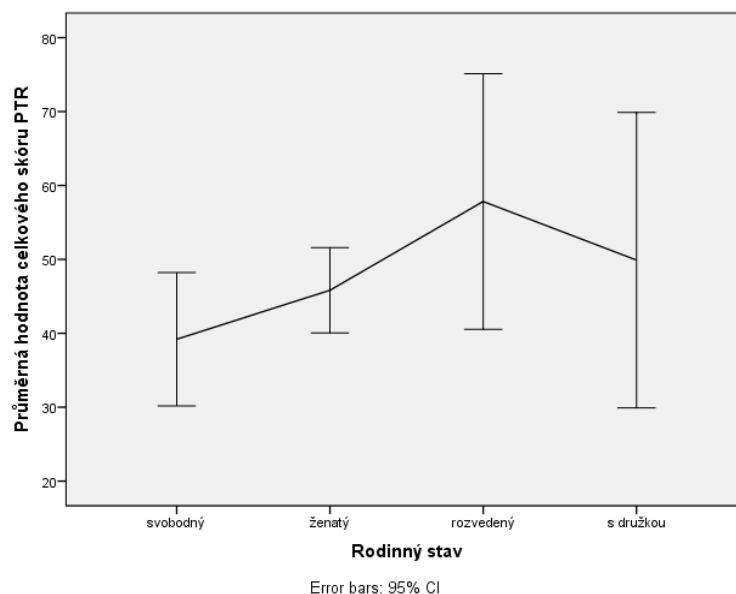
Prezentované zjištění bylo poměrně překvapivé, vzhledem k závěrům empirických studií, které téměř jednotně uvádějí, že PTR ve větší míře dosahují mladší jedinci. V úvahu připadá možnost, že spolu se zvyšujícím se věkem roste u daného jedince i množství prožitých náročných událostí, jak v profesním, tak v soukromém životě, přičemž tyto události se mohou sčítat a vést k PTR u daného jedince nebo u něj upevňovat uvědomění si prožívaných benefitů.

### **Rodinný stav v PTR**

**H<sub>02</sub>: Rodinný stav nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.**

Rodinný stav	N	Průměr	Sm. odchylka	St. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
svobodný	26	39,19	22,348	4,383	30,17	48,22	0	78
ženatý	58	45,83	21,945	2,882	40,06	51,60	0	83
rozvedený	6	57,83	16,473	6,725	40,55	75,12	34	74
s družkou	10	49,90	27,938	8,835	29,91	69,89	11	88
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

**Tabulka č. 34: PTR u rodinného stavu**



**Graf č. 27: PTR u rodinného stavu**

Hypotézu jsem testovala pomocí ANOVA ( $F[99] = 1,417$ , ns.), žádné signifikantní rozdíly v dosaženém PTR mezi jednotlivými skupinami nebyly zjištěny. Signifikantní rozdíl nebyl nalezen ani v jednotlivých dimenzích posttraumatického rozvoje.

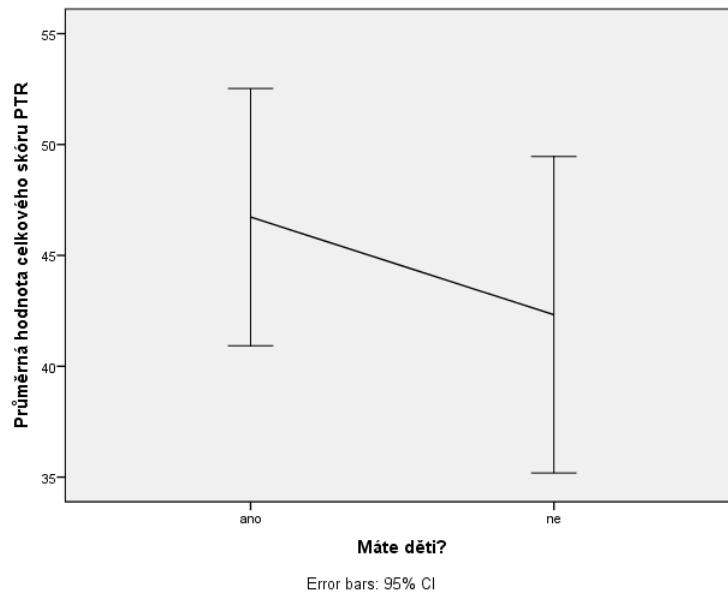
**Nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, nebyl vypořádan žádný vztah mezi rodinným stavem a úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje.**

### Děti a PTR

$H_{03}$ : Skutečnost, zda respondent má či nemá děti, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Děti	N	Průměr	Sm. odchylka	St. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
Ano	66	46,73	23,608	2,906	40,92	52,53	0	88
Ne	34	42,32	20,446	3,506	35,19	49,46	0	78
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

**Tabulka č. 35: PTR a děti**



**Graf č. 28: PTR a děti**

Hypotézu jsem testovala pomocí ANOVA ( $F[99] = 0,853$ , ns.), žádné signifikantní rozdíly v dosaženém PTR mezi jedinci, kteří mají děti a hasiči, kteří jsou bezdětní, nebyly zjištěny. Signifikantní rozdíl nebyl nalezen ani v jednotlivých dimenzích posttraumatického rozvoje.

**Na základě získaných dat nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, že skutečnost, zda respondent má či nemá děti, nemá vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje**

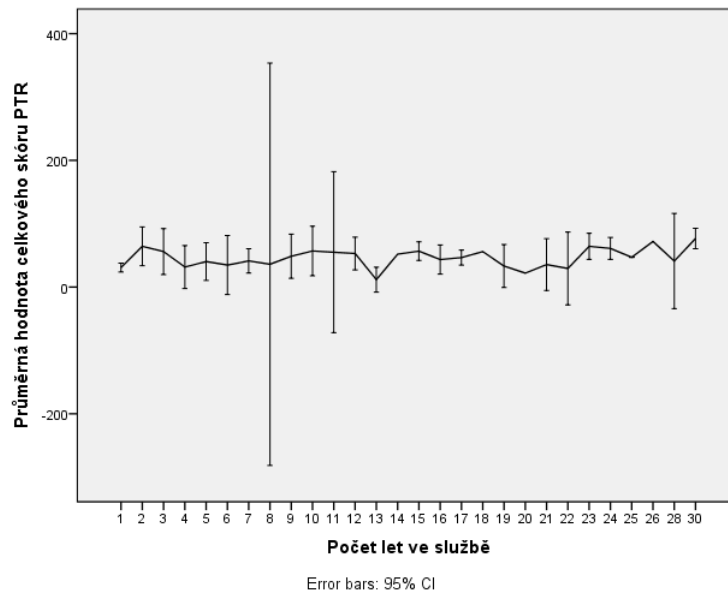
#### **Tým posttraumatické péče a PTR**

**H<sub>04</sub>:** Skutečnost, zda respondent je či není členem Týmu posttraumatické péče, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Celý výzkumný soubor 100 hasičů obsahoval pouze jednoho příslušníka, který je v současné době členem Týmu posttraumatické péče. Z tohoto důvodu nebylo možné hypotézu statisticky ověřit.

#### **Počet let ve službě a PTR**

**H<sub>05</sub>:** Počet let, který respondent strávil službou u HZS, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.



**Graf č. 29: PTR a počet let ve službě**

		Počet let ve službě	Celkový skór PTR
Spearman's rho	Počet let ve službě	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,128
	Celkový skór PTR	Correlation Coefficient	,128
		Sig. (2-tailed)	,204

**Tabulka č. 36: Testování vztahu mezi PTR a počtem odsloužených let**

	Celkový skór PTR
Mann-Whitney U	499,500
Wilcoxon W	3902,500
Z	-2,140
Asymp. Sig. (2-tailed)	,032

**Tabulka č. 37: Testování vztahu mezi PTR a počtem odsloužených let II.**

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = 0,128$ , ns.), žádné signifikantní rozdíly v dosaženém PTR mezi jedinci, kteří slouží u sboru různě dlouhou

dobu, nebyly zjištěny. Signifikantní rozdíl nebyl nalezen ani v jednotlivých dimenzích posttraumatického rozvoje.

Grafické zobrazení dat však naznačuje, že je rozdíl v dosaženém rozvoji mezi jedinci, kteří slouží dlouhé roky a hasiči s menším počtem odsloužených let, přičemž zlom se jeví mezi 20 a 25 rokem. Skupinu respondentů jsem tedy rozdělila do 2 skupin na jedince sloužící méně a více než 21 let. První skupina obsahovala většinu výzkumného souboru - 82 jedinců s průměrným skórem rozvoje 43,17, druhá skupina 18 hasičů se skórem 54,61. Pomocí Mann-Whitneyho U testu jsem zjišťovala významnost vztahu, který byl potvrzen jako signifikantní.

**Na základě statistické analýzy dat zamítáme nulovou hypotézu. Hasiči sloužící u HZS ČR déle než 21 let dosahují signifikantně vyššího rozvoje než jejich kolegové sloužící menší počet let.**

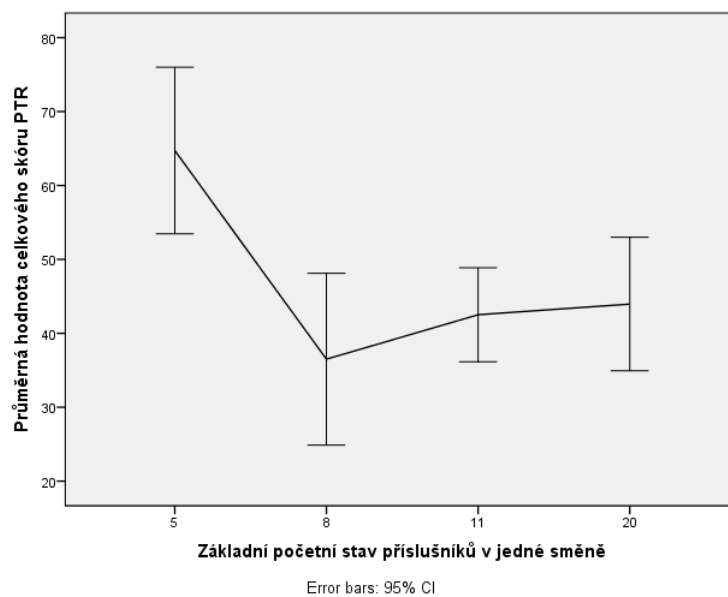
Lze předpokládat, že vyšší počet let strávených ve službě, vede k sčítání vlivů jednotlivých prožitých událostí, které mohou vyústit ve větší rozvoj osobnosti.

### **Velikost směny a PTR**

**H<sub>06</sub>:** Velikost stanice, na které respondent slouží, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

Základní početní stav příslušníků v 1 směně	N	Průměr	Sm. odchylka	St. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
5	15	64,73	20,356	5,256	53,46	76,01	21	88
8	16	36,50	21,814	5,454	24,88	48,12	7	67
11	45	42,51	21,158	3,154	36,15	48,87	0	88
20	24	43,96	21,392	4,367	34,93	52,99	0	72
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

**Tabulka č. 38: PTR a počet příslušníků na směně**



**Graf č. 30: PTR a počet příslušníků na směně**

**ANOVA**

**Celkový skór PTR - velikost stanice**

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7296,574	3	2432,191	5,410	,002
Within Groups	43161,136	96	449,595		
Celkem	50457,710	99			

**Tabulka č. 39: Testování vztahu mezi PTR a velikostí směny**

**ANOVA**

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Vztahy s druhými	Between Groups	1093,050	3	364,350	6,144	,001
	Within Groups	5692,740	96	59,299		
	Total	6785,790	99			
Nové možnosti	Between Groups	394,357	3	131,452	4,107	,009
	Within Groups	3072,553	96	32,006		
	Total	3466,910	99			
Silné stránky jedince	Between Groups	145,233	3	48,411	2,240	,089
	Within Groups	2074,807	96	21,613		
	Total	2220,040	99			
Změna v duchovní oblasti	Between Groups	131,764	3	43,921	8,773	,000
	Within Groups	480,596	96	5,006		
	Total	612,360	99			

Porozumění životu	Between Groups	184,811	3	61,604	4,330	,007
	Within Groups	1365,749	96	14,227		
	Total	1550,560	99			

**Tabulka č. 40: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a velikostí směny**

(I) Základní početní stav příslušníků v jedné směně	(J) Základní početní stav příslušníků v jedné směně	Rozdíl v průměru (I-J)	St. chyba	Sig.	95% Interval spolehlivosti	
					Dolní hranice	Horní hranice
5	8	28,233*	7,621	,005	6,55	49,92
	11	22,222*	6,322	,009	4,23	40,21
	20	20,775*	6,979	,036	,91	40,64

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**Tabulka č. 41: Post hoc test - rozdíly mezi skupinami**

	Základní početní stav příslušníků v jedné směně	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Scheffe <sup>a,b</sup>	8	16	36,50	
	11	45	42,51	
	20	24	43,96	
	5	15		64,73
	Sig.			,734

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 20,719.

**Tabulka č. 42: Post hoc test - rozdělení skupin**

Hypotézu jsem testovala pomocí ANOVA ( $F[99] = 5,410$ , s.). V tabulkách výše můžeme pozorovat signifikantní vztah mezi dosaženou úrovní posttraumatického rozvoje a velikostí stanice, na které příslušník slouží. Vztah je signifikantní i u dimenzí vztahu s druhými, nové možnosti, změna v duchovní oblasti a porozumění životu.

