

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra Psychologie

TRAUMATICKÁ UDÁLOST A MOŽNOST ROZVOJE PTSD U PROFESIONÁLNÍCH HASIČŮ

A TRAUMATIC EVENT AND THE POSSIBILITY OF
PTSD DEVELOPMENT AMONG PROFESSIONAL
FIREFIGHTERS



Bakalářská diplomová práce

Autor: Klára Katrušáková
Vedoucí práce: PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

Olomouc

2022

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především mému vedoucímu bakalářské diplomové PhDr. Martinovi Seitlovi, Ph.D., za veškerou trpělivost, ochotu a cenné rady. Velké díky patří mjr. Mgr. Davidovi Dohnalovi, kpt. Mgr. Soni Pančochové a mjr. PhDr. Dagmar Fišerové za vřelou spolupráci a zprostředkování kontaktu s respondenty. Za sdílení svých zkušeností moc děkuji všem respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě bych ráda poděkovala těm nejbližším za nekonečnou podporu a motivaci nejen ve studijní oblasti.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Traumatická událost a možnost rozvoje PTSD u profesionálních hasičů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 Základní terminologie	9
1.1 Stres a zátěž.....	9
1.2 Krize	13
1.3 Stres a zátěž v pracovním prostředí	15
2 Traumatická událost a psychické trauma	17
2.1 Traumatická událost	17
2.2 Psychické trauma a jeho rozvoj.....	18
2.3 Psychické poruchy související s traumatickou událostí	21
3 Posttraumatická stresová porucha	22
3.1 Charakteristika	22
3.2 Vývoj pojetí v historii	22
3.3 Faktory rozvoje	23
3.4 Symptomy	24
3.5 Diagnostická kritéria dle MKN-10 a DSM-V	26
3.6 Prevalence	29
3.7 Krizová intervence a léčba	29
4 Hasičský záchranný sbor ČR	32
4.1 Základní informace o HZS ČR	32
4.2 Podmínky přijetí k výkonu profese	32
4.3 Vstupní psychologické vyšetření	33
4.4 Průběh výkonu služby	34
4.5 Základní úkoly a zátěžové situace výkonu profese.....	34

4.6	Psychologická služba u HZS ČR	35
5	Traumatická událost a PTSD u hasičů	37
5.1	Stresující faktory v profesi hasiče	37
5.2	Traumatická událost a rozvoj PTSD u hasičů	39
5.3	Posttraumatická intervenční péče HZS ČR.....	42
	EMPIRICKÁ ČÁST	45
6	Oblast výzkumu	46
6.1	Vymezení výzkumného problému	46
6.2	Cíle výzkumu	47
6.3	Výzkumné otázky.....	47
7	Výzkumný soubor	49
7.1	Výběr výzkumného vzorku	49
7.2	Charakteristika výzkumného souboru	50
8	Metodologický rámec výzkumu	51
8.1	Typ výzkumu	51
8.2	Metody získávání dat	52
8.3	Metody fixace, zpracování a analýzy dat.....	54
8.4	Etické aspekty výzkumu	55
9	Výsledky výzkumu.....	57
9.1	Respondenti a traumatická událost.....	57
9.2	Faktory ovlivňující zvládnání a vyrovnávání se s traumatickou událostí	64
9.3	Rozvoj symptomů PTSD po traumatické události	69
9.4	Dopad traumatické události v pracovním prostředí	73
9.5	Odpovědi na výzkumné otázky	77
10	DISKUZE	80

11 ZÁVĚR.....	85
SOUHRN	87
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	90
SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A SCHÉMAT	97
SEZNAM PŘÍLOH.....	98

ÚVOD

V průběhu života se člověk setkává s každodenním stresem a naráží na řadu nelehkých životních situací – zkrátka se snaží čelit tomu, co mu život přinese se vším všudy. Stres je přirozenou součástí lidské existence, určitá míra stresu lidem dokonce napomáhá překonávat potenciální obtížné situace a posilňuje odolnost vůči dalším stresujícím stimulům. Existuje však řada událostí, které překračují hranici lidského zvládnutí, a jejich podrobení může přinést některým jedincům nemalé následky. Ačkoliv dotyčný událost na první pohled překoná a jeho osoba se jeví jako obvykle, s odstupem času se mohou projevit jak změny v prožívání a chování, tak u jeho fyziologických funkcí. Jestliže tyto změny přetrvávají, dokážou ovlivnit kvalitu života jedince a omezovat jej v osobním i profesním životě.

Povolání profesionálního hasiče patří mezi velmi fyzicky náročné profese. Už malým dětem se jeví hasiči jako nezdolní hrdinové, kteří díky své velké odvaze, síle a vytrvalosti, dovedou nemožné: zachraňují životy, zasahují u nebezpečných požárů, povodní, autonehod a mnoha dalších katastrofických událostí. Často se ale zapomíná, že za obrovskou fyzickou námahou stojí i námaha psychická. Aby se člověk dostal na místo profesionálního hasiče, musí podstoupit řadu testů, které prověřují jeho způsobilost k výkonu profese po fyzické i psychické stránce. Také v průběhu výkonu povolání musí hasiči některé testy opakovat a docházet na různá školení, což slouží jako kontrola způsobilosti jedince a prevence vůči negativním aspektům zaměstnání. Každodenní profesní rutinu jako technickou pomoc, zásah u menších požárů či nehod, může rozbít událost silně katastrofického charakteru, která je něčím výjimečná pro daného jedince. Taková zátěžová situace dokáže i profesionálního hasiče ovlivnit natolik, že se mu po čase navrátí v myšlenkách, snech, začne se vyhýbat podobným situacím, stává se podrážděným, náladovým apod. To vše vede k tomu, že se dotyčný přestává cítit komfortně a výkon profese jako předtím již není možný.

Výše zmíněné projevy jsou jen nástinem symptomů posttraumatické stresové poruchy. Posttraumatická stresová porucha je často spojována s oběťmi válečných katastrof, koncentračních táborů, obětí domácího násilí, znásilnění a dalších. Někteří jedinci jsou vystavováni nebezpečným situacím o něco častěji – mezi ně patří například pracovníci IZS: záchranáři, policisté či právě hasiči. I když jde o výjimečně odolné jedince, jak se říká:

„*hasiči jsou tvrdí chlapi*”, právě fakt, že se častěji setkávají tváří tvář s oběťmi nehod, posttraumatická stresová porucha nemůže být vyloučena.

Primárním cílem této bakalářské diplomové práce je porozumět problematice traumatické události, vlivu na psychiku profesionálních hasičů a možného rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Práce je koncipována do dvou částí: teoretické a empirické. Teoretická část seznamuje čtenáře s tematikou traumatu, traumatické události a posttraumatické stresové poruchy. V neposlední řadě autorka mapuje základní informace o HZS ČR a zabývá se danou problematikou v souvislosti s profesí hasičů. Empirická část je postavena na základě kvalitativního výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů s profesionálními hasiči, kteří si v rámci své profese zažili traumatickou událost. Cílem výzkumu je porozumět prožívání a chování jedince po traumatické události, popsat faktory vyrovnávání se a zvládnání události, zaměřit se na možný rozvoj příznaků posttraumatické stresové poruchy, a také na vlivy změn plynoucích z události ve spojitosti s pracovním prostředím.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní terminologie

V úvodu předložené práce je potřeba zmínit pojmy, které tvoří její základní teoretický rámec a umožní nám porozumět dané problematice snadněji. V následujících kapitolách se seznámíme obecně s pojmy **stres, zátěž a krize**. V neposlední řadě nahlédneme do dané tematiky v kontextu s pracovním prostředím.

1.1 Stres a zátěž

Stres považujeme za všudypřítomný fenomén dnešní doby, jenž patří mezi často používané pojmy odborníků i laiků. Dokázat rozpoznat jeho příčiny, průběh a možnosti prevence jsou pro člověka velmi blahodárné. Určitá míra stresu je prospěšná, jelikož vede k větší odolnosti, a tudíž napomáhá vyrovnat se s budoucími potenciálními hrozbami. Tento mírný stres označujeme jako pozitivní – *eustres*. Negativní stres neboli *distres* je pro náš organismus naopak nepříznivý a vede k patologickým změnám. Distres se v současné době označuje také pojmem alostatická zátěž (Bartůňková, 2010).

Za průkopníky stresové teorie považujeme W. B. Cannona, H. Selyeho a R. S. Lazaruse (Baštecká, Mach & kol., 2015). Roku 1929 Cannon jako první popsal fyziologickou reakci na stres, známou také jako „*fight or flight response*“ – **boj nebo útek**, a zároveň je tvůrcem koncepce **homeostázy** (Greenberg, 2006). Průběh stresové reakce popsal roku 1936 Selye, jakožto první autor teorie stresu zahrnul pojem **adaptace**. Stres je podle něj reakce na podnět narušující homeostázu. Aby tuto rovnováhu opět navodil, musí neustále reagovat na změny prostředí. Tuto reakci nazýváme **obecný adaptační syndrom** (*GAS – general adaptation syndrom*), který probíhá ve třech fázích:

1. **Poplachová reakce** – prvně organismus reaguje šokem. Vnější projevy jsou neorganizované a obranné mechanismy jsou utlumeny, později nastává schopnost adaptace, zvyšuje se aktivita a obnovuje obrana organismu. Celá reakce probíhá díky složitým biochemickým změnám.
2. **Stadium rezistence** – ve druhé fázi dochází k relativnímu zklidnění. Pokud v tuto chvíli není potřebné udržet stresovou reakci, díky zpětnovazební informace je stresová reakce zastavena. V opačném případě, jestliže stresory i nadále působí, zůstává organismus v pohotovosti.

3. **Stadium vyčerpání** - poslední fáze nastává v případě příliš dlouhé přítomnosti stresoru. Organismus se nemá jak adaptovat a může mít pro něj až fatální důsledky (Paulík, 2017).

Teorii stresu dále rozvíjí Lazarus, jenž vnímá stresovou reakci jako „**transakční jev**, jehož vznik a průběh záleží na tom, jaký význam má stresor pro člověka; zareaguje tehdy, když ho za ohrožení považuje, tedy ho tak **kognitivně hodnotí**” (Baštecká, Mach & kol., 2015, 586). Za nejvýraznější úpravu výše zmíněných stresových teorií považuje Rosch (2010) **teorii alostázy**. Pojem alostázu použili poprvé Sterling a Eyer (1988) a rozumí jí jako dynamický děj, při kterém organismus reaguje na vychýlení z rovnováhy za pomoci fyziologických změn, aby opět dosáhl celkové stability svého vnitřního prostředí.

Pojmy **stres** a **zátěž** jsou v odborné literatuře často vyobrazeny jako synonyma, někteří autoři tyto termíny od sebe naopak odlišují. Dle Špatenkové (2017, 38) „*pojem stres odpovídá českému výrazu zátěž. Člověk se do stresu dostává tehdy, je-li míra stresogenní situace (stresoru či stresorů) vyšší než schopnost, nebo možnost daného jedince tuto situaci zvládnout. Obecně se jedná o nadlimitní zátěž, která vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení rovnováhy organismu.*“ Mikšík (2009) specifikuje stres jako konkrétní kategorii zátěžových situací. Podobně Bratská (2001) vnímá zátěž jako nadřazený pojem pro psychické stavy, již jsou důsledkem zátěžové situace a přináší změny struktury i dynamiky chování. Paulík (2017, 193) uvádí: „*je důležité, aby obecný výklad zátěže a stresu vycházel z celku všech nároků, které život klade na člověka jako bytost představující jednotu psycho-bio-socio-spirituálně-ekologických systémů, a aby úvahy o zátěžových podnětech i odpovědích zahrnovaly všechny komponenty chování a prožívání a respektovaly spojitost organismu a jeho vnějšího prostředí.*“ V této práci pojmy stres a zátěž rozlišujeme. Přikláníme se k definici zátěže Kebzy (2005), který chápe zátěž jako určitou úroveň, jejíž požadavkům je organismus schopen dostát a vymezení stresu dle Paulíka (2017), jenž zdůrazňuje, že ke stresu dochází, pokud je překročena únosná hranice z hlediska adaptačních možností jedince.

Spouštěčem stresu je tzv. **stresor** a odpovědí na stresory rozumíme termínem **stresová reakce**. Stresorem se pro člověka stává podnět či situace, při které zažívá ohrožení svého tělesného nebo duševního blaha. Vnímání stresových stimulů je pro jedince značně individuální, může se jednat o závažnou událost, ale i o každodenní nepříjemnosti, které u dotyčného dokáží vzbudit stresovou reakci (Praško, 2003). Paulík (2017) dodává,

že stresové situace nastávají v případě nesouladu mezi expozičními a dispozičními faktory jedince. Za neoptimální zátěž považuje také situaci, kdy jedinec své dispozice a výkonovou kapacitu plně nevyužívá a provází ji nedostatečná stimulace.

Křivohlavý (1994) rozděluje stresory dle intenzity do dvou skupin: **mikrostresory** a **makrostresory**. Mikrostresory jsou podněty mírného charakteru, které však dlouhodobým působením způsobují stres, v některých případech až depresivní stavy. Mezi mikrostresory patří například monotónní práce, pocity nudy či frustrace. Naopak přítomnost makrostresorů je i při krátkodobém působení velmi riziková. Za nejintenzivnější zdroje stresu jsou pokládány **traumatické události**. Může se jednat o přírodní katastrofy či katastrofy způsobené lidmi, jako jsou války, autonehody, fyzické útoky apod. Bezprostřední reakce na takové situace se u lidí značně liší vždy v závislosti závažnosti události, míry tolerance jedince a jiných osobnostních faktorů. Obecný vzorec chování je ovšem u všech stejný (Herman & Doubek, 2008).

Lidské tělo reaguje odlišně na základě druhu stresu. Pokud jde o **akutní stres**, dominuje aktivace sympatiku a organismus mobilizuje síly pro své „přežití“. Činnost sympatiku podmiňuje funkci nervového, endokrinního, pohybového a kardiopulmonálního systému. Trávicí, vylučovací a reprodukční systémy jsou naopak utlumeny. V případě **chronického stresu**, jenž trvá v rámci týdnů až roků, jsou aktivovány dlouhodobé nervové, imunologické a hormonální mechanismy. Hlavní roli při zprostředkování informací hraje serotonin. Chronický stres může vést ke strukturálním změnám, například zvětšení nadledvinek, zmenšení sleziny či snížení počtu lymfocytů. Dále je příčinou potlačení sexuálních funkcí, které se u žen projevuje obtížemi s ovulací a otěhotněním. U mužů se objevuje snížená produkce hormonu testosteronu a omezená schopnost erekce (Bartůňková, 2010).

Aby se organismus uchránil před negativními důsledky stresu, přirozeně využívá tzv. obranných mechanismů. Obranné mechanismy vycházejí ze dvou základních reakcí – **útoků a úniku**. Existuje řada reakcí na stres, jež nejsou plně uvědomované. Patří mezi ně například popření, potlačení, sublimace, regrese, projekce. Vědomé způsoby vyrovnávání se se zátěžovými situacemi souhrnně označujeme jako **copingové strategie**. Příkladem těchto postupů je strategie coping zaměřený na řešení problému nebo coping zaměřený na zvládnutí emocí (Vágnerová, 2008).

Se stresem se lépe vyrovnávají celkově stabilní a emočně vyrovnaní jedinci, kteří jsou schopni flexibilně reagovat na různé změny a umějí se rychle zotavit. Vágnerová (2008, 54) považuje za důležité protektivní faktory zvládnání zátěžových situací **hardiness** (pevnost, tvrdost) a **resilienci** (nezdolnost, houževnatost) a označuje je jako „*komplex protektivních faktorů, jež člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události, a přečkat je při zachované duševní rovnováze. Je to schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, malaadaptivních reakcí, využívat všech přirozených možností, vynakládat úsilí na překonávání potíží, spojená s dostatečnou sebedůvěrou v tyto schopnosti, v možnost najít přijatelné řešení.*” Zvládnání stresu ovlivňuje také to, jak jedinec situaci hodnotí, interpretuje, jak ji prožívá, jakou má nad ní kontrolu, zda jej zátěž aktivizuje, zda je dotčený dostačené flexibilní a zda je schopen využívat pozitivních podnětů.

Podstatným protektivním faktorem je i dostupná **sociální opora**. Křivohlavý (2001, 94) uvádí: „*Sociální oporou v širším slova smyslu rozumíme pomoc, která je poskytována druhými lidmi danému člověku, nacházejícímu se v zátěžové situaci. Obecně můžeme konstatovat, že jde o činnost, která tomu člověku jeho zátěžovou situaci nějakým konkrétním způsobem ulehčuje.*” V rámci zvládnání stresu hraje sociální opora jednu z nejdůležitějších rolí. Dokáže kladně ovlivnit dopad nepříznivých životních situací na psychický a fyzický stav člověka a jeho celkovou kvalitu života. Při působení stresoru funguje sociální opora také jako „narázník“, tedy napomáhá tlumit negativní dopad zátěžových situací, a to v několika rovinách. Tento tlumivý efekt se projevuje několika způsoby:

- **ovlivněním kognitivní sféry člověka v nouzi** – poskytnutí informací, jež umožňují hlouběji porozumět danou situaci, uvědomit si přítomné stresory a možnosti těmto stresorům čelit;
- **posílením sebeúcty** – pozitivní ovlivnění vnímání osobních kompetencí, které napomáhají překonat zátěžovou situaci, zvýšení sebevědomí a sebehodnocení;
- **volbou vhodnější strategie** – upozornění na zdraví prospěšnější jednání a návyky;
- **snižováním negativního působení stresoru** – sociální opora ve formě pomoci od odborníků (Křivohlavý, 2001).

1.2 Krize

Stresová událost může dosáhnout hraničních hodnot, které při jejich překročení znamenají přímé ohrožení jedince, tj. při dalším zvýšení zátěže se organismus neobejde bez destruktivních následků (Paulík, 2017). **Krizi** vymezujeme jako situaci doprovázenou negativními emocemi, při níž dochází k razantním změnám a jedinec nezná způsob, jak se v takové situaci zachovat a vyrovnat se s ní (Špatenková, 2017). Typickým znakem krize je selhání adaptačních mechanismů – aby člověk dokázal krizi překonat, musí přehodnotit situaci a nalézt efektivnější jednání. Krizi často doprovází negativní citové prožitky, tenze, úzkost, pocity zoufalství a beznaděje a dochází k narušení pocitu jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2008).

„Pro rozvoj krize totiž není ani tak důležité to, co se ve skutečnosti stalo (např. rozchod či rozvod), jako to, komu se to stalo, a zejména to, jak daný jedinec situaci vnímá, tedy jestli je pro něho tato situace ohrožující či nikoliv” (Špatenková, 2017, 11). S touto myšlenkou souhlasí také Paulík (2017), jenž přidává jako důležité aspekty rozvoje aktuální psychosomatický stav, úroveň vulnerability a vnější vlivy prostředí.

Špatenková (2017) podotýká, že společné charakteristiky kritických událostí jsou emočně významné, překračují obvyklou každodenní zkušenost a způsobují změnu fungování jedince v sociálním kontextu i vztahu vůči sobě. Mohou mít zároveň pozitivní i negativní charakter. Tyto události jsou pro jedince buď **očekávané** – zde se řadí normální vývojové období (puberta, krize středního věku), či přechodové změny (stěhování, změna zaměstnání). **Neočekávané** události jsou takové, které jsou pro jedince v daný okamžik naprosto nepředvídatelné a náhlé.

V následující tabulce se seznamujeme s konkrétními druhy krize v pojetí autora Baldwina (1989 in Vodáčková, 2020). Z důvodu zaměření předložené práce věnujme hlavní pozornost **krizi pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru**.

Tabulka 1: Typologie krizí dle Baldwina (1989 in Vodáčková, 2020):

Typ krize	Charakteristika	Příklad
Situační krize	reakce na vnější podněty v podobě změny, volby, ztráty či hrozby ztráty	ztráta blízké osoby, rozvod, změna povolání, volba budoucího studia aj.

Tranzitorní krize	reakce na očekávané změny, přechod z jedné vývojové fáze do druhé	sňatek, narození dítěte, odchod do důchodu aj.
Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru	reakce na silný neočekávaný vnější stresor, člověk ztrácí kontrolu nad situací	úmrtí blízkého člověka, autonehoda, násilný čin přírodní katastrofa aj.
Vývojové krize	reakce vzniklá v souvislosti zrání jedince; navazuje na nevyřešenou tranzitorní krizi	nevhodné partnerské vztahy, pubertální chování v době dospělosti aj.
Krize pramenící z psychopatologie	reakce u jedinců s duševním onemocněním nebo s jejími předpoklady; jedinci jsou náchylnější a zranitelnější ke vzniku krize	krize se může týkat všech výše uvedených příkladů (nevyřešené vývojové otázky, změny, ztráty, volby aj.)
Neodkladné krizové stavy	akutní stavy doprovázené ztrátou zodpovědnosti za své jednání	sebevražedné jednání, panická úzkost, intoxikace drogami aj.

Průběh jednotlivých fází krize poprvé popsal Gerald Caplan (1964 in Špatenková, 2017):

- **První fáze** – jedinec se setkává se spouštěcí událostí, pociťuje ohrožení a v důsledku se u něj aktivují adaptační mechanismy pro zvládnutí situace.
- **Druhá fáze** – nastává při nezvládnutí předchozí. Dotyčný zažívá pocity neschopnosti, zranitelnosti, nad situací ztrácí kontrolu a pokouší se ji chaoticky vyřešit. Pokud se mu nepodaří vyrovnat ani s touto fází, přechází do následující.
- **Třetí fáze** – je pro člověka rozhodující, jelikož je v ní nejvíce otevřený pomoci někoho jiného. V této fázi dotyčný maximalizuje všechny své síly a hledá nová řešení. Výsledkem je překonání krize nebo odmítnutí existujících problémů, v horším případě se začne krize více prohlubovat.

- **Čtvrtá fáze** – jedinec zkresleně vnímá situaci, hroutí se jeho adaptační mechanismy a důsledkem jsou kognitivní, emocionální a psychické změny. V této situaci je nezbytný zásah krizové intervence.

Existuje zde možnost, že jedinec krizi postupem času zpracuje nebo krize sama odezní, v některém případě dokonce nabízí šanci k pozitivní změně. I přesto, že na krizovou událost nezapomene, dokáže opět fungovat jako dříve, znovu prožívá radost, obnovuje vazby k ostatním lidem apod. V opačném případě přináší krize závažné následky. Jedním z takových následků je navrácení a znovuprožívání události v myšlenkách, čemuž odpovídá rozvoj posttraumatické stresové poruchy (Špatenková, 2017).

1.3 Stres a zátěž v pracovním prostředí

Stres je neodvratitelnou součástí osobního, ale i profesního života, přičemž každé zaměstnání přináší různé zátěžové situace. Schopnost adaptace na zátěž a stres je důležitou podmínkou pro efektivní uplatnění v profesi, dobrý výkon, ale i osobní spokojenost. Podle Křivohlavého (1994) patří právě pracovní přetížení, či nezaměstnanost mezi největší stresory. Jako **pracovní zátěž** označujeme zátěž, jež souvisí s výkonem povolání (anl. *occupational stress*, či *work-related stress*). Mezi obecné znaky zvýšené pracovní zátěže patří pracovní prostředí ohrožující zdraví, špatné mezilidské vztahy, práce s nadměrným nebo naopak nedostatečným množstvím podnětů, větší riziko chybovosti, vysoké nároky na výkon, neadekvátní ohodnocení práce aj. Dlouhodobé působení pracovního stresu je v některých případech příčinou tzv. deformace z povolání. Jestliže je stres náhlý a intenzivní, může přinést ohrožení zdraví, jak po tělesné, tak duševní stránce (Paulík, 2017).

Pokud požadavky práce překračují kapacitu jedince, považujeme zátěž jako nepřiměřenou. Důsledky nadměrné pracovní zátěže se projevují v oblasti **fyzilogické, psychické a behaviorální**. V rámci fyzilogických důsledků se jedná o tělesné bolesti, pocity fyzického diskomfortu, či reaktivní stavy. Psychické potíže se projevují například emoční rozladěností, náladovostí, únavou. V neposlední řadě se může pracovní zátěž podepsat na chování jedince, a to například poruchami kognitivních funkcí, zhoršenou pozorností, poklesem pracovního výkonu apod. (Hladký & Židková, 1999).

Arnold et al. (2007) rozdělují činitele stresu do sedmi kategorií:

1. **Vnitřní faktory spojené se zaměstnáním** – příkladem těchto stresorů jsou špatné pracovní podmínky, práce na směny, dlouhá pracovní doba, rizika a nebezpečí. V důsledku nebezpečné situace je jedinec ve stálém stavu vzrušení, což může mít vliv na zdraví. Jedinci, kteří pracují ve větším nebezpečí, se na takovou míru stresu adaptují, jsou pravidelně školeni a vybaveni pro nouzové situace. Pro takové jedince (složky IZS, vojáci, dělníci) je větším rizikem například nedostatek řízení práce, neschopnost proces změny ovlivnit a řídit rovnováhu mezi prací a každodenním životem.
2. **Role v organizaci** – jestliže jsou v organizaci jasně rozdělené role a očekávání od jedinců, účinky stresu z těchto důvodů jsou minimální. V případě, že nadřízený nevytyčil pracovníkovi přesné role, pracovník se může cítit ve své práci nejistý. Jako stresující vnímá pracovník situaci, kdy mu nadřízený stanoví práci, kterou ale pracovník odmítá dělat nebo v ní nevidí smysl. Velkým stresorem může být odpovědnost za ostatní lidi, majetek.
3. **Osobnost a zvládání strategie** – lidé s různými osobnostními rysy vnímají situace odlišně, zároveň některé charakteristiky jedince účinek stresu zmírňují nebo nikoliv. Existuje i situace, že osobnost přímo působí na vnímání stresoru, například úzkostlivější lidé jsou více senzitivní na vypjaté situace apod.
4. **Vztahy v práci** – mezi jeden z největších faktorů podněcující stres na pracovišti patří setkávání se s ostatními lidmi. Příkladnou situací je napětí a vznik různých konfliktů mezi nadřízenými a podřízenými.
5. **Vývoj kariérního postupu** – rozvoj kariéry přináší pocity nejistoty, strach, zaostávání a další stresující případy. Stresující může být i myšlenka odchodu do důchodu.
6. **Kultura a klima organizace** – zde pramení stres především v odlišných hodnotách stanovených organizací a jedincem samotným.
7. **Propojení domova a práce** – v tomto případě vzniká konflikt, když práce zasahuje do chodu rodiny, či rodina zasahuje do plnění pracovních povinností.

2 Traumatická událost a psychické trauma

V předchozí kapitole jsme se seznámili s pojmy, které jsou charakterizované nepříjemnými stavy vznikajícími v důsledku stresujících podnětů. Jestliže některá situace přesahuje hranici lidského zvládnání, označujeme ji jako traumatickou. S traumatickou událostí se může setkat v průběhu života každý z nás ať už v jakémkoliv kontextu. Jak zareaguje jedinec na traumatický podnět, záleží na několika faktorech, v jistých případech způsobuje rozvoj traumatu nebo některou ze závažných psychických poruch.

2.1 Traumatická událost

Lidé se setkávají s řadou stresujících situací, ale ne každou označujeme jako traumatickou. **Traumatickou událost** definujeme jako zážitek, jenž téměř u každého jedince vyvolá výraznou tíseň a nastartuje stresovou reakci. Tato zkušenost často ohrožuje život člověka, jeho zdraví, tělesnou či psychickou integritu a jeho hodnoty. Některé situace neohrožují život daného jedince přímo, ale přesto při ní člověk zažívá hrůzu, bezmoc a ztrátu kontroly – traumatickou se stává taková událost, jestliže ji dotyčný nedokáže emočně zvládnout. Příkladem takové zkušenosti je úmrtí či závažná nehoda blízké osoby, ale také některé těžké životní situace jako rozchod, rozvod či ztráta zaměstnání (Praško, 2003). Traumatické události mají společnou charakteristiku: jsou to události mimo rozsah běžné lidské zkušenosti, jsou neovlivnitelné a často nepředvídatelné (Katz & Wykes, 1985). Praško (2003) označuje traumatické události většího rozsahu jako **katastrofy** a rozděluje je do těchto kategorií:

- **člověkem způsobené katastrofy** – dopravní nehody (autobusové, vlakové, letecké), požáry a výbuchy plynů, kolapsy budov a mostů, nukleární katastrofy;
- **přírodní katastrofy** – povodně, vichřice, lesní požáry, zemětřesení, laviny;
- **události záměrně způsobené člověkem** – kriminální činy, přepadení znásilnění, sexuální zneužívání, teroristické útoky, válečné události, mučení.

Jedinec se vyrovnává nejhůře se situacemi, které jsou záměrně způsobeny jiným člověkem. Naopak u přírodních katastrof zažívají lidé větší pocit sounáležitosti a často mezi nimi funguje vzájemná nápomoc. Někdy se traumatickými stávají až následky událostí nebo kvůli nim účinky zesilují. Příkladem jsou například operace po nehodách, reakce okolí

(nezájem, necitlivost, výčitky, kritika), výslechy na policii či soudní líčení. Událost nemusí také zasáhnout přímo oběť, ale i její svědky a blízké okolí (Praško, 2003).

V charakteristice traumatické události dle MKN-10 (*Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*) a DSM-IV (*Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch 4. revize*) existují rozdílnosti. Smolík (2002, 271) zmiňuje, že traumatizující událost dle MKN- 10 má „výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter s hlubokým rozrušením u kohokoliv.“ Dle DSM-IV při traumatizující události dochází k těžkému úrazu nebo k ohrožení vlastní integrity či jiné osoby, dotyčnému hrozí smrt nebo je svědkem usmrcení jiné osoby. Na tuto situaci pak reaguje intenzivním strachem, beznadějí a hrůzou.

2.2 Psychické trauma a jeho rozvoj

Psychické trauma je odpověď na intenzivní, nenadálý a nezvladatelný podnět, který přesahuje běžnou lidskou zkušenost – takový podnět můžeme označit jako traumatizující. Adaptační mechanismy fungující při běžné zátěži selhávají a v důsledku toho se u jedince nahromadí pocity ztráty vlivu a moci nad situací. Vizinová & Preiss (1999, 17) uvádí: „*Nelze hovořit o kontinuu od události lehce stresující k traumatizující. Existuje jasný rozdíl mezi stresem a traumatem a tento rozdíl zřetelně vnímá právě traumatizovaný člověk.*”

Vágnerová (2008) definuje psychické trauma jako náhle vzniklou situaci, která vede k určitému poškození nebo ztrátě, což se odráží v emoční oblasti (např. ztráta pocitu bezpečí, smutek), v uvažování (např. narušení objektivity) a u chování jedince (např. útočné až agresivní chování, izolace). Fyziologická reakce na psychické trauma probíhá podobně jako u stresu. Vyrovnávání se s traumatem je tedy dynamický proces, jenž můžeme rozdělit do tří fází:

1. **Fáze šoku** – trvá v rámci hodin až několika dnů. Zpočátku se šok projevuje ztuhnutím, neschopností aktivity, obrany, u dotyčného převládají pocity hrůzy, úzkosti, bezmoci a jedinec nedokáže racionálně zhodnotit situaci. Může dojít k vytěsnění zkušenosti nebo její části, popření, regrese nebo i inhibici emočního prožívání.
2. **Fáze postupného zpracování traumatu** – zpracování traumatu může trvat i roky, zvládnutí závisí na samotné události, osobnosti jedince, sociálním zázemí a dalších aspektech. Dotyčný zaujímá ke zkušenosti určitý postoj a snaží se ji interpretovat ze svého pohledu, přičemž se zajímá zejména

o příčiny události či o její smysl. Jedinec může reagovat dvěma způsoby: dotyčný o traumatu neustále hovoří a znovuprožívá, v opačném případě o zkušenosti nechce mluvit vůbec a pokouší se ji vytěsnit. V této fázi někdy dochází ke zdánlivému zvládnutí traumatu, kdy člověk už nevykazuje známky poškození, ale trauma stále nepřekonal.

3. **Fáze adaptace** – jedinec si vytvořil na traumatickou zkušenost přiměřený náhled, emočně ji zpracoval a vzpomínka na ni nemá již tak negativní náboj. Dotyčný je opět otevřený vůči světu a můžeme označit, že se dokázal s problémem vyrovnat.

Podle kontaktu s událostí rozděluje Arcel (1994 in Vizinová & Preiss, 1999) psychickou traumatizaci do tří forem:

1. **primární traumatizace** – dochází k ní v případě, že je jedinec přímou obětí;
2. **sekundární traumatizace** – nastává v důsledku setkání s traumatem u jiné osoby;
3. **terciální traumatizace** – jedinec není v přímém kontaktu, přesto ho může situace zasáhnout, když je například svědkem, členem skupiny či terapeutem.

Vodáčková (2020, 360) charakterizuje psychické trauma jako „*extrémně stresující zážitek nebo dlouhotrvající stresující situace*“, jeho příčiny splňují tyto vlastnosti:

- příčiny přichází zvnějšku;
- jsou extrémně děsivé, navozují prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity;
- navozují pocity bezmocnosti.

Mezi další rysy psychického traumatu patří úplná bezmocnost, dezorganizace odpovědi organismu, hluboké fyziologické, emoční a kognitivní změny a u dotyčného vzbuzuje tato zkušenost pocity neuniknutelnosti a nepochopitelnosti. **Symptomy** traumatu Vizinové & Preisse (1999) lze rozdělit do tří hlavních kategorií:

1. **Nadměrné vzrušení (hyperarousal)** – jde o stav, kdy jedinec neustále očekává nebezpečí, aby dokázal bojovat nebo uniknout z nebezpečné situace. Důsledkem toho reaguje na podněty podrážděně, lehce se poleká a špatně se adaptuje na změnu. Můžou se projevit i poruchy spánku.

2. **Intruzivní příznaky (intrusions)** – jako intruze označujeme vtíravé a neodbytné pocity, při kterých dotyčný znovuprožívá traumatickou zkušenost. Tyto vzpomínky jsou odpovědí i na značně nesouvisející podněty s původní traumatickou událostí, jejich intenzita může nabývat původní zkušenosti. Přes den se objevují živé vzpomínky, tzv. **flashbacky**. Ve spánku se objevují živé noční můry a děsy, sny se mohou dokonce objevit ve fázích spánku, ve kterých lidé obvykle nesní.
3. **Příznaky stažení (constriction)** – tyto příznaky vznikají v důsledku ohrožující situace, kdy byl dotyčný „paralyzován“, nedokázal utéct, ani klást odpor. Jediným východiskem bylo uniknout vnitřně – ve svém vědomí. Tyto situace mohou přejít až do extrému, kdy jedinec necítí strach, ale ten naopak úplně mizí a dotyčný vypadá na první pohled naprosto v pořádku. V tomto okamžiku člověk nedokáže události kolem zpracovat a jakoby se odehrávaly mimo jeho vědomí, s určitým zkreslením či dokonce některé momenty zapomene.

U traumatu se také často objevuje tzv. **disociace**. Jde o oddělení duševních procesů, které spolu obvykle normálně interagují. Ve výsledku si dokáže traumatizovaná osoba rozpomenout na událost i s detaily, avšak bez jakéhokoliv emočního zabarvení. Opakem je přílišné zaplavení emocí bez jasně související vzpomínky. Disociace napomáhá jedinci ochránit se před přívalem emocí, které by nemusel v danou chvíli unést. Na první pohled pak může jedinec vypadat jako vyrovnaný, po čase však hrozí, že se objeví afektivní reakce (Vizinová & Preiss, 1999).

V důsledku traumatu může dojít k narušení mezilidských vztahů. Jestliže se osoba dostane do mimořádné situace, platí, že stoupá **potřeba pozornosti od druhých**. Možnost sdílení je totiž jedním z velmi napomáhajících zdrojů. Tato potřeba může vyústit až do extrémů, kdy dotyčný ztrácí důvěru v sebe a ostatní a přetrvávají u něho pocity viny (Vizinová & Preiss, 1999).

Traumatická zkušenost nemusí u jedince vyvolat pouze negativní důsledky, naopak se někdy stává pohnutkou ke změně k lepšímu. V této souvislosti se v posledních letech dostává do popředí pojem **posttraumatický růst** (z *anglického posttraumatic stress disorder* – zkr. **PTG**). „*Posttraumatický růst je prožitek pozitivní změny, která pro některé osoby znamená radikální osobní vývoj, vyvstávající ze zápasu jedince s vysoce náročnými*

životními okolnostmi” (Preiss, 2009, 1). Posttraumatický růst pozitivně ovlivňuje několik aspektů: vztahy s druhými lidmi, nové životní možnosti, osobnostní růst, spirituální změnu a ocenění života. Obecně lze říci, že prožitky po mimořádných zkušenostech mohou být negativní, ale i pozitivní či smíšené.

2.3 Psychické poruchy související s traumatickou událostí

Traumatická událost je mnohdy příčinou propuknutí některé z psychických poruch. Zda se porucha opravdu rozvine, závisí na závažnosti stresující události, a také na zranitelnosti daného jedince (Dušek & Večeřová-Procházková, 2011).

V **MKN-10** se setkáváme se skupinou psychických poruch označení F43, a to **poruchy vznikající na základě reakce na závažný stres**. Do této kategorie řadíme tři nejzávažnější: akutní reakci na stres (F43.0), posttraumatickou stresovou poruchu (F43.1) a poruchy přizpůsobení (F43.2.):

- **Akutní reakce na stres** – vzniká jako reakce na výjimečně stresující událost, a to bezprostředně po ní nebo v rámci několika hodin. Akutní reakce na stres se projevuje například úzkostí, pocity zlosti, zoufalstvím, deprese či hyperaktivitou. Tyto symptomy odeznívají sami v průběhu hodin až dnů, tudíž akutní reakci na stres označujeme za přechodnou poruchu. V některých případech je vhodné zasáhnout krátkou psychoterapií.
- **Posttraumatická stresová porucha** – jde o poruchu, která na rozdíl od akutní reakce na stres propuká až s odstupem od traumatické události, její příznaky jsou závažnějšího rázu a přetrvávají déle (podrobně se jí budeme věnovat s další kapitole).
- **Poruchy přizpůsobení** – rozvíjí se u osob, často predisponovaných, na základě nepřizpůsobení na běžné vývojové či životní změny. Příznaky, jako deprese, obavy, napětí, strach, či agrese, propukají do jednoho měsíce od události a netrvají déle než půl roku (Dušek & Večeřová-Procházková, 2011).

V **DSM-5** existuje obdobná kategorie psychických poruch, konkrétně **traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem**. Řadíme zde reaktivní poruchu přichylnosti, desinhibovanou poruchu přichylnosti, posttraumatickou stresovou poruchu, akutní reakci na stres a poruchy přizpůsobení (APA, 2013).

3 Posttraumatická stresová porucha

Nyní se dostáváme do hlavního jádra naší problematiky. V předchozí kapitole jsme definovali psychické trauma, traumatickou událost a zmínili důsledky těchto mimořádných událostí. U některých jedinců se jisté důsledky projeví třeba až za několik týdnů, ačkoliv událost neměla na první pohled na dotyčného žádný vliv nebo se s ní už vyrovnal. Jestliže tyto změny u osoby přetrvávají, hovoříme o posttraumatické stresové poruše.

3.1 Charakteristika

Posttraumatickou stresovou poruchu (z anglického *posttraumatic stress disorder* – zkr. **PTSD**) řadíme dle MKN-10 do skupiny s názvem reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (označení F43). Rozvoji posttraumatické stresové poruchy vždy předchází výjimečně stresující a emočně zatěžující situace, tzv. **traumatická událost**, jež přesahuje obvyklou lidskou zkušenost. Pod tímto pojmem si můžeme představit například válečné události, mučení, přírodní katastrofy, znásilnění apod. Samozřejmě platí, že se porucha nemusí rozvinout u každé osoby s traumatizující zkušeností, jelikož závisí na individuálních predispozicích a mnoha dalších faktorech. PTSD je charakteristická rozvojem symptomů s určitou latencí po prožití události (v rámci týdnů až měsíců). Člověk se stává více úzkostlivý, podrážděný, zhoršuje se jeho koncentrace či spánek, který je často doprovázen nočními můry. Traumatická událost se mu nepřipomíná jen ve snech, ale i ve formě živých vzpomínek – tzv. flashbacků. Následně může dojít k tomu, že se jedinec začne vyhýbat okolnostem, místům, lidem, se kterými má traumatickou událost spojenou. Naopak některé momenty může dotyčný úplně vytěsnit a nepamatuje si je (Orel & kol., 2012). Jedinec s PTSD má často pocity viny (například v případě, kdy dotyčný přežil, zatímco druhý člověk zemřel apod.), přemýšlí, zda se mohl v dané situaci zachovat vhodněji a vtírají se mu myšlenky typu „Co by se stalo, kdyby...?“. Všechny tyto aspekty mohou mnohdy vést až k sebevražedným úvahám či činům (Vodáčková, 2020).

3.2 Vývoj pojetí v historii

Tematika PTSD a traumatických událostí se dostala do popředí při výzkumech s válečnými veterány z americké občanské války, a také první a druhé světové války. Následky, které si veteráni z válek odnesli, byly dříve pojmenovány jako **válečná neuróza**, **šok ze střelby** či **válečné vyčerpání**. U dotyčných se po válečné zkušenosti začaly

vyskytovat mnohé problémy, jako například zvýšená úleková reakce, podrážděnost, uzavřenost, či ochromení a otupělost. Veteránům se ve snech opakovaly vzpomínky na kontakt s těly zabitých, na těžká fyzická zranění apod. Zmíněné stavy byly považovány jako výjimečné a často označovány za morální selhání vojáka. Pohled na zmíněné symptomy se proměnil až během války ve Vietnamu, kdy přestaly být problémy vojáků vnímány jako jejich selhání, ale jako negativní důsledek tragických zkušeností. Pozornost získali zejména přeživší z koncentračních táborů, oběti velkých požárů, povodní nebo dalších přírodních katastrof. Na základě těchto výzkumů se objevily v DSM-I. diagnózy **traumatická neuróza, přechodné situační poruchy** či **poruchy přízpusobení**. Roku **1989** ve třetí revizi se poprvé objevil pojem **PTSD**. V dnešní době není posttraumatická stresová porucha spojována pouze s válečnými událostmi jako v minulosti. Stěžejní je vědomí toho, že se může tato porucha rozvinout jako následek mnoha jiných situací s katastrofickým scénářem (Čermák & Kohoutek, 2009).

3.3 Faktory rozvoje

Posttraumatická stresová porucha se může rozvinout u jedince v případě, jestliže si prošel ohrožující událostí. Zároveň také platí, že se PTSD nemusí objevit u každého s takovou zkušeností. Rozvoj poruchy ovlivňuje mnoho faktorů (Praško & Prašková, 2001).

Velkou roli hraje **intenzita stresoru a jeho závažnost**. Kupříkladu bylo zjištěno, že horší podmínky, s nimiž se osoba setká, pozitivně korelují se závažnějšími následky (Ursano, Fillertona & McCaughey, 1994 in. Čermák & Kohoutek, 2009). Dle studií dále platí, „*čím vyšší je intenzita stresoru, tím menší vliv mají jiné faktory, které mohou rozhodovat o intenzitě symptomů*“ (Hodgkinson & Steward, 1998 in Čermák & Kohoutek, 2009, 42). Mezi rizikové faktory rozvoje PTSD patří nedostatečná sociální opora, fyzické postižení nebo somatické onemocnění v době před traumatickou událostí. Pokud jedinec vnímá v průběhu traumatické události negativní dopad na vlastní zdraví a budoucnost, dojde k fyzickému poranění nebo smrti blízké události, může dojít k rozvoji symptomů PTSD (Hašto & Vojtová, 2012).

Dalším faktorem je **sám člověk**, jeho osobnost, predispozice, odolnost, či aktuální rozpoložení. Jedinci se silnými kognitivními a adaptivními schopnostmi se s traumatickými událostmi vyrovnávají lépe. Výhodu ve střetu se stresorem mají lidé s vyšší „**hardiness**“, jelikož mají situaci pod kontrolou, pocítují zodpovědnost a nižší závažnost události.

V určitých vývojových fázích, kdy je citlivost obecně zvýšená (dětství, puberta, adolescence či stáří), jedinec vnímá stresující zážitky více, jelikož jeho kognitivní procesy nedokáží dostatečně reagovat na extrémní zátěž. Velký vliv na rozvoj PTSD má dále například i nepříznivá minulá zkušenost. Pokud ale dotyčný v minulosti stres zvládnul, přináší si do nové situace pozitivní zkušenost a schopnost nalézat adekvátní řešení (Vizinová & Preiss, 1999).

V potaz je nutné vzít také **psychosociální faktory** a **události**, které nastávají **po traumatické události**: „*např. společný skupinový zážitek traumatické události (např. požár nebo povodeň) pomáhá jedinci lépe se s traumatem vypořádat, protože událost může sdílet s ostatními. Někdy však naopak, pokud se za událost cítí být vinen*” (Praško, Pašková, Soukupová & Tichý, 2001, 1).

3.4 Symptomy

Již jsme uvedli, že pro posttraumatickou stresovou poruchu je charakteristický rozvoj symptomů s určitou **latencí**, a to v řádech týdnů, měsíců, někdy až let. PTSD se někdy rozvine v podobě tzv. výroční reakce, například po roce od významné události (Vodáčková, 2020). Raboch, & Zvolský (2001) považují za základní symptomy PTSD pocity otupělosti, ztráty zájmu o činnosti, odcizení a odtržení od lidí. Velmi typickým je znovuprožívání traumatického zážitku, jak ve vzpomínkách, tak ve snech. U jedinců se vyskytuje zvýšená úzkostnost, dráždivost, ostražitost a přehnané úlekové reakce doprovázené panickými záchvaty a agresí. Jedinec často trpí poruchami spánku a koncentrace. Příznačným rysem PTSD je vyhýbání se podnětům připomínajících jakýmkoliv způsobem prožitou traumatickou událost.

Čermák & Kohoutek (2009) rozdělují příznaky PTSD do dvou společně se vyskytujících skupin. Vtíravé tendence zahrnující znovuprožívání události formou živých vzpomínek a obrazů označují jako **intruze**. **Popření a vyhýbání se** situacím připomínající traumatickou událost jsou druhou skupinou příznaků. Jako další příznaky zmiňují zvýšené rozrušení, poruchy pozornosti, změny v emočním prožíváním projevující se lhostejností, bezmocí, oploštělostí a neschopnosti prožívat pozitivní emoce – anhedonii. **Znovuprožívání** ve formě flashbacků se skládají z disociovaných a implicitně uložených informací. Jsou zejména vizuální a zvukové (Rothschild, 2015).

Při posttraumatické stresové poruše se často objevují tělesné bolesti a obtíže, které jsou důsledkem **somatizace neprožitých a nevyjádřených emocí**, jež jsou posilovány stálým tělesným napětím. Tělesné problémy se projevují například bolestmi hlavy, kosterního svalstva, hrudníku (pocit „sešňěrovaného“ hrudníku, potíže s dechem), pánevního dna. Obvyklé jsou také problémy se zažíváním, opakující se infekty, opary a alergie. Některé tělesné bolesti nemají objektivní podklad, přesto je jedinec vnímá velmi intenzivně (Vodáčková, 2020).

Značné změny nastávají v **hodnocení sebe samého i okolního světa**. Dotyčný často nesprávně interpretuje prožité trauma a to se odráží v tzv. **kognitivních omylech**. Ty se projevují například ve sklonu ke zkratkovitým závěrům, nepřiměřené generalizaci, vztahovačné a egocentrické interpretaci svých zážitků nebo sklonu k černobílému hodnocení (Vágnerová, 2008).

Je tedy zřejmé, že projevy PTSD zasahují osobu v celé jeho komplexnosti – mění se jeho emoční prožívání, chování, kognitivní funkce, ovlivňuje jeho sociální rovinu i pohled na sebe samého. Vodáčková (2020) shrnuje konkrétní příklady příznaků PTSD a shrnuje je do třech oblastí projevů.

1. Znovuprožívání emočních a tělesných příznaků, a také změn v chování v:

- děsivých snech;
- myšlenkách a obrazech souvisejících s událostí;
- náhlých pocitech a projevech;
- intenzivní úzkosti typické při okolnostech připomínajících událost.

2. Vyhýbání se myšlenkám či pocitům spojeným s traumatem:

- vyhýbání se určitým místům;
- odmítání aktivit vyvolávajících vzpomínky na události;
- otupělost, citová oploštělost;
- neschopnost prožívat kladné emoce, zejména ve vztahu k druhým lidem;
- amnézie, neschopnost vybavit si některé momenty;
- oddělení od ostatních;
- úbytek zájmu o oblíbené aktivity, uzavření vůči novým zkušenostem a změnám do budoucnosti;
- depersonalizace a derealizace.

3. Přetrvávající projevy zvýšené dráždivosti:

- pocit stálého ohrožení, zvýšená bdělost;
- psychomotorický neklid, neschopnost odpočinku;
- neschopnost soustředit se nebo přenést pozornost z podnětu na jiný podnět;
- obtíže s usínáním;
- hněv a podráždění i na drobné podněty;
- nepřiměřená úleková reakce na překvapení;
- fyziologická reaktivita na podněty připomínající traumatickou událost;
- narušení sexuálního života.

3.5 Diagnostická kritéria dle MKN-10 a DSM-V

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize řadíme posttraumatickou stresovou poruchu do skupiny **poruch vznikajících na základě reakce na závažný stres** (označení F43). V této skupině se můžeme setkat také s akutní reakcí na stres (F43.0) a poruchami přizpůsobení (F43.2), o kterých jsme se zmínili v předchozí kapitole. Dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch 5. revize řadíme posttraumatickou stresovou poruchu do kategorie **traumatických poruch a poruch spojených se stresem**, kde mimo jiné najdeme také reaktivní poruchu přichylnosti, desinhibovanou poruchu přichylnosti, akutní reakci na stres a poruchy přizpůsobení.

V následujícím přehledu jsou uvedeny diagnostická kritéria dle MKN-10 a DSM-V (Smolík, 2002; Raboch, 2015):

Tabulka 2: Diagnostická kritéria PTSD dle MKN-10

MKN-10	
A.	Pacient musí být vystaven stresové události nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání, výjimečně nebezpečného nebo katastrofického charakteru, která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv.
B.	Musí se vyskytovat neodbytné vybavování nebo „znovuprožívání“ stresoru v podobě rušivých „flashbacků“, živých vzpomínek nebo opakujících se snů, nebo prožívání úzkosti při expozici okolnostem připomínajícím nebo spojeným se stresorem.

C.	Pacient se musí vyhýbat nebo dává přednost vyhýbání se okolnostem, které připomínají nebo jsou spojené se stresorem, přičemž toto vyhýbání nebylo přítomno před expozicí stresoru.
D.	Musí být přítomno kterékoli z následujících kritérií: <ol style="list-style-type: none"> 1. Neschopnost vybavovat, částečně nebo úplně, některé důležité momenty z období expozice stresoru. 2. Jsou přítomny kterékoli dva z následujících příznaků zvýšené psychické citlivosti a vzrušivosti, které nebyly přítomny před expozicí stresoru: <ol style="list-style-type: none"> a. obtíže s usínáním nebo udržením spánku; b. podrážděnost nebo návaly hněvu; c. obtíže s koncentrací; d. hypervigilita; e. nadměrná úleková reaktivita.
E.	Kritéria B, C a D musí být splněna v průběhu 6 měsíců od stresové události nebo od konce období stresu. Někdy může být účelné diagnostikovat i po delším období než 6 měsíců, ale důvody musí být zřetelně specifikovány.

Tabulka 3: Diagnostická kritéria PTSD dle DSM-5

DSM-5	
A.	Vystavení skutečné nebo hrozící smrti, vážnému zranění nebo sexuálnímu násilím (nebo více) z následujících způsobů: <ol style="list-style-type: none"> 1. Přímý zážitek traumatické události. 2. Být osobně svědkem traumatické události, která se stala jiným lidem. 3. Dozvědět se, že se traumatická událost stala blízkému rodinnému příslušníkovi nebo blízkému příteli. V případech skutečné nebo hrozící smrti člena rodiny nebo přítele musí jít o násilnou událost nebo nehodu. 4. Zážitek opakovaného nebo extrémního vystavení nepříjemným detailům traumatické události (např. náhodní nálezci mrtvého těla, policisté, kteří jsou opakovaně vystavováni detailům o zneužívání dětí).
B.	Přítomnost jednoho (nebo více) z následujících vtíravých symptomů asociovaných s traumatickou událostí, která začala poté, co se traumatická událost odehrála: <ol style="list-style-type: none"> 1. Opakující se, nechtěné a vtíravé stresující vzpomínky na traumatickou událost.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Opakující se stresující sny, jejichž obsah a/nebo dopad souvisí s traumatickou událostí. 3. Disociativní reakce (např. flashbacky), kdy se jedinec cítí nebo kdy jedná, jako by se traumatická událost opakovala. 4. Intenzivní nebo prodloužená duševní nepohoda při vystavení vnitřním nebo vnějším podnětům, které symbolizují nebo připomínají nějaký aspekt traumatické události. 5. Výrazné fyziologické reakce na vnitřní nebo vnější podněty, které symbolizují nebo připomínají nějaký aspekt traumatické události.
C.	<p>Trvalé vyhýbání se podnětům spojeným s traumatem a ochromení všeobecné vnímavosti, které nebylo přítomno před traumatem, projevující se třemi nebo více z následujících kritérií:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Snaha vyhnout se myšlenkám, pocitům nebo rozhovorům spojených s traumatem. 2. Snaha vyhnout se činnostem, místům nebo lidem, vyvolávajícím vzpomínku na trauma. 3. Neschopnosti vyvolat nějaký důležitý moment traumatu. 4. Zřetelně je snížen zájem nebo účast na důležitých činnostech. 5. Pocit lhostejnosti nebo odcizení ve vztahu k jiným. 6. Zúžený rozsah emotivity, např. neschopnost pociťovat lásku. 7. Pocit omezených možností do budoucna, např. přestává mít zájem o kariéru, manželství, děti nebo ztrácí normální chuť do života.
D.	<p>Trvalé příznaky zvýšené dráždivosti, které nebyly přítomny před traumatem, projevující se dvěma nebo více z následujících kritérií:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. obtíže s usínáním nebo udržením spánku; b. podrážděnost nebo návaly hněvu; c. obtíže s koncentrací; d. hypervigilita; e. nadměrná úleková reaktivita.
E.	Porucha (příznaky kritérií B, C a D) trvá déle než 1 měsíc.
F.	Porucha způsobuje klinicky významné obtíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých aktivit.