Post hoc test ukázal, že je signifikantní rozdíl mezi jedinci, kteří slouží na stanicích, kde je základní počet příslušníků na směně 5 a mezi hasiči, kteří slouží na stanicích s celkovým počtem příslušníků na směně 8 a více.

**Zamítáme nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi dosaženým posttraumatickým rozvojem a velikostí stanice, na které příslušník slouží. Jedinci, kteří slouží na malé stanici, dosahují signifikantně vyššího posttraumatického rozvoje než kolegové, kteří slouží na větších stanicích.**

Již při sběru dat bylo možné si povšimnout odlišné atmosféry, která panovala na menších a větších stanicích. Hasiči sloužící na nejmenších stanicích se k sobě navzájem chovali velice přátelsky a působili velice sourodým dojmem. Na větších stanicích, obzvláště na stanicích o základním počtu 20ti příslušníků, bylo možno pozorovat rozčlenění kolektivu do menších skupinek, přičemž jednotlivé skupiny se ne vždy navzájem uznávaly. Předpokládám, že velikost kolektivu a z něj plynoucí specifika ovlivňují úroveň získané sociální opory, která může do vztahu mezi posttraumatickým rozvojem a velikostí kolektivu vstupovat v roli moderátora.

### Typ události a PTR

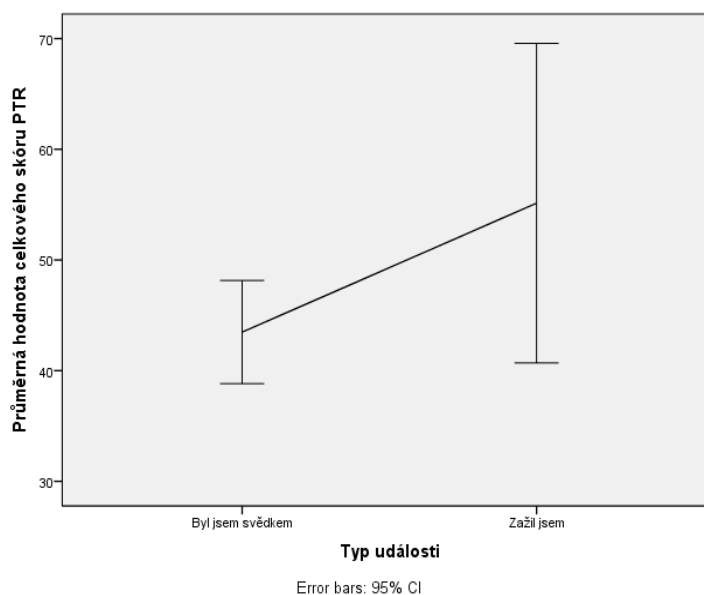
**H<sub>07</sub>:** Typ vybrané události nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

	N	Průměr	Sm. odchylka	St. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
Byl jsem svědkem	85	43,48	21,607	2,344	38,82	48,14	0	83
Zažil jsem	15	55,13	26,063	6,729	40,70	69,57	0	88
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

**Tabulka č. 43: PTR a typ události**

		N	Průměr	Sm. odchylka	St. Chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
						Dolní hranice	Horní hranice		
Vztahy s druhými	Byl jsem svědkem	85	14,38	8,089	,877	12,63	16,12	0	28
	Zažil jsem	15	17,80	9,025	2,330	12,80	22,80	0	29
	Celkem	100	14,89	8,279	,828	13,25	16,53	0	29
Nové možnosti	Byl jsem svědkem	85	9,35	5,563	,603	8,15	10,55	0	19
	Zažil jsem	15	13,47	6,823	1,762	9,69	17,25	0	24
	Celkem	100	9,97	5,918	,592	8,80	11,14	0	24
Silné stránky jedince	Byl jsem svědkem	85	9,64	4,631	,502	8,64	10,63	0	18
	Zažil jsem	15	11,13	5,276	1,362	8,21	14,06	0	16
	Celkem	100	9,86	4,735	,474	8,92	10,80	0	18
Změna v duchovní oblasti	Byl jsem svědkem	85	2,18	2,431	,264	1,65	2,70	0	10
	Zažil jsem	15	3,80	2,426	,626	2,46	5,14	0	7
	Celkem	100	2,42	2,487	,249	1,93	2,91	0	10
Porozumění životu	Byl jsem svědkem	85	7,98	3,931	,426	7,13	8,82	0	15
	Zažil jsem	15	8,93	4,148	1,071	6,64	11,23	0	14
	Celkem	100	8,12	3,958	,396	7,33	8,91	0	15

**Tabulka č. 44: Dimenze PTR a typ události**



**Graf č. 31: PTR a typ události**

	Celkový skór PTR
Mann-Whitney U	446,500
Wilcoxon W	4101,500
Z	-1,844
Asymp. Sig. (2-tailed)	,065

**Tabulka č. 45: Testování vztahu mezi PTR a typem události**

	Vztahy s druhými	Nové možnosti	Silné stránky jedince	Změna v duchovní oblasti	Porozumění životu
Mann-Whitney U	477,500	404,500	476,000	400,000	548,000
Wilcoxon W	4132,500	4059,500	4131,000	4055,000	4203,000
Z	-1,547	-2,253	-1,567	-2,352	-, 867
Asymp. Sig. (2-tailed)	,122	,024	,117	,019	,386

**Tabulka č. 46: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a typem události**

Hypotézu jsem testovala pomocí Mann - Whitneyho U testu, vztah mezi typem události a dosaženým posttraumatickým rozvojem není signifikantní. Protože však byl rozdíl v míře dosaženého rozvoje mezi skupinami „byl jsem svědkem“ a „zažil jsem“ téměř signifikantní, testovali jsme dále vztah mezi skupinami a jednotlivými dimenzemi rozvoje. Byl nalezen signifikantní rozdíl v úrovni dosaženého rozvoje v dimenzích nové možnosti a změna v duchovní oblasti.

**Na základě statistické analýzy dat zamítáme nulovou hypotézu, že typ vybrané události nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje. Hasiči, pro které byla nejnáročnější událostí situace, kterou prožili sami, dosáhli signifikantně vyššího skóru v dotazníku PTGI-CZ v dimenzích nové možnosti a změna v duchovní oblasti, než jejich kolegové, pro které byla nejnáročnější událost ta, již byli svědkem.**

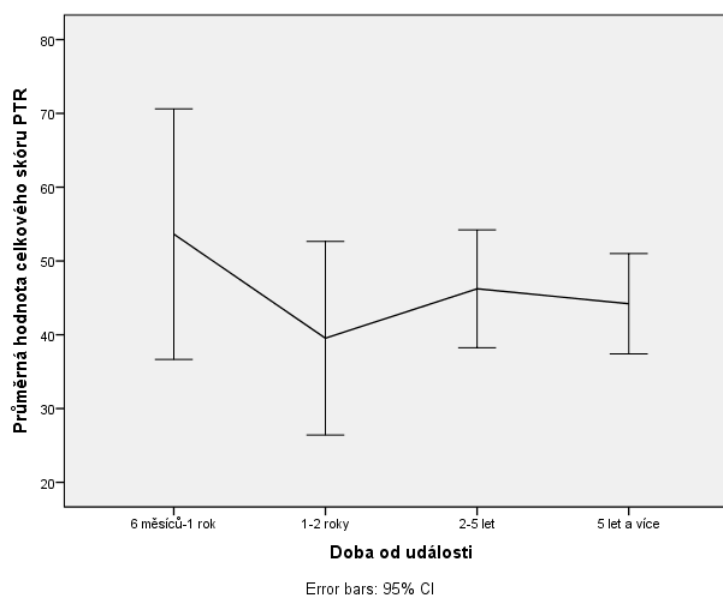
Nejvíce traumatizující bývají pro jedince situace, při kterých je ohroženo vlastní zdraví či život. Z tohoto předpokladu plyne úvaha, že tento typ událostí má pravděpodobně největší potenciál pro to otrástit světem jedince a podnítit tak proces kognitivního angažování se.

## Doba uplynulá od události a PTR

**H<sub>08</sub>:** Délka doby, která uplynula od prožití náročné události respondentem, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

	N	Průměr	Sm. odchylka	St. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
6 měsíců-1 rok	11	53,64	25,268	7,618	36,66	70,61	27	88
1-2 roky	15	39,53	23,685	6,115	26,42	52,65	4	72
2-5 let	34	46,24	22,883	3,924	38,25	54,22	0	83
5 let a více	40	44,20	21,242	3,359	37,41	50,99	0	77
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

**Tabulka č. 47: PTR a doba uplynulá od události**



**Graf č. 32: PTR a doba uplynulá od události**

Hypotézu jsem testovala pomocí ANOVA ( $F[99] = 0,874$ , ns.), žádné signifikantní rozdíly v dosaženém PTR mezi jednotlivými skupinami nebyly zjištěny. Signifikantní rozdíl nebyl nalezen ani v jednotlivých dimenzích posttraumatického rozvoje.

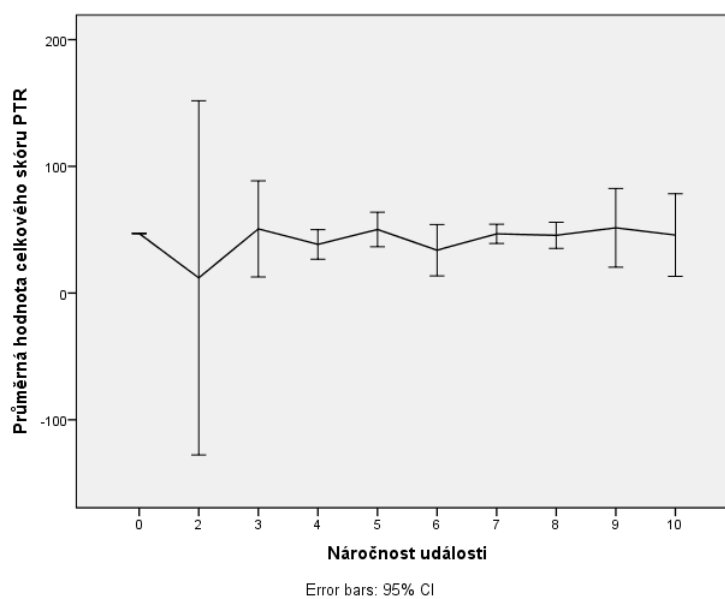
**Nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, nebyl vypořádan žádný vztah mezi dobou, která uplynula od prožití mimořádné události a mírou dosaženého posttraumatického rozvoje.**

## Náročnost události a PTR

**H<sub>09</sub>:** Vnímaná náročnost prožité události nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

	N	Průměr	Sm. odchylka	St. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
0	2	47,00	,000	,000	47,00	47,00	47	47
2	2	12,00	15,556	11,000	-127,77	151,77	1	23
3	3	50,67	15,275	8,819	12,72	88,61	34	64
4	7	38,43	12,621	4,770	26,76	50,10	23	56
5	17	50,18	26,484	6,423	36,56	63,79	0	88
6	7	33,86	21,927	8,288	13,58	54,14	9	63
7	27	46,74	19,191	3,693	39,15	54,33	0	77
8	24	45,58	24,425	4,986	35,27	55,90	7	80
9	6	51,50	29,623	12,093	20,41	82,59	16	83
10	5	45,80	26,224	11,728	13,24	78,36	0	67
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

**Tabulka č. 48: PTR a náročnost události**



**Graf č. 33: PTR a náročnost události**

		Náročnost události	Celkový skór PTR	
Spearman's rho	Náročnost události	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	.	
		N	100	
	Celkový skór PTR	Correlation Coefficient	,106	1,000
		Sig. (2-tailed)	,296	.
		N	100	100

**Tabulka č. 49: Testování vztahu mezi PTR a náročností událostí**

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = 0,106$ , ns.), nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a vnímanou náročností mimořádné události. Signifikantní rozdíl nebyl nalezen ani v jednotlivých dimenzích posttraumatického rozvoje.