3.6 Prevalence

Pro posttraumatickou stresovou poruchu platí, že je **těžké určit její přesnou prevalenci**. Jako starší studii prevalence PTSD zmiňme například ECA (Epidemiological Catchmen Area), v níž byla zjištěna nízká životní prevalence PTSD, konkrétně se pohybovala od 1 – 2,6 % (Davison et al., 1993). Pro **západní společnost** je celoživotní prevalence 10,4 – 12,3 % u žen a 5,0 – 6,0 % u mužů a může se rozvinout v každém věku (Praško et al., 2001). Wittchen & Jacobi (2005) uvádí roční prevalenci pro **evropskou společnost** 0,92 – 1,3 %. Vágnerová (2008) uvádí, že je žen u výskyt PTSD vyšší než u mužů (konkrétně u žen 7 – 10 %, u celkové populace 1 – 4 %). Vyšší prevalenci vzniku PTSD u žen také dokládají Wittchen & Jacobi (2005), konkrétně jde o poměr mužů k ženám 1:2. Můžeme říci, že u **rizikových skupin** je prevalence a rozpětí daleko větší než u jiných skupin. Například pro veterány, sexuálně zneužívané děti či oběti kriminální činů platí prevalence až 58 % (McFarlane, 1988, in Praško et al., 2011). Například Vizinová & Preiss (1999) uvádí procentuální rozpětí 3 – 58 % pro rizikové skupiny.

3.7 Krizová intervence a léčba

Krizová intervence mířená k jedincům s posttraumatickou stresovou poruchou je velmi náročná. Po odborníkovi poskytující krizovou intervenci je vyžadováno velké pracovní nasazení a dobrá znalost dané problematiky. Témata jako přežít, znásilnění a další traumatická témata mnohdy vyvolají emoce nejen u oběti, ale i u odborníků poskytujících intervenci. V tomto případě je důležité reflektovat své pocity, zranitelná místa a umět s nimi pracovat. Základem krizové intervence je poskytnutí **pocitu bezpečí** a prostor pro to, aby mohl dotyčný nechat plynout své emoce (nechat klienta vyplakat, naříkat i projevit zlost). Dalším důležitým bodem je **zrcadlení** a **potvrzení emocí** a ujistit tak člověka, že mu nasloucháme a utvrdit ho, že jeho reakce je zcela normální. Při intervenci se využívá tzv. „**grounding**” neboli **uzemnění**, aby vnímal jedinec „půdu pod nohama”. Příkladnou technikou uzemnění je opření šlapek o stěnu nebo posazení na zem. V některých případech může být nabídnuta možnost fyzického kontaktu (například v podobě stisku ruky, doteku na rameno). Další technika je zaměřená na **prohloubení pocitu vlastního středu** neboli „**centering**”, jež je podníceno hlubokým dýcháním do hrudníku nebo břicha. Je nezbytné, aby celá intervence probíhala v příjemném nerušeném prostředí vedené s empatickým odborníkem (Vodáčková, 2020).

Terapie posttraumatické stresové poruchy se zaměřuje na snížení a odstranění symptomů, opětovné nalezení kontroly nad svým životem a návrat do plnohodnotného života (Abrams et. al, 2013). **Léčba** člověka, který si zažil traumatickou událost, ale PTSD však **ještě nepropukla**, a léčba pacienta s již **rozvinutou PTSD**, se odlišuje. Pro jedince se zkušeností traumatizující události je nejdůležitější **emočně podporující atmosféra**, pobízení a povzbuzování, aby klient popsal událost a s ní své prožitky a emoce. Je dobré dotyčného **informovat** o různých možnostech, jak se sebou pracovat. Čím dříve pocítí postižený podporu a pochopení, tím lépe. U pacientů s již rozvinutou PTSD je práce daleko obtížnější. Klient musí získat pocit, že tuto poruchu lze léčit a informovat jej o tom, co se s ním děje, vyvolat emoční abreakci a poskytnout informace o možnostech řešení problémů, které PTSD vyvolaly. Opět je důležitá podpora blízkých. U rozvinuté PTSD nastupuje většinou intenzivní psychoterapie nebo psychotropní medikace (Seifertová, Praško & Höschl, 2005).

Psychoterapie hraje při léčbě PTSD důležitou roli. Jestliže trpí dotyčný závažnými stavy, farmaka (první volbou jsou antidepresiva) výrazně efekt terapie podporují, a to také i z toho důvodu, že je dotyčný schopen se terapie zúčastnit až po snížení napětí a úzkosti pomocí léků. Praško (2003) tedy jako základní postup léčby posttraumatické stresové poruchy považuje **kombinaci psychoterapie a farmakoterapie**. Tento pozitivní efekt kombinace léčby se objevuje až u 70% jedinců s PTSD (Hetrick et. al, 2010).

V počátečním bodě léčby vstupuje klient do individuální psychoterapie a začíná si tvořit terapeutický vztah naplňující dotyčného pocitem **jistoty a bezpečí**. Postupně důvěru vybudovanou s terapeutem nachází i v okolí. Po zvládnutí této fáze začíná postupně rekonstruovat příběh traumatické události. Hlavním cílem je popsat a **verbalizovat traumatickou událost** ze všech hledisek. V poslední fázi psychoterapie si klient **přiznává důsledky** nepříjemného zážitku, ale zároveň je schopen se osamostatnit, navázat mezilidské vztahy a opět se navrátit do normálního života (Praško, 2016). Tyto tři fáze označuje Reddemann (2009) jako stabilizaci, konfrontaci a integraci.

Existuje řada funkčních postupů pro léčbu posttraumatické stresové poruchy. Uvedme alespoň některé z nich:

- **kognitivně-behaviorální terapie** – napomáhá modifikovat klientovo myšlení a neadaptivní vzorce chování, postup je členěn do několika fází: orientace

a emoční podpora, edukace o PTSD a její léčbě, expozice, kognitivní restrukturalizace a řešení problémů (Praško, 2011);

- **podpůrná psychoterapie** – zaměřuje se na podpora oslabených prvků psychiky jedince, pomocí emoční ventilace dochází k vnitřní stabilizaci a zklidnění jedince, funguje na základě principu kontaktu, vyjasnění, rady a strukturace (Vizinová & Preiss, 1999);
- **narativní expoziční terapie** – komplexní léčba PTSD, spočívá v opakovaném vyprávění detailů traumatické události a prožití emočních, kognitivních a fyziologických prvků, což napomáhá trauma integrovat (Schauer, Neuner & Elber, 2014);
- **terapie zaměřená na tělo** – léčba kladoucí důraz na tělové prožívání, bere v potaz potlačené emoce uložené v podobě energetických bloků, cílem se tyto emoce uvolnit (Vizinová & Preiss, 1999);
- **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)** – moderní metoda využívající očních pohybů, cílem je uspořádání a přepracování traumatických vzpomínek a kognitivní přehodnocení (Hofmann, 2007);
- **skupinová psychoterapie** – spočívá ve vzájemném sdílení svých prožitků, přičemž je vyjádřena od ostatních přítomných podpora a ochrana před pocity výjimečnosti, izolace či vydědění. Klienti se povzbuzují, motivují a poskytují své zkušenosti s vyrovnáváním se s traumatem (Praško et al., 2001).

U většiny osob dochází k uzdravení, u menší části trvá PTSD i několik let a může vést i k trvalým změnám osobnosti. „Kolem 30 % pacientů se spontánně v průběhu času uzdraví, u 40 % přetrvávají mírné příznaky, u asi 20 % dojde sice ke zlepšení, ale přetrvávají středně závažné příznaky a u asi 10 % vůbec ke zlepšení nedojde” (Praško et al., 2001, 1).

4 Hasičský záchranný sbor ČR

Jelikož se v naší práci zaměřujeme na traumatickou událost a PTSD u hasičů, v této kapitole shrneme základní charakteristiky hasičského sboru, výkonu profese hasiče a možných zátěžových situací. Neméně důležitými budou pro nás informace ohledně psychologické službě HZS ČR.

4.1 Základní informace o HZS ČR

Hasičský záchranný sbor České republiky (zkr. **HZS ČR**) je „jednotný bezpečnostní sbor, jehož základním úkolem je chránit životy a zdraví obyvatel, životní prostředí, zvířata a majetek před požáry a jinými mimořádnými událostmi a krizovými situacemi“ (Zákon 320/2015). I když historie hasičského sboru sahá až do 19. století, je pro nás důležitým mezníkem rok 2000, kdy byly v Parlamentu ČR přijaty důležité zákony upravující funkce HZS ČR. Jsou jimi zákon č. 237/2000 Sb., o požární ochraně, zákon č. 238/2000 Sb., o hasičském záchranném sboru, zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení (Baštecká & kol., 2005).

Hasičský záchranný sbor zastupuje snad nejdůležitější pozici při řešení mimořádných situací. „Mimořádnou událostí ve smyslu zákona může být živelní pohroma (např. povodeň, zemětřesení, velký sesuv půdy, sopečný výbuch, tornádo, extrémní chlad či teplo, pád meteoritu, velký lesní požár aj.), havárie (zřícení domu, dopravní nehoda, ropná, radiační havárie aj.) a ostatní události (teroristický čin, sabotáž, žhářství)“ (Baštecká & kol., 2005, 245).

HZS ČR je společně s jednotky požární ochrany zařazených do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovateli zdravotnické záchranné služby a Policií České republiky hlavní složkou **integrovaného záchranného systému** (zkr. IZS). Hasičský záchranný sbor ČR vykonává pozici hlavního koordinátora IZS, tudíž při výkonu práce řídí součinnost zmíněných složek příslušník HZS. Základním úkolem IZS je efektivně vést spolupráci všech záchranných a bezpečnostních složek při řešení mimořádných událostí (HZS ČR, nedat.).

4.2 Podmínky přijetí k výkonu profese

Na pozici profesionálního hasiče se může hlásit občan České republiky starší 18 let, který je bezúhonný a plně způsobilý k právním úkonům a je **fyzicky, zdravotně**

a osobnostně způsobilý k výkonu služby. Pro přijetí je také nezbytné absolvování minimálně střední školy zakončené maturitní zkouškou, a pokud jsou stanoveny další náležitosti, jako například obor, zaměření vzdělání či jiné požadavky, musí splňovat i ty. Uchazeč zároveň nesmí být členem politické strany nebo politického hnutí, nevykonává živnostenskou či jinou výdělečnou činnost a je oprávněný seznamovat se s utajovanými informacemi. Jestliže dotyčný těmto náležitostem vyhovuje, může písemně požádat o přijetí do služebního poměru (HZS ČR, nedat.).

Přijímací řízení se skládá z vyšetření **osobnostní způsobilosti** na psychologickém pracovišti, vyšetření **zdravotní způsobilosti** v zařízení závodní preventivní péče a ověření **tělesné zdatnosti** složené ze dvou testů silových a jednoho testu vytrvalostního (HZS ČR, nedat.).

4.3 Vstupní psychologické vyšetření

„Dle § 15 zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů ve znění vyhlášky 487/2004 Sb., v platném znění, je každý uchazeč o přijetí do služebního poměru v rámci HSZ povinen se podrobit vstupnímu psychologickému vyšetření k posouzení osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru” (HZS ČR, nedat.).

Každý uchazeč musí absolvovat přibližně šestihodinové vstupní psychologické vyšetření, které se skládá z **části výkonové, osobnostní a rozhovorem s psychologem.** Výkonová část je zaměřena na rozumové nadání, paměť uchazeče, pozornost, rychlost a přesnost reakcí uchazeče, které se ověřují pomocí výkonových testů probíhajících počítačově. Následuje druhá část, v níž dotyčný vyplňuje osobnostní dotazníky zaměřené na jeho povahu a chování, a to především chování v zátěžových situacích. Na závěr probíhá rozhovor mezi uchazečem a psychologem. Před rozhovorem vyplní uchazeč anamnestický dotazník, jenž je podkladem pro samotný rozhovor (HZS ČR, nedat.).

Ve výsledku musí jedinec pro přijetí splnit tyto náležitosti stanovené vyhláškou 487/2004 Sb: *„je intelektově v pásmu průměru nebo vyšším, je emočně stabilní, psychosociálně vyzrálý, odolný vůči psychické zátěži, s žádoucí motivací, postojí a hodnotami, bez nedostačivosti v oblasti volných procesů, bez nedostačivosti v oblasti poznávacích procesů, bez nedostačivosti v oblasti autoregulace, bez znaků nežádoucí agresivity a bez psychopatologické symptomatiky”* (HZS ČR, nedat.).

Kvalitní a pečlivě provedený výběr uchazečů je nezbytný a je předpokladem pro **efektivní zvládnutí profese** a zejména **vypořádávání se s mimořádnými událostmi**. V současné době se psychologové řídí jednotně dle Metodické příručky psychodiagnostických postupů při zjišťování osobnostní způsobilosti uchazečů a příslušníků v rámci služby u HZS ČR, nyní již ve 4. vydání, z roku 2013. Pro psychologická pracoviště je nutné sledovat nové psychodiagnostické metody, které by mohly doplnit testové baterie už vzhledem generační obměně populace, ale také například, že se uchazeči mohou předem připravit podle některých testů kolujících na internetu (Dittrichová & Čapková, 2017).

4.4 Průběh výkonu služby

Na jednotlivých požárních stanicích jsou profesionální hasiči rozděleni většinou do tří týmů. Délka služby je 24 hodin a následuje 48 hodinové volno. Týmy se střídají zpravidla v 7:00, přičemž 16 hodin vykonávají službu a zbylých 8 hodin označujeme za pohotovostní v místě výkonu služby.

Výkon služby je rozdělen do dvou kategorií:

1. **Organizační řízení** – jedná se o část pracovního režimu, který probíhá na požární stanici a zahrnuje organizační a technické přípravy, např. údržba techniky. Zahrnuje rovněž činnost související s udržováním a zlepšováním odborné a fyzické způsobilosti díky školení, výcvikům apod.
2. **Operační řízení** – jde o samotný proces, kdy hasiči dostanou zprávu o vzniku mimořádné události, vyjíždí na místo zásahu, na místě provádí potřebné záchranné práce a vrací se zpět na stanici.

4.5 Základní úkoly a zátěžové situace výkonu profese

Hlavním posláním Hasičského záchranného sboru je ochrana životů a zdraví obyvatel, životního prostředí, zvířat a majetku před požáry a jinými mimořádnými událostmi a krizovými situacemi.

Základní úkoly příslušníků HZS vyplývají z havarijního plánu stanoveného generálním ředitelem roku 2009, který zahrnuje:

- a) **záchranné a likvidační práce při haváriích v podniku** – zahrnuje zejména technickou pomoc při odstraňování následků mimořádné události (záchrana a vyprošťování osob, organizace IZS na místě havárie, stabilizace místa

po havárii) a protipovodňová ochrana a povodňové záchranné a obnovovací práce (varování, záchrana osob, zvířat či věcí, prevence proti vniknutí vody, stabilizace následků povodní);

- b) **podíl na varování a evakuaci zaměstnanců** – pracovníci dokáží reagovat na mimořádné situace a následně varují před nebezpečím, na postiženém místě vedou organizaci ostatních lidí;
- c) **podíl na označování oblastí s výskytem nebezpečných látek** – pracovníci si dokáží poradit při úniku nebo nálezů nebezpečných látek či předmětu a dokáží používat ochranné a detekční prostředky;
- d) **podíl na dekontaminaci zaměstnanců nebo majetku** – úkolem pracovníků je organizace místa pro dekontaminaci zaměstnanců v podniku, stanovení opatření a výdej ochranných pomůcek;
- e) **podíl na přípravě zaměstnanců podniku k sebeochraně a vzájemné pomoci v případě vzniku mimořádné události** (Generální ředitelství HZS ČR, 2009).

4.6 Psychologická služba u HZS ČR

Psychologická služba zastupuje nenahraditelné místo u hasičských záchranných sborů. Jak jsme již zmínili výše, hasiči se mohou každý den setkat s nečekanou mimořádnou situací. Je proto důležité, aby se nemohl hasičem stát kdokoliv – hasič by měl nejen fyzicky zdatný, ale zejména psychicky odolný. O výběr pracovníků se stará tzv. **psychologická služba**. Jejím úkolem není pouze výběr kvalifikovaných jedinců, ale také intervence po mimořádných událostech, prevence a další. I z tohoto důvodu byla tato služba u HZS ČR zavedena. Důležitou součástí je posttraumatická intervenční péče, jež upravuje SIAŘ GŘ HZS ČR a NMV č. 38/2003, na které stojí systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům HZS ČR a SIAŘ GŘ HZS ČR a NMV č. 39/2003 zřizující krizovou telefonní linku (HZS, nedat.).

Baštecká (2005, 247) uvádí tři základní složky psychologické služby HZS: *personální práci s hasiči, péči o hasiče a péči o další oběti*.

- **Odborná péče o hasiče a další členy IZS** – zahrnuje nejen poradenství, péči po traumatickém zážitku, ale také prevenci v oblasti tělesného a duševního zdraví (např. vzdělávat hasiče o traumatu a jeho následcích).

- **Pomoc obětem mimořádných událostí** – velmi důležitá avšak do poslední doby velmi opomíjená část psychologické služby, která má za úkol poskytovat intervenci mimo hasiče také přímo obětem mimořádných událostí nebo nabízí psychosociální pomoc. Pomoc může být poskytnuta i rodinám a blízkým hasičů.
- **Zabezpečování podkladů pro personální práci a výkon služby** – v neposlední řadě radíme do psychologické služby výběr uchazečů v oblasti duševních předpokladů pro povolání zakořeněné § 15 zákoně 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů – zjišťování osobní způsobilosti. Podle § 37 vyhlášky 247/2000 Sb. Zde patří také pravidelné testování způsobilosti k povolání hasiče. Způsobilost hasičů k výkonu profese je ověřována na základě několika kritérií vycházejících z funkční analýzy pracovních úkolů, na základě nich se stanovují konkrétní pozice (hasič, hasič-strojník, hasič-velitel aj.).

5 Traumatická událost a PTSD u hasičů

„Hasiči jsou každoročně konfrontováni s mnoha usmrčenými, mezi nimiž jsou i děti. Vidí lidská neštěstí v jejich syrovosti, nenadálosti, popřípadě rozsáhlosti. Oni vyproští zraněné či umírající z vraku automobilu, jdou v potápěčském obleku do kalné vody hledat pohřešovanou osobu, objeví zuhelnatělé tělo obyvatele hořícího domu, oni vidí těla, která jsou po haváriích nepodobná člověku” (Baštecká & kol., 2005, 246).

Výše uvedený odstavec charakterizuje náročnost práce profesionálních hasičů – jak po fyzické, tak i psychické stránce. V závěrečné kapitole teoretické části práce nahlédneme blíže do problematiky traumatické události u profesionálních hasičů. Za důležité považujeme zmínit stresující podněty, které nemusí být přímou příčinou rozvoje traumatu, ale tvoří celkový rámec náročnosti výkonu povolání hasiče, a zároveň jejich zvládnání je složitější právě pro ty, kteří mají traumatickou zkušenost. V neposlední řadě je naším okruhem zájmu posttraumatická stresová porucha a posttraumatická intervenční péče u HZS ČR.

5.1 Stresující faktory v profesi hasiče

Závažnost stresu mnoho profesionálních hasičů podceňuje i přesto, že se jich tato problematika týká velmi významně. *„Při náročných zásazích může být zasazeno akutním stresem až 85% nasazených záchranářů.” (Šváb, 2006, 27).* Specifické reakce na stres u hasičů rozdělujeme do následujících kategorií:

- **tělesné** – pocení, nevolnost, bušení srdce, svalové křeče, nekoordinované pohyby;
- **mentální** – snížená koncentrace pozornosti, vybavování informací, pocity viny;
- **emoční** – smutek, neschopnost pocítit radost, skleslost;
- **chování** – nedůvěra, extrémní mlčenlivost, změna životního stylu (kuřáctví, stravovací návyky), osamělost (Šváb, 2006).

Profesionální hasiči jsou na své pozice pečlivě vybírání a jsou si vědomi rizik, se kterými se při výkonu povolání mohou setkat. *„Při výkonu svého povolání hasiči zažívají celou varietu zátěže, od běžné zátěže, přes optimální a pesimální zátěž až k zátěži hraniční nebo dokonce extrémní” (Sezima, 2017, 16).* Na pozici hasiče se dostanou pouze fyzicky způsobilí jedinci a hasičské stanice jsou přizpůsobeny tak, aby mohli dotyční ve volných chvílích svou fyzickou zdatnost udržovat, například jsou k dispozici tělocvičny nebo

posilovny (Opálený, 2017). I přes výbornou tělesnou způsobilost se může stát **fyzická náročnost** stresorem. Nejenže výstroj (neprodyšné zásahové oblečení, přilba, zásahová obuv, dýchací přístroj) znesnadňuje jedincům komfortní pohyb, ale i setkání se s extrémními podmínkami (vysoké teploty, oheň a kouř, toxické látky, pohyb ve vodě, ve výškách) zapříčiňuje, že se práce po delší době stává nepříjemnou. Současně je znemožněn odpočinek při zásahu. Také celkovou délku pracovní doby mohou někteří jedinci vnímat jako velmi stresující (Sezima, 2017).

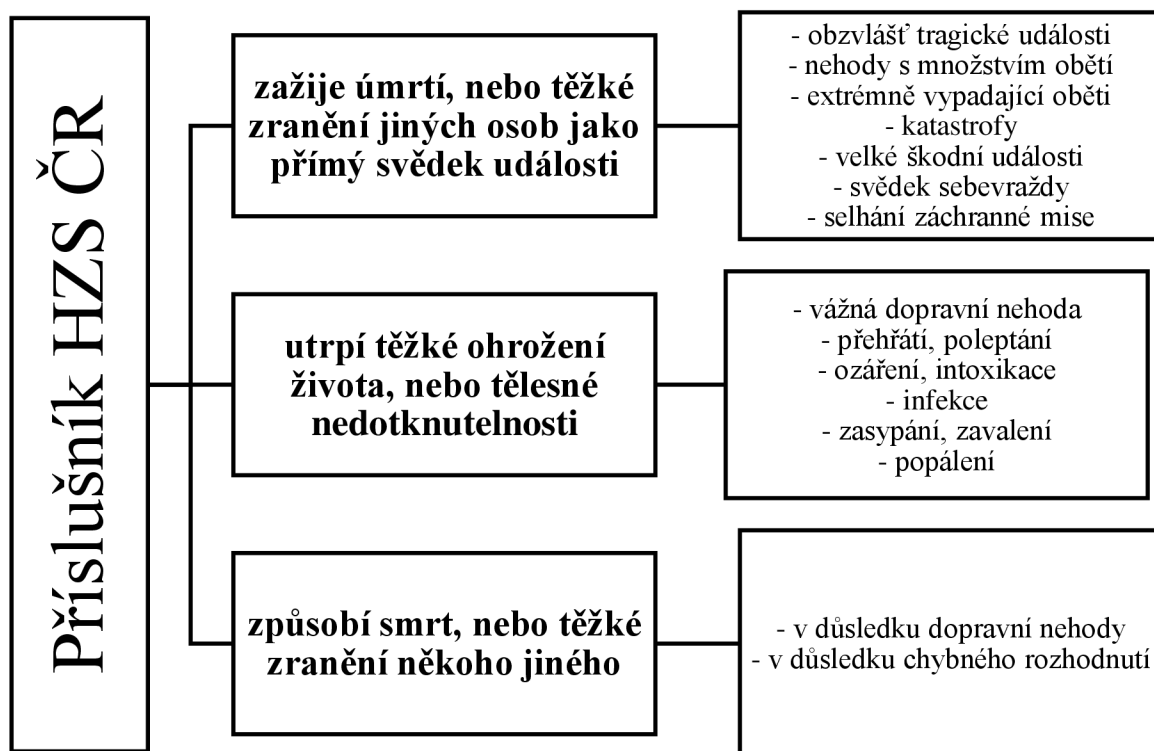
Mimo testování fyzické zdatnosti uchazeči prochází psychotesty, tak aby byli odolní i po stránce psychické, jelikož nemůžeme přehlédnout výraznost **psychické náročnosti** při výkonu tohoto povolání (Baštecká & kol., 2005). Psychickou náročnost tvoří komplex několika různých faktorů. Volf & Karlík (1988) uvádí několik stěžejních stresových faktorů v profesi hasiče: neznalost situace, časovou tíseň, mlčení či pocity strachu. Jedním z faktorů, s nímž hasiči potýkají, je **neznalost situace**. Od poplachu musí pracovníci do dvou minut opustit stanici, je proto nezbytná rychlá, přesná komunikace, žádoucí organizace jednotky a zejména informovanost o situaci, ať už zprávy od velitele či z tíšňové linky. Jestliže nejsou hasiči dostatečně informováni, způsobené napětí a nejistota má mnohdy negativní dopad na jejich práci (Jech, 2010). V této souvislosti můžeme vyzdvihnout i jistou **časovou tíseň**. Hasiči musí jednat a rozhodovat se rychle a přesně, najít vhodná východiska pro řešení některých situací. Čas se odráží i v délce zásahu nebo ve výkonu služby, která trvá 24 hodin vkuse a po tuto dobu musí být dotyčný v pohotovosti (Křepel, 2021). Další stresor můžeme označit jako **mlčení**. Přestože hasiči společně s kolegy často rekapituluji mimořádnou událost při cestě z místa zpět na základnu, nebo se sejdou později na pracovišti či jiném místě mimo pracovní dobu, je pro ně obtížné o některých svých pocitech mluvit nebo přiznat své potíže i sám sobě. Obtížnější je pak svěřit se svému nadřízenému (například z důvodu ohrožení své profesionality), i přestože jsou hasiči pravidelně školeni o možnostech pomoci po traumatickém zážitku (Jech, 2010). Už jsme zdůraznili, že: „*hasiči jdou tam, odkud jiní utíkají*“. Odvaha a statečnost u hasičů neznamena, že nemohou mít nikdy žádný strach. Hasiči vstupují do katastrofických scénářů a rizika jsou v některých případech opravdu velká, tudíž určitá míra strachu u profesionálních hasičů je normální. Jestliže jsou pocity **strachu** stále intenzivní a přetrvávají, mohou mít negativní dopad na jedince. Důležité je, aby dokázal hasič sám tyto pocity z reflektovat, nepřecenil své síly a nenechal se strachem pohltnout (Křepel, 2021).

Dle výzkumu Sperlingové (2013), kterého se zúčastnili hasiči z Přerova, vykazovalo 2 % hasičů vysokou míru stresu, 49 % střední míru stresu a 49 % nízkou míru stresu. Předmětem tohoto výzkumu bylo také zvládání stresu, kde ve výsledku používají hasiči spíše pozitivní než negativní strategie zvládání stresových situací. Závěrem hasiči tedy nevykazovali příliš vysoké míry stresu i přes náročnost jejich práce. Dle výzkumu Malíka (2007) odpovědělo 52 % hasičů, že se vnímají jako odolnější než běžná populace. Stresovou reakci u zásahu zaznamenalo až 34 % hasičů. Šváb (2006, 27) uvádí: „významně kladně ovlivňuje hladinu zátěže pohovor o náročných prožitcích s kolegy nebo s velitelem.“

5.2 Traumatická událost a rozvoj PTSD u hasičů

Hasiči se setkávají s řadou mimořádných událostí. Často se jedná o dopravní nehody, požáry (budov, lesního porostu), havárie v chemickém provozu a únik nebezpečných látek, přírodní katastrofy (zemětřesení, tornáda, sesuvy půdy, bouřky), v mimořádných případech to mohou být i teroristické útoky. Každá událost je příznačná fyzickou a psychickou náročností a představuje řadu rizik z různých pohledů. V následujícím přehledu jsou znázorněny příklady rizikových situací, se kterými se může příslušník HZS ČR setkat.

Schéma č. 1: Traumatické události u příslušníků HZS (HZS, nedat.)



Z výše uvedeného přehledu můžeme vyčíst, že tyto příklady splňují vlastnosti traumatické události – ohrožují život člověka, jeho zdraví, tělesnou či psychickou integritu a jeho hodnoty. U jedinců mohou tyto zkušenosti i přes jejich odolnost a tlumící efekt sociální opory přinést negativní následky – někdy jsou i podnětem rozvoje traumatu či dokonce posttraumatické stresové poruchy (Holubová, 2015). Hasiči jsou si vědomi toho, že se mohou dostat do situací, které by pro ně mohly být nějakým způsobem ohrožující. *„Například 74 % dotazovaných si myslí, že zážitky ze zásahů mohou negativně působit na psychiku hasiče. Celých 44 % respondentů zastává názor, že nahromadění traumatizujících zážitků může způsobit až neschopnost hasiče vykonávat svou funkci”* (Malik, 2007).

„Hasiči vykazují ve srovnání s obecnou populací vyšší psychickou odolnost a mají k dispozici dobře fungující systém posttraumatické péče. Přesto u nich byla nalezena prevalence symptomů PTSD odpovídající či převyšující odhady prevalence v běžné populaci.” (Holubová, 2015, 16). I u profesionálního hasiče se může stát, že se mu po čase začnou navracet vzpomínky na některý ze zásahů, jenž byl pro něj traumatizující. Tyto myšlenky vedou k tomu, že se jedinec nemusí cítit ve svém povolání komfortně, nesoustředí se zcela na svou práci nebo se některým situacím snaží vyhýbat. Aby překonal každodenní stresory, s nimiž jsme se seznámili v předchozí kapitole, musí vynaložit daleko více úsilí než dříve. Zátěžové faktory mohou vést až k vyčerpání informační kapacity hasiče, a ovlivnit tak nepříznivě řešení mimořádných událostí (Šváb, 2006). To může ohrozit nejen samotné jedince, ale i také kolegy či civilisty. Dotyčný se uzavírá sám do sebe, neví co se s ním děje a mnohdy se bojí se svými potížemi svěřit druhé osobě. *„Navíc, i hasiči, kteří zrovna žádnou rizikově zvýšenou symptomatiku PTSD nevykazují, jsou vlivem předchozích traumatických zkušeností potenciálně ohroženi, jelikož trauma připomínající podněty, se kterými se mohou setkat i při běžných zásazích, mohou fungovat jako spouštěče a znovu vyvolat stresovou reakci.”* (Holubová, 2015, 14).

Prevalence posttraumatické stresové poruchy u hasičů se dle různých výzkumů odlišuje, a to především z důvodu rozdílné metodologie. V prvním případě, kdy jsou výzkumy orientovány na rozvoj PTSD **po konkrétní mimořádné situaci**, se prevalence pohybuje mezi 5% - 22 %. Například po útoku na World Trade Center vykazovalo 10 % hasičů příznaky PTSD. Studie byla provedena na vzorku 10 074 hasičů v letech 2001-2005. Mezi nejčastější symptomy PTSD patřilo znovuprožívání události či vyhýbání se obdobným

situacím (Berninger et al., 2010). **Živelné pohromy** vykazovaly větší skóre. Například po hurikánu Katrina se jednalo až o 22 % hasičů se symptomy PTSD. Studie byla provedena na vzorku 525 hasičů a sběr dat probíhal 7-13 týdnů od události (Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Obdobný výsledek 21,4 %, byl získán na souboru profesionálních hasičů, kteří zasahovali u zemětřesení na Taiwanu. V tomto výzkumu bylo také zjištěno, že rozvoj symptomů PTSD je ohrožující pro jedince vyššího věku (Chang et al., 2003). V roce 2020 byl taktéž proveden výzkum zaměřený na prevalenci PTSD, konkrétně na 102 profesionálních hasičů z Řecka, kteří zasahovali v té době u náročných rozsáhlých požárů a byla zjištěna prevalence příznaků PTSD 18,6 % (Thelertise et al., 2020).

Konkrétní symptomy u hasičů se projevují únavou, ztrátou koncentrace, nečinností, poruchami spánku, sociální apatií, vyhybavým chováním, absencí na pracovišti a problémy v sociální výkonnosti a vztazích (Bartlett et al., 2019). U hasičů byla provedena studie zaměřená na pracovní omezení z důsledku traumatické události a rozvoje symptomů PTSD Kimem et al. (2019). Celková prevalence pracovního omezení činila 21,5 %. Z toho 16,8 % z nich bylo omezeno ve schopnosti vykonávat profesi v důsledku fyzické pracovní náročnosti a 15,5 % bylo omezeno ve výkonu z důvodu psychosociální pracovní náročnosti.

Na PTSD u hasičů vyskytující se **obecně** (tj. není ohraničena konkrétní událostí) byl proveden výzkum na 164 kanadských hasičích. Ve výsledku se u 7 % objevily symptomy PTSD (Regerh et al., 2001). Výzkum, který byl zaměřen na 274 profesionálních hasičů z Iráku, potvrdil prevalenci PTSD u 23,17 % profesionálních hasičů (Sahebi et al., 2020). Český významný výzkum provedla Holubová (2015). Porovnávala vzorek 302 českých hasičů a 2241 evropských hasičů. Výzkum se zaměřoval nejen na posttraumatický stres, ale také na posttraumatický rozvoj. „*U českých hasičů byla sledována nižší míra znovuprožívání a zvýšené dráždivosti, které jsou symptomy posttraumatické stresové poruchy, a naopak vykazovali ve vyšší míře posttraumatický růst. Tento příznivý výsledek může být mimo jiné odrazem kvalitně prováděného výběru příslušníků HZS ČR a dobrou psychologickou péčí o ně. Ta zahrnuje kromě posttraumatické péče (systém CISM) především prevenci ve formě vzdělávání*” (HZS, nedat.).

Zmiňme také výzkumy provedené na profesionálních hasičích ČR zejména v rámci výzkumu diplomových prací. Výzkum Bláhové (2021) zaměřený na prevalenci symptomů posttraumatické stresové poruchy a copingové strategie u jednotek IZS (tedy nejen hasičů, ale i záchranářů a policistů) zjistil celkovou prevalenci symptomů PTSD v souboru 518

respondentů konkrétně u 9,3 % hasičů. U profesionálních hasičů nemusí traumatická situace rozvinout pouze negativní následky, ale je pozitivní změnou, tedy podnětem pro rozvoj posttraumatického růstu (HZS, nedat.). Na posttraumatický růst se zaměřovala kvalitativní studie osmi profesionálních hasičů HZS ČR, u všech respondentů potvrdila posttraumatický růst po traumatické události, který se objevil pozitivním rozvojem v těchto oblastech - změny ve vlastnostech, vděčnost, vztahy s druhými lidmi, spiritualita a vnímání změn ve svém životě Bencová (2020).

5.3 Posttraumatická intervenční péče HZS ČR

Posttraumatická intervenční péče (zkr. PIP) je „*péče poskytnutá příslušníkovi HZS ČR, který v souvislosti s plněním úkolů prožil traumatizující událost, která může negativně ovlivnit jeho další výkon služby. Cílem je redukovat tzv. náraz kritické události a poskytovat péči k omezení negativních dopadů na psychiku zasaženého i možnosti vzniku posttraumatické stresové poruchy.*” (HZS, nedat.).

O posttraumatickou péči u HZS se stará v jednotlivých krajích ČR tzv. **tým posttraumatické péče** (zkr. **TPP**). Za činnost, vedení a vzdělávání každého intervenčního týmu zodpovídá **koordinátor** a zpravidla se jedná o psychologa daného HZS kraje. Členy intervenčního týmu jmenuje ředitel HZS daného kraje.

Pro člena týmu posttraumatické péče platí:

- může se jím stát příslušník nebo zaměstnanec HZS, jenž se o oblast pomoci touto formou zajímá, projde výcvikem CISM, a také odbornou přípravou v poskytování první psychické pomoci;
- nabízí v přímé časové souvislosti s traumatizující událostí bezodkladnou primární pomoc či následnou péči příslušníkovi HZS ČR v následujících dnech a týdnech po události;
- měl by být schopen stabilizovat psychický stav zasažené osoby tak, aby se nezhoršil, dokázal jej zahrnout pocitem bezpečí a pomoci mu zajistit základní potřeby nebo jej případně předat do další péče;
- řídí se etickými zásad pomáhajících profesí, právními normami a využívá své odborné kvalifikace;

- při výkonu profese je nezávislý, zároveň je povinen zachovávat mlčenlivost v souvislosti s činností v TPP a je povinen zachovávat anonymitu příslušníka HZS ČR, kterému poskytuje intervenci;
- smí poskytnout intervenci na pracovišti příslušníka HZS ČR, na pracovišti člena intervenčního týmu, či na jiném dohodnutém místě (HZS, nedat.).

Psychologové HZS svou práci staví na systému **Řízení stresu při kritických událostech nebo Strategická aplikace krizové intervence (Critical Incident Stress Management – CISM)**. Jedná se o komplexní systém zahrnující tři fáze:

1. Před mimořádnou událostí jde o **preventivní programy a vzdělávání** hasičů.
2. Během mimořádné události nabízí **první pomoc** bezprostředně na místě události.
3. Po absolvování události přináší techniky typu **debriefing** (technika na základě skupinové dynamiky 2-10 zasažených hasičů, kterou vede psycholog a další dva členové TPP, její zahájení je zpravidla 72 hodin po události a trvá nejméně po dobu tří hodin), nebo **defusing** (technika pro 1-3 zasažené hasiče, kterou vede psycholog a jeden člen TPP, zahajuje se do 8 hodin po traumatické události a trvá přibližně 20-90 minut) (HZS, nedat.).

Na poskytnutí posttraumatické intervenční péče má nárok každý příslušník HZS ČR, a to v jakémkoliv časovém období od prožití traumatické události. O pomoc si může požádat sám zasažený hasič nebo jeho nadřízený, jestliže postižený vykazuje značné projevy stresové reakce nebo byla událost mimořádného charakteru.

V následujícím přehledu Statistické ročenky (2021) je zobrazen počet příslušníků HZS, kteří se obrátili na pomoc psychologa sboru v letech 2003-2020 či člena z týmu posttraumatické péče v období od roku 2010-2020.

Tabulka 4: Přehled poskytované PIP u příslušníků HZS za rok 2003 – 2009 (Statistická ročenka, 2021)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PIP poskytovaná psychologem	124	208	128	108	111	81	72

Tabulka 5: Přehled poskytované PIP u příslušníků HZS za rok 2010 – 2020 (Statistická ročenka, 2021)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIP poskytovaná psychologem	164	75	123	167	137	286	192	205	237	177	416
.40 poskytovaná TPP	126	203	169	224	219	215	248	253	304	325	289

Z výzkumu Malíka (2007) by posttraumatickou intervenční péčí doporučilo pět z deseti hasičů. Psychologa by samo od sebe nenavštívilo 36 % hasičů, z toho 20 % z důvodu obav ohledně služebního poškození. „Na nabídku setkání hasičů po zásahu s psychologem, kde by byl zásah konzultován z psychologického pohledu, se 23 % hasičů vyslovilo vyloženě proti tomuto setkání a 32 % by si ho spíše nepřálo. Naproti tomu by toto setkání uvítalo 28 % respondentů.“ Dále 15 % hasičů nevědělo, co si představit pod posttraumatickou intervenční péčí. Obdobně vyšel i výzkum Sperlingové (2013), kdy 13 % respondentů nemá přehled o posttraumatické intervenční péči. PIP by nevyhledalo 27 % hasičů, 32 % se vyjádřilo nerozhodně a 41% respondentů by pomoc touho formou uvítalo.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Oblast výzkumu

Teoretická část předložené práce objasnila problematiku traumatických událostí, rozvoje traumatu a posttraumatické stresové poruchy. Zmínili jsme základní informace o Hasičském záchranném sboru ČR, včetně psychologické služby, která nabízí možnost odborné pomoci hasičům po zásahu u mimořádných situací. Z výše uvedených poznatků vyplývá povaha empirické části, v níž seznámíme čtenáře s kvalitativním výzkumem zaměřeným na traumatickou událost u příslušníků HZS. Sběr dat byl realizován prostřednictvím rozhovorů s profesionálními hasiči, kteří se v rámci výkonu profese hasiče účastnili zásahu u mimořádné události, jež považují za traumatickou. Sdělenou zkušenost našich respondentů jsme analyzovali za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy. V následujících kapitolách se blíže podíváme na výzkumný problém, hlavní a vedlejší cíl výzkumu a výzkumné otázky.

6.1 Vymezení výzkumného problému

Výzkumným problémem této práce rozumíme prožívání traumatických událostí u profesionálních hasičů.

Již jsme zmínili, že jedinci musí způsobilost pro výkon profese hasiče splňovat stanovená kritéria. Tyto kompetence jsou ověřovány sérií fyzických a psychických zkoušek. V řadách hasičů proto narazíme především na velmi odolné jedince, kteří dokáží denně zvládat nejen fyzicky, ale také psychicky náročné situace. Pro jejich překonání je vyžadováno rychlé a přesné jednání a rozhodování se v časové tísní. Ačkoliv se profesionální hasiči připravují v rámci služby (např. účast na školení či cvičení, předávání zkušeností mezi kolegy) nebo z vlastní iniciativy (fyzická příprava, kvalitní odpočinek, duševní hygiena) a postupně jsou letitou praxí „*otuzováni*“, může některý ze zásahů vyvolat u dotyčného více pocitů, či dokonce ohrozit jeho vlastní integritu. Hasiči se stávají svědky traumatických událostí, přičemž se často jedná o tragické nehody s více oběťmi, nebo jsou to případy, kdy se ocitnou sami hasiči v blízkém ohrožení života sebe či svých kolegů. Po dokončení boje a splnění svého poslání při zásahu přichází „*boj sám se sebou*“ a vstupuje mnoho faktorů ovlivňujících následné prožívání a vyrovnávání se s traumatickou událostí. Profesionálním hasičům může být poskytnuta posttraumatická intervence psychologem HZS nebo členem týmu posttraumatické péče (TPP), vzájemná pomoc a podpora probíhá také mezi kolegy, či mají jedinci své vlastní strategie zvládnání těchto mimořádně zátěžových situací. Ani u hasičů

nemůžeme vyloučit možné následky traumatické zkušenosti, jež mohou nabýt podobu posttraumatické stresové poruchy.

V našem výzkumu se zaměřujeme zejména na prožívání a chování hasičů po traumatické události a snažíme se porozumět jimž zkušenostem. Dále popisujeme faktory a okolnosti, které ovlivnili vyrovnávání se dotyčných s událostí. Zabýváme se vlivem pracovního kolektivu, psychologické služby či individuálními strategiemi zvládní mimořádných událostí. U jedinců, kteří pocítili po traumatické události určité změny nebo se potýkali s potížemi, tyto aspekty podrobně popisujeme a dohledáváme možné zdroje a souvislosti v rozvoji těchto následků. V neposlední řadě zkoumáme vliv těchto důsledků v souvislosti s pracovním prostředím.

6.2 Cíle výzkumu

Hlavním výzkumným cílem je porozumění prožívání jedinců se zkušeností traumatické události, které příkládají v rámci profese hasiče největší významnost. V rámci hlavního cíle výzkumu se zabýváme utvářením významu žité zkušenosti člověka a jeho vývoje v časovém rozmezí ihned po události, s odstupem dní, měsíců až let. Dále zkoumáme důležitost faktorů, které vstupovaly do prožívání jedince po traumatické události, přičemž vnímáme každou osobu jak bio-psycho-sociálně-spirituální jednotu. Související změny nebo omezení typické pro posttraumatickou stresovou poruchu detailně popisujeme a zjišťujeme vliv těchto důsledků na osobní a profesní život.

Vedlejší cíl zahrnuje mimo hlavní probíranou zkušenost také prožívání profesionálních hasičů po dalších mimořádných událostech. Zajímáme se opět různými faktory, které působí na průběh vyrovnávání se s těmito situacemi obecně. Cílem je zmapovat oblast zvládní zátěžových situací v rámci individuálních možností a potřeb daného člověka, proces komunikace mezi profesionálními hasiči po zásahu, jakožto formy sociální opory a v neposlední řadě činnost posttraumatického intervenčního týmu a psychologa u HZS ČR.

6.3 Výzkumné otázky

Před samotným zahájením výzkumu byly formulovány výzkumné otázky. Výzkumné otázky směřují především k hlavní probírané traumatické události, pro větší orientaci v problematice aplikujeme otázky na další mimořádně zátěžové události uvedené

respondenty, a obohacujeme o další témata, které vplynuly v průběhu výzkumu. Ve výsledku jsme se dobrali k těmto otázkám:

VO č. 1: Jak traumatická událost ovlivnila prožívání u profesionálních hasičů?

VO č. 2: Jaké faktory působily na zvládání a vyrovnávání se s traumatickou událostí u profesionálních hasičů?

VO č. 3: Jaké symptomy PTSD se rozvinuly po traumatické události u profesionálních hasičů?

VO č. 4: Jaký měla traumatická událost u profesionálních hasičů dopad v pracovním prostředí?

7 Výzkumný soubor

V této části práce seznamujeme čtenáře s výběrem výzkumného vzorku a charakteristikou výzkumného souboru.

7.1 Výběr výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek jsme získali pomocí nepravděpodobnostní metody, konkrétně jsme použili **metodu záměrného (účelového) výběru**. Metoda záměrného výběru spočívá v cíleném vyhledávání respondentů, již splňují předem stanovená kritéria a souhlasí s účastí ve výzkumu. Metodu výběru výzkumného vzorku jsme specifikovali na **metodu záměrného výběru přes instituci**, jež umožňuje proniknout k jedincům z hledané cílové skupiny (Miovský, 2006). V rámci výběru vzorku pro náš výzkum jsme oslovili krajské psychology Hasičského záchranného sboru ČR. Byli nám poskytnuty kontakty na profesionální hasiče, kteří splňovali kritéria výběru (viz dále) a byli ochotni se se svou zkušeností podělit. Příslušní psychologové se s účastníky výzkumu předem domluvili a obeznámili je, že se ve výzkumu budeme dotazovat na jejich prožitou traumatickou zkušenost. Toto sdělení považujeme za důležité z toho důvodu, aby byli dotyční předem připraveni o tomto tématu hovořit, popřípadě měli možnost od účasti ve výzkumu odstoupit. Po odsouhlasení předali psychologové kontakty hasičů a ti byli následně osloveni telefonicky a seznámeni s podrobnějším průběhem výzkumu.

Pro výběr respondentů byla stanovena tato **kritéria**:

1. jedinec prožil mimořádně traumatickou událost při výkonu profese hasiče;
2. jedinec vnímal zvládání a vyrovnávání se s událostí za mnohem náročnější než po jiných mimořádných událostí;
3. u jedince přinesla traumatická událost změny, omezení či potíže;
4. jedinec nevykazuje v současné době známky posttraumatického stresu.

Následně jsme zohlednili pro účast ve výzkumu především kritéria č. 1, č. 2 a č. 4. Ve spolupráci s krajskými psychology byly doporučeny takové osoby, které událost zažily s odstupem let, a dokázali ji zpracovat, aby realizace rozhovoru neměla na jedince negativní dopad. Kritérium č. 4, tedy přínos změn, omezení či potíží po prožití traumatické události, bylo naplněno pouze částečně, a to i z důvodu citlivosti tématu nebo obav na profesní dopad.

Psychologové nám nadále sdělili, že ačkoliv někteří jedinci vykazovali příznaky PTSD, nebyla tato porucha žádnému z těchto jedinců přímo diagnostikována.

7.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří pět profesionálních hasičů. Jedná se o muže ve věkovém rozpětí od 39 do 50 let. Doba výkonu povolání se pohybuje od 15 do 23 let.

Nejkratší doba od traumatické události je 3 roky, nejdelší 18 let. U jednoho z participantů uvádíme dvě traumatické události. Všichni jedinci pracují i v současné době jako profesionální hasiči, tři z nich jsou členy týmu posttraumatické péče (TPP) a v čase události vykonávali tři z nich funkci hasiče a dva velitele družstva.

V následující tabulce vidíte jednotlivé respondenty a jejich základní údaje (jména respondentů jsou záměrně pozměněna).

Tabulka 6: Výzkumný soubor

Jméno	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Výkon povolání	Doba od události	Funkce v době události	Člen TPP
Oliver	42	Ženatý	SŠ s maturitou	15 let	5 let	hasič	Ne
Viktor	44	Ženatý	SŠ s maturitou	23 let	10 let/18 let	velitel	Ano
Kryštof	39	Svobodný	SŠ s maturitou	19 let	5 let	velitel	Ano
Luděk	40	Ženatý	Vysokoškolské	19 let	3 roky	hasič	Ne
Čestmír	50	Ženatý	Vysokoškolské	20 let	6 let	hasič	Ano

8 Metodologický rámec výzkumu

V této kapitole se zaměřujeme na metodologii našeho výzkumu.

8.1 Typ výzkumu

Empirická část práce využívá **kvalitativního výzkumu**. Ferjenčík (2000, 245) definuje kvalitativní výzkum takto: „*kvalitativní výzkum je ve své povaze orientovaný holisticky: člověk, skupina, jejich produkty, či nějaká událost jsou zkoumány podle možnosti v celé své šíři a všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech.*” Miovský (2006) vyzdvihuje u kvalitativního výzkumu principy jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuality, procesualnosti a dynamiky. Při práci s nekvantifikovanými či nekvantifikovatelnými vlastnostmi je využíváno kvalitativních metod.

Základní charakteristiky kvalitativního výzkumu a jeho výsledky jsou charakterizovány těmito body:

- provedení spočívá v dlouhodobém a intenzivním kontaktu s terénem, situací jedince či skupiny; cílem výzkumu je objasnění toho, jak lidé dané prostředí a situace vnímají a jak reagují;
- k získávání dat se využívají málo standardizované metody, hlavním instrumentem je sám výzkumník; data v kvalitativním výzkumu jsou v podobě terénních poznámek z rozhovorů a pozorování, fotografií, audionahrávek, videozáznamů, deníků, úředních dokumentů a dalších;
- výzkumník získává integrovaný pohled na danou problematiku, kontextovou logiku a zachycuje explicitní a implicitní pravidla fungující v dané oblasti;
- úkolem výzkumníka je izolovat určitá témata, projevy či datové konfigurace; při analýze a interpretaci dat podrobně popisuje, co pozoroval a zaznamenal, hledá významy a pokouší se o pochopení dění (Hendl, 2012).

Z metodologického hlediska se povaha práce blíží zmíněným charakteristikám, a proto jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkum – snažíme se co nejlépe zachytit situaci jedinců, co prožili traumatickou událost. Kvalitativní metody umožňují získat podrobných informací od těchto jedinců a při následné analýze se výzkumník pokouší pochopit, hledat a popsat významy prožívání těchto jedinců a závěry zkušeností respondentů interpretovat.

Jako typ výzkumu byla použita **případová studie**. V centru pozornosti případové studie se nachází případ – objekt našeho zájmu (jedinec, skupina jedinců, organizace apod.). „Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem” (Miovský, 2006, 94). Nejjednodušší formou případové studie rozumíme **jednopřípadovou studii**, kdy se zajímáme o podrobnou studii jedné osoby. Zaměřujeme na předem vytyčené oblasti života a sestavujeme celkový obraz daného případu v širokých souvislostech, přičemž musí být strukturován výzkumnými otázkami a cíli (Hendl, 2012). Pokud do studie vstupují alespoň dva případy, označujeme typ výzkumu za **vícepřípadovou studii**. Tento typ případové studie zachycuje závěry a interpretaci skupiny případů, přičemž slouží k hledání nové nebo nově tvořící se teorie (Chrastina, 2019).

V naší práci stojí ve středu našeho zájmu **skupina jednotlivců** – pět profesionálních hasičů, a proto užíváme vícepřípadové studie. Snažíme se se zachytit jednotlivé obrazy těchto případů a následně popsat shody a rozdíly mezi případy, přičemž jsou všechny ohraničeny výzkumnými cíli a otázkami.

8.2 Metody získávání dat

Získávání dat proběhlo ve formě **polostrukturovaných rozhovorů**. Miovský (2006) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor řeší mnoho nevýhod rozhovoru strukturovaného či nestrukturovaného. Výzkumník si připravuje otázky pro účastníka předem, ale v průběhu rozhovoru může jejich pořadí zaměnit, smí některé otázky vynechat, pozměnit či doplnit dle jeho uvážení tak, aby maximalizoval výtěžnost rozhovoru. Minimum témat a okruhů, které musíme v průběhu rozhovoru s respondentem probrat, se označuje jako **jádro interview**. Dle Hendla (2012) by se měl výzkumník vyznačovat dobrými komunikačními dovednostmi, citlivostí, koncentrací, interpersonálním porozuměním a disciplínou a v průběhu pečlivě naslouchal, vyjadřoval zájem, udržoval neutrální postoj a sebekriticky monitoroval sám sebe. Před začátkem rozhovoru je důležité udělení souhlasu respondenta se způsobem záznamu rozhovoru a je výhodné se zaměřit na prolomení psychické bariéry. **Úvodní otázky** by se měly týkat méně problematických skutečností, později se doptáváme, zachycujeme názory a pocity účastníka. Pokud je mezi dotazovaným a tazatelem vytvořena důvěrná atmosféra, smíme klást i **citlivější otázky**, jež jsou pro nás stěžejní, avšak mohou často

vyvolat záporné reakce. **Na závěr rozhovoru** je dobré respondentovi namotivovat tématem, které je pro něj příjemné, přičemž i v této fázi můžeme získat užitečné informace.