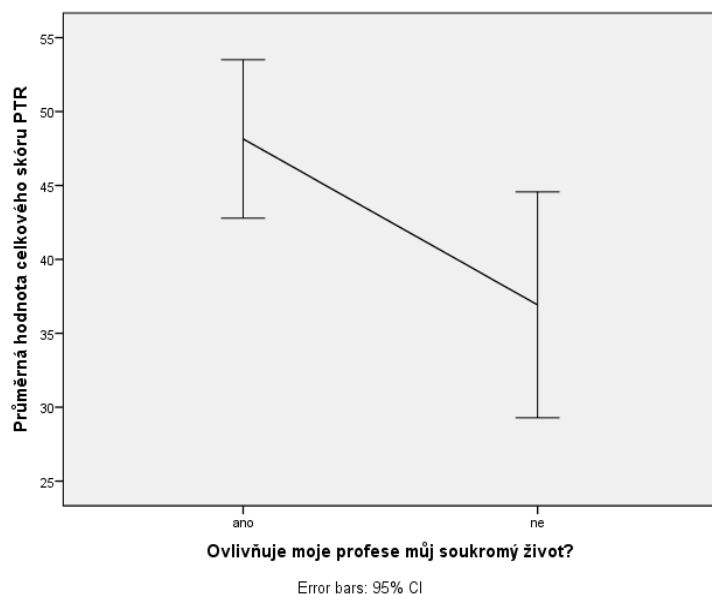
**Na základě statistické analýzy dat nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, nebyl vypořádan žádný vztah mezi vnímanou náročností mimořádné události a úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje.**

### Úvaha nad vlivem profese na soukromý život a PTR

**H<sub>010</sub>**: Skutečnost, zda respondent uvažoval nad tím, zda jeho profese ovlivňuje jeho soukromý život, nemá žádný vliv na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

	N	Průměr	Sm. odchylka	St. chyba	95% Interval spolehlivosti		Minimum	Maximum
					Dolní hranice	Horní hranice		
ano	74	48,15	23,140	2,690	42,79	53,51	0	88
ne	26	36,92	18,916	3,710	29,28	44,56	0	68
Celkem	100	45,23	22,576	2,258	40,75	49,71	0	88

**Tabulka č. 50: PTR a úvaha nad vlivem profese**



**Graf č. 34: PTR a úvaha nad vlivem profese**

**ANOVA**

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2424,499	1	2424,499	4,947	,028
Within Groups	48033,211	98	490,135		
Total	50457,710	99			

**Tabulka č. 51: Testování vztahu mezi PTR a úvahou**

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Vztahy s druhými	Between Groups	309,282	1	309,282	4,680	,033
	Within Groups	6476,508	98	66,087		
	Celkem	6785,790	99			
Nové možnosti	Between Groups	79,948	1	79,948	2,313	,131
	Within Groups	3386,962	98	34,561		
	Celkem	3466,910	99			
Silné stránky jedince	Between Groups	93,262	1	93,262	4,297	,041
	Within Groups	2126,778	98	21,702		
	Celkem	2220,040	99			
Změna v duchovní oblasti	Between Groups	43,470	1	43,470	7,488	,007
	Within Groups	568,890	98	5,805		
	Celkem	612,360	99			
Porozumění životu	Between Groups	35,460	1	35,460	2,294	,133
	Within Groups	1515,100	98	15,460		
	Celkem	1550,560	99			

**Tabulka č. 52: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a úvahou**

Hypotézu jsem testovala pomocí ANOVA ( $F[99] = 4,947, s.$ ), byl nalezen signifikantní vztah mezi dosaženou úrovní posttraumatického rozvoje a skutečností, zda respondent uvažoval nad vlivem profese na soukromý život. Signifikantní rozdíl byl nalezen nejen ve vztahu k celkovému skóru rozvoje, ale také u dimenzí vztahy s druhými, silné stránky jedince a změna v duchovní oblasti.

**Na základě získaných dat zamítáme nulovou hypotézu. Jedinci, kteří někdy v životě uvažovali nad tím, zda jejich profese ovlivňuje jejich soukromý život, dosahují signifikantně vyššího posttraumatického rozvoje, než hasiči, u kterých tato úvaha neproběhla.**

V procesu, který může vyústit v prožívání posttraumatického rozvoje, hraje klíčovou roli přemítání nad událostí a jejími dopady na život jedince. Otevřenost vůči existenciálním úvahám zvyšuje pravděpodobnost vzniku posttraumatického rozvoje.

**H<sub>011</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní stresu prožívaného respondentem

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = -0,024, ns.$ ).

**Nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, nebyl vyzorován žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní prožívaného stresu.**

**H<sub>012</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a sociální oporou, které se respondentovi dostává z jeho okolí.

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = 0,222, s.$ ). Signifikantní výsledky byly zpozorovány také v dimenzích PTR vztahy s druhými ( $r = 0,251, s.$ ), silné stránky jedince ( $r = 0,2, s.$ ) a porozumění životu ( $r = 0,199, s.$ )

Škála sociální opory obsahuje otázky týkající se nabízené opory, vyžádané opory a spokojenosti s obdrženou oporou od okolí. Při bližší analýze dat pomocí Spearmanova koeficientu korelace jsme zjistili, že signifikantní vztah existuje mezi PTR a skórem dosaženým v oblasti vyžádané opory ( $r = 0,303, s., \alpha = 0,01$ ).

**Nulovou hypotézu  $H_{012}$  zamítáme, byl nalezen signifikantní pozitivní vztah mezi úrovní sociální opory a dosaženým posttraumatickým rozvojem. Jedinec tedy dosahuje tím vyššího posttraumatického rozvoje, čím častěji využívá opory od svých blízkých a spolupracovníků.**

Sociální opora má významný vliv na psychické i fyzické zdraví jedince, přičemž zmírňuje negativní dopady náročných událostí a přispívá k pozitivnímu vyústění adaptace na trauma.

**$H_{013}$ :** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní výskytu chování typu A u respondenta.

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = 0,087$ , ns.).

**Na základě statistické analýzy dat nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, že neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a úrovní výskytu chování typu A u respondenta.**

**$H_{014}$ :** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a kognitivní nezdolností respondenta.

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = 0,009$ , ns.).

**Nulovou hypotézu  $H_{014}$  nemůžeme zamítnout, nebyl vypořádan žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a kognitivní nezdolností jedince.**

**$H_{015}$ :** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a strategiemi zvládání zátěže respondenta.

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace. Byly testovány následující strategie zvládání zátěže: pozitivní pohled ( $r = 0,113$ , ns.), negativní pohled ( $r = 0,026$ , ns.), minimalizace hrozeb ( $r = -0,134$ , ns.) a zaměřenost na problém ( $r = 0,146$ , ns.).

Jednotlivé strategie zvládání zátěže byly testovány také s dílčími dimenzemi PTR. Byl nalezen signifikantní vztah u strategie pozitivní pohled v dimenzi silné stránky jedince ( $r = 0,197$ , s.)

**Na základě statistické analýzy dat zamítáme nulovou hypotézu, že neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a strategiemi zvládání zátěže respondenta. Jedinci používající strategii zvládání zátěže „pozitivní pohled“ dosahují v dotazníku PTGI-CZ vyššího skóru rozvoje v dimenzi silné stránky jedince.**

Jedinec dosahující vysokého skóru ve škále pozitivní pohled se vyrovnává s náročnými situacemi pomocí pozitivního sebehodnocení, soustředění se na pozitiva a šťastnější časy. Dimenze silné stránky jedince dotazníku PTGI-CZ obsahuje taktéž položky vyjadřující pozitivní hodnocení jedince. Zdá se tedy logické, že spolu se zvyšujícím se skórem ve škále pozitivní pohled roste také úroveň dosaženého rozvoje v dimenzi silné stránky jedince.

**H<sub>016</sub>:** Neexistuje žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a psychickou pohodou respondenta.

Hypotézu jsem testovala pomocí Spearmanova koeficientu korelace ( $r = 0,143$ , ns.).

**Hypotézu H<sub>016</sub> nemůžeme zamítnout, nebyl nalezen žádný vztah mezi úrovní dosaženého posttraumatického rozvoje a psychickou pohodou respondenta.**

			Celkový skór PTR
Spearman's rho	Stres	Correlation Coefficient	-,024
		Sig. (2-tailed)	,812
	Sociální opora	Correlation Coefficient	,222*
		Sig. (2-tailed)	,027
	Chování typu A	Correlation Coefficient	,087
		Sig. (2-tailed)	,391
	Kognitivní nezdolnost	Correlation Coefficient	,009
		Sig. (2-tailed)	,932
	Pozitivní pohled	Correlation Coefficient	,113
		Sig. (2-tailed)	,264
	Negativní pohled	Correlation Coefficient	,026
		Sig. (2-tailed)	,800
	Minimalizace hrozeb	Correlation Coefficient	-,134
		Sig. (2-tailed)	,184
	Zaměřenost na problém	Correlation Coefficient	,146
		Sig. (2-tailed)	,146
	Psychická pohoda	Correlation Coefficient	,143
		Sig. (2-tailed)	,156

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabulka č. 53: Testování vztahu mezi PTR a škálami Stress profilu**

		Stres	Sociální opora	Chování typu A	Kognitivní nezdolnost	Pozitivní pohled
Spearman's rho	Vztahy s druhými	-,045	,251*	,074	,086	,103
		,655	,012	,466	,395	,310
	Nové možnosti	-,053	,176	,101	-,015	,092
		,602	,079	,316	,882	,363
	Silné stránky jedince	-,013	,200*	,083	-,023	,197*
		,897	,046	,412	,822	,049
	Změna v duchovní oblasti	-,075	,038	,054	,054	,017
		,458	,709	,593	,592	,870
	Porozumění životu	,044	,199*	,025	-,068	,048
		,663	,048	,803	,502	,637

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Tabulka č. 54: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a škálami Stress profilu I.**

		Negativní pohled	Minimalizace hrozeb	Zaměřenost na problém	Psychická pohoda	
Spearman's rho	Vztahy s druhými		-,052	-,109	,163	,178
			,610	,282	,106	,076
	Nové možnosti		,070	-,138	,093	,090
			,490	,170	,357	,373
	Silné stránky jedince		,055	-,067	,138	,149
			,588	,508	,171	,139
	Změna v duchovní oblasti		,080	-,164	,142	,071
			,426	,103	,159	,481
	Porozumění životu		-,012	-,148	,098	,105
			,908	,142	,330	,296

**Tabulka č. 55: Testování vztahu mezi dimenzemi PTR a škálami Stress profilu II.**

## Diskuze

V rámci empirické části diplomové práce byl zrealizován výzkum zjišťující úroveň a strukturu posttraumatického rozvoje u skupiny profesionálních hasičů. Výzkumný soubor tvořilo 100 respondentů, kteří slouží na stanicích v rámci Středočeského kraje HZS ČR. Posttraumatický rozvoj byl měřen pomocí české verze dotazníku Posttraumatic Growth Inventory. Jedná se o metodu, která je nejčastěji používaná ke zjišťování posttraumatického rozvoje a poskytuje informace jednak o celkovém skóru dosaženého rozvoje a zároveň o dílčích skórech dosažených v pěti dimenzích rozvoje. V rámci dotazníku se respondenti na škále 0-5 vyjadřují, v jaké míře u nich nastala popisovaná změna. Dotazník nemá k dispozici normy a tak je pro výzkumníka ztížena možnost interpretace. Na tuto skutečnost upozornil již Krutiš et al., (2011) ve svém výzkumu posttraumatického rozvoje u profesionálních vojáků. Získané výsledky lze pouze porovnat s obdobnými výzkumnými studii. Vzhledem ke specifikům posttraumatického rozvoje v kontextu s výkonem profese hasiče nás za účelem srovnávání zajímají v první řadě studie zaměřující se na profesní skupiny záchranářů (studie prezentované v tabulkách č. 5 a 6).

Ve většině výzkumných studií jsou uváděny průměrné hodnoty položek a tak jsme i my za účelem srovnávání získané hodnoty přepočítali. U našeho výzkumného souboru profesionálních hasičů byla zjištěna průměrná hodnota celkového rozvoje 45,23 (SD=22,57), průměrná hodnota položky tedy činí 2,15 (SD=1,07). Tato hodnota odpovídá verbálnímu zhodnocení „taková změna u mě nastala jen v malé míře“. V porovnání s obdobnými studii si můžeme povšimnout, že náš výzkumný soubor dosáhl vyššího rozvoje v celkovém skóru rozvoje než skupina amerických profesionálních vojáků (Gallaway et al., 2011), zdravotníků působících ve válečné zóně (McLean et al., 2013), terapeutů (Brockhouse et al. 2011) a pracovníků poskytujících telefonní krizovou intervenci (O'Sullivan & Whelan, 2011). Na druhé straně hasiči dosáhli nižšího rozvoje než skupina českých profesionálních vojáků a zdravotníků působících na zahraniční misi (Krutiš et al., 2011), policistů (Chopko & Schwartz, 2009), zdravotních sester a sociálních pracovníků působících v oblasti zasažené válkou (Lev-Wiesel et al., 2009) a britských sociálních pracovníků (Gibbons et al., 2011). Při bližším pohledu na průměrné hodnoty položek u jednotlivých skupin respondentů si však lze povšimnout, že rozmezí se pohybuje mezi hodnotou 1,84 a 3,1 a nejedná se tedy o markantní rozdíly. Můžeme říci, že náš výzkumný soubor dosáhl výsledků srovnatelných s podobně profesně orientovanými jedinci. Při bližší analýze dimenzí posttraumatického

rozvoje zjistíme, že nejvyšších hodnot profesionální hasiči dosáhli v doméně silné stránky jedince (2,46) a porozumění životu (2,7).

Dosažená úroveň rozvoje mezi jednotlivými respondenty variovala, přičemž někteří jedinci dosáhli nadprůměrného rozvoje, zatímco jiní rozvoj zaznamenali v nepatrné míře. Průměrná hodnota se zdá být v celkovém měřítku podprůměrná a je na místě se zamyslet nad možnými příčinami této skutečnosti.

První úvaha souvisí s problematikou **odolnosti** profesionálních hasičů. Pravá povaha vztahu mezi PTR a resiliencí není ještě zcela osvětlena. Jednou z nabízených možností je předpoklad, že přílišná odolnost jedince znesnadňuje či dokonce znemožňuje dosažení PTR (Levine et al., 2009). Vyšší resiliencí pomáhá jedinci dostat se přes trauma s menšími zraněními a relativně beze změn osobnosti. Jinými slovy, v případě, že je osoba velice resilientní, s největší pravděpodobností u ní mimořádná událost nezpůsobí potřebný „otřes“, který by zpochybnil její soustavu vnitřních přesvědčení a vedl k prožívání distresu. V důsledku toho nemůže dojít z PTR. Otázkou zůstává míra resiliencí u našeho výzkumného vzorku. Předpokládáme, že profesionální hasiči jsou odolnější, než obecná populace. Tento názor je podpořen jednak přísným výběrem příslušníků a jednak následným systematickým výcvikem, který hasiče ještě více utužuje. Hasiči jsou také nepochybně zocelováni spolu s přibývajícím zkušenostmi v rámci výkonu profese, přičemž se domníváme, že zdolávání náročných zásahů za podpory a vedení zkušenějších kolegů, povede ke zvyšování resistance.

Další teorii osvětlující vztah mezi PTR a resiliencí ve smyslu hardiness nabízejí Waysman, Schwartzwald a Solomon (2001). Zjistili, že vliv hardiness na PTR je podmíněn stresovostí události. Byl nalezen pozitivní vztah mezi proměnnými v případě, že prožitá událost byla vysoce náročná. Opět lze uvažovat nad tím, do jaké míry situace zažívané hasiči v rámci výkonu služby zpochybňují jejich vnitřní svět.

V kontextu této úvahy je třeba se zamyslet také nad rolí psychologické služby HZS ČR, která pečuje o duševní zdraví svých příslušníků. Psychologové poskytují individuální konzultace a poradenství, v případě větší události bývají realizovány také debriefingy a defusingy. V případě, že příslušník zažije náročnou událost, je o něj postaráno a je mu poskytnutá kvalitní péče. Tato první psychická pomoc může významnou měrou snižovat dopady události na jedince a tedy mít vliv na případný výskyt rozvoje.

V kapitole o duševním zdraví profesionálních hasičů byla představena specifika PTR u této profesní skupiny. Odborníci zdůrazňují hlavně významnost proměnných na straně práce, kterými jsou atmosféra na pracovišti, styl vedení pracovníků, soudržnost kolektivu aj. V empirické části práce je uveden přehled vnímaných negativ profese hasiče, který byl vytvořen na základě odpovědí samotných hasičů. Velice často byla zmiňována nespokojenost s nejvyšším vedením sboru, s finančním ohodnocením a s nedostatkem zájmu o svou osobu a potřeby. Nespokojenost s aktuálním děním ve sboru byla na určitých stanicích zcela evidentní z atmosféry, která panovala na směně a také z verbálních komentářů některých hasičů. Možným vysvětlením podprůměrného skóru PTR je nespokojenost příslušníků, která mohla významným způsobem blokovat proces uvědomování si benefitů. Negativní naladění některých respondentů mohlo také snižovat jejich ochotu ke spolupráci na výzkumu, případně mohli být nastaveni odpovídat spíše v negativním světle. Výsledky dotazníků mohly být tedy ovlivněny jak aktuálním psychickým stav respondentů, tak déletrvající nespokojeností v pracovním procesu.

Profesionální hasiči jsou **záchranaři**, jsou to muži, jejichž úkolem je pomáhat lidem v nouzi. Většina z nich své povolání vnímá jako poslání a role záchranaře je součástí jejich identity. Mezi hasiči je všeobecně rozšířená stereotypní představa silného muže, který vše zvládne a nic se ho nedotkne. Ne jednou jsem slyšela hasiče na stanici použít argument „když na to nemáš, tak to nedělej“, přičemž „když na to nemáš“ znamená, když se tě to dotýká, když si to bereš k srdci. Domnívám se, že vzhledem ke kvalitně nastavenému systému psychologické pomoci ve Středočeském kraji, tato stereotypní představa pomalu ztrácí na síle. Hasiči jsou školeni a o tom, co mohou při zásazích a po nich cítit a zažívat a jsou poučeni o normalitě takových reakcí. Věřím, že mezi sebou na směně si náročný zásah proberou, postěžují si a odventilují své emoce. Na venek se však veskrze snaží působit dojmem siláka a i tato skutečnost se mohla promítnout do výsledků našeho výzkumu. Aby mohli jedinci pozitivně odpovídat na položky nabízející změnu v životě, museli by nejprve uznat, že je nějaká událost natolik zasáhla, že je dokázala změnit. Toto přiznání může být pro hasiče vnitřně velice ohrožující a tak je třeba brát v úvahu i možnost, že někteří respondenti své odpovědi stylizovali tak, aby vypadali více odolně.

Významnou roli při realizování výzkumu hraje **motivace** zúčastněných. Za účelem zvyšování motivace mnoho výzkumníků získává respondenty na základě finanční odměny. Tato varianta nebyla u našeho souboru možná. Jiným způsobem, jak je možné respondenty motivovat k účasti na výzkumu je nabídka poskytnutí výsledků každému z respondentů.

Vzhledem k tomu, že výzkum u hasičů probíhal anonymně a respondenti se nepodepisovali a ani jinak nešlo odhadnout, který dotazník patří komu, ani tato varianta nešla zrealizovat. Alespoň jsem při každém sběru dat respondentům nabídla, že mohu vyhodnotit jejich dotazníky a poté je informovat o tom, jak dopadli jako směna. Některé stanice o tuto nabídku projevíly zájem, jiné ne. Otázka motivace hraje při realizování výzkumu důležitou roli, protože jde ruku v ruce s ochotnou spolupracovat. Na mou žádost o zúčastnění se výzkumu reagovalo kladně všech 100 hasičů, tedy 100% oslovených. Přesto bylo možné si povšimnout zcela rozdílného nasazení hasičů napříč skupinou. Snad na každé směně se našli respondenti, kteří brali výzkum velice vážně a pečlivě se nad otázkami zamýšleli. Také jsem se však setkala s množstvím jedinců, kteří dávali verbálně i neverbálně najevo svou nelibost nad právě probíhající činností. Na moji výzvu, že účast je dobrovolná, však zpravidla nijak nereagovali. Je možné, že část z celého souboru nebyla na testování nastavená a dotazníky vyplňovala s menší pečlivostí nebo dokonce náhodně.

I u jedinců, kteří byli ochotni spolupracovat, a probíhající výzkum je zaujal, je možné narazit na limity. Frazier at al. (2009) upozorňuje na vysoké nároky, které jsou kladeny na respondenty dotazníku PTGI. Respondent musí zhodnotit svůj aktuální stav vzhledem k dimenzím dotazníku, vybavit si předchozí stav v těch samých dimenzích, porovnat minulý a současný stav mezi sebou, zhodnotit úroveň změny, která se mezi časovými obdobími odehrála a na závěr zhodnotit, z jak velké části je změna způsobená traumatickou událostí. Z výše popsaného je zřejmé, že se jedná o proces náročný a zdlouhavý, který klade vysoké nároky na respondenta a jeho schopnost introspekce. Lze předpokládat, že ne všichni hasiči nad položkami uvažovali v tomto smyslu a je tedy možné, že při vyplňování dotazníku docházelo k větším či menším zkreslením.

V předchozích řádcích jsem se zamýšlela nad faktory, které mohly vstoupit do procesu vyplňování dotazníku PTGI-CZ a ovlivnit tak úroveň PTR dosaženou našimi respondenty. Nyní přesuneme pozornost na druhou metodu našeho výzkumu - dotazník Stress profile a jeho výsledky.

Dotazník **Stress profile** má k dispozici normy a tak je možné výsledky probanda porovnat s populací. U dotazníku Stress profile je však třeba poukázat na skutečnost, že české normy byly sbírány na populaci profesionálních vojáků. Jedná se o skupinu velice specifickou a lze předpokládat, že tato skutečnost se promítá i do výsledků dotazníku. Samotní autoři

českého překladu dotazníku upozornují čtenáře, aby při interpretaci dat bral v úvahu složení standardizačního souboru. Při bližším pohledu na výsledky našich respondentů můžeme vypořádat, že ve škálách sociální opora okolí, kognitivní nezdolnost, strategie zvládnání „pozitivní pohled“, „minimalizace hrozeb“, „zaměřenost na problém“ a psychická pohoda se průměrné hodnoty výzkumného souboru pohybovaly v pásmu normy, tedy v rozmezí 40-60 T-skóru. Zaměříme-li se na percentily, můžeme si povšimnout spíše nižších hodnot. Výsledky škál, které jsou spojeny s ochranou zdraví, se pohybují v rozmezí 24. - 38. percentil. U škál strategie zvládnání „negativní pohled“, stres a chování typu A respondenti dosáhli již o něco vyšších hodnot, i když podle T-skóru se výsledky pohybují stále v pásmu normy. Percentové vyjádření u škály stres je 86, což poukazuje na prožívání stresu ve zvýšené míře. Znovu bych ráda poukázala na to, že jedná o zvýšenou úroveň stresu vzhledem k populaci vojáků, kteří jsou sami vystavováni velkému tlaku. Je možné, že v porovnání s běžnou populací by hasiči zažívali stres v ještě vyšší míře, než když je srovnáváme s vojáky. Stres je každodenní součástí výkonu profese hasiče a tak zjištěné výsledky nejsou překvapivé.

Při interpretaci výsledků našich probandů z dotazníku Stress profile je nezbytné vzít v úvahu, že pracujeme pouze s průměrným skórem celého výzkumného souboru. Použitím průměrné hodnoty souboru k porovnání s normami můžeme získat hrubou představu o životním stylu skupiny, nejsme však schopni pojmut individuální rozdíly každého z respondentů. Na základě axiomu normality a při pohledu na grafické znázornění distribuce dat, která odpovídá normálnímu rozložení (grafy č. 17 - 25), může předpokládat, že stejně jako v běžné populaci, i u profesionálních hasičů jsou jedinci, kteří danými vlastnostmi, strategiemi apod. disponují v nejrůznější míře.

V rámci empirické části práce byly ověřovány hypotézy o vztahu mezi PTR a dalšími aspekty života respondentů. V následujících řádcích bych se ráda zamyslela nad jednotlivými výsledky.

Hypotéza  $H_{01}$  o neexistenci vztahu mezi **PTR a věkem** respondentů byla zamítnuta. Bylo zjištěno, že hasiči, kterým je 45 let a více dosahují signifikantně vyššího vnímaného růstu, než jejich mladší kolegové. Výsledek testování hypotézy je poněkud překvapivý, vzhledem k dostupným zjištěním, že nejvyššího PTR dosahují jedinci v období mladé dospělosti. Budeme-li však uvažovat o PTR jako o fenoménu, který nenásleduje pouze po jedné události mimořádného dopadu, ale který se může objevit i v důsledku kumulace více událostí menší závažnosti, zjištění je opodstatněné. Za daných okolností by bylo logické,

že u hasičů spolu se přibývajícím věkem roste i počet náročných událostí, se kterými se museli v průběhu života vypořádávat. Větší množství překonaných nesnází může jít ruku v ruce s postupným rozvojem osobnosti.

Jinou možností je, že koncept PTR se do určité míry kryje s přirozeným procesem zrání a vysoký skóre dosažený v dotazníku pouze reflektuje osobnostní vyspělost a moudrost respondentů. Tedeschi a Calhoun (1996, 2004) se již zabývali otázkou, zda existuje rozdíl mezi PTR a zráním. Součástí jejich výzkumu, v rámci kterého ověřovali vlastnosti dotazníku PTGI, byla skupina studentů, kteří nezažili žádnou traumatickou událost. Dotazník PTGI přesto vyplňovali a bylo zjištěno, že dosahují PTR, i když v menší míře, než traumatizovaní jedinci. Tedeschi a Calhoun výsledky vysvětlují tím, že nejspíše reflektují proces zrání, který je v daném věku intenzivní. Přesto odmítají, že by dotazník PTGI měřil proces zrání. V procesu vyrovnávání se s traumatem je ve výrazné míře přítomna afektivní složka, která u pozvolného procesu zrání chybí.

Skutečnost, že muži na 45 let dosahují většího rozvoje osobnosti, než jejich mladší kolegové tedy můžeme vysvětlit tím, že za období svého života museli zdolat více mimořádných událostí, v jejichž důsledku zažívají PTR. Události mohly být jednak soukromého charakteru, jednak se mohlo jednat o situace řešené v práci. Přes námitky Tedeschiho a Calhouna se domnívám, že k vyššímu skóre PTR zjištěnému u hasičů nad 45 let, může přispívat i přirozený proces osobnostního vyzrání.

Hypotéza H02, která předpokládá, že **rodinný stav** nemá vliv na PTR, nemohla být zamítnuta. Závěr, že rodinný stav traumatizované osoby nesouvisí s PTR, je prezentován ve většině dostupných studií (Linley & Joseph, 2004; Helgeson et al., 2006). Rodinný stav bývá často užíván jako index sociální opory a tedy bychom mohli předpokládat, že život s partnerkou povede u našeho výzkumného souboru k většímu rozvoji. Důležitou podmínkou však je, aby se jednalo o spokojený partnerský vztah. Pouze v tom případě by mohla skutečnost, že je respondent ve vztahu, působit jako protektivní faktor (Kebza, 2005). Tuto skutečnost jsme ale v rámci našeho výzkumu nezjišťovali a tak není možné s ní operovat.

Další formulovaná hypotéza se týkala vztahu mezi PTR a skutečností, zda má respondent **dítě** či ne. Formulování a následné testování hypotézy se opíralo o zkušenost psychologičky HZS ČR, která během své praxe u sboru vyzorovala, že mimořádné události jinak vnímají hasiči v období, kdy jsou bezdětní a poté v době, kdy již mají dítě či děti. Důvodem bude nejspíše větší pocit zodpovědnosti vůči rodině a z toho vyplývající obavy

o své zdraví a život. Dále bylo vyzorováno, že hasičů s dětmi se více dotýkají události, v rámci kterých jsou zraněni či usmrceny děti. Náš předpoklad, že skutečnost, zda jedinec má či nemá děti, bude vstupovat do procesu PTR, však nebyl potvrzen. V rámci šetření jsme nezjišťovali počet dětí ani jejich věk. To jsou proměnné, které také mohou hrát svou roli. V současné době však můžeme tvrdit, že u našeho výzkumného souboru nebyl prokázán vliv rodičovství na úroveň dosaženého rozvoje.