Polostrukturovaný rozhovor byl pro náš výzkum ideální volbou metody získávání dat. Předem byly vytvořeny takové otázky, aby směřovaly k naplnění výzkumných cílů a otázek (viz Příloha 4: Schéma rozhovoru). Vzhledem k jedinečnosti každého případu jsme v průběhu rozhovoru otázky přizpůsobili tak, aby byly pro daný případ přiléhavé a získali maximálně užitečné informace. Abychom naplnili **jádro rozhovoru**, musely být probrány tyto tematické okruhy:

- **prožívání respondentovi po traumatické události** – v tomto okruhu nás respondent seznámil s traumatickou zkušeností a podrobně popsal své reakce, prožívání a chování ihned po události, a také s odstupem času;
- **zvládání a vyrovnávání se s traumatickou událostí** – v dalším okruhu jsme se zaměřili na možnosti, které napomohly jedinci vyrovnat se s událostí, středem zájmu byla sociální opora pracovního kolektivu, práce posttraumatického intervenčního týmu, krajských psychologů HZS ČR a další individuální strategie
- **rozvoj symptomů PTSD po traumatické události** – v posledním okruhu jsme se zajímali o zkušenosti jedinců, u kterých vyvolala traumatická událost symptomy posttraumatické stresové podoby. Dotazy směřovaly na konkrétní podobu změn a potíží a jejich vliv na osobní a profesní život účastníka.

Sběr dat byl realizován v listopadu a prosinci roku 2021. Každý respondent byl kontaktován telefonicky, dostal základní informace o výzkumníkovi a samotném výzkumu a následně proběhla domluva na termínu a místě rozhovoru. S respondenty proběhlo setkání vždy individuálně přímo na jejich pracovišti. Se dvěma účastníky byl rozhovor veden v kavárně. Prostředí bylo pro respondenty i výzkumníka nerušené, příjemné a dostatečně diskrétní. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí 45-75 minut.

V úvodu každého setkání proběhlo představení se a seznámení s okolnostmi výzkumu. Respondenti byli stručně informováni o účelech výzkumu, časové náročnosti rozhovoru, použití záznamového zařízení a o etických aspektech výzkumu. Účastníci svou účast ve výzkumu stvrdili podepsáním informovaného souhlasu. Před zahájením rozhovoru bylo zapnuto hlasové nahrávání na mobilním telefonu, které bylo užito po celý zbytek

rozhovoru. Na začátku poskytl respondent základní údaje o své osobě (věk, vzdělání, rodinný stav, délka výkonu profese, vykonávaná funkce) a obecné informace k výkonu profese a zátěžovým situacím. Následně byl jedinec pobídnut k zaměření se na konkrétní traumatickou událost, přičemž tazatel zdůraznil, že nemusí líčit podrobnosti o průběhu události. I přes tuto skutečnost se většina respondentů s průběhem traumatické události svěčila. Zpočátku byly kladeny otázky na popisná téma, tudíž jedinci mohli získat jistotu, rozpovídali se a mohli jsme tak navázat důvěru a soustředit se na jádro výzkumu. Po celou dobu byl sledován stav jedince, probíhala slovní podpora, poděkování za informace, parafrázování a ověřování porozumění získaným datům.

V závěru rozhovoru proběhlo spontánní povídání o profesi hasiče, jež mělo respondenta příjemně namotivovat a podpořit dobré naladění. Respondenti měli rovněž možnost doplnit jakékoliv další informace a podat zpětnou vazbu. Při rozloučení proběhlo poděkování dotyčnému za cenné informace, jeho ochotu a čas, který výzkumu věnovali.

8.3 Metody fixace, zpracování a analýzy dat

Získaná data byla **fixována** na datovou matici ve formě audionahrávky. Zvukový záznam je autentický a umožňuje zachytit rozhovor nejen po obsahové stránce, ale i kvalitu mluveného slova (sílu hlasu, pauzy, důraz apod.). Záznam nese také kontrolní funkci – díky němu můžeme podchytit další významy, kterým jsme nepřikláněli v průběhu interview pozornost (Miovský, 2006). V našem případě jsme využili fixace na diktafon na mobilním zařízení umístěného tak, aby nenarušovalo průběh rozhovoru, a zároveň byla nahrávka zřetelná. Následně byl záznam přesunut z mobilního telefonu do počítače. Pro analýzu dat jsme nahrávku ponechali pouze v počítači a bude smazána po obhajobě práce. Všichni respondenti byli s touto skutečností seznámeni a své svolení potvrdili podpisem v informovaném souhlasu.

Dalším krokem bylo **zpracování a analýza dat** – data management. Práce s kvalitativními daty má cyklickou povahu, tzn. jednotlivé fáze získávání, zpracování i analýzy dat se prolínají a mohou se vzájemně ovlivňovat (Miovský, 2006). Prvním krokem při práci s daty byla doslovná transkripce z audionahrávky do textové podoby. Každý rozhovor byl poté zkontrolován opakovaným poslechem a doplněn různými poznámkami a dojmem pozorovatele, které mohly být důležitým ukazatelem pro další fázi práci s daty. Pro větší přehlednost a plynulejší podobnost textu jsme provedli redukci prvního řádu.

Miovský (2006) do redukce prvního řádu zahrnuje vymazání slov tvořících tzv. slovní vatu a informace, které nenesou významnou informační hodnotu. Textové soubory byly následně přesunuty do programu ATLAS.ti. za účelem přehlednou analýzu dat.

V našem výzkumu zohledňujeme použití **interpretativní fenomenologické analýzy**. Tento přístup jsme zvolili, jelikož se zabývá žitou zkušeností člověka. „*Pomáhá nám detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu*” (Řiháček, Dytych & Čermák, 2013, 9). Zkušenost je konstruována jako výsledek sdílení výzkumníka a respondenta, k interpretaci dochází s určitou opatrností a závěry analýzy považujeme za prozatímní (Řiháček, Dytych & Čermák, 2013).

Při práci s daty jsme se opírali o postupy IPA – přepisy byly opakovaně pročitány, zachytili jsme významné části textu a přidali naše poznámky a komentáře. Následně jsme zmapovali nejdůležitější rodící se témata a pokusili nalézt vztahy mezi nimi. Tento proces byl aplikován i na další participanty a došlo k hledání souvislostí u jedinců a k propojení jednotlivých případů. Výsledky analýzy jsou interpretovány z perspektivy jednotlivých případů a perspektivy jednotlivých témat.

8.4 Etické aspekty výzkumu

Všichni jedinci vstoupili do výzkumu zcela **dobrovolně** a měli možnost z výzkumu kdykoliv odstoupit i bez udání důvodu.

Respondenti byli na úvodu výzkumu **seznámeni s jeho podstatou, záměry**. Dále byli informováni, že nemusí odpovídat na všechny otázky a mají možnost v průběhu výzkumu **klást dotazy** výzkumníkovi. Každý participant **souhlasil s audiozáznamem** rozhovoru na mobilním telefonu. Bylo jim slíbeno, že datová matrice zůstane pouze v rukou autorky výzkumu, a bude smazána nejpozději po obhajobě bakalářské práce. Jejich jména nebo jiné identifikační údaje jsou záměrně pozměněny z důvodu **zachování plné anonymity**.

Vzhledem k citlivosti tématu traumatické události jsme před zahájením rozhovoru ověřili, zda jsou jedinci připraveni o problematice hovořit. Všichni jedinci nám sdělili, že v současné době **mají traumatickou událost zpracovanou a nepocít'ují žádné potíže**.

Podepsáním informovaného souhlasu nám všechny výše uvedené informace potvrdili (viz Příloha 5: Informovaný souhlas).

9 Výsledky výzkumu

V této části práce se zaměřujeme na samotné výsledky výzkumu, zodpovězení výzkumných otázek a naplnění cílů výzkumu.

9.1 Respondenti a traumatická událost

Tuto kapitolu věnujeme rozboru jednotlivých zkušeností respondentů, přičemž se zaměřujeme na **konkrétní traumatickou událost**, již označil respondent v rámci své profese hasiče za nejvýznamnější. Součástí rozboru každého případu jsou základní údaje o dané osobě, doba od události a funkce při zásahu. Nastíníme důležité okolnosti stručný traumatické události a popíšeme subjektivní pohled respondenta na událost. Zajímáme se především o jedincovo prožívání a důležité okolnosti vstupující do vnímání zkušenosti v časovém úseku počínajícího ukončením zásahu a mapujeme jejich proměny s časovým odstupem. Interpretaci jednotlivých zkušeností podkládáme přímými citacemi respondentů.

U každého účastníka výzkumu **záměrně pozměňujeme identifikační údaje** (jméno, či jména dalších figurujících osob, název bydliště, pracoviště a události) abychom zachovali plnou anonymitu dotyčných. V původní formě uvádíme respondentův věk, vzdělání, rodinný stav, dobu výkonu profese, dobu uplynutí od traumatické události a vykonávanou funkci v čase události a také v současnosti.

- **Oliver**

Setkání s prvním participantem proběhlo v prostorech jeho pracoviště – na požární stanici HZS. Oliverovi je 42 let, má středoškolské vzdělání, je ženatý a má dvě děti. Nyní pracuje jako profesionální hasič již 15 rokem. V současnosti Oliver vykovává funkci hasič – strojník.

Oliver se svěřil s traumatickou událostí, u které zasahoval jako profesionální hasič před pěti lety společně se dvěma dalšími hasiči a vedoucím družstva. Jednalo se o odklizení následků tragické **dopravní nehody** se třemi oběťmi, včetně dětí. K náročnosti situace přispěly okolnosti jako nepříznivé počasí a dlouhé trvání zásahu (od šesté hodiny večerní až do brzkých ranních hodin).

V následujících hodinách, dnech a týdnech po události nenastaly u Olivera **žádné neobvyklé změny**. Na další pracovní směně proběhl ve společnosti psychologa HZS debriefing a účastníci zásahu popisovali průběh události z vlastní perspektivy. Oliver tedy

sdílel svou zkušenost s psychologem, ale jednalo se především o popis postupů při zásahu než o jeho prožitek. O události se taktéž zmínil před rodiči, ale v danou chvíli jí nepřikládal zásadní význam. Jako obvykle se snažil odreagovat po náročném pracovním dni skrz sportovní aktivity a další měsíce pokračoval v povolání bez značných obtíží.

- **Oliver:** „*Těžká dopravní nehoda, tři mrtví nebo kolik, nějaký děti tam byly. Ale že bych šel, škrábal se na hlavě a měl toho plnou hlavu... To si nějak nevzpomínám, že by to tak bylo.*”

Šest měsíců od události se dostal Oliver to složité životní situace v oblasti partnerství, kdy ukončoval vztah s partnerkou, přecházel do jiného vztahu a s novou partnerkou očekával příchod potomka.

- **Oliver:** „*Najednou si říkám, teď bude rodina. A to všechno, co jsem měl rád, tak skončí.*”

Následovalo přibližně deset dní, kdy se Oliverovi začaly vynořovat nepříjemné vzpomínky z dopravní nehody, a také z rozchodu s bývalou přítelkyní. Vraccující se vtíravé myšlenky u něj podnítily problémy se spánkem, kdy čtyři noci nedokázal usnout, poprvé si musel vzít prášek na spaní a budily se s nočními můrami s obsahem rozchodu s bývalou partnerkou. Tyto okolnosti vedly **k rozvoji prvních potíží**.

- **Oliver:** „*Říkám, to fakt vyvrcholilo za toho půl roku.*”

Zlomovým okamžikem bylo pro Olivera ráno, kdy se probudil s pocity strachu a bezmoci. Tyto pocity, společně s problémy se spánkem a opakujícími se myšlenkami, vyústily v to, že **nedokázal jít do práce**.

- **Oliver:** „*Jedno ráno jsem se vzbudil, že prostě nejdu do práce a nevěděl jsem proč. Bylo to v takovém stavu, kdy jsem ležel a čuměl nahoru a takovej úplně vyplej. Takovej stav strachu, bezmoci, něčeho takovýho.*”

Oliver si přiznal, že nad těmito problémy nevyzraje sám, svou situaci oznámil nadřízenému, využil zbytkové dovolené, a poté oslovil kolegu z HZS, který je zároveň členem posttraumatického intervenčního týmu. Poprvé se tak druhé osobě svěřil se svými potížemi a na podnět kolegy se obrátil na pomoc psychologa HZS. Oliver navštěvoval psychologa po dobu tří měsíců v počtu přibližně osmi setkání. I přes jeho stav mu bylo umožněno pokračovat v práci profesionálního hasiče a v době jeho rekonvalescence vykonával práci pouze na požární stanici, přičemž se nemusel účastnit zásahů u mimořádných událostí. Jeho problémy mu nedovolily výjezdy absolvovat – obdobné situace u Olivera vyvolávaly negativní emoční reakce, a také tělesné problémy. Oliver se

nedokázal odreagovat ani mimo prostředí práce, dokonce mu potíže znemožnily sportovat. U Olivera se značně **projevily symptomy PTSD**. S potížemi se intenzivně střetával čtvrt roku od propuknutí. Díky spolupráci s psychologem, podpory u kolegů, přátel a rodiny odezněly potíže úplně po několika dalších měsících. Oliver dnes vnímá celou zkušenost jako velmi obohacující a cítí celkový posun ohledně přístupu a postoje k výkonu povolání hasiče.

- **Viktor**

Setkání s druhým participantem proběhlo v prostorech jeho pracoviště – na požární stanici HZS. Viktorovi je 44 let, má středoškolské vzdělání, je ženatý a má dvě děti. Nyní pracuje jako profesionální hasič již 23. rokem. V současnosti Viktor vykovává funkci velitele družstva a je rovněž členem posttraumatického intervenčního týmu.

První událost, se kterou se Viktor svěřil, se odehrála před deseti lety. Za traumatickou zkušenost považuje Viktor zásah u **tří dopravních nehod** ve sledu časového úseku jednoho týdne. U těchto dopravních nehod působil jako velitel družstva. Zásahy byly velmi náročné po fyzické i psychické stránce, přesto se následující hodiny, dny a týdny od události u Viktora neprojevily **žádné neobvyklé změny**. Následující směnu proběhl pod jeho vedením debriefing a účastníci nehod sdíleli postupy a svou perspektivu na událost s ostatními, a to bez účasti psychologa. Po měsíci a půl zaregistrovala Viktorova manželka změny v jeho chování, jež si Viktor zpočátku nechtěl přiznat. Později si začal všimnout, že si nedokáže vybavit různé úseky při automatických úkonech, např. při řízení auta.

- **Viktor:** „No samozřejmě od začátku jsem to bagatelizoval, říkal jsem, že se vůbec nic neděje, a to trvalo tak deset dnů, a pak jsem u sebe začal vnímat úplně mimoděk tady ty věci, že jsem se nesoustředil na určitý časový úsek, nebo jsem si nepamatoval určitou část.“

Viktorovy problémy vygradovaly přibližně po **třech měsících**. Uvědomil si závažnost své situace, a proto se obrátil na pomoc psychologa HZS. V průběhu sezení společně došli k závěru, že jeho potíže jsou odpovědí na sled dopravních nehod, přičemž hlavním spouštěčem bylo necitlivé chování lékaře přítomného u těchto tří autonehod. K této skutečnosti napověděly také vracející se myšlenky a obrazy zraněných lidí z událostí či slovní projevy doktora.

- **Viktor:** „Během jednoho týdne se v podstatě nahromadily tři hodně závažné dopravní nehody a dost traumatizující byla zranění těch postižených. A tím spouštěčem bylo necitlivé chování vyhořelého pana doktora, který se choval nevhodně. Shodou okolností byl u všech

tří událostí a v podstatě se rozjela tato porucha navázaná na hrubé chování k těm zraněným.”

Tyto problémy Viktora nijak **neomezovaly ve výkonu práce** a díky intervence psychologa a podpory blízkých potíže postupně odezněly. Za jediný současný dopad události považuje „**vypínání**” paměti na lidské obličeje při zásazích u dopravních nehod, přičemž sám tuto reakci vnímá jako obranu.

- **Viktor:** „*Sám jsem si uvědomil, že u dopravních nehod vypínám obličeje. Můžu s tím člověkem komunikovat půlhodiny, dělat mu resuscitaci a já, kdybych ho podruhé nepotkal, tak já ho nepoznám. Prostě odstřihávám obličeje od těch událostí, přitom mám výbornou paměť na obličeje.*”

Nyní Viktor nahlíží na tuto zkušenost jako na celkový posun a díky vědomí vlastní zranitelnosti se dokázal vyrovnat s následující událostí.

- **Viktor:** „*Touhle zkušeností jsem vyspěl. Člověk si uvědomí určitý věci, že potřebuje občas pomoci, že sám vždycky nemůže zvládnout vždycky úplně všechno. To si myslím, že bylo velký prozření a jsem za to rád. V podstatě následně to pomohlo vyřešit i to další trauma, který jsem měl.*”

Následně se Viktor zmínil o druhé traumatické události, jež se stala před 18 lety. Jednalo se o zásah u velkého **požáru obytného domu**, přičemž společně s kolegou hasili oheň uvnitř budovy v podkroví. Zde nastala situace, kdy Viktorovi docházel kyslík a musel za účelem výměny kyslíkové láhve opustit budovu a na kolegu mezitím střecha spadla. Naštěstí se hasičům podařilo kolegu zachránit. Událost byla pro Viktora velmi náročná, přesto se v následujících dnech, měsících až letech neobjevily **žádné neobvyklé změny**. Tuto událost považoval Viktor za uzavřenou a nevěnoval ji výraznější pozornost.

12 let po události však zaznamenal potíže v tělesné oblasti – problémy s dýcháním či extrémní pocení. Tyto obtíže se projevovaly především v prostředí, ve kterém se Viktor necítil komfortně (např. místnost plná lidí). Pan Viktor se rozhodl pro setkání s psychologem, kde společně narazili na spouštěč problémů, jímž byl zásah u požáru před 12 lety. Díky tomuto zjištění se u Viktora problémy výrazně snížily.

- **Viktor:** „*Nějakým tím povídáním jsme v podstatě dospěli k tomu, že ve stresových situacích přestávám dýchat, začínám být nervózní a začne se to projevovat tím extrémním pocením. Jenom z toho důvodu, že jsem měl nějaký výčitky svědomí z toho, že jsem dýchal a měl jsem*

větší spotřebu vzduchu víc, jak ten kolega, a musel odejít z toho požářiště dřív a on tam zůstal.”

Po obou událostech se u Viktora **projevily symptomy PTSD**. První z uvedených označil Viktor za zcela ošetřenou a uzavřenou, důsledky druhé události se u něj stále objevují, ale ne ve velké míře.

- **Kryštof**

Setkání se třetím participantem proběhlo v prostorech jeho pracoviště – na požární stanici HZS. Kryštofovi je 39 let, má středoškolské vzdělání, je svobodný a má jedno dítě. Nyní pracuje jako profesionální hasič již 20. rokem. V současnosti Kryštof vykonává funkci velitele družstva a je rovněž členem posttraumatického intervenčního týmu.

Před pěti lety zasahoval Kryštof u události, která mu nejvíce utkvěla v paměti a stále ji vnímá jako nejtěžší. Společně s dalším kolegou jel jednoho rána Kryštof k tragické události poskytnout posttraumatickou intervenční péči. Jednalo se o **syndrom náhlého úmrtí** u šestitýdenního chlapce. Ze zásahu měl dobrý pocit, jelikož pomohl rodině se se svým synem rozloučit, ale už v tuto chvíli byla pro něj událost velmi náročná, vzhledem k tomu, že s přítelkyní očekával příchod potomka.

➤ **Kryštof:** „Pro mě to bylo takové zvláštní, protože jsem zrovna čekal miminko. To, které se mělo narodit za dva měsíce, ale už to bylo takové, že mě to celkem vzalo.”

Po události pokračoval daný den Kryštof ve směně. Při účasti na odpoledním školení dostal informaci, že jeho partnerku vezou do nemocnice z důvodu předčasného porodu. Po příjezdu do nemocnice se dozvěděl, že jeho partnerka v pořádku porodila, ale miminko musí zůstat nějakou dobu na přístrojích, aby byl dokončen jeho vývoj. Přestože se situace vyvíjela dobře, Kryštofa zahltil v závěru dne **obrovský strach a obavy** o narozené miminko – bylo pro náročné vidět ráno zesnulé dítě a odpoledne být u předčasného porodu své partnerky.

➤ **Kryštof:** „Ráno jsem tam viděl toho padesáticentimetrového bobka, úplně modrého, jak se na tebe díval ještě... A teď takový průser, že ta holka, jestli se narodí, tak bude malinká, tak jsem z toho byl takový smutný, aj mně slza ukápla.”

Následující dva měsíce Kryštof dojížděl za přítelkyní a dítětem do nemocnice, Kryštof nadále **pokračoval v práci hasiče bez jakýkoliv změn**, přičemž práci považoval v těžkých chvílích v osobním životě za formu odpočinku. Kryštof sdílel jeho prožitky

se svými kolegy, a také proběhnul telefonický hovor s psychologkou HZS. Své manželce se svěřil o zásahu u úmrtí dítěte až po měsících od narození jejich potomka. Událost nepodnítila u Kryštofa **žádné symptomy PTSD**. Kryštof se s událostí dokázal vyrovnat, i s ohledem na to, že se situace nadále vyvíjela bez potíží. Sled těchto dvou událostí v současnosti Kryštofa nijak neomezuje, Kryštof pouze vnímá, jak jej v danou dobu dokázala událost psychicky zasáhnout.

- **Luděk**

Setkání se čtvrtým participantem proběhlo v prostorech klidné kavárny. Luděkovi je 40 let, má vysokoškolské vzdělání (obor technika požární ochrany a bezpečnosti průmysl), je ženatý a má dvě děti. Nyní pracuje jako profesionální hasič již 19. rokem. V současnosti vykovává funkci velitele stanice.

Událost, se kterou se nám respondent svěřil, se odehrála před třemi lety. Šlo o zásah při velkém **požáru panelového domu**. Luděk zde zasahoval jako velitel družstva dobrovolné jednotky (v daný den tedy nebyl Luděk ve službě za HZS), u požáru byli také jeho kolegové z HZS. V průběhu náročného zásahu se propadla podlaha domu s jedním z profesionálních hasičů v důsledku jeho rizikového jednání, přičemž Luděk byl jediný, kdo jeho pád viděl. Následná resuscitace hasičů a zásah zdravotnické služby nedokázal kolegovi život navrátit.

- **Luděk:** „Samozřejmě by byla asi jiná situace ve chvíli, kdybychom něco zavinili. Kdybychom si nesli s sebou to břímě, že jsme něco udělali špatně. Že jsme prostě fungovali stoprocentně, to potom je asi mnohem jednodušší se s tím vyrovnat, když bysme měli pocit, že jsme udělali něco špatně.“

Na místo události se dostavil psycholog HZS, večer proběhnul defusing za přítomnosti člena TPP a psychologa HZS. Luděk vnímá tuto formu posttraumatické péče za stěžejní. Následně popisoval zkušenost i dalšími profesionálními hasiči, o svůj prožitek se podělil pouze s nejbližšími kolegy.

- **Luděk:** „Myslím si, že kdyby ten defusing neproběhl, tak ty problémy mohly být mnohem větší. Jak u mě, tak u kolegů. Ten si myslím, že je hodně důležitý.“

Luděk **pokračoval v práci hasiče bez zásadních změn**. Nejtěžší byly pro Luděka první dny a týdny od události, kdy pociťoval **silné emoce a strach z následků** plynoucí z traumatické události.

- **Luděk:** „Já jsem měl vždycky strach, že uvidím ten pád, jak jsem ho viděl.“
- **Luděk:** „Já jsem měl strach, že když pojedu jako velitel zásahu, že budu o to více ty hasiče usměrňovat, nebo více dbát na to, aby se nic nestalo. Ale když se ty události staly, tak jsme jeli v normálním režimu.“

Luděk se dokázal s událostí postupně sám vyrovnat, jeho obavy z následků, ani **žádné symptomy PTSD** se neprojeví. Dle jeho výpovědi považoval také za důležité rozloučení s kolegou, které se konalo měsíc od události, kdy si společně s rodinou kolegy a dalšími hasiči zavzpomínali a událost tak uzavřeli.

- **Luděk:** „Tam se to taky může vyplavit, něco jsme si řekli, zavzpomínali, a nějak jsme to víceméně uzavřeli. Myslím, že to hrálo svou roli.“

• Čestmír

Setkání s pátým participantem proběhlo v prostorech klidné kavárny. Čestmírovi je 50 let, má vysokoškolské vzdělání (obor zdravotnický záchranář), je ženatý a má dvě děti. Nyní pracuje jako profesionální hasič již 20. rokem. V současnosti Čestmír vykovává funkci velitele družstva a je rovněž členem posttraumatického intervenčního týmu.

Událost, se kterou se Čestmír podělil, se stala před šesti lety. Jednalo se o **pátrací a záchrannou akci jeho kolegy** profesionálního hasiče. Dle slov Čestmíra, kolega chodíval do lesa vypalovat po kácení dříví a jednoho večera se z lesa nevrátil domů. Na tuto skutečnost už ten večer upozornila hasiče jeho přítelkyně. Bohužel informace nebyly stoprocentní a aktivování pátracích složek se spustilo až v ranních hodinách. Po dlouhém hledání v nepřehledném terénu, byl kolega pomocí vrtulníku nalezen a transportován do nemocnice s postižením cévní mozkové příhody, jež zapříčinila pohybovou poruchu a poruchu řeči.

Po zásahu Čestmír vnímal společně s dalšími profesionálními hasiči vlastní chybu za dopad události, pocity viny a zodpovědnost za následky jejich jednání – tyto skutečnosti společně sdíleli v rámci další služby na pracovišti.

- **Čestmír:** „My jsme prostě cítili chybu, že kdyby to vyhledávání proběhlo dřív, takže ten náš kolega mohl mít nějaký ten handicap mnohem menší. Takže to jsme byli každý jako na sebe zlí.“

Čestmír nadále **pokračoval v práci hasiče bez jakýchkoliv změn**, ovšem první dny a týdny byly pro něj velmi náročné vzhledem k negativním emocím a atmosféře na

pracovišti. Čestmír kolegu denně navštěvoval. I nyní se snaží udržovat kontakt. U Čestmíra se neprojevíly **žádné symptomy PTSD**. I v současnosti pociťuje Čestmír spoluvinu za důsledek události u kolegy.

- **Čestmír:** „*Takže se navštěvujeme, a potom když odejde, tak ještě s jedním kolegou, s kterým jsme to v tu noc řešili, tak si vždycky říkáme, tenkrát jsme to měli udělat jinak. To je takové zklamání, že jsme tenkrát měli být důslednější. Člověku se furt honí v hlavě, kdybychom dokázali ještě ten večer, mohl se z toho dostat.*”

9.2 Faktory ovlivňující zvládání a vyrovnávání se s traumatickou událostí

Nyní se přesouváme ke kapitole zaměřující na významné faktory a okolnosti, které v kontextu traumatické události působily na prožívání a chování participantů a ovlivnili tak **zvládání a vyrovnávání se jedinců s danou traumatickou událostí**. Na základě odpovědí respondentů jsme za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy hledali a formulovali společná témata. Do vzniklých kategorií zařazujeme mimo hlavní probíranou zkušenost také informace týkající se oblasti **zvládání mimořádných událostí obecně**, které na základě spontánních výpovědí participantů uvedli a my je považujeme za důležité pro porovnání s událostí hlavní. Mezi kategoriemi nalezneme faktory, jež ovlivňují zvládání událostí pozitivně, ale také faktory znesnadňující. Středem našeho zájmu je hledání společných témat a souvislostí mezi jednotlivými případy, přičemž neustále klademe důraz na jedinečnost každého jedince v interakci s dynamikou sociálního prostředí.