Hypotéza týkající se členství hasičů v **Týmu posttraumatické péče** bohužel nemohla být statisticky ověřována. V rámci celého souboru 100 hasičů se nám nepodařilo získat více než 1 člena týmu. V rámci HZS Středočeského kraje přitom působí okolo 35 členů TPP. Nemožnost prozkoumat vztah mezi členstvím TPP a PTR mě velice mrzí. Pokud to okolnosti dovolí, tak jsou hasiči působící v TPP při zásahu přednostně uvolňováni k poskytování psychosociální péče zasaženým osobám. Jsou tedy s nimi v intenzivnějším kontaktu, než jejich kolegové a povaha jejich činnosti je zcela jiná. Nesoustředí se na technické náležitosti zásahu, ale jsou ve spojení s psychickým stavem obětí mimořádných událostí, které jsou často otřeseny a v šoku. Může u nich tedy dojít k hlubšímu uvědomění si mnohdy tragických následků události pro zasažené a k rozvoji zástupného PTR.

**Počet let**, jež příslušník strávil službou u sboru, zdá se vstupuje svým vlivem do procesu PTR. V prvním kroku testování hypotézy jsme zanechali všechny varianty uvedené respondenty, tedy všechny údaje týkající se počtu odsloužených let. Rozpětí se pohybovalo mezi 1 rokem a 30ti lety. Následné ověřování hypotézy pomocí Spearmanova koeficientu korelace však neodhalilo signifikantní vztah. Při rozdělení souboru hasičů do 2 skupin už signifikantní rozdíl nalezen byl. Hasiči působící ve sboru 21 let a více dosahují signifikantně vyššího rozvoje, než služebně mladší kolegové. Vzhledem k tomu, že hasiči do služebního poměru nastupují zpravidla po dokončení střední školy, tzn. ve věku adolescence až mladé dospělosti, tak jde počet odsloužených let ruku v ruce se zvyšujícím se věkem jedince. Testování hypotézy  $H_{01}$  vedlo k závěru, že starší muži dosahují většího rozvoje než mladší. Tento výsledkem je nyní potvrzen zamítnutím hypotézy  $H_{05}$ . Důvody této skutečnosti jsou tedy ve shodě s úvahou zmíněnou u hypotézy  $H_{01}$ . Jiné vysvětlení vyplývá z empirických studií sledujících výskyt PTSP u profesionálních hasičů. Odborníci opakovaně zjistili, že spolu s odsloužením 14ti let a více u profesionálních hasičů roste riziko rozvoje PTSP (Corneil et al., 1999; Del Ben et al., 2006; Chamberlin & Green, 2010). Tato skutečnost může být způsobena zvyšující se vulnerabilitou příslušníků v důsledku přibývajících počtu

prožitých traumat. Zvýšení vulnerability pravděpodobně povede k tomu, že si hasiči budou více připouštět náročné zásahy a prožívat vyšší úroveň PTR.

Další z nulových hypotéz obsahovala výrok a neexistenci vztahu mezi **velikostí stanice**, respektive velikostí pracovního kolektivu a PTR. Bylo zjištěno, že hasiči pracující na stanici o základním počtu 5ti příslušníků dosahují signifikantně vyššího osobního rozvoje, než jejich kolegové působící na větších stanicích. Je na místě se zamyslet nad možnými důvody tohoto zjištění.

Již dříve v textu jsem zmiňovala své dojmy ze sběru dat. Sbíráni dat na malých stanicích se neslo v rozdílném duchu, než návštěvy stanic velkých. Hasiči z menších stanic byli velice vstřícní, projevovali o výzkum zájem a bylo vidět, že k vyplňování testové baterie přistupují zodpovědně a s pečlivostí. Pracovní kolektiv malých stanic čítal kolem 4-5 osob a bylo možné si povšimnout, že hasiče mezi sebou pojí přátelské vazby a vzájemný respekt. Byli mezi sebou uvolnění a nebáli se hovořit o svých názorech a pocitech, navzájem si poskytovali oporu. Oproti tomu na větších stanicích sloužily směny o 8 - 20 osobách. Takto velký kolektiv ze své podstaty nemůže fungovat na stejných principech, jako kolektiv malý. Často bylo možno si povšimnout, že je směna rozčleněna do několika podskupinek a její členové se o ostatní hasiče příliš nezajímali. V některých případech by se dalo říci, že se navzájem neuznávali. Skutečnost, že i na velkých stanicích hasiči fungovali ve skupinách o menším počtu, by je měla dávat na roveň s nejmenšími stanicemi. Pokud však mezi jednotlivými skupinami probíhali komunikační nesnáze či dokonce konflikty, hasiči z větších stanic mohli zažívat více stresu pramenícího z mezilidských vztahů a menší míru sociální opory. Posledním aspektem, který může ovlivňovat zjištěné výsledky je místní působnost stanice. Malé stanice většinou sídlí v obcích a městech s malým počtem obyvatel a tak i četnost a povaha zásahů je do velké míry odlišná než u velkých stanic. Pracovní den na stanici, do jejíž působnosti patří například dálnice D1, na které je velké množství dopravních nehod, velice pravděpodobně probíhá jinak, než na stanici v malém městečku. Hasiči působící na takové stanici se dennodenně věnují vyprošťování osob z automobilů a jsou svědky zraněných a mrtvých těl. Častá expozice takto náročných událostí může časem vést k otupění jedince a jeho citlivosti vůči událostem. Naopak jedinec působící na malé stanici má příležitost být více v kontaktu s místní komunitou a střední míra exponovanosti náročným situacím přispívá k dosažení vyšší úrovně PTR.

Posledním proměnnou, která mohla sehrát svou roli, je velikost skupiny, v rámci které probíhat sběr dat. Na směně čítající 20 hasičů panovala jiná dynamika skupiny při sběru dat,

než tomu bylo na malé stanici. Velké skupiny měly tendenci si o dotaznících povídat a komentovat je a je možné, že tím jednak narušovali koncentraci sobě i svým kolegům a jednak snižovali vážnost situace. V budoucnu bych proto doporučovala sbírat data ve skupinkách o menším počtu lidí. Skupina čítající 5 osob se zdá být ideální volbou.

Hypotéza H<sub>07</sub> se týká vztahu mezi PTR a **typem prožité události**. Respondenti měli v rámci dotazníku na výběr z pestré škály událostí, se kterými se mohli v rámci výkonu profese setkat a být jimi ovlivněni. Celkem se jednalo o 23 možností, což představovalo velkou variabilitu odpovědí. Z tohoto důvodu jsme respondenty rozdělili do 2 skupin na základě nadřazeného typu události. Bylo zjištěno, že hasiči, kteří za nejnáročnější situaci označili událost, kterou sami zažili, dosahovali signifikantně vyššího rozvoje než jejich kolegové. Traumaticita události tvoří mimo jiné skutečnost, že je ohrožena tělesná či psychická integrita jedince. Vzhledem k tomu se zdá být pochopitelné, že větší potenciál k zpochybnění vnitřního světa jedince mají události jakými je zavalení, popálení, autonehoda aj.

Hypotéza H<sub>08</sub> předpokládá neexistenci vztahu mezi PTR a **délkou doby**, která uplynula od prožití traumatické události. Tato hypotéza nemohla být na základě našich dat zamítnuta. Z hlediska procesu PTR se zdá, že je třeba času v řádech měsíců až roků, aby u jedince došlo k rozvinutí PTR. Tento předpoklad potvrzují například výsledky studie Krutiše et al., (2011), u jehož souboru zdravotníků působících na zahraniční misi dosažená úroveň PTR rostla spolu s plynutím času. Přesto jsou k dispozici studie, jejichž respondenti dosahují vysokých skóre rozvoje ve velice krátké době po události. V souvislosti s tímto tématem se diskutuje také povaha PTR, který může být sebe-transcendentní nebo iluzorní. Tato problematika je obsáhle rozebrána v teoretické části práce. Valná většina výzkumných i meta-analytických studií však předkládá závěr, že mezi vnímaným PTR a dobou, která uplynula od traumatu, neexistuje signifikantní vztah. Stejná skutečnost byla potvrzena i u našeho výzkumného souboru. Jedním z možných příčin těchto výsledků je, že každý jedinec má jiné tempo, ve kterém se vyrovnává a adaptuje na události. Zdá se, že u někoho může dojít k PTR brzy po události a u jiné osoby bude stejný proces trvat měsíce. Hledisko času ve vztahu s PTR je stále nedořešeným tématem a je třeba dalších výzkumů, které by přispěly k jeho většímu porozumění.

Další zkoumanou proměnnou byla subjektivně zhodnocená **náročnost události**. Položku zjišťující hodnocení události jsme do dotazníku vložili sami na základě několika prozkoumaných studií o vztahu mezi PTR a náročností události. Ve většině studií je

prezentován závěr, že existuje pozitivní vztah mezi náročností traumatu a PTR (Solomon & Dekel, 2007; Armstrong & Shakespeare-Finch, 2011). Někteří vědci uvádí vztah obráceného písmene U, kdy je největší rozvoj při střední náročnosti situace. Na našem výzkumném souboru však žádný z těchto předpokladů nebyl potvrzen. Nebyl nalezen signifikantní vztah mezi proměnnými.

Možným důvodem jsou nedostatky na straně formulování výroku v dotazníku. Jedincům jsme zadali instrukci „uvedte na škále, jak subjektivně vnímáte náročnost dané události“. Ptáme se tedy jedince, jak ji vnímá nyní, vhodnější by nejspíše bylo dotazovat se, jak byla náročnost obtížná v době jejího prožívání. Otázkou zůstává, zda by byl respondent schopen oprostít se od aktuálního vnímání situace a odpovědět z pohledu svého tehdejšího já. Jiným vysvětlením může být již dříve zmíněná tendence hasičů vnímat se a prezentovat se jako neohrožené a odolné jedince. V tom případě by se mohli záměrně snažit uvádět snižovat reálnou náročnost události a vztah mezi proměnnými by pak u našich respondentů nemohl být nalezen.

V rámci dotazníkového šetření jsme se respondentů ptali, zda někdy přemýšleli nad variantou, že výkon profese hasiče ovlivňuje jejich soukromý život. Může se zdát, že odpověď je samozřejmě ano a tudíž pokládat respondentům danou otázku je zcela zbytečné. Výsledky však ukázaly, že tomu tak není. Ze souboru 100 hasičů celých 26% uvedlo, že se touto otázkou nezabývali. Možným vysvětlením je, že se jedná o hasiče, kteří nemají tendenci k introspekci. Nepřemítají tedy nad tím, co prožili a prostě přijímají život tak, jak přichází. Alternativním vysvětlením je, že záporné odpovědi demonstrovaly neochotu spolupracovat na výzkumu. Ať už do procesu odpovídání vstupovaly jakékoliv faktory, můžeme říci, že hasiči, kteří přemýšlejí nad svou profesí a jejími vlivy dosahují signifikantně vyššího rozvoje osobnosti, než jejich kolegové, kteří tímto směrem neuvažují.

Hypotéza  $H_{011}$  se vyjadřuje ke vztahu mezi PTR a úrovní prožívaného **stresu**. Vztah mezi distresem a PTR ještě není na vědeckém poli zcela objasněn. Předpokládá se, že PTR a distres mohou koexistovat a vztah mezi nimi může být negativní nebo pozitivní. Výsledky empirických prací se různí. Zajímavý pohled vnáší do vztahu moderátor času. Bylo zjištěno, že v období krátce po prožití traumatu je PTR tím větší, v čím větším rozsahu jedinec pociťuje distres a negativní emoce. Naopak, po uplynutí nějaké doby od události, je vztah mezi PTR a distresem negativní (Sawyer et al., 2010).

V rámci našeho výzkumného souboru nebyl nalezen signifikantní vztah mezi proměnnou stresu a PTR. Můžeme si však povšimnout, že korelace dosahovala záporných hodnot a poukazovala tedy na negativní vztah mezi stresem a PTR. Tyto výsledky nedosahovaly signifikantních hodnot a tak s nimi nemůžeme operovat při interpretaci. Zdůvodnění výsledku našeho výzkumného souboru nebude jednoduché. Je možné, že hasiči jsou v důsledku výkonu stresujícího povolání již na určitou úroveň distresu zvyklí a míra zažívané zátěže u této skupiny nehraje roli prediktoru. Dalším možným vysvětlením je, že nebyl zohledněn faktor času, který by možná vnesl do situace nové poznatky. Zdá se, že pro zkoumání vztahu mezi PTR a distresem, případně PTSP je vhodnější zvolit longitudinální design výzkumu. Limity existují také na straně použité metody. Otázky vztahující se ke škále stresu jsou ohraničené časovým limitem 3 měsíců. Respondenti tedy měli uvést, v jaké míře zažívali stres v posledních 3 měsících. Lze předpokládat, že přestože respondenti odpovídali vzhledem k posledním měsícům, získané skóry budou kopírovat všeobecnou tendenci jedince. Do toho, jakým způsobem jedinec prožívá stres a vyrovnává se s ním, totiž vstupuje řada osobnostních a jiných proměnných stálého charakteru. Tento předpoklad však nemůžeme ověřit a tak je možno s ním zacházet jen jako s úvahou nad zjištěnými výsledky. Pokud by tomu tak nebylo a někteří jedinci v posledních 3 měsících zažívali stres ve výrazně jiném měřítku, než za delší časový horizont, pak by údaj o stresu pravděpodobně nemusel souviset s událostí prožitou dříve a je logické, že vztah mezi proměnnými nebyl nalezen. Na závěr je třeba připustit možnost, že vztah mezi prožívaným stresem a úrovní PTR prostě neexistuje. V tomto duchu se vyjadřuje ve své přehledové studii i Zoellner a Maercker (2006).

Testování hypotézy  $H_{012}$  přineslo zajímavá zjištění. Byl nalezen pozitivní signifikantní vztah mezi úrovní dosaženého rozvoje a poskytované **sociální opory**. Zjištění podobného rázu jsou k dispozici také v mnoha jiných výzkumných studiích, jejichž přehled uvádíme v teoretické části práce. Na základě našich dat můžeme říci, že i u profesní skupiny hasičů hraje sociální opora významnou roli při dosahování benefitů. U skupiny hasičů sociální opora nejen přispívá k vnímání většího rozvoje, ale zároveň plní protektivní funkci v rámci případného rozvoje PTSP. Sociální opora je jistě velice významnou proměnnou pro jakýkoliv výzkumný soubor, vzhledem k specifikům osobního rozvoje u záchranářů je možné uvažovat nad tím, že u této profesní skupiny je její významnost ještě o něco větší.

Při bližší statistické analýze jsme zjistili, že s PTR signifikantně souvisí sociální opora vyžádaná neboli využívaná. Nejde tedy ani tolik o to, kolik opory má jedinec k dispozici ani o skutečnost, zda je s ní spokojen. Klíčová pro proces PTR je skutečnost, v jaké míře sociální

oporu od své rodiny, přátel a spolupracovníků hasič využívá. V rámci sociální opory jedinec může obdržet povzbuzení, pozornost a možnost si popovídat o prožitých okamžicích a jejich důsledcích, může získat názor dalšího jedince a třeba být i inspirován k tomu, aby se na událost díval z jiného úhlu pohledu.

**Chování typu A** spočívá v uspěchanosti, netrpělivosti, zaneprázdněnosti, soutěživosti. Jedinec cítí vztek, je nedůvěřivý, cynický a často frustrovaný. Není mi známo, že by existovala výzkumná studie zjišťující vztah mezi PTR a chováním typu A. Jedinec může být frustrovaný, cítit vztek a netrpělivost v důsledku prožití náročné situace, která s sebou nese často negativní důsledky. Pokud by byly charakteristiky chování typu A vnímány v tomto pojetí, jejich výskyt by v určitém časovém horizontu mohl jít ruku v ruce s PTR. Domnívám se však, že autoři dotazníku Stress profile měli v úmyslu touto škálou měřit spíše osobností zaměření jedince, než jeho aktuální situaci. Výčet charakteristik náležících k chování typu A na mě působí v tom smyslu, že budou negativně ovlivňovat proces PTR. Možné však je, že tato proměnná nemá potenciál ovlivňovat rozvoj jedince. V našem souboru nebyl nalezen ani pozitivní ani negativní signifikantní vztah mezi uvedenými proměnnými. Bylo by jistě zajímavé zkoumat vztah mezi PTR a chováním typu A u dalších skupin respondentů.

Jedinec, který vysoce skóruje ve škále **kognitivní nezdolnosti**, má aktivní přístup k životu, nebojí se změny a nových věcí, cítí, že se schopen se vypořádat s tím, co mu život přinese. Jak již bylo zmíněno dříve v textu, vztah mezi odolností jedince a PTR není zcela jasný. Způsob, jakým jsou koncipovány položky škály kognitivní nezdolnost, v nás však vzbuzoval předpoklad, že výsledky respondentů budou pozitivně korelovat s PTR. Korelace mezi jednotlivými skóry je však 0,09, což ukazuje neexistenci vztahu mezi výsledky v PTGI-CZ a skóry ve škále nezdolnosti.

Další formulovaná hypotéza se vyjadřuje ke vztahu mezi PTR a **strategiemi zvládnání zátěže**. Dotazník Stress profile obsahuje strategie "pozitivní pohled", "negativní pohled", "minimalizace hrozeb" a "zaměřenost na problém". Korelace mezi celkovým skórem PTGI-CZ a dílčími skóry dotazníku spolu se škálami strategií zvládnání zátěže neodhalily signifikantní vztahy. Jediný signifikantní vztah byl objeven mezi strategií pozitivní pohled a dimenzí silné stránky jedince. Tuto skutečnost je třeba interpretovat s obezřetností, vzhledem k tomu, že u ostatních dimenzí ani u celkového skóru rozvoje signifikantnost se zmíněnou strategií potvrzena nebyla. Při pohledu na položky sytící škálu "pozitivní pohled" si přesto můžeme povšimnout podobnosti s dimenzí silné stránky jedince. Položky obou

nástrojů jsou formulovány ve smyslu pozitivního sebehodnocení. V tomto smyslu lze porozumět existenci pozitivní korelace.

Ostatní strategie zdá se nemají u našeho výzkumného souboru žádný vliv na dosaženou úroveň rozvoje. Je možné, že u profesní skupiny hasičů hrají roli jiné copingové strategie, například hledání a využívání sociální opory. Výzkumné studie sledující výskyt PTSP u profesionálních záchranářů také uvádějí jako protektivní faktor hlavně strategie hledání sociální opory a dále proaktivní coping. U hasičů, kteří se musí udržovat v dobré fyzické kondici a v rámci každé směny se věnovat fyzickému cvičení, může být efektivním způsobem vyrovnávání se se stresem právě fyzická aktivita. Paton (2006) také zmiňoval, že zakotvení v roli pomáhajícího může u záchranářů fungovat jako copingová strategie.

Poslední formulovaná hypotéza se týká **psychické pohody** a jejího vlivu na PTR. U profesionálních hasičů Středočeského kraje nebyl zjištěn signifikantní vztah mezi proměnnými. PTR nemusí jít vždy ruku v ruce s psychickou pohodou. Základní teze modelů PTR hovoří o současném uvědomování si benefitů a zažívání negativních emocí. Vzhledem k tomu, že byl opakovaně zjištěn pozitivní vztah mezi PTR a well-beingem a životní spokojeností (Helgeson et al., 2006; Sawyer et al., 2010; Teodorescu et al., 2012), lze předpokládat také pozitivní vliv PTR na psychický stav jedince.

U škály psychická pohoda jsou respondenti stejně jako u škály stres vybízení, aby své odpovědi vztahovali k časovému úseku 3 měsíců. Tato skutečnost by měla být vzata v úvahu při interpretaci výsledků, protože časové ohraničení odpovědí může na výsledky vrhat jiné světlo. Jedinec mohl dosáhnout PTR a zároveň v horizontu 3 měsíců před samotným testováním prožívat náročné období. Opomeneme-li, že nevíme, co respondent v době testování prožíval v soukromém životě, stále máme k dispozici proměnné, kterých si vědomi jsme. Jedná se například o zmiňovanou nespokojenost s vedením sboru, nedostatečným platovým ohodnocením apod. Není v našich možnostech podchytit všechny proměnné, které mohly stav respondenta ovlivnit. Pokusili jsme se alespoň zmínit některé z nich.

V předešlých odstavcích jsem se pokusila zhodnotit výsledky empirické části diplomové práce a naděst možná vysvětlení zjištěného. V následujícím textu bych se ještě chtěla zamyslet nad limity, které vyplývají ze způsobu výběru výzkumného souboru a zvolených metod a na závěr zmínit několik doporučení pro praxi.

Popis výběru respondentů a sběr dat je podrobně popsán v teoretické části práce. Domnívám se, že díky 100% návratnosti dotazníků se nám podařilo získat zajímavý soubor

respondentů. Zároveň s touto výhodou přichází i nedostatek v podobě rizika zkreslení dat. Nikdo z hasičů účast na výzkumu neodmítl, ale během sběru dat si bylo možné povšimnout, že ne všichni respondenti přistupovali k vyplňování metod zcela pečlivě. Zamyšlení nad naším souborem plyne i z jiné skutečnosti. Hasiči v dotazníku vybírali událost, která je za celou jejich kariéru nejvíce zasáhla a ovlivnila. Avšak skutečnost, že vybraná událost byla nejhorší, automaticky neznamena, že byla dostatečně náročná pro odstartování důležitého procesu kognitivního angažování se. Možným řešením by bylo testovat pouze jedince, kteří prožitou událost vnímali jako opravdu ohrožující. Vzhledem k naznačené mentalitě hasičů "jsem silný, jsem záchranář" zůstává otázkou, zda by se jedinci, kteří by zasažení událostí přiznali, našli. Úvahu můžeme tedy zakončit tím, že nás výzkum předkládá závěry o úrovni a struktuře výskytu PTR u zcela konkrétní skupiny hasičů Středočeského kraje.

Jsem si vědoma i několika limitů na straně výzkumných metod. Pro měření PTR byla zvolena česká verze dotazníku PTGI, přičemž bylo zrealizováno ještě několik změn. Na úvod dotazníku byly přidány otázky zjišťující sociodemografické údaje. Věk byl zjišťován pomocí několika věkových rozmezí. Uvědomuji si, že pro statistickou analýzu dat by bylo vhodnější zjišťovat konkrétní číslo. Tuto variantu jsem však zvolila pro zachování co největší anonymity hasičů. Chtěla jsem respondentům poskytnout pocit, že mohou bez rizika prozrazení odpovídat po pravdě.

Další kategorie zjišťující rodinný stav hasičů má jisté nedostatky. Respondenti měli možnost vybrat si jednu z nabízených kategorií. Součástí výzkumného souboru však mohou být například jedinci, kteří zároveň náleží do kategorie "rozvedený" a "s družkou" apod. Při sběru dat se mi nestalo ani jednou, že by si respondenti nebyli jistí, do které kolonky se zařadit a ani mi nikdo z nich neoznačil více možností. Přesto je potřeba v rámci dalšího výzkumu na tuto skutečnost pamatovat.

U zjišťování rodičovství by bylo možné ještě získávat údaje o počtu dětí a jejich věku. Tyto proměnné také mohou hrát svou roli ve vlivu na PTR. Na druhou stranu je třeba si uvědomit, že by respondent poskytl již tolik údajů, že by v rámci směny mohl být snadno rozpoznán. Tato skutečnost by mohla narušovat pocit bezpečí a jistotu anonymity.

V rámci proměnných na straně traumatu je na místě zmínit dvě připomínky. U zjišťování časového horizontu prožití události jsme respektovali znění původního dotazníku Calhouna a Tedeschiho (1996), který nabízí několik variant. V některých výzkumných studiích jsem se setkala s tím, že výzkumníci dali respondentům pokyn, aby vybrali nejnáročnější událost například v časovém horizontu dvou let. Cílem opatření bylo zajistit větší jednotnost souboru. I tato varianta by se dala zrealizovat v rámci našeho výzkumu.

Druhá připomínka se týká již výše zmiňované výhrady k formulování položky " Uved'te na škále, jak subjektivně vnímáte náročnost dané události".

Zajímavou informací pro náš výzkum a komplexnější porozumění vlivu proměnných na PTR by mohlo být zjištění následujících informací: počet a typ náročných událostí prožitých při výkonu služby; jak dlouho po nástupu k HZS ČR došlo u respondenta k prožití vybrané traumatické události.

Pevně věřím, že se mi v rámci teoretické i praktické části práce povedlo naplnit vytyčené cíle a poskytnout čtenáři zajímavé informace o předkládaném tématu.

## **Závěr**

Cílem teoretické části diplomové práce bylo poskytnout základní informace o fenoménu posttraumatického rozvoje, zmínit jeho pojetí největšími z odborníků a zprostředkovat výsledky vybraných empirických studií zrealizovaných po celém světě. V rámci empirické části jsme představili výzkum zjišťující úroveň a strukturu posttraumatického rozvoje u skupiny profesionálních hasičů působících v rámci HZS Středočeského kraje. Výzkumná část obsahuje informace o dosaženém posttraumatickém rozvoji, o životním stylu respondentů a o vnímaných pozitivích a negativích profese hasiče. Součástí práce je také testování hypotéz vymezujících vztah mezi posttraumatickým rozvojem a dalšími proměnnými.

Závěrem můžeme shrnout, že u našeho výzkumného souboru dochází k posttraumatickému rozvoji na srovnatelné úrovni, jako u členů jiných záchranných profesí. Výskyt a struktura posttraumatického rozvoje u našich respondentů souvisí s jejich věkem, počtem odsloužených let u sboru, velikostí pracovního kolektivu, typem prožité události, tím, do jaké míry jedinci využívají sociální opory svého okolí a částečně také s mírou, do jaké využívají k překováním stresu strategii pozitivní pohled.

## **Doporučení pro praxi**

Na základě uvedených zjištění a jejich možných příčin a souvislostí bychom rádi nabídli možná doporučení pro praxi. Na úvod bych ráda reflektovala, že psychologická služba HZS ČR, poskytovaná v rámci Středočeského kraje je na velice vysoké úrovni. Příslušníci jsou školeni v otázkách stresu a traumatu a případných reakcí na ně, v první psychické pomoci, dále existují specializovaně zaměřené kurzy. Z tohoto důvodu není lehké přijít s doporučeními, která by tuto službu obohatily.