A. Sdílení

Sdílením rozumí participantů jakoukoliv formu sdělení vlastních myšlenek, postupů při zásahu či prožitků v průběhu a po traumatické události, jiné osobě. Profesionální hasiči nejčastěji sdílejí svůj prožitek se svými kolegy, dále se svými přáteli a v ojedinělých případech s rodinnými příslušníky. **Všichni respondenti se shodli a považují sdílení a komunikaci za stěžejní faktor zvládání mimořádných situací**. Sdílení napomáhá jedincům utřídit si své myšlenky a úvahy, projevit své emoce, vzájemně ukázat vlastní perspektivu na událost ostatním, a moci událost také uzavřít. Hasiči si projevují vzájemné pochopení a sociální oporu, ve výsledku sdílení tak dochází k úlevě a postupnému vyrovnávání se s událostí.

- **Čestmír:** „Vypovídání a sdílení té myšlenky, toho prožitku je si je asi nejrozšířenější, nebo tak nejmíc zafunguje. Já potřebuju akorát to někomu sdělit, dostat nějakou oporu dostat ze sebe pryč myšlenky, úvahy. Když zůstane otevřená, tak nad tím bude člověk furt myslet co tam dělal, co mohl udělat, jak se to vyvíjelo dál.“
- **Kryštof:** „Mně se vždycky osvědčilo to, pokud je to čerstvé, tak si jednoduše popovídát. Ti ogaři si o tom popovídají, vykecají, ten zjistí, proč to dělal takhle, ten může být třeba naštvaný, vnitřně si to nějak vyřikají a pochopí se.“
- **Luděk:** „Myslím, že jako je důležité, že si má člověk s kým o tom promluvit.“

Kryštof, Čestmír a Viktor, kteří jsou rovněž členové posttraumatického intervenčního týmu, nám sdělili průběh sdílení po traumatických událostí. Za základní formu sdílení na pracovišti považují již komunikaci při cestě ze zásahu, dále neformální setkání na požární stanici HZS nebo již vedené intervenční techniky, kterých se účastní po vážných nehodách (více obětí, úmrtí dětí) také psycholog HZS.

- **Kryštof:** „Tak není nic jednoduššího, než je svolat na denní místnost, uvaříme si kafe a nezávazně si o tom pokecáme. Oni si to proberou hned za čerstva, takže se z toho nějak vypovídají a uleví si.“
- **Čestmír:** „Ať už to je tím úplně prvním banálním rozhovorem v autě a poděkováním za to, co se udělalo, ať je to potom s rozebráním přímo toho zásahu na stanici, tak si sedneme na kafe. Anebo následně směnu potom, když se do toho zatáhne i nějaké hodnocení, co se dalo udělat jinak a pokud je to něco těžšího, tak je tam potom tam ta možnost té komunikace s tím s tím týmem anebo ve spolupráci s psycholožkou.“

Oliver, Viktor, Kryštof a Čestmír sdělili, že jim dále napomáhá svěřit se po těžkých zásazích **kamarádovi**. Všech pět respondentů se shodlo, že se svými **rodinnými příslušníky** o událostech nehovoří, práci od rodiny se snaží oddělovat a zmiňují se o ní pouze rámcově.

- **Viktor:** „Mám ještě jednoho kamaráda takovou zповědní vrbu, se kterou řeším věci, takže když je nějaký extrémní zásah tak jdu a popovídám si s ním. Prostě on to tak přeberem a proberem.“

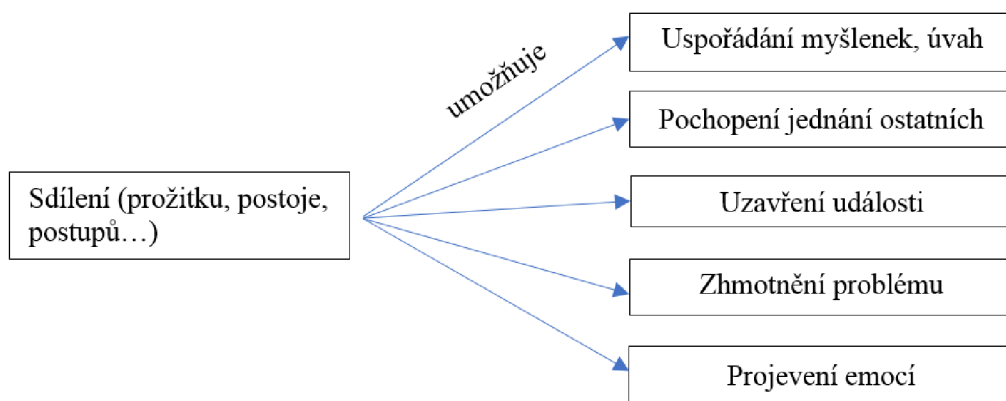
Sdílení v souvislosti s hlavní probíranou **traumatickou událostí** proběhlo u všech respondentů především v rámci pracovního kolektivu. Čestmír, Kryštof sdíleli zejména své **myšlenky a prožitek**, Luděk se svěřil se svými pocity nejbližším kolegům. Oliver a Viktor sdíleli především **postupy a popis** události, vzápětí po události neměli zapotřebí se svěřit se

svými emocemi druhé osobě. Po **rozvoji potíží** u Olivera a Viktora figurovalo na prvním místě sdílení a opora od své rodiny.

- **Luděk:** „Neuvědomuju si, že by bylo třeba nějaké takové jako, jak se cítíš a jako byli, ale to bylo od těch nejbližších kolegů, kteří věděli, ale nebylo to nějak jako ve velkém rozsahu.“
- **Kryštof:** „Já jsem to určitě říkal na směň. Jak jsem přišel do práce, tak všichni se ptali, co se stalo, takže jsem to musel několikrát zopakovat těm lidem, a to pomáhá.“

Znárodnění získané tematické oblasti můžeme vidět v následujících schématu.

Schéma 2: Výsledky výzkumu – sdílení



B. Posttraumatická intervenční péče

Pomoc ve formě posttraumatické intervenční péče je poskytována po závažných událostech **u všech respondentů**. Na každém pracovišti můžeme najít jednoho nebo více členů **týmu posttraumatické péče pod vedením psychologa HZS** daného kraje. Viktor, Kryštof a Čestmír jsou mimo jiné členy tohoto týmu a poskytují péči kolegům nebo obětem události pomocí **techniky debriefing nebo defusing**.

- **Kryštof:** „Když mám nějaký těžký průběh nějaké události, tak se snažíme to potom mezi sebou vykomunikovat a je to dobré, že si uděláme takový debriefing hned po té události.“
- **Viktor:** „Já to mám maličko jinak, protože já to vnímám i z pozice velitele a když něco takovýho je, tak já už potom s těma klukama si další den sedám a my děláme vlastně takovej lehký debriefing.“

U **všech respondentů proběhla vzápětí** po traumatické události nějaká **forma posttraumatické intervenční péče**. U Olivera, Ludka, Čestmíra a Viktora se jednalo o **debriefing či defusing**, a to buď za přítomnosti člena PIT, nebo i psychologa HZS. Kryštof využil **telefonické intervence** s psychologem HZS.

- **Oliver:** „Ano psycholog za náma byl. Jsme to postupně s ním probírali, ale to byla taková rychlovka na dvacet minut, možná půl hodiny. On to chtěl vidět jako očima toho příslušníka, jak to prostě viděl ze začátku že, taková ta vizualizace té dopravní nehody co se tam dělo.“
- **Luděk:** „Co bylo určitě hodně důležitý, byl ten defusing. Myslím si, že kdyby ten defusing neproběhl, tak ty problémy mohly být mnohem větší. Jak u mě, tak u kolegů.“
- **Kryštof:** „Volal jsem to psycholožce a kecali jsme spolu myslím asi hodinu.“

S odstupem od traumatické události, po propuknutí symptomů PTSD, využili odborné psychologické pomoci Oliver a Viktor. Sezení u psychologa považují oba respondenti za neskutečně náročné. U Olivera a Viktora hrála **pomoc psychologa hlavní roli** při zvládání potíží a vyrovnání se s událostí.

- **Oliver:** „Myslel jsem, že mi praskne z toho hlava. Ty myšlenky a tady toto přemýšlení toho člověka strašně jako unaví. Jo potom jsem byl dva, tři dny strašně unavenej. Ty dva dny se to postupně promítalo sedalo do těch komůrek a našlo si to to své místo v hlavě.“
- **Viktor:** „Byl jsem na prvním sezení a začli jsme pátrat, co se stalo. Bylo to pro mě dost nepříjemný, šly ven hodně emoce a fakt jsem byl z toho hodně rozbouranej. Druhý den jsem tam jel ještě znovu a to už trvalo třeba dvě hodiny, to první trvalo určitě čtyři, pět hodin.“

C. Vlastní strategie zvládání stresu

Všichni respondenti disponují vlastními způsoby zvládání stresu, které napomáhají vyrovnat se s tragickými nehodami. U všech respondentů figuruje na prvním místě **sport a sportovní aktivity**. Čestmír zdůraznil i jiné techniky, jako jsou **volnočasové aktivity**.

- **Viktor:** „Každý se snaží najít nějaký ventil, jede na kolo, jde si zaběhat. Já to mám třeba přes nějaký sport.“
- **Čestmír:** „Když je fakt nějaký silný zážitek, tak člověk ho potřebuje něčím vytěsnit. Tak vždycky říkám, vysportovat do mrtva. Takže buď ten sport anebo nějaké koníčky, já třeba chodím na ryby, Takže já si sednu k vodě a teď mi tam probíhají ty myšlenky a vlastně si to nějak poskládám vše.“

Po traumatické události tyto techniky respondenti přirozeně využívali. Po **rozvoji potíží** u Olivera **strategie zvládání stresu v podobě sportovních aktivit selhávali**.

- **Oliver:** „Šel jsem sportovat a ani u toho sportu jsem prostě tu hlavu nedokázal vypnout. To už bylo tak silný, že ani ten sport mě nedokázal od toho odvázat, abych myslel jen na ten sport nebo na to co jsem měl prostě rád jo.“

D. Projev emocí po události

Důležitým faktorem hrající roli při vyrovnávání se po traumatické události je projev či prožití emocí. Respondenti souhlasí s tím, že ačkoliv jsou na tragické scénáře zvyklí, **emoční prožitek má své místo při vyrovnávání se s událostí.**

➤ **Luděk:** „*Emoce mají svůj smysl.*”

Po traumatické události se **dostavil emoční prožitek** u Kryštofa, Ludka a Čestmíra. Oliver zdůraznil, že po zásazích u mimořádných událostech, včetně významné traumatické zkušenosti, **neprojevoval své emoce.** U Olivera a Viktora se emoční prožitek objevil v plném rozsahu až s určitým **časovým odstupem.**

➤ **Luděk:** „*Tak určitě emoce přišly, ale jak to říct, pohřeb proběhly rychle, čekal jsem, že to bude horší nakonec.*”

➤ **Kryštof:** „*To bylo spojené s tím že se mi narodilo dítě a ráno jsem viděl vlastně mrtvé dítě tak to bylo takové, že jsem se fakt bál, aby to všechno dopadlo, protože jsem věděl, že to může být úplně špatně. Bylo to takové hektické, normálně nebrečím, ale v tomto případě to je normální*”

➤ **Oliver:** „*Já jsem byl studenej, možná zabedněnej, jak se říká. Takovej, jakože tam to mu urvalo hlavu. No dobře mu tak. Takovej jako tvrdej, nedával jsem najevo nic takovýho, že by mě to nějak zrovna bralo. Ale ono to právě asi všechno se nabalovalo tak jedno na druhý až to prostě v tu chvíli bouchlo.*”

E. Okolnosti události

V neposlední řadě působí na vyrovnávání se a zvládání traumatických událostí nespočet okolností události. Pro respondenty je těžší se vyrovnat s událostí, ke které mají **osobní vztah** – součástí tragédie jsou jejich kolegové či jiné blízké osoby. Dále považují za složité, pokud zasahují u případu, kde jsou **mezi oběťmi** také **děti** nebo je **ohrožena jejich vlastní intergita.**

➤ **Luděk:** „*Problémem jsou malé děti, zvláště pro člověka, který má malé děti, tak to je obzvláště zatěžující, takže tam, kde jsou děti, tak je to špatně.*”

➤ **Kryštof:** „*Stává se to, takže ogaři, co mají čerstvě narozená děcka, tak je to nějakým způsobem zasáhne.*”

Při zvládání figuruje také výsledek události a zodpovědnost za následky události – pro hasiče je obecně složitější srovnat se se situací se **špatným koncem** nebo při vnímání **zodpovědnosti** za následky události.

- **Luděk:** „Když to bude nějaká dopravní nehoda, člověk tu nehodu zavinil, určitě jsou ty následky pro tu psychiku úplně stokrát jiné, než když člověk u toho sice je přítomen, ale nenese žádnou zodpovědnost.“

U Čestmíra a Ludka bylo **zvládnání traumatické události** složitější vzhledem k **osobnímu vztahu k události**, kdy došlo k úmrtí či zranění jejich kolegů. U Kryštofa, Olivera a Viktora byly součástí nehod **děti**. U druhé Viktorovy události hrálo roli také **ohrožení jeho osoby** či **pocity zodpovědnosti za kolegu**. Pocity zodpovědnosti za následky události se objevily také u Čestmíra.

- **Kryštof:** Pro mě to bylo takové zvláštní, protože jsem zrovna čekal miminko. To, které se mělo narodit za dva měsíce, že ale už to bylo takové že mě to, že mě to celkem vzalo.
- **Čestmír:** „Cítily, jsme i vinu v sobě.“

Znázornění získané tematické oblasti můžeme vidět v následujících schématu.

Schéma 3: Výsledky výzkumu – okolnosti události



9.3 Rozvoj symptomů PTSD po traumatické události

V této kapitole empirické části práce se přesouváme k tématu rozvoje symptomů PTSD po traumatické události. Traumatická událost přinesla změny, omezení či potíže u **dvou účastníků výzkumu** – Olivera a Viktora. Jejich problémy jsme již naznačili u individuálního rozboru případu, nyní tuto problematiku přibližujeme a hledáme společná témata a podobnosti v jejich prožívání. Zaměřujeme se na to, kdy se potíže poprvé objevily a při jakých okolnostech tyto potíže propukly. Uvádíme konkrétní příklady těchto problémů a jejich průběh v čase. Dle výpovědí respondentů jsme rozdělili symptomy do několika kategorií a interpretaci dokládáme opět jejich přímou řečí.

U Olivera potíže vypukly v souvislosti s tragickou dopravní nehodou, přetrvávaly několik měsíců a vyžádaly si odbornou pomoc psychologa. Viktor musel čelit potížím celkem dvakrát – poprvé po sledu dopravních nehod a podruhé po zásahu u požáru domu.

Oliver nám dokázal podat podrobnější informace ke konkrétním potížím, kdežto Viktor si vzpomněl na potíže (i vzhledem k většímu časovému odstupu od událostí), jež vnímal jako stěžejní.

A. Propuknutí a rozvoj potíží s časovou latencí

U obou respondentů se v rámci hodin, dní až několika prvních týdnů od traumatické události neobjevily žádné potíže. Oliver i Viktor považovali průběh událostí za velmi náročný, po jejich ukončení jim však nevěnovali větší pozornost oproti jiným mimořádným situacím a událost vstřebávali jako obvykle.

- **Oliver:** „*Já jsem to nějak nevnímal. Vůbec si nemyslím, že bych nad tím nějak dumal a přemýšlel.*”

Potíže u Olivera propukly **po šesti měsících od události**. Za důležitý podnět rozvoje považuje Oliver situaci v partnerství, jež vyvolala u Olivera frustraci, pocity nejistoty a nerozhodnosti s naložením situace. Prvním projevem symptomů PTSD byly **flashbacky** (živé vzpomínky) na dopravní nehodu, ale také na rozchod s přítelkyní. Tyto vzpomínky se u něj cyklicky opakovaly a vyústily v další přidružené problémy.

- **Oliver:** „*V hlavě jsem začal uvažovat o rodině a takových věcech, to byla pro mě taková ta třešnička na dortu. Ta jiskra, pak to vybuchlo a vyvolalo to ve mně ten nepřijemnej kolotoč v palici.*”

U Viktora se **potíže poprvé** objevily přibližně **po měsíci a půl** od dopravních nehod. Zpočátku si jich nebyl vědom a na změnu v chování byl upozorněn jeho manželkou. Své problémy si začal postupně uvědomovat při automatických úkonech (např. při jízdě v automobile), kdy si **nedokázal vybavit určité časové úseky**. Dle Viktora v té době nepůsobily na rozvoj symptomů PTSD jiné faktory než soubor tragických nehod.

- **Viktor:** „*Počátek té změny jsem si neuvědomoval, to pozorovalo moje okolí. Zpětnou vazbu jsem dostal od mojí ženy, měla pocit, že se něco děje v zaměstnání. Od začátku jsem to bagatelizoval, říkal jsem, že se nic neděje. Pak jsem začal vnímat úplně mimoděk tady ty věci, že jsem se nesoustředil na určitý časový úsek a říkal jsem si, že je fakt něco špatně.*”

Podruhé se objevily potíže u Viktora s latencí **12 let**. Pro upřesnění, první traumatická událost (soubor dopravních nehod), se udála až po této události (zásahu u požáru), ale reakce na zásah u požáru propukla později než reakce na autonehody. Prvotním projevem symptomů PTSD byly **nepřiměřené tělesné reakce na stres**. Viktor si

zpočátku tyto obtíže nespojoval s danou traumatickou událostí, rozvoj podnítila spojitost události s interakcí ve stresujícím prostředí.

- **Viktor:** „Po nějakých 12 letech, kdy jsem začal být víc společensky aktivní, začal se mi spouštět proces, že jsem se úplně nepředstavitelně potil, ale fakt extrémně.“

B. Vtíravé vzpomínky na událost

Oliver i Viktor se potýkali s nepříjemnými **opakujícími se myšlenkami na událost**. Oliverovy vzpomínky inklinovali nejčastěji k obrazům z dopravní nehody a z rozchodu s přítelkyní. Viktorovi vzpomínky se týkaly pouze dopravních nehod. Oba respondenti se setkali s vizuální i auditivní formou flashbacků.

- **Oliver:** „Začaly se mi motat ty rodinné věci, teď se mi začali motat ti bubáci z té dopravní nehody.“
- **Viktor:** „Byly tam obrazy z těch událostí při těch dopravních nehodách, jako samozřejmě nějaký slovní projevy toho doktora, plus obrazy těch zraněných lidí.“

U obou hasičů se **intenzita flashbacků zvyšovala** při setkání se situacemi připomínajícími událost. Jelikož Viktor považoval za traumatické především necitlivé chování lékaře u autonehod, vzpomínky přibývaly např. při střetu se sanitkou. Oliverovi se v podobných situacích ukazovaly také jiné mimořádné události, u kterých v rámci svého povolání zasahoval, např. u odklizení těl po suicidii oběšením nebo skokem pod vlak.

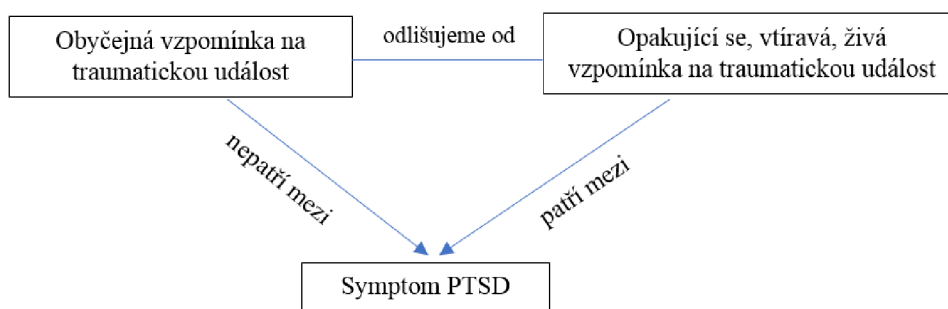
- **Viktor:** „Skutečně bych mohl říct, že když jsem viděl sanitku, tak se mi to zhoršovalo.“
- **Oliver:** „Představy toho, že někdo skočí pod ten vlak nebo tam spadnu pod ten vlak já osobně, mi strašně dělalo zle. Jenom jsem slyšel vlak a dělalo mi to strašně špatně. Potom ještě stromy v lese, že jsem tam viděl oběšence.“

Je třeba **rozlišit** tyto vtíravé živé vzpomínky od **obyčejných vzpomínek na událost**, jež měli všichni účastníci výzkumu s absencí posttraumatických potíží. Vzpomínky na mimořádné události jsou podle něj přirozené a nepřinášejí žádné omezení.

- **Čestmír:** „Když jedu autem a vztáhl bych to tedy na dopravní nehody, ty události mi to připomíná a v hlavě se mi ukáže ten obraz, co tam bylo, co se tam stalo, ale mám to poměrně dobře zpracované“
- **Luděk:** „V podstatě ve chvíli, že v práci máme třeba pamětní desku, tak když kolem ní procházím, tak si na tu událost vzpomenu, ale jinak v pohodě.“

Znázornění získané tematické oblasti můžete vidět v následujících schématu.

Schéma 4: Výsledky výzkumu – vtíravé myšlenky na událost



C. Znovuprožívání emočních projevů a tělesných projevů

Myšlenky na traumatické události asociovaly u jedinců nepříjemné **znovuprožívání emocí**. Oliverovi se z události navracely opakované **pocity strachu a bezmoci**. Vzpomínky na událost vyvolávaly negativní emoce také u Viktora.

- **Oliver:** „Je to takovej stav strachu, bezmoci, něčeho takovýho.”

Znovuprožívání se projevilo také **fyzilogickou reaktivitou** na podněty připomínající traumatickou událost, a také se dostavila **somatizace neprožitých** či **nevyjádřených emocí**. U Olivera se prvotní rozvoj symptomů projevilo pocitem strnulosti či ochromení.

- **Oliver:** „Byl jsem úplně zastavenej, zaseklej.”

Postupně byly tělesné projevy intenzivnější, **Oliver se cítil fyzicky zle** nejen při střetu s podobajícími se scénáři, ale vnímal určité **tělesné omezení** (např. tělesné napětí, bolesti svalů) **po celou dobu** posttraumatického stavu (tj. i bez myšlenek na traumatickou událost).

- **Oliver:** *Tehdy jsme se dívali s chlapama v práci na film. Jak se tam střídalo, vraždilo, tak mi to začalo z ničeho nic dělat strašně zle. Jak jsem viděl tu krev, tak mi bylo strašně zle a musel jsem jít pryč.*
- **Oliver:** „Cítil jsem se takovej zevnitř stáhlej furt, naplej. Člověk toho má na sobě naloženýho moc, tak ho bolí ramena, bolí ho záda. Tak to jsem přesně pociťoval. Byl jsem jako rozbitej, úplně na sračku bych řekl.”

Fyzické problémy u Viktora po traumatickém zásahu u požáru byly stěžejní. Viktor znovuprožíval tělesné reakce v návaznosti na stresové situace, jež připomínaly pobyt ve vysokých teplotách s omezeným přístupem ke kyslíku.

- **Viktor:** „Ve stresových situacích přestávám dýchat, začínám být nervózní a začne se to projevovat tím extrémním pocením.“

D. Zvýšená dráždivost

U **Olivera** se **dráždivost** projevovala zvýšenou **bdělostí a ostražitostí, obtížným usínáním**, nadměrnou **úlekovou reaktivitou** a podrážděním na drobné podněty.

- **Oliver:** „Cítil jsem se připravenej s něčím furt bojovat.“
- **Oliver:** „Strašně jsem se začal lekat blikajících světel.“

Viktor popsal pocity zvýšené dráždivosti zejména v rámci **emočních projevů**.

- **Viktor:** „Možná si teď vybavuju, že jsem byl dost přecitlivělej. Dokázala rozhodit úplná blbina, jakože emočně bych řekl.“

E. Potíže v kognitivní oblasti

V závislosti na opakující se myšlenky na událost, nepřiměřené a tělesné projevy či přetrvávající pocity zvýšené dráždivosti se u obou respondentů se projevíly **kognitivní potíže**. U **Olivera** šlo zejména o problémy s **pozorností a koncentrací** a **roztržitým myšlením**. U **Viktora** se projevíly potíže s **koncentrací** a výpadky **krátkodobé paměti** různých časových úseků.

- **Oliver:** „Ta hlava furt šrotovala. Ale takovým stylem, že úplně neuceleně myšlenky skákaly na tu nehodu, pak skákaly k té bývalé přítelkyni. Bylo to pětivteřinový, desetivteřinový.“
- **Viktor:** „Že jsem třeba řídil auto a nebyl jsem schopen vybavit si třeba úsek pěti kilometrů, co se během té doby stalo, nebo vůbec, jak jsem tím autem třeba jel.“

9.4 Dopad traumatické události v pracovním prostředí

V poslední části výsledků výzkumu se zabýváme problematikou **následků a dopadu traumatické události v pracovním prostředí**. Respondenti dostali možnost se na toto téma volně vyjádřit, přičemž u **Olivera a Viktora** jsme se zabývali především prožíváním v pracovním prostředí **v posttraumatickém stavu**. U všech respondentů jsme se doptávali na **změny při vnímání výkonu povolání v době po mimořádné události**, a také **v současnosti**.

• *Oliver*

Po události, před rozvojem potíží, Oliver nadále pokračoval v práci profesionálního hasiče. Po půl roce od události, kdy se u Olivera objevily první potíže ve formě myšlenek na tragické situace, jednoho rána vyústily v pocity strachu a bezmoci. Problémy Olivera vedly **k vyhýbání se obdobným situacím**. Olivera nadále trápily **myšlenky a obavy ohledně ztráty práce**.

- **Oliver:** „*Já jsem byl v takovém napětí aj to kvůli práci. Že jsem si říkal, co když to nepřestane a já tu práci nebudu moct dělat. A to byly další myšlenky. Ty brdó, já nebudu mít práci.*”

Díky skutečnosti, že se Oliver zavčasu obrátil na pomoc člena TPP a psychologa HZS, a následně své potíže ohlásil nadřízenému, bylo mu umožněno i přes jeho problémy nadále pracovat, přičemž **po dobu tří měsíců nemusel zasahovat u mimořádných událostí** a vykonával pouze práci na požární stanici. Oliver považoval tuto skutečnost za **pozitivní**, jelikož si byl vědom svých omezení, jež mu výkon v plném rozsahu nedovolily. O závažnosti jeho potíží se svěřil v práci pouze zmíněnému členovi TPP a svému nadřízenému. Po zlepšení jeho stavu se Oliver začal účastnit výjezdů k mimořádným událostem. Zpočátku pociťoval **strach**, zda bude moci práci řádně vykonat, jeho obavy se ale nenaplnily a fungoval bez problémů.

- **Oliver:** „*Teď jsem tam jel s takovým strachem, co to se mnou udělá. Jestli tam přijdu a úplně mě to paralyzuje, nebo že nebudu schopnej nic dělat, a tak jsem tam jel v takovém pozoru jak kdyby k tomu. Nakonec jsem fungoval.*”

V **současné době nevykazuje Oliver žádné potíže v práci** ve spojitosti s prožitou traumatickou událostí. Oliver naopak udělal jistý **pokrok** vedoucí k rozšíření jeho pracovních kompetencí a práci nyní vnímá jako **poslání** někomu pomoci.

- **Oliver:** „*To ve mně probudilo takovej posun, že jsem si šel udělat hasiče – strojníka. Ono to ve mně aj probudilo celkovej posun, že jsem si říkal, budu hasič do konce.*”
- **Oliver:** „*Dřív jsem to vše bral jako takovou věc. Teď to vnímám a prožívám víc. Mám z toho lepší pocit, že dokážu někomu pomoci, že tady k něčemu jsme.*”

• *Viktor*

Po obou událostech Viktor nadále **pokračoval v práci profesionálního hasiče**, a to i v průběhu rozvoje symptomů PTSD. Viktor **nevnímal žádné omezení v oblasti práce**, potíže se týkaly pouze osobního života.

- **Viktor:** „*To se projevilo při takových stavech, kdy jsem měl volno a nemusel přemýšlet nad něčím. Tak se v té hlavě začlo něco dít a začlo se to tam nějak vracet. Ale spíš jako v osobním životě, v práci bych neřekl, že se to nějak projevovalo.*”

U Viktora se od první události projevuje doposud **mechanismus** spočívající v tom, že u **dopravních nehod si nepamatuje obličej obětí**. Dle jeho výpovědi právě poslední obličej, který si pamatuje, byl z jedné traumatické autonehody. Tuto skutečnost vnímá, jako **obrannou mechaniku**.

- **Viktor:** „*To je odpověď na to, co se mi stalo a že jsem si možná já sám sobě obrannou mechaniku pro sebe. Skutečně vím, že u té události, která byla jedna z těch obětí holčina, když nad tím přemýšlím, a dá se říct, že to byl poslední obličej, který mi utkvěl v paměti.*”

V současnosti Viktor vidí určitý posun v tom, že díky sezení s psychologem dokáže **lépe pracovat se stresem** a dokáže si **problémy přiznat a mluvit** o nich.

- **Viktor:** „*Určitě mě to posunulo v tom, že dokážu o těch problémech mluvit s kýmkoliv. Dokázat si přiznat, že člověk není nesmrtelný, že je zranitelný a je potřeba občas si nechat pomoci.*”

- **Kryštof**

Kryštof po události **pokračoval v práci profesionálního hasiče**. Dle jeho slov jej zasáhla událost zejména prožívání v osobním životě ve spojitosti s náročnou situací předčasně narozeného potomka. Do práce si chodil Kryštof naopak **odpočinout a odreagovat** se od problémů z osobního života, přičemž mu pomáhal především **pobyt v pracovním kolektivu**.

- **Kryštof:** „*Já jsem chodil normálně do práce, nemá cenu sedět doma a přemýšlet nad tím, jestli ta malá je. Mi to třeba pomáhalo být v tom kolektivu.*”

Kryštof se ve vztahu k práci dále vyjádřil k jiným mimořádným událostem. Kryštof vnímá za naprosto přirozené, když jej událost více zasáhne. Zároveň klade důraz na to, aby si on a jeho kolegové dokázali o problémech promluvit, ze zkušeností se učili a vzali si **ponaučení** do dalších situací.

- **Kryštof:** „*Něco to ve mně zanechá a teď je dobré si z toho vzít si nějaké ponaučení, než to někde dusil v sobě a a vyhýbal se tomu. To je špatně. Já to vtloukám do hlavy i těm ogarům, že ano, odvaha musí být nějaká, ale hrdinů jsou plné hřbitovy.*”

• *Luděk*

Luděk po události **pokračoval v práci profesionálního hasiče**. Dopady traumatické události v pracovním prostředí působily pouze **krátkodobě**. Luděk zpočátku pociťoval **strach** jezdit k zásahu, a zároveň vnímal strach o ostatní kolegy, přičemž se **obával vyhocení** různých situací, **přehnaným kontrolováním rizik** u zásahů, aby nemohla nastat další situace úmrtí kolegy. Dle Luděka ale tyto skutečnosti nenastaly, v **současnosti** nevnímá **žádné změny plynoucí z události**.

- *Luděk: „Jen jsem si říkal, říkal jsem to i kolegům, že třeba budu mít už strach jezdit k zásahu.“*
- *Luděk: „Anebo že budu mít extrémní snahu extremizovat ty zásahy, aby se to už nikdy nemohlo stát. Pak jsem těch složitějších zásahů měl několik v rychlém sledu, kupodivu celkem v pohodě se to usadilo a myslím, že není nějaký problém, že bych něco přeháněl nebo tak.“*

• *Čestmír*

Čestmír po události **pokračoval v práci profesionálního hasiče**. Událost měla **krátkodobý dopad** na **prožívání v pracovním kolektivu**. Čestmír a jeho kolegové pociťovali zodpovědnost za následky u jejich kolegy, a to vyústilo v **negativní emoce** na pracovišti.

- *Čestmír: „V nás byl takový ten vnitřní boj. Cítili, jsme i vinu v sobě. Měli jsme být tvrdší, důslední.“*

Čestmír se ve vztahu k práci dále vyjádřil k jiným mimořádným událostem. Čestmír považuje za důležité učit se z minulých situací a vzít **ponaučení** do dalších podobných případů.

- *Čestmír: „Jsou třeba situace, modely nějaké, které se podobají. Člověk si z toho vždycky vezme nějaké ponaučení, ať neudělá to.“*

V **současnosti** u sebe vnímá **rozvoj** v tom, že dokáže **sdílet** svůj prožitek a lépe se **vyrovnávat se stresovými situacemi** a jako člen posttraumatického týmu předává tyto zkušenosti kolegům.

- *Čestmír: Já si myslím, že jsem se naučil pracovat s tím stresem, nebo se zpracováním té události. Taky si myslím, že pak společně dokážeme eliminovat vytváření těch stresových poruch nebo nějakého deletrvajícího zasažení.“*

9.5 Odpovědi na výzkumné otázky

V závěrečné kapitole týkající se výsledků výzkumu stručně shrneme odpovědi na výzkumné otázky:

VO č. 1: Jak traumatická událost ovlivnila prožívání u profesionálních hasičů?

Traumatická událost ovlivnila prožívání každého jedince subjektivně. U tří respondentů vyvolala negativní emoční prožívání pouze krátkodobě. U dvou jedinců se dostavilo prožívání až po určitém časovém odstupu od události a objevily se u nich symptomy posttraumatické stresové poruchy.

Následující tabulka znázorňuje jednotlivé respondenty, traumatické události, a zda došlo k rozvoji PTSD.

Tabulka 7: Respondenti a traumatická událost

Respondenti	Traumatická událost	Rozvoj PTSD
Oliver	<i>Odklizení následků dopravní nehody</i>	<i>Ano</i>
Viktor	<i>Odklizení následků dopravních nehod, zranění kolegy při požáru domu</i>	<i>Ano</i>
Kryštof	<i>Poskytnutí PIP po syndromu náhlého úmrtí u dítěte</i>	<i>Ne</i>
Luděk	<i>Úmrtí kolegy při požáru</i>	<i>Ne</i>
Čestmír	<i>Pátrací a záchranná akce kolegy</i>	<i>Ne</i>

VO č. 2: Jaké faktory působily na zvládání a vyrovnávání se s traumatickou událostí u profesionálních hasičů?

Zásadní faktory působící pozitivně na zvládání a vyrovnávání se s traumatickou událostí jsou sdílení, posttraumatická péče, vlastní strategie zvládání stresu a projev emocí po události. Vyrovnávání se s událostí znesnadňuje osobní vztah k události, oběti z řad dětí, nesdílnost, potlačení emocí, špatný konec události a pocity zodpovědnost za následky události.

Následující tabulka znázorňuje hlavní tematické oblasti vzniklé na základě interpretativní fenomenologické analýzy a jednotlivé podoblasti.

Tabulka 8: Tematické oblasti I.

Hlavní tematické oblasti	Podoblasti
Sdílení	<i>Kolegové, rodina, přátelé</i>
Posttraumatické péče	<i>Debriefing, defusing, člen TPP, psycholog</i>
Vlastní strategie zvládnání stresu	<i>Sport, volnočasové aktivity</i>
Projev emocí po události	<i>Po události, s časovou latencí, potlačení</i>
Okolnosti události	<i>Osobní vztah, děti jako oběti, zodpovědnost za následky, špatný konec</i>

VO č. 3: Jaké symptomy PTSD se rozvinuly po traumatické události u profesionálních hasičů?

Rozvoj symptomů posttraumatické stresové poruchy se objevil u dvou respondentů. Potíže se projevovaly zejména vtíravými myšlenkami na událost, znovuprožíváním emočních a tělesných projevů, zvýšenou dráždivostí a problémy v kognitivní oblasti.

Následující tabulka znázorňuje hlavní tematické oblasti vzniklé na základě interpretativní fenomenologické analýzy a jednotlivé podoblasti.

Tabulka č. 9: Tematické oblasti II.

Hlavní tematické oblasti	Podoblasti
Propuknutí a rozvoj potíží s časovou latencí	<i>Počátky rozvoje, okolnosti rozvoje, první potíže</i>
Vtíravé myšlenky	<i>Vizuální obrazy, auditivní obrazy, odlišení od obvyklých myšlenek</i>
Znovuprožíváním emočních a tělesných projevů	<i>Pocity strachu a bezmoci, somatizace neprožitých emocí</i>
Zvýšená dráždivost	<i>Zvýšená lekavost, ostražitost, emoční dráždivost, obtížné usínání</i>
Potíže v kognitivní oblasti	<i>Paměťové potíže, koncentrace, roztržité myšlení</i>

VO č. 4: Jaký měla traumatická událost u profesionálních hasičů dopad v pracovním prostředí?

Reakce na traumatickou událost způsobila dočasné omezení pracovního výkonu v plném rozsahu u jednoho účastníka. U dvou respondentů měla událost krátkodobý dopad na emoce v pracovním prostředí a u zbylých dvou jedinců traumatická zkušenost nepřinesla v pracovním prostředí žádné významné změny. V návaznosti na zvládnutí traumatické události nyní vnímají respondenti v rámci pracovního prostředí pokrok ve sdílení a vypořádávání se se stresujícími situacemi či pociťují profesní posun.

10 DISKUZE

V následujících řádcích se budeme věnovat výsledkům výzkumu. Naše výsledky srovnáváme s teoretickými poznatky a s výsledky dalších studií z dané oblasti. Následně se zaměříme na limity předložené práce. V neposlední řadě se zamýšlíme nad přínosem práce, nad uplatněním výsledků v oblasti praktického využití, a také doporučením pro další zkoumání dané problematiky.

Hlavním cílem bakalářské diplomové práce bylo porozumět prožívání profesionálních hasičů po traumatické události. Za účelem naplnění tohoto cíle byl proveden výzkum kvalitativního charakteru. Vzhledem ke složení výzkumného souboru, kdy každý účastník zažil odlišnou traumatickou událost s dopady na prožívání různé intenzity, tvořeného celkem pěti respondenty, jsme data získávali pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tato metoda nám umožnila připravit si předem otázky, a zároveň je v průběhu rozhovoru modifikovat tak, aby byla výtěžnost rozhovoru co největší (Miovský, 2006). Zaměřili jsme se především na faktory ovlivňující zvládání a vyrovnávání se s traumatickou událostí, na symptomy posttraumatické stresové poruchy a na dopad události v pracovním prostředí. Za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy, jež umožňuje dle Hendla (2016) porozumět žité zkušenosti člověka, jsme popsali jednotlivé případy a následně se soustředili na společná témata, která vyplynula z analýzy. V následujících odstavcích se zamýšlíme nad výše uvedenými tématy.

Ačkoliv měl každý z jedinců zkušenost s odlišnou traumatickou událostí, u všech respondentů se rozvinulo trauma v důsledku zažití úmrtí, nebo těžkého zranění jiných osob. U třech respondentů se setkáváme s událostí, kterou řadí Praško (2003) do katastrof způsobených člověkem. Vzhledem ke kontaktu s událostí určujeme u dotyčného, zda se jednalo o primární, sekundární či terciální traumatizaci (Vizinová & Preiss, 1999). Sekundární traumatizací byli zasaženi dva jedinci, kteří byli svědky tragických událostí svých kolegů. Tři respondenti nebyli v přímém vztahu k obětem nehod, tudíž mluvíme o terciální traumatizaci. U třech respondentů se dostavila reakce na traumatickou událost bezprostředně po prožití události a dokázali událost zpracovat v rámci svých možností. U dvou respondentů se reakce na událost dostavila s časovou latencí. U těchto jedinců se projevíly symptomy PTSD, nedokázali se sami vypořádat s následky zkušenosti a museli se

obrátit na odbornou psychologickou pomoc. Pro porovnání například z výzkumu Jecha (2010) vyplývá, že by se svěřilo se svými potížemi psychologovi pouze 13% hasičů.

Nyní se přesouváme k výsledkům týkajících se faktorů zvládnání a vyrovnávání se s traumatickou událostí. Z analýzy dat nám vyplynulo pět základních témat – sdílení, posttraumatická intervenční péče, vlastní strategie zvládnání stresu, projev emocí po události a okolnosti události. Všichni respondenti se shodli na tom, že sdílení považují za stěžejní faktor při zvládnání události. Po události každý hasič sdílel svou zkušenost, a to nejčastěji s kolegy. Šváb (2006) doporučuje „*vypovídat se*” z mimořádné události do 72 hodin. Sociální oporu u kolegů hasiči aktivně vyhledávají také dle studie Chamberlina & Greena (2010). Lee et al. (2018) uvádí, že vyhledávání sociální opory negativně koreluje s rozvojem posttraumatické stresové poruchy. Dle výpovědí hasiči považují své kolegy za „*druhou rodinu*” a můžeme zde vnímat nezbytnou funkci sociální opory. Naopak svým rodinným příslušníkům se hasiči ve větším měřítku nesvěřují. Dle Švába (2006) nechtějí hasiči zatěžovat své příbuzné svými pracovními problémy.

Posttraumatické intervenční péče se dostalo respondentům ve formě debriefingu nebo defusingu za přítomnosti člena týmu posttraumatické péče, nebo i psychologa HZS daného kraje. Respondenti tuto formu péče přijímají a považují ji za důležitou pro zpracování mimořádných událostí. Pomocí psychologa následně využili dva jedinci se symptomy PTSD. Předpokládáme, že určitou roli zde mohlo hrát i to, že tři z našich respondentů jsou zároveň členy týmu posttraumatické péče.

Dalším významným faktorem je projev emocí po události. Domníváme se, že u respondentů s PTSD došlo při události k disociaci prožívaných emocí a tyto emoce se projeví až s časovou latencí. Dle Blažkové (2021) jsou hasiči nuceni jednat při mimořádných situacích racionálně a emoce dočasně disociují, proto je důležité mít možnost sdílet své emoce, aby nehrozilo rozvinutí PTSD. Šváb (2006) dodává, že hasiči se většinou podílí o popisné sdělení než o prožitky a pocity.

Mezi okolnostmi, které negativně působily na zvládnání traumatu, patří zásahy se špatným koncem, pocity zodpovědnosti za tragický dopad události, ohrožení vlastní integrity nebo oběti z řad dětí. Pocit zodpovědnosti za dopad události výrazně figuroval u události dvou respondentů. Tento jev považuje Tóthová (2011) za přetrvávající pocit zodpovědnosti za utrpení primární oběti.

Nyní věnujme pozornost výsledkům týkajících se rozvoje symptomů PTSD po traumatické události. Z výpovědi respondentů je zřejmé, že se příznaky PTSD objevily u dvou respondentů, přičemž u jednoho z respondentů se symptomy rozvinuly dvakrát v závislosti na dvě různé události. Dle výpovědi jednoho z respondentů se před propuknutím potíží ocitl v nepříznivé partnerské situaci. Předpokládáme, že tato okolnost mohla hrát roli při samotném rozvoji PTSD. Za hlavní potíže považujeme vtírající se myšlenky a opakující se živé obrazy z traumatické události. Dle výzkumu na souboru izraelských hasičů, kteří zasahovali u rozsáhlého požáru, patřilo mezi nejčastější symptomy PTSD znovuprožívání a vyhýbání se obdobným situacím (Leykin et al., 2012). U respondentů bylo dále zjevné emoční a tělesné znovuprožívání události, zvýšená dráždivost a potíže v kognitivní oblasti. Tyto potíže jsou obdobné s výsledky studie Bartletta et al. (2019), kdy se u hasičů projevovala únava, ztráta koncentrace, nečinnost, poruchy spánku, sociální apatie, vyhýbavé chování, absence na pracovišti a problémy v sociální výkonnosti a vztazích.

Traumatická událost přinesla negativní dopad u jednoho respondenta, u kterého se zároveň rozvinuly symptomy PTSD. V důsledku jeho potíží mu bylo znemožněno účastnit se výjezdů – zásahy mu připomínaly traumatickou událost. Ve studii Kima et al. (2019), byla zjišťována prevalence pracovního omezení v důsledku rozvoje symptomů PTSD. Z výsledků studie vyplynulo, že až 21,5 % profesionálních hasičů v důsledku symptomů PTSD je omezeno ve výkonu povolání. U jedinců se po zpracování události naopak projevil pozitivní dopad, například profesní posun či lepší zvládnání stresu. V tomto případě se můžeme zamýšlet nad posttraumatickým rozvojem v souvislosti prožití traumatické události. Posttraumatický rozvoj u českých hasičů dokládají například výzkumy Holubové (2015) a Bencové (2020).

Jsme si vědomi toho, že výsledky výzkumu nemůžeme aplikovat na všechny profesionální hasiče. Dále nemůžeme s jistotou tvrdit, co bylo hlavní pohnutkou rozvoje symptomů PTSD či za jakých okolností by k rozvoji u respondentů nedošlo. Stále musíme klást důraz na jedinečnost každého člověka a odlišné vnímání reality. Můžeme však s jistotou říci, které faktory významně ovlivňují zpracování mimořádných událostí, a také připomenout, že rozvoj PTSD i u výrazně odolných jedinců nemůže být vyloučen. Výsledky výzkumu mohou být zásadní v tom ohledu, jelikož popisují konkrétní podobu posttraumatické stresové poruchy u profesionálních hasičů z České republiky.

Za limit výzkumu považujeme nedostatečně velký výzkumný vzorek. Především se nám nepodařilo získat dostatek respondentů, u kterých se projevíly symptomy PTSD. Tato skutečnost mohla vzniknout v důsledku nesdílnosti hasičů, jelikož tematiku traumat řadíme mezi obzvlášť citlivé téma. Někteří jedinci nechtějí opakovaně otevírat nepříjemné vzpomínky na událost, či mají obavy o svou profesní stránku. S nedostatečně velkým vzorkem souvisí také oblast výzkumu zaměřené na dopad traumatické události v pracovním prostředí. Pouze jeden respondent nám poskytl informace týkající se tohoto tématu, přesto nebyly jeho sdělení dostatečná. Nemůžeme tedy tvořit uspokojující závěry.

Určité zkreslení výsledků mohlo být způsobeno samotným výzkumníkem při vedení rozhovoru. Ačkoliv byl rozhovor pečlivě připraven a v průběhu rozhovoru byl kladen důraz na správné pochopení dotazovaného, nemůžeme určité odchylky vyloučit. Dalším nedostatkem ze strany výzkumníka byla velká část připravených otázek do polostrukturovaného rozhovoru se zaměřením na symptomy PTSD, které mohly být využity pouze u dvou respondentů. Ke zkreslení výsledků mohlo dojít také při analýze dat, jelikož se jednalo o první zkušenost s interpretativní fenomenologickou analýzou.

Výsledky výzkumu mohl ovlivnit výběr výzkumného souboru. Vzhledem k tomu, že jsme získali kontakt na hasiče, kteří spolupracovali s psychology HZS, nemohli jsme proniknout do podstaty těch, kteří nemají s psychologickou službou zkušenost, mohou trpět potížemi, ale odmítají vyhledat pomoc. Dále se všichni respondenti nějakým způsobem o probíranou problematiku zajímali, ať už z vlastní zkušenosti, nebo figurovali jako členové týmu posttraumatické péče a poskytovali pomoc ostatním.

Za silnou stránku výzkumu považujeme zpracování kvalitativního výzkumu týkajícího se této problematiky. Existují zahraniční studia v dané oblasti, české výzkumy ale směřují spíše ke kvantitativní povaze, nebo se týkají jiných příbuzných témat (copingové strategie, stres a zátěž, posttraumatický rozvoj). Dle výpovědí respondentů, a také psychologů HZS je složité do této oblasti proniknout, hasiči se neradi svěřují, či se často obávají profesního poškození.

Další silnou stránkou jsou získané podrobné informace k traumatickým událostem. I přes vědomí respondentů, že se nemuseli svěřovat s bližším popisem události, nám sdělili důležité okolnosti pro lepší porozumění prožívání dotyčné osoby. Toho jsme mohli docílit empatickým přístupem a navozenou důvěrnou atmosférou mezi výzkumníkem a

respondentem. Práce může být také dokladem toho, že rozvoj PTSD v plném rozsahu hrozí i u odolnějších jedinců a dokládá také výbornou funkci psychologické služby HZS ČR.

Naším výzkumem jsme otevřeli možnosti pro další zkoumání v dané oblasti. Doporučujeme se zaměřit na kvantitativní výzkum v oblasti zvládání a vyrovnávání se s traumatickými situacemi. Dále by bylo vhodné pokračovat v kvalitativním výzkumu v oblasti dopadu v pracovním prostředí a věnovat pozornost také hasičům, u kterých se dostavil rozvoj PTSD, ale nepožádali pomoci psychologa.

11 ZÁVĚR

Výsledky výzkumu nám umožnily hlouběji prozkoumat a porozumět prožívání profesionálních hasičů po traumatické události. Z výsledků analýzy dat vyplývá, že traumatická událost ovlivnila každého jedince subjektivně a s různou intenzitou, přičemž u dvou respondentů se značně projevíly symptomy posttraumatické poruchy. Výzkum nám umožnil blíže nahlédnout do zkušeností jednotlivých případů, popsat okolnosti traumatické události a prožívání jedinců bezprostředně po události, ale také s časovým odstupem.

U všech respondentů jsme zmapovali faktory zvládání a vyrovnávání se s traumatickou událostí. Z analýzy dat nám vyplynulo pět základních tematických oblastí: sdílení, posttraumatická intervenční péče, vlastní strategie zvládání stresu, projev emocí po události a okolnosti události. Hasiči považovali sdílení za stěžejní faktor zvládání mimořádných situací, které jim umožnilo uspořádání svých myšlenek, projev emocí, vlastní pohled na událost, uzavření události a v důsledku pocíťovali podporu, úlevu a postupně se vyrovnávali s událostí. Sdílení proběhlo nejčastěji mezi kolegy. V případě rozvoje symptomů PTSD hrálo důležitou roli sdílení a podpora rodiny. Význam měla také posttraumatická intervenční péče poskytnutá po události za přítomnosti člena týmu posttraumatické péče ve formě debriefingu a defusingu, nebo také psychologa HZS. Odborné pomoci psychologa HZS se dostalo dvěma jedincům, u kterých měla významný vliv na zvládání potíží a na vyrovnávání se s událostí. Další tematickou oblastí jsou vlastní strategie zvládání stresu, přičemž hasičům často pomáhá sport nebo jiné volnočasové aktivity. Všichni respondenti se shodli, že emoce mají své místo a napomáhají jim k úlevě po mimořádné události. Tři respondenti zdůraznili emoční prožitek po traumatické události. U dvou jedinců se emoční prožitek dostavil až s časovou latencí od události. Jeden z těchto respondentů zdůraznil, že bezprostředně po události nepocíťoval významné emoce. Do poslední vzniklé tematické oblasti řadíme další okolnosti události, které mohly působit na zvládání pozitivně či negativně. Hasičům se lépe vyrovnávalo se situací, u níž postupovali správně, a jejich jednání neovlivnilo výsledek události. Naopak pokud vnímali zodpovědnost za dopady, událost měla špatný konec, byly přítomny děti nebo blízká osoba, s událostí se vyrovnávali hůře.

U dvou respondentů jsme věnovali pozornost prožívání při rozvoji symptomů PTSD. Zaměřili jsme se na konkrétní podoby symptomů, které se začaly projevovat s různou

časovou latencí. Zpočátku respondenti nevěnovali potížím větší pozornost, po jejich vygradování se obrátili na psychologickou pomoc. Mezi hlavní symptomy patří vtíravé myšlenky, které se projevovaly ve formě vizuálních a auditivních flashbacků na traumatickou událost a jiné mimořádné události. Dále popisujeme znovuprožívání emočních projevů zahrnujících především pocity strachu a bezmoci a znovuprožívání tělesných projevů. Tělesné projevy byly přítomny buď po celou dobu posttraumatického stresu, nebo byly zřetelné při situacích připomínajících traumatickou událost. U respondentů se projevil potíže také zvýšenou dráždivostí ve formě větší bdělosti a ostražitosti, obtížným usínáním, nadměrnou úlekové reaktivitou nebo emoční podrážděností. Potíže v kognitivní oblasti se týkaly snížené pozornosti a koncentrace, roztržitého myšlení a výpadků krátkodobé paměti.

V neposlední řadě se zabýváme dopadem traumatické události na pracovní prostředí. U jednoho hasiče, u kterého se projevil příznaky PTSD, měla traumatická událost zřetelný dopad na profesní život. Respondent měl tendence vyhýbat se obdobným situacím a jeho potíže byly zřetelné i v průběhu profese. Po dobu tří měsíců mu bylo umožněno neúčastnit se výjezdů a vykonávat práci pouze na stanici. U dvou jedinců měla událost krátkodobý vliv na emoce na pracovišti. Nepodařilo se nám zjistit více informací směřovaných k pracovnímu prostředí. Z analýzy také vyplývá, že přinesla prožitá zkušenost také pozitivní dopad v pracovním prostředí, která se konkrétně týká profesního posunu, ponaučení, lepšímu zvládnutí stresových situací.

SOUHRN

Tato bakalářská diplomová práce představuje problematiku traumatické události a možnosti rozvoje posttraumatické stresové poruchy u profesionálních hasičů. Profesionální hasiči v rámci výkonu svého povolání musí čelit dennodenně mimořádným událostem. Mnohdy se střetávají tváří tvář obětem tragických událostí, nebo mohou být oni sami v ohrožení života. Fyzická, zdravotní i osobnostní způsobilost výkonu této profese je u jedinců ověřována řadou testů, přesto nemůžeme vyloučit, že některá situace dotyčného zasáhne ve větším měřítku. V předložené bakalářské práci se blíže věnujeme této problematice, zkoumáme faktory vstupující do zvládnutí a vyrovnávání se s událostí, věnujeme se rozvoji posttraumatické stresové poruchy a dopadu události v pracovním prostředí. Problematika traumatických událostí a posttraumatické stresové poruchy je sledována v řadě zahraničních výzkumů. České studie se zaměřují především na copingové strategie, zátěžové faktory, posttraumatickou intervenční péči a nově i na posttraumatický rozvoj. Pohnutkou vzniku této práce byla absence kvalitativního výzkumu zaměřeného na traumatickou událost a posttraumatickou stresovou poruchu u hasičů v českém prostředí.