Jako významný faktor vstupující do procesu PTR vnímám současnou nespokojenost příslušníků s podmínkami práce a s vedením. Nespokojenost zdá se plyne z nevědomosti či nedostatečné zkušenosti vysokých hodnostářů s nejnovějšími metodami vedení, které se dají uplatňovat v tak velké státní organizaci podobného zaměření. Z tohoto důvodu se zdá žádoucí poskytnout vedení specializované kurzy, které by jim potřebné vědomosti a schopnosti zprostředkovaly a pomohly osvojit. Potřebnost podobných kurzů byla již psychologickou službou zaznamenána a jejich realizování je na svém počátku. V rámci Středočeského kraje byl v tomto roce poprvé zrealizován nový kurz manažerských dovedností. Cílovou skupinou

byli velitelé stanic a ředitelé územních odborů. Témata probíraná v rámci kurzu jsou: vedení a řízení lidí a jejich jednotlivé styly, komunikace a zvládání konfliktů na pracovišti, péče o sebe. Od tohoto kurzu bych si slibovala veliký přínos. V případě, že se vedení bude řídit informacemi získanými od odborníka, mohli by časem změnu pocítit i řadoví hasiči. Tato pozitivní změna by se následně mohla projevit i v úrovni zažívaného růstu.

Další možností by bylo seznámit s jevem posttraumatického rozvoje hasiče v rámci psychologických kurzů a výcviků. Probrání daného tématu by pro ně mohlo být jednak zajímavé a zároveň by získali povědomí o tom, že náročné události nemusí vždy vyústit pouze v negativa. Povědomí o tématu by mělo být pěstováno hlavně u členů Týmu posttraumatické péče, kteří často poskytují psychickou péči svým kolegům a také jsou součástí kolektivu.

## Použitá literatura

- Abraído-Lanza, A. F., Guier, C., & Colón, R. M. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues, 54* (2), 405-424.
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality, 64* (4), 899-922.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (1), 29-35.
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *Int Arch Occup Environ Health, 84*, 67-75.
- Armstrong, D., & Shakespeare-Finch, J. (2011). Relationship to the bereaved and perception of severity of trauma differentiate elements of posttraumatic growth. *OMEGA, 63* (2), 125-140.
- Baldwin, B. A. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *Amer. J. Orthopsychiat, 48* (3), 538-551.
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of train resilience. *Personality and Individual Differences, 52*, 782-787.
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., ... Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47*, 1001-1011.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M., & Fischer, G. (2008). Manuál pro implementaci Cologne Risk Index-Disaster v kontextu mimořádných událostí většího rozsahu.
- Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *J Clin Psychol Med Settings, 16*, 281-296.
- Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress, 24* (6), 735-742.

- Brown, J., Mulhern, G., & Joseph, S. (2002). Incident-related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress, 15* (2), 161-168.
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model. Sociocultural considerations. In T. Weiss & R. Berger, *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (2-14). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlation test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13* (3), 521-527.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. C. (1999). *Facilitating posttraumatic growth : A clinician's guide*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. C. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15* (1), 93-102.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. C. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carver, Ch. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues, 54* (2), 245-266.
- Chamberlin, M. J. A., & Green, H. J. (2010). Stress and coping strategies among firefighters and recruits. *Journal of Loss and Trauma, 15*, 548-560.
- Chopko, B. A. (2010). Posttraumatic distress and growth: An empirical study of police officers. *American Journal of Psychotherapy, 64* (1), 55-72.
- Chopko, B. A., & Schwartz, R. C. (2009). The relation between mindfulness and posttraumatic growth: A study of first responders to trauma-inducing incidents. *Journal of Mental Health Counseling, 31* (4), 363-376.
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress, 19* (6), 895-903.
- Cohen, K., & Collens, P. (2012). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1-11*. doi: 10.1037/a0030388

- Corneil, W., Beaton, R., Murphy S., Johnson, C., & Pike, K. (1999). Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *Journal of Occupational Health Psychology, 4* (2), 131-141.
- Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N., Weathers, F., Giosan, C., Leck, P.,...Difede, J. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms in utility workers deployed to the world trade center following the attacks of september 11, 2001. *Depression and anxiety, 28*, 210-217.
- Davis, Ch. G., Wohl, M. J. A., & Verberg, N. (2007). Profiles of posttraumatic growth following an unést loss. *Death Studies, 31*, 693-712.
- Del Ben, K. S., Scotti, J. R., Chen, Y., & Fortson, B. L. (2006). Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters. *Work & Stress, 20* (1), 37-48.
- Desivilya, H. S., Gal, R., & Ayalon, O. (1996). Extent of victimisation, traumatic stress symptoms, and adjustment of terrorist assault survivors: A long-term follow-up. *Journal of Traumatic Stress, 9* (4), 881-889.
- Dolbier, Ch. L., Jaggars, S. S., & Steinhardt, M. A. (2010). Stress-related growth: Pre-intervention correlates and change following a resilience intervention. *Stress and Health, 26*, 135-147.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (6), 1048-1055.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science, 20* (7), 912-919.
- Gibbons, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal of Social Work Practice, 25* (1), 17-30.
- Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2012). The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1-7*. doi:10.1037/a0028809
- Hasičský záchranný sbor České republiky (2008a). *Pokyn generálního ředitele HZS ČR č. 30 ze dne 25. 7. 2008, kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům Hasičského záchranného sboru České republiky, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních nebo pracovních úkolů a*

stanoví se postup při posttraumatické péči o oběti mimořádné události. In Sbírnka interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR - částka 44/2008.

- Hasičský záchranný sbor České republiky (2008b). *Pokyn generálního ředitele HZS ČR č. 58/2008 ze dne 30. 12. 2008, kterým se stanovují požadavky na tělesnou zdatnost občana při přijímání do služebního poměru příslušníka Hasičského záchranného sboru České republiky a na tělesnou zdatnost příslušníka Hasičského záchranného sboru České republiky pro výkon služby na služebním místě, na které má být ustanoven a organizace zkoušek tělesné zdatnosti a tělesné přípravy.* In Sbírnka interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR - částka 70/2008.
- Hasičský záchranný sbor České republiky (2012). *Pokyn ředitele HZS Středočeského kraje č. 12 ze dne 30. 4. 2012, kterým se vydává Denní řád stanic HZS Středočeského kraje.* In Sbírnka interních aktů řízení ředitele HZS Středočeského kraje - částka 6/2012.
- Hasičský záchranný sbor České republiky (2013a). *Pokyn ředitele HZS Středočeského kraje č. 2 ze dne 25. 1. 2013, k provádění pravidelné odborné přípravy jednotek požární ochrany a příslušníků Hasičského záchranného sboru Středočeského kraje v roce 2013.* In Sbírnka interních aktů řízení ředitele HZS Středočeského kraje - částka 2/2013.
- Hasičský záchranný sbor České republiky (2013b). *Metodická příručka psychodiagnostických postupů zjišťování osobnostní způsobilosti uchazečů a příslušníků v rámci služby u HZS ČR.* Praha: Psychologické pracoviště HZS ČR.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (5), 797-816.
- Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology, 47*, 121-124.
- Holgersen, K. H., Boe, H. J., & Holen, A. (2010). Long-term perspectives on posttraumatic growth in disaster survivors. *Journal of Traumatic Stress, 23* (3), 413-416.
- Huddleston, L., Stephens, Ch., & Paton, D. (2007). An evaluation of traumatic and organizational experiences on the psychological health of New Zealand police recruits. *IOS Press, 28*, 199-207.

- Hussain, D., & Bhushan, B. (2011). Posttraumatic stress and growth among Tibetan refugees: The mediating role of cognitive-emotional regulation strategies. *Journal of Clinical Psychology, 67* (7), 720-735.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi, *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (81-99). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues, 39* (2), 1-17.
- Jirek, S. J. (2009). "Viewing the world through different eyes": Vicarious posttraumatic growth and the missing sociological discourse on positive, post-trauma change. *American Sociological Association. Conference Papers, 27* p.
- Joseph, S. (2009). Growth following adversity: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. *Psychological topics, 18*, 335-344.
- Joseph, S., & Linley, P., A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An Organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology, 9* (3), 262-280.
- Joseph, S., Linley, P., A., & Harris, G., J. (2005). Understanding positive change following trauma and adversity: Structural clarification. *Journal of Loss and Trauma, 10*, 83-96.
- Joseph, S., & Linley, P., A. (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress, 6* (2), 271-279.
- Joseph, S., Linley, P., A., Stevlin, M., Goodfellow, B., & Butler, L. D. (2006). Assessing positive and negative changes in the aftermath of adversity: A short form of the Changes in outlook questionnaire. *Journal of Loss and Trauma, 11*, 85-99.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kesimci, A., Göral, F. S., & Gençöz, T. (2005). Determinants of stress-related growth: Gender, stressfulness of the event, and coping strategies. *Current Psychology, 24* (1), 68-75.
- Kohoutek, T., & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.

- Krutiš, J., Mareš, J., & Ježek, S. (2011). Posttraumatický rozvoj u vojáků AČR po návratu ze zahraniční mise. *Československá Psychologie*, 55 (3), 245-256.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Kunst, M. J. J. (2010). Peritraumatic distress, posttraumatic stress disorder symptoms, and posttraumatic growth in victims of violence. *Journal of Traumatic Stress*, 23 (4), 514-518.
- Lee, J. A., Luxton, D. D., Reger, G. M., & Gahm, G. A. (2010). Confirmatory factor analysis of The posttraumatic growth inventory with a sample of soldiers previously deployed in support of the Iraq and Afghanistan wars. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (7), 813-819.
- Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z., & Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: The case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, 39, 1154-1174.
- Levine, Z. S., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (4), 282-286.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (1), 50-55.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11-21.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2006). The positive and negative effects of disaster work: A preliminary investigation. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 229-245.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2011). Meaning in life and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 150-159.
- Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B., & Blount, R. L. (2011). Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. *Families, Systems, & Health*, 29 (1), 64-72.
- Losavio, S. T., Cohen, L. H., Laurenceau, J-F., Dasch, K. B., Parrish, B. P., & Park, C. L. (2011). Reports of stress-related growth from daily negative events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30 (7), 760-785.
- Love, C., & Sabiston, C. M. (2011). Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 278-286.

- Lucká, Y., & Koblí, L. (2002). Srážka s překážkou. In D. Vodáčková a kol., *Krizová intervence* (359-370). Praha: Portál.
- Maercker, A., & Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden bombing: Relationship to control beliefs, religious belief, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress, 16* (6), 579-587.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*, 41-48.
- Machač, M., & Macháčová, H. (1991). *Psychické rezervy výkonnosti: Stres. Hypnosugesce. Autoregulace*. Praha: Karolinum.
- Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá Psychologie, LII* (6), 567-583.
- Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá Psychologie, LIII* (3), 271-290.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3* (1), 131-149.
- McLean, C. P., Handa, S., Dickstein, B. D., Benson, T. A., Baker, M. T., Isler, W. C.,...Litz, B. T. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic stress among military medical personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5* (1), 62-68.
- McMillen, J. C., & Fisher, R. H. (1998). The Perceived benefits scales: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Work Research, 22*, 173-187.
- McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65* (5), 733-739.
- Meyer, E. C., Zimerig, R., Daly, E., Knight, J., Kamholz, W., & Gulliver, S. B. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder and other psychological symptoms in trauma-exposed firefighters. *Psychological Services, 9* (1), 1-15.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize. (2012). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

- Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky (2013). *Statistická ročenka 2012*.
- Mitchell, J. T. (2006). *Critical incident stress management (CISM): Group crisis intervention*. Ellicott City: International Critical Incident Stress Foundation, Inc.
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, Ch., & Redd, W. H. (2011). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*. doi: 10.1002/pon.2073
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *BioPsychoSocial Medicine*, 4 (7), 11-6.
- Nowack, K. (2006). *Stress profile*. Praha: Testcentrum - Hogrefe.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4), 710-724.
- Park, C. L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: Problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 69-76.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1 (2), 115-144.
- Park, C. L., & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life events - current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 791-796.
- Paton, D. (2006). Posttraumatic growth in disaster and emergency work. In L. G. Calhoun & R. T. Tedeschi, *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (225-247). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Payne, A. J., Joseph, S., & Tudway, J. (2007). Assimilation and accommodation processes following traumatic experiences. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 73-89.
- Peterson, Ch., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M. E. P. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (2), 214-217.

- Poláková, L. (2009). Psychologický profil uchazeče o službu v profesionálním hasičském záchranném sboru. In D. Michalík (Ed.), *Psychologie v bezpečnostních sborech (sborník prací)* (19-32). Praha: Oddělení psychologie OPe a MV ČR & Nakladatelství THEMIS.
- Preiss, M., Krutiš, J., & Mareš, J. (2008). *Dotazník PTGI-CZ*. Praha: 1. LF UK, Hradec Králové: LF UK.
- Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
- Praško, J., & Prašková, H. (2001). *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma, 14*, 364-388.
- Proffitt, D., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2007). Judeo-Christian clergy and personal crisis: Religion, posttraumatic growth, and well-being. *Journal of Religion and Health, 46* (2), 219-231.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 436-447.
- Senol-Durak, E., & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *J Clin Psychol Med Settings, 17*, 150-158.
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture, 8* (1), 1-11.
- Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma. The effect of female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 49-64.
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., & Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology, 0*, 1-8.
- Schroevers, M., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology, 19*, 46-53.