Úvodní část teoretické práce seznámila čtenáře se základní terminologií, konkrétně s pojmy stres, zátěž a krize. Okrajově jsme se věnovali problematice stresu a zátěže v kontextu pracovního prostředí. Důraz jsme kladli také na sociální oporu, která dle Křivohlavého (2001) hraje při zvládnutí stresu jednu z nejdůležitějších rolí a moderuje vliv nepříznivých životních situací na psychický a fyzický stav člověka.

Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na traumatickou událost a rozvoj psychického traumatu. Traumatickou událostí rozumíme zážitek, který téměř u každého jedince vyvolá výraznou tíseň a nastartuje stresovou reakci (Praško, 2003). Odpovědí na takovou situaci může být úplná bezmocnost, dezorganizace odpovědí organismu, hluboké fyziologické, emoční a kognitivní změny a u dotyčného vzbuzuje tato zkušenost pocity neuniknutelnosti a nepochopitelnosti (Vizinová & Preiss, 1999). Také byla představena kategorie poruch vznikajících na základě reakce na závažný stres, kam dle MKN-10 řadíme akutní reakci na stres, poruchy přizpůsobení a posttraumatickou stresovou poruchu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2011).

Další kapitola teoretické části byla věnována posttraumatické stresové poruše, jež je charakteristická rozvojem symptomů s určitou latencí od traumatické události (Orel & kol.,

2012). Čtenáře jsme seznámili s vývojem PTSD v historii, s faktory rozvoje a se symptomy. Mezi typické projevy PTSD patří živé vzpomínky na událost – flashbaky, vyhýbání se podobným událostem, potíže s koncentrací či se spánkem, zvýšená dráždivost či emoční otupělost (Raboch & Zvolský, 2001). Dále byly znázorněny diagnostická kritéria této poruchy dle MKN-10 a DSM-5. Závěrem jsme uvedli výzkumy zaměřené na prevalenci PTSD a ve zkratce se věnovali krizové intervence a léčbě PTSD.

Ve čtvrté kapitole byly popsány základní informace o Hasičském záchranném sboru České republiky. Zaměřili jsme se na podmínky přijetí k výkonu profese, vstupní psychologické vyšetření, a také průběh výkonu služby. Čtenáře jsme seznámili se základními úkoly a zátěžovými situacemi u hasičů. V neposlední řadě byla věnována pozornost psychologické službě u HZS ČR, součástí níž je také posttraumatická intervenční péče (HZS, nedat.).

Závěr teoretické části patřil problematice traumatických událostí a PTSD u profesionálních hasičů. Kapitola se zaměřovala na základní stresující faktory u profese, na konkrétní mimořádné události a rozvoj PTSD u profesionálních hasičů. Byly uvedeny zahraniční a české výzkumy v dané oblasti. Holubová (2015) ve své studii srovnala výskyt symptomů na populaci evropských a českých hasičů. Z výsledků studie vyplynulo, že u českých hasičů je prevalence symptomů nižší, a zároveň platí, že je prevalence stejná nebo vyšší oproti obyčejné populaci. V poslední části kapitoly jsme popsali posttraumatickou intervenční péči HZS ČR poskytované členy týmu posttraumatické péče a psychology sboru daného kraje.

Úvodní kapitola empirické části předložené práce vymezila výzkumný problém, hlavní a vedlejší cíl výzkumu a představila výzkumné otázky. Výzkumný problém se týkal prožívání profesionálních hasičů po traumatické události a rozvoje PTSD. Hlavním cílem bylo porozumět prožívání hasičů po významné traumatické události, zajímali jsme se o okolnosti a faktory působící na prožívání jedinců, možný rozvoj symptomů PTSD a dopad události v pracovním prostředí. Ve vedlejších cíli jsme mapovali obecné faktory zvládnutí traumatických událostí.

Další kapitola se zaměřovala na charakteristiku výzkumného souboru. Výběr výzkumného vzorku byl proveden metodou záměrného výběru přes instituci. Ve spolupráci s psychology HZS byly získány kontakty na respondenty. Soubor se skládal z pěti

profesionálních hasičů, ve věkovém rozmezí 39-50 let, kteří v rámci výkonu své profese prožili mimořádně traumatickou událost.

Následně jsme seznámili čtenáře s metodologickým rámcem výzkumu. Pro potřeby práce byl užit kvalitativní výzkum, konkrétně vícepřípadová studie. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a fixována na datovou matici v podobě audionahrávky. Následně proběhla transkripce a redukce prvního řádu. Texty byly převedeny do programu ATLAS.ti, kde proběhlo okódování, a za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy jsme se snažili porozumět žité zkušenosti jedinců a nacházeli hlavní společná témata. Kapitola byla doplněna o etické aspekty výzkumu.

Další kapitola empirické části se věnovala výsledkům výzkumu. Součástí výsledků byly popisy jednotlivých zkušeností respondentů. Z výsledků vyplynulo, že traumatická událost ovlivnila prožívání každého jedince subjektivně, u dvou respondentů se později objevily symptomy PTSD. Na zvládnání a vyrovnávání se s událostí působily tyto faktory: sdílení, posttraumatická intervenční péče, okolnosti události, vlastní strategie zvládnání stresu a prožití emocí po události. Symptomy PTSD se dostavily u dvou respondentů s různou časovou latencí. Symptomy jsme zařadili do těchto hlavních oblastí: vtíravé myšlenky na událost, znovuprožívání emočních a tělesných projevů, zvýšená dráždivost a potíže v kognitivní oblasti. Negativní dopad traumatické události v rámci pracovního prostředí se dostavil u jednoho respondenta, kterému bylo znemožněno účastnit se výjezdů v důsledku jeho potíží. Po zpracování události vnímali respondenti pozitivní dopad v pracovním prostředí v oblasti profesního posunu, zvládnání stresových situací a sdílení svých prožitků.

Za limity předložené práce považujeme nedostatečný vzorek respondentů – především jsme nezískali dostatek informací ohledně rozvoje symptomů PTSD a dopadu traumatické události v pracovním prostředí. K určitému zkreslení výsledků výzkumu mohlo dojít při vedení rozhovoru, analýze dat nebo také kvůli povaze výzkumného vzorku. Za silnou stránku výzkumu považujeme provedení kvalitativního výzkumu v této oblasti u českých hasičů. Výsledky výzkumu mohou přispět k povědomí o posttraumatické stresové poruše a doložení důležitosti psychologické služby u HZS ČR. Otevíráme dveře do dalšího výzkumu například ve formě kvantitativní studie aplikované v oblasti zvládnání traumatických událostí nebo pokračováním v kvalitativním výzkumu zaměřeného na dopad události v pracovním prostředí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Abrams T. E., Lund B. C., Bernardy N. C. & Friedman M. J. (2013). Aligning clinical practice to PTSD treatment guidelines: medication prescribing by provider type. *Psychiatr Serv*, 64 (2), 142–148. doi: 10.1176/appi.ps.201200217
2. American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5Th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
3. Arnold, J., Silvester, J., Patterson, F., Robertson, I. T., Cooper, C. L. & Burnes, B. (2007). *Psychologie práce: pro manažery a personalisty*. Brno: Computer Press.
4. Bartlett B. A., Gallagher M. W., Tran J. K. & Vujanovic A. A. (2019). Military veteran status and posttraumatic stress disorder symptomatology among urban firefighters: The moderating role of emotion regulation difficulties. *J Nerv Ment Dis.*, 207(4):224–31. doi: 10.1097/NMD.0000000000000958
5. Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
6. Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
7. Baštecká, B., Mach, J. & kol. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
8. Bencová, A. (2020). *Atributy posttraumatického rozvoje u profesionálních hasičů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
9. Berninger A, Webber M. P, Cohen H. W, Gustave J, Lee R & Niles J. K. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001-2005. *Public Health Reports*, 125 (4), 556-66. doi: 10.1177/003335491012500411
10. Bláhová, T. (2021). *Prevalence symptomů posttraumatické stresové poruchy a copingové strategie u jednotek IZS*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
11. Blažková, K. (2021). *Posttraumatický růst u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci
12. Bratská, M. (2001). *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. Bratislava: Práca.
13. Centers for Disease Control and Prevention. (2006). Health hazard evaluation of police officers and firefighters after Hurricane Katrina - New Orleans, Louisiana. *Morbidity And Mortality Weekly Report*, 55 (16), 456-458.

14. Davidson, J. R. T. a Foa, E. B.(eds): *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and Beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
15. Dittrichová, Z. & Čapková, W. M. (2017). *Koncepce psychologické služby HZS pro období 2017-2025*. Praha: Psychologické pracoviště MV – GŘ HZS ČR.
16. Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2. vyd.). Praha: Grada.
17. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
18. Generální ředitelství HZS ČR. (2009). *Řád výkonu služby v jednotkách požární ochrany*. Získáno 25. listopadu 2021 z http://metodika.cahd.cz/metodika_JSDH/SIAR_09_25_Rad_vykonu_sluzby_JSDH.pdf
19. Greenberg, J. S. (2006). *Comprehensive Stress Management*. 9th edition, New York: McGraw-Hill.
20. Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.). *Integrovaný záchranný systém*. Získáno 5. prosince 2021 z <https://www.hzscr.cz/clanek/co-je-to-izs.aspx>.
21. Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.). *Posttraumatická růst u hasičů*. Získáno 5. prosince 2021 z <https://www.hzscr.cz/clanek/posttraumaticky-rust-u-hasicu.aspx>.
22. Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.). *Psychologická služba*. Získáno 27. listopadu 2021 z <https://www.hzscr.cz/clanek/hzs-libereckeho-kraje-menu-sluzby-pro-verejnost-psychologicka-sluzba.aspx?q=Y2hudW09Mw%3D%3D>.
23. Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.). *Psychologická služba u Záchraného útvaru HZS ČR*. Získáno 8. prosince 2021 z <https://www.hzscr.cz/docDetail.aspx?docid=21742065&doctype=ART&chnum=4>.
24. Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.). *Psychologická služba HZS ČR*. Získáno 26. listopadu 2021 z <https://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-hzs-cr.aspx>.
25. Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.). *Psychologická služba HZS kraje Vysočina*. Získáno 5. prosince 2021 z <https://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-hzs-kraje-vysocina.aspx?q=Y2hudW09Mw%3D%3D>.

26. Hašto, J. & Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
27. Hendl, J. (2016). *Kvalitatívny výskum: základní teórie, metódy a aplikácie* (4. vyd.). Praha: Portál.
28. Herman, E. & Doubek, P. (2008). *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf.
29. Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., Parslow, R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7) doi: 10.1002/14651858.CD007316.pub2.
30. Hladký, A. & Židková, Z. (1999). *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže. Metodická příručka*. Praha: Karolinum.
31. Hofmann, A. (2007). *EMDR. Terapie psychotraumatických stresových syndromů*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
32. Holubová, M. (2015). *Posttraumatický stres a posttraumatický růst u příslušníků hasičských záchranných sborů*. (Nepublikovaná dizertační práce). Univerzita Karlova v Praze.
33. Hasičský záchranný sbor České republiky. (nedat.) *Posttraumatický růst u hasičů*. Získáno dne 21. 11. 2021 z <https://www.hzscr.cz/clanek/posttraumaticky-rust-u-hasicu.aspx>.
34. Chamberlin, M. J., & Green, H. J. (2010). Stress and coping strategies among firefighters and recruits. *Journal of Loss and Trauma*, 15(6), 548-560. doi:10.1080/15325024.2010.519275.
35. Chang, C. M., Lee, L. C., Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Jeffries, K., & Lai, T. J. (2003). Posttraumatic Distress and Coping Strategies among Rescue Workers after an Earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 391–398. doi:10.1097/00005053-200306000-00007.
36. Chrástina, J. (2019). *Případová studie - metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
37. Jech, J. (2010). *Stres a posttraumatická intervenční péče u příslušníků HZS*. (Nepublikovaná diplomová práce). Technická univerzita v Liberci.
38. Katz, R., & Wykes, T. (1985). The psychological difference between temporally predictable and unpredictable stressful events: Evidence for information control

- theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(3), 781–790. doi: 10.1037/0022-3514.48.3.781.
39. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
40. Kim, M. J., Jeong, Y., Choi, Y.S., Seo, A.R., Ha, Y., Seo, M et al. The Association of the Exposure to Work-Related Traumatic Events and Work Limitations among Firefighters: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 16(5), 756. doi: 10.3390/ijerph16050756.
41. Kohoutek, T. & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
42. Křepel, E. (2021). *Vliv profesních a sociálních faktorů na intenzitu individuálního stresu profesionálních hasičů*. (nepublikovaná diplomová práce). Vysoká škola aplikované psychologie v Terezíně.
43. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
44. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
45. Lee, J. H., Park, S., & Sim, M. (2018). Relationship between ways of coping and posttraumatic stress symptoms in firefighters compared to the general population in South Korea. *Psychiatry research*, 270, 649-655. Získáno 5. ledna 2022 z <https://scihub.se/10.1016/j.psychres.2018.10.032>.
46. Leykin, D., Lahad, M., & Bonne, N. (2013). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth of Israeli firefighters at one month following the Carmel fire disaster. *Psychiatry Journal*, 2013, pp. 274121. doi : 10.1155/2013/274121.
47. Malík, L. (2007) Názory příslušníků HZS ČR na posttraumatickou intervenční péči. 112: *odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*, roč. 6, č.6, s.13, ISSN: 1213-7057.
48. *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. (1992). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
49. Mikšík, O. (2009). *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum.
50. Ministerstvo vnitra – Generální ředitelství HZS ČR. (2021) *Statistická ročenka 2001-2020*. Praha. Získáno 30. 3. 2022 z <https://www.hzscr.cz/soubor/rocenka-2001-2020-pdf.aspx>.

51. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
52. Opálený, J. (2017). *Kondiční příprava v procesu edukace bezpečnostních složek* (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita v Brně.
53. Orel, M. & kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
54. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. vyd.). Praha: Grada.
55. Praško, J. & Vyskočilová, J. (2016). *Vmucují se vám vzpomínky na děsivou událost? Jak překonat posttraumatickou stresovou poruchu – příručka pro klienty a blízké*. Praha: Maxdorf.
56. Praško, J. (2003). *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada.
57. Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
58. Praško, J., & Prašková, H. (2001). *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing.
59. Praško, J., Látalová, K., Ticháčková, A., Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis
60. Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., Tichý, V. (2011). *Posttraumatické stresové poruchy – I. díl. Klinický obraz a etiologie*. Získáno 9. ledna 2022 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/04.pdf>.
61. Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*, 10(1), 8-11
62. Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
63. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
64. Reddemann, L. (2009). *Léčivá síla imaginace: na vnitřní zdroje zaměřená terapeutická práce s následky traumatu*. Praha: Portál.
65. Regehr, C., Hemsworth, D., & Hill, J. (2001). Individual Predictors of Posttraumatic Distress: A Structural Equation Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(2), 156–161. doi:10.1177/070674370104600207.
66. Rosch, P., J. (2010). How valid are Selye's diseases of adaptation. *Health and Stress. The Newsletter of The American Institute of Stress*, 2: 1-13.
67. Rothschild, B. (2015). *Tělo nezapomíná. Psychofyziologie a léčba traumatu*. Praha: Maitrea.

68. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. a kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.
69. Sahebi A, Yousefi K, Moayedi S, Golitaleb N, Esmaeili Vardanjani A, Golitaleb M. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among Firefighters in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Psychiatry*. 2020 Oct;15(4):358-365. doi: 10.18502/ijps.v15i4.4301. PMID: 33240386; PMCID: PMC7610073.
70. Seifertová, D., Praško, J., Horáček, J. & Höschl, C. (Eds.). (2008). *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (2. vyd.). Praha: Medical Tribune.
71. Sezima, O. (2017) *Psychická zátěž a osobnostní změny související s výkonem profese hasič – záchranář* (Rigorózní práce). Masarykova univerzita v Brně.
72. Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2014). *Naratívna expozičná terapia (NET). Krátkodobá terapia pre traumatické stresové poruchy*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
73. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
74. Sperlingová, P. (2013). *Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru*. (Nepublikovaná diplomová práce) Univerzita Palackého v Olomouci.
75. Sterling, P., & Eyer, J. (1988). *Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology*. In S. Fisher, & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). New York: John Wiley & Sons.
76. Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.
77. Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K. & Hoskovec, J. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.
78. Šváb, S. (2006) *Psychologie práce pro nováčky, hasiče-záchranáře, ale nejen pro ně*. Ostrava: Technická univerzita Ostrava.
79. Theleritis, C., Psarros, C., Mantonakis, L., Roukas, D., Papaioannou, A., Paparrigopoulos, T., & Bergiannaki, J. D. (2020). Coping and Its Relation to PTSD in Greek Firefighters. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(3), 252-259. doi: 10.1097/NMD.0000000000001103.
80. Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál.

81. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (5. vyd.). Praha: Portál.
82. Vizinová, D. & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
83. Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence* (4. vyd.). Praha: Portál.
84. Volf, O. & Karlík, J.: *Záchrana osob – Práce záchranáře z fyziologickopsychologického pohledu*. In 150 – HOŘÍ, září 1998, roč. 8, č. 9, příloha s.10
85. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. & Steinhausen, H., C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
86. *Zákon č. 320/2015 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů (zákon o hasičském záchranném sboru)*. In Sbíрка zákonů ČR. 11. 11. 2015. Získáno 28. ledna 2022 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-320/zneni20170701>.

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A SCHÉMAT

Tabulky

Tabulka 1: Typologie krizí dle Baldwina.....	13
Tabulka 2: Diagnostická kritéria PTSD dle MKN-10.....	26
Tabulka 3: Diagnostická kritéria PTSD dle DSM-5.....	27
Tabulka 4: Přehled poskytované PIP u příslušníků HZS za rok 2003 – 2009.....	43
Tabulka 5: Přehled poskytované PIP u příslušníků HZS za rok 2010 – 2020.....	44
Tabulka 6: Výzkumný soubor.....	50
Tabulka 7: Respondenti a traumatická událost.....	77
Tabulka 8: Tematické oblasti I.....	78
Tabulka 9: Tematické oblasti II.....	78

Schémat

Schéma 1: Traumatické události u příslušníků HZS.....	39
Schéma 2: Výsledky výzkumu – sdílení.....	66
Schéma 3: Výsledky výzkumu – okolnosti události.....	69
Schéma 5: Výsledky výzkumu – vtíravé myšlenky na událost.....	72

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce

Příloha 2: Abstract of thesis

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

Příloha 4: Schéma rozhovoru

Příloha 5: Informovaný souhlas

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce

Abstrakt bakalářské práce

Název práce: Traumatická událost a možnost rozvoje PTSD u profesionálních hasičů

Autor práce: Klára Katrušáková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

Počet stran a znaků: 98, 184 509

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 86

Předložená bakalářská práce se zabývá problematikou traumatické události a možnosti rozvoje posttraumatické stresové poruchy. Hlavním cílem je popsat a porozumět prožívání profesionálních hasičů po traumatické události, kterou zažili v rámci výkonu svého povolání. Teoretická část práce seznamuje čtenáře se základní terminologií, pozornost je věnována především traumatické události, traumatu a posttraumatické stresové poruše a zmapování dané oblasti u populace profesionálních hasičů. V neposlední řadě uvádíme základní informace o HZS ČR. Empirická část práce představuje kvalitativní výzkum, konkrétně vícepřípadovou studii, založené na interpretativní analýze polostrukturovaných rozhovorů. Výběr výzkumného vzorku byl proveden záměrně přes instituci a se skládá z pěti profesionálních hasičů. Výzkumné otázky se týkaly prožívání traumatické události, faktory zvládnutí a vyrovnávání se s událostí, rozvoje symptomů PTSD a dopadu traumatické události v pracovním prostředí. Všichni respondenti měli zkušenost s významně traumatickou událostí, u dvou respondentů se projevíly symptomy PTSD a u jednoho z nich byly příznaky PTSD příčinou omezení výkonu profese.

Klíčová slova: stres, traumatická událost, posttraumatická stresová porucha, profesionální hasič

Příloha 2: Abstract of thesis

Abstract of thesis

Title: A traumatic event and the possibility of PTSD development among professional firefighters

Author: Klára Katrušáková

Supervisor: PhDr. Martin Seitl, Ph.D.

Number of pages and characters: 98, 184 509

Number of appendices: 5

Number of references: 86

The presented bachelor's thesis deals with the issue of traumatic events and the possibility of developing post-traumatic stress disorder. The aim is to describe and understand the experience of professional firefighters following a traumatic event they went through in course of their profession. The theoretical part introduces the reader with the basic terminology, the focus is mainly on traumatic event, trauma, post-traumatic stress disorder and mapping the area in the population of professional firefighters. Last but not least, basic information about HZS ČR (The Fire and Rescue Service of the Czech Republic) is presented. The empirical part of the thesis consists of a qualitative research, specifically a multi-case study based on interpretive analysis of semi-structured interviews. The selection of the research sample was carried out intentionally through an institution and consists of five professional firefighters. The research questions were focused on the experience of a traumatic event, the factors of coping with the event, the development of PTSD symptoms and the impact of the traumatic event in the work environment. All respondents had experienced a significant traumatic event, two respondents had symptoms of PTSD and one of them had symptoms of PTSD causing a limitation in the profession.

Key words: stress, traumatic event, post-traumatic stress disorder, professional firefighter

Příloha 3: Seznam použitých zkratek

Seznam použitých zkratek

CISM = Critical Incident Stress Management

ČR = Česká republika

DSM-5 = Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5. revize

GAS = General adaptation syndrom

HZS ČR = Hasičský záchranný sbor České republiky

IPA = Interpretativní fenomenologická analýza

IZS = Integrovaný záchranný systém

MKN-10 = Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

PIP = Posttraumatická intervenční péče

PTG = Posttraumatic growth

PTSD = Posttraumatic stress disorder

TPP = Tým posttraumatické péče

Příloha 4: Schéma rozhovoru

ROZHOVOR: Traumatická událost a možnost rozvoje PTSD u profesionálních hasičů

Úvodní otázky:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše vzdělání?
3. Jaký je Váš rodinný stav?
4. Jak dlouho pracujete jako profesionální hasič?
5. Jak jste se dostal k profesi hasiče? Jaká je Vaše motivace výkonu této profese?

Otázky zaměřené na zásah u mimořádných událostí:

6. Které typy zásahu u mimořádných situací považujete za nejnáročnější?
7. Jak se vyrovnáváte s mimořádnými situacemi?
8. Jak fungujete jako kolektiv po mimořádných situacích?

Otázky zaměřené na konkrétní traumatickou událost:

9. Dokázal byste popsat základní okolnosti události, kterou v rámci výkonu povolání profesionálního hasiče považujete jako událost traumatickou? (*dále jen událost*)
10. Jaká doba uběhla od traumatické události?
11. Jak jste se po události cítil? (*v rámci hodin až dní od události*)
12. Bavili jste se o události společně s kolegy? (*v rámci hodin až dní od události*)
 - a. Proběhla v kolektivu nějaká forma podpory? Jakým způsobem?
 - b. Zaznamenal jste po rozhovoru s kolegy pocity úlevy? Ano - Na jak dlouho?
13. Svěřil jste se s událostí jiné osobě mimo pracovní prostředí? (*rodina, přátelé*)
14. Proběhla po události posttraumatická intervenční péče? Pokud ano, v jaké formě?
15. Jak vnímáte událost v současnosti?

Otázky zaměřené na konkrétní symptomy PTSD?

16. Projevily se u vás nějaké změny, potíže či omezení v souvislosti s událostí? (*dále jen změny*)
17. Kdy se u Vás poprvé projevily nějaké změny? (změny v chování, prožívání, tělesné změny)
 - a. Projevily se některé změny s odstupem od události?
 - b. Projevily se některé změny ihned po události?
18. Při jakých okolnostech či momentu jste tyto změny poprvé zaznamenal?
 - a. Jak jste na tyto změny zpočátku reagoval?
 - b. Jaký význam jste těmto změnám přikládal?
 - c. Připouštěl jste si v tu chvíli Vaše potíže?
19. Jak se zpočátku tyto změny projevovaly? O jaké změny se konkrétně jednalo?
20. Jak se odrazily změny na běžném chodu dne? Projevovaly se tyto změny v některé části dne více?
21. Všimnul si těchto změn někdo z rodiny, blízkých či kolegů v práci? Jaká byla jejich reakce?
22. Svěřil jste se se svými potížemi někomu z blízkých či kolegů?
 - a. Ano – Proč? Jak jste se cítil? Bylo to pro Vás obtížné?
 - b. Ne – Proč?
23. Jak se změny po události vyvíjely postupem času?
 - a. Projevily se časem další změny?
 - b. Byly tyto změny postupem času intenzivnější?
24. Jaké okolnosti vás dovedly k závěru, že nad potížemi nevyzrajete sám?
25. Obrátil jste se na pomoc psychologa z vlastní vůle? Z jakého důvodu?

Otázky zaměřené na dopad v pracovním prostředí:

26. Ovlivnila Vás traumatická událost negativně v rámci výkonu Vašeho povolání? Jak?
27. Ovlivnila Vás traumatická událost pozitivně v rámci výkonu Vašeho povolání? Jak?
28. Přinesla traumatická událost změnu ve vnímání Vaší profese?
29. Jak se odrazily změny v kontextu Vaší profese?
 - a. Byly tyto změny v práci zřetelnější?
 - b. Můžete mi popsat některé konkrétní situace?

- c. Omezovaly Vás změny při výkonu povolání? Jak?
- d. Jak jste se cítil ve službě, když žádný výjezd nebyl, ale byl jste „v pohotovosti“ na základně?
- e. Jak jste se cítil při výjezdu nebo samotném zásahu?
- f. Připomněl Vám některý ze zásahů událost? Jak jste reagoval?

Otázky závěrečné:

30. Máte nějaký dotaz?

31. Napadá Vás nějaké další téma, které by mohlo souviset s probíranou problematikou?

Příloha 5: Informovaný souhlas



Univerzita Palackého
v Olomouci



Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce

Byl jsem osloven k rozhovoru za účelem získání dat pro kvalitativní výzkum k bakalářské práci s názvem „*Traumatická událost a možnost rozvoje PTSD u profesionálních hasičů.*” Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia oboru psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Souhlasím s účastí na výzkumu a má spolupráce je dobrovolná. Účast ve výzkumu spočívá v nahrávaném rozhovoru. Moje identita zůstane v plné anonymitě. Mé odpovědi jsou důvěrné, všechny získané údaje budou použity jen pro potřeby tohoto výzkumu. Rozhovor bude nahráván na mobilní telefon. Nahrávka bude po obhajobě bakalářské práce smazána.

Byly mi zodpovězeny veškeré mé dotazy. Mám svobodnou volbu kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Svým podpisem vyjadřuji souhlas se svou účastí na tomto výzkumu.

Jméno a příjmení respondenta:

Dne:

Podpis:

Jméno a příjmení výzkumníka: Klára Katrušáková

E-mail: klara.katrusakova@gmail.com

Telefon: +420 605 000 637