- Schroevers, M., & Teo, I. (2008). The report of posttraumatic growth in Malaysian cancer patients: relationship with psychological distress and coping strategies. *Psycho-Oncology*, *17*, 1239-1246.
- Slezáčková, A. (2009). *Posttraumatický rozvoj u rodičů onkologicky nemocných dětí v kontextu pozitivní psychologie*. Masarykova Univerzita, Brno.
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli Ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress*, *20* (3), 303-312.
- Stanton, A. L., & Low, C. A. (2004). Toward understanding posttraumatic growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychological Inquiry*, *15* (1), 76-80.
- Steger, M. F., Frazier, P. A., & Zaccanini, J. L. (2008). Terrorism in two cultures: Stress and growth following september 11 and the Madrid train bombings. *Journal of Loss and Trauma*, *13*, 511-527.
- Špatenková, N. a kol. (2004). *Krize: Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.
- Tedeschi, R. C., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9* (3), 455-471.
- Tedeschi, R. C., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, *15* (1), 1-18.
- Teodorescu, D-S., Siqveland, J., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T., & Lien, L. (2012). Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*, 1-16.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, Ch. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4* (4), 400-410.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, *34*, 110-120.

- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
- Vodáčková, D. a kol. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vrbová, Z. (2013). *Psychologická služba HZS ČR* [power pointová prezentace]. Získáno od autorky prezentace.
- Vrbová, Z. & Dohnal, D. (2010). Aktualizace koncepce psychologické služby HZS ČR pro roky 2010-2015. (nepublikovaný text). Praha: Ministerstvo vnitra - generální ředitelství HZS ČR.
- Vymětal, J. (1995). *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Wagner, S. L., & Martin, C. A. (2012). Can firefighters' mental health be predicted by emotional intelligence and proactive coping? *Journal of Loss and Trauma, 17*, 56-72.
- Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 14* (3), 531-548.
- Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry, 15* (1), 81-90.
- Xu, J., & Liao, Q. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic growth among adult survivors one year following 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Affective Disorders, 133*, 274-280.
- Yanez, B. R., Stanton, A. L., Hoyt, M. A., Tennen, H., & Lechner, S. (2011). Understanding perceptions of benefit following adversity: How do distinct assessments of growth relate to coping and adjustment to stressful events? *Journal of Social and Clinical Psychology, 30* (7), 699-721.
- *Zákon č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů, ve znění pozdějších předpisů a předpisy související, platné znění k 1. 11. 2006*. Praha: Ministerstvo vnitra, odbor personální, oddělení metodiky a kontroly.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*, 626-653.

- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 245-263.
- Zwahlen, D., Hagebuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., & Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners-effect of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psycho-Oncology*, 19, 12-20.

### **Internetové zdroje**

- Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In Sběrka zákonů ČR. 28. 6. 2000. Získáno 15. listopadu 2013 z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=49556&fulltext=&nr=239~2F2000&part=&name=&rpp=15#local-content>

- Zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů. In Sběrka zákonů ČR. 28. 6. 2000. Získáno 15. listopadu 2013 z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=49555&fulltext=&nr=238~2F2000&part=&name=&rpp=15#local-content>

- Zákon č.133/1985 Sb., o požární ochraně, ve znění pozdějších předpisů. In Sběrka zákonů ČR. 17. 12. 1985. Získáno 15. listopadu 2013 z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=36808&fulltext=&nr=133~2F1985&part=&name=&rpp=15#local-content>

- Vyhláška č. 247/2001 Sb., o organizaci a činnosti jednotek požární ochrany, ve znění pozdějších předpisů. In Sběrka zákonů. 22. 6. 2011. Získáno 15. listopadu 2013 z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=51501&fulltext=&nr=247~2F2001&part=&name=&rpp=15#local-content>

- Vyhláška č. 487/2004 Sb., o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru, ve znění pozdějších předpisů. In Sběrka zákonů. 7. 9. 2004. Získáno 15. listopadu 2013 z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=58340&fulltext=&nr=487~2F2004~20Sb&part=&name=&rpp=15#local-content>

- Vyhláška č. 393/2006 Sb., o zdravotní způsobilosti, ve znění vyhlášky č. 407/2008 Sb. In Sbírka zákonů. 26. 7. 2006. Získáno 15. listopadu 2013 z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62946&fulltext=&nr=393~2F2006&part=&name=&rpp=15#local-content>

## Přílohy

### Příloha č. 1: Dotazník PTGI-CZ

#### Dotazník PTGI-CZ

© R. G. Tedeschi, L.G. Calhoun, University of North Carolina – Charlotte 1996

© Český překlad: M. Preiss, (1. LF UK Praha), J. Krutiš, J. Mareš (LF UK Hradec Králové) 2008

#### Pokyny pro vyplňování

Každý člověk zažije ve svém životě něco těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se trochu změnil.

**Specifikujte** těžkou, traumatickou událost nebo událost, která Vám změnila život:

<input type="checkbox"/> ztráta milované osoby	<input type="checkbox"/> vážné finanční potíže
<input type="checkbox"/> vážná nemoc	<input type="checkbox"/> změna pracovní pozice nebo stěhování
<input type="checkbox"/> násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění	<input type="checkbox"/> změna v rodině, ale rodina zůstává
<input type="checkbox"/> nehoda nebo zranění	<input type="checkbox"/> rozvod
<input type="checkbox"/> přírodní katastrofa, povodeň, požár, vichřice	<input type="checkbox"/> odchod do důchodu
<input type="checkbox"/> invalidita	<input type="checkbox"/> válka
<input type="checkbox"/> ztráta zaměstnání	<input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypište) .....

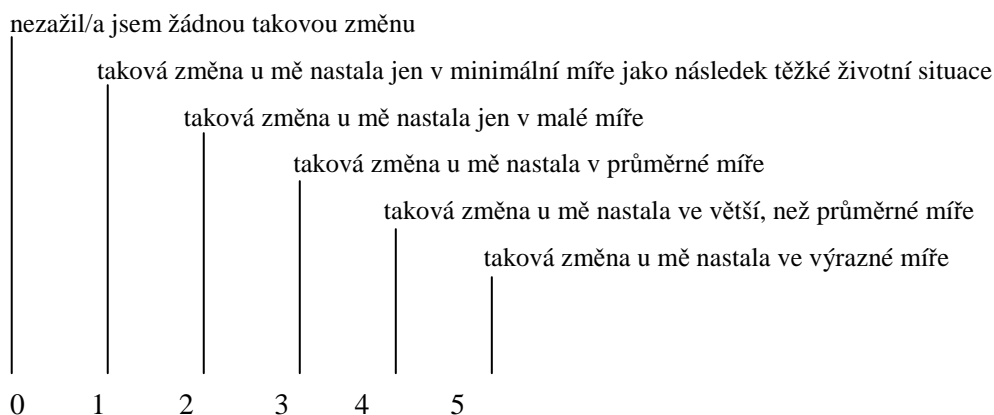
Uveďte **dobu**, která od této těžké události už uplynula:

6 měsíců až 1 rok;  více než rok až 2 roky;  více než dva roky až 5 let;  více než 5 let

Zde je několik tvrzení; zjišťují, v čem je člověk, který prodělal těžkou životní situaci, teď už jiný.

Přečtěte si pečlivě každé tvrzení, promyslete, jestli se týká právě Vás a označte **zakroužkováním** tu variantu, která s nejvíce blíží Vašemu názoru. Pokud se spletete nebo se rozhodnete dodatečně změnit svou odpověď, nevádí. Škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Zde je nabízená stupnice odpovědí:



1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Děkujeme Vám za ochotu a prosíme: projděte ještě jednou celý dotazník a zkontrolujte, jestli jste někde nezapomněli uvést svoji odpověď. Těžko bychom ji za Vás domýšleli....

## Příloha č. 2: Dotazník PTGI-CZ - verze upravená pro potřeby diplomové práce

- Věk:  18-25       26-35       36-45       46-55       56-65       více
- Stav:  svobodný       ženatý       rozvedený       s družkou       vdovec
- Mám děti:  ano       ne
- Jsem členem Týmu posttraumatické péče:  ano       ne
- Počet let ve službě \_\_\_\_

### Pokyny pro vyplňování

Každý člověk zažije ve svém životě něco náročného, těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se v reakci na tuto závažnou událost trochu změnil. V rámci své profese se setkáváte s náročnými životními situacemi a událostmi, které Vás mohou ovlivnit.

**Specifikujte** těžkou, traumatickou událost nebo událost, která Vám změnila život a která se přihodila během vykonávání Vaší profese.

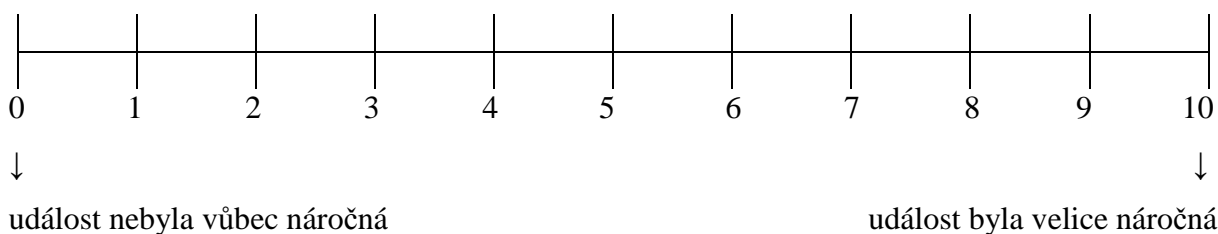
<b>Byl jsem svědkem:</b>	<b>Zažil jsem:</b>	<b>Způsobil jsem:</b>
<input type="checkbox"/> těžkého zranění člověka <input type="checkbox"/> úmrtí člověka <input type="checkbox"/> sebevraždy člověka <input type="checkbox"/> těžkého zranění kolegy <input type="checkbox"/> úmrtí kolegy <input type="checkbox"/> sebevraždy kolegy <input type="checkbox"/> těžkého zranění dítěte <input type="checkbox"/> úmrtí dítěte <input type="checkbox"/> nehody s množstvím obětí <input type="checkbox"/> události s extrémně vypadajícími oběťmi <input type="checkbox"/> přírodní katastrofy (povodeň, vichřice, aj.) <input type="checkbox"/> události s velkými škodami (průmyslová havárie, velké požáry, aj.) <input type="checkbox"/> selhání záchranné akce	<input type="checkbox"/> vážnou dopravní nehodu <input type="checkbox"/> zasypaní, zavalení <input type="checkbox"/> popálení <input type="checkbox"/> přehřátí, poleptání <input type="checkbox"/> ozáření, intoxikaci <input type="checkbox"/> nakažení infekcí	<input type="checkbox"/> těžké zranění člověka v důsledku dopravní nehody <input type="checkbox"/> smrt člověka v důsledku dopravní nehody <input type="checkbox"/> těžké zranění člověka v důsledku chybného rozhodnutí <input type="checkbox"/> smrt člověka v důsledku chybného rozhodnutí

jiná těžká událost (vypište):

Uved'te **dobu**, která od této těžké události už uplynula:

6 měsíců až 1 rok;  více než 1 rok až 2 roky;  více než 2 roky až 5 let;  více než 5 let

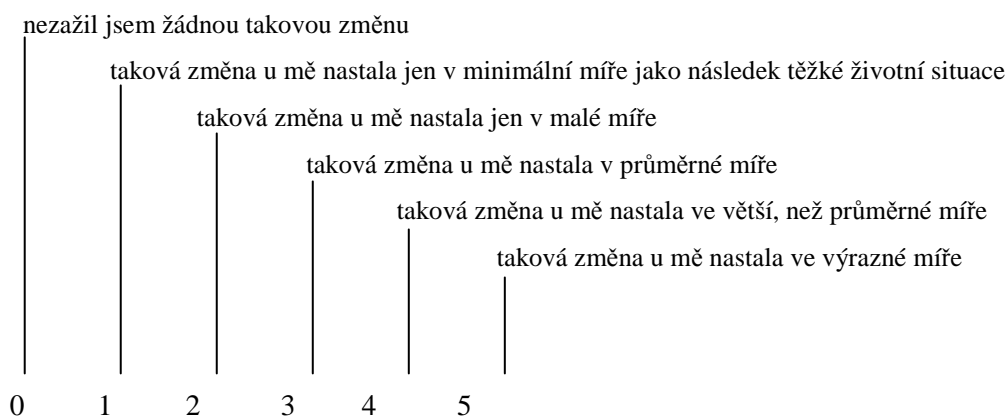
Uved'te na škále, jak subjektivně vnímáte **náročnost** dané události.



Zde je několik tvrzení; zjišťují, v čem je člověk, který prodělal těžkou životní situaci, teď už jiný.

Přečtete si pečlivě každé tvrzení, promyslete, jestli se týká právě Vás a označte **zakroužkováním** tu variantu, která s nejvíce blíží Vašemu názoru. Pokud se spletete nebo se rozhodnete dodatečně změnit svou odpověď, nevádí. Škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Zde je nabízená stupnice odpovědí:



1. Změnil jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5

6. Přesvědčil jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Již dříve jsem přemýšlel nad tím, zda moje profese ovlivňuje můj soukromý život:  ano  ne

Děkuji Vám za ochotu a prosím: projděte ještě jednou celý dotazník a zkontrolujte, jestli jste někde nezapomněli uvést svoji odpověď